

Ændrede dagsordener i Sundhedsstrategisk Forum

På mødet i Sundhedsstrategisk Forum i marts 2017 blev det drøftet, at der er behov for at se nærmere på, hvordan dagsordenerne og møderne i Sundhedsstrategisk Forum organiseres.

På nuværende tidspunkt vurderes det, at SSF primært bruges til at sikre et stærkt bagland for de kommunale DAK medlemmer, herunder koordinering og implementering af sundhedsaftalen, samarbejdsaftaler med Regionen mm.

Det giver sig udtryk i, at sagerne på dagsordenerne til møderne i SSF i høj grad er præget af de sager, der skal drøftes på møderne i DAK. Sagerne er ofte på et stærkt fagligt niveau, og der er ikke så mange sager med vægt på strategisk samarbejde mv.

Den høje vægtning af sager til møderne i DAK betyder, at SSF ikke i tilstrækkelig grad arbejder med de øvrige formål med forummet. Særligt nedenstående formål har der på det seneste været ønske om at opprioritere i arbejdet i SSF:

- At formulere fælles strategisk retning og ambitioner for udvikling af kommunernes rolle og opgavevaretagelse i fremtidens sundhedsvæsen
- At kommunerne kan erfaringsudveksle og opnå koordineringsgevinster
- At kommunerne kan formulere og varetage fælles interesser og synspunkter på nationale niveau

Ændringer på SSF-møderne

For at skabe mere tid til strategiske drøftelser på SSF-møderne forsøges det at nedprioritere DAK-sagerne. For at synliggøre dette, opereres der på SSF-møderne med to opdelte dagsordener. Én med DAK-sager og én med SSF-sager. De vigtigste sager med strategiske vinkler på DAK-dagsordenen sættes på SSF-dagsordenen som et selvstændigt punkt- mærket (DAK).

Hensigten er, at der kun bruges maks en 1/2-1 time på DAK-dagsordenen (afhængig af væsentlighed) på SSF-møderne, og mødedeltagerne bedes sende deres kommentarer til Sekretariatet senest kl. 12 dagen inden mødet, så evt. spørgsmål kan afklares inden mødet eller direkte på mødet. Dette skulle gerne muliggøre, at det er muligt at deltage på møderne, uden at have dyb faglig indsigt i de enkelte DAK-sager.

Sekretariatet vil mellem møderne i SSF og DAK indskrive relevante bemærkninger fra SSF-mødets drøftelser i DAK-dagsordenen, så de kommunale repræsentanter på DAK kun behøver operere med én dagsorden til møderne.

Ændringer på møder i Formandskabet

Formandskabets dagsorden vil ikke fysisk bestå af to adskilte dagsordener, men der vil på dagsordenen være opstillet forslag til, hvilke DAK-sager som skal indgå på SSF-dagsordenen, da de vil stå sammen med de øvrige SSF-sager.

Formandskabet træffer ud fra forslaget beslutning om, hvilke DAK sager der indeholder strategisk vigtige diskussioner for SSF og som dermed skal være en del af SSF-dagsordenen på SSF mødet.

Øvrige ændringer

Sekretariatet vil løbende forsøge at styrke de strategiske vinkler i de kommunale bemærkninger, og dagsordenerne og mødeformen vil ligeledes løbende blive justeret afhængig af erfaringerne.

Indstilling

Det indstilles, at Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager ændringerne til orientering og evaluerer på formen ved mødets afslutning



Overordnede tidsmæssige scenarier for arbejdet med den kommende sundhedsaftale 2019-2022



Scenarie 1 består i, at der træffes beslutning i Sundhedskoordinationsudvalget den 15. august 2017 om, at udvalget ikke ønsker at afvente en udmelding om forlængelse af den nugældende sundhedsaftale. Derfor gennemføres det politiske opstartsmøde i 3. kvartal af 2017, og den færdige sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen ved udgangen af 2018.

Scenarie 2 består i, at der i løbet af efteråret træffes beslutning om at sætte processen i gang, fordi der nationalt er truffet beslutning om *ikke* at forlænge nugældende sundhedsaftale med et halvt til et helt år. Derfor gennemføres det politiske opstartsmøde i andet kvartal af 2018, og den færdige sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen ved udgangen af 2018.

Scenarie 3 består i, at der i løbet af efteråret 2017 er truffet en national beslutning om, at forlænge den nugældende sundhedsaftale med et *halvt* år. Det betyder, at det er det nye Sundhedskoordinationsudvalg, som skal starte processen op med et politisk opstartsmøde i 2. kvartal af 2018 og indsende en færdig sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen *medio* 2019.

Scenarie 4 består i, at der i løbet af efteråret 2017 er en national beslutning om, at forlænge den nugældende sundhedsaftale med et *helt* år. Det betyder, at det er det nye Sundhedskoordinationsudvalg, som skal starte processen op med et politisk opstartsmøde i 2. kvartal af 2018 og indsende en færdig sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen *ultimo* 2019.

1. Den videre proces for Sundhedsaftalen 2019-2022

SAGSFREMSTILLING

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har i foråret 2017 godkendt tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-2022.

Sundhedskoordinationsudvalget havde den 2. juni 2017 planlagt et politisk opstartsmøde. Mødet blev den 30. maj 2017 aflyst, da der fra kommunal side er forventning om, at den nuværende sundhedsaftale forlænges med 6-12 måneder, så sundhedsaftaler fremover skal indgås i andet valgår, dvs. på et tidspunkt mellem d. 1. juni – 31. december 2019. Forventningen beror på drøftelser i udvalgsarbejdet om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget forventes at afrapportere ultimo juni 2017. Det forlyder, at der blandt Danske Regioner og KL er enighed om, at en forlængelse af sundhedsaftalen er en god idé, men at der ikke er enighed om, hvornår en eventuel forlængelse vil blive meldt ud af Sundheds- og Ældreministeriet.

Aflysningen af det politiske opstartsmøde har betydning for den tids- og procesplan, der er lagt for Sundhedsaftalen 2019-2022. Samtidig gør usikkerheden om effektivering af en forlængelse af sundhedsaftalen 2015-2018 det nødvendigt, at Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget drøfter scenarier for, hvordan det videre arbejde med Sundhedsaftalen 2019-2022 skal forløbe og er opmærksomme på scenariernes konsekvenser for det videre arbejde.

I vedlagte bilag er fire overordnede tidsmæssige scenarier for den videre proces illustreret og beskrevet. Valget af scenarie vil i høj grad tage udgangspunkt i, hvad Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget ønsker som fælles beslutningsgrundlag:

- ☐ Vi fortsætter med en lettere revideret tidsplan og finder hurtigst muligt en ny dato for det politiske opstartsmøde i efteråret 2017?
- ☐ Vi afventer offentliggørelse af udvalgsarbejdet?
- ☐ Vi afventer ministeriel udmelding på, om aftaleperioden forlænges?
- ☐ Vi afventer ny Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler?

Den nuværende tids- og procesplan er tilrettelagt for at sikre politisk involvering, ejerskab og prioritering. Kortere tid til udvikling kan blandt andet betyde:

- ☐ Mindre politisk involvering og ejerskab både i Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og Regionsråd. Eksempelvis kan det blive vanskeligt at gennemføre de fire planlagte politiske møder midtvejs i udviklingsprocessen og det kan være nødvendigt med en kortere høringsproces
- ☐ Mindre administrativ involvering og drøftelser i Det Administrative Kontaktforum. Eksempelvis kan det betyde, at Det Administrative Kontaktforum kun får mulighed for at drøfte udkast til sundhedsaftalen én gang inden politisk behandling
- ☐ Mindre inddragelse af viden og input fra fagpersoner i kommuner, region og almen praksis og deraf risiko for ringere kvalitet

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- ☐ Drøfter scenarier og beslutningsgrundlag for det videre arbejde med Sundhedsaftalen 2019-2022
- ☐ Træffer beslutning om scenarie og beslutningsgrundlag, som anbefales Sundhedskoordinationsudvalget



SUNDHEDSSTYRELSEN

Kvalitetsstandar- der for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- krav og anbefalinger til vareta-
gelse af særlige sygeplejeindsatser



2017

Kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 3. april 2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
april 2017

Elektronisk ISBN:
978-87-7104-875-9

Indhold

1	Introduktion	5
1.1	Formål	5
1.2	Rammer og forudsætninger	5
1.3	Baggrund	6
1.4	Lovgrundlag	6
1.5	Værdigrundlag	8
2	Sammenfatning af krav og anbefalinger	10
3	Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner	14
3.1	Tilgængelighed og kapacitet	14
3.2	Organisering og sammenhæng med øvrige aktører	15
4	Målgruppe for den kommunale akutfunktion	16
4.1	Målgrupper	16
5	Indsatser i kommunale akutfunktioner	18
5.1	Indsatser	19
6	Kompetencer og uddannelse	21
6.1	Volumen og vedligeholdelse af kompetencer	21
6.2	Personale i akutfunktionen	22
6.2.1	Sygeplejersker	22
6.2.2	Social- og sundhedsassistenter	23
7	Udstyr og medicin i akutfunktionen	24
7.1	Udstyr	24
7.2	Medicin og væsker	25
8	Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats	27
8.1	Kvalitetssikring og monitorering	27
8.2	National opfølgning	28
9	Ansvar og samarbejde mellem sektorer	29
9.1	Samarbejde	29
9.2	Henvisning til kommunal akutfunktion	30
9.2.1	Henvisningens indhold	31
9.3	Lægeligt behandlingsansvar	31
9.4	Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed	32
9.4.1	Kommunalbestyrelsens og ledelsens ansvar	33
9.4.2	Sygeplejerskens ansvar	33
9.4.3	Den ordinerende læges ansvar	34

10	Bilagsfortegnelse	35
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen	36
	Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer	38

1 Introduktion

1.1 Formål

Sundhedsstyrelsen udgiver hermed kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og kvalitetsstandards skal understøtte kvaliteten i de indsatser, der leveres af akutfunktionen. Kvalitetsstandards omfatter derfor krav til indholdet i og tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Derudover indgår anbefalinger, der omhandler samarbejdet med øvrige aktører, herunder særligt samarbejde med læger, som er en afgørende forudsætning for patientsikkerheden og kvaliteten i den kommunale akutfunktion.

Formålet med kvalitetsstandards er:

- at understøtte en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet
- at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis, som vil kunne henvise patienter¹ til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

Kvalitetsstandards tager afsæt i og erstatter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje fra 2014². De omfatter krav og anbefalinger til kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, samt anbefalinger til samarbejdet med almen praksis og sygehuse.

Sundhedsstyrelsen er i udarbejdelsen af kvalitetsstandards blevet rådgivet af en arbejdsgruppe nedsat til formålet. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

1.2 Rammer og forudsætninger

Det er en afgørende forudsætning for patientsikkerheden, ensartetheden og kvaliteten i de kommunale akutfunktioner, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutfunktionen, sygehus og almen praksis. Dette indebærer et velfungerende samarbejde vedrørende behandlingsansvar og kompetenceudvikling, men også et velfungerende samarbejde vedrørende kapacitetsvurdering i kommuner og regioner, m.v. (se også kapitel 3.1 om kapacitet). Det konkrete samarbejde skal derfor aftales lokalt i relevante tværfaglige samarbejdsfora.

Da akutfunktionerne er under fortsat udvikling, og der for nuværende ikke er meget viden på området, vil Sundhedsstyrelsen senest primo 2020 vurdere behovet for en revision af kvalitets-

¹ I kvalitetsstandards anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i akutfunktionen.

² Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. Sundhedsstyrelsen. 2014.

standarderne. På dette tidspunkt forventes der også at foreligge relevant data fra den nationale opfølgning (se også kapitel 8.2), som kan bidrage til en kvalificering af standarderne.

1.3 Baggrund

Med finanslovsaftalen for 2016 blev der afsat midler til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen skal løfte den samlede indsats for den ældre medicinske patient gennem otte indsatsområder, hvor styrkelse af kommunale akutfunktioner indgår som et indsatsområde. Styrkelsen sker i to faser. Fra 2016 har akutfunktionerne i fase I skullet leve op til op til dele af Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger fra 2014. I fase II skal kommunerne fra 2018 leve op til nærværende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Styrkelsen af de kommunale akutfunktioner skal ses i sammenhæng med handlingsplanens initiativer vedrørende tidlig opsporing og rettidig indsats, kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje samt videreudviklingen af udgående sygehusfunktioner og adgangen for hjemmesygeplejen og almen praksis til sygehusenes specialviden.

Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og varetager dermed indsatser i forbindelse hermed. Det er et tilbud til patienter, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje (se også kapitel 4.1 om målgrupper).

Formålet med indsatsen kan dels være at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats, dels at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Heri gennem kan akutfunktionen levere en indsats tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø og samtidig medvirke til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats.

På nuværende tidspunkt har de fleste kommuner en form for akutfunktion i hjemmesygeplejen. Organiseringen, udviklingen og indholdet af akutfunktionerne varierer dog fra kommune til kommune, og der er således fortsat et behov for, at kommunerne etablerer og videreudvikler akutfunktionerne med døgndækket sygepleje af høj kvalitet i samarbejde med almen praksis og sygehus. Målet er, at borgere i hele landet får mulighed for at få en særlig sygeplejefaglig indsats af ensartet høj kvalitet tæt på deres hverdag, når de har brug for det.

1.4 Lovgrundlag

Kommunerne er efter sundhedslovens § 138 ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen og afgør tildeling af hjemmesygepleje. Med hjemmel i sundhedslovens § 139 kan sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen³⁺⁴.

Det fremgår af bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler⁵, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen. I sundhedsaftalen er det obligatorisk at indgå aftaler bl.a. vedrørende behandling og pleje, hvorfor det forventes, at parterne indgår lokale aftaler i regi af sundhedsaftalesamarbejdet om fælles patienter i den kommunale akutfunktion, herunder koordinering af kapacitet i regioner og kommuner, lægebetjening og behandlingsansvar.

Kvalitetsstandarderne tager derudover udgangspunkt i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (medhjælpsvejledningen)⁶, bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje⁷, lovbekendtgørelse om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed⁸, vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.⁹, vejledning om ordination og håndtering af lægemidler¹⁰, bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner¹¹, cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)¹², bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler

³ Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje

⁴ Vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje. Det skal bemærkes, vejledningen er under revision.

⁵ Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

⁶ Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed)

⁷ Bekendtgørelse nr. 804 af 17. juni 2016 om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje

⁸ Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

⁹ Vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.

¹⁰ Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler

¹¹ Bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner

¹² Cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)

(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)¹³, bekendtgørelse om apoteker-
nes åbningstid og vagttjeneste¹⁴.

Med hjemmel i ovenstående er der i kvalitetsstandarden beskrevet krav til kommunerne ved-
rørende tilrettelæggelse, målgruppe, indsats, kompetence og uddannelse, udstyr, samt kvalitets-
sikring og dokumentation i akutfunktionen.

Derudover er der med hjemmel i blandt andet bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoor-
dinationsudvalg og sundhedsaftaler beskrevet anbefalinger til samarbejdet med eksterne samar-
bejdspartnere.

1.5 Værdigrundlag

Den samlede indsats i de kommunale akutfunktioner baseres på værdighed, patient- og pårøren-
deinddragelse, sammenhængende forløb samt høj kvalitet og patientsikkerhed:

Værdighed og patient- og pårørendeinddragelse

Alle indsatser skal have som mål at sikre patienten en værdig behandling, pleje og omsorg. Be-
handlingen skal baseres på patientens selvbestemmelse, uanset om den foregår på et kommunalt
tilbud eller i patientens eget hjem. Der skal lægges vægt på patientens egne ønsker og behov,
samt patientens egen oplevelse af livskvalitet. Den enkelte patient og eventuelle pårørende skal
inddrages i planlægning og beslutninger om patientens forløb. Indsatserne skal have fokus på at
inddrage pårørende som en hjælp for patienten, i de tilfælde hvor det er relevant, og efter sam-
tykke fra patienten.

Sammenhæng i patientens forløb

Behandlingsforløb og -tilbud skal integreres og koordineres på tværs af faggrupper og sektorer.
Forløbet i akutfunktionen skal altid være koordineret og aftalt med de ansvarlige sundhedspers-
oner. På samme vis skal samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper være præget af konti-
nuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb, ligesom det lægelige behand-
lingsansvar skal være klart og entydigt, så det er tydeligt for personalet i akutfunktionen, hvor
de skal henvende sig ved spørgsmål vedrørende det konkrete patientforløb. Der skal være klare
og ensartede måder at udveksle information og en aftalt og koordineret opgaveoverdragelse på
tværs af sektorer, og der skal foreligge en pleje- og behandlingsplan fra henvisende læge, når
patienten starter et forløb i akutfunktionen.

Høj kvalitet og patientsikkerhed

Tilbuddet i den kommunale akutfunktion har den fordel for patienten, at pleje og behandling
kan varetages tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø. Det er vigtig at understrege, at tilbud-
det i akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse, hvis patienten har behov for dette.

¹³ Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler

¹⁴ Bekendtgørelse nr. 1763 af 27. december 2016 om apotekers vagttjeneste og åbningstid

Der skal være en ensartet høj kvalitet i behandlingen i akutfunktionerne på tværs af landet. Medarbejderne skal have de fornødne kompetencer til at varetage behandling og pleje på forsvarlig vis. Sundhedspersoner skal have let, entydig og fleksibel adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet, og der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed i akutfunktionen.

2 Sammenfatning af krav og anbefalinger

Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger vedrørende kommunale akutfunktioner er opsummeret nedenfor. De enkelte krav og anbefalinger er uddybet i de efterfølgende kapitler.

Tilrettelæggelse

En kommunal akutfunktion skal:

- være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage
- løbende vurdere behovet for akutfunktionens indsatser og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.

Det anbefales:

- at kapacitetsvurderingen i kommuner og regioner sker i samarbejde med almen praksis og sygehus
- at kommuner med et lille patientgrundlag indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion
- at tilrettelægge indsatsen så den er koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser.

Målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

- lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse
- lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen
- patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.

Indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:
 - observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)
 - sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund

- helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.
- Instrumentelle indsatser, herunder:
 - akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
 - subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
 - sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
 - parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindelsesskift ved intravenøse katetre
 - inhalationsbehandling
 - pasning af dræn
 - kateteranlæggelse og -pleje
 - prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Det anbefales:

- at der, såfremt den kommunale akutfunktion vælger at varetage opgaver udover de angivne, fx venøs blodprøvetagning og intravenøs væske og medicinadministration, også laves underliggende aftaler herom.

Kompetencer og uddannelse

I en kommunal akutfunktion varetages opgaverne af erfarne sygeplejersker med følgende uddannelse og kompetencer:

- Autoriseret sygeplejerske.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

Grundlæggende sygeplejeopgaver kan efter konkret vurdering varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:

- Autoriseret social- og sundhedsassistent.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

Personalet i akutfunktionen skal overvejende være beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje.

Personalets kompetencer skal løbende udvikles og vedligeholdes.

Udstyr

I en kommunal akutfunktion skal der være følgende udstyr til rådighed:

- Udstyr til måling af vitale parametre, herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet.
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning.
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger.
- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse.
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.
- Forstøverapparat.
- Hjertestarter og Rubens ballon.
- Værnemidler.

Kvalitetssikring og dokumentation

En kommunal akutfunktion skal:

- følge relevante kliniske retningslinjer, og der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver, der varetages i akutfunktionen efter lægelig delegation.
- løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer.

Det anbefales:

- at monitorering og evaluering af indsatsen udføres med fælles og standardiserede kvalitetsindikatorer, så kvaliteten løbende kan dokumenteres.

Ansvar og samarbejde

Det anbefales:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal blandt andet, jævnfør kapitel 9 i øvrigt, afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud
- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktionen og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet
- at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om patientens behandling

- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsansvaret ved overdragelse til praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med praktiserende læge
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion
- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.

3 Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner

Krav til tilrettelæggelse

En kommunal akutfunktion skal:

- være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage
- løbende vurdere behovet for akutfunktionens indsatser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.

Det anbefales:

- at kapacitetsvurderingen sker i samarbejde med almen praksis og sygehus
- at kommuner med et lille patientgrundlag indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion
- at tilrettelægge indsatsen, så den er integreret og koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser.

3.1 Tilgængelighed og kapacitet

Den kommunale akutfunktion er kendetegnet ved stor fleksibilitet i forhold til tilgængelighed. Behovet for observation, pleje og/eller behandling kan opstå på tidspunkter som weekender og sene aften-nattetimer, hvorfor indsatserne skal kunne ydes 24 timer i døgnet alle ugens dage, ligesom de skal være tilgængelige for telefonisk kontakt fra henvisende læger og patienter, der modtager en indsats fra kommunal akutfunktion, i dette tidsrum. Indsatser i sene aften- og nattetimer kan organisatorisk tilrettelægges i regi af hjemmesygeplejen på betingelse af, at de i standarden beskrevne kompetencer er til stede.

Det er kommunens ansvar løbende at vurdere behovet for akutfunktionens indsatser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter. Det anbefales, at denne kapacitetsvurdering sker i tæt samarbejde med almen praksis og sygehus, og at vurderingen også inddrager den regionale kapacitet. Det er ligeledes kommunen, som visiterer til akutfunktionen, og det er kommunalbestyrelsens ansvar, at akutfunktionen kan modtage relevante patienter døgnet rundt, dog under hensynstagen til kapacitet.

Rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud.

3.2 Organisering og sammenhæng med øvrige aktører

Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion er organiseret forskelligt i kommunerne, oftest som akutteams og/eller akutpladser. Den primære forskel mellem de to organisationsformer er, at den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i patientens eget hjem eller plejebolig, eller som sygeplejefaglig backup på kommunens midlertidige døgndækkede pladser, mens den sygeplejefaglige indsats på akutpladser sker på en stationær plads på en kommunal institution. Hvordan kommunerne organiserer akutfunktionen, beror på en konkret vurdering i den enkelte kommune på baggrund af blandt andet befolkningsgrundlag, geografi, kommunestørrelse, afstand til sygehus, lægebetjening mv.

Samarbejdet med den øvrige kommunale hjemmesygepleje afhænger af, hvordan kommunen har organiseret sig. I akutteams dækker akutfunktionens indsats som udgangspunkt den del af patientens forløb, der kræver særlige kompetencer, og som ikke kan varetages i den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Det betyder, at den samlede indsats for patienten ydes i et tæt samarbejde mellem akutfunktionen og den øvrige hjemmesygepleje. Dette tætte samarbejde sikrer, at patienten kan modtage det særlige observations-, pleje- eller behandlingstilbud samtidig med, at de modtager den grundlæggende sygepleje (fx stomiskift/pleje), de må have behov for.

Ofte vil patienter i akutfunktionen have behov for en bred rehabiliterende indsats¹⁵. Disse indsatser bør indtænkes og koordineres tæt med akutfunktionens indsatser. Derfor er samarbejdet med andre faggrupper, fx fysio- og ergoterapeuter vigtigt. Det kan fx være i forhold til en initial vurdering af funktionsevne, basal mobilisering, lejrning, vurdering af behov for hjælpemidler, dysfagi, respiration, mv.

Da kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger, kan det i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt, at kommunerne indgår i et samarbejde om løsning af de opgaver, der skal løses i hjemmesygeplejen, herunder i en kommunal akutfunktion. Det kan fx foregå ved, at en akutfunktion, efter indgåelse af relevante aftaler herom, dækker flere kommuner eller ved at lade særlige kompetencer i akutfunktionen blive brugt på tværs af kommuner¹⁶.

¹⁵ Indsatsen kan ske efter sundhedsloven § 140 eller serviceloven § 83a

¹⁶ I henhold til bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om hjemmesygepleje, kan kommunalbestyrelsen tilrettelægge hjemmesygeplejen ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet personale.

4 Målgruppe for den kommunale akutfunktion

Krav til målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

- lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse
- lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen
- patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats.

4.1 Målgrupper

Målgruppen for kommunale akutfunktioner er patienter med somatisk sygdom, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for observation, pleje og/eller behandling, som bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det kan fx være ældre medicinske patienter, patienter med kronisk sygdom, patienter med demens, patienter med organisk delir, patienter med psykiatrisk komorbiditet, patienter i en terminal fase eller patienter med akut nedsat funktionsevne, fx i forbindelse med sygdom, og et manglende eller svagt socialt netværk.

Det drejer sig overordnet om følgende målgrupper:

Patienter med behov for en tidlig indsats med henblik på afklaring og vurdering

Indsatsen i akutfunktionen varetages som udgangspunkt i et samarbejde mellem akutfunktion og almen praksis samt eventuelt lægevagten/1813¹⁷. Udredning af patienten er påbegyndt eller planlagt. Det drejer sig både om patienter, der i forvejen er i kontakt med hjemmesygeplejen, plejebolig og lignende, og patienter, der ikke er. Det kan endvidere være patienter, som i forvejen har kontakt til den øvrige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen finder behov for sparring med akutfunktionens personale med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats.

For denne patientgruppe er opgaven overordnet at yde observation, pleje og/eller behandling af patienten, hvor tilstanden ikke er stabil. I nogle tilfælde vil patienten stabiliseres og mobiliseres

¹⁷ Vagtlæger og læger i 1813-ordningen benævnes samlet som vagtlæger

og bedre sig tilstrækkeligt uden yderligere tiltag. I andre tilfælde vil observation og sygeplejefaglig udredning synliggøre et behov for en sygehusindlæggelse. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutfunktionen og almen praksis. Der skal foreligge en behandlingsplan og/eller ordination, som akutfunktionen følger. Det anbefales, at behandlingsplanen er skriftlig.

Det kan endvidere være patienter, som i forvejen har kontakt til den øvrige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer.

Patienter med behov for en opfølgende indsats

Den opfølgende indsats omfatter patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer (se også kapitel 6 om kompetencekrav).

Der skal foreligge en behandlingsplan og/eller ordination, som akutfunktionen følger, så indsatsen i akutfunktionen varetages i henhold til behandlingsplanen og i et samarbejde mellem akutfunktionen, sygehuset og almen praksis.

For denne patientgruppe, der er henvist fra hospital, kan opgaven fx bestå i kateteranlæggelse og -pleje, sondeernæring, eller rehydrering af patienter (se også kapitel 5 om indsatser i akutfunktionen).

De konkrete målgrupper for den kommunale akutfunktion kan forandre og udvikle sig over tid. Blandt andet vil nye behandlingsmetoder kunne medføre, at andre indsatser og målgrupper vil kunne varetages i den kommunale akutfunktion.

De konkrete målgrupper for akutfunktionen skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalen og praksisplanudvalg og være afstemt med de indsatser, som den kommunale akutfunktion varetager, akutfunktionens kapacitet i øvrigt og regionale tilbud til målgruppen.

5 Indsatser i kommunale akutfunktioner

Krav til indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:
 - observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)
 - sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund
 - helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.
- Instrumentelle indsatser, herunder:
 - akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
 - subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
 - sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
 - parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindings-skift ved intravenøse katetre
 - inhalationsbehandling
 - pasning af dræn
 - kateteranlæggelse og -pleje
 - prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Det anbefales:

- at der, såfremt den kommunale akutfunktion vælger at varetage opgaver udover de angivne, fx venøs blodprøvetagning og intravenøs væske og medicinadministration, også laves underliggende aftaler herom.

5.1 Indsatser

Hjemmesygeplejen i kommunerne varetager typisk planlagte sygeplejeopgaver, som kan være både almene sygeplejeopgaver, der kan varetages i hjemmesygeplejen, og særlige sygeplejeopgaver, der kræver særlige kompetencer hos personalet i hjemmesygeplejen. De sygeplejeopgaver, der varetages i de kommunale akutfunktioner, kræver særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner (se også kapitel 6 om kompetencekrav). Derudover varetager akutfunktionen både akutte og subakutte indsatser, som i kommunalt regi forstås som hhv. en indsats der etableres og leveres med kort varsel – det vil sige inden for få timer - og som kan iværksættes på alle tider af døgnet og alle ugens dage, inklusiv søn- og helligdage, og en indsats, der leveres dagen efter henvendelse, og som kan iværksættes alle dage i løbet af ugen, mens aftale herom normalt bør kunne ske på alle tider af døgnet¹⁸. Det er således ikke indsats, der kræver en reaktion inden for få minutter, eller hvor der er tale om en trussel mod livet eller behov for en sygehusindlæggelse.

I akutfunktionen varetages størstedelen af indsatserne efter ordination fra en læge og på delegation. Opgavevaretagelsen følger den gældende lovgivning for delegation af lægeforholdt virksomhed⁶.

Nedenstående opgaver skal kunne varetages i den kommunale akutfunktion:

Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:

- observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og personalet i akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)
- sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund
- helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.

Instrumentelle indsatser, herunder:

- akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
- subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
- sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder

¹⁸ Definitionen på subakutte og akutte kommunale indsatser er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL i 2012.

- parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindelsesskift ved intravenøse katetre
- inhalationsbehandling
- pasning af dræn
- kateteranlæggelse og -pleje
- prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Nogle kommunale akutfunktioner vil eventuelt kunne varetage flere og andre opgaver, end de ovenfor anførte. Det bør aftales lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet, hvilke opgaver den kommunale akutfunktion eventuelt varetager udover de angivne.

6 Kompetencer og uddannelse

Krav til kompetencer og uddannelse

I en kommunal akutfunktion varetages opgaverne af erfarne sygeplejersker med følgende uddannelse og kompetencer:

- Autoriseret sygeplejerske.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

Grundlæggende sygeplejeopgaver kan efter konkret vurdering varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:

- Autoriseret social- og sundhedsassistent.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

Personalet i akutfunktionen skal overvejende være beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje

Personalets kompetencer skal løbende udvikles og vedligeholdes

6.1 Volumen og vedligeholdelse af kompetencer

Vedligeholdelse af kompetencer kræver et vist volumen af opgaver, så for at understøtte kvaliteten af indsatsen og patientsikkerheden skal indsatsen, hvor patientgrundlaget er lille, forankres hos få personer med særlige færdigheder og de nødvendige kliniske kompetencer. Det er derfor et krav, at personalet i akutfunktionen overvejende er beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje, så deres kompetencer opbygges og holdes ved lige. Herved er det muligt at sikre den nødvendige volumen i opgavevaretagelsen og understøtte, at personalet i akutfunktionen løbende vedligeholder og udvikler deres kompetencer, samt er opdateret i forhold til viden om de nyeste behandlingsmetoder. Der kan derudover være behov for særlige færdigheder og kompetencer relateret til akutfunktionens opgaver og oplæring i forhold til nyt udstyr eller behandlingsmetoder. Kompetenceudvikling kan ske via fx efteruddannelse, færdighedskurser og samarbejde med sygehus om supervision eller fælles skolebænk og kan både foregå lokalt eller ved tværsektorielt samarbejde mellem sygehuse og kommune.

Det er afgørende for varetagelsen af opgaverne, at der er fokus på fortsat kompetenceudvikling for personalet i akutfunktionen. Personalet i akutfunktionen skal i forhold til det konkrete patientforløb, og bør generelt, have adgang til kontinuerlig rådgivning og vejledning fra relevante parter, herunder sygehus og almen praksis.

Kommuner med et lille patientgrundlag kan hensigtsmæssigt indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre et tilstrækkeligt patientgrundlag for akutfunktionen til, at personalet kan vedligeholde deres kompetencer.

6.2 Personale i akutfunktionen

Personalet i akutfunktionerne skal besidde kliniske kompetencer samt relationelle, kommunikative og samarbejdskompetencer. Derudover skal personalet besidde en række særlige kompetencer relateret til akutfunktionens opgaver, fx erfaring med komplekse forløb, akutte situationer og brug af udstyr i relation hertil.

Indsatserne i akutfunktionen varetages af en afgrænset gruppe sygeplejersker. Dele af opgaverne kan efter konkret vurdering ligeledes varetages af en afgrænset gruppe social- og sundhedsassistenter.

Nedenfor beskrives kravene til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter uddannelse og kompetencer.

6.2.1 Sygeplejersker

Sygeplejersker ansat i en akutfunktionen skal være autoriserede og dermed have gennemført sygeplejerskeuddannelsen¹⁹ eller en uddannelse, der er blevet sidestillet hermed, fx fra et andet land.

Sygeplejersker i kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved at have særlige kompetencer til at vurdere patienter, påbegynde initiale undersøgelser på delegation, vurdere behov for lægelig kontakt/sparring, og justere i behandlingen af patienterne iht. en behandlingsplan.

Ligeledes er det nødvendigt at have kompetencer, der orienterer sig mod borgerens livssituation og livsverden. Det betyder, at sygeplejersker i akutfunktionen ikke kun arbejder med en instrumentel klinisk opgaveløsning, men også overskuer behov for øvrige indsatser, fx genoptræning og rehabilitering. Det kræver en bred orientering og et nuanceret blik på hele patientens sundhedssituation, hvor fx sociale og mentale sundhedsfaktorer også har betydning. Derudover skal sygeplejersken besidde pædagogiske kompetencer, selvledelse, kunne tage ansvar for det akutte og uforudsigelige samt håndtere krise hos pårørende.

Sygeplejersker med særlige kompetencer inden for det akutte kliniske sygeplejefelt i de kommunale akutfunktioner skal dermed have en bred viden og kompetencer, der rækker ud over akutsygeplejen, således at sygeplejerskerne kan håndtere de mest komplekse patientforløb.

Der skal foreligge instrukser eller funktionsbeskrivelser for de funktioner, der skal varetages af sygeplejersker i akutfunktionen.

Rutine i varetagelse af sygeplejeopgaver, herunder håndteringen af akutte patienter med komplekse og omskiftelige problemstillinger, opnås for mange sygeplejersker først i løbet af ansættelser på kliniske sygehusafdelinger efter afsluttet uddannelse. Derfor skal sygeplejersker inden ansættelsen i akutfunktionen have tilegnet sig relevant erhvervserfaring, fx fra ansættelser på kliniske sygehusafdelinger og gerne også fra hjemmesygeplejen.

¹⁹ Bekendtgørelse nr. 804 af 17. juni 2016 om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje.

Sygeplejersker skal som minimum have erfaring svarende til to års relevant erhvervserfaring i fuldtidsstilling som sygeplejerske inden ansættelse i akutfunktionen. Det anbefales dog, at sygeplejerskerne i de kommunale akutfunktioner har tre-fem års erfaring eller mere. Erhvervserfaringen opnås fx ved ansættelse i en fælles akutmodtagelse eller fra andre enheder med patienter i akutte forløb eller tilsvarende, suppleret med erfaring fra ansættelse på øvrige kliniske sygehusafdelinger og i hjemmesygeplejen.

I disse ansættelser bør sygeplejersken blandt andet have opnået:

- færdigheder og erfaring med sygeplejehandlinger og behandling i forhold til fx patienter med smerter, patienter med ændret perception, patienter med ernærings- og væskeproblemer, demente og/eller delirøse patienter, eller patienter med en infektion
- erfaring med teambaseret patientbehandling og sygepleje.

6.2.2 Social- og sundhedsassistenter

Specifikke dele af opgaverne vil efter konkret vurdering kunne varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedsassistenter i en kommunal akutfunktion skal være autoriserede og dermed have social- og sundhedsassistentuddannelsen²⁰ eller en uddannelse, der er blevet sidestillet hermed, fx fra et andet land.

Der bør konkret tages stilling til og udarbejdes ledelsesmæssige instrukser for de funktioner, der kan varetages af social- og sundhedsassistenter.

Rutine i varetagelse af opgaver indenfor specifikke sygdomsgrupper opnår en social- og sundhedsassistent almindeligvis først i løbet af ansættelser efter afsluttet uddannelse. Således bør social- og sundhedsassistenter, der varetager opgaver i akutfunktioner, inden ansættelsen i akutfunktionen som minimum have erfaring svarende til to års relevant erhvervserfaring i fuldtidsstilling. Det anbefales dog, at social- og sundhedsassistenterne i de kommunale akutfunktioner har tre-fem års erfaring eller mere. Erhvervserfaringen opnås fx ved ansættelse i en fælles akutmodtagelse eller fra andre enheder med patienter i akutte forløb eller tilsvarende, suppleret med erfaring fra ansættelse på øvrige kliniske sygehusafdelinger.

I disse ansættelser bør social- og sundhedsassistenter blandt andet have opnået erfaring med:

- sygeplejehandlinger i forhold til blandt andet patienter med smerter, patienter med ændret perception, patienter med ernærings- og væskeproblemer og patienter med en infektion
- observation af den akutte og/eller dårlige patient.

²⁰ Bekendtgørelse nr. 816 af 20. juli 2007 om uddannelserne i den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik.

7 Udstyr og medicin i akutfunktionen

Krav til udstyr

I en kommunal akutfunktion skal der være følgende udstyr til rådighed:

- Udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet.
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning.
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger.
- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse.
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.
- Forstøverapparat.
- Hjertestarter og Rubens ballon.
- Værnemidler.

7.1 Udstyr

Akutfunktionerne skal kunne yde forskellige indsatser, som stiller krav til udstyr og utensilier (se også kapitel 5 om indsatser). Der stilles derfor krav til, at akutfunktionen har udstyr og utensilier, der er nødvendig for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande. Det drejer sig om følgende:

- Udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet²¹.
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning.
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger.

²¹ Jf. 'Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer' (Sundhedsstyrelsen 2013).

- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse.
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.
- Forstøverapparat.
- Hjertestarter og Rubens ballon.
- Værnemidler²².

Andet mere specialiseret udstyr, som fx pumper til smertebehandling, følger de almindelige bestemmelser på området, jf. afgrænsningscirkulæret²³. Det forudsættes, at der laves lokale aftaler med henblik på at understøtte kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret og analyser i den kommunale akutfunktion.

7.2 Medicin og væsker

Akutfunktionen kan som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Opbevaring af lægemidler, som er ordineret til en patient skal ske i henhold til vejledning om ordination og håndtering af lægemidler²⁴ og medicinskabsbekendtgørelsen²⁵, det vil sige hos patienten selv, medmindre det findes hensigtsmæssigt og relevant for hjælp til opbevaring og håndtering, at institutionen stiller opbevaringsmuligheder til rådighed i form af selvstændige bokse, skabe eller lignende.

Patienterne skal således købe deres lægemidler på apotek²⁶ eller hos en detailforhandler, som har tilladelse til salg af håndkøbslægemidler, med mindre de har fået medicin med fra henvisen-

²² Værnemidler anvendes for at beskytte huden og personalets arbejdsdragt mod forurening, ansigtet mod stænk og sprøjt samt personalet mod smitte og mod at kunne videregive smitte. Værnemidler kan anvendes ved patienter, som er udskrevet til akutfunktionen fra isolation på sygehus. Jf. *Supplerende nationale infektionshygiejniske retningslinjer*, anbefales det, at isolation ikke skal finde sted i primærsektoren, hvorfor patienter som har fortsat behov for isolation ikke kan udskrives til en akutfunktion.

²³ Cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)

²⁴ Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler

²⁵ Jævnfør bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner. Begrebet behandlende institution fortolkes som institutioner, som er sygdomsbehandlende og som er midlertidigt opholdssted, inden patienten bliver indlagt til behandling på sygehus, og efter patienten er blevet udskrevet, fx hvor patienten er i et aktivt behandlingsforløb inden og efter indlæggelsen på sygehus. Der skal til en behandlende institution være tilknyttet en læge, som har ansvaret for, at bekendtgørelsen overholdes. Er der ikke en fast tilknyttet læge, kan ansvaret delegeres til en anden person med tilstrækkeligt kendskab til håndtering af lægemidler, jf. bekendtgørelsens § 6. Ordination af lægemidler, som opbevares i henhold til reglerne i denne bekendtgørelse, kan kun foretages af en læge, som er tilknyttet den behandlende institution. Sundhedsstyrelsen kan kontaktes med henblik på at få vurderet, om institutionen kan betragtes som en behandlende institution. En behandlende institution kan som udgangspunkt ikke være et plejecenter eller lignende.

²⁶ For udbringning af lægemidler mv., se bekendtgørelse nr. 1763 § 6 af 27. december 2016

de læge (patienten, der bliver udskrevet fra sygehus, har typisk fået udleveret lægemidler fra sygehuset, så de kan fortsætte behandlingen, indtil de kan komme på apotek).

8 Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats

Krav til kvalitetssikring og dokumentation

En kommunal akutfunktion skal:

- følge relevante kliniske retningslinjer, og der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver, der varetages i akutfunktionen på lægelig delegation
- løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer.

Det anbefales:

- at monitorering og evaluering af indsatsen udføres med fælles og standardiserede kvalitetsindikatorer, så kvaliteten løbende kan dokumenteres.

8.1 Kvalitetssikring og monitorering

Akutfunktionen skal have fokus på kvalitet og patientsikkerhed i opgaveløsningen og skal derfor arbejde evidensbaseret og følge eksisterende, relevante kliniske retningslinjer.

Akutfunktionen skal løbende sikre, at indsatserne i akutfunktionen har den fornødne kvalitet, fx ved at gennemføre journalaudits samt at registrere og følge op på relevante indikatorer. Det anbefales, at monitorering og evaluering af indsatsen udføres med fælles og standardiserede kvalitetsindikatorer, så kvaliteten løbende kan dokumenteres.

Det vil være relevant at registrere og følge op på følgende indikatorer:

- Antal af patienter og varighed af patientens tilknytning til akutfunktionen.
- Henvissningsårsag til akutfunktionen.
- Antal indlæggelser og genindlæggelser på sygehus.
- Funktionsevne hos patienter tilknyttet akutfunktionen.
- Utilsigtede hændelser.
- Patienttilfredshed.

Registreringen kan hensigtsmæssigt foretages på baggrund af eksisterende databehandlings- og indberetningssystemer.

Registrering og opfølgning på indikatorerne vil bidrage til den løbende kvalitetsudvikling og -sikring af de indsatser, der leveres i akutfunktionen samt bidrage til den overordnede tilrettelæggelse af akutfunktionen, fx i forhold til organisering og kompetencer, som eventuelt ændres i takt med udviklingen af det øvrige sundhedsvæsen.

8.2 National opfølgning

Kommunerne skal i august 2018 gøre status på, hvordan midlerne er blevet anvendt til at styrke de kommunale akutfunktioner siden 2016, samt redegøre for hvordan midlerne vil blive brugt fremadrettet. Endvidere er der afsat midler til en løbende udvikling og opfølgning, herunder dokumentation af de kommunale akutfunktioner. På den baggrund gennemføres der til og med 2019 en årlig status med fokus på udviklingen af de kommunale akutfunktioner, herunder en løbende vurdering af udviklingen i henvisninger, kapacitet og opgaveomfang.

Det anbefales, at kommunerne løbende er i dialog med samarbejdspartnerne på sygehus og almen praksis om udviklingen i akutfunktionen, herunder om der er behov for justeringer af kvalitetsstandarderne.

9 Ansvar og samarbejde mellem sektorer

Anbefalinger til ansvar og samarbejde

Det anbefales:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud
- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktion og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet
- at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål omkring patientens behandling
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsansvaret ved overdragelse til praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med praktiserende læge
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion
- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.

9.1 Samarbejde

For at opnå en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet, er et fleksibelt samarbejde med regioner og almen praksis afgørende. Akutfunktionen varetager mange akutte og særlige behandlingsopgaver, som er ordineret af læger i almen praksis og på sygehus, og hvor der er behov for fortsat samarbejde om patientens behandling. For at sikre en høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i patientforløb er det vigtigt, at der er fokus på god kommunikation mellem patient/pårørende, læger, øvrige hjemmesygepleje og akutfunktionen.

De specifikke rammer for samarbejdet mellem den kommunale akutfunktion og de regionale behandlingstilbud skal fastlægges mellem region og kommune i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. De regionale behandlingstilbud omfatter i den forbindelse både al-

men praksis, vagtlæger og akutordninger og sygehuse, herunder de fælles akutmodtagelser, samt eventuelle udgående funktioner.

Den underliggende aftale i regi af sundhedsaftalen skal af patientsikkerhedsmæssige årsager have fokus på klare rammer for ansvarsfordeling og opgaveoverdragelsen mellem sektorer, herunder behandlingsplan samt klare aftaler for adgang til rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet personale på sygehuset, i de tilfælde hvor det er relevant. Aftalen skal herudover afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud. Særligt de mundtlige aftaler forud for patientens udskrivelser fra sygehus og overdragelse til egen læge er af stor betydning for patientsikkerheden. Endvidere skal der være aftaler i forhold til sygebesøg, for så vidt angår lægebetjening af akutfunktioner organiseret som stationære pladser, da patienter her kan befinde sig i mere end 15 km²⁷ væk fra en praktiserende læge.

9.2 Henvisning til kommunal akutfunktion

Både praktiserende læger, vagtlæger og sygehuslæger kan henvise patienter til en kommunal akutfunktion, såfremt patienterne er i målgruppen (se også kapitel 4 om målgruppe) og har brug for indsatser, der ydes i akutfunktionen (se også kapitel 5 om indsatser), men ikke har brug for indlæggelse eller er klar til udskrivelse fra sygehus. I forbindelse med henvisningen skal der ske telefonisk kontakt til akutfunktionen, som har visitationsretten, med henblik på en afklaring af, om patientens situation egner sig til akutfunktionens tilbud. Når lægen henviser til en akutfunktion, skal der, på tidspunktet for henvisningen, foreligge en skriftlig henvisning indeholdende en udrednings- og/eller behandlingsplan, som også tydeligt angiver behandlingsansvarlig læge og eventuelt ansvarsfordelingen, hvis flere læger har behandlingsansvar (se afsnit nedenfor om behandlingsansvar for patienter henvist fra sygehusafdeling). Ved henvisning fra sygehuslæge kan den skriftlig udrednings- og/eller behandlingsplan med fordel udgøres af en kopi af epikrisen, hvori det dermed fremgår, at patienten udskrives til indsats i akutfunktion, sendt som korrespondancemeddelelse til akutfunktionen.

For vagtlæger bør behandlings- eller udredningsplanen fremgå af vagtlægenotatet, da det dermed også sikrer, at patientens praktiserende læge får rette information i tide (behandlingsansvaret overdrages automatisk til praktiserende læge indenfor lægens åbningstid²⁸). Det gælder for henvisning fra både sygehuslæger og vagtlæger, at såfremt henholdsvis epikrisen og vagtlægenotatet skal kunne bruges som skriftlig henvisning til akutfunktionen, skal epikrise og vagtlægenotat kunne sendes til akutfunktionen på henvisningstidspunktet. Der kan være forskellige lokale løsninger på, hvordan den elektroniske kommunikation sker. Henvisningen fra sygehus og vagtlæge kan ske gennem en korrespondancemeddelelse (REF 01) til kommunen.

²⁷ 5 km hvis patienten har bopæl i København, Frederiksberg, Tårnby eller Dragør Kommune.

²⁸ Overdragelse af behandlingsansvar for en patient henvist fra vagtlæge til akutfunktionen vil almindeligvis ske gennem vagtlægenotatet, og ikke telefonisk, på grund af manglende overlap i åbningstider. Ved henvisning af patienter fra lægevagten til akutfunktionen bør der indgå overvejelser omkring dette i vurderingen af, om patientens situation egner sig til akutfunktionens tilbud.

9.2.1 Henvisningens indhold

Med henblik på at sikre patientsikkerhed og en entydig opgaveoverdragelse, anbefales det, at henvisningen indeholder skriftligt henvisningsnotat fra læge med:

- beskrivelse af patientens tilstand, problemstillingen/henvisningsårsag, samt hvilke tiltag der er foretaget i udredningen/behandlingen
- behandlings- eller udredningsplan for patienten, herunder beskrivelse af ordinerede opgaver og instruktioner hvor der er relevant
- kontaktoplysninger (navn og telefonnummer) til den behandlingsansvarlige læge. Ved henvisning fra sygehuslæge kan kontaktoplysningerne med fordel være på funktionsniveau, det vil sige telefonnummer på afdelingens vagthavende (bagvagt), da den behandlingsansvarlige læge kan være gået hjem efter endt vagt
- kontaktoplysninger på patientens nærmeste pårørende
- oplysninger om patientens samtykke til, at der videregives oplysninger om patienten til akutfunktionen.

9.3 Lægeligt behandlingsansvar

Det er væsentligt for patientsikkerheden, at opgaverne i akutfunktionen varetages inden for klare rammer og med en klar ansvarsplacering. Dette gælder generelt i hjemmesygeplejen, men er særlig vigtigt i kommunale akutfunktioner, da personalet i akutfunktionen i vidt omfang udfører lægeforbeholdte opgaver med patientsikkerhedsmæssige risici. Der må derfor aldrig være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation. Det betyder, at personalet i akutfunktionen hurtigt skal kunne tage kontakt til den rette læge ved behov for lægefaglig sparring.

Da akutfunktionen modtager patienter både fra almen praksis og vagtlæger samt patienter udskrevet fra sygehusafdelinger, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har behandlingsansvaret for patienten. Ansvarsfordelingen i forhold til behandling af patienter anbefales at følge den ansvarsfordeling, der gælder i øvrigt, og skal som ovenfor nævnt aftales lokalt.

Det anbefales at der er fuldt behandlingsansvar enten hos praktiserende læge eller hos sygehuslæge:

Behandlingsansvar for patienter henvist fra almen praksis og lægevagten

For patienter henvist fra praktiserende læge eller vagtlæge anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos praktiserende læge i dennes åbningstid, og hos vagtlæge uden for lægens åbningstid. Tilgængelighed til vagtlægen er central for en akutfunktion, og der anbefales derfor at være fokus herpå i underliggende aftaler mellem regioner og kommuner.

Behandlingsansvar for patienter henvist fra sygehusafdeling

For patienter, der er henvist fra sygehus, anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos sygehuslægen (eller læge i samme funktion – ofte bagvagt på henvisende afdeling). Det anbefales endvidere, at behandlingsansvaret, så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra syge-

huslæge til praktiserende læge, såfremt patientens praktiserende læge fagligt ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient. For patienter, der fortsætter i ambulant forløb efter udskrivelse fra sygehus, anbefales det, at sygehuslægen fortsat har behandlingsansvaret for den sygdom/tilstand, patienten følges ambulant for, på samme måde som det i øvrigt gælder i sundhedsvæsenet.

Overdragelsen bør ske ved *telefonisk kontakt* mellem lægerne, som bør følges op med en korrespondancemeddelelse til akutfunktionen, hvori videre behandlingsplan og behandlingsansvar fremgår tydeligt. I tilfælde af længerevarende ferie hos praktiserende læge, er det den vikarierende læge, der skal tage stilling til overtagelse af behandlingsansvaret eller ikke.

Det anbefales, at intravenøs medicinsk behandling, såfremt kommunens akutfunktion vælger at varetage denne, som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling som udgangspunkt bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion.

Det skal bemærkes, at såfremt der opstår en almenmedicinsk problemstilling i perioden, hvor patienten modtager en indsats fra akutfunktionen, der af personalet vurderes at kunne vente fem dage (normal responstid i almen praksis), skal der tages kontakt til praktiserende læge som vanligt.

Opstår en problemstilling af almenmedicinsk karakter, hvor det af personalet vurderes at kontakt til læge skal ske hurtigere end normal responstid for almen praksis, vil kontakt som udgangspunkt være til henvisende læge (det vil sige sygehuslæge, medmindre ansvaret er overdraget til praktiserende læge). Det anbefales, at problemstillingen løses i samarbejde mellem sygehuslæge og praktiserende læge.

9.4 Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed

Autoriserede sundhedspersoner skal under udøvelse af deres virksomhed udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationsloven § 17²⁹. Det er i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp³⁰ præciseret, hvordan en autoriseret sundhedsperson kan leve op til kravet om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med sin brug af medhjælp. Bekendtgørelse og vejledning beskriver de krav og det ansvar, der stilles til medhjælpen, ledelsen og til de autoriserede sundhedspersoner der bruger medhjælp.

Når en sygehuslæge eller en praktiserende læge fx ordinerer en behandling til en patient, som det i henhold til autorisationslovens regler er forbeholdt læger at udføre, og akutfunktionen skal

²⁹ Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

³⁰ Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed)

varetage udførelsen af behandlingen, er der tale om, at personalet ved akutfunktionen arbejder som medhjælp³¹.

Reglerne for brug af medhjælp fremgår af ovenfor nævnte bekendtgørelse og vejledning og vil ikke blive omtalt i detaljer i disse kvalitetsstandards. Det skal dog påpeges, at det er af allerstørste vigtighed, at personalet i akutfunktionen er bevidst om, hvem de er medhjælp for i relation til patientens forskellige behandlinger, og at det altid er muligt for personalet at komme i kontakt med en relevant sundhedsperson (typisk en læge), hvis der skulle opstå spørgsmål eller problemer i relation til patientens behandling.

9.4.1 Kommunalbestyrelsens og ledelsens ansvar

Det er en almindelig forudsætning for patientsikkerheden og for kvaliteten af den behandling, der varetages i akutfunktionen, at personalet i akutfunktionen har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til varetagelse af observation, pleje og behandling (se også kapitel 6 om kompetencer).

Kommunalbestyrelsen har det overordnede ansvar for at sikre, at akutfunktionen har de nødvendige uddannelses- og ledelsesmæssige kvalifikationer, således at arbejdstilrettelæggelsen kan tilgodese patientsikkerheden. Ledelsen af akutfunktionen har ansvar for:

- at personalet har de fornødne kompetencer til at udføre sygeplejen, herunder at udføre de behandlingsopgaver, som varetages i akutfunktionen på delegation af læger
- at udarbejde de nødvendige instrukser for personalets udførelse af delegerede opgaver
- at føre et overordnet tilsyn med personalets opgaveløsning.

Hvis ledelsen finder, at personalet i akutfunktionen ikke har de nødvendige kompetencer til at udføre en konkret, lægeforbeholdt, ordineret behandling, har ledelsen ansvaret for at gøre den ordinerende læge opmærksom på, at personalet ikke kan varetage ordinationen. Den ordinerende læge vil herefter være forpligtet til at tage stilling til, om personalet vil kunne varetage ordinationen efter yderligere instruktion, eller om patienten i stedet skal indlægges på sygehus.

9.4.2 Sygeplejerskens ansvar

Personalet i akutfunktionen skal følge de generelle instrukser, som ledelsen har udarbejdet for udførelsen af arbejdet med de forbeholdte opgaver, fx medicingivning. Personalet skal derudover følge den konkrete instruks, som lægen måtte give i forbindelse med ordinationen. Skulle der være problemer, fx uoverensstemmelse mellem ledelsens instrukser og instruksen givet af den ordinerende læge, eller hvis personalet ikke er i stand til at udføre behandlingen, skal personalet gøre den ordinerende læge og egen ledelse opmærksom herpå. Det er personalets ansvar at sige fra overfor den ordinerende læge, såfremt de ikke har kompetencen til at løse opgaven.

³¹ Eksempler på lægeforbeholdte opgaver i akutfunktionen er medicinhandling inklusiv intravenøs behandling og iltbehandling, anlæggelse af sonder, venflon, katetre m.m., måling af blodsukker samt blodprøvetagning.

9.4.3 Den ordinerende læges ansvar

Den ordinerende læge er forpligtet til at sikre, at ordinationen er klar og entydig. Ordinationen skal være beskrevet på en sådan måde, at der ikke kan være tvivl om, hvordan den skal udføres. Lægen skal give de nødvendige oplysninger om behandlingen således, at personalet kan håndtere den konkrete ordination og sikre, at de aktuelle lægemiddelordinationer på det Fælles Medicin Kort afspejler den aktuelle medicinering på ajourføringstidspunktet. Den ordinerende læge har imidlertid ikke ansvar for at udvælge, instruere eller føre tilsyn med det personale, der er tilknyttet akutfunktionen, da personalet er tilknyttet en anden arbejdsplads end lægen. Dette ansvar ligger hos ledelsen af akutfunktionen.

Den læge, der har ansvaret for behandlingen (sygehuslægen eller praktiserende læge/vagtlæge), tager stilling til behandlingen af den konkrete patient. Lægen kan ordinere lægemidler i faste doseringer og/eller i doseringer efter patientens aktuelle behov, eventuelt indenfor en nærmere fastsat ramme. I sidstnævnte tilfælde vil personalet løbende skulle vurdere patientens aktuelle behov for lægemidler. Betingelserne for disse faglige skøn, fremgangsmåde mv. skal være beskrevet i lokale instrukser.

Personalet skal journalføre ordinationer og instruktioner i de sygeplejefaglige optegnelser.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

Faglig arbejdsgruppe til udarbejdelse af kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner

Baggrund

I juni 2016 indgik regeringen og partierne bag finansloven for 2016 aftale om *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – en national handlingsplan*. Handlingsplanen skal løfte den samlede indsats for den ældre medicinske patient gennem otte indsatsområder, hvoraf styrkelse af de kommunale akutfunktioner er én af indsatserne. Handlingsplanen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens faglig oplæg fra 2016³², der er udarbejdet i en bred inddragende proces med rådgivning fra bl.a. Sundhedsstyrelsens følgegruppe for den ældre medicinske patient.

Med handlingsplanen er der afsat 445 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 170 mio. kr. til, at kommunerne kan styrke de kommunale akutfunktioner. Styrkelsen af de kommunale akutfunktioner sker i to faser. Fra 2016 skal akutfunktionerne i fase I leve op til op til dele af Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger fra 2014³³.

Sundhedsstyrelsen skal med frist primo 2017 udarbejde kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner, som kommunerne i fase II skal leve op til fra 2018.

I den forbindelse nedsætter Sundhedsstyrelsen en faglig arbejdsgruppe, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af kvalitetsstandards.

Arbejdsgruppens opgave

Den faglige arbejdsgruppe skal drøfte og kvalificere Sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner.

Udarbejdelsen af kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner vil tage afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje fra 2014.

Kvalitetsstandards forventes at indeholde konkrete krav til akutfunktionerne i forhold til:

- Indhold
- Målgruppe
- Visitation
- Volumen

³² Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019 (Sundhedsstyrelsen, 2016)

³³ Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen, 2014)

- Kompetencer
- Samarbejde

Kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner skal foreligge primo 2017.

Arbejdsgruppens sammensætning

Den faglige arbejdsgruppe har repræsentation af følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Danske Regioner/regioner (1+1)
- Kommunernes Landsforening/kommuner (1+3)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Geriatri (1)
- Ældre Sagen (1)
- Danske Patienter (1)

Øvrige parter, herunder Praktiserende Lægers Organisation, Dansk Sygeplejeråd, kan blive inddraget ved behov.

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som den faglige arbejdsgruppe drøfter og kvalificerer. Dagsorden og beslutningsreferat udsendes cirka en uge før og efter mødets afholdelse.

Der forventes afholdt tre til fire møder i den faglige arbejdsgruppe.

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

Medlemmer af Den faglige arbejdsgruppe vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akut-funktioner i hjemmesygeplejen:

Dansk Selskab for Geriatri

Kim Otto Jacobsen

Dansk Selskab for Almen Medicin

Christian Rosendahl (4. møde)

Marianne Puge Nielsen (1., 2. og 3. møde)

Danske Patienter

Kristine Skovgaard Bossen (1. møde)

Lotte Linnemann (2. og 3. møde)

Søren Worsøe Laursen (4. møde)

Dansker Regioner

Anne Cederlund Rytter (2. møde)

Marie Lundstrøm (4. møde)

Rikke Verner Agergaard (1. og 3. møde)

Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Inge Jekes

Pia Ravnsbæk Bjærge

KL

Karen Marie Myrndorff

Kommunale repræsentanter

Aarhus Kommune: Anja Thoft Bach

Ballerup Kommune: Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk

Varde Kommune: Rigmor Jensen

Regional repræsentant

Region Syddanmark: Anders Fournaise

Sundheds- og Ældreministeriet

Louise Filt

Ældre Sagen

Mirjana Saabye

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.



Afdeling: Tværsektorielt samarbejde

Journal nr.: 16/33142
Dato: 7. april 2017

Udarbejdet af: Anders Fournaise og Trine
Malling Lungskov
E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk
Telefon: 2482 4315

Notat

Ramme for sygehusenes udmøntning af midler til flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis

Baggrund

Regeringen og satspuljepartierne har som indsatsområde 5 i handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-2019 afsat 175 mio. kr. på landsplan til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden. Midlerne skal bruges til at udbrede gode erfaringer og resultater med udgående sygehusfunktioner og til at forbedre adgangen for den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra sygehusene. Midlerne udmøntes til regionen via bloktilskuddet.

I nedenstående tabel fremgår Region Syddanmarks andel af midlerne.

	2016	2017	2018	2019	Varigt
Region Syddanmarks midler til indsatsområde 5, i mio kr.	2,1	10.8	10.8	14,0	14,0

Ramme for udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer målrettet kommuner og almen praksis

Det er et fælles ansvar for sygehuse, kommuner og almen praksis at sikre, at ældre medicinske patienter møder et sundhedsvæsen, der samarbejder på tværs af sektorer og faggrupper om at yde pleje og behandling af høj kvalitet. Den ældre medicinske patient kan i perioder have behov for sygehusenes specialiserede kompetencer og viden i eget hjem. Det kan både være i form af besøg fra en udgående funktion eller ved, at sygehuset rådgiver patientens praktiserende læge eller den kommunale sygepleje, så de kan varetage den fortsatte behandling og pleje af patienten.

Der opstilles følgende principper for sygehusenes anvendelse af midlerne:

Principperne skal sikre,

- At iværksatte indsatser udbredes til ældre medicinske patienter i hele sygehusets optageområde
- At der sikres en balance mellem ønsket om ensartet tilbud på tværs af regionens sygehuse, samtidig med at midlerne anvendes på en måde, der efterspørges lokalt
- At der er opmærksomhed på et sammenhængende sundhedsvæsen, der respekterer ansvars- og opgavedelingen mellem kommuner, sygehuse og almen praksis

Inden for nedenstående ramme skal sygehusene i samråd med kommuner og almen praksis i sygehusenes optageområde iværksætte udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer.



Tiltagene kan opstartes i et samarbejde med en enkelt eller få kommuner med henblik på at samle erfaringer, men skal designes, så de senest i 2019-2020, når den økonomiske ramme stiger, kan udbredes til alle kommunerne i optageområdet.

Principper for udgående sygehusfunktioner

- Udgående funktioner skal målrettes ældre medicinske patienter, som har brug for behandling på sygehuset, men som af forskellige årsager har svært ved at modtage behandlingen på sygehuset. *Der skal være fokus på patienter med særlige behov, som kun kan løses af sygehuspersonale, og hvor det er uhensigtsmæssigt, at de udsættes for belastende skift mellem hjemmet og sygehuset.*
- Udgående funktioner skal efterleve LEAON princippet, således at patienter ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv tilbydes den rette behandling, men på lavest effektive omkostningsniveau. *Sygehusene skal derfor være opmærksomme på ikke at implementere udgående funktioner, som løser opgaver, der kan løses af de praktiserende læger eller kommunale sygeplejer, med speciel fokus på de [kommunale akutfunktioner](#). Endvidere skal kommunerne og almen praksis inddrages i udviklingen og implementeringen af de udgående funktioner i regi af de lokale samordningsfora.*
- Udgående funktioner skal have fokus på at rådgive og understøtte kompetenceudvikling af den kommunale sygepleje og praktiserende læge ifm. behandlingen af patienten i eget hjem. *Der skal være fokus på et fleksibelt samarbejde, hvor de kommunale sygeplejersker og praktiserende læger igennem faglige kompetenceudvikling evt. får mulighed for at varetage opgaven på delegation fra sygehuslægen, med det formål at udnytte de samlede ressourcer mest hensigtsmæssigt.*
- Udgående funktioner, som kan implementeres inden for rammen, kan fx være:
 - o Ambulante og akutte teams, som kan udrede og behandle patienter i eget hjem i de situationer, hvor det er uhensigtsmæssigt at transportere patienten til sygehuset.
 - o Følge-hjem-ordninger, som har fokus på overlevering af patienter efter indlæggelse til den kommunale sygepleje efter indlæggelse.
 - o Opfølgning efter indlæggelse i form af specialiseret kontrol og behandling i eget hjem.
 - o Mobile laboratorier og undersøgelser i eget hjem (EKG, røntgen, analyser af blod, urin, telemedicin mm).
 - o Ambulantbehandling, hvor det er mere hensigtsmæssigt for patienten at modtage behandlingen i eget hjem.

Principper for rådgivningsinitiativer til kommuner og almen praksis

- Rådgivningsinitiativer skal bidrage til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden.
- Rådgivningsinitiativer skal bidrage til kompetenceudvikling af kommunale sygeplejer og praktiserende læger. *Sundhedsvæsnets udvikling gør, at praktiserende læger og kommunale hjemmesygeplejersker løbende tager over på mere specialiserede og komplekse opgaver forbundet med behandling og pleje. Rådgivningsinitiativer skal i form af kompetenceudvikling og undervisning understøtte vores samarbejdspartner i deres opgaveløsning.*
- Rådgivningsinitiativer, som kan implementeres inden for rammen, kan fx være:
 - o Telefonisk rådgivning, hvor praktiserende læger eller den kommunale sygepleje kan få hurtig rådgivning om patienter med symptomer på akut eller subakut sygdom, med det formål at vurdere, om patienten skal indlægges eller kan behandles i eget hjem.
 - o Skriftlig sparring, hvor den praktiserende læge elektronisk fremsender fokuserede spørgsmål og relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuse.



- o Telefon- og videokonference, hvor eksempelvis flere sygehuslæger og praktiserende læge kan se på samme billedmateriale og/eller drøfte behandlingsmuligheder.
- o Kompetenceudvikle og undervisning af de kommunale sygeplejersker med det formål at understøtte deres arbejde med kommunale akutfunktioner.

Økonomi

Psykiatrisygehuset tildeles midler svarerende til deres budgetandel (10,87%), mens de resterende midler fordeles blandt de somatiske sygehuse iht. befolkningsunderlaget. Argumentet herfor er, at den ældre medicinske patient primært er en hovedfunktionsopgave.

Midlerne kan anvendes til implementering af udgående funktioner og rådgivningsinitiativer inden for den ovenfor beskrevne ramme herunder udgifter til personale og investeringer i udstyr fx mobilt røntgenudstyr.

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Psykiatrisygehuset</i>	0,23	1,17	1,17	1,52	1,52
<i>Sygehus Lillebælt (26,3%)</i>	0,49	2,53	2,53	3,28	3,28
<i>Sydvestjysk Sygehus (17,9%)</i>	0,33	1,73	1,73	2,23	2,23
<i>Sygehus Sønderjylland (18,4%)</i>	0,34	1,77	1,77	2,30	2,30
<i>Odense Universitetshospital (37,4%)</i>	0,70	3,60	3,60	4,66	4,66

Det medicinske område er i Region Syddanmark rammestyrret og udgifter til nye indsatser skal derfor normalt løftes inden for rammen. Midlerne fra handlingsplanen for den ældre medicinske patient tilføres som en ekstraordinær forhøjelse af rammen. Evt. yderligere udgifter til de iværksatte indsatser skal håndteres inden for rammestyringsmodellen.

Midlerne kan anvendes til at etablere nye udgående funktioner og rådgivningsinitiativer eller til at udbygge eller udbrede eksisterende udgående funktioner eller rådgivningsindsatser målrettet ældre medicinske patienter.

Monitorering

De indsatser, som sygehusene etablerer inden for nærværende ramme, skal løbende monitoreres. Sygehusdirektionerne er ansvarlige for én gang årligt at indsende en status på de igangsatte indsatser med henblik på afrapportering til Sundheds- og Ældreministeriet om midlernes anvendelse. Ministeriet udarbejder kriterier for denne evaluering. Disse foreligger endnu ikke i endelig form. Det forventes dog, at der skal redegøres for såvel anvendelsen af midlerne, som for effekten af indsatserne. Desuden skal der redegøres for, hvor mange midler der er anvendt til at etablere nye funktioner, hhv. udbygge og udbrede eksisterende initiativer.

Vurdering af effekten af indsatserne skal derfor medtænkes i indsatsernes design.

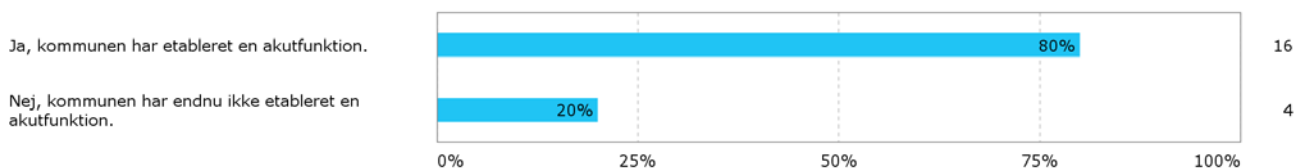
Der skal desuden ske en erfaringsopsamling, som kan danne grundlag for en vurdering af, hvilke indsatser der skal udbredes fra 2019. Det forventes ligeledes, at Ministeriet vil stille krav om organiseret erfaringsudveksling på tværs af regionerne.

Bilag

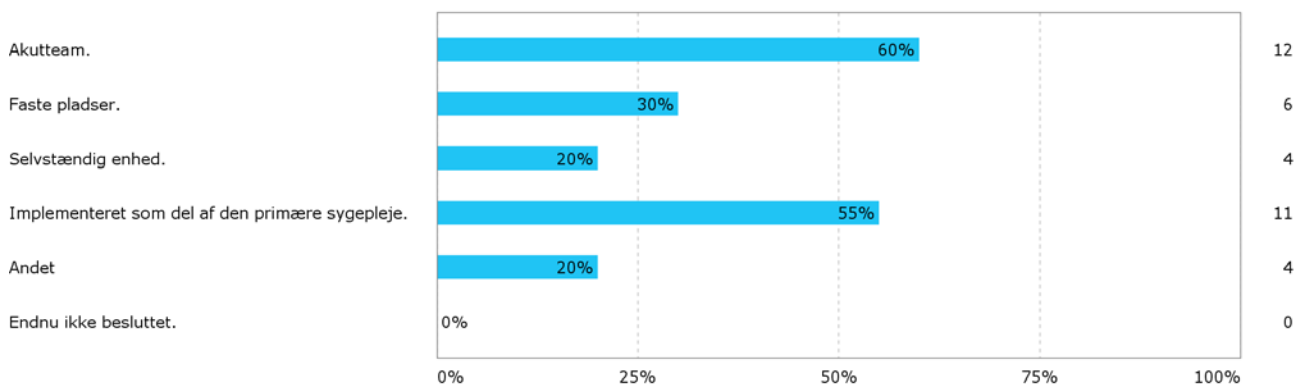
Kommunernes arbejde med kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

De syddanske kommuner er i maj 2017 blevet spurgt til status for implementeringen af de nye kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Tyve kommuner har besvaret spørgsmålene.

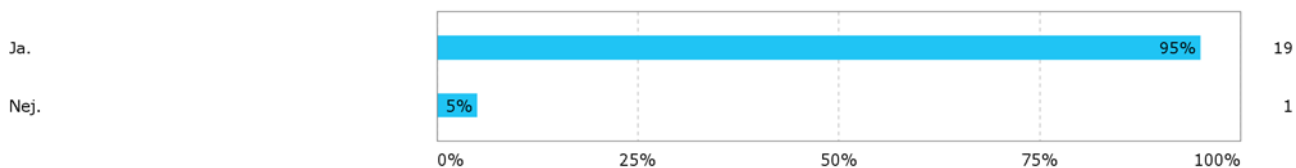
1) Har kommunen etableret en akutfunktion, dvs. en enhed med særlig sygeplejekompetence hele døgnet?



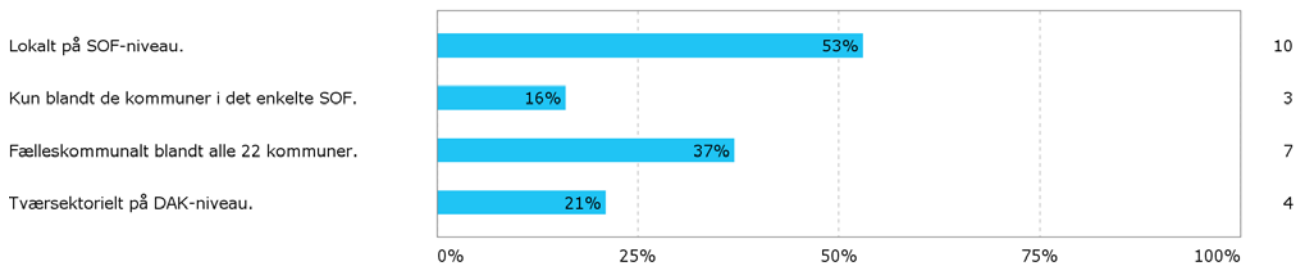
2) Hvilken type akutfunktion forventer kommunen at implementere/har kommunen implementeret?



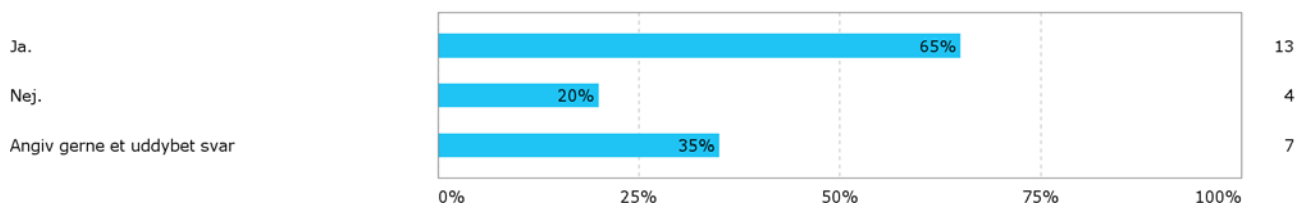
3) Vil kommunen være interesseret i fælles kompetenceudvikling?



4) Angiv i hvilken sammenhæng der ønskes kompetenceudvikling.



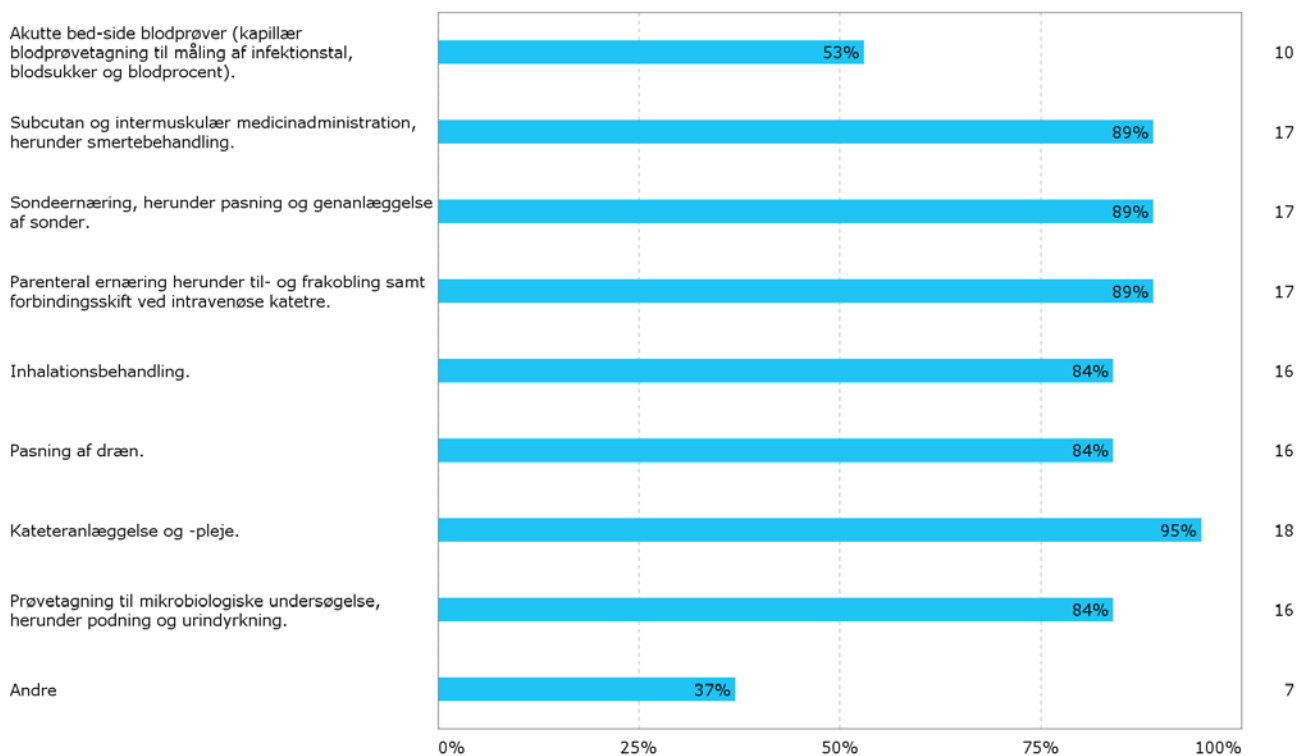
5)Arbejdes/planlægges der systematisk med monitorering og evaluering af indsatserne i akutfunktionen?



Eksempler på uddybende svar:

- Vi har opfølgning via casebeskrivelser og via registrering af sygeplejeindsatser
- Vi er ikke i gang, men vil klart have et fokus på monitorering og datatræk
- Der beskrives borgerforløb på akutstuer. Beskrivelser skal anvendes til senere monitorering og evaluering af indsatserne.
- Vi anser vi det for en mulighed at understøtte de eksisterende systemer, UTH, og arbejder aktuelt med at etablere en lokal kommunal UTH organisering med alment praktiserende læger.

6)Hvilke af følgende instrumentelle indsatser varetager akutfunktionen i dag?



Eksempler på andre instrumentelle indsatser, som akutfunktionen varetager i dag:

- Parenteral ernæring er efter individuelle aftaler. Inhalationsbehandling sker når borgeren har ordinationer og udstyr i hjemmet. Vi poder ikke, men tager urinprøver og sender til lægen til dyrkning.
- Den kommunale sygepleje varetager eks. også IV behandling og mange af ovenstående opgaver som ikke alene er forbeholdt akutteam
- Vi poder indimellem fra sår samt urinstikser

- AED til basal genoplivning

7)Eksempler på opmærksomhedspunkter i forhold til samarbejdet med region og almen praksis omkring akutfunktionerne og de udgående funktioner?

- Det er meget vigtig, at der bliver nogle fælles samarbejdsaftaler i hele Region Syddanmark, da vi er nogle kommuner der skal få det til at fungere i forhold til flere sygehusenheder
- Klarhed over lægefagligt ansvar og patientsikkerhed. Kompetencer hos akutfunktionens personale.
- Vi ønsker at medvirke til at primærsektor udvikles til at kunne varetage flere opgaver, Borgerne er bedst tjent med at være længst muligt i eget liv, og at kunne blive i nærmiljøet fremfor at skulle på sygehuset. Tidlig opsporing er også en del af indsatsen.
- Forstøverapparat er i kommunal regi et personligt hjælpemiddel. Hjertestarter - Har akut funktionens målgruppe behov for dette? og i øvrigt vil 112 have en kortere responstid via frivilligt hjertestarter team og lægebemandet ambulance?
- Nasogastriske sonder, samt katedre er personlige hjælpemidler, og hvis det ikke er, bør det behandles som en opgaveoverdragelse med økonomiske konsekvenser.
- Det er nødvendigt med en drøftelse af brugen af hjertestarteren
- Sygeplejersken skal have helt klar lægefaglig opbakning til de opgaver der udføres.

13. Handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019 – kommunale akutfunktioner og regionale udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer til kommuner og almen praksis

SAGSFREMSTILLING

Regeringen har sammen med satspuljepartierne prioriteret i alt 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt årligt 300 mio. kr., til at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient gennem en national handlingsplan. Handlingsplanen består af otte indsatsområder, hvoraf der stilles krav om at udmøntningen af indsatsområderne for "styrkede kommunale akutfunktioner" og "flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis" koordineres i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.

Det Administrative Kontaktforum drøftede i november 2016 det fremadrettede tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient og var enige om, at der er tale om en fælles opgave.

Udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning

Region Syddanmark modtager i perioden 2016-2019 37,7 mio. kr. og herefter varigt 14,0 mio. kr. årligt til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden. Midlerne skal bruges til at udbrede gode erfaringer og resultater med udgående sygehusfunktioner og til at forbedre adgangen for den kommunale sygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra sygehusene.

På mødet i marts 2017 blev Det Administrative Kontaktforum præsenteret for en række forslag fra de lokale samordningsfora omhandlende, hvilke udgående funktioner og rådgivningsinitiativer, som med fordel kan etableres. På baggrund af de indkomne forslag er der efterfølgende udarbejdet et udkast til en fælles ramme, som sygehusene skal anvende midlerne inden for.

Rammen skal sikre,

- At iværksatte indsatser udbredes til alle ældre medicinske patienter i sygehusenes optageområder
- At der sikres en balance mellem ønsket om ensartede tilbud på tværs af regionens sygehuse, samtidig med at midlerne anvendes på en måde, der efterspørges lokalt, under hensyn til de forskellige indsatser, sygehusene allerede har iværksat på området
- At der er opmærksomhed på et sammenhængende sundhedsvæsen, der respekterer ansvars- og opgavedelingen mellem kommuner, sygehuse og almen praksis
- At der sker en erfaringsopsamling og videndeling mellem sygehusene i forhold til, hvilke indsatser der har en effekt.

Rammen opstiller principper for anvendelsen af midlerne, fordeling af midlerne mellem sygehusene, beskriver forpligtelserne i forhold til samarbejde med kommuner og praksis samt krav til løbende monitorering. Udkast til ramme er vedlagt som bilag.

Regionsrådet behandler udkast til rammen og træffer endelig beslutning om midlernes anvendelse den 26. juni 2017.

Styrkede kommunale akutfunktioner

På landsplan modtager kommunerne i perioden 2016-19 445 mio. kr. og herefter årligt 170 mio. kr. til at styrke de kommunale akutfunktioner.

Akutfunktionerne skal organiseres og arbejde iht. Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*, som blev offentliggjort i april 2017.

Kvalitetsstandarderne indeholder krav til kommunerne ift. tilrettelæggelse, målgruppe, indsatser, kompetencer til udstyr og kvalitetssikring. Derudover indeholder de anbefalinger til samarbejdet mellem sektorerne.

Kommunerne er ved at implementere kvalitetsstandarderne og tilrettelæggelsen er ikke på plads alle steder endnu. Der er i maj 2017 foretaget en rundspørge blandt de 22 syddanske kommuner. Tyve kommuner har besvaret spørgeskemaet, og ud af de 20 kommuner har seksten etableret en akutfunktion på nuværende tidspunkt. Flere kommuner opererer med flere forskellige typer pladser, da opgaverne f.eks. kan varetages af et akutteam om dagen, mens det i aften- og nattetimerne er de primære sygeplejersker, som har ansvaret.

Der stilles i standarderne en række krav til sygeplejerskerne, som kræver kompetenceudvikling.

Nitten ud af tyve kommuner ønsker en form for fælles kompetenceudvikling, og i bilaget fremgår det, hvilke typer fælles kompetenceudvikling, som kommunerne ønsker at indgå i.

Kommunerne kommer med en række opmærksomhedspunkter i forhold til varetagelsen af de nye opgaver og samarbejde med sygehusene og almen praksis omkring opgaverne. Fx at det er vigtigt, at der laves fælles rammeaftaler for samarbejdet i hele regionen, da kommunerne samarbejder med flere sygehuse. Derudover er det vigtigt med fokus på det lægefaglige ansvar og rammedelegation med almen praksis, for at arbejdet kan fungere hensigtsmæssigt. Se flere eksempler og oversigter i bilaget.

Den videre proces

Det blev på mødet i marts 2017 aftalt, at Følgegruppen for behandling og pleje på mødet i september 2017 skal præsentere Det Administrative Kontaktforum for et forslag til ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i handlingsplanens periode.

Såvel region som kommuner er dog ved at aftale og koordinere egen indsats, hvorfor det vurderes hensigtsmæssigt at afvente resultatet af dette arbejde, inden arbejdet med et retnings- og rammepapir sættes i gang. Det skal også ses ift., at Region Syddanmarks udkast til ramme for de udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer til kommuner og almen praksis samt Sundhedsstyrelsen *kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*, med stor detalje beskriver den nuværende ramme og retning.

INDSTILLING

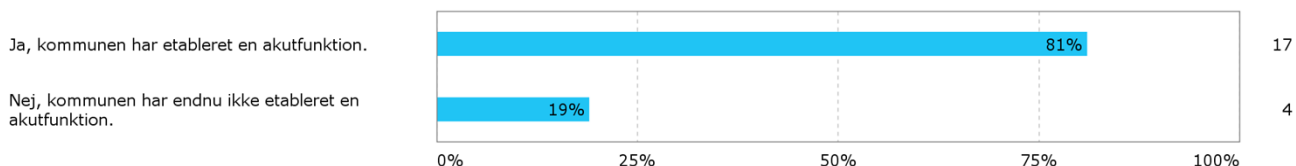
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen om rammen for principperne for anvendelse af midlerne til udgående funktioner og rådgivningsinitiativer til kommuner og almen praksis til efterretning
- Drøfter hvordan de kommunale akutfunktioner kan spille sammen med de udgående sygehusfunktioner og den øgede rådgivning
- Godkender at Følgegruppen for behandling og pleje arbejde med et ramme- og retningspapir afventer nærmere etablering af udgående sygehusfunktioner og akutfunktioner

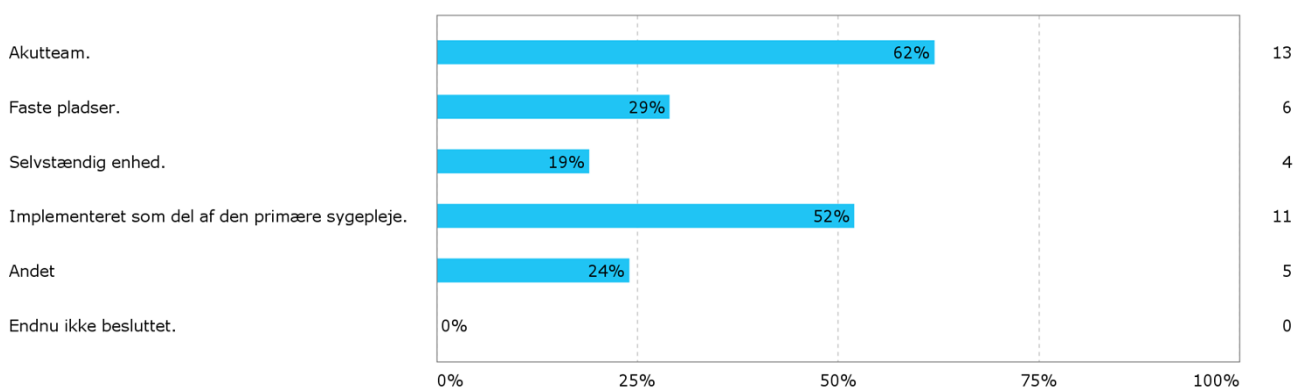
Kommunernes arbejde med akutfunktioner- alle kommentarer

30-05-2017

Har kommunen etableret en akutfunktion, dvs. en enhed med særlig sygeplejekompetence hele døgnet?



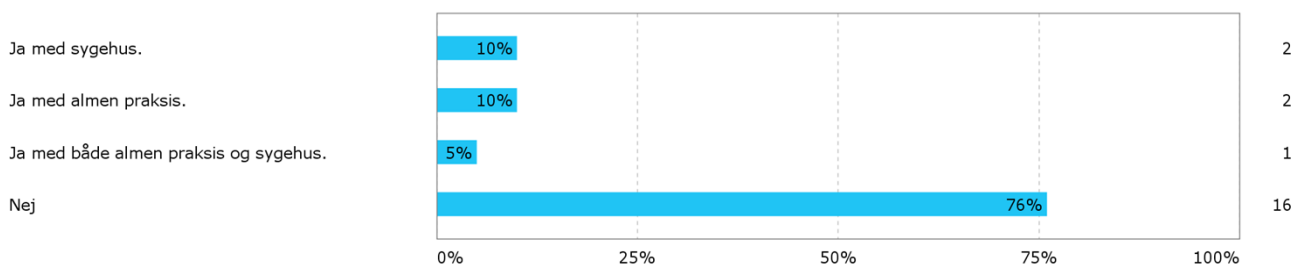
Hvilken type akutfunktion forventer kommunen at implementere/har kommunen implementeret?



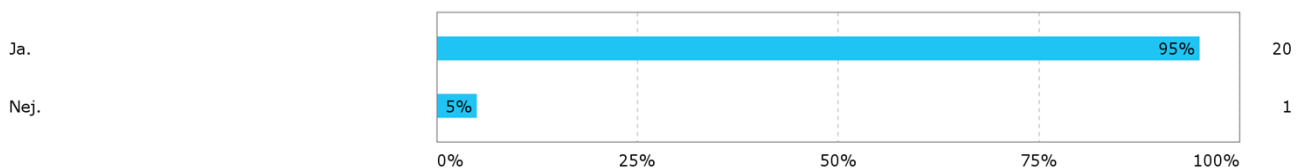
Hvilken type akutfunktion forventer kommunen at implementere/har kommunen implementeret? - Andet

- sygeplejens akutfunktion
- de kommunale aftensygeplejersker er klædt på til akutopgaven om aftenen
- Akutteamet er fra 7.30-15.30 alle ugens dagen. Om aftenen/nat er det de primære sygeplejersker der har den akutte funktion
- herudover tværkommunal aftale med Esbjerg Kommunes akutteam
- midlertidige pladser

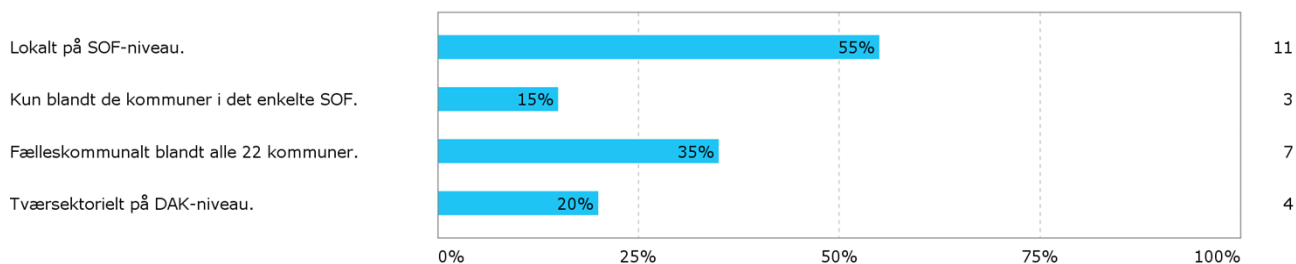
Har kommunen indgået samarbejdsaftaler med det lokale sygehus eller almen praksis om akutfunktionen?



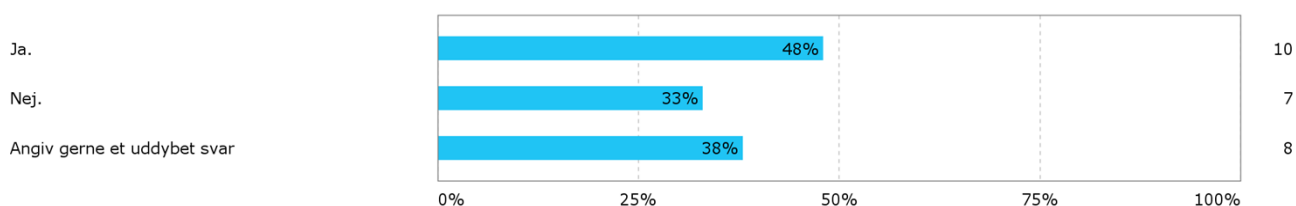
Vil kommunen være interesseret i fælles kompetenceudvikling?



Angiv i hvilken sammenhæng der ønskes kompetenceudvikling.



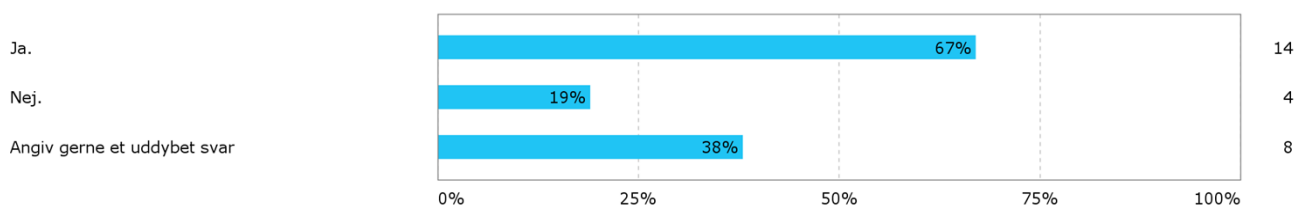
Har kommunen interesse i at indgå i et fælles udbud med andre kommuner omkring indkøb af udstyr til akutfunktionen?



Har kommunen interesse i at indgå i et fælles udbud med andre kommuner omkring indkøb af udstyr til akutfunktionen? - Angiv gerne et uddybet svar

- Hjertestarter
- Vi har etableret akutfunktionen og indkøbt det meste af det nødvendige og krævede udstyr
- Langeland Kommune indgår allerede i en tværkommunal indkøbsaftale
- men så skal det gå stærkt
- hvis det gøres enkelt og prisbesvidst
- Vi har købt, og er i gang med at anskaffe det som kvalitetsstandarden siger vi skal have
- Gere-kuffertprojektet er et samarbejde mellem 4 kommuner på Fyn.
- dd

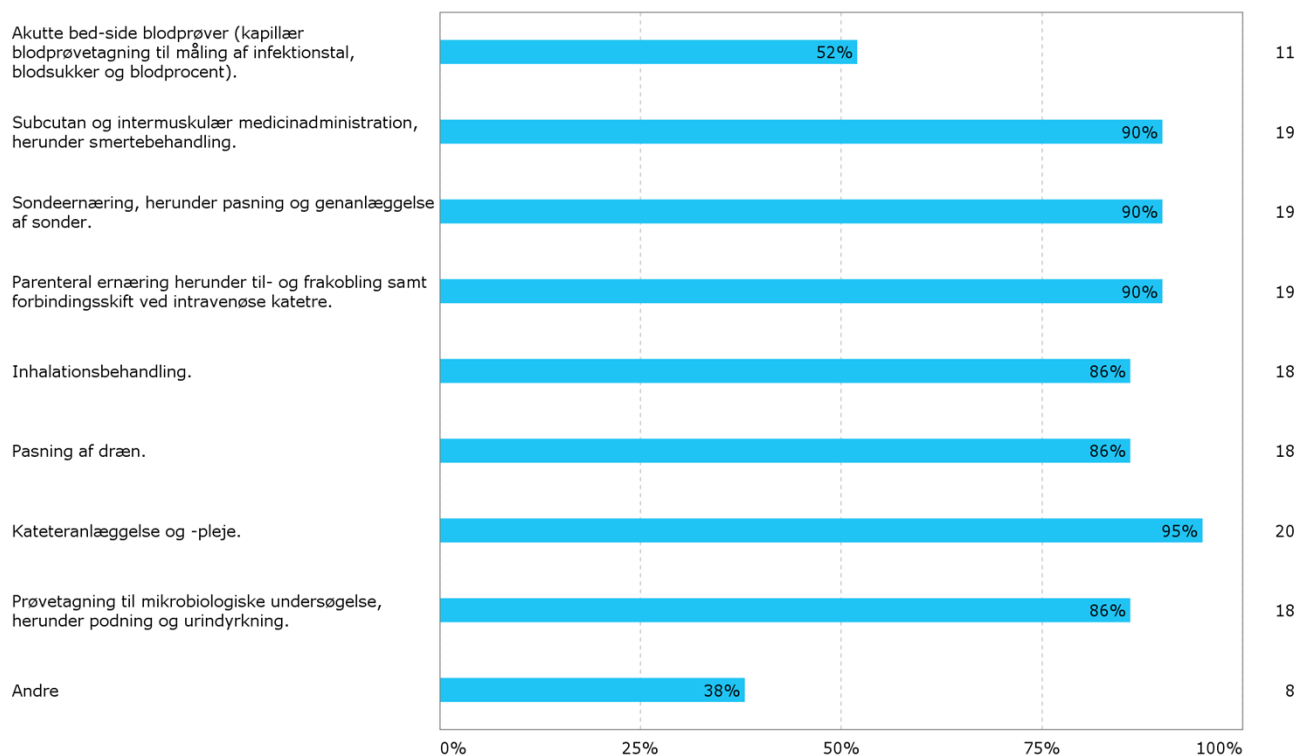
Arbejdes/planlægges der systematisk monitorering og evaluering af indsatserne i akutfunktionen?



Arbejdes/planlægges der systematisk monitorering og evaluering af indsatserne i akutfunktionen? - Angiv gerne et uddybet svar

- Vi har opfølgning via casebeskrivelser og via registrering af sygeplejeindsatser. Ikke monitorering og struktureret evaluering. Etablering af gode tværasektorielle og interne relationer har haft fokus.
- I Langeland Kommune anser vi det for en mulighed at understøtte de eksisterende systemer, UTH, og arbejder aktuelt med at etablere en lokal kommunal UTH organisering med alment praktiserende læger.
- Data fra Nexus, særlig skema i Nexus og KØS tal
- Vi er ikke i gang, men vil klart have et fokus på monitorering og datatræk
- Planlægges ud fra SST vejledning vedr. akutfunktioner
- Så langt er vi ikke kommet endnu, men er vores plan
- Der beskrives borgerforløb på akutstuer. Beskrivelser skal anvendes til senere monitorering og evaluering af indsatserne.
- ift. krav, anbefalinger og kvalitetsstanderder 2017 fra sundhedsstyrelsen

Hvilke af følgende instrumentelle indsatser varetager akutfunktionen i dag?



Hvilke af følgende instrumentelle indsatser varetager akutfunktionen i dag? - Andre

- Genanlæggelser af har ikke været kotume, men sondeernæring. Parenteral ernæring er efter individuelle aftaler. Inhalationsbehandling sker når borgeren har ordinationer og udstyr i hjemmet. Vi pøder ikke, men tager urinprøver og sender til lægen til dyrkning.
- blodsukker, saturationsmåling. desuden er udstyr til måling af infektionstal und anskaffelse
- Den kommunale sygepleje varetager eks. også IV behandling og mange af ovenstående opgaver som ikke alene er forbeholdt akutteam
- AED til basal genoplivning
- Kommentar: vi tager ikke infektionstal og blodprocent i dag og ovenstående svar retter sig mod de opgaver vi løser i den kommunale sygepleje i dag.
- vi pøder indimellem fra sår samt urinstikser
- IV-væske og medicin
- dialyse, respirator, smertepumpe, vacumpumpe

Beskriv hvis kommunen har særlige opmærksomhedspunkter i forhold til samarbejdet med region og almen praksis omkring akutfunktionerne og de udgående funktioner?

- Det er meget vigtig, at der bliver nogle fælles samarebjsaftaler i hele Region Syddanmark, da vi er nogle kommuner der skal få det til at fungere i forhold til flere sygehusenheder
- Klarhed over lægefagligt ansvar og patientsikkerhed. Kompetencer hos akutfunktionens personale.
- Vi ønsker at opgaver som overføres til kommunen er aftalte og der i aftalen er sikret entydig lægeligt ansvar, samt at økonomien følger opgaverne, og dermed at vi i kommunen har kapacitet og mulighed for at løse opgaven forsvarligt. Vi ønsker at medvirke til at primærsektor udvikles til at kunne varetage flere opgaver, Borgerne er bedst tjent med at være længst muligt i eget liv, og at kunne blive i nærmiljøet fremfor at skulle på sygehuset. Tidlig opsporing er også en del af indsatsen.
- Forstøverapparat er i kommunal regi et personligt hjælpemiddel. Hjertestarter - Har akut funktionens målgruppe behov for dette? og i øvrigt vil 112 have en kortere responstid via frivilligt hjertestarter team og lægebemandet ambulance.
- Nasogastriske sonder, samt katedre er personlige hjælpemidler, og hvis det ikke er, bør det

behandles som en opgaveoverdragelse med økonomiske konsekvenser.

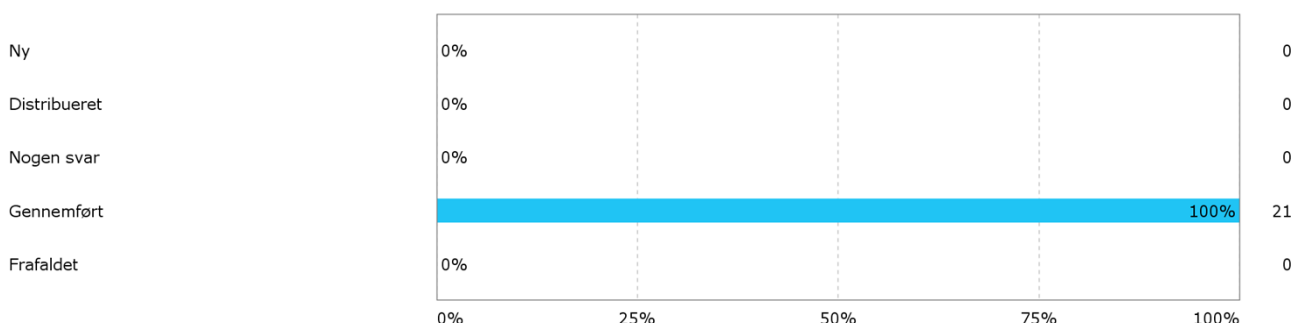
Podeudstyr anses på tilsvarende som en opgaveoverdragelse, hvor der bør følge økonomi med.

- Det lægelige ansvar!!!
- hjertestarteren kræver en drøftelse om brugen af denne og den forventning der åbnes for.
- Oplever rigtig godt samarbejde med alle parter
- Behandleransvar skal være entydigt og klart. Vil være rart om der indgås supplerende aftaler på dette område. Det er ikke alle kommuner der har et sygehus i kommunen og derfor er samarbejdet meget varierende med behandlende afd. i regionalt regi.
Kompetenceudvikling og sparring også med læger
at akutfunktionen ikke skal misbruges ift paramedicinsk arbejde (hjertestarter) og at almen praksis ikke skal misbruge akutfunktionen til praksisopgaver
- I projektbeskrivelsen vedr. Geri-kufferten står der beskrevet at akutsygeplejersken kan foretage en blodprøvetagning til at kvalificerer en evt. henvendelse til egen læge eller sygehus. Dette er der efterfølgende kommet skærpede retningslinjer på. Nu kræver det en ordination fra praktiserende læge før akutsygeplejersken må foretage en blodprøvetagningen når der vurderes at der er behov for det. Kommunen ønsker særligt at samarbejdet omkring dette kunne få opmærksomhed, da det vil lette arbejdsgange med en reduktion i henvendelser hvis akutsygeplejersken kunne foretage blodprøvetagning uden ordination.
- Vi sidder i gruppen omkring opgaveoverdragelse som er et fælles regionalt og kommunalt projekt. Lokalt samarbejde med FAM Aabenraa (uddannelse og sektorovergang)
- 1. Der mangler rammedelegation med almen praksis
2. Der mangler en skriftlig aftale om behandleransvar med regionen.
- Sygeplejersken skal have helt klar lægefaglig opbakning til de opgaver der udføres.
- Med de nye kvalitetsstandards for akutfunktioner forventer vi, at det bliver mere tydeligt for almen praksis, hvad sygeplejen i kommunerne kan og det er der behov for.
- Vi har særlig opmærksomhedspunkt på at der er en lægelig udredning og behandlingsplan.
- ja fx IV, opgaveansvar, rammedelegation

Øvrige kommentarer.

- Fra Langeland Kommune anses mange af de skitserede opgaver, som søges løst i en akut funktion, for at være opgaver, som allerede løses i den almindelige kommunale hjemmesygeplejeordning, og opgaverne udføres hyppigt og med stor sikkerhed af det eksisterende hjemmesygeplejerskekorps.
- Økonomien til varetagelsen af opgaven er en udfordring. Geografi er en udfordring
- Vi har som det fremgår af svarene ikke indgået konkret aftale/samarbejdskontrakt med sygehuset og almen praksis, men har afholdt møde med sygehuset og har fornyet dialogmøde i juni 2017. Vi har aktuelt en lederstilling for akutteamet i opslag og forventer at ansætte pr. 1/8. Er ligeledes påbegyndt dialog med almen praksis via vores praksiskonsulent og forventer også emnet kommer på næste KLU møde i juni.
- Økonomisk rækker bloktilskuddet ikke langt.

Samlet status





Model til vurdering af opgaveoverdragelse

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

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

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

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

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen den 20. april 2017 og behandlet af Følgegruppen for Opgaveoverdragelse den 2. maj 2017.

Opdrag:

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har på møde hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger potentialet for et ændret samarbejde mellem sygehus og kommune om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika i eget hjem. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

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

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for afdækning af IV-behandlings (antibiotika og væske) potentiale for opgaveoverdragelse

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejersker, Fredericia Kommune
Helene Schaldemose, AC-fuldmægtig, Sydvestjysk Sygehus
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Cæcilie Lumby (medsekretær), Konsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

IV-behandling med antibiotika i eget hjem.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter mulighed for at færdiggøre behandling med IV-antibiotika i eget hjem.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Behandling med IV-antibiotika foregår i dag primært på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter går hjem mellem behandlinger og går hjem, nogle timer, mellem hver infusion. Andre modtager IV-antibiotika ambulant, hvor de møder ind 2 -4 gange i døgnet til planlagt infusion. Der er også enkelte kommuner, som indgår aftale om konkret delegation, hvilket muliggør at patienter kan færdiggøre behandlingen i eget hjem. I de tilfælde, hvor opgaven løses i eget hjem, er det en forudsætning, at patienterne startes op og modtager mindst to IV-behandlinger på sygehuset inden de sendes hjem.

Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen, om end den udføres på sygehuset eller under delegation i eget hjem.

Når lægen har ordineret behandling med IV-antibiotika, har sygeplejersken typisk til opgave at håndtere medicinbehandlingen. Flertallet af præparater fås i lukkede systemer, der blandes på sengestuen. De resterende præparater blandes under udsugning i et medicinrum. Efter blanding af medicinen, afspritning mv. jf. instruks, påbegyndes antibiotikabehandlingen. Efter endt behandling sættes prop på, og IV-adgangen gennemskyllles.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige infektionsmedicinske problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold i aflastningspladser.

Eksempler på patientforløb:

- Pseudomonas infektioner
- Erysipelas infektioner
- UVI infektioner (særligt borgere fra plejehjem, evt. demente)

- Abces behandling (lunge)
- Endocardit patienter
- Ostit patienter

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

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

For at kunne færdiggøre IV-behandling i eget hjem, skal patienten være stabil og vurderet lægefagligt egnet. Borgerens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og hjemmesygeplejen.

Inklusion og eksklusionskriterier

Det er et krav, at de antibiotiske præparater, som skal anvendes til IV- behandling i eget hjem, kan blandes i lukkede systemer. Præparater, der ikke kan det, ekskluderes.

Patienter skal startes op i behandlingen på syghuset og have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse.

Mulige udfordringer vedr. målgruppen

Arbejdsgruppen har tidligere påpeget at det kan være en udfordring for nogle kommuner, hvis behandlingen med IV-antibiotika skal gives 4xdgl. Det vil kræve døgnbemanding med sygeplejersker, som kan give infusionen. Samtidig er det ikke hensigtsmæssigt at begrænse behandlingen til de patienter, som modtager behandlingen ≤ 3 xdgl., da det kan medføre negative konsekvenser, i forhold til at sikre patienter den mest optimale behandling. Iht. kvalitetsstandarderne skal akutfunktionerne være døgnbemandet med sygeplejersker. Arbejdsgruppen mener dog, at der skal være en særlig fokus på ikke at overbebyrde akutfunktionerne med IV-behandling i nattetimerne, da bemandingen typisk vil være mindre i nattevagten. Problemstillingen bør drøftes administrativ/politisk i forbindelse med indgåelse af en samarbejdsaftale.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Sundhedsstyrelsen har i 2014 udgivet anbefalinger for "[kvalitet i kommunale akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje](#)". Anbefalingerne beskriver IV-behandling som en indsats, der udgør en særlig patientsikkerhedsmæssig risiko, og der skal derfor være særlig opmærksomhed på organiseringen af samarbejdet herom.

IV-behandling med antibiotika er ikke en rutineopgave i den kommunale hjemmesygepleje, men kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer. Sundhedsstyrelsen påpeger, at der skal udarbejdes instrukser for, hvordan patienten skal modtages, og behandlingen videreføres i eget hjem. Sundhedsstyrelsen anbefaler, på grund af risikoen for allergiske reaktioner, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, samt at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge. Sundhedsstyrelsen har ligeledes udgivet en

["vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin"](#).

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "Kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen". Kvalitetsstandards beskriver en række opgaver inden tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. IV-behandling med antibiotika er angivet som en opgave der lokalt kan vælges at indgå aftale om.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har tidligere afdækket erfaringer med IV-behandling med antibiotika i egen og øvrige regioner og kommuner. Nedenstående er et resume heraf.

Region Midt

I Midtjylland har man i regi af flere sygehusenheder og kommunerne i deres optageområde gjort sig erfaringer med IV-behandling både væske og antibiotika. Det gælder både for Hospitalsenheden Midt og kommunerne i Midtklyngen (Silkeborg, Skive og Viborg kommune) samt Hospitalsenheden Vest og kommunerne i Vestklyngen (Herning, Holstebro, Ikast-Brandø, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommune).

Hospitalsenheden Midt og Silkeborg, Skive og Viborg kommune. Afviklede i perioden 1.3.11-15.8.13 et projekt, der involveret knap 360 patienter.

Konkret IV behandling

IV isotoniske væsker i hjemmet eller på en akut/midlertidig plads i kommunen

IV antibiotika x gange dagligt i x antal dage i hjemmet eller på akut/midlertidige pladser

Målgruppen

Dehydrerede patienter/borgere

Patienter med infektion

Efter 6 måneder blev målgruppen udvidet til at inkludere alle infektionspatienter.

Konsekvenser for hospitalet

Sygehuset har fortsat udgiften til medicin, selvom patienten er udskrevet, for at patienten ikke skal få unødige udgifter ift. at forblive indlagt. Medmindre behandlingen startes op af egen læge.

Da målgruppen blev udvidet, var det sygehuset, der stod for oplæring/undervisning inde for specialet.

Konsekvenser for kommunen

I Viborg Kommune var der et akutteam med 9 sygeplejersker (mange kom fra en stilling på sygehuset), der i første omgang varetog opgaven. Forventningen var/er, at opgaven med tiden skulle overgå til hjemmesygeplejerskerne efter endt oplæring.

Skive Kommune kom senere med i projektet. 1.10.13 blev der oprettet 3 akutpladser i kommunen, blandt andet for at støtte op om projektet.

Det er væsentligt dyrere for kommunerne at indkøbe sygeplejeartikler, der anvendes til IV behandling. Begge kommuner kan ud fra deres plejesystemer konstatere, at det er meget lidt ekstra tid, der er bevilliget til pleje af de patienter, der har fået IV i hjemmet.

Konsekvenser for borgeren

Udskrev sygehuset patienten til fortsat behandling i eget hjem, blev der givet medicin med borgeren hjem uden ekstra udgifter. Er det egen læge der sætter behandlingen i gang, skal borgeren selv betale for medicinen.

Ingen borgere har været involveret i en utilsigtet hændelse.

Forudsætning for succes

Kompetenceudvikling af personalet, der skal varetage opgaven, i kommunen.

Kompetencerne skal erhverves INDEN opgaven overdrages.

God relation, tæt kontakt og fleksible kommunikationsveje mellem sygehusafdelingen og kommunen.

Klar ansvarsfordeling

En tryghed for sygehuset, når de kunne udskrive patienten til et akutteam i kommunen (Viborg havde i starten opgaven placeret i et akutteam bestående af 9 sygeplejersker).

God og tydelig kommunikation til alle involverede afdelinger/enheder INDEN overdragelse.

Medarbejdernes vilje og tro på projektet.

Økonomi

Kommunerne sparer ikke penge ved at afkorte indlæggelsen.

Sygehuset har sparet sengedage.

Stort spænd i kommunernes samlede forbrug.

Erfaringer fra projektet

Prøvehandlinger er en god innovativ tankegang, der styrker modet til at prøve noget nyt.

Region Syddanmark

Kvalitetsforbedringsprojekt mellem Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune. IV antibiotikabehandling i hjemmet.

Målgruppen

Stabile og kognitivt velfungerende patienter, som ud fra lægefaglig vurdering ikke har brug for observation i forbindelse med behandlingen.

Patienter over 12 år

Vist sig at være meget syge og ofte kronisk syge og terminale patienter, der indgik i projektet.

Der blev i projektperioden ordineret IV antibiotikabehandling 30 gange (25 cpr. Numre)

Økonomi

SVS finansierer udgifterne til IV-behandlingen

Varde Kommune finansierer udgifterne til sygeplejerskerne i Akutfunktionen, primært løn- og transportudgifter

Forudsætninger for succes

Kompetente sygeplejersker i en akutfunktion

Dialogen og respekten for hinandens opgaver er afgørende for at fastholde det gode samarbejde

Det tværfaglige fokus og den organisatoriske kvalitet er afgørende for succes.

Klare arbejdsgange

Erfaringer fra projektet

Alle er enige om, at behandlingen bør foregå i hjemmet i stedet for på sygehuset.

Alle har følt sig velinformeret

Remedierne fra sygehuset skal gives i lukkede systemer

Håndtering af affald

På forhånd skal det aftales, hvordan nye præparater kan tilføjes

Projektet mellem Varde Kommune og Sydvestjysk sygehus har nu udmundet sig i et formaliseret samarbejde mellem sygehuset og den kommunale akutfunktion om IV-behandling med antibiotika i

eget hjem (<http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/files/Dokument334931.htm>).

Samarbejde mellem Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland

Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland har indgået aftale om, at Sønderborg kommunes hjemmesygepleje kan varetage IV-behandling i borgernes eget hjem. I en 17 måneders periode, fra januar 2015 – marts 2016, har kommunens hjemmesygepleje i gennemsnit haft 30 borgere i behandling i eget hjem per måned. Borgerne har i gennemsnit modtaget 16 behandlinger, hvilket svarer til en behandlingsvarighed på 4-5 dage afhængig af om borgeren har modtaget infusionen tre eller fire gange om dagen.

Nuværende praksis for delegation af IV-behandling med antibiotika i Syddanmark

IV-behandling med antibiotika er ikke ukendt for de syddanske kommuner. I en rundspørge fra KL svarer 16 ud af 22 kommuner, at de varetager IV-behandling på delegation fra sygehuset. Tre svarer, at de ikke løser opgaver og tre har ikke svaret. Det at 16 kommuner i dag varetager IV-behandling er selvfølgelig ikke ensbetydende med, at man ønsker at hjemtage flere patienter, men det er en vigtig pointe ift. at vurdere om kompetencerne er tilstede i de kommunale sygeplejer.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse med det ordinerede antibiotika til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling. Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt omkring udskrivelsen med intravenøst antibiotika behandling
- At anvende SAM:BO aftalen ved udskrivelse
- At ordinere og dokumentere IV-antibiotika behandling i FMK
- At medsende oplysninger på behandlingsansvarlig afdeling
- At medsende alle relevante remedier, der skal bruges til at udføre behandlingen
- At medsende eller henvise til, hvilke instrukser der skal anvendes for indgift
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at varetage den intravenøse antibiotika behandling i borgerens eget hjem eller på en kommunal klinik. Ud fra den udarbejdede behandlingsplan samt en kommunal instruks for håndtering af intravenøs antibiotikabehandling har den kommunale sygeplejerske til opgave at give patienten den intravenøse antibiotikabehandling.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at følge op på opgaveoverdragelsen.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Nej, der er ikke forbud mod delegation af IV-behandling med antibiotika. Lovgrundlaget er nærmere præciseret nedenfor.

Reglerne om delegation og videredelegation af sundhedsfaglig virksomhed udspringer af autorisationsloven. Bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 fastsætter de nærmere

rammer for autoriserede sundhedspersoner benyttelse af medhjælp.

Grundlæggende er tre forhold bestemmende for, om en opgave kan delegeres til en medhjælp:

1. lovmæssige forbud mod delegation,
2. medhjælps konkrete kompetencer,
3. opgavens egnethed til at blive løst under delegation.

Behandling med receptpligtige lægemidler, herunder antibiotika, er jf. autorisationslovens § 74 stk. 2. forbeholdt lægefaglig virksomhed. En sundhedsperson kan dog, efter autorisationslovens § 17, anvende medhjælp, som, under delegation, kan udføre behandlingsopgaver forbeholdt andre professioner. Der er i lovgivningen ikke forbud mod delegation af IV-behandling med antibiotika, og en hjemmesygeplejerske vil dermed, under sygehuslægens delegation, kunne udføre opgaven i patientens eget hjem.

Af § 3 BEK nr. 1219 af 11. december 2009 fremgår det, at den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til, og har modtaget instruks i, at udføre opgaven. Der er i lovgivningen ikke et krav om at delegation, af en forbeholdt virksomhed, skal delegeres til en anden autoriseret sundhedsprofessionel. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at lægeordnede behandlingsopgaver, som IV-behandling med antibiotika, ved delegering til hjemmesygeplejen, udføres af autoriserede sundhedspersoner. Af ovenstående bekendtgørelse fremgår det endvidere, af § 3 stk. 2, at den autoriserede sundhedsperson i fornødent omfang skal føre tilsyn med medhjælps udførelse af virksomheden. I forbindelse med rammedelegation af IV-behandling med antibiotika til den kommunale hjemmesygepleje, vil det ansvar påhvile ledelsen på sygehuset og i den kommunale hjemmesygepleje (ultimativt regionsrådet og kommunalbestyrelsen), som også er forpligtet til at sikre, at der foreligger en instruks for fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af den delegerede virksomhed, og at medhjælpen er instrueret og oplært heri, jf. § 4 BEK nr. 1219 af 11. december 2009.

Ledelsen i hjemmesygeplejen har det overordnede ansvar for, at hjemmesygeplejersken har de nødvendige kvalifikationer og kompetencer til at agere medhjælp og udføre opgaven. Hvis ledelsen vurderer, at hjemmesygeplejen ikke har ansat personale, der besidder de fornødne kompetencer til at varetage opgaven, skal de gøre den ordinerende læge opmærksom herpå. Den ordinerende læge vil på den baggrund være forpligtet til at vurdere om yderligere instruks vil gøre hjemmesygeplejen i stand til at varetage opgaven, eller om patienten skal indlægges eller forblive indlagt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, på grund af risikoen for allergiske reaktioner, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, samt at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge. Alle sundhedspersoner skal, jf. autorisationslovens § 17, udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed, herunder ved benyttelsen af medhjælp m.v. Som beskrevet ovenfor er ansvaret under delegation delt mellem region og kommune. Den udførende hjemmesygeplejerske er som medhjælp omfattet af autorisationsloven og ikke uden ansvar.

Som udgangspunkt skal opgaven udføres i overensstemmelse med lægens ordination, den foreliggende instruks og god klinisk praksis. Hertil kommer krav om journalføring og dokumentation. Alle autoriserede sundhedspersoner er, jf. § 5 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, forpligtet til at føre journal. IV-behandling med antibiotika udført under delegation skal journalføres, og her er det, jf. § 5 stk. 3 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, ledelsen i hjemmeplejen der har ansvaret for at behandlingen dokumenteres. Rammerne er nærmere specificeret i Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser. Skulle der forekomme klagesager i forbindelse med IV-behandling med antibiotika udført under delegation, er det Disciplinærnævnet, som behandler og træffer afgørelse om sundhedspersoners

faglige virksomhed. Udgangspunktet er autorisationslovens ansvarsbestemmelser §§ 17, 73 og 75. Sundhedsstyrelsen kan endvidere fratage sundhedspersoner deres autorisation eller indskrænke deres virksomhedsområde.

SIKKERHED

Arbejds miljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere nåle og medicinsk affald som følge af behandling fx med IV-antibiotika. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald (infusionsslange, mini-bag, medicinbeholder m.m.) ifm. behandling af IV-antibiotika i eget hjem. Det kan kasseres som alm. dagrenovation uden at skille dropslangen fra mini-bag'en. Til den skarpe studs anvendes en gul beholder til medicinsk affald, som kan afleveres på et apotek efter endt behandling.

Remedier og tekniske aspekter

Regionen medsender det nødvendige udstyr og medicin, der skal til, for at varetage behandlingen i eget hjem, behandlingsperioden ud.

Kommunen stiller med handsker og adrenalin.

Ovenstående præciseres nærmere i en eventuel samarbejdsaftale.

Hygiejne

I henhold til den gældende [vejledning om hjemmesygepleje](#) er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til IV-behandling med antibiotika, som ikke kan løses af en hjemmesygeplejerske. Men om tidligere nævnt kan der være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med IV-antibiotika. Er dette tilfældet bør den ordinerede sygehusafdeling og den kommunale hjemmesygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Med det rette samarbejdsaftalegrundlag og organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at færdiggøre behandlingen med IV-antibiotika i eget hjem.

Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen besidder de nødvendige kompetencer og er i stand til at opstarte behandling med adrenalin i tilfælde af anafylaktisk chok.

Ved at færdiggøre behandlingen i eget hjem, er der ligeledes mulighed for at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvar et indebærer:

- At ordinere relevant antibiotika behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At etablere en 24/7 hotline som hjemmesygeplejen kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

I nogen tilfælde vil patienter blive ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde vurderer arbejdsgruppen ikke nødvendigvis, at behandlingsansvaret skal overdrages til sygehuset i lokalområdet, men at det vil være mere hensigtsmæssigt at sikre, at sygehusene indgår aftaler om koordination af behandlingen, som sikrer, at patienter kan behandles på det lokale sygehus, evt. FAM, hvis der skal genanlægges IV-adgang eller behandlingen forlænges og der skal flere remedier og medicin til.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

Det nærmere ansvar i forhold til delegation er beskrevet i afsnittet om jura og er nærmere præciseret i bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal have kompetencer indenfor følgende områder:

- Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning og interaktioner
- Kendskab til og primær behandling af allergiske reaktioner herunder anafylaktisk chock
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit
- Genoplivningskompetencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at ovenstående områder er en del af den sygeplejefaglige grunduddannelse. Arbejdsgruppen påpeger dog, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencen, da mange kommunale sygeplejersker ikke har håndteret IV-behandling med antibiotika siden de var under uddannelse. En plan for samarbejdet om kompetenceudvikling bør fremgå af en eventuel samarbejdsaftale.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der tilbydes kompetenceudvikling, som udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Videre delegation

Opgaven må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient samt upåagtet af, om patienten har været indlagt før.

Patientforløbene vil med overdragelsen af behandlingsopgaven blive optimeret ved meget korte indlæggelser og hurtige udskrivelser til eget hjem til fortsat IV-behandling.

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

Dette gælder for såvel de ældre og/eller svage patienter, der helst vil undgå indlæggelse, men ligeledes for de erhvervsaktive borgere, der får mulighed for en behandling, der i højere grad vil kunne understøtte en fastholdelse i arbejde under behandlingen.

Erfaringer fra tidligere projekter viser, at det afgørende for patienten er, at de i forløbet føler sig velinformeret fra sygehuset om, hvordan forløbet i hjemmet vil foregå. Det har været afgørende for den positive vurdering af forløbet, at patienten oplevede, at der var et godt samarbejde mellem sygehuset og hjemmesygeplejen.

Patientens økonomi

IV-behandlingen i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset udleverer den ordinerede antibiotika i forhold til behandlingens hyppighed og varighed.

Det skal dog gøres opmærksom på, at i de tilfælde, hvor kommunerne vælger at tilbyde behandlingen på en bestemt lokation (fx et sundhedshus), kan patienten få udgifter til transport.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Erfaringer fra projekter og lokale samarbejdsaftaler i egen og andre regioner viser, at det er svært at estimere et præcist antal forventede patienter for hvem det er relevant at modtage IV-behandling med antibiotika i eget hjem. Arbejdsgruppen har af to omgange forsøgt at indhente og kvalificere data for antallet af patienter for hvem det er relevant at modtage IV-behandling med antibiotika i eget hjem.

I forbindelse med godkendelsen af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse den 30. januar 2017 blev Det Administrative Kontaktforum, som et eksempel på modellens anvendelse, præsenteret for det udfyldte trin 1 for IV-behandling med antibiotika. Den gang havde arbejdsgruppen adspurgt to sygehusenheder om deres forventninger til antallet af patienter.

Odense Universitetshospital vurderede, at det vil være relevant for patienter på flere afdelinger at kunne færdiggøre deres behandling med IV-antibiotika i eget hjem. Hovedsagligt drejer det sig om patienter i langvarig antibiotikabehandling. Det blev umiddelbart vurderet svært at skabe sig et kvantitativt overblik, men det blev bemærket, at der ofte er tale om få patienter fra den enkelte afdeling.

	Antal patienter pr. år	Antal behandlinger/pt.
Afd. F – Øre-næse-halskirurgisk	6	60
Afd. Q - Infektionsmedicinsk	206	11
Afd. J – Lungemedicinsk	2	85-99
Afd. A - Kirurgisk	8-10	3-9

Odense Universitetshospital har efterfølgende kvalificeret data fra Infektionsmedicinsk afd. ved at lave et datatræk på, hvor mange patienter, der er blevet ordineret IV-behandling med antibiotika i 2016. I alt modtog 277 patienter IV-behandling med antibiotika på infektionsmedicinsk afdeling i 2016, hvilket svarer meget godt overens med det antal afdelingen estimerede tidligere i år.

Arbejdsgruppen rapporterede også i starten af året om samarbejdet mellem Sønderborg og Haderslev Kommune og Sygehus Sønderjylland om IV-behandling med antibiotika.

I perioden d. 1. januar 2015 – d. 31. maj 2016 havde Sygehus Sønderjylland i gennemsnit udskrevet 30 patienter om måned til færdiggørelse af behandling med IV-antibiotika i eget hjem i Sønderborg Kommune. I gennemsnit modtog hver patient 16 behandlinger.

Som nævnt viser erfaringerne fra projekter og lokale samarbejdsaftaler, at der er stor variation i antallet af patienter, som modtager IV-behandling i eget hjem. Derfor mener arbejdsgruppen også, at nedenstående data fra samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg kommune, skal tolkes med forsigtighed ift. generaliserbarheden til andre kommuner. I nedenstående tabel er data fra Sønderborg kommune ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af morgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre.

Estimeret antal patienter pr. kommune pr. år:

	Patienter pr. år
Aabenraa	284
Assens	199
Billund	128
Esbjerg	558
Faaborg-Midtfyn	247

Fanø	16
Fredericia	245
Haderslev	270
Kerteminde	115
Kolding	442
Langeland	61
Middelfart	183
Nordfyns	141
Nyborg	154
Odense	959
Svendborg	281
Sønderborg	360
Tønder	183
Varde	243
Vejen	207
Vejle	541
Ærø	30

Arbejdsgruppen har været i dialog med Sønderborg Kommune om at kigge nærmere på data endnu en gang. Sønderborg Kommune har dog implementeret et nyt registreringssystem, så det har ikke været muligt at trække nyere tal.

Arbejdsgruppen konkluderer, at det er svært at lave et præcist estimat på, hvor mange patienter der vil være tale om, men at antallet af patienter vil stige som sygehusene får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis. Det er dog vigtigt, at der fra sygehusenes side er opmærksom på at følge de nyeste retningslinjer for IV-behandling med antibiotika, som siger at patienterne langt hurtigere end tidligere skal skifte til behandling på tablet form.

Udgifter og omkostninger

Sygehus Sønderjylland har på baggrund af deres aftale med Sønderborg og Haderslev kommune forsøgt at opstille et regnestykke for behandling af patienter i eget hjem:

Færdiggørelse af behandling i eget hjem:

Hjemmesygeplejerskerne afsætter 1 time pr. behandling inkl. transport a 356 kr. Dertil kommer en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, handsker mm. Et behandlingsforløb består gennemsnitligt af 16 behandlinger, og dermed lyder regnestykket for kommunale udgift forbundet med færdiggørelse af behandlingen i eget hjem på:

$$((16 \times 356 \text{ kr.}) + 356) = \underline{6.052 \text{ kr. pr. patientforløb}}$$

Hertil kommer sygehusets udgifter til remedier og medicin. Sygehus Sønderjylland medsender medicin, slangesæt, 100 ml NaCl, 2 stk. 10 ml NaCl skyl. Udgiften til materialer og medicin varierer alt efter, hvilket præparat der skal gives.

Patient med erysipelas	Materiale	46,49 kr. pr. indgift
------------------------	-----------	-----------------------

	Medicin (Dicloris + Benzylpencillin)	743,84 kr. pr forløb
Patient med stafylokok	Materiale	156,61 kr. pr. indgift
	Medicin (Dalacin)	2.505,76 kr. pr. forløb
Patient med pneumoni	Materiale	66,99 kr. pr. indgift
	Medicin (Tazocin)	1.071,84 kr. pr. forløb

Tager man gennemsnittet af ovenstående, vil sygehusets udgift til behandling med IV-antibiotika i eget hjem være:

$((90,03 \times 16) + 1.140,48) = 1.230,51$ kr. pr. patientforløb

Hertil kommer udgiften til evt. diagnosticering af patienten, anlæggelse af IV-adgang og opstart af behandlingen på sygehuset, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

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

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 20. april 2017 og behandlet af Følgegruppen for Opgaveoverdragelse den 2. maj 2017.

Beskrivelse af opgaven

Behandling med IV-antibiotika foregår i dag primært på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter går hjem, nogle timer, mellem hver infusion. Andre modtager IV-antibiotika ambulant, hvor de møder ind 2 - 4 gange i døgnet til planlagt infusion. For en række patienter vil det være muligt at færdiggøre behandlingen i eget hjem, efter den er igangsat på sygehuset. Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, sammen med en faglig arbejdsgruppe, undersøgt potentialet for et ændret samarbejde mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner. Et samarbejde, hvor behandlingen skal foregå på samme faglige niveau som på sygehuset, men hvor patienten får mulighed for at modtage en del af behandlingen i eget hjem og derved forblive tæt på og drage nytte af sit sociale nærmiljø.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter mulighed for at færdiggøre behandling med IV-antibiotika i eget hjem.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Følgegruppen vurderer, at der i løbet af de seneste år er oparbejdet et solidt videns- og erfaringsgrundlag for færdigbehandling af patienter med IV-antibiotika i eget hjem. Erfaringer fra egen og de øvrige regioner er beskrevet i Trin 1.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2014 anbefalinger for "[kvalitet i kommunale akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje](#)". Anbefalingerne beskriver IV-behandling som en indsats, der udgør en særlig patientsikkerhedsmæssig risiko, og der skal derfor være særlig opmærksomhed på organiseringen af samarbejdet herom. IV-behandling med antibiotika er ikke en rutineopgave i den kommunale hjemmesygepleje, men kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "[Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen](#)". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden for tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. IV-behandling med antibiotika er angivet som en opgave, man lokalt kan vælges at indgå aftale om.

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

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

Følgegruppen vurderer, at med den rette kompetenceudvikling og et struktureret samarbejde mellem den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og den kommunale sygepleje er det muligt at tilbyde patienter, at de kan færdiggøre deres behandling i eget hjem. Det vil ikke kun betyde kortere indlæggelser, men også at patienten kan forblive tæt på sin dagligdag og drage nytte af det sociale nærmiljø. Endvidere vil det også betyde, at erhvervsaktive borgere får bedre mulighed for en behandling, der i højere grad vil kunne understøtte en fastholdelse i arbejde under behandlingen.

IV-behandlingen i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset udleverer den ordinerede antibiotika iht. behandlingens hyppighed og varighed. Patienten kan dog få udgifter til transport i de tilfælde, hvor kommunerne vælger at tilbyde behandlingen på en bestemt lokation (fx et sundhedshus).

Forventet antal patienter pr. år

Det er vanskeligt at etablere et tilstrækkeligt og validt datagrundlag til at estimere, hvor mange patienter det forventes relevant for at modtage IV-behandling med antibiotika i eget hjem. En stor del af den tilgængelige data fra egen og de øvrige regioner baserer sig på tidsbegrænset projektarbejde, som generelt peger i retningen af et begrænset antal patienter.

Det samme gør sig gældende når man spørger udvalgte hospitalsafdelinger ift. deres forventninger til antallet af patienter. Her ser vi også relativt få antal patienter.

Der er kun få formaliserede samarbejder, hvoraf samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune tilbyder data på antallet af patienter, og det gennemsnitlige antal behandlinger de modtager (16).

I nedenstående tabel er data fra Sønderborg Kommune ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Nedenstående data skal tolkes med forsigtighed ift. generaliserbarheden til andre kommuner.

Kommune	Antal patienter pr. år
Aabenraa	284
Assens	199
Billund	128
Esbjerg	558
Faaborg-Midtfyn	247
Fanø	16
Fredericia	245
Haderslev	270
Kerteminde	115
Kolding	442

Langeland	61
Middelfart	183
Nordfyns	141
Nyborg	154
Odense	959
Svendborg	281
Sønderborg	360
Tønder	183
Varde	243
Vejen	207
Vejle	541
Ærø	30

Følgegruppen vurderer, at det er svært at lave et præcist estimat på, hvor mange patienter for hvem det vil være relevant at modtage IV-behandling i eget hjem, men at antallet af patienter forventes at stige, som sygehusene får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis. Det er dog vigtigt, at der fra sygehusenes side er opmærksom på at følge de nyeste retningslinjer for IV-behandling med antibiotika, som siger at patienterne langt hurtigere end tidligere skal skifte til behandling på tablet form.

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Udgifter og omkostninger forbundet med IV-behandling med antibiotika i eget hjem for hhv. kommuner og sygehuse er, med udgangspunkt i samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune, beskrevet i Trin 1. Et gennemsnitligt forløb på 16 behandlinger i eget hjem vurderes at ville koste en kommune 6.052 kr. pr. patientforløb. Et sygehus vurderes at ville have gennemsnitlig udgift til remedier og medicin på 1.230 kr. pr. patientforløb. Hertil kommer udgiften til diagnosticering, anlæggelse af IV-adgang og opstart af behandlingen på sygehuset, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Følgegruppen vurderer at der er en del økonomiske usikkerheder forbundet med overdragelse af opgaven. Herunder usikkerhed om volumen i patientantal samt en række økonomiske problemstillinger forbundet med den kommunale medfinansiering, der til dels modarbejder et samfundsøkonomisk rationale om at løse en opgave iht. til mindstemiddelsprincippet (LEON).

Eksempelvis kan:

- Kommunerne stå i en situation, hvor de først skal betale kommunal medfinansiering af en indlæggelse, og efterfølgende også afholde omkostninger til hjemmesygeplejen, som skal sikre, at patienten kan færdigbehandles i eget hjem.
- Sygehusene skal afholde omkostninger til opstart af behandling og udgifter til medicin, remedier mm, som er påkrævet for, at behandlingen kan færdiggøres i eget hjem. Startes behandlingen ambulant, er det ikke sikkert, at sygehusenes indtægter er dækkende for de reelle omkostninger og udgifter.

Samlet set vurderer følgegruppen dog, at ovennævnte udgifter og økonomiske problemstillinger ikke bør være en hindring for et ændret samarbejde om den enkelte patient. De væsentlige usikkerheder bør ikke stå i vejen for at udarbejde en samarbejdsaftale for IV-behandling med antibiotika i eget hjem, da det vurderes, at der på kontrolleret vis er behov for, at vi gør os erfaringer med et ændret samarbejde.

Plan for monitorering og evaluering

Monitorering af anvendelsen af en eventuel samarbejdsaftale er essentiel. Vi har i dag et modsigende datagrundlag ift. forventede antal patienter for hvem, det er relevant at modtage IV-behandling med antibiotika i eget hjem. Derfor er det vigtigt, at vi følger en samarbejdsaftales anvendelse både for løbende at kunne intervenere og justere i aftalegrundlaget, men også for at nuancere vores forståelse af patientgrundlaget.

Følgegruppen foreslår, at en evt. samarbejdsaftale monitoreres årligt i ift.:

- hvor mange patienter, hver kommune hjælper med at færdiggøre behandlingen i eget hjem
- Hvor mange behandlinger, de får i gennemsnit
- Hvor mange forløb, der iværksættes ambulant
- Hvor mange forløb, der iværksættes under indlæggelser

To år efter eventuel aftalt implementering foreslås det, at der udføres en evaluering, som også sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det betyder at ovenstående suppleres med en undersøgelse af:

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

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

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

I kvalitetstandarden for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er IV-behandling med antibiotika angivet som en opgave, der lokalt kan vælges at indgå aftale om. Følgegruppen vurderer, at der er en stor efterspørgsel på en sådan aftale, fra både fagpersonale i kommuner og på sygehus, samt at det vil være til gavn for patienter og deres pårørende.

Følgegruppen anerkender, at der er stor usikkerhed omkring antallet af patienter, der vil kunne modtage behandling i eget hjem. Det er vigtigt, at en evt. samarbejdsaftale tager højde for kapaciteten i de kommunale akutfunktioner. Det kræver således, at der er en løbende dialog mellem kommune og sygehus.

Iht. kvalitetsstandarden skal akutfunktionerne være døgnbemandet med sygeplejersker. Arbejdsgruppen vurderer, at der skal være en særlig fokus på ikke at overbebyrde akutfunktionerne med IV-behandling i nattetimerne, da bemanningen typisk vil være mindre i nattevagten. Problemstillingen bør drøftes administrativ/politisk i forbindelse med indgåelse af en

samarbejdsaftale.

Ift. det lægefaglige behandlingsansvar vil der være situationer, hvor patienter bliver ordineret og starter behandling på et andet sygehus end det i deres lokale område. I de tilfælde vurderer Følgegruppen, at det ikke altid er nødvendigt at overdrage behandlingsansvaret til sygehuset i lokalområdet, men at det vil være mere hensigtsmæssigt, at Region Syddanmarks sygehusenheder indgår aftale om koordination af IV-behandling som sikrer, at patienter kan behandles på det lokale sygehus, evt. FAM, hvis der ex skal genanlægges IV-adgang eller behandlingen forlænges, så der skal udleveres flere remedier eller medicin.

Følgegruppen vurderer, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencer ift. IV-behandling med antibiotika. Kompetenceudviklingen kan med fordel foregå i regi af de lokale samordningsfora og bør indgå i en evt. samarbejdsaftale.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum, at gå videre med at udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale om IV-behandling med antibiotika i eget hjem.

Samarbejdsaftalen bør tage højde for ovenstående problemstillinger, specielt at kapacitet i de kommunale akutfunktioner ikke overbebyrdes, men at samarbejdet udvikles i et gensidigt aftalt og planlagt tempo.



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

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

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

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

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

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen d. 8. maj 2017

Opdrag:

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har på deres møde, hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017, godkendt at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger potentialet for et ændret samarbejde mellem sygehus og kommune om IV-behandling med tynde væsker i eget hjem. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

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

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for afdækning af IV-behandlings (antibiotika og væske) potentiale for opgaveoverdragelse

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejerske, Fredericia Kommune
Helene Schaldemose, AC-fuldmægtig, Sydvestjysk Sygehus
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Cæcilie Lumby (medsekretær), Konsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Færdiggørelse af IV-behandling med tynde væsker i eget hjem.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter mulighed for at modtage behandling med IV-behandling med tynde væsker i eget hjem.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Behandling med IV-væske foregår i dag primært på sygehuset under indlæggelse. Der er enkelte kommuner, som indgår aftale om konkret delegation, hvilket muliggør at patienter kan færdiggøre behandlingen i eget hjem. I de tilfælde, hvor opgaven løses i eget hjem, foregår det typisk ved at patienterne får anlagt IV-adgang og startes op i behandlingen på sygehuset inden de sendes hjem.

Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen både hvis den udføres på sygehuset eller under delegation i eget hjem.

Når lægen har ordineret behandling med IV-væske, har sygeplejersken typisk til opgave at håndtere behandlingen.

Væsken leveres færdigblandet, opbevares og gives i et lukket system. Efter, afspritning mv., jf. instruks, påbegyndes behandlingen. Efter endt behandling sættes prop på, og IV-adgangen gennemskyldes, hvis nødvendigt.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold i aflastningspladser.

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Målgruppen er patienter, som udskrives fra et sygehus, hvor det lægefagligt findes forsvarligt, at behandlingen kan færdiggøres i eget hjem.

Samarbejdsaftalen bør ikke gælde for patienter med et hyppigere behov observation end beskrevet i Sundhedsstyrelsen Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

For at en patient kan være omfattet af samarbejdsaftalen kræver det en lægefaglig vurdering med tilhørende plan for observation, der kan udføres i borgerens eget hjem eller på plejecenter og/eller aflastning-/akutplads.

Der henføres til, at den ansvarlige læge skal overveje andre behandlingsmuligheder, som for eksempel subkutan behandling.

Følgende er eksempler på relevante målgrupper:

- Terminale patienter
- Gravide, der kaster op
- Dehydratio

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Sundhedsstyrelsen har i 2014 udgivet anbefalinger for "[kvalitet i kommunale akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje](#)". Anbefalingerne beskriver IV-behandling som en indsats, der udgør en særlig patientsikkerhedsmæssig risiko, og der skal derfor være særlig opmærksomhed på organiseringen af samarbejdet herom.

IV-behandling med væske er ikke en rutineopgave i den kommunale sygepleje, men kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer. Sundhedsstyrelsen påpeger, at der skal udarbejdes instrukser for, hvordan patienten skal modtages, og behandlingen videreføres i eget hjem. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, men i særlige tilfælde vil IV-behandling med væske kunne startes op af akutfunktionen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ligeledes, at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. IV-behandling er angivet som en opgave, der lokalt kan vælges at indgå aftale om.

Flere sygehuse og kommuner har igennem projekter gjort sig erfaringer med et ændret samarbejde om IV-behandling med væske. Ofte er projekterne koblet til behandling med IV-behandling med antibiotika og derfor er en del af nedenstående erfaringer de samme som beskrevet i trin 1 for IV-behandling med antibiotika.

Region Midt

I Midtjylland har man i regi af flere sygehusenheder og kommunerne i deres optageområde gjort sig erfaringer med IV-behandling både væske og antibiotika. Det gælder både for Hospitalsenheden Midt

og kommunerne i Midtklyngen (Silkeborg, Skive og Viborg kommune) samt Hospitalsenheden Vest og kommunerne i Vestklyngen (Herning, Holstebro, Ikast-Brandø, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommune).

Hospitalsenheden Midt og Silkeborg, Skive og Viborg kommune. Afviklede i perioden 1.3.11-15.8.13 et projekt, der involveret knap 360 patienter.

Konkret IV behandling

IV isotoniske væsker i hjemmet eller på en akut/midlertidig plads i kommunen

IV antibiotika x gange dagligt i x antal dage i hjemmet eller på akut/midlertidige pladser

Målgruppen

Dehydrerede patienter/borgere

Patienter med infektion

Efter 6 måneder blev målgruppen udvidet til at inkludere alle infektionsspatienter.

Konsekvenser for hospitalet

Sygehuset har fortsat udgiften til medicin/væske, selvom patienten er udskrevet, for at patienten ikke skal få unødige udgifter ift. at forblive indlagt. Medmindre behandlingen startes op af egen læge.

Da målgruppen blev udvidet, var det sygehuset, der stod for oplæring/undervisning inde for specialet.

Konsekvenser for kommunen

I Viborg Kommune var der et akutteam med 9 sygeplejersker (mange kom fra en stilling på sygehuset), der i første omgang varetog opgaven. Forventningen var/er, at opgaven med tiden skulle overgå til hjemmesygeplejerskerne efter endt oplæring.

Skive Kommune kom senere med i projektet. 1.10.13 blev der oprettet 3 akutpladser i kommunen, blandt andet for at støtte op om projektet.

Det er væsentligt dyrere for kommunerne at indkøbe sygeplejeartikler, der anvendes til IV behandling. Begge kommuner kan ud fra deres plejesystemer konstatere, at det er meget lidt ekstra tid, der er bevilliget til pleje af de patienter, der har fået IV i hjemmet.

Konsekvenser for borgeren

Udskrev sygehuset patienten til fortsat behandling i eget hjem, blev der givet medicin med borgeren hjem uden ekstra udgifter. Er det egen læge der sætter behandlingen i gang, skal borgeren selv betale for medicinen.

Ingen borgere har været involveret i en utilsigtet hændelse.

Forudsætning for succes

Kompetenceudvikling af personalet, der skal varetage opgaven, i kommunen.

Kompetencerne skal erhverves inden opgaven overdrages.

God relation, tæt kontakt og fleksible kommunikationsveje mellem sygehusafdelingen og kommunen.

Klar ansvarsfordeling.

En tryghed for sygehuset, når de kunne udskrive patienten til et akutteam i kommunen (Viborg havde i starten opgaven placeret i et akutteam bestående af 9 sygeplejersker).

God og tydelig kommunikation til alle involverede afdelinger/enheder INDEN overdragelse.

Medarbejdernes vilje og tro på projektet.

Økonomi

Kommunerne sparer ikke penge ved at afkorte indlæggelsen.

Sygehuset har sparet sengedage.

Stort spænd i kommunernes samlede forbrug.

Erfaringer fra projektet

Prøvehandling er en god innovativ tankegang, der styrker modet til at prøve noget nyt.

Region Syddanmark

Samarbejde mellem Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland

Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland har indgået aftale om, at Sønderborg kommunes sygepleje kan varetage IV-behandling i borgernes eget hjem. I en 17 måneders periode, fra januar 2015 – marts 2016, har kommunens hjemmesygepleje i gennemsnit haft 18 borgere i behandling i eget hjem per måned. Borgerne har i gennemsnit modtaget 7 behandlinger, hvilket svarer til en behandlingsvarighed på 3,5-7 dage afhængig af mængden af væske.

Nuværende praksis for delegation af IV-behandling med antibiotika i Syddanmark

IV-behandling med væske er ikke ukendt for de syddanske kommuner. I en rundspørge fra KL svarer 16 ud af 22 kommuner, at de varetager IV-behandling på delegation fra sygehuset. Tre svarer, at de ikke løser opgaver og tre har ikke svaret. Det at 16 kommuner i dag varetager IV-behandling er selvfølgelig ikke ensbetydende med, at man ønsker at hjemtage flere patienter, men det er en vigtig pointe ift. at vurdere om kompetencerne er tilstede i de kommunale sygeplejer.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og der medsendes IV-kasse med den ordinerede væske til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandlingen. Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtligt og skriftligt omkring udskrivelsen med intravenøst væskebehandling
- At anvende SAM:BO aftalen ved udskrivelse
- At ordinere og dokumentere IV-behandling med væske i FMK
- At medsende oplysninger på behandlende afdeling
- At medsende alle relevante remedier, der skal bruges til at udføre behandlingen
- At medsende eller henvise til, hvilke instrukser der skal anvendes for indgift
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7

Patienten der skal færdiggøre en IV-væskebehandling i eget hjem, skal kunne være alene i et vist tidsrum. Lægen skal være velorienteret omkring, hvad kommunen har at tilbyde og der skal være en klar aftale med den kommunale sygepleje om observation af patienten – dette kan evt. involvere patientens pårørende.

Sygehuslægen skal altid overveje andre administrations muligheder, fx subkutan væsketerapi.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Der er ikke forbud mod delegation af IV-behandling med tynde væsker. Lovgrundlaget er nærmere

præciseret nedenfor.

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

Grundlæggende er tre forhold bestemmende for, om en opgave kan delegeres til en medhjælp:

1. lovmæssige forbud mod delegation,
2. medhjælpens konkrete kompetencer,
3. opgavens egnethed til at blive løst under delegation.

Behandling med receptpligtige lægemidler, herunder tynde væsker, er jf. autorisationslovens § 74 stk. 2. forbeholdt lægefaglig virksomhed. En sundhedsperson kan dog, efter autorisationslovens § 17, anvende medhjælp, som, under delegation, kan udføre behandlingsopgaver forbeholdt andre professioner. Der er i lovgivningen ikke forbud mod delegation af IV-behandling med tynde væsker, og en hjemmesygeplejerske vil dermed, under sygehuslægens delegation, kunne udføre opgaven i patientens eget hjem.

Af § 3 BEK nr. 1219 af 11. december 2009 fremgår det, at den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til, og har modtaget instruks i, at udføre opgaven. Der er i lovgivningen ikke et krav om at delegation, af en forbeholdt virksomhed, skal delegeres til en anden autoriseret sundhedsprofessionel. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at lægeordnede behandlingsopgaver, som IV-behandling med tynde væsker, ved delegering til hjemmesygeplejen, udføres af autoriserede sundhedspersoner. Af ovenstående bekendtgørelse fremgår det endvidere, af § 3 stk. 2, at den autoriserede sundhedsperson i fornødent omfang skal føre tilsyn med medhjælpens udførelse af virksomheden. I forbindelse med rammedelegation af IV-behandling med tynde væsker til den kommunale hjemmesygepleje, vil det ansvar påhvile ledelsen på sygehuset og i den kommunale hjemmesygepleje (ultimativt regionsrådet og kommunalbestyrelsen), som også er forpligtigede til at sikre, at der foreligger en instruks for fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af den delegerede virksomhed, og at medhjælpen er instrueret og oplært heri, jf. § 4 BEK nr. 1219 af 11. december 2009.

Ledelsen i hjemmesygeplejen har det overordnede ansvar for, at hjemmesygeplejersken har de nødvendige kvalifikationer og kompetencer til at agere medhjælp og udføre opgaven. Hvis ledelsen vurderer, at hjemmesygeplejen ikke har ansat personale, der besidder de fornødne kompetencer til at varetage opgaven, skal de gøre den ordinerende læge opmærksom herpå. Den ordinerende læge vil på den baggrund være forpligtiget til at vurdere om yderligere instruks vil gøre hjemmesygeplejen i stand til at varetage opgaven, eller om patienten skal indlægges eller forblive indlagt.

Alle sundhedspersoner skal, jf. autorisationslovens § 17, udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed, herunder ved benyttelsen af medhjælp m.v. Som beskrevet ovenfor er ansvaret under delegation delt mellem region og kommune. Den udførende hjemmesygeplejerske er som medhjælp omfattet af autorisationsloven og ikke uden ansvar.

Som udgangspunkt skal opgaven udføres i overensstemmelse med lægens ordination, den foreliggende instruks og god klinisk praksis. Hertil kommer krav om journalføring og dokumentation. Alle autoriserede sundhedspersoner er, jf. § 5 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, forpligtede til at føre journal. IV-behandling med tynde væsker udført under delegation skal journalføres, og her er det, jf. § 5 stk. 3 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, ledelsen i hjemmeplejen der har ansvaret for at behandlingen dokumenteres. Rammerne er nærmere specificeret i Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser. Skulle der forekomme klagesager i forbindelse med IV-behandling med tynde væsker udført under delegation, er

det Disciplinærnævnet, som behandler og træffer afgørelse om sundhedspersoners faglige virksomhed. Udgangspunktet er autorisationslovens ansvarsbestemmelser §§ 17, 73 og 75. Sundhedsstyrelsen kan endvidere fratage sundhedspersoner deres autorisation eller indskrænke deres virksomhedsområde.

SIKKERHED

Arbejdsmiljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere skarpe genstande og medicinsk affald som følge af behandling fx med tynde IV-væsker. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald (infusionsslange, væskebeholder m.m.) ifm. behandling af tynde IV-væsker i eget hjem. Det kan kasseres som alm. dagrenovation – og kasseres samlet. Til den skarpe studs anvendes en gul beholder til medicinsk affald, som kan afleveres på et apotek efter endt behandling.

Remedier og tekniske aspekter

Sygehuset medsender det nødvendige udstyr og væske, der skal til, for at varetage behandlingen i eget hjem, behandlingsperioden ud.

Kommunen leverer selv handsker.

Ovenstående præciseres nærmere i en eventuel samarbejdsaftale.

Arbejdsgruppen anbefaler, at man ved udarbejdelsen af en samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver i regi af kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner, er opmærksom på muligheden for at understøtte monitoreringen ved væsketerapi.

Hygiejne

I henhold til den gældende [vejledning om hjemmesygepleje](#) er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til IV-behandling med tynde væsker, som ikke kan løses af en kommunal sygeplejerske. Der kan være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med tynde IV-væsker. Er dette tilfældet bør den ordinerede sygehusafdeling og den kommunale sygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Med det rette samarbejdsaftalegrundlag og organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at færdiggøre behandling med tynde væsker i eget hjem.

Ved at færdiggøre behandlingen i eget hjem, er der en mulighed for at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner.

For uddybelse af medhjælperens kompetencer se afsnit nedenfor.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvarer indebærer:

- At ordinere relevant væskebehandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandling, herunder observation, behandlingsophør/ændring til anden administrativform, evt. blodprøvetagning, opfølgning mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres i korrespondancen og sendes til kommune og egen læge
- At oplyse et telefonnummer, så hjemmesygeplejen 24/7 kan kontakte den ansvarlige sygehusafdeling

I nogen tilfælde vil patienter blive ordineret at starte IV-behandling på et andet sygehus end i deres lokalområde. I de tilfælde vurderer arbejdsgruppen ikke nødvendigvis, at behandlingsansvaret skal overdrages til sygehuset i lokalområdet, men at det vil være mere hensigtsmæssigt at sikre, at sygehuse indgår aftaler om koordination af behandlingen, som sikrer, at patienter kan behandles på det lokale sygehus, evt. FAM, hvis der skal genanlægges IV-adgang eller behandlingen forlænges, og der skal flere remedier og medicin til.

Efter afslutning af IV-behandling, og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen), har den praktiserende læge ansvaret.

Det nærmere ansvar i forhold til delegation er beskrevet i afsnittet om jura og er nærmere præciseret i bekendtgørelsen (BEK) nr. 1219 af 11 december af 2009 om Sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal ift. den konkrete opgave have kompetencer, der placerer sig inden for de almene kompetencer, der er en del af den sygeplejefaglige grunduddannelse. Det drejer sig mere specifikt om følgende kompetencer:

- Væske og elektrolytterapi
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer
- Viden om hjerte- og lungekredsløbets respons på væsketerapi

Det er arbejdsgruppens vurdering, at ovenstående områder er en del af den sygeplejefaglige grunduddannelse. Arbejdsgruppen påpeger dog, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencen, da mange kommunale sygeplejersker ikke har håndteret IV-behandling med væske siden, de var under uddannelse. En plan for samarbejdet om kompetenceudvikling bør fremgå af en eventuel samarbejdsaftale.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der tilbydes kompetenceudvikling, som udbydes og koordineres lokalt i

regi af de lokale samordningsfora.

Videre delegation

Opgaven må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videre delegation af dele af arbejdsopgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient samt upåagtet af, om patienten har været indlagt før.

Patientforløbene vil med overdragelsen af behandlingsopgaven blive optimeret ved meget korte indlæggelser og hurtige udskrivelser til eget hjem til fortsat IV-behandling.

Der kan med behandling i eget hjem fremfor på sygehuset drages nytte af patientens sociale netværk og/eller miljø, som vil medføre bedre muligheder for at opretholde patientens funktions- og aktivitetsniveau. Erhvervsaktive borgere vil eventuelt kunne fortsætte med at passe deres arbejde i behandlingen. Samtidig understøtter behandlingen i eget hjem, at svage/ældre borgere kommer hurtigt tilbage i vante omgivelser i eget hjem. Det vil blandt andet kunne forebygge delir.

Patientens økonomi

IV-behandlingen i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset udleverer den ordinerede væske i forhold til behandlingens hyppighed og varighed.

Der skal dog gøres opmærksom på, at i de tilfælde, hvor kommunerne vælger at tilbyde behandlingen på en bestemt lokation (fx et sundhedshus), kan patienten få udgifter til transporten.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Arbejdsgruppen har på baggrund af data fra samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune, estimeret antallet af patienter (pr. kommune pr. år.), for hvem det vil være relevant at modtage IV-behandling med væske i eget hjem.

I perioden d. 1. januar 2015 – d. 31. maj 2016 havde Sygehus Sønderjylland i gennemsnit udskrevet 18

patienter om måned til færdiggørelse af behandling med IV-antibiotika i eget hjem i Sønderborg Kommune. I gennemsnit modtog hver patient 7 behandlinger.

I nedenstående tabel er data fra Sønderborg Kommune ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Data skal tolkes med forsigtighed ift. generaliserbarheden til andre kommuner.

Estimeret antal patienter pr. kommune pr. år:

	Patienter pr. år
Aabenraa	167
Assens	117
Billund	75
Esbjerg	329
Faaborg-Midtfyn	145
Fanø	9
Fredericia	144
Haderslev	159
Kerteminde	68
Kolding	260
Langeland	36
Middelfart	108
Nordfyns	83
Nyborg	91
Odense	565
Svendborg	165
Sønderborg	212
Tønder	108
Varde	143
Vejen	122
Vejle	319
Ærø	18

Arbejdsgruppen vurderer, at som ved IV-behandling med antibiotika, er det svært at lave et præcist estimat på, hvor mange patienter der vil være tale om, men at antallet af patienter vil stige som sygehusene får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis.

Udgifter

Med udgangspunkt i samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland, Sønderborg og Haderslev Kommune er det forsøgt at opstille et regnestykke for behandling af patienter i eget hjem:

Færdiggørelse af behandling i eget hjem:

Hjemmesygeplejerskerne afsætter 1 time pr. behandling inkl. transport a 356 kr. Dertil kommer en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, handsker mm. Et behandlingsforløb består gennemsnitligt af 7 behandlinger, og dermed lyder regnestykket for kommunale udgift forbundet med færdiggørelse af behandlingen i eget hjem på:

$((7 \times 356 \text{ kr.}) + 356) = \underline{2.492 \text{ kr. pr. patientforløb}}$

Hertil kommer sygehusets udgifter til remedier og væske (7 behandlinger):

- | | |
|--|------------|
| - 7 ltr. Isotonisk væske pr. døgn (Pr. liter 7,67 kr.) | 54,00 kr. |
| - 3 venflon (stk. 4,40 kr.) | 13,00 kr. |
| - 7 infussionssæt (stk. 30,20 kr.) | 211,50 kr. |

Samlet udgift for sygehuset ved en uges behandling i hjemme 278,50 kr.

Herudover har sygehuset udgifter til evt. diagnosticering af patienten, anlæggelse af IV-adgang og opstart af behandlingen på sygehuset, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

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

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 20. april 2017 og behandlet af Følgegruppen for Opgaveoverdragelse den 2. maj 2017.

Beskrivelse af opgaven

Behandling med IV-væske foregår i dag primært på sygehuset under indlæggelse. Der er enkelte kommuner, som indgår aftale om konkret delegation, hvilket muliggør at patienter kan færdiggøre behandlingen i eget hjem. I de tilfælde, hvor opgaven løses i eget hjem, foregår det typisk ved at patienterne får anlagt IV-adgang og startes op i behandlingen på sygehuset inden de sendes hjem.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, sammen med en faglig arbejdsgruppe, undersøgt potentialet for et ændret samarbejde om IV-behandling mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner. Et samarbejde, hvor behandlingen skal foregå på samme faglige niveau som på sygehuset, men hvor patienten får mulighed for at modtage en del af behandlingen i eget hjem og derved forblive tæt på og drage nytte af sit sociale nærmiljø.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter mulighed for at færdiggøre IV-behandling med tynde væsker i eget hjem.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Følgegruppen vurderer, at der er et tilstrækkeligt videns- og erfaringsgrundlag for færdigbehandling af patienter med IV-væsker i eget hjem. Erfaringer fra egen og de øvrige regioner er beskrevet i Trin 1.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2014 anbefalinger for "[kvalitet i kommunale akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje](#)". Anbefalingerne beskriver IV-behandling som en indsats, der udgør en særlig patientsikkerhedsmæssig risiko, og der skal derfor være særlig opmærksomhed på organiseringen af samarbejdet herom. IV-behandling med tynde væsker er ikke en rutineopgave i den kommunale hjemmesygepleje, men kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "[Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen](#)". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden for tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. IV-behandling er angivet som en opgave, man lokalt kan vælge at indgå aftale om.

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

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

Følgegruppen vurderer, at med den rette kompetenceudvikling og et struktureret samarbejde mellem den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og den kommunale sygepleje er det muligt at tilbyde patienter, at de kan færdiggøre deres behandling i eget hjem. Det vil ikke kun betyde kortere indlæggelser, men også at patienten kan forblive tæt på sin dagligdag og drage nytte af det sociale nærmiljø. For ældre svækkede patienter kan det være med til at forebygge delir. Endvidere vil det også betyde, at erhvervsaktive borgere får bedre mulighed for en behandling, der i højere grad vil kunne understøtte en fastholdelse i arbejde under behandlingen.

IV-behandlingen i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset udleverer den ordinerede væske og remedier. Patienten kan dog få udgifter til transport i de tilfælde, hvor kommunen vælger at tilbyde behandlingen på en bestemt lokation (fx et sundhedshus).

Forventet antal patienter pr. år

Følgegruppen finder det vanskeligt at etablere et validt datagrundlag til at estimere, hvor mange patienter det forventes relevant for at modtage IV-behandling med væske i eget hjem.

Der er kun få formaliserede samarbejder, hvoraf samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune tilbyder data på antallet af patienter (18 pr mdr.), og det gennemsnitlige antal behandlinger de modtager (7).

Følgegruppen vurderer, at det er svært at lave et præcist estimat på, hvor mange patienter for hvem det vil være relevant at modtage IV-behandling med væske i eget hjem. Det forventes at antallet af patienter indledningsvist vil være lavt, men at antallet af patienter vil stige, som sygehusene får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis.

I nedenstående tabel er data fra Sønderborg Kommune ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Nedenstående data skal tolkes med forsigtighed ift. generaliserbarheden til andre kommuner.

Kommune	Antal patienter pr. år
Aabenraa	167
Assens	117
Billund	75
Esbjerg	329
Faaborg-Midtfyn	145
Fanø	9
Fredericia	144
Haderslev	159
Kerteminde	68
Kolding	260

Langeland	36
Middelfart	108
Nordfyns	83
Nyborg	91
Odense	565
Svendborg	165
Sønderborg	212
Tønder	108
Varde	143
Vejen	122
Vejle	319
Ærø	18

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Udgifter og omkostninger forbundet med IV-behandling med væske i eget hjem for hhv. kommuner og sygehuse er, med udgangspunkt i samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune og erfaringer fra Region Midtjylland, beskrevet i Trin 1. Et gennemsnitligt forløb på 7 behandlinger i eget hjem vurderes at ville koste en kommune 2.492 kr. pr. patientforløb. Et sygehus vurderes at ville have gennemsnitlig udgift til remedier og væske på 278,50 kr. pr. patientforløb. Hertil kommer udgiften til diagnosticering, anlæggelse af IV-adgang og opstart af behandlingen på sygehuset, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Følgegruppen vurderer, at der er en del økonomiske usikkerheder forbundet med overdragelse af opgaven. Herunder usikkerhed om volumen i patientantal samt en række økonomiske problemstillinger forbundet med den kommunale medfinansiering, der til dels modarbejder et samfundsøkonomisk rationale om at løse en opgave iht. til mindstemiddelsprincippet (LEON).

Eksempelvis kan:

- Kommunerne stå i en situation, hvor de først skal betale kommunal medfinansiering af en indlæggelse, og efterfølgende også afholde omkostninger til hjemmesygeplejen, som skal sikre, at patienten kan færdigbehandles i eget hjem.
 - Sygehuse skal afholde omkostninger til opstart af behandling og udgifter til medicin, remedier mm, som er påkrævet for, at behandlingen kan færdiggøres i eget hjem. Startes behandlingen ambulant, er det ikke sikkert, at sygehuses indtægter er dækkende for de reelle omkostninger og udgifter.
- Det er i modsætning til IV-behandling med antibiotika mere sandsynligt, at patienten startes op ambulant fremfor under indlæggelse.

Samlet set vurderer følgegruppen dog, at ovennævnte udgifter og økonomiske problemstillinger ikke bør være en hindring for et ændret samarbejde om den enkelte patient. De væsentlige usikkerheder bør ikke stå i vejen for at udarbejde en samarbejdsaftale for IV-behandling med væske i eget hjem, da det vurderes, at der på kontrolleret vis er behov for, at vi gør os erfaringer med et ændret samarbejde.

Plan for monitorering og evaluering

Monitorering af anvendelsen af en eventuel samarbejdsaftale er essentiel. Det er vigtigt, at vi følger

en samarbejdsaftales anvendelse både for løbende at kunne intervenere og justere i aftalegrundlaget, men også for at nuancere vores forståelse af patientgrundlaget.

Følgegruppen foreslår, at en evt. samarbejdsaftale monitoreres årligt i ift.:

- hvor mange patienter, hver kommuner hjælper med at færdiggøre behandlingen i eget hjem
- Hvor mange behandlinger, de får i gennemsnit
- Hvor mange forløb, der iværksættes ambulant
- Hvor mange forløb, der iværksættes under indlæggelser

To år efter eventuel aftalt implementering foreslås det, at der udføres en evaluering, som også sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det betyder at ovenstående suppleres med en undersøgelse af:

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

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

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

I kvalitetsstandarden for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er IV-behandling med væske angivet som en opgave, der lokalt kan vælges at indgå aftale om. Følgegruppen vurderer, at der er en stor efterspørgsel på en sådan aftale, fra både fagpersonale i kommuner og på sygehus, samt at det vil være til gavn for patienter og deres pårørende.

Følgegruppen anerkender, at der er stor usikkerhed omkring antallet af patienter, der vil kunne modtage behandling i eget hjem. Det er vigtigt, at en evt. samarbejdsaftale tager højde for kapaciteten i de kommunale akutfunktioner. Det kræver således, at der er en løbende dialog mellem kommune og sygehus.

Følgegruppen anbefaler, at en eventuel samarbejdsaftale ikke bør være gældende for patienter med et hyppigt observationsbehov. Endvidere anbefaler følgegruppen, at man ved udarbejdelsen af en samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver i regi af *Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*, er opmærksom på muligheden for at understøtte monitoreringen af IV-behandling med væske i eget hjem.

Iht. kvalitetsstandarden skal akutfunktionerne være døgnbemandet med sygeplejersker. Arbejdsgruppen vurderer, at der skal være en særlig fokus på ikke at overbebyrde akutfunktionerne med IV-behandling i nattetimerne, da bemanningen typisk vil være mindre i nattevagten. Problemstillingen bør drøftes administrativ/politisk i forbindelse med indgåelse af en samarbejdsaftale.

Ift. det lægefaglige behandlingsansvar vil der være situationer, hvor patienter bliver ordineret og starter behandling på et andet sygehus end det i deres lokale område. I de tilfælde vurderer Følgegruppen, at det ikke altid er nødvendigt at overdrage behandlingsansvaret til sygehuset i lokalområdet, men at det vil være mere hensigtsmæssigt, at Region Syddanmarks sygehusenheder indgår aftale om koordination af IV-behandling som sikrer, at patienter kan behandles på det lokale sygehus, evt. FAM, hvis der ex skal genanlægges IV-adgang eller behandlingen forlænges, så der skal udleveres flere remedier eller medicin.

Følgegruppen vurderer, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencer ift. IV-behandling med antibiotika. Kompetenceudviklingen kan med fordel foregå i regi af de lokale samordningsfora og bør indgå i en evt. samarbejdsaftale.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum, at gå videre med at udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale om IV-behandling med væske i eget hjem.

Samarbejdsaftalen bør tage højde for ovenstående problemstillinger, specielt at kapaciteten i de kommunale akutfunktioner ikke overbebyrdes, men at samarbejdet udvikles i et gensidigt aftalt og planlagt tempo.

Sagsfremstilling DAK: IV-behandling i kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen udgav den 4. april 2017 "*Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*", som kommunerne skal leve op til fra 2018. Det Administrative Kontaktforum besluttede på januar-mødet 2017, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse skal anvende modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse til at undersøge de opgaver, som kvalitetsstandarden foreskriver, at de kommunale akutfunktioner fremadrettet skal løse.

I kvalitetsstandarden er intravenøs væske og medicinadministration angivet som opgaver, der lokalt kan vælges at indgå aftale om. Følgegruppen vurderer, med faglig kvalificering fra en tværsektoriel arbejdsgruppe, at der er efterspørgsel på en samarbejdsaftale for både intravenøs behandling med antibiotika og væske. Samtidig viser erfaringer, at det er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og til gavn for patienter og deres pårørende, at de kan behandles i deres nærmiljø.

Med udgangspunkt i kvalitetsstandarden har følgegruppen i samarbejde med en tværsektoriel arbejdsgruppe kvalificeret Trin 1 og Trin 2 i modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse for intravenøs behandling med antibiotika og intravenøs behandling med væske i eget hjem.

Væsentlige opmærksomhedspunkter ved en samarbejdsaftale

Trin 2 er et fælles forståelses- og beslutningsgrundlag, som opsummerer de faglige argumenter for et ændret samarbejde om IV-behandling hhv. for antibiotika og væske. I trin 2 fremhæves en række bemærkninger og problemstillinger samt følgegruppens anbefalinger som Det Administrative Kontaktforum bør være opmærksom på ifm. beslutning om en eventuel samarbejdsaftale.

- Følgegruppen anerkender, at der er stor usikkerhed omkring antallet af patienter, der vil kunne modtage behandling med væske og antibiotika i eget hjem. Det er derfor vigtigt, at en evt. samarbejdsaftale tager højde for kapaciteten i de kommunale akutfunktioner blandt ift. IV-behandling i nattetimerne. Det kræver således, at der er en løbende dialog mellem kommune og sygehus.
- Følgegruppen ønsker at påpege, at der kan opstå situationer, hvor patienter bliver ordineret og starter behandling på et andet sygehus end det i deres lokale område. I de tilfælde vurderer Følgegruppen, at det ikke altid er nødvendigt at overdrage behandlingsansvaret til sygehuset i lokalområdet, men at det vil være mere hensigtsmæssigt, at Region Syddanmarks sygehusenheder indgår aftale om koordination af IV-behandling som sikrer, at patienter kan behandles på det lokale sygehus, evt. FAM, hvis der ex skal genanlægges IV-adgang eller behandlingen forlænges, så der skal udleveres flere remedier eller medicin.
- Følgegruppen vurderer, at akutfunktionerne kan have behov for en kort oplæring og/eller vedligeholdelse af kompetencer ift. IV-behandling. Kompetenceudviklingen kan med fordel foregå i regi af de lokale samordningsfora og bør indgå i en evt. samarbejdsaftale.
- Følgegruppen anbefaler, at en samarbejdsaftale for IV-behandling med væske ikke bør være gældende for patienter med et hyppigt observationsbehov. Der kan med fordel være opmærksomhed på mulighederne for at understøtte monitorering af IV-behandling væske ifm. udarbejdelsen af en samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver i regi af *Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*.

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum, at gå videre med at udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale om IV-behandling med antibiotika og væske.

Samarbejdsaftalen bør bl.a. tage højde for ovenstående problemstillinger, specielt at kapaciteten i de kommunale akutfunktioner ikke overbebyrdes, men at samarbejdet udvikles i et gensidigt aftalt og planlagt tempo.

Indstilling

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender at Følgegruppen for opgaveoverdragelse udarbejder udkast til samarbejdsaftaler for IV-behandling med antibiotika og væske.

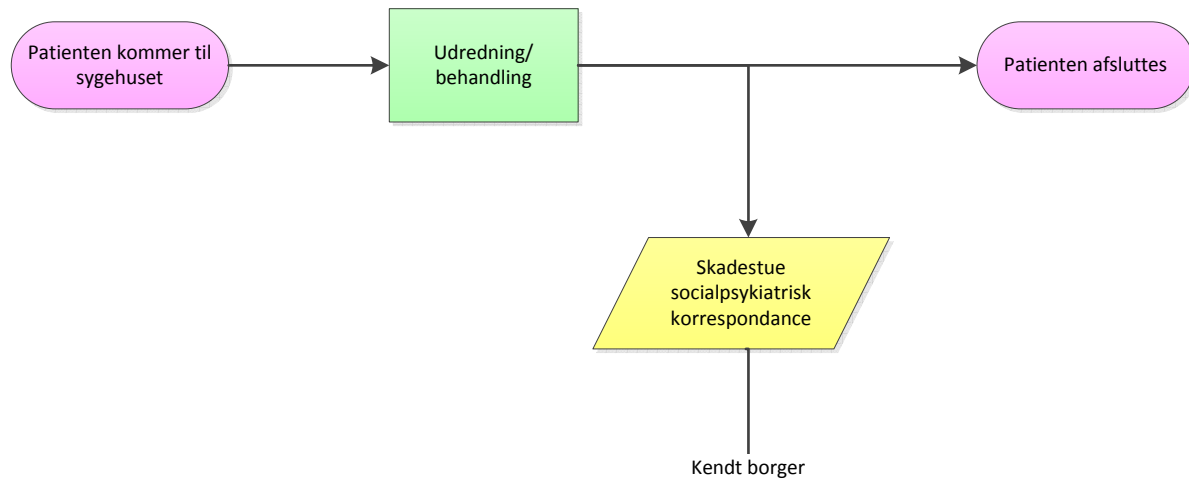
Bilag:

1. Udfyldt trin 1 til vurdering af IV-behandling med antibiotika
2. Udfyldt trin 2 til vurdering af IV-behandling med antibiotika
3. Udfyldt trin 1 til vurdering af IV-behandling med væske
4. Udfyldt trin 2 til vurdering af IV-behandling med væske

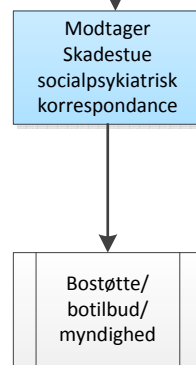
6. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien.

Fase

Sygehus



Kommune



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

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Skadestueforløb
- Skadeklinikforløb

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

6.1 Kommunikation ved besøg i skadestue (**Fælles Akut Modtagelse (FAM) /Psykiatrisk Akut Modtagelse(PAM)**)

6.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestue (**Fælles Akut Modtagelse(FAM) /Psykiatrisk Akut Modtagelse(PAM)**)

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

	vedr.: • Habituel tilstand • Årsag til skadestuekontakt • Akut telefonnummer i kommunen Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.	
6.1.3	Kommunen er <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 Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset samtykke til informationsudveksling og kommunen kontaktes telefonisk. Oplysningerne kan udveksles via telefon eller socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance.	
6.2	Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestuen	
	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det socialpsykiatriske system
6.2	I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier - psykiatriske symptomer • Somatiske problemstillinger • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte	

	- nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specificke aftaler med borgeren/patienten	
6.2.3	Kommunen orienteres via socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance, hvis der er mindre ændringer i forhold til punkt 6.2 senest, når patienten forlader sygehuset. Ved væsentlige ændringer i forhold til punkt 6.2, som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance.	
6.2.5	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 på hverdage indtil kl.15.30. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.	
6.2.6	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 Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen. Evt. genoptræningsplan fremsendes.	

7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien

Fase

```

graph TD
    subgraph Sygehus
        Start([Patienten kommer til sygehuset]) --> Udbed[Udredning/ behandling]
        Udbed --> Udebl[Udeblivelser]
        Udebl -- "Flere udeblivelser kan medføre" --> Slut([Patienten afsluttes])
        Udebl --> Udbed
    end

    subgraph Kommune
        Evt[Evt. udvidet koordinering]
        Modt[Modtager Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance]
        Bost[Bostøtte/ botilbud/ myndighed]
    end

    Udbed --> Evt
    Evt --> Udbed
    Evt --> ASK_Sygehus[/Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance/]
    ASK_Sygehus --> ASK_Kommune[Modtager Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance]
    ASK_Kommune --> Evt
    ASK_Kommune --> Bost
    Bost --> ASK_Kommune
  
```

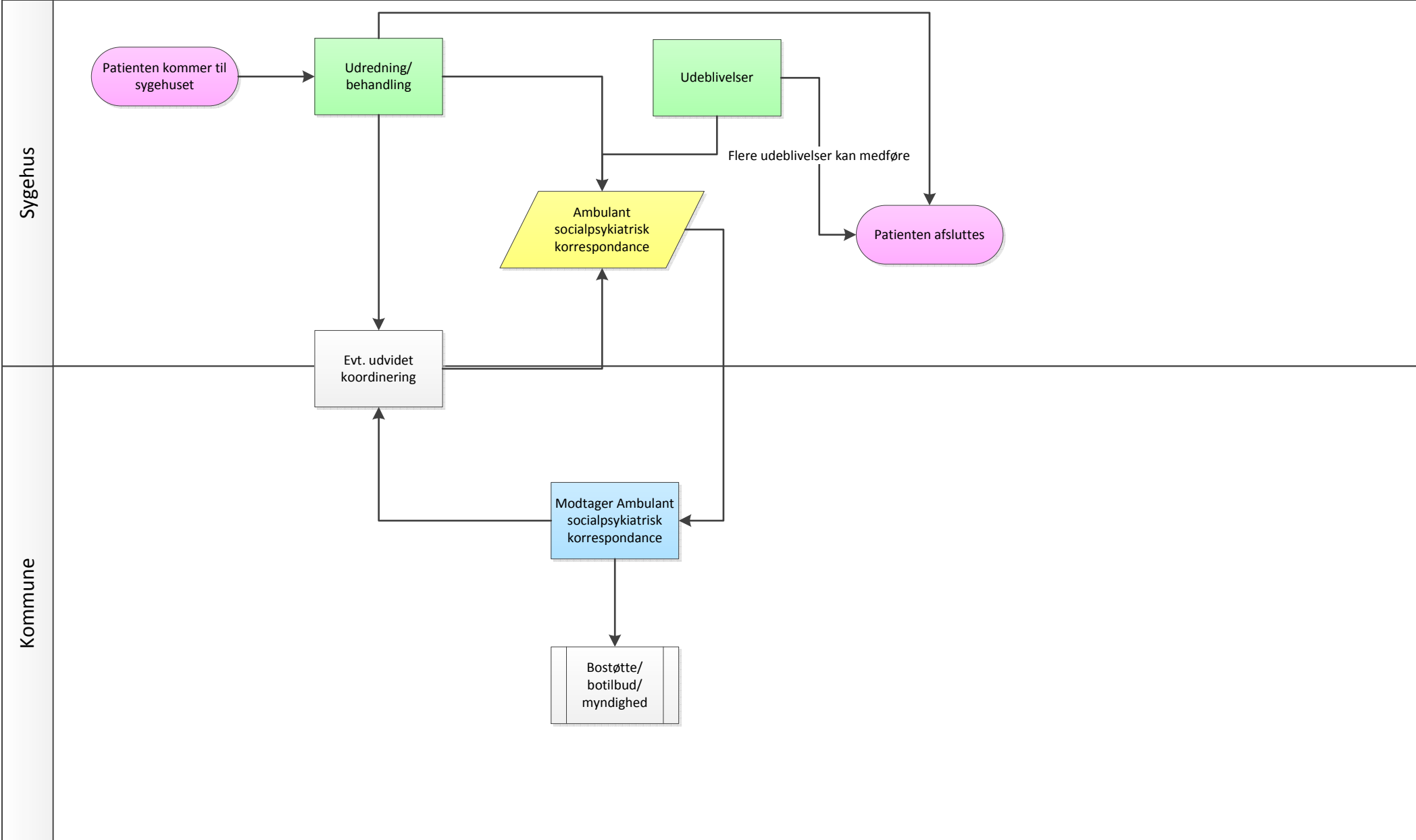
The flowchart illustrates the outpatient patient journey, divided into two main sections: **Sygehus** (Hospital) and **Kommune** (Municipality).

Sygehus (Hospital) Section:

- The process begins with **Patienten kommer til sygehuset** (Patient comes to the hospital).
- The patient enters **Udredning/ behandling** (Investigation/ treatment).
- From **Udredning/ behandling**, the patient can move to **Udeblivelser** (Absences).
- From **Udeblivelser**, the patient can either be **Patienten afsluttes** (Patient is discharged) or return to **Udredning/ behandling**. A note indicates: "Flere udeblivelser kan medføre" (More absences can lead to).

Kommune (Municipality) Section:

- The patient can move from **Udredning/ behandling** to **Evt. udvidet koordinering** (Possible extended coordination).
- From **Evt. udvidet koordinering**, the patient can return to **Udredning/ behandling** or move to **Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance** (Outpatient social psychiatric correspondence).
- From **Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance** (in the Hospital section), the patient moves to **Modtager Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance** (Receives outpatient social psychiatric correspondence) in the Municipality.
- From **Modtager Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance**, the patient can return to **Evt. udvidet koordinering** or move to **Bostøtte/ botilbud/ myndighed** (Housing support/ housing/ authority).
- From **Bostøtte/ botilbud/ myndighed**, the patient can return to **Modtager Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance**.



7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Psykiatriske ambulante forløb af kortere eller længere varighed

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

7.1 Kommunikation ved ambulante forløb

7.2 Kommunikation ved behandlingsforløb

7.3 Kommunikation ved afslutning af et ambulant forløb

7.1	Kommunikation ved ambulante patientforløb
7.1.1	Sygehushenvisning skal ske elektronisk fra praktiserende læge. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK.
7.1.2	Sygehuset modtager henvisningen, og sender senest 8 hverdage (for somatikken senest 2 hverdage) efter en indkaldelse til borgeren om tid og sted for første ambulante kontakt. Sygehuset fremsender bookingsvar til den praktiserende læge.
7.1.3	Samtale med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning anvendes. Samtalen kan omfatte: • Patientens habituelle tilstand • Risikoadfærd og mestringsevne /-strategier • Selvmordsrisiko • Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet • Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer

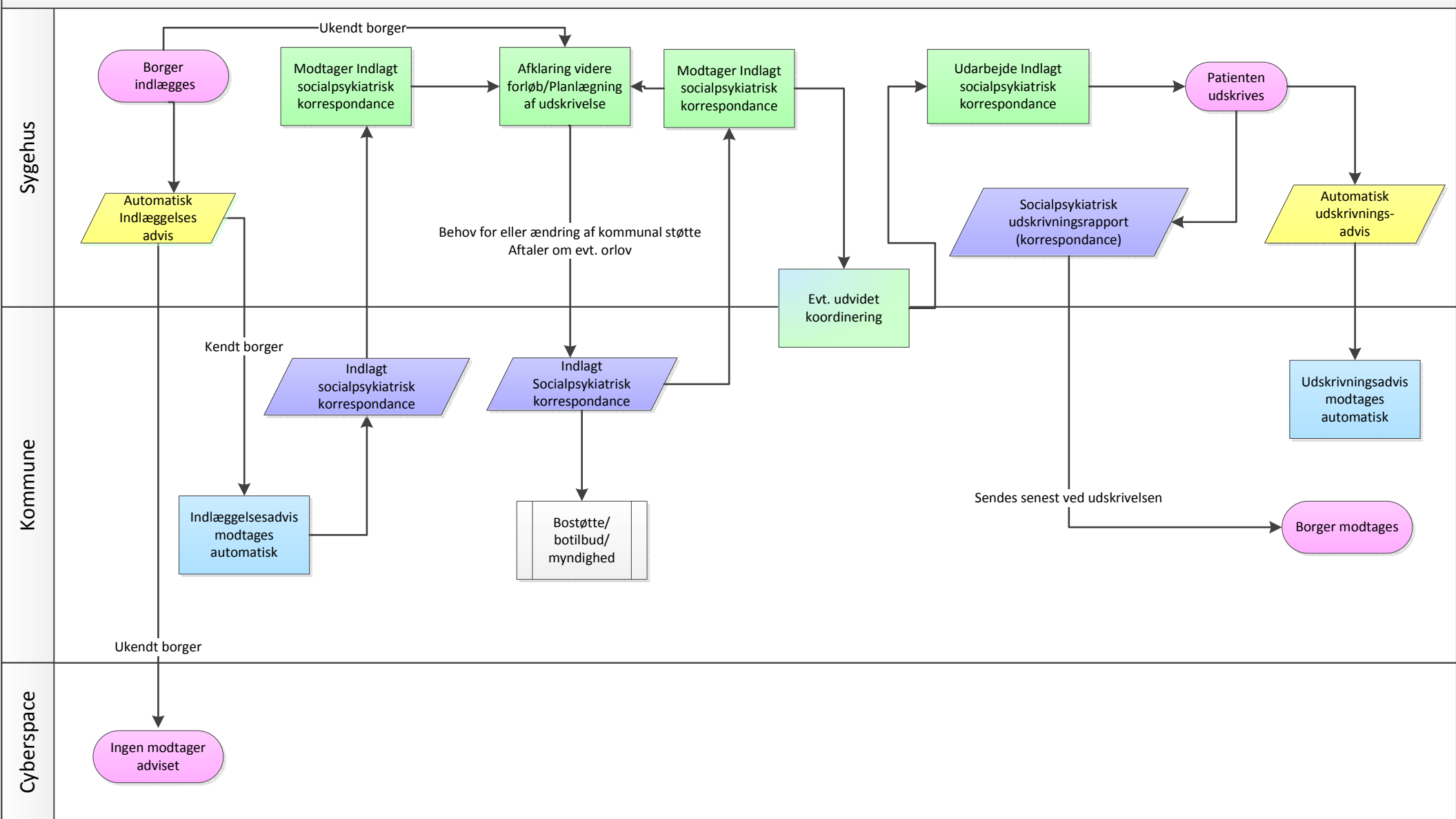
	• Oplysninger om kontaktperson (ved 2 eller flere ambulante besøg). Der tages stilling til eventuelt udvidet koordinering. Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende, indhenter sygehuset samtykke til informationsudveksling.	
7.1.4	I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal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

7.2.4	Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens samtykke sende en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance (link til nøgleord) med relevante patientoplysninger. Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger. Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være: • Psykiatriske problemstillinger • Somatiske problemstillinger • Netværk • Særlige forhold i relation til bolig • Behov for socialpsykiatrisk støtte • Genoptræningsplaner • Rehabilitering • Videre forløb Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance.	Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance, om oprettelse i det kommunale system, f.eks.: • Psykiatriske problemstillinger • Somatiske problemstillinger • Netværk • Særlige forhold i relation til bolig • Behov for socialpsykiatrisk støtte • Genoptræningsplaner • Rehabilitering • Videre forløb Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance. Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den ambulante socialpsykiatrisk korrespondance.
7.2.5	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet på hverdage. Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.	

7.3	Kommunikation ved afslutning af ambulant forløb
7.3.1.	Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen kan indeholde oplysninger om: • Diagnostik og behandling • Udarbejdet af • Årsag til henvisning • Resumé af forløbet • Medicinstatus • Information til patienten • Ikke afsluttede undersøgelser • Sygemelding • Socialmedicin • Efterbehandling • Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler. Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen. Evt. genoptræningsplan fremsendes.

8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien

Fase



8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Akutte og planlagte indlæggelsesforløb.

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

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

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

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

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

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

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

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

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

Epikrisen kan indeholde oplysninger om:

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

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

Evt. genoptræningsplan fremsendes.

Revideret tids- og procesplan for SAM:BO – videreudvikling i forhold til socialpsykiatri

Det forslag der fremlægges for Den Administrative Kontaktgruppe (DAK) den 22. juni 2017 er alene et høringsudkast.

Nedenstående tabel viser processen inklusiv høringsperiode og indarbejdelse af høringssvar, hvorefter den endelige godkendelse af forslaget forventes at ske den 23. november på DAK-mødet.

Dato	Hvad
23.11.17	Endelig godkendelse af forslaget i DAK
27.10.17	Deadline til DAK
12.10.17	Forslaget behandles af Følgegruppen for behandling og pleje
28.09.17	Deadline for aflevering af forslag til Følgegruppen
28.08.17 – 27.09.17	Bearbejdning af høringssvar
01.07.17 – 28.08.17	Høringsperiode
23.06.17 – 30.06.17	Indarbejdelse af eventuelle kommentarer fra DAK
22.06.17	Forslaget - høringsudkast - behandles på DAK-mødet
23.05.17	Deadline for aflevering af punkt til DAK
15.05.17	Forslaget - høringsudkast - behandles af Følgegruppen for behandling og pleje

Efter behandling på DAK den 22. juni starter arbejdet i relation til at konsekvensrette SAM:BO aftalen i forhold til indarbejdelse af Socialpsykiatrien.

Høringsparter er som udgangspunkt "samme" grupper som ved høring af reviderede SAM:BO-forløb plus nye relevante aktører ift. Socialpsykiatrien.

04.05.17

AVW

Nøgleordsliste

Nøgleord	Ordforklaring
Ambulant notat	Et ambulant notat er et kort resumé af den aktuelle patientbehandling på et sygehusambulatorium og en eventuel plan for efterbehandling/opfølgning. Notatet skal sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet på tværs af sektorerne. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance	Er en korrespondance mellem socialpsykiatri og et ambulatorie, og kan indeholde: • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier - psykiatriske symptomer • Somatiske problemstillinger • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienten
Behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber	Behandlingsredskaber: Regionen forsyner patienter med behandlingsredskaber som et integreret led i

	sygehusbehandling, hvor redskaberne indgår i en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen. Sygehuset forsyner ligeledes patienter med behandlingsredskaber efter udskrivelse som en fortsættelse af den iværksatte behandling, med det formål at forbedre behandlingsresultatet eller forhindre en forringelse af behandlingsresultatet. I situationer hvor patienten skal vente på sygehusbehandling skal sygehuset vurdere, om der er et behov for udlevering af behandlingsredskaber i venteperioden. I så fald afholder regionen udgiften hertil. Hjælpe midler: 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 udskriving 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-tvaersektoriell/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Epikrise	Epikrisen er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling. Formålet er at sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet og at alle lægefaglige relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives til patientens egen læge og henvisende læge. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriell/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/
FAM	Fælles Akut Modtagelse. FAM er det somatiske sygehus døgnåbne indgang for akutte patienter.
FMK	Fælles Medicinkort (FMK) er en central database med en liste over den enkelte borgers aktuelle lægemiddelordinationer. Oplysningerne på FMK kan deles mellem de parter, der er involveret i borgerens behandling. Borgeren har selv mulighed for at se sit medicinkort via sundhed.dk. Læs mere på sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/konsulenthjaelp-til-praksis/fmk/
Færdigbehandling	En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.(Definition fra Fællesindhold 2016/side 28) Dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang.
Genoptræningsplan	Den Gode GenOptræningsPlan (G-GOP) skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret

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

	- ændret behov • Orlov - aftaler i.f.t. orlov - evaluering af orlov • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten
Mestringsevne / -strategier	Er fremgangsmåder, en person bruger for at mestre, det vil sige klare eller håndtere, nye, svære og truende situationer.
PAM	Psykiatrisk AkutModtagelse. Akutmodtagelsen har en åben skadestuefunktion og modtager således både henviste patienter samt patienter som henvender sig selv.
Samtykke til informationsudveksling	Samtykket kan være mundtligt eller skriftligt og skal gives til sundhedsfaglige medarbejdere, der videregiver eller modtager oplysningerne. Samtykket skal dokumenteres i patientjournalen.
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling	Der er i Region Syddanmark i samarbejde med kommunerne indgået en aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige praktiske hjælp og ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Samarbejdsaftalen gælder alene i de tilfælde, hvor der ikke er nogen pårørende, som kan hjælpe borgeren. Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulant besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet. Aftalen kan findes på følgende link: http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177
Socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance	Er en korrespondance mellem socialpsykiatri og akut ambulante patienter i skadestuen (FAM & PAM) og kan indeholde: • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier - psykiatriske symptomer • Somatiske problemstillinger • Netværk - privat og professionelt

	• Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienter
Socialpsykiatrisk udskrivningsrapport	Er en korrespondance der sendes senest ved udskrivelsen fra sygehus til socialpsykiatri. Udskrivningsrapporten er et resume/status og kan indeholde: • Indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato • Årsag til indlæggelse • Indlæggelsesforløb • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringssevne /-strategier - psykiatriske symptomer • Somatiske problemstillinger - relevant i.f.t aktuel indlæggelse • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Diagnoser • Færdigbehandlingsdato (Kun hvis den er forskellig fra udskrivningsdato) • Udskrivningsdato

	• Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten
Somatiske problemstillinger	Fysiske sygdomme som fører til problemstillinger i hverdagen der kan medføre et behov for hjælp.
Tidstro registrering	Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at eksempelvis patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset.
Transport (til og fra sygehus)	Regionen tilbyder transport til og fra det sygehus, hvor behandlingen finder sted efter regionens visitationspraksis. Siddende transport tilbydes, hvis sygehuset vurderer, at patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder nogle særlige betingelser. Læs mere her: http://www.regionsyddanmark.dk/wm406205
Udvidet koordinering	Er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. patientens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor.
Væsentlige ændringer	Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden ejendom, installation af hjælpemidler. Eksempler på væsentlige ændringer i tyngde og funktionsevne: • Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd • Ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet • Ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden • Ændres niveauet fra klarer selv forflytning til hjælpes via person eller hjælpemidler • Øges besøgshyppigheden med et eller flere besøg dagligt. Ovenstående gælder uanset boligtype (egen bolig, plejehjemsbolig mv.)

Det Administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte og godkende de tre fremsendte forslag til nye forløb med henblik på udsendelse i høring og godkende den reviderede tids- og procesplan.

Sagsfremstilling DAK

Det Administrative Kontaktforum besluttede den 15. juni 2016, at videreudviklingen af SAM:BO skulle ske i forhold til det socialpsykiatriske område.

Følgegruppen for behandling og pleje godkendte den 10. oktober 2016 en tids- og procesplan for dette arbejde. Planen blev efterfølgende godkendt af Det Administrative Kontaktforum.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe samt en underarbejdsgruppe, med repræsentanter fra de forskellige socialpsykiatriske tilbud, som har udarbejdet oplæg til tre forskellige nye forløb:

- 6. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien.
- 7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien
- 8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien

Nummereringen af forløbene er foretaget således at den ligger i forlængelse af de eksisterende SAM:BO-forløb, som har numre fra 0 til 5.

Forløbene er udarbejdet med udgangspunkt i den eksisterende SAM:BO.

Afgrænsning af opgaven:

I den eksisterende SAM:BO er fokus på kommunikation mellem sygehuset og kommunens hjemmepleje og sygepleje.

Fokus i de nyudviklede forløb er kommunikationen mellem sygehuset og de socialpsykiatriske tilbud.

Det er borgerens tilstand, som er afgørende for, at sygehusets kommunikation foregår til en medarbejder i Socialpsykiatrien (eksempelvis en pædagog på et bosted eller en bostøtte, hvis borgeren bor i eget hjem).

Hvis en borger har en somatisk lidelse, der kræver ydelser fra hjemmesygeplejen /hjemmeplejen, så foregår kommunikation og samarbejde via den eksisterende SAM:BO.

Juridisk er der ikke lovhjemmel for at de socialpsykiatriske problemstillinger skrives ind i de nuværende plejeforløbsplaner og udskrivesrapporter, idet personalet i socialpsykiatrien (eksempelvis en pædagog eller socialrådgiver) ikke arbejder i hen hold til Sundhedsloven men efter Serviceloven. Det betyder, at en pædagog på et bosted ikke må læse eller skrive i den sygeplejefaglige Med-Com standarder, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport.

på den baggrund er der udarbejdet tre nye forløb, hvor kommunikationen foregår mellem sygehus og socialpsykiatrien via en socialpsykiatrisk korrespondance.

Forløbene er opdelt i skadestue, ambulant og indlæggelsesforløb.

Følgegruppen for behandling og pleje har i mødet den 15. maj 2017 godkendt høringsforslaget med bilag, med en enkelt bemærkning, som efterfølgende er indarbejdet.

Proces:

Forløbene fremlægges som høringsoplæg til godkendelse i Det Administrative Kontaktforum den 22. juni 2017.

Efter indarbejdelse af eventuelle kommentarer fra Det Administrative Kontaktforum, sendes forløbene perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017, med henblik på forelæggelse i Følgegruppen for behandling og pleje i mødet 12. oktober samt endelig godkendelse i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017.

Forslag til implementeringsplan bliver ved samme lejlighed blive fremsendt til godkendelse.

Indstilling

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter og godkender de tre fremsendte forslag til nye forløb med henblik på udsendelse i høring
- Godkender den reviderede tids- og procesplan

Bilag:

1. Flowchart: 6. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien
2. Forløbsbeskrivelse: 6. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien.
3. Flowchart: 7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien
4. Forløbsbeskrivelse: 7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien
5. Flowchart: 8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien
6. Forløbsbeskrivelse: 8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien
7. Revideret tids- og procesplan
8. Nøgleordsliste

Tværasektoriel kompetenceudvikling

Sagsfremstilling DAK

Det Administrative Kontaktforum besluttede på møde den 15. juni 2016, i forbindelse med behandlingen af Rammepapir for rådgivning om forebyggelse, at Følgegruppen for Forebyggelse skulle igangsætte arbejdet med udarbejdelsen af en Rammeaftale om kompetenceudvikling og vidensdeling jf. Sundhedsaftalens punkt 6.1.6.

Følgegruppen har nu udarbejdet et forslag til en *Rammeaftale om tværasektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling*. Rammeaftalen er udarbejdet efter et princip om, at der foretages en sondring mellem lokale, fortløbende og agile tiltag, der finder sted lokalt, og større kompetenceudviklingstilbud, der bør gennemføres på regionalt niveau.

Kompetenceudvikling og vidensdeling på lokalt niveau kan f.eks. omhandle udvikling i behandlingsmetoder, operationsteknikker og medicinering, ændringer i opgavefordeling og samarbejde på tværs af psykiatrien og socialpsykiatrien, arbejdet med rehabilitering i henholdsvis kommune og region mv. Dette er områder, som med fordel kan varetages lokalt, idet indholdet af tiltagene, udover det faglige indhold, også vil lægge op til relationsdannelser på tværs af sektorer.

For så vidt angår kompetenceudviklingsinitiativer på regionalt niveau, vil det typisk finde sted således, at følgegrupperne i forbindelse med godkendelsen af f.eks. nye forløbsprogrammer, aftaler om opgaveoverdragelse eller ændringer i behandlingsregimer, der fordrer nye kompetencer, indstiller til Det Administrative Kontaktforum, at et udvalgt lokalt samordningsforum får ansvaret for tilrettelæggelsen af den nødvendige kompetenceudvikling til at understøtte beslutningen. Det udvalgte lokale samordningsforum får derved til opgave at udvikle et koncept for den nødvendige understøttende kompetenceudvikling, som vil kunne anvendes i alle lokale samordningsfora i regionen.

Følgegruppen for Forebyggelse er ansvarlig for at udarbejde en årlig status på, hvilke kompetenceudviklings- og vidensdelingsinitiativer, der har fundet sted henholdsvis lokalt og regionalt.

Forløbsprogrammet for mennesker med KOL

Det Administrative Kontaktforum besluttede i forbindelse med behandlingen af Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, at den del af kompetenceudviklingen, der ligger ud over inddragelse og samarbejde, skulle forankres i arbejdet med Sammen om Velfærd. Følgegruppen for Forebyggelse har forsøgt at tage Det Administrative Kontaktforums beslutning til efterretning, men det har vist sig, at idet Sammen om Velfærd i dag alene beskæftiger sig med grunduddannelser og efteruddannelsesvejledere, så vil en placering af ansvaret for kompetenceudvikling og efteruddannelse i forbindelse med bl.a. forløbsprogrammer medføre en udvidelse af det nuværende funktionsområde i Sammen om Velfærds sekretariat. Hvis dette bliver tilfældet, er det ligeledes vurderingen, at der vil være behov for at udbygge sekretariatet i Sammen om Velfærd til også at kunne varetage denne opgave.

I forbindelse med den kommende Sundhedsaftale 2019-22 kan det overvejes, om og hvordan de forskellige kompetenceudviklingsinitiativer kan tænkes sammen fremadrettet.

Følgegruppen for Forebyggelses foreslår med udgangspunkt i ovenstående, at den tværasektorielle kompetenceudvikling, der ønskes gennemført i forbindelse med Forløbsprogrammet for mennesker med KOL, indtænkes i den "Lead-model", som er beskrevet i Rammeaftalen om tværasektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling. Dog anbefaler Følgegruppen for Forebyggelse, at et evt. fælles koncept for kompetenceudvikling i forhold til Forløbsprogram for mennesker med KOL, afventer en vurdering af kompetenceudviklingsbehovet på regionalt plan, idet man mange steder i regionen er godt i gang med implementeringsarbejdet med forløbsprogrammet.

Indstilling

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender Rammeaftale om tværsektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling
- Godkender, at kompetenceudvikling i forbindelse med Forløbsprogrammet for KOL indtænkes i "Lead-modellen" i Rammeaftalen om tværsektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling.



Rammeaftale om tværsektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling

Dette rammepapir beskriver de overordnede rammer for kompetenceudvikling og vidensdeling på tværs af sektorer, jævnfør Sundhedsaftalen 2015-2018 afsnit 6.1.6.

Rammepapiret er udarbejdet af Følgegruppen for forebyggelse med inddragelse af kommunerne, sygehusenhederne og almen praksis gennem de somatiske og psykiatriske samordningsfora. Rammepapiret er godkendt på møde i Det Administrative Kontaktforum den... 2017.

Baggrund

Parterne i det syddanske sundhedsvæsen – kommuner, almen praksis og sygehuse – er afhængige af at have kompetente medarbejdere. Stærke kompetencer er således afgørende for, at sundhedsvæsenet kan levere ydelser af høj kvalitet, fastholde en høj grad af patientsikkerhed samt sikre stor patienttilfredshed.

Der er i stigende grad behov for at udvikle fælles kompetencer og vidensdele mellem sektorerne i sundhedsvæsenet. For det første fordi ydelserne ofte leveres i forløb, der kræver samspil mellem flere sektorer, og alle sektorer derfor skal forholde sig til de samme borgere og diagnoser. For det andet fordi nogle opgaver aftalt og planlagt flyttes mellem sektorerne. Medarbejderne på sundhedsområdet skal derfor evne det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samtidig med, at de fastholder en stærk faglighed på deres eget fagområde.

Kompetenceudvikling og vidensdeling er ikke et mål i sig selv, men er midler til at understøtte sundhedsaftalens indsatser og dermed opnå centrale målsætninger for det samlede sundhedsvæsen i Region Syddanmark og de 22 kommuner. Der bør derfor iværksættes tiltag, der styrker den fælles, tværsektorielle kompetenceudvikling og vidensdeling.

Allerede i dag foregår der kompetenceudvikling, rådgivning og vidensdeling på tværs af sektorer. Med det formål at systematisere og rammesætte dette yderligere har kommunerne, regionen og almen praksis besluttet, at der som led i udmøntningen af Sundhedsaftalen 2015-2018 skal udarbejdes en aftale om kompetenceudvikling og vidensdeling. Aftalen relaterer sig ikke til regionens rådgivning til kommunerne på forebyggelsesområdet (§119, stk. 3 i Sundhedsloven) og adskiller sig ligeledes fra strategien "Sammen om velfærd", idet denne aftale, som udgangspunkt, ikke angår udvikling af grunduddannelserne eller efter/videreuddannelsesstilbud. Nærværende aftale vedrører derimod hovedsageligt enkeltstående, forskelligartede tilbud med det sigte at styrke vidensdeling og efterspurgte kompetencer hos medarbejdere på sundhedsområdet og andre relevante fagområder.

Formål

Overordnet skal denne rammeaftale understøtte implementering af Sundhedsaftalen 2015-2018 og derved bidrage til at sikre den enkelte patient og borger en indsats, der er effektiv, sammenhængende, sikker og af høj kvalitet, uanset karakteren af den påkrævede indsats eller antallet af kontakter.

Formålet med aftalen er:

- At optegne nogle klare snitflader mellem lokale og regionale tiltag
- At udvikle en mere systematisk og formaliseret tilgang til udnyttelse af viden og kompetencer på tværs af sektorer
- At sikre, at relevante lokale tilbud om kompetenceudvikling og vidensdeling løftes og tilbydes på regionalt niveau.
- At understøtte implementeringen af f.eks. forløbsprogrammer, opgaveoverdragelse, tværsektorielle handlingsplaner mv.

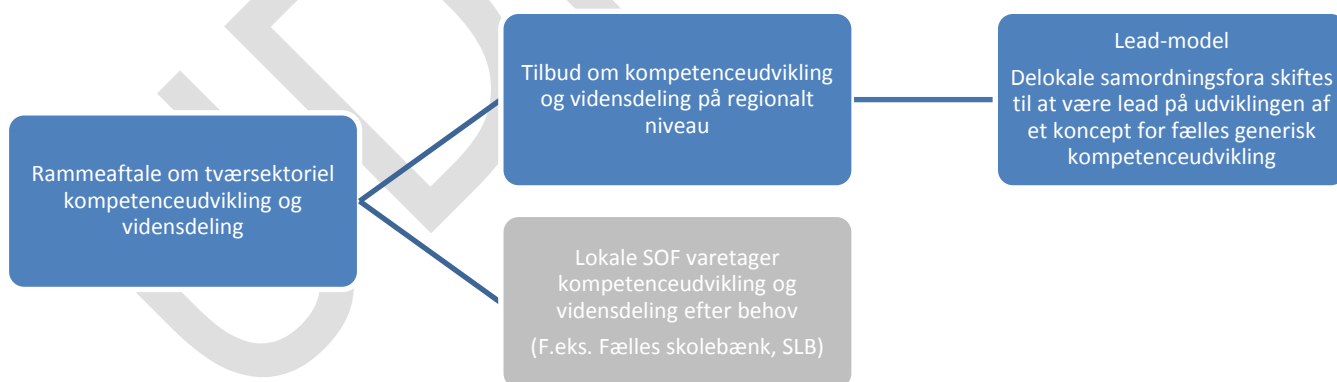


Indhold i aftalen om kompetenceudvikling og vidensdeling

Rammeaftalen dækker som udgangspunkt et bredt og komplekst opgavefelt indenfor behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering i både kommunalt og regionalt regi og på såvel det somatiske som psykiatriske område.

Rammeaftalen angår *ikke* de aktiviteter, der knytter sig til regionens rådgivning på forebyggelsesområdet (§119, stk. 3 i Sundhedsloven), idet der er udarbejdet en særskilt rammeaftale herfor. Nærværende aftale vil som udgangspunkt heller ikke danne grundlag for en udvikling af allerede eksisterende tilbud på uddannelsesinstitutionerne, jf. strategien "Sammen om velfærd". Det vil dog være hensigtsmæssigt, at man, i forbindelse med udarbejdelsen af den kommende Sundhedsaftale for 2019-22, overvejer, om "Sammen om Velfærd" kan indtænkes i forhold til planerne for kompetenceudvikling og vidensdeling.

Med nærværende rammeaftale indføres følgende principper for tværsektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling i regi af Sundhedsaftalen 2015-18:



Med udgangspunkt i ovenstående model sikrer Rammeaftalen om tværsektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling en opdeling mellem kompetenceudvikling og vidensdeling på lokalt niveau, som fortrinsvis

varetages i regi af de lokale samordningsfora, og kompetenceudvikling og vidensdeling på regionalt niveau med udgangspunkt i et fælles tværsektorielt behov.



Kompetenceudvikling og vidensdeling på lokalt niveau kan f.eks. omhandle udvikling i behandlingsmetoder, operationsteknikker og medicinering, opgavefordeling på og samarbejde på tværs af psykiatrien og socialpsykiatrien, arbejdet med rehabilitering i henholdsvis kommune og region mv. Dette er områder, som med fordel kan varetages lokalt, idet indholdet af tiltagene, udover det faglige indhold, også vil lægge op til relationsdannelser på tværs af sektorer.

For at sikre, at de fire lokale samordningsfora kan lade sig inspirere af hinanden, vil Følgegruppen for Forebyggelse én gang årligt indsamle en liste over de tiltag, der har været gennemført i hvert af de lokale samordningsfora og formidle dette samlet til alle lokale samordningsfora med henblik på gensidig inspiration.

I forhold til kompetenceudvikling og vidensdeling på regionalt niveau, tages der udgangspunkt i en Lead-model, hvor hvert af de lokale samordningsfora på skift udpeges til at være lead på tilrettelæggelsen af et kompetenceudviklingstilbud, som udbydes i alle fire lokale samordningsfora. Dette vil typisk finde sted således, at der i forbindelse med godkendelsen af f.eks. nye forløbsprogrammer, aftaler om opgaveoverdragelse eller planlagte ændringer i behandlingsregimer, ændringer i snitflader mellem sygehuse og kommuner eller lignende, indstilles til Det Administrative Kontaktforum, at et udvalgt lokalt samordningsforum får ansvaret for tilrettelæggelsen af den nødvendige kompetenceudvikling til at understøtte beslutningen. Det udvalgte lokale samordningsforum får derved til opgave at udvikle et koncept for den nødvendige understøttende kompetenceudvikling, som vil kunne anvendes i alle lokale samordningsfora i regionen.

De øvrige lokale samordningsfora forpligter sig med denne model til at anvende det fælles konceptet for kompetenceudvikling, evt. med få lokale tilrettelser. For at sikre ejerskab kan en repræsentant fra hvert af de øvrige samordningsfora med fordel inviteres med i det forberedende arbejde. Det lokale samordningsforum, der har lead på opgaven, er alene ansvarlig for koncept og indhold af kompetenceudviklingstiltaget. Den praktiske tilrettelæggelse og afvikling af kurser, herunder f.eks. booking af undervisningssteder, undervisere, samt forplejning, påhviler det enkelte lokale samordningsforum med mindre andet aftales de lokale samordningsfora imellem. Det er også muligt i det enkelte tilfælde at træffe beslutning om, at det samordningsforum, der har lead på en opgave, er ansvarlig for at afvikle hele arrangementet i form af regionale temamøder eller lignende.

Former for kompetenceudvikling og vidensdeling

I praksis kan kompetenceudvikling og vidensdeling gennemføres på forskellige måder og valget af fremgangsmåde/form afgøres af det valgte emne og af både modtager og afsenders muligheder og behov.

Følgende punkter udgør eksempler på forskellige *former* for tværsektoriel kompetenceudvikling og vidensdeling:

Tværsektoriel kompetenceudvikling;

- Holdundervisning/fælles skolebænk
- E-learning
- Sidemandsoplæring (på tværs af sektorer)

Tværsektoriel vidensdeling:

- Erfaringsudvekslingsgrupper (evt. formelt organiserede tværsektorielle grupper)
- Netværksmøder

- Fyraftensmøder
- Studiebesøg



Opfølgning

Følgegruppen for Forebyggelse giver årligt en status til Det Administrative Kontaktforum. Status indeholder blandt andet:

- Oversigt over gennemførte kompetenceudviklings- og vidensdelingsaktiviteter gennemført på lokalt niveau
- Oversigt over gennemførte regionale kompetenceudviklings- og vidensdelingsaktiviteter med udgangspunkt i Lead-modellen
- Evaluering af gennemførte regionale initiativer (påhviler det enkelte lokale samordningsforum med lead på et kompetenceudviklingskoncept)
- Vurdering af behov for fremadrettede kompetenceudviklings- og vidensdelingsaktiviteter i det kommende år

Bilag: Oversigt over de forskellige aftaler vedr. kompetenceudvikling og vidensdeling i det tværsektorielle felt.

DAK-sag: Etablering af særlige pladser i psykiatrien

SAGSFREMSTILLING

Den 7. april 2017 besluttede forligskredsen bag satspuljeforligene 2017-2020 at oprette 150 særlige pladser på psykiatriske afdelinger. Lovforslaget er den 3. maj sendt til behandling i Folketinget og ventes vedtaget 2. juni 2017. I Region Syddanmark forventes der at skulle etableres omkring 32 pladser, svarende til regionens bloktilskudsandel. Pladserne skal etableres i eksisterende kapacitet i sygehusregi og stå klar primo 2018.

Formålet med de særlige pladser er gennem en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats at stabilisere patientens helbred, herunder behandle et eventuelt misbrug og forbedre patientens evne til at mestre hverdagen.

Målgruppen for de særlige pladser er en mindre gruppe af særligt udsatte patienter med svære psykiske lidelser og udadreagerende adfærd. Disse særligt udsatte patienter har samtidig været indlagt gentagne gange, haft afbrudte behandlingsforløb og har ofte et misbrug og/eller dom til behandling.

Gældende for de nye pladser er:

- Pladserne skal være en del af den regionale psykiatri
- Pladserne skal rumme både psykiatrisk behandling, en socialfaglig/rehabiliterende indsats samt en frivillig misbrugsbehandling. Derudover skal der være forskellige dagsaktiviteter som f.eks. motion, kreative fag og mestring af hverdagen
- Opholdet er frivilligt og forventes at have en varighed på mellem tre og seks måneder
- Der kan anvendes tvang inden for de eksisterende rammer i psykiatriloven – dog undtaget tvangsindlæggelse
- Kommunalbestyrelsen i patientens handlekommune har ansvaret for, at der findes en samlet plan for enhver, der får ophold på en af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.

Økonomi

Pladserne finansieres som udgangspunkt af regioner og kommuner. Staten bidrager til finansieringen som følge af tilbuddets opnormering og øgede sikkerhed. Der forudsættes et omkostningsniveau for tilbuddet på 1,75 mio. kr./år pr. plads. Finansieringen sker via en takstmodel, hvor den kommunale finansiering fastlåses til 80 pct. af de forudsatte omkostninger, mens regionen oppebærer drifts- og forsyningsansvaret og finansierer forskellen mellem den kommunale takst og omkostningerne svarende til ca. 20 pct. af de forudsatte omkostninger. De pladser, der står ledige, afregnes efterfølgende af beliggenhedsregionen samt blandt alle kommuner i regionen efter objektiv fordelingsnøgle.

Visitationsforum

Ophold på afdelingen kan alene finde sted på baggrund af en afgørelse om visitation. Det er Kommunalbestyrelsen som anmodninger og træffer afgørelse om visitation på baggrund af en indstilling fra et visitationsforum. Det er regionerne som opretter og afholder udgifterne for et visitationsforum.

Visitationsforummet består af:

- en medarbejder fra visitationsenheden i den enkelte patients handlekommune, som udpeges af kommunalbestyrelsen i handlekommunen,
- en socialfagligkonsulent, som udpeges af kommunerne i regionen,
- en speciallæge i psykiatri fra den regionale psykiatri, som udpeges af regionsrådet,
- en repræsentant fra en af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling i regionen
- evt. den tilsynsførende fra kriminalforsorgen

Psykiatrien i Region Syddanmark er i færd med at etablere en styregruppe. Kommunerne indgår i styregruppen med repræsentanter udpeget via KKR.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter samarbejdet omkring etableringen af særlige pladser i psykiatrien
- At det drøftes, hvorledes de kommunale repræsentanter til visitationsforum udpeges.

KL
Danske Regioner

Dato: 14. juni 2017
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: SUMLPE
Sagsnr.: 1609721
Dok. nr.: 372958

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og sundhedsloven (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling)

Folketinget vedtog den 2. juni 2017 lovforslag nr. L 207, og lov nr. 691 af 8. juni 2017 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og sundhedsloven (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling) er nu offentliggjort. Loven, som træder i kraft den 15. juli 2017, vedlægges.

Foranlediget af, at der fra KLs side har været udtrykt tvivl om forskellige forhold, skal Sundheds- og Ældreministeriet oplyse følgende om loven:

Visitationsforummets møder

Der er ikke med loven fastsat krav om, at visitationsforummets udarbejdelse af indstillinger, jf. § 42 b, og foretagelse af revurderinger, jf. § 42 d, skal finde sted på fysiske møder.

Som ansvarlig for sekretariatsbetjeningen vil det være op til regionen i samarbejde med visitationsforummets medlemmer at organisere arbejdet så hensigtsmæssigt som muligt.

Det skal dog understreges, at uanset arbejdets organisering skal patienten og en eventuel værge eller en anden relevant person i patientens netværk så vidt muligt inddrages i udarbejdelsen af indstillingen.

Overgangen ved afslutning af ophold

Som ansvarlig for den videre indsats ved afslutningen af et ophold på en af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling skal kommunen sikre en god overgang, jf. § 42 f.

Med loven er der ikke fastsat specifikke krav til, hvordan kommunen tilrettelægger opfølgningen. Det må bero på en konkret vurdering af den enkelte patients behov.

Den regionale fordeling af pladser

Antallet af særlige pladser på psykiatrisk afdeling og den regionale fordeling af pladser er politisk aftalt, og der er ikke med loven fastsat regler herom.

Antallet følger af delaftalen af 14. oktober 2016 om udmøntning af satspuljen for 2017-2020 (Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud). Heraf fremgår det, at der i de fem regioner oprettes i alt 150 pladser. Af delaftalen fremgår det endvidere, at fordelingen af pladser mellem regionerne aftales i konkrete rammeaftaler på baggrund af behov og efterspørgsel lokalt.

Det forekommer efter ministeriets opfattelse hensigtsmæssigt, at kommunerne inddrages i vurderingen af behovet og efterspørgslen.

Betalingen for ubenyttede pladser

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at de pladser, der står ledige, afregnes efterfølgende af beliggenhedsregionen blandt alle kommuner i regionen efter en objektiv fordelingsnøgle.

Det skal understreges, at beskrivelsen i bemærkningerne relaterer sig til de tilfælde, hvor en region har oprettet særlige pladser på en psykiatrisk afdeling beliggende inden for regionens eget geografiske område. I disse tilfælde vil det altså være kommunerne i regionen, som ledige pladser skal afregnes med.

I det tilfælde, hvor en region måtte have oprettet særlige pladser på en psykiatrisk afdeling beliggende uden for regionens eget geografiske område, vil ledige pladser skulle afregnes med kommunerne i den region, som har oprettet pladserne, og ikke med kommunerne i den region, hvori den psykiatriske afdeling er beliggende.

Sundheds- og Ældreministeriet vil i forbindelse med forberedelsen af de nærmere betalingsregler, som sundhedsministeren kan fastsætte efter sundhedslovens § 238 a, stk. 3, overveje behovet for en tydeliggørelse heraf.

Med venlig hilsen



Nina Moss

Punkt 15b: Oprettelse af 150 særlige psykiatripladser: Afdækning af behov for pladser i Syddanmark

Oprettelse af 150 særlige psykiatripladser: Afdækning af behov for pladser i Syddanmark

Baggrund

I forbindelse med den nye lov om oprettelse af 150 særlige psykiatripladser til udadreagerende borgere har KL forespurgt Sundheds- og Ældreministeriet, hvordan fordelingen af de 150 pladser er, og hvorvidt Regionerne selv kan bestemme antallet af pladser. Ministeriet har svaret, at der ikke med loven er fastsat regler for fordelingen af de 150 pladser. Ministeriet har udtalt, at det er deres opfattelse, at det er hensigtsmæssigt at kommunerne inddrages i vurderingen af behovet og efterspørgslen. Brev fra Ministeriet er vedlagt.

Dette tolkes af KL som, at det er kommunerne, der er med til at beslutte antallet af pladser i den enkelte region.

Danske Regioner tolker loven anderledes. Her er forståelsen, at der skal oprettes 150 pladser fordelt efter blokandel – det vil sige 32 pladser i Region Syddanmark.

Det foreslås, at der udarbejdes en hurtig afdækning af behovet i de 22 syddanske kommuner således, der er et grundlag for den videre dialog med Region Syddanmark om antallet af pladser, der skal etableres, og i hvilket tempo de skal etableres. Vedlagt er dokument med henblik på afdækning af behovet for særlige psykiatripladser hos de syddanske kommuner.

Indstilling

Det indstilles, at der igangsættes en hurtig afdækning af behovet for særlige psykiatripladser.

Bilag til Punkt 15b. Oprettelse af 150 særlige psykiatripladser: Afdækning af behov for pladser i Syddanmark

- Afdækning af behov for særlige psykiatripladser
- Brev om lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og sundhedsloven (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling).PDF

20. juni 2017

Til medlemmer af Socialdirektørforum

Oprettelse af 150 særlige pladser på psykiatrisk afdeling

I forbindelse med den nye lov om oprettelse af 150 særlige psykiatripladser til udadreagerende borgere har KL forespurgt Sundheds- og ældreministeriet, hvordan fordelingen af de 150 pladser er, og hvorvidt Regionerne selv kan bestemme antallet af pladser. Ministeriet har svaret, at der ikke med loven er fastsat regler for fordelingen af de 150 pladser. Ministeriet har udtalt, at det er deres opfattelse, at det er hensigtsmæssigt, at kommunerne inddrages i vurderingen af behovet og efterspørgslen.

Regionsrådet i Syddanmark har på dagsorden til den 26. juni et punkt på dagsordenen, hvor de indstiller følgende:

- At de særlige pladser placeres, som en del af hhv. Psykiatrisk Afdeling Vejle (15 pladser) og Psykiatrisk Afdeling Esbjerg (16 pladser).
- At psykiatrisygehusets sengenormering midlertidig nedskrives med 13 senge pr. 1/1-2018.

Det vil sige, at Region Syddanmark med dette lægger op til oprettelse af 31 pladser i eksisterende bygningsmæssige rammer i Syddanmark. Det fremgår af dagsordenen, at *beregnet ud fra bloktilskudsandel skulle Region Syddanmark stile efter etablering af 32 pladser. En forudsætning i loven er, at pladserne skal etableres i eksisterende kapacitet i sygehusregi og stå klar primo 2018.*

Der nedsættes en styregruppe, som skal stå for udformningen af de særlige psykiatriske pladser. Styregruppen består af repræsentanter fra sygehuset, kommunerne samt en patient- og pårørende repræsentant. Mette Heidemann og Lise Willer sidder i styregruppen for kommunerne. Første møde afholdes medio august.

Finansieringen af de særlige psykiatriske pladser er, at der forudsættes et omkostningsniveau for tilbuddet på 1,9 mio. kr./år pr. plads. Finansieringen sker via en takstmodel, hvor den kommunale finansiering fastlåses til 80 pct., mens regionen oppebærer drifts- og forsyningsansvaret svarende til 20 pct. af de forudsatte omkostninger. De pladser, der står ledige, afregnes efterfølgende af beliggenhedsregionen samt blandt alle kommuner i regionen efter objektiv fordelingsnøgle.

En helårsplads vil således koste kommunerne: 1.520.000 kr.

I bemærkningerne til lovforslaget står der, at det er hensigten, at ophold på en af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling skal være af midlertidig karakter på ca. 3-6 måneder. Det betyder, at hvis der oprettes 32 helårspladser skal der et sted mellem 64 og 128 borgere igennem om året for at undgå ledige pladser.

På baggrund af dette bedes I svare på nedenstående spørgsmål:

1. Hvorledes ser efterspørgslen af særlige psykiatriske pladser ud i din kommune pr. 1/1 2018?
2. Hvorledes ser efterspørgslen af særlige psykiatriske pladser ud i din kommune på længere sigt?

Vi er klar over, at det er vanskeligt at svare på spørgsmålene, men vi har brug for en skønsmæssig vurdering til brug for styregruppearbejdet.

KL
Danske Regioner

Dato: 14. juni 2017
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: SUMLPE
Sagsnr.: 1609721
Dok. nr.: 372958

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og sundhedsloven (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling)

Folketinget vedtog den 2. juni 2017 lovforslag nr. L 207, og lov nr. 691 af 8. juni 2017 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og sundhedsloven (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling) er nu offentliggjort. Loven, som træder i kraft den 15. juli 2017, vedlægges.

Foranlediget af, at der fra KLs side har været udtrykt tvivl om forskellige forhold, skal Sundheds- og Ældreministeriet oplyse følgende om loven:

Visitationsforummets møder

Der er ikke med loven fastsat krav om, at visitationsforummets udarbejdelse af indstillinger, jf. § 42 b, og foretagelse af revurderinger, jf. § 42 d, skal finde sted på fysiske møder.

Som ansvarlig for sekretariatsbetjeningen vil det være op til regionen i samarbejde med visitationsforummets medlemmer at organisere arbejdet så hensigtsmæssigt som muligt.

Det skal dog understreges, at uanset arbejdets organisering skal patienten og en eventuel værge eller en anden relevant person i patientens netværk så vidt muligt inddrages i udarbejdelsen af indstillingen.

Overgangen ved afslutning af ophold

Som ansvarlig for den videre indsats ved afslutningen af et ophold på en af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling skal kommunen sikre en god overgang, jf. § 42 f.

Med loven er der ikke fastsat specifikke krav til, hvordan kommunen tilrettelægger opfølgningen. Det må bero på en konkret vurdering af den enkelte patients behov.

Den regionale fordeling af pladser

Antallet af særlige pladser på psykiatrisk afdeling og den regionale fordeling af pladser er politisk aftalt, og der er ikke med loven fastsat regler herom.

Antallet følger af delaftalen af 14. oktober 2016 om udmøntning af satspuljen for 2017-2020 (Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud). Heraf fremgår det, at der i de fem regioner oprettes i alt 150 pladser. Af delaftalen fremgår det endvidere, at fordelingen af pladser mellem regionerne aftales i konkrete rammeaftaler på baggrund af behov og efterspørgsel lokalt.

Det forekommer efter ministeriets opfattelse hensigtsmæssigt, at kommunerne inddrages i vurderingen af behovet og efterspørgslen.

Betalingen for ubenyttede pladser

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at de pladser, der står ledige, afregnes efterfølgende af beliggenhedsregionen blandt alle kommuner i regionen efter en objektiv fordelingsnøgle.

Det skal understreges, at beskrivelsen i bemærkningerne relaterer sig til de tilfælde, hvor en region har oprettet særlige pladser på en psykiatrisk afdeling beliggende inden for regionens eget geografiske område. I disse tilfælde vil det altså være kommunerne i regionen, som ledige pladser skal afregnes med.

I det tilfælde, hvor en region måtte have oprettet særlige pladser på en psykiatrisk afdeling beliggende uden for regionens eget geografiske område, vil ledige pladser skulle afregnes med kommunerne i den region, som har oprettet pladserne, og ikke med kommunerne i den region, hvori den psykiatriske afdeling er beliggende.

Sundheds- og Ældreministeriet vil i forbindelse med forberedelsen af de nærmere betalingsregler, som sundhedsministeren kan fastsætte efter sundhedslovens § 238 a, stk. 3, overveje behovet for en tydeliggørelse heraf.

Med venlig hilsen



Nina Moss

Kommune	Indhold	
Fredericia	Hermed tilbagemelding ang. Fredericias planer for ansøgning til Demenspuljen. I Fredericia er der ansat 4 demenskonsulenter med konsulentfunktion ud i plejedistrikterne. I hvert distrikt findes desuden videnspersoner med diplom-moduler i demens, som understøtter det øvrige personale. Herfra planlægges en ansøgning med fokus på - Uddannelse af flere videnspersoner - Opkvalificering af eksisterende demenskonsulenter - Uddannelse af alt basispersonale - Uddannelse af instruktører i "nænsom nødværge". Ovenstående kan med fordel tilrettelægges i samarbejde med andre kommuner, og vi er derfor interesserede i at høre tilbage fra SSF/FSS. Vi er desuden blevet kontaktet af psykiatrien i reg.syd, ligeledes med henblik på fælles ansøgning, og er i overvejelser om dette. Det er Marianne Hansen (Plejechef) og Ea Hanmann (leder for demenskonsulenterne), begge cc, som er de primære i denne ansøgning, og korrespondancen bedes derfor rettet til dem, med undertegnede cc.	
Aabenraa	Aabenraa Kommune forventer at søge 'Pulje til bredt kompetenceløft på demensområdet (initiativ 22)'. Desuden overvejer vi at søge puljerne "Aktiviteter der skal understøtte et demensvenligt samfund" og "Livshistorier".	
Tønder	I Tønder søger vi puljen til et kompetenceudviklingsforløb i hjemmeplejen. Forløbet er meget praksisnært, og det er planen, at vores egne demenskoordinatorer skal undervise hjemmeplejens personale. Ligeledes søger vi demensrejseholdet om et forløb på 5 af vores plejecentre. I den tværsektorielle arbejdsgruppe for demens, hvor vi har en medformand, og jeg er sekretær, var vi jo så småt i gang med at planlægge et kompetenceudviklingsforløb, som vi også havde planlagt at sende vores demenstovholdere (fra plejecentre og hjemmepleje og demenssygeplejersker på. Så i forhold til denne målgruppe kunne vi	

	godt være interesseret i at samarbejde om fælles kompetenceudvikling og en ansøgning. Gruppen af demenssygeplejersker og tovholdere udgør 29 personer.	
Odense	- Vi søger både i puljen vedr. 'Praksisnær kompetenceudvikling' og puljen vedr. "Demensvenlighed". - Der har i forbindelse med vores ansøgning til Praksisnær kompetenceudvikling været en henvendelse fra Regionen ift. et forløb, som de har udarbejdet sammen med UCL. Men det var hverken noget, der matcher de behov, som vores medarbejdere gav udtryk for, eller det, der ligger i vores demensstrategi. Derfor valgte vi at takke nej, og søger kun på vegne af Odense Kommune. - Vurderingen er ligeledes, at det ikke giver mening at ansøge i fællesskab iht. puljen vedr. Demensvenlighed.	

Bilag 3.2. Uddrag af Udvikling på psykiatriområdet

Af Bodil Helbech Hansen, bhh@kl.dk

Formålet med dette analysenotat er at afdække ændringer i antallet af patienter i forskellige diagnosegrupper og ændringer i deres kontaktmønster i psykiatrien fra 2007 til 2015.

I dette bilag ses uddrag af kapitel 2-4 fra det samlede analysenotat.

Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 10

Analysens hovedkonklusioner

- Siden 2007 er aktiviteten i psykiatrien steget eksplosivt. Det skyldes især en markant stigning i antallet af patienter, som udelukkende udredes eller behandles ambulant. Fra 2007 til 2015 er antallet af patienter i ambulant behandling, som ikke også bliver indlagt, steget med 66 pct.
- Det samlede antal indlæggelsesdage er faldet med 12 pct. siden 2007 – på trods af at antallet af indlagte patienter er steget, og de indlagte patienter er i gennemsnit indlagt flere gange årligt nu end før. Forklaringen er, at indlæggelserne er blevet markant kortere. Indlæggelsesvarigheden er faldet fra 29 dage i gennemsnit i 2007 til 20 dage i gennemsnit i 2015 (alle typer indlæggelser).
- Siden 2007 er især antallet af patienter med udviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme, personlighedsforstyrrelser og angstlidelser inkl. PTSD steget. Antallet af patienter i de store diagnosegrupper med skizofreni m.m. og depression er kun steget i mindre omfang, mens antallet af patienter med misbrugsproblemer som den eneste gruppe er faldet.
- Antallet af indlæggelsesdage samlet set blandt patienter med skizofreni, depression, bipolar affektiv sindslidelse, misbrug og personlighedsforstyrrelser er faldet, mens den ambulante aktivitet med samme diagnoser er steget. For alle andre diagnoser er det samlede antal af kontakter i psykiatrien steget, *uanset* om der er

tale om indlæggelser/indlæggelsesdage, ambulante kontakter eller skadestuekontakter. Det gælder angstlidelser, akutte belastningsreaktioner, PTSD, spiseforstyrrelser, ADHD og autisme samt retspsykiatriske patienter. Antallet af indlæggelsesdage *pr. patient* med disse diagnoser er dog også faldet.

- Der er sket en forskydning i profilen blandt indlagte patienter. Det samlede antal indlæggelsesdage er faldet blandt patienter med skizofreni, depression, bipolar affektiv sindslidelse, misbrug og personlighedsforstyrrelser, mens det samlede antal indlæggelsesdage er steget blandt retspsykiatriske patienter og patienter med autisme, akutte belastningsreaktioner, spiseforstyrrelser og ADHD.
- Faldet i antallet af indlæggelsesdage relateret til skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse, misbrug og personlighedsforstyrrelser er sket på trods af, at der er kommet flere indlagte patienter i disse diagnosegrupper, og at de er indlagt flere gange i løbet af et år (undtagen bipolar). Dvs. hver patient er indlagt i færre dage i løbet af året og varigheden *pr. indlæggelse* er faldet markant.
- De største stigninger i antallet af planlagte ambulante besøg er relateret til personlighedsforstyrrelser, skizofreni, angst, PTSD og ADHD. Det skyldes, at der er kommet flere ambulante patienter med disse diagnoser, samt for nogle af diagnoserne, at antallet af besøg om året også er steget (især flere besøg årligt blandt patienter med PTSD).
- Antallet af ambulante kontakter årligt er fra 2007 til 2015 steget mest blandt patienter med PTSD (fra 8,2 besøg til 9,9 besøg årligt) og spiseforstyrrelser (fra 15,3 til 17,0 besøg årligt), mens antallet af besøg blandt ambulante patienter med autisme er faldet mest, fra 6,2 til 4,9 besøg årligt.
- De største stigninger i antallet af skadestuebesøg er relateret til skizofreni, og personlighedsforstyrrelser. Stigningen i antallet af besøg skyldes især, at der er flere skadestuepatienter i disse diagnosegrupper, men blandt skadestuepatienter med personlighedsforstyrrelser er antallet af besøg i løbet af året *pr. patient* også steget.

Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 10

2. Baggrund og indledning

Hospitalspsykiatrien har været igennem en markant udvikling det seneste årti med voldsom stigning i aktiviteten. Samtidig er der sket en omlægning mod mere ambulant behandling, fald i antallet af sengepladser og kortere indlæggelser. Derudover er der indført udredningsgaranti med fald i ventetider til følge samt pakkeforløb, som skal sikre høj kvalitet i behandlingsforløbet for udvalgte psykiske lidelser. Alt i alt har udviklingen blandt andet betydet, at antallet af borgere, som er i kontakt med psykiatrien, og som får stillet en diagnose er steget markant. Antallet af kontakter *pr. patient* er kun i mindre omfang steget.

Dato: 3. januar 2017

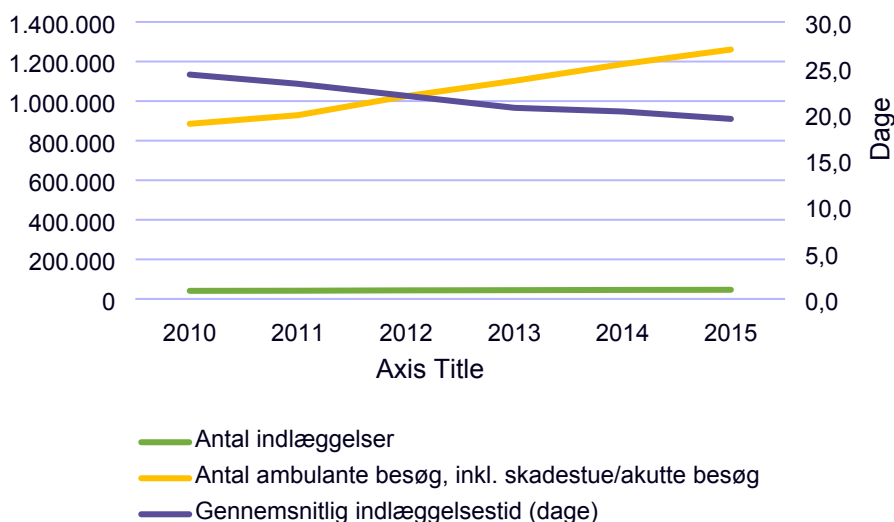
Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 10

Figur 2.1: Udvikling i aktiviteten i behandlingspsykiatrien



Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2015. Sundhedsdatastyrelsen, 2016.

Så store forandringer i kapacitet og aktivitet kan skabe både intenderede og ikke-intenderede forskydninger i behandlingsindsatsen for forskellige patientgrupper. Og det vil også påvirke kravet til kommunernes indsats for borgerne, især i socialpsykiatrien. Ændret opgavefordeling er ikke i sig selv problematisk, men hvor det ikke er planlagt, kan det blive u hensigtsmæssigt. I en analyse foretaget af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) i 2011 blev det blandt andet konkluderet, at der især blandt patienter med skizofreni og affektive lidelser er sket et fald i antallet af sengedage i psykiatrien fra 2000 til 2008, som medfører flere opgaver til kommunerne ([DSI, 2011](#)). Omfanget af opgaveglidningen er dog svært at fastsætte.

I denne analyse undersøges udviklingen i psykiatrien de seneste år, som kan have betydning for kommunernes opgavevaretagelse. Er der sket en forskydning i, hvilke patientgrupper og diagnoser, som fylder i hhv. sengepladserne i psykiatrien og i den ambulante behandling? Er udviklingen i psykiatrien sket på bekostning af indsatsen for borgere med psykotiske lidelser? Disse spørgsmål søges besvaret ved at undersøge udviklingen i behandlingsindsatsen og kontaktmønsteret for hhv. psykotiske og ikke-

psykotiske patientgrupper i psykiatrien. Dels undersøges antallet af indlæggelser (akutte og planlagte), ambulante besøg og skadestuebesøg *i alt og pr. patient* blandt hhv. psykotiske og ikke psykotiske patienter. På den måde er det muligt både at undersøge hvorvidt behandlingsaktiviteten til begge patientgrupper er steget *samlet set*, og hvordan udviklingen i behandlingsindsatsen *for den enkelte patient* har været. Derudover undersøges også udviklingen i hvilke patientgrupper/diagnoser, der er udbredt blandt hhv. ambulante og indlagte patienter. Herunder hvor stor en andel af alle indlæggelsesdage og ambulante besøg, de forskellige grupper står for.

De dokumenterede ændringer over tid kan skyldes flere forhold. Et fald i gennemsnitlig indlæggelsestid eller i antallet ambulante besøg pr. patient kan fx enten være et udtryk for effektivisering af behandlingen eller ændret prioritering mellem forskellige patientgrupper fx som følge af det øgede antal patienter eller ændringer i selve patientgruppen, fx i tærsklen for behandling. En stigning i antal skadestuebesøg kan være et udtryk for at flere borgere bliver akut dårlige, fordi de øvrige psykiatriske tilbud ikke er tilstrækkelige.

Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 10

3. Metode og data

Analysen er foretaget med udgangspunkt i registerdata fra Landspatientregisteret indberettet fra psykiatriske hospitalsafdelinger (herunder ambulatorier, distriktpsykiatri mm.). Det betyder, at analysen begrænser sig til behandling af patienter i hospitalspsykiatrien. Dvs. at patienter, som udelukkende behandles i primærsektoren, fx hos almen praktiserende læger og psykiatere ikke indgår i opgørelserne.

Patienter i alle aldersgrupper er medtaget, dvs. både børnepsykiatrien og voksenpsykiatrien. Raske ledsagere er sorteret fra.

Psykiatrikontakter er inddelt i planlagte ambulante besøg, akutte ambulante besøg/skadestuebesøg og indlæggelser. Planlagte ambulante besøg indgår i længere ambulante forløb, som kan strække sig over flere år, men de ambulante kontakter opgøres i det år, det enkelte besøg finder sted. En person kan kun have én ambulant kontakt pr. dag pr. afdeling (gælder både planlagte og akutte). Hvis samme person har flere ambulante kontakter på samme afdeling samme dag, tælles det således kun som én kontakt. Indlæggelser opgøres i det år, patienten udskrives og antallet af indlæggelsesdage opgøres tilsvarende som det samlede antal indlæggelsesdage for alle indlæggelser, som er afsluttet i det pågældende år.

Indlæggelsestiden er beregnet som antallet af dage fra indskrivning til udskrivning i sammenhængende indlæggelsesforløb. Dvs. to indlæggelser med under 4 timer imellem betragtes som samme indlæggelsesforløb. Hvis en patient indlægges og udskrives samme dag, sættes indlæggelsestiden til 1 dag (ikke 0). I opgørelser af diagnoseopdelte indlæggelsesvarigheder ekskluderes indlæggelser af over 5 års varighed (1825 dage), da de meget lange indlæggelser påvirker gennemsnittene meget i de mindre patientgrupper.

Alle typer kontakter og patienter er opgjort både samlet og inddelt i forskellige diagnose-/patientgrupper herunder psykotiske lidelser som skizofreni m.m. og bipolar affektiv sindslidelse, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, affektive og nervøse lidelser herunder depression, angst, PTSD, og andre belastningsreaktioner, samt udviklingsforstyrrelserne autisme og ADHD. Desuden er retspsykiatriske patienter udskilt som en separat gruppe.

Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

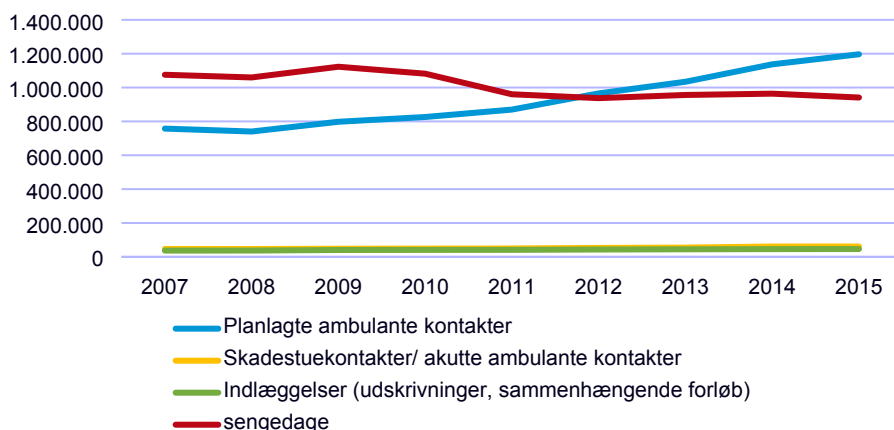
www.kl.dk
Side 5 af 10

4. Resultater

4.1 Generel udvikling i psykiatriens aktivitet og patienter

Siden 2007 er aktiviteten i psykiatrien steget eksplosivt, især den ambulante aktivitet.

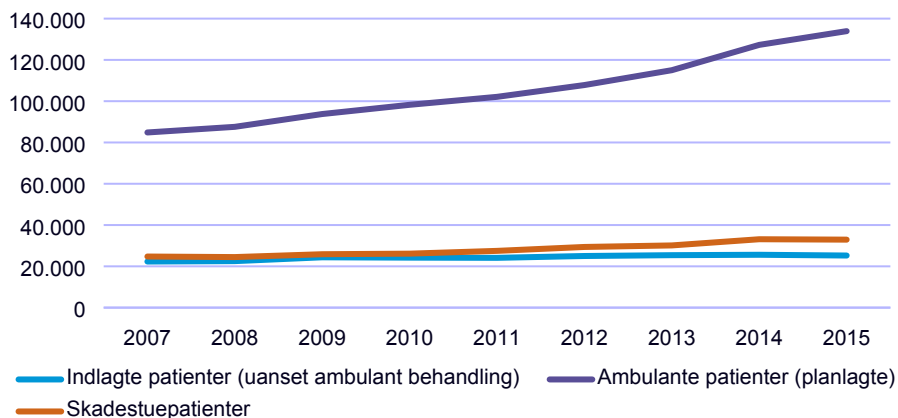
Figur 3.1 Udvikling i antal psykiatriske kontakter fra 2007 til 2015



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Aktivitetsstigningen i psykiatrien afspejler, at langt flere borgere bliver udredt og behandlet i psykiatrien, mens de som er i kontakt med psykiatrien gennemsnitligt har stort set lige så mange kontakter i løbet af et år nu som før. Udviklingen varierer dog meget afhængigt af hvilken patientgruppe, der er i fokus jf. afsnit 4.2.

Figur 3.2 Udvikling i antal psykiatriske patienter fra 2007 til 2015



Note: Antallet af patienter er opgjort som antallet af unikke personer, som har haft mindst én kontakt med psykiatrien i løbet af året i form af hhv. indlæggelser, planlagte ambulante besøg og akutte skadestuebesøg.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dato: 3. januar 2017

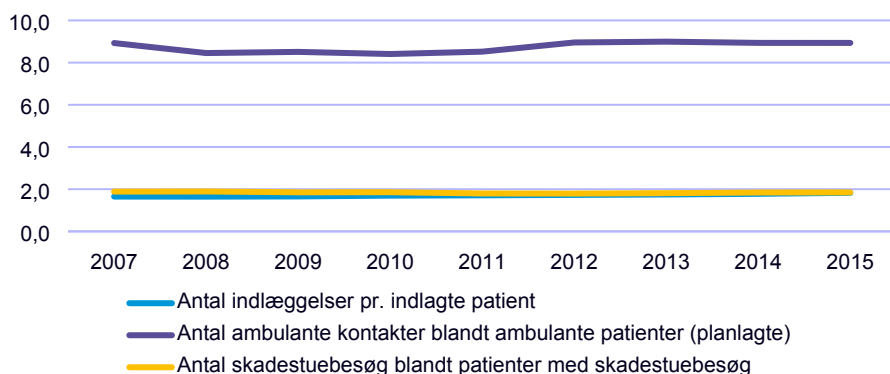
Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 10

Figur 3.3 Udvikling i antal kontakter blandt psykiatriske patienter fra 2007 til 2015



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Skadestuebesøg

Antallet af skadestuebesøg er samlet set steget med 30 pct. siden 2007, og antallet af skadestuepatienter er steget med 33 pct. I gennemsnit har skadestuepatienter knap to besøg om året (1,85). Antallet af skadestuebesøg pr. patient i løbet af et år er stort set uændret fra 2007 til 2015.

Planlagte ambulante besøg

Både antallet af planlagte ambulante kontakter og antallet af ambulante patienter er steget med 58 pct. i perioden. I 2015 var der 1,2 mio. planlagte ambulante kontakter og 134.000 ambulante patienter. De ambulante patienter havde omkring 9 kontakter om året i gennemsnit, både i 2007 og 2015.

Blandt ambulante patienter er det især antallet af ambulante patienter, som ikke også bliver indlagt i løbet af året, der er i stigning. Fra 2007 til 2015 er antallet af patienter i ambulant behandling, som ikke også oplever at blive indlagt i løbet af året, steget med 66 pct. Det betyder samtidigt, at en mindre andel af de ambulante patienter, også bliver indlagt. Andelen af alle ambulante patienter, som også oplever en indlæggelse i løbet af året, er faldet fra 18 pct. i 2007 til 14 pct. i 2015.

Figur 3.4 Udvikling i antal ambulante patienter hhv. med og uden indlæggelser fra 2007 til 2015

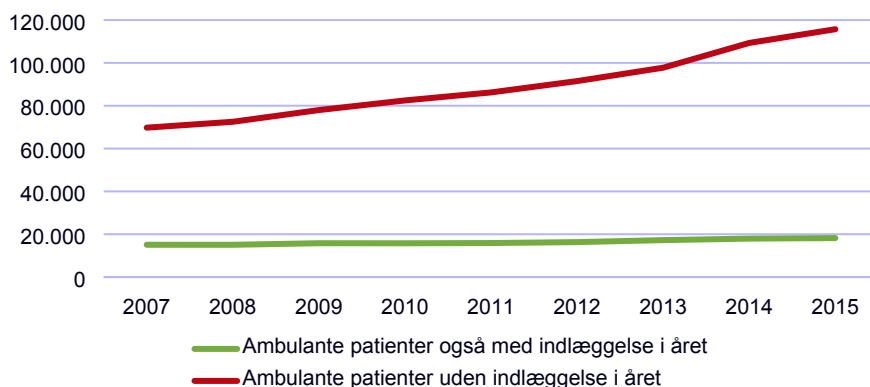
Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 10



Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614

Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk

Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

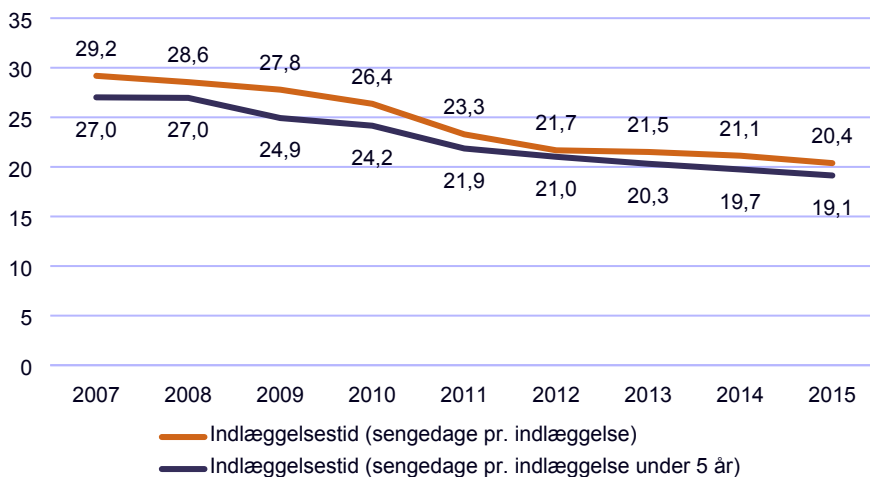
Side 8 af 10

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Indlæggelser

Antallet af indlæggelsesforløb er steget mere end antallet af indlagte patienter. Antallet af indlæggelser er steget med 25 pct. siden 2007, mens antallet af indlagte patienter steget med 13 pct. Forskellen skyldes, at antallet af indlæggelser årligt *pr. patient* er steget i perioden. I 2007 var de indlagte patienter i gennemsnit indlagt 1,65 gange pr. år, mens de i 2015 var indlagt 1,83 gange i gennemsnit. På trods af det stigende antal indlæggelser og indlagte patienter, er det samlede antal af indlæggelsesdage faldet med 12 pct. Det skyldes, at indlæggelserne gennemsnitligt er blevet væsentligt kortere.

Figur 3.5 Udvikling i gennemsnitlig indlæggelsestid fra 2007 til 2015



Note: Indlæggelser af over 5 års varighed udgør ca. 0,7 promille af alle indlæggelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

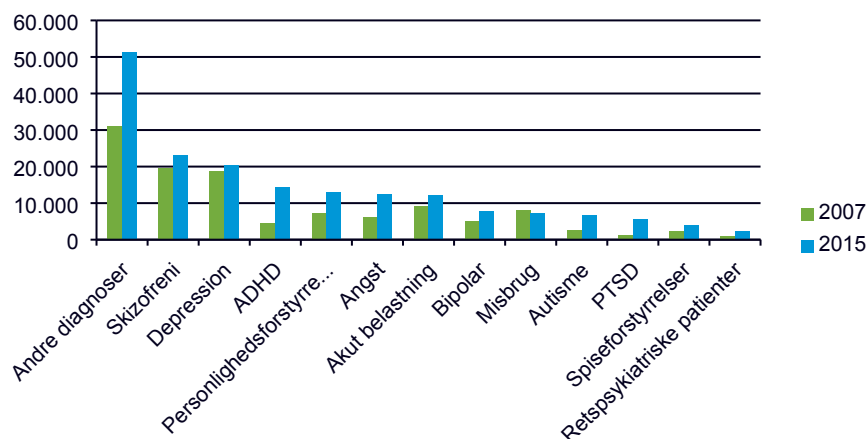
4.2 Diagnosespecifik udvikling i psykiatriens aktivitet og patienter

Skizofreni og andre psykoser samt depression er nogle af de mest udbredte diagnoser blandt patienterne i psykiatrien. Både hvad angår indlæggelser og ambulante besøg står patienter med skizofreni og andre psykoser for den markant største andel af kontakterne. Derudover er patienter med personlighedsforstyrrelser og ADHD blandt de hyppigste ambulante patienter, mens patienter med misbrug også er blandt de hyppigste indlagte patienter.

Indlæggelsesvarigheden er længst for patienter med spiseforstyrrelser. I gennemsnit varer indlæggelser med spiseforstyrrelser 67 dage, mens indlæggelser for skizofreni og andre psykoser varer 28 dage i gennemsnit og indlæggelser for personlighedsforstyrrelser varer 14 dage. Men da der er langt flere indlæggelser blandt patienter med skizofreni m.m., er det samlede forbrug af indlæggelsesdage i 2015 størst for skizofrene patienter.

Siden 2007 er især antallet af patienter med ADHD steget, efterfulgt af patienter med angstlidelser. Relativt set er det antallet af patienter med PTSD og autisme dog også steget meget på grund af det lave udgangspunkt i 2007. Antallet af patienter i de store diagnosegrupper med skizofreni m.m. og depression er kun steget i mindre omfang, mens antallet af patienter med misbrugsproblemer som den eneste gruppe er faldet.

Figur 4.1 Udvikling i antal patienter med forskellige diagnoser



Note: Patientgrupperne er ikke gensidigt udelukkende. Samme patient kan optræde i flere grupper hvis personen har været i kontakt med psykiatrien flere gange med forskellige aktionsdiagnoser. Stigningen i "andre diagnoser" omfatter især psykiatriske undersøgelser og observationer pga. mistanke om sygdom, som ikke er nærmere specificeret. Desuden har 1/3 af patienter med "andre diagnoser" i 2015 også haft en kontakt med en af de øvrige diagnoser i løbet af året (34 pct.). I 2007 gjaldt det 22 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dato: 3. januar 2017

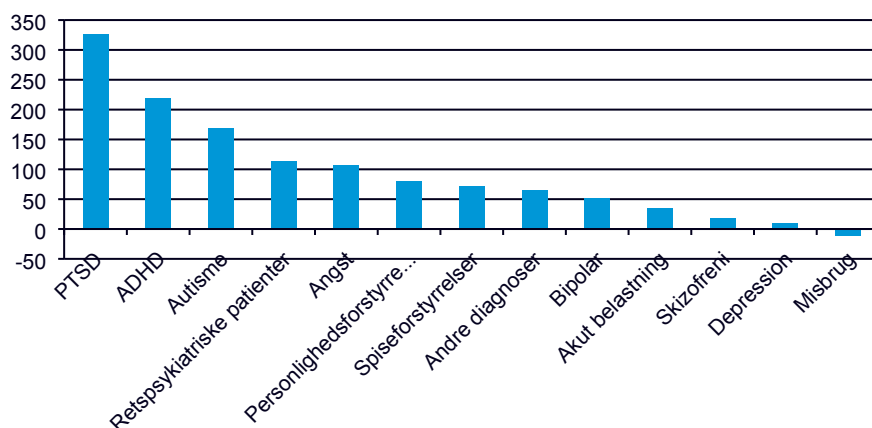
Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 10

Figur 4.2 Relativ udvikling i antal patienter fra 2007 til 2015



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Retsspsykiatriske patienter udgør kun en meget lille del af alle psykiatriske patienter, men denne gruppe er fordoblet fra 2007 til 2015.

Stigningen i antallet af patienter i forskellige diagnosegrupper varierer afhængigt af, om der er tale om indlagte eller ambulante patienter. De fleste diagnosegrupper har oplevet en stigning i antallet af kontakter i psykiatrien uanset om der er tale om indlæggelser/indlæggelsesdage, ambulante kontakter eller skadestuekontakter. Det gælder fx patienter med angstlidelser, akutte belastningsreaktioner, PTSD og spiseforstyrrelser, ADHD og autisme samt retsspsykiatriske patienter. Før 2007 oplevede disse ikke-psykotiske diagnoser ifølge DSI-rapporten ([DSI, 2011](#)) dog et fald i det samlede antallet af indlæggelsesdage, men den udvikling er tilsyneladende vendt.

Andre diagnosegrupper har dog kun oplevet en stigning i den ambulante aktivitet, mens antallet indlæggelsesdage samlet set er faldet, hvilket tyder på substitution mellem stationær og ambulant behandling. Det gælder patienter med skizofreni, depression, bipolar affektiv sindslidelse, misbrug og personlighedsforstyrrelser.

Dato: 3. januar 2017

Sags ID: SAG-2017-02614
Dok. ID: 2363664

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 10 af 10

Udvikling i aktivitet i hospitalspsykiatrien og i antallet af psykiatriske patienter

Af Bodil Helbech Hansen, bhh@kl.dk

Dato: 19. april 2016

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2185600

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 6

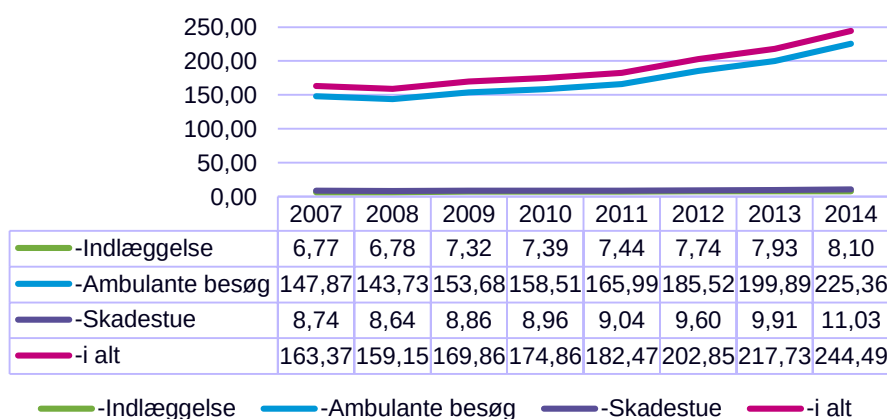
Formålet med dette analysenotat er at belyse udviklingen i aktivitet i hospitalspsykiatrien fra 2007 til 2014.

Analysens hovedkonklusioner

- Der er sket en kraftig stigning i aktiviteten i psykiatrien de seneste år. Antallet af psykiatrikontakter pr. borger er steget med 50 pct. fra 2007 til 2014.
- Stigningen i aktiviteten skyldes især, at antallet af psykiatriske patienter er steget, og kun i mindre omfang, at antallet af kontakter pr. patient er steget.
- Andelen af befolkningen, der er i kontakt med hospitalspsykiatrien er steget med 38 pct. fra 2007 til 2014 i befolkningen generelt. Blandt børn og unge er andelen med kontakt til hospitalspsykiatrien fordoblet.
- I løbet af de seneste 10 år har 8 pct. af befolkningen været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Andelen er højest blandt unge og voksne i den tidlige erhvervsaktive alder. Blandt 21-31-årige har 13 pct. været i kontakt med hospitalspsykiatrien de seneste 10 år.
- Aktiviteten i psykiatrien er størst i hovedstadsområdet, Sønderjylland og enkelte kommuner i Midtjylland. Fra 2007 til 2014 har stigningen i aktiviteten i psykiatrien været størst i Region Midtjylland.

Der er generelt sket en aktivitetsstigning i hospitalspsykiatrien de seneste år. Jf. figur 1. I 2007 var der 163 psykiatrikontakter pr. 1.000 danskere, mens der i 2014 var 244 psykiatrikontakter pr. 1.000 borgere, svarende til en stigning på 50 pct. Der er sket en markant stigning i alle former for psykiatriske kontakter: ca. 26 pct. stigning i skadestuebesøg, ca. 52 pct. stigning i ambulante besøg og ca. 20 pct. stigning i indlæggelser.¹

Figur 1: Udvikling i antal kontakter til hospitalspsykiatrien pr. 1.000 borgere i løbet af et år fra 2007-2014



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

Stigningen i aktiviteten skyldes især, at antallet af psykiatriske patienter er steget, og kun i mindre omfang at antallet af kontakter pr. patient er steget. Andelen af borgere med kontakt til hospitalspsykiatrien er steget i perioden, fra 1,8 pct. i 2007 til 2,5 pct. i 2014 svarende til en relativ stigning på 38 pct. på 7 år. Blandt børn og unge er stigningen mest udtalt. Andelen af børn og unge med kontakt til hospitalspsykiatrien er fordoblet fra 1,2 pct. i 2007 til 2,4 pct. i 2014.

¹ Befolkningen er øget med over 3 pct. i løbet af perioden 2007-2014. Det betyder, at stigningen i antal kontakter faktisk er endnu større end opgørelsen pr. 1.000 borgere viser. Antallet af skadestuebesøg er øget med ca. 30 pct., antallet af ambulante besøg er øget med ca. 57 pct., og antallet af indlæggelser er øget med ca. 24 pct.

Dato: 19. april 2016

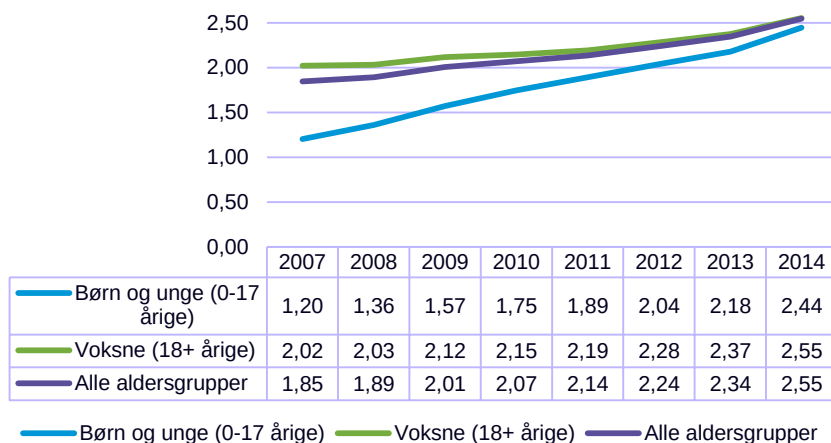
Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2185600

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 6

Figur 2: Udvikling i andel borgere med mindst 1 kontakt til hospitalspsykiatrien i løbet af et år fra 2007- 2014 (pct.)



Note: Alle kontakter til hospitalspsykiatrien er medtaget, herunder besøg på psykiatrisk skadestue, ambulante kontakter og indlæggelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

I perioden er der også sket en lille stigning i antallet af kontakter pr. år pr. patient i psykiatrien på samlet set 8 pct.

Figur 0: Udvikling i gennemsnitligt antal kontakter pr. år pr. patient i psykiatrien 2007-2014



Note: Alle kontakter til hospitalspsykiatrien er medtaget, herunder besøg på psykiatrisk skadestue, ambulante kontakter og indlæggelser. Opgørelsen er lavet blandt personer med mindst én psykiatrikontakt i løbet af året.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

I 2015 var det omkring 2,5 pct. af den danske befolkning, der var i kontakt med hospitalspsykiatrien. Hvis man i stedet betragter en 10 årig periode (2005-2015) er det i alt 8,1 pct. af befolkningen, der har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Denne andel varierer en del med alder. Blandt unge og voksne i alderen 11-40 år er det mere end hver tiende, der har haft kontakt til hospitalspsykiatrien i løbet af de seneste 10 år, *jf. figur 4*.

Dato: 19. april 2016

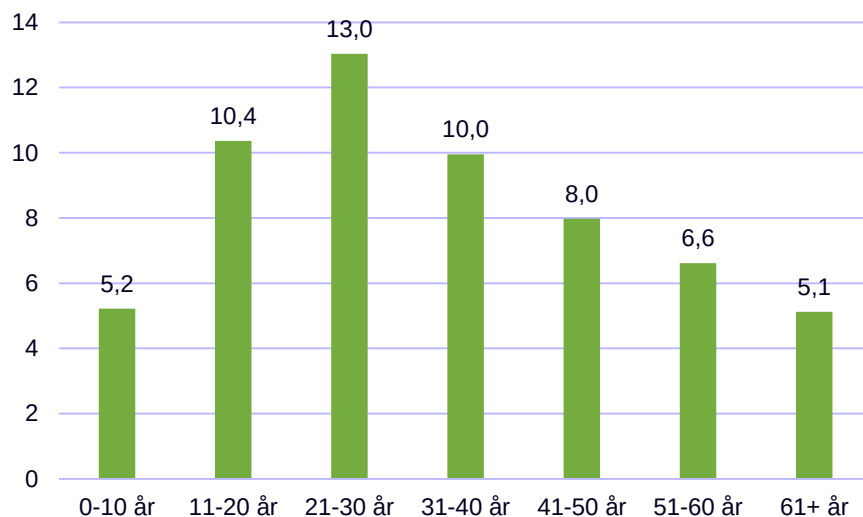
Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2185600

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 6

Figur 4: Andel med kontakt til hospitalspsykiatrien de sidste 10 år efter alder (pct.)



Note: Andel med kontakt til hospitalspsykiatrien mellem 10. december 2005 og 10. december 2015 blandt personer i live og bosiddende i Danmark både ved periodens begyndelse og afslutning. Alder er opgjort pr. 1/1 2015.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 19. april 2016

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2185600

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 6

Dato: 19. april 2016

Sags ID: SAG-2016-01739

Dok. ID: 2185600

E-mail: BHH@kl.dk

Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10

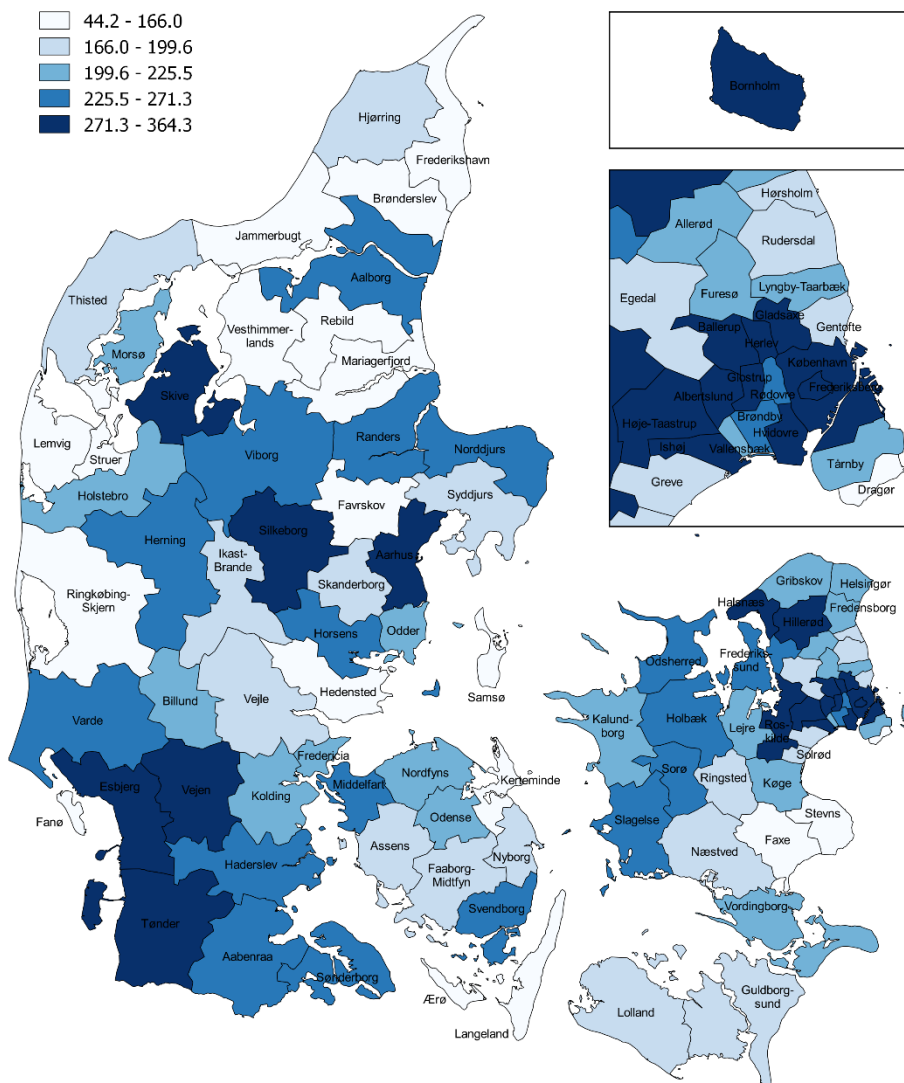
Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 5 af 6

Figur 5: Antal kontakter til hospitalspsykiatrien pr. 1.000 borgere i 2014



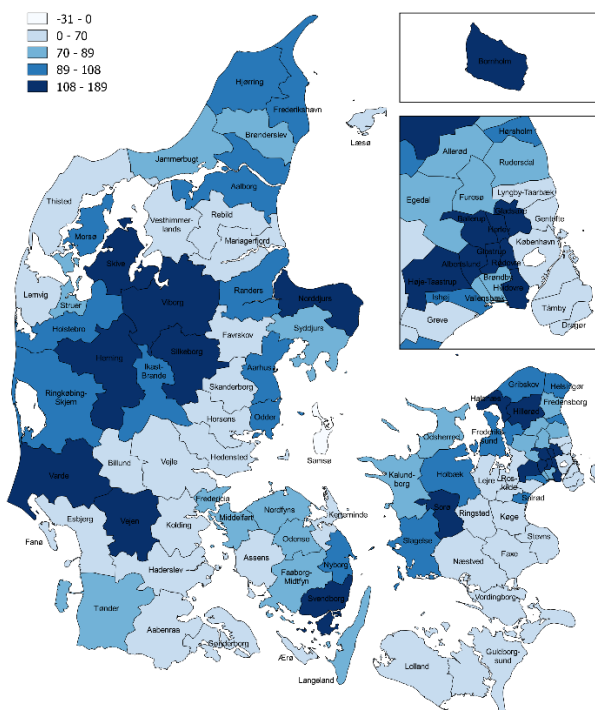
Note: Kommuneinddelingen er lavet efter borgernes bopælsadresse pr. 1/1 i året.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

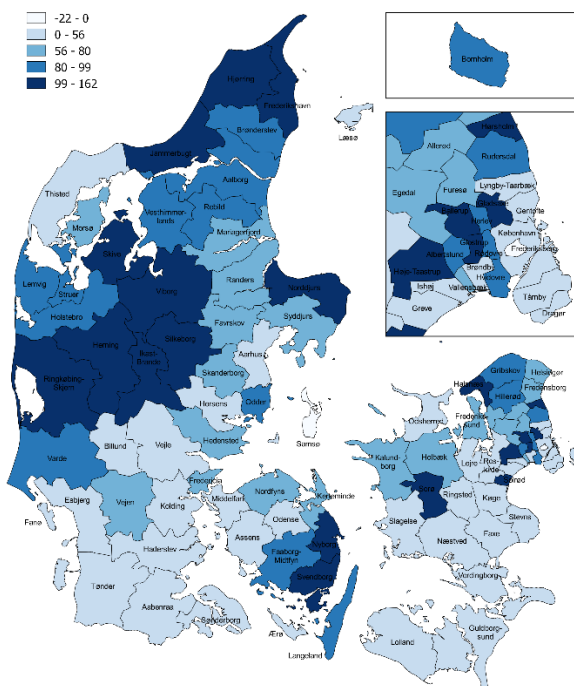
Stigningen i aktiviteten i psykiatrien har været størst i Region Midtjylland, både absolut og relativt betragtes jf. figur 6.

Figur 6: Udvikling i antal kontakter til hospitalspsykiatrien pr. 1.000 borgere fra 2007 til 2014

Absolut ændring (kontakter pr. 1.000 borgere)



Relativ ændring (pct.)



Note: Kommuneinddelingen er lavet efter borgernes bopælsadresse pr. 1/1 i året.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 19. april 2016

Sags ID: SAG-2016-01739
 Dok. ID: 2185600

E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

www.kl.dk
 Side 6 af 6

Udvikling i beskæftigelse blandt psykiatriske patienter

Af Bodil Helbech Hansen, bhh@kl.dk

Formålet med dette analysenotat er at undersøge udviklingen i psykiatriske patienters tilknytning til arbejdsmarkedet fra 2010 til 2015 sammenlignet med øvrige borgere (18-64 år).

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 10

Analysens hovedkonklusioner

- Psykiatriske patienter har generelt en langt løsere tilknytning til arbejdsmarkedet end øvrige borgere. Knap 20 pct. af psykiatriske patienter i 2015 er i ordinær beskæftigelse mod 70 pct. blandt øvrige borgere i alderen 18-64 år. Dertil kommer ca. 11 pct. under uddannelse og 2 pct. i fleksjob i begge grupper.
- Fra 2012 til 2015 er andelen af psykiatriske patienter, der enten er i job (inkl. fleksjob) eller under uddannelse steget fra 27,6 pct. til 31,9 pct., svarende til en relativ stigning på 16 pct. Det er en større stigning end blandt øvrige borgere i samme aldersgruppe – også når der tages højde for, at psykiatriske patienter generelt og i stigende grad er yngre end den øvrige befolkning (aldersstandardisering).
- Stigningen skyldes især, at andelen *under uddannelse* og andelen i *fleksjob* er steget markant. Stigningen i antal i fleksjob skal ses i lyset af ændringer af reglerne vedr. fleksjob, som efter 2013 gør det muligt at få fleksjob på kun få timer om ugen.
- Stigningen i andelen i beskæftigelse eller under uddannelse er mest markant blandt personer med udviklingsforstyrrelser (ADHD og autisme) og blandt personer med svære psykiske lidelser som skizofreni eller bipolar affektiv sindslidelse.
- Stigningen i andelen, der er i beskæftigelse eller under uddannelse, kan ikke direkte tolkes sådan, at psykisk syge generelt er kommet tættere på arbejdsmarkedet, eller at indsatsen er blevet bedre. Det kan også skyldes, at gruppen af psykiatriske patienter har ændret sig i takt med det stigende antal personer som udredes for psykiatriske lidelser, især udviklingsforstyrrelser.

1 Metode og data

Denne analyse er foretaget på baggrund af egne beregninger på registerdata fra hhv. DREAM og Landspatientregisteret fra psykiatriske afdelinger stillet til rådighed af hhv. Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Formålet med analysen er at undersøge udviklingen i psykiatriske patienters tilknytning til arbejdsmarkedet fra 2010 til 2015 sammenlignet med øvrige borgere.

Analysen er afgrænset til personer i alderen 18-64 år. Psykiatriske patienter omfatter alle borgere, som mindst én gang i løbet af det pågældende år har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, været på psykiatrisk skadestue (akut ambulant) eller været til planlagt ambulant udredning eller behandling på psykiatrisk afdeling. Uanset diagnose. Dog undersøges også forskelle mellem patienter med forskellige udvalgte psykiske lidelser/diagnoser (se bilag 1 og 2).

Tilknytning til arbejdsmarkedet er defineret ud fra det dominerende forsørgelsesgrundlag i løbet af året. Følgende kategorier anvendes:

- Beskæftigede: Lønmodtagere og personer, som er selvforsørgede på anden vis. Inkl. fleksjob.
- Under uddannelse: Modtagere af SU, SVU og voksenlærlinge.
- Ledige: Dagpengemodtagere og arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.
- Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet: Sygedagpengemodtagere, personer på revalidering/forrevalidering, ledighedsydelse og resourceforløb.
- Varigt uden for arbejdsmarkedet: førtidspension og efterløn.

Personer, som er døde, udvandret eller gået på folkepension størstedelen af året, er frasorteret.

Analysen er dels foretaget som ren deskriptiv statistik (rå antal og andele) og dels er resultaterne aldersstandardiserede.

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

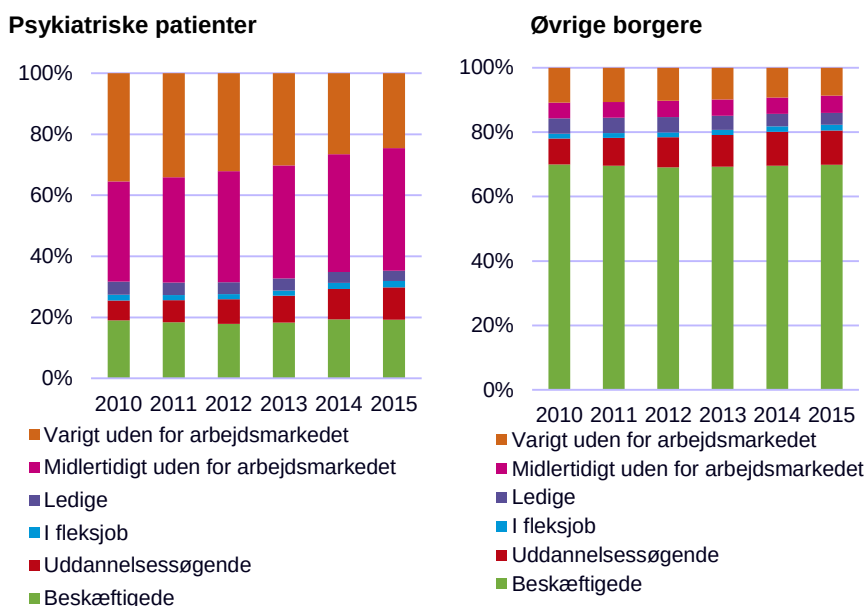
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 10

2 Resultater

Psykiatriske patienter har generelt en langt løsere tilknytning til arbejdsmarkedet end øvrige borgere. Knap 20 pct. af de psykiatriske patienter er i ordinær beskæftigelse¹ mod 70 pct. blandt øvrige borgere i alderen 18-64 år. Dertil kommer ca. 11 pct. under uddannelse og 2 pct. i fleksjob i begge grupper.

Figur 2.1: Udvikling i tilknytning til arbejdsmarkedet blandt psykiatriske patienter og øvrige borgere i alderen 18-64 år, 2009-2015



Note: Omfatter personer på 18-64 år pr. 1/1 i hvert år. Psykiatriske patienter omfatter alle borgere, som mindst én gang i løbet af det pågældende år har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, været på psykiatrisk skadestue (akut ambulant) eller været til planlagt ambulant udredning eller behandling på psykiatrisk afdeling. Uanset diagnose. Tilknytning til arbejdsmarkedet er defineret ud fra det dominerende forsørgelsesgrundlag i løbet af året. 'Beskæftigede' indeholder også personer, som er selvforsørgede på anden vis. 'Ledige' indeholder dagpengemodtagere og arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere. 'Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet' indeholder sygedagpengemodtagere, personer på revalidering/forrevalidering, ledighedsydelse og ressourceforløb. 'Varigt uden for arbejdsmarkedet' omfatter personer på førtidspension og efterløn. Personer som er døde, udvandret eller gået på folkepension størstedelen af året er frasorteret.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Knap to tredjedele (65 pct.) af de psykiatriske patienter er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet, mens det samme kun gælder hver syvende (14 pct.) blandt øvrige borgere.

Fra 2010 til 2015 er der sket en forskydning mellem borgere midlertidigt og varigt uden for arbejdsmarkedet. En stigende andel er midlertidigt uden for arbejdsmarkedet, mens der sker et fald i andelen der er varigt uden for arbejdsmarkedet. Det gælder både blandt de psykiatriske patienter og øvrige borgere, men mest markant blandt psykiatriske patienter. Denne udvikling skal ses i lyset af, at det med reformen af førtidspensionen pr. 1/1 2013 blev vanskeligere at opnå førtidspension, især for borgere under 40 år.

¹ Der er stor forskel på beskæftigelsessituationen blandt psykiatriske patienter med forskellige psykiske lidelser. Blandt patienter i hospitalspsykiatrien med spiseforstyrrelser er to tredjedele enten i arbejde eller under uddannelse, mens det samme kun gælder hver tiende patient med skizofreni. Se også bilag 1.

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 10

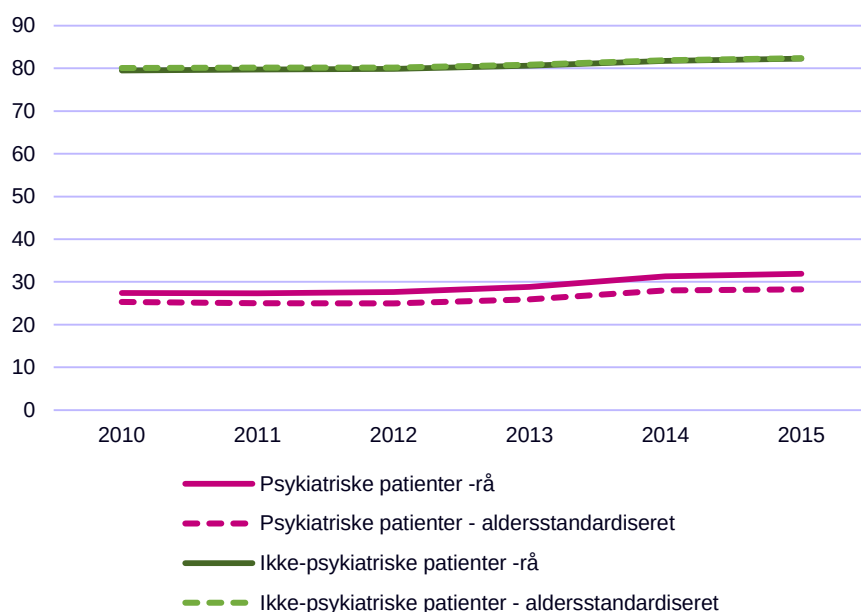
Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 4 af 10

Andelen af borgere i beskæftigelse er faldet fra 2010 til 2012, hvorefter den steg igen (både blandt patienter og øvrige borgere). Udviklingen skal naturligvis ses i lyset af den økonomiske krise.

Hvis man betragter perioden 2012 til 2015, er andelen af psykiatriske patienter, der enten er i job (inkl. fleksjob) eller under uddannelse, steget fra 27,6 pct. til 31,9 pct., svarende til en relativ stigning på 16 pct., mens andelen blandt øvrige borgere er steget fra 79,9 pct. til 82,3 pct., svarende til en relativ stigning på 3 pct. Stigningerne skyldes især, at andelen under uddannelse og andelen i fleksjob² er steget markant, mens stigningen i andelen i ordinær beskæftigelse er mere begrænset – både blandt psykiatriske patienter og den øvrige befolkning. Stigningen i antal i fleksjob skal ses i lyset af ændringer af reglerne vedr. fleksjob, som efter 2013 gør det muligt at få fleksjob på kun få timer om ugen.

Figur 2.2: Udvikling i andel beskæftigede inkl. fleksjob eller under uddannelse blandt psykiatriske patienter og øvrige borgere i alderen 18-64 år, 2010-2015 (pct.)



Note: Omfatter personer på 18-64 år pr. 1/1 i hvert år. Psykiatriske patienter omfatter alle borgere, som mindst én gang i løbet af det pågældende år har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, været på psykiatrisk skadestue (akut ambulant) eller været til planlagt ambulant udredning eller behandling på psykiatrisk afdeling. Uanset diagnose. Andel i beskæftigelse eller under uddannelse er defineret ud fra det dominerende forsørgelsesgrundlag i løbet af året. Personer, som er selvforsørgede på anden vis er også med i andelen. Personer som er døde, udvandret eller gået på folkepension størstedelen af året er frasortet i nævneren. Aldersstandardiseringen er foretaget med 5-års aldersgrupper med hele befolkningen af 18-64 årige pr 1/1 2015 som standardpopulation.

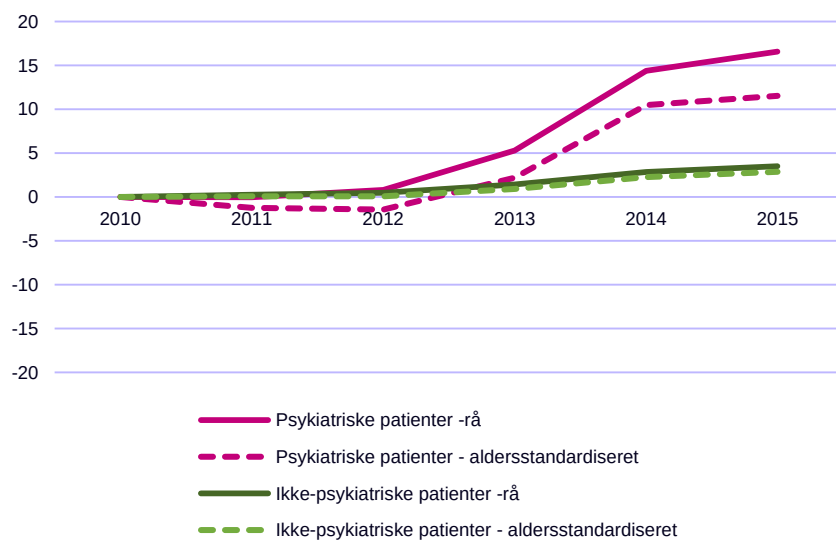
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

² Fleksjob er mest udbredt blandt psykiatriske patienter med bipolar affektiv sindslidelse efterfulgt af personer med depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Se også bilag 1.

Stigningen i beskæftigelse/uddannelse ser ud til at være størst blandt psykiatriske patienter. Men forskellen mellem psykiatriske patienter og øvrige borgere kunne skyldes, at psykiatriske patienter generelt og i stigende grad er yngre end den øvrige befolkning, og at andelen under uddannelse er meget høj blandt de unge. Af den grund foretages en aldersstandardisering, som justerer for den forskellige aldersfordeling blandt psykiatriske patienter i forhold til den øvrige befolkning og ændringer over tid. Som det ses af figur 3.2 (stiplet linje) er stigningen i andelen af psykiatriske patienter i beskæftigelse eller under uddannelse mindre, når der justeres for aldersforskelle, men stigningen er stadig større end blandt øvrige borgere. Dvs. at selv når der tages højde for at psykiatriske patienter generelt og i stigende grad er yngre end den øvrige befolkning, er der en mere gunstig udvikling blandt psykiatripatienternes beskæftigelses- og uddannelsessituation end i den øvrige befolkning.

Forskellen på udviklingen blandt psykiatriske patienter og øvrige borgere, er tydeligere, når man betragter udviklingen relativt jf. figur 3.3. Men vær opmærksom på, at de relative stigninger kan dække over ret små absolutte forskelle jf. figur 3.2.

Figur 2.3: Relativ udvikling i andel beskæftigede inkl. fleksjob eller under uddannelse blandt psykiatriske patienter og øvrige borgere i alderen 18-64 år, 2010-2015 (index=2010)



Note: Omfatter personer på 18-64 år pr. 1/1 i hvert år. Psykiatriske patienter omfatter alle borgere, som mindst én gang i løbet af det pågældende år har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, været på psykiatrisk skadestue (akut ambulant) eller været til planlagt ambulant udredning eller behandling på psykiatrisk afdeling. Uanset diagnose. Andel i beskæftigelse eller under uddannelse er defineret ud fra det dominerende forsørgelsesgrundlag i løbet af året. Personer, som er selvforsørgede på anden vis er også med i andelen. Personer som er døde, udvandet eller gået på folkepension størstedelen af året er frasorteret i nævneren. Aldersstandardiseringen er foretaget med 5-års aldersgrupper med hele befolkningen af 18-64 årige pr 1/1 2015 som standardpopulation.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Stigningen i andelen af psykiatriske patienter, der er i beskæftigelse eller under uddannelse, kan ikke direkte fortolkes som et udtryk for, at psykisk syge

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 10

generelt er kommet tættere på arbejdsmarkedet eller at beskæftigelsesindsatsen er blevet bedre for gruppen. Det kan også skyldes, at gruppen af psykiatriske patienter har ændret sig. Et væsentligt forbehold er, at der er sket en markant stigning i antallet af især ambulante psykiatriske patienter i perioden³ blandt andet pga. indførelse af udrednings-/behandlingsgarantien i psykiatrien m.m. Dvs. en stigende andel af de psykiatriske patienter er sandsynligvis patienter, som er i kontakt med psykiatrien for at blive udredt, og det vil alt andet lige betyde, at den gennemsnitlige psykiatripatient er et "mildere tilfælde" med bedre uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder i 2015 end i 2009.

Den største relative stigning i beskæftigelse/uddannelse blandt psykiatriske patienter er sket blandt patienter med udviklingsforstyrrelser (autisme og ADHD), skizofreni eller bipolar affektiv sindslidelse jf. figur 3.4. Dog har personer med psykiatriske diagnoser, især skizofrene og autister, i udgangspunktet en lav beskæftigelsesgrad, og dermed skal der ikke så meget til, for at beskæftigelsesgraden stiger meget relativt. Blandt diagnoser uden særlige ændringer i beskæftigelsesgraden især siden 2010 er de meget udbredte diagnoser som depression, angst og akutte belastningsreaktioner (stres).

Stigningen i beskæftigelsesgraden blandt personer med udviklingsforstyrrelser kan i særlig grad være påvirket af ændringer i sværhedsgraden i patientgruppen pga. det stigende antal patienter udredt for disse diagnoser i perioden (ca. 3 gange flere i 2015 end i 2010).

Stigningen i andelen af skizofrene og personer med bipolar affektiv sindslidelse, som er i beskæftigelse eller under uddannelser, er derimod mere bemærkelsesværdig. Dels fordi der er tale om personer med svære psykiske lidelser, og dels fordi stigningen i beskæftigelse ikke kan tilskrives samme store tilvækst i antallet af diagnosticerede som ved ADHD og autisme. For udvikling i andel i hhv. beskæftigelse, fleksjob og under uddannelse i hver diagnosegruppe se bilag 1.

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568

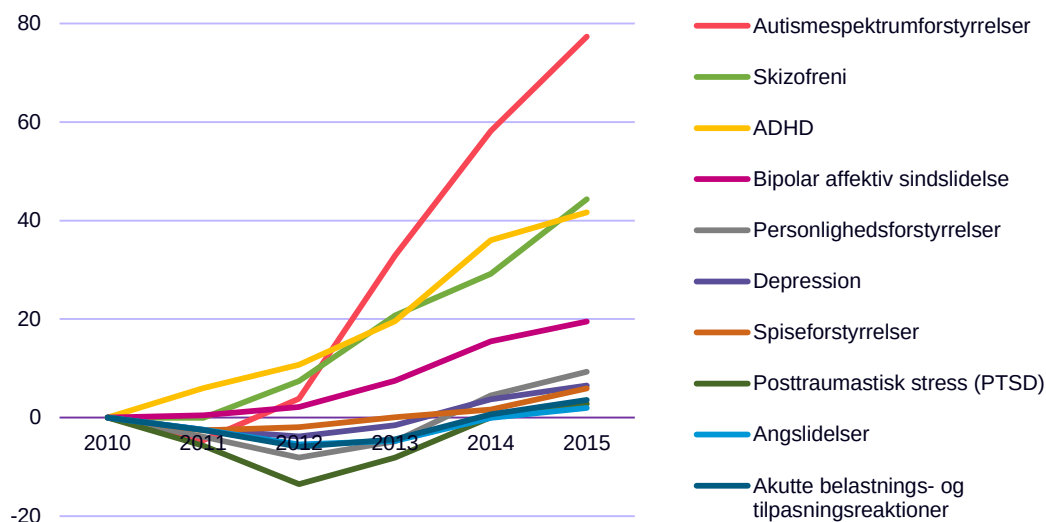
E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 10

³ Antallet af psykiatriske patienter i alderen 18-64 år er steget fra ca. 72.000 i 2009 til ca. 99.000 i 2015.

Figur 2.4: Relativ udvikling i andel beskæftigede inkl. fleksjob eller under uddannelse (aldersstandardiseret) blandt patienter med udvalgte diagnoser i alderen 18-64 år, 2010-2015 (index=2010)



Note: Omfatter personer på 18-64 år som i løbet af de seneste 5 år har været i kontakt med psykiatrien pga. den pågældende diagnose (indlagt, psykiatrisk skadestue eller planlagt ambulant udredning eller behandling på psykiatrisk afdeling). Andel i beskæftigelse eller under uddannelse er defineret ud fra det dominerende forsørgelsesgrundlag i løbet af året. Personer, som er selvforsørgede på anden vis er også med i andelen. Personer som er døde, udvandret eller gået på folkepension størstedelen af året er frasortet i nævneren. Aldersstandardiseringen er foretaget med 5-års aldersgrupper med hele befolkningen af 18-64 årige pr 1/1 2015 som standardpopulation (dog er 45-64 årige slået sammen for ADHD, autisme og spiseforstyrrelser pga. få observationer).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 10

Bilag 1. Udvikling i beskæftigelse for udvalgte diagnoser (pct.)

Ikke aldersstandardiseret.

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 8 af 10**SKIZOFRENI M.M**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	3,5	3,3	3,6	3,8	3,9	4,5
I fleksjob	1,1	1,2	1,1	1,2	1,4	1,6
Ledige	1,2	1,1	1,1	1,0	1,1	1,0
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	12,6	14,2	15,9	17,9	21,1	23,8
Uddannelsessøgende	1,3	1,5	2,0	2,6	3,0	3,4
Varigt uden for arbejdsmarkedet	80,2	78,7	76,4	73,4	69,5	65,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ANGSTLIDELSER

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	29,0	27,8	26,1	25,7	26,2	26,5
I fleksjob	2,9	2,8	2,7	2,7	3,0	3,2
Ledige	5,1	5,0	5,1	4,8	4,1	3,6
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	26,8	28,1	29,9	31,9	33,1	35,0
Uddannelsessøgende	9,8	10,1	10,8	11,9	13,0	13,5
Varigt uden for arbejdsmarkedet	26,5	26,2	25,3	23,1	20,5	18,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DEPRESSION

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	29,2	28,0	27,0	27,2	27,9	28,4
I fleksjob	3,6	3,4	3,1	3,3	3,7	4,1
Ledige	5,4	5,4	5,6	5,4	4,7	4,2
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	27,0	28,4	29,5	30,4	31,8	33,4
Uddannelsessøgende	7,0	7,6	8,6	9,3	10,5	10,6
Varigt uden for arbejdsmarkedet	27,9	27,1	26,2	24,3	21,4	19,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

BIPOLAR AFFEKTIV SINDSLIDELSE

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	17,2	16,5	16,9	17,7	18,8	19,5
I fleksjob	4,8	4,8	4,4	4,7	5,2	5,6
Ledige	3,1	3,4	3,3	3,4	3,2	2,9
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	18,6	19,7	22,0	23,5	26,6	29,5
Uddannelsessøgende	2,9	3,6	4,4	5,2	6,3	6,9
Varigt uden for arbejdsmarkedet	53,4	51,9	49,0	45,5	39,9	35,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	20,0	18,5	17,1	17,4	18,2	18,9
I fleksjob	2,7	2,7	2,5	2,6	3,1	3,4
Ledige	5,0	4,7	4,7	4,5	3,7	3,4
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	31,3	33,2	35,2	36,7	38,5	40,6
Uddannelsessøgende	7,4	8,0	8,4	9,2	10,7	11,0
Varigt uden for arbejdsmarkedet	33,5	33,0	32,1	29,7	25,8	22,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SPISEFORSTYRRELSER

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	34,9	32,1	31,1	31,0	31,2	31,9
I fleksjob	1,7	1,5	1,5	1,5	1,5	1,7
Ledige	3,8	4,0	4,2	3,4	3,9	3,1
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	21,1	22,7	22,1	22,3	21,7	22,5
Uddannelsessøgende	27,8	28,5	29,9	31,0	32,3	32,5
Varigt uden for arbejdsmarkedet	10,7	11,2	11,2	10,8	9,4	8,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 9 af 10

PTSD

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	13,8	12,6	11,2	11,4	11,8	12,4
I fleksjob	2,2	2,2	1,9	2,0	2,6	2,9
Ledige	3,3	2,9	2,7	2,6	2,4	2,2
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	36,8	37,9	39,4	43,0	47,1	50,2
Uddannelsessøgende	3,0	3,2	3,3	3,7	4,3	4,5
Varigt uden for arbejdsmarkedet	40,9	41,2	41,6	37,3	31,8	27,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

AKUT BEALSTNINGSREAKTION

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	34,3	32,8	31,0	30,8	31,5	32,1
I fleksjob	2,3	2,2	2,0	2,1	2,5	2,7
Ledige	6,8	6,6	6,7	6,5	5,6	5,0
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	25,5	26,6	28,5	29,4	30,2	31,1
Uddannelsessøgende	8,7	9,4	9,9	10,6	11,9	12,1
Varigt uden for arbejdsmarkedet	22,3	22,4	21,9	20,5	18,3	16,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ADHD

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	20,8	22,1	21,8	23,3	25,5	26,8
I fleksjob	2,0	1,9	1,8	2,0	2,3	2,6
Ledige	7,2	5,6	5,2	4,9	3,5	3,4
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	41,1	41,2	40,5	39,3	39,0	39,9
Uddannelsessøgende	8,6	9,6	11,3	12,7	14,2	14,2
Varigt uden for arbejdsmarkedet	20,3	19,6	19,4	17,9	15,4	13,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

AUTISME

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beskæftigede	10,1	10,0	10,2	11,9	13,1	13,3
I fleksjob	1,7	1,5	1,2	1,5	1,8	2,2
Ledige	7,0	6,4	4,9	3,9	3,8	3,1
Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	23,9	26,6	30,3	32,1	35,3	38,8
Uddannelsessøgende	10,4	11,0	11,7	13,9	15,0	15,4
Varigt uden for arbejdsmarkedet	47,0	44,6	41,7	36,6	31,1	27,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bilag 2. Afgrænsning af udvalgte diagnoser

Der beregnes en indikator for, om hver person i befolkningen har en af de udvalgte diagnoser baseret på aktions- eller bidiagnoser registreret i forbindelse med kontakt til hospitalspsykiatrien de fem foregående år (behandling eller udredning, akut eller planlagt, ambulant eller indlagt). Dvs. ved opgørelses af beskæftigelsessituationen blandt skizofrene i 2015, afgrænses skizofrene til de personer, som i løbet af perioden 1/1 2010 til 31/12 2014 har været i kontakt med psykiatrien med en skizofrenidiagnose). Bemærk at der kan være overlap mellem personer i de forskellige diagnosegrupper, hvis samme person har flere lidelser. Personer med de udvalgte lidelser, som kun behandles medicinsk eller i primærsektoren, dvs. som ikke har kontakt med hospitalspsykiatrien, er ikke med i opgørelsen.

Dato: 25. april 2017

Sags ID: SAG-2016-01739
Dok. ID: 2344568E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 10 af 10

Psykisk lidelse	Beskrivelse	Diagnosekode (ICD-10)
Skizofreni m.m. og andre psykoser	Skizofreni, alle undertyper, samt skizotypisk lidelse, paranoide og skizoaffektive psykoser m.m.	F20-F29
Bipolar affektiv sindslidelse	Manio-depression.	F31
Depression	Omfatter både mild, moderat og svær. Både enkeltepisoder og periodisk.	F32-33
Angstlidelser	Fobier, panikangst, generaliseret angst, OCD mm.	F40-42
Akutte belastningsreaktioner ("stress")	Akutte belastningsreaktioner og tilpasningsreaktioner.	F43.0, F43.2
PTSD	Posttraumatisk belastningsreaktion.	F43.1
Spiseforstyrrelser	Anorexi, bulimi og overspisning.	F50
Personlighedsforstyrrelser	Fx borderline/emotionel ustabil, paranoid, dyssocial, skizoid, dependent og ængstelig personlighedsforstyrrelse.	F60-69
Udviklingsforstyrrelser		
ADHD	Hyperkinetisk forstyrrelse	F90
Autisme	Autismespektrumforstyrrelser (inkl. Aspergers)	F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9

Note: Diagnosekoderne omfatter alle undergrupper/-typer, hvis ikke andet er angivet.

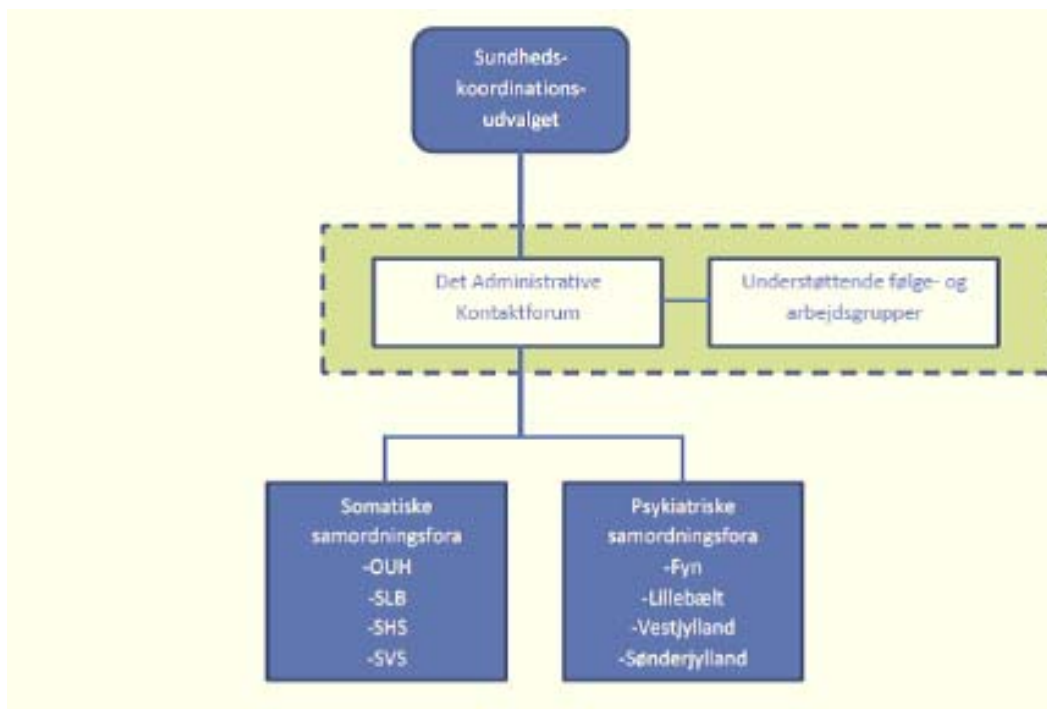


Sags- og kommunikationsgange i sundhedsaftaleorganisationen

Etableringen af den nye organisering under sundhedsaftalen har blandt andet til formål at give det administrative kontaktforum mulighed for at prioritere større strategiske drøftelser fremfor behandling af enkeltsager, og samtidig er det et ønske fra alle parter, at der ikke anvendes for mange personaleressourcer i den tværsektorielle organisation, og at man derfor arbejder med færre og mindre faste fora og flere ad hoc fora.

Det administrative kontaktforum (DAK) har i 2015 og 2016 besluttet at nedsætte følgende følgegrupper:

- Følgegruppen for Forebyggelse
- Følgegruppen for Behandling og pleje
- Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for Opgaveoverdragelse
- Følgegruppen for Velfærdsteknologi og telemedicin
- Følgegruppen for Økonomi, effekt og kvalitet



De lokale samordningsfora både på det somatiske og det psykiatriske område beslutter selv, hvilken lokal understøttende organisering, der ønskes.

Proces for igangsættelse af nye opgaver

Sundhedsaftalen 2015 – 2018 beskriver en lang række af opgaver og initiativer, som parterne er enige om at arbejde med i sundhedsaftaleperioden. Der er dog samtidig en ambition om, at udviklingen skal være styret af en skarp prioritering, og at det derfor er nøje styret, hvilke opgaver og indsatser, der igangsættes og hvornår.

Følgegrupperne har i første omgang fået en konkret opgaveportefølje for gruppernes indledende arbejde. Efterhånden som aftaler udvikles og implementeres, opstår der behov for at igangsætte nye opgaver. Som udgangspunkt prioriteres mellem indsatser og initiativer, som er aftalt i sundhedsaftalen, men der kan opstå behov for at igangsætte nyt, som ikke fremgår af aftalen, f.eks. i forbindelse med ny lovgivning, nye nationale initiativer, eller fordi der opstår politiske ønsker om specifikke indsatser fra f.eks. enkelte byråd eller fra regionsrådet.

Nedenstående beskriver, hvordan nye opgaver besluttet og kommunikeres:

Igangsættelse af opgaver fra Sundhedsaftalen

På opdrag fra Sundhedskoordinationsudvalget beslutter DAK, hvilke opgaver fra Sundhedsaftalen, der skal igangsættes, samt hvilke følgegrupper, der har ansvaret for opgaverne. DAK kan bede følgegrupperne om input til prioritering af nye opgaver, og DAK kan afgøre, om følgegruppen skal nedsætte en arbejdsgruppe til at løse en konkret opgave. Hvis ikke DAK har formuleret specifikke krav til en følgegruppe, er det op til følgegruppen jf. kommissoriet at vurdere, om der skal nedsættes en arbejdsgruppe for at løse opgaven.

Når DAK har besluttet at bede en følgegruppe om at igangsætte en ny opgave, som ikke fremgår af kommissoriet, vil beslutningen fremgå af referatet fra DAK-mødet. Alle følgegrupper har mindst en repræsentant i DAK, som dermed også har et ansvar for at videreformidle beslutninger af relevans for følgegrupperne. Koordinationsgruppen, som er nedsat til at sekretariatsbetjene DAK, kan også få til opgave at formidle en opgave til en følgegruppe, f.eks. hvis der er tale om en formandsbeslutning i DAK.

Beslutninger, der skal implementeres via de lokale samordningsfora, kommunikeres til de lokale samarbejdsfora primært via referater fra DAK.

Nye opgaver som ikke fremgår af sundhedsaftalen eller ikke er aktuelt prioriteret

Som udgangspunkt er det DAK, der på vegne af SKU igangsætter nye opgaver. Når der besluttet nye opgaver eller projekter, tager DAK stilling til, hvilken følgegruppe, der får ansvaret for opgaven. Grundprincippet i den nye organisering er, at en hver opgave eller tværsektoriel indsats eller projekt, skal være formelt knyttet til en følgegruppe.

Hvis en følgegruppe vurderer, at der kan være behov for at igangsætte en opgave, der endnu ikke er prioriteret, skal følgegruppen rejse en sag for DAK, med anbefaling om at igangsætte opgaven. DAK kan afgøre, om sagen eventuelt skal forelægges SKU før endelig beslutning.

Hvis man i et af de lokale samordningsfora mener, der kan være behov for at igangsætte en endnu ikke prioriteret opgave i regi af den fælles sundhedsaftaleorganisering, kan (P)SOF rejse sagen for DAK, og proceduren er herefter som overfor. De lokale samordningsfora kan naturligvis stadig igangsætte lokale projekter og samarbejdsprojekter, forudsat at det ikke ændrer ved eller har indflydelse på de fælles aftaler, som er indgået i sundhedsaftaleregion.

Hvis kommunerne, regionen eller PLO ønsker at foreslå nye indsatser eller ændret prioritering, kan sagerne også rejses gennem DAK. Sagerne bringes for DAK via DAK formandsskabet.

Kommunikation

Det er vigtigt, at kommunikation og gensidig information fungerer optimalt imellem de forskellige fora og således understøtter implementeringen af sundhedsaftalen. På regionens hjemmeside skal alle referater fra SKU, DAK, følgegrupper og (P)SOF være tilgængelige, såvel som en oversigt over medlemmer af de forskellige fora.

Nedenstående oversigt tydeliggør de forskellige gældende sags- og kommunikationsveje i forbindelse med opgaver under sundhedsaftalen:

	Fra DAK	Fra følgegrupper	Fra (P)SOF'er
Til DAK		Opgaver returneres. Indstillinger videregives.	Stille principielle spørgsmål.
Til følgegrupper	Opgaver stilles		Dialog og afklaring af spørgsmål
Til (P)SOF'er	Beslutninger til implementering meddeles	Dialog og afklaring af spørgsmål	



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	Programstyregruppen har anmodet om at komme til at referer direkte til DAK. Afrapportering sker under selvstændigt punkt.				
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	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper

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
	nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.				
Identifikation af konkrete faglige områder, hvor man har et ønske eller et behov for øget deling af informationer, som kan optimeres ved it- understøttelse.	Følgegruppen fik opgaven i opdrag på baggrund af temadrøftelsen om Telemedicin i DAK i november. Følgegruppen har tilrettelagt en proces, hvor der hentes input fra alle SOF'er, som efterfølgende bearbejdes med henblik på afrapportering til DAK.		Afrapportering fra følgegruppen forlægges DAK som selvstændigt punkt på mødet 22. juni.		



INDHOLD

1 BAGGRUND	2
1.1 ØKONOMIAFTALEN 2016	2
1.2 KOL PROGRAMMET I SYDDANMARK	2
2 FORMÅL OG STRATEGISK FORANKRING	4
3 RAMMER	5
3.1 MATIS PROJEKTET - MODNING AF DEN NATIONALE INFRASTRUKTUR.....	5
3.2 SUNDHEDSFAGLIGE ANBEFALINGER	5
3.3 SERVICE, SUPPORT OG LOGISTIK	6
3.4 NY BUSINESS CASE.....	6
3.5 GEVINSTREALISERING	6
3.5.1 NATIONALE SUCCESKRITERIER	6
3.5.2 SYDDANSKE SUCCESKRITERIER.....	8
4 FINANSIERING AF TELEMEDICINSK HJEMMEMONITORERING	8
5 RISICI	8
5.1 RISIKOHÅNDBLÆNDING	9
6 PROGRAMORGANISERING.....	9
6.1 PROGRAMSTYREGRUPPE	10
6.1.1 PROGRAMSTYREGRUPPENS ANSVAR OG MANDAT	10
6.2 PROGRAMSEKRETARIAT	11
6.2.1 PROGRAMSEKRETARIATETS ANSVAR OG MANDAT	11
6.3 PROJEKTSPOR	12
6.3.1 SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD OG ORGANISERING.....	12
6.3.2 TEKNISK LØSNING OG ØKONOMI	12
6.3.3 DRIFT (SERVICE, SUPPORT OG LOGISTIK)	12
6.3.4 FORANDRING OG IMPLEMENTERING	12
7 TIDSPLAN OG MILEPÆLE	14
8 INTERESSEENTER OG KOMMUNIKATION	14
8.1 INTERESSEENTER	14
8.2 KOMMUNIKATION	14
9 BILAG	15
10 VERSIONSSTYRING	15



Stamdata	
Projektejere	De 22 syddanske kommuner og Region Syddanmark
Projektledelse	Lise Døj-Bendixen, Syddansk Sundhedsinnovation Gitte Post-Lundgaard, Esbjerg Kommune
Projekttype	Implementeringsprojekt

1 BAGGRUND

1.1 ØKONOMIAFTALEN 2016

Regeringen, KL og Danske Regioner har i ØA2016 aftalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019.

Som led i økonomiaftalen fra 2016 er der afsat 47 mio. kr. til en række nationale forudsætningsskabende projekter og initiativer. De nationale forudsætningsskabende projekter er i vidt omfang baseret på de erfaringer, der er høstet ved gennemførelsen af Tele Care Nord projektet. Forudsætningsprojekterne skal bidrage ind i de lokale implementeringsprojekter.

I aftalen mellem Regeringen, KL og DR er det forudsat, at implementeringsopgaven bliver organiseret i fem landsdelsprogrammer, der aftalemæssigt knyttes op på sundhedsaftalerne. For hvert landsdelsprogram etableres en programstyregruppe med en regional og kommunal formand.

1.2 KOL PROGRAMMET I SYDDANMARK

Det enkelte landsdelsprogram fastlægger selv den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem en region, tilhørende kommuner og almen praksis. Det er besluttet, at der i KOL programmet i Syddanmark etableres et programsekretariat der bemandes med en regional og kommunal projektleder.

Organisering af behandling og indsats ved telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bygger på en række fælles principper om, at sundhedsopgaver skal placeres på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON) og skal forankres i eksisterende drift. Organiseringen bygger på en stafettankegang, hvor der skal være sikkerhed for, at én aktør ikke slipper ansvaret, før en anden har overtaget det aktivt.

Organiseringen skal desuden bygge på den overordnede nationale ramme for organisering af behandling og indsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. målgruppe, indhold og samarbejde samt tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark. Desuden skal der som grundlag for udbredelsen ske en afklaring af opgaver og ansvar for almen praksis.

Region og kommuner skal i KOL programmet for Syddanmark aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.



Relevante nøgletal for kontakt i sundhedsvæsenet samt medicinforbrug for borgere med diagnosen KOL

- Sundhedsdatastyrelsen har i november 2016 udgivet to analyser omhandlende 1) kontaktforbrug til sundhedsvæsenet samt medicinforbrug og 2) alment praktiserende lægers kontakt med patienter med KOL (bilag 1 og 2).
- I 2014 var der på landsplan 163.000 borgere på 30 år eller mere med KOL. Der er i denne gruppe en lille overvægt af kvinder end mænd har KOL. De fleste KOL borgere er i aldersgruppen 60 til 80 år.
- Målgruppen for telemedicinsk hjemmemonitorering estimeres for hele landet at ligge mellem 10.000 til 12.000. For Region Syddanmark vurderes det ved fuld indfasning, at der kan inkluderes 2.600 borgere med diagnosen KOL i et telemedicinsk behandlingsforløb.
- Det ses i analysen at borgere med KOL har dobbelt så mange kontakter til almen praksis og ambulante sygehuskontakter som borgere generelt. Samtidig ses en gennemsnitlig indlæggelsesfrekvens, der er otte gange hyppigere end borgere uden KOL
- Borgere med KOL har knap tre gange højere medicinforbrug end gennemsnittet for hele befolkningen.

Bilag 1: Borgere med KOL – kontaktforbrug i sundhedsvæsenet og medicinforbrug, Sundhedsdatastyrelsen, november 2016

Bilag 2: Alment praktiserende lægers kontakt med patienter med KOL, Sundhedsdatastyrelsen, november 2016



2 FORMÅL OG STRATEGISK FORANKRING

Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med, at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

Direktør i Lungeforeningen, Anne Brandt:

"Borgere med en kronisk lungesygdom oplever en enorm utryghed og angst for ikke at kunne få luft. De har svært ved at klare hverdagen og har ikke kræfter til ret meget, fordi luften mangler. Når de skal transportere sig fra hjemmet til sygehuset for kontrol, eller når de har det skidt, kan turen derhen derfor være meget udmattende. Når sundhedsvæsenet kommer tættere på borgeren med telemedicinske løsninger hjemme hos dem selv, giver det ikke kun tryghed men også energi til mere. "

Borgere med KOL – kontaktfbrug i sundhedsvæsenet og medicinforbrug, Sundhedsdatastyrelsen, november 2016

Målsætningen for indsatsen er, at borgere med KOL oplever:

- Sammenhæng og fleksibilitet i eget behandlingsforløb, hvor der er fokus på egenmestring og øget tryghed omkring egen sygdom.
- At forværringer i sygdommen identificeres tidligt, så patienten undgår unødige indlæggelser og herunder har færre besøg på ambulatorier.

I forhold til indsatsen for borgere med KOL har de 22 kommuner og Region Syddanmark i februar 2017 vedtaget et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL. Forløbsprogrammet beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsindsats, som kommunerne, almen praksis, sygehuse og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med KOL (se bilag 3¹).

¹Bilag 3: Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation, Region Syddanmark og de 22 kommuner, februar 2017



3 RAMMER

Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er organiseret nationalt som en fællesoffentlig portefølje, der består af fem landsdelsprogrammer.

Som et led i den samlede udbredelse, er der under den nationale porteføljestyregruppe igangsat en række forudsætningsprojekter der skal styrke det økonomiske, faglige og tekniske grundlag for udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL. Forudsætningsprojekterne løber parallelt med arbejdet i landsdelsprogrammerne dvs. i perioden maj 2016 til december 2019.

3.1 MATIS PROJEKTET - MODNING AF DEN NATIONALE INFRASTRUKTUR

I MaTIS projektet skal der gennemføres en afprøvning af opsamling af måledata og spørgeskemaer som lagres i KIH-databasen og hvor data via integration kan hentes og genbruges i it-fagsystemerne EPJ, EOJ og LPS. Der skal gennemføres en teknisk afprøvning og en sundhedsfaglig afprøvning. Afprøvningen har til formål at påvise at data kan udstilles i de respektive fagsystemer samt at data udstilles på en brugbar og meningsfuld måde. Sundhedsdatastyrelsen, MedCom, Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus (OUH), Esbjerg kommune, lægepraksis, Region Syddanmark og Co-lab P&P deltager i afprøvningsprojektet.

Det nationale forudsætningsprojekt for modning af den telemedicinske infrastruktur skal sikre, at den eksisterende telemedicinske infrastruktur modnes og gøres klar til drift, så de fem landsprogrammer kan indkøbe og implementere telemedicinske løsninger, der anvender den nationale infrastruktur for telemedicin.

MaTIS projektet er endvidere ansvarlig for at modne KIH-databasen samt OpenTele strukturen til et modenhedsniveau der muliggør national implementering/udrulning.

3.2 SUNDHEDSFAGLIGE ANBEFALINGER

Som en del af udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL etableres et sundhedsfagligt projekt, som har til formål at udarbejde sundhedsfaglige anbefalinger. De sundhedsfaglige anbefalinger skal vejlede kommuner og regioner i at udvælge relevante KOL-patientsubgrupper til telemedicinsk behandling samt i tilrettelæggelsen af det telemedicinske indhold i behandlingen af KOL-patienter. Anbefalingerne blev godkendt og offentliggjort december 2016 (se bilag 4²).

²Bilag 4: Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL, anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde, Sundhedsstyrelsen december 2016



3.3 SERVICE, SUPPORT OG LOGISTIK

I forbindelse med udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL skal der i de fem landsdelsprogrammer etableres professionel understøttelse af service, support og logistik. Der er igangsat et fælleskommunalt/fællesregionalt forudsætningsprojekt og afsat et budget på 10 mio. kr. i ØA16 til formålet. Forudsætningsprojektet skal etablere en model for professionel understøttelse af service, support og logistik i landsdelsprogrammerne.

Modellen skal sikre:

- at borgeren oplever god service med nem og hurtig hjælp til tekniske problemer, samt at der opnås stordriftsfordele.
- at de sundhedsfaglige medarbejdere ikke skal bruge tid på teknisk og praktisk håndtering af udstyr, men fokusere på den sundhedsfaglige kerneopgave.

Eftersom alle regioner og flere kommuner allerede har arbejdet med service- og logistikfunktioner i forbindelse med telemedicinsk behandling, vil udarbejdelsen af modellen tage udgangspunkt i eksisterende erfaringer. I Region Nordjylland, Syddanmark og Midtjylland er der blandt andet gjort erfaringer vedrørende jura, økonomi, organisering samt en række tekniske grundkomponenter.

3.4 NY BUSINESS CASE

Der er udarbejdet en ny revideret business case for den landsdækkende udbredelse telemedicinsk hjemmemonitorering. Business casen kvalificerer det økonomiske potentiale med udgangspunkt i mere kvalificerede data fra Aalborg Universitet og stratificere anvendelse af telemedicin på de mest oplagte subgrupper af patienter. Den nye business case er offentliggjort i marts 2017.

3.5 GEVINSTREALISERING

3.5.1 NATIONALE SUCCESKRITERIER

Porteføljestyregruppen har nedsat en arbejdsgruppe, som har haft ansvaret for at kvalificere indikatorer til brug for måling af gevinstrealisering. Arbejdsgruppen har bred repræsentation fra alle landsdelsprogrammer, herunder både regioner og kommuner samt Sundhedsdatastyrelsen og Center for Innovativ Medicinsk Teknologi på OUH.

Indikatorerne tager udgangspunkt i de overordnede strategiske målsætninger for udbredelsesprojektet, der både omfatter patienttilfredshed, reduktion af ydelser i sygehusvæsenet rettet til borgere med KOL samt i forhold til brugervenlighed af it-understøttelse af den telemedicinske hjemmemonitoring.

Det antages, at borgere med KOL der tilbydes telemedicin, vil opleve øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet og tryghed i hverdagen samt øget sygdomsmestring. Da borgeren som afledt effekt forventes at have lavere kontakthypighed til sygehuset, er det ligeledes antagelsen, at der vil være en målbar effekt i sygehusvæsenet i forhold til patienter, som ikke modtager telemedicin. Det er aftalt at de strategiske målsætninger skal operationaliseres i følgende indikatorer for gevinster:

**Målsætning: borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, oplever med telemedicinsk behandling færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg**

- X pct. reduktion i antallet af **akutte indlæggelser** for relevante borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling.
- X pct. reduktion i antallet af **ambulante besøg** for relevante borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling.
- X pct. reduktion i **omkostningen pr. indlæggelse** for relevante borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling.

Ovenstående målsætninger for indikatorerne defineres, når resultaterne fra den genberegne business case er blevet offentliggjort.

**Målsætning: borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal opleve øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet og tryghed i hverdagen samt øget sygdoms-mestring**

- **Patienttilfredsheden** blandt borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal være på minimum samme niveau som før udbredelsen blandt borgere med KOL.
- Minimum 60 pct. af borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal opleve **øget mestring** af egen sundhed.
- Minimum 30 pct. af borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal opleve **øget fleksibilitet**.
- Minimum 70 pct. af borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal opleve **mere tryghed**.

**Målsætning: Det skal være nemt for borgere med KOL og relevante medarbejdere at anvende de telemedicinske løsninger**

- Minimum 90 pct. af borgerne med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal opfatte de telemedicinske løsninger som værende **brugervenlige**.
- Medarbejdere, der arbejder med telemedicinsk behandling, skal opfatte de telemedicinske løsninger som værende **brugervenlige**.

Foruden de på forhånd fastlagte indikatorer har arbejdsgruppen anbefalet, at der tilføjes tre yderligere indikatorer:

- Træk i kommunale ydelser
- Træk i almen praksis
- Medicinforbrug

Disse indikatorer vil bidrage til et mere balanceret billede af gevinstrealiseringen, i det de belyser områder, der er potentielt udgiftsdrivende.



3.5.2 SYDDANSKE SUCCESKRITERIER

Såfremt flere submålgrupper vælges og landsdelsprogrammets løsning differentieres skal dette afspejles i opfyldelse af lokale succeskriterier.

4 FINANSIERING AF TELEMEDICINSK HJEMMEMONITORERING

4.1 MIDLER AFSAT TIL FORUDSÆTNINGSPROJEKTER

Der er i økonomaftalen fra 2016 afsat 47 mio. til finansieringen af de nationale samt tværkommunale/tværregionale forudsætningsprojekter. I forbindelse med forudsætningsprojektet vedr. service, support og logistik er der afsat 125.000 kr. ekskl. moms til landsdelsprogrammerne i form af landsdelsspecifikke optioner på anbefalinger og bistand til den konkrete organisering.

4.2 EGENFINANSIERING

Der er ikke afsat midler til kommunernes og regionernes finansiering af udbredelsesinitiativet. Det er op til det enkelte landsdelsprogram, at opnå enighed vedr. fordelingen af omkostninger, herunder en fordelingsnøgle.

5 RISICI

De største identificerede risici for KOL programmet i Syddanmark er:

Manglende finansiering til implementering og drift i region og kommuner vil få konsekvenser for den fulde realisering af programmet; herunder konsekvenser i den tidsmæssige kadence for fremdrift og på hvilke kommuner der kan påbegynde implementeringen, på andelen af patienter, der kan inkluderes samt på muligheden for gevinstrealisering.

Manglende inklusion af borgere til telemedicinsk hjemmemonitorering. Som konsekvens vil færre borgere blive tilbudt telemedicinsk hjemmemonitorering.

Forsinkelse af de nationale leverancer på forudsætningsprojekterne her aktuelt en udfordring fsva. den manglende leverance på genberegning af BC. Landsdelsprogrammet har som konsekvens blandt andet ikke haft mulighed for at kunne vurdere, om der er behov for selvstændig udarbejdelse af en regionsspecifik BC eller om den nationale BC kan anvendes med lokale tilpasninger.

Forsinkelser i leverance fra forudsætningsprojekterne kan forsinke leverancerne i projektsporene og den samlede tidsplan.

Forsinkelser i leverancer fra projektspor kan påvirke den samlede tidsplan, da der er gensidige afhængigheder på tværs af projektspor.



Manglende organisatorisk implementering. Hvis forandring ikke slår igennem blandt sundhedsfaglige medarbejdere, vil det kunne reducere økonomiske gevinster.

Manglende opfølgning på udbredelse og manglende fokus på gevinster vil som konsekvens have implikationer for mulighed for gevinstrealisering.

5.1 RISIKOHÅNDTERING

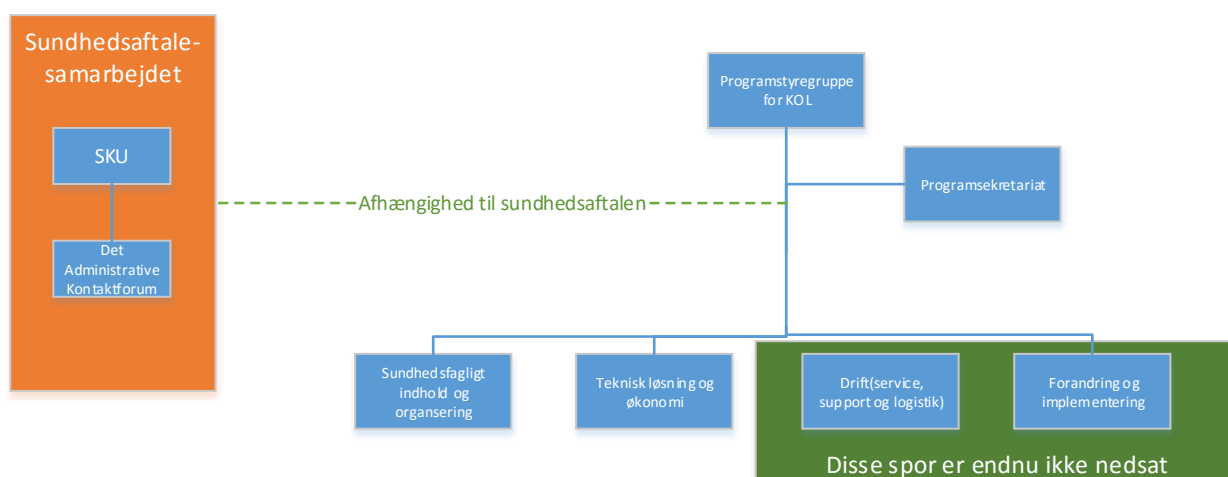
For at danne sig et overblik over programmets samlede risici, anvender programsekretariatet en risikolog (se bilag 5), hvor landsdelsprogrammets risici indskrives og vægtes ud fra deres sandsynlighed og konsekvens (grøn, gul, rød).

Risici afrapporteres til programstyregruppen på basis af udtræk fra risikolog:

- Risici med vægt under 6 (grøn) rapporteres alene med deres antal.
- Risici med en vægt over 6 og under 14 (gul) rapporteres enkeltvis under punktet programstatus på styregruppemøderne, men uden nærmere beskrivelse.
- Risici med en vægt over 14 (rød) – Skal alle eskaleres og rapporteres enkeltvis under punktet programstatus på styregruppemøderne med detaljering af status for den pågående eskalering.

6 PROGRAMORGANISERING

KOL programmet i Syddanmark er etableret som et fælles regionalt/kommunalt program med en programstyregruppe, et programsekretariat og på sigt fire underliggende projektspor. Programmet vil løbende afgive status til DAK og SKU.





Nedenfor en kort beskrivelse af ansvar og opgaver for programstyregruppen, programsekretariatet samt formål for de fire underliggende projektspor.

6.1 PROGRAMSTYREGRUPPE

Programstyregruppen har det overordnede ansvar for implementeringen på landsdelsniveau. Det er væsentligt, at telemedicinsk hjemmemonitorering implementeres og forankres i organisationerne i form af nye samarbejdsaftaler, processer, instrukser og arbejdsgange.

Formandskabet deles af Arne Nikolajsen, direktør i Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune og Peder Jest, direktør for Odense Universitetshospital.

Programstyregruppen (bilag 6)³ for landsdelsprogrammet består af fem kommunale repræsentanter og fem regionale repræsentanter samt en repræsentant og suppleant fra PLO. Programstyregruppen har mulighed for at udvide styregruppen med en repræsentant fra patientforeningen.

I Følgegruppen for Velfærdsteknologi & Telemedicin er der udarbejdet kommissorium for programstyregruppe og dette blev godkendt på DAK møde den 15. juni med den ændring, at der inddrages to borgere i arbejdet.

6.1.1 PROGRAMSTYREGRUPPENS ANSVAR OG MANDAT

ANSVAR

- Sikre at programmets gevinster realiseres i henhold til gevinstrealiseringsplan.
- Sikre ledelsesmæssig forankring og gode rammer for lokal implementering af det nationale landsprogram i kommuner og på sygehuse.
- Sikre fremdrift og kvalitet i programmet, herunder at afgrænse programmet i forhold til eksisterende projekter og ændringsprocesser samt i nødvendigt omfang igangsætte nye.
- Fungere som bindeled til den nationale porteføljestyregruppe og orientere den nationale porteføljestyregruppe om udvikling og udfordringer i projektet.
- Sikre de driftsmæssige forudsætninger for implementering i driften på sygehuse og i kommuner.
- Bidrage til at understøtte og afsøge muligheder for fortsat udvikling af den telemedicinske samarbejdsmodel med udvidelse af anvendelsesmuligheder til andre patientgrupper.
- Afrapportere status til DAK om udvikling, muligheder, udfordringer og overgang til drift.

³ Bilag 6: Kommissorium for programstyregruppen, juni 2015



MANDAT

- Programstyregruppen rapporterer til DAK samt til den fællesoffentlige porteføljestyregruppe for udbredelse af telemedicin til borgere med KOL.
- Programstyregruppen kan nedsætte reference- og/eller arbejdsgrupper til at støtte gennemførelsen af programmet.
- Programstyregruppen tillægges det overordnede ansvar for at sikre fremdrift og leverancer i de projekter og ændringsprocesser, som indgår i programmets opgaveportefølje.

Formandskabet bestående af den kommunale og regionale formand udgør forretningsudvalget.

6.2 PROGRAMSEKRETARIAT

Til understøttelse af programstyregruppens arbejde etableres der et programsekretariat bestående af to programledere, en fra kommunesiden og en fra regionen. Programsekretariatet bistår formandskabet for programstyregruppen.

6.2.1 PROGRAMSEKRETARIATETS ANSVAR OG MANDAT

ANSVAR

- Bistå programstyregruppen med etablering af de styringsmæssige rammer for programmet
- Bistå programmets parter med sparring i forhold til projektplanlægning og projektstyring
- Koordinere og sikre sammenhæng i implementeringen
- Håndtere relation til og videndeling mellem hhv. de nationale fora (porteføljestyregruppe og sekretariat), programstyregruppen, og de lokale implementeringsgrupper
- Sikre koordinering i forhold til øvrige strategier, udviklingstiltag, planer og indsatser
- Understøtte fremdrift i implementeringen og planlagt udrulning, samt monitorering af fremdrift
- Etablere og facilitere netværk og herigennem at understøtte erfaringsopsamling og vidensdeling.
- Sikre kommunikation til relevante regionale og kommunale beslutningsfora
- Dokumentere og følge op på fremdrift og gevinstrealisering, med løbende ledelsesmæssig rapportering til programstyregruppen og det nationale porteføljesekretariat
- Sekretariatsbetjene programstyregruppen, samt forberede materiale og beslutningsoplæg
- Deltage i programstyregruppens møder

**MANDAT**

- Udarbejde programbeskrivelse
- Planlægning af programmet
- Lede og motivere programdeltagere i programarbejdet
- Samle og sammensætte optimale projektspor/arbejdsgrupper
- Rapportere til styregruppen
- Sikre fremdrift i programmet
- Sikre en god informativ kommunikation til alle parter i programmet
- Udarbejde status til DAK samt øvrige relevante udvalg/fora

6.3 PROJEKTSPOR**6.3.1 SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD OG ORGANISERING**

Det overordnede formål er at tilvejebringe det sundhedsfaglige grundlag for udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i Syddanmark, herunder afgrænsning af målgruppe, inklusion- og eksklusionskriterier og den sundhedsfaglige ydelse, rolle og ansvarsdeling mellem sektorer samt kompetencekrav og læringsmål etc. Projektgruppen skal bl.a. i deres arbejde bruge anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen samt forløbsprogram for borgere med KOL og bemandes med personer, der har indgået i dette arbejde i regionen.

6.3.2 TEKNISK LØSNING OG ØKONOMI

Det overordnede formål er at sikre at KOL programmet i Syddanmark er klar til at implementere en telemedicinsk løsning.

Det overordnede formål er at yde bistand til samarbejdsaftaler, økonomistyring, kontraktstyring mv. i forhold til økonomi mellem kommuner og regionen samt for den tekniske løsning tidligt at have fokus på it-sikkerhed. Projektspektet er afhængig af indhold/beslutninger i de øvrige projektspor samt det arbejde der pågår nationalt. Projektspektet skal ved behov yde bistand til de øvrige spor.

Desuden skal den lokale business case i Syddanmark udarbejdes på baggrund af det nationale materiale, der frigives ultimo januar 2016 (gevinstrealisering).

6.3.3 DRIFT (SERVICE, SUPPORT OG LOGISTIK)

Det overordnede formål er at udvikle et tværsektorielt koncept for service, logistik og support, der kan understøtte og professionelt drive service-, support og logistikopgaver, der opstår i udbredelse af KOL hjemmemonitorering.

6.3.4 FORANDRING OG IMPLEMENTERING

Det overordnede formål er at varetage den overordnede planlægning, koordinering, og styring af implementeringen af hjemmemonitorering på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis.

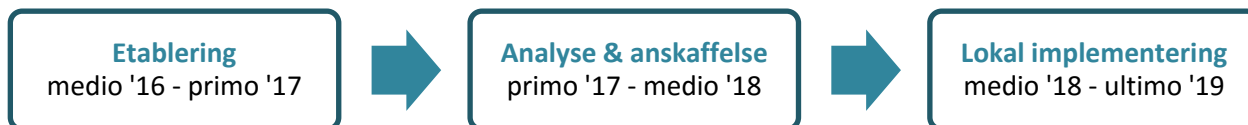


Den lokale forandring og implementering af programmet har meget naturligt ophæng til de fire SOF'er i Syddanmark.



7 TIDSPLAN OG MILEPÆLE

Nedenstående tabel viser tidsplanen for implementering og udbredelse af KOL-programmet.



Der er opstillet en række milepæle for landsdelsprogrammerne og forudsætningsprojekterne, som har til hensigt at fungere som et værktøj for fremdriftsmonitorering i porteføljestyregruppeseekretariatet. Milepælene anses som de overordnede pejlemærker for landsdelsprogrammets egne lokale milepæle.

Milepælsplanen for programmet er vedlagt som bilag 6.

8 INTERESSETER OG KOMMUNIKATION

8.1 INTERESSETER

KOL programmets vigtigste interessenter kan inddeles i:

- Ledere i de forskellige regionale og kommunale organisationer, hvis afdeling bliver berørt af implementeringen
- Medarbejdere i de forskellige regionale og kommunale organisationer, hvis arbejde bliver berørt af implementeringen
- PLO Syddanmark
- De lokale samordningsfora, som er ansvarlige for den lokale implementering
- De endelige slutbrugere dvs. borgere med KOL som er i målgruppen for tilbuddet samt deres pårørende
- Centrale offentlige partnere (Danske Region/KL)
- De forskellige systemleverandører

Interessentanalysen er et centralt dokument for både kommunikationsplanen og risikologgen, hvorfor der løbende vil være en opmærksomhed på disse analyser for at sikre et godt kommunikations flow i programperioden.

8.2 KOMMUNIKATION

Med mange interessenter i et stort tværsektorielt projekt vil kommunikationen være kompleks. Programsekretariatet vil udarbejde en kommunikationsplan med afsæt i de vigtigste interessentgrupper.



9 BILAG

- 📎 Bilag 1: Borgere med KOL – kontaktforbrug i sundhedsvæsenet og medicinforbrug, Sundhedsdatastyrelsen, november 2016.
- 📎 Bilag 2: Almen praktiserende lægers kontakt med patienter med KOL, Sundhedsdatastyrelsen, november 2016
- 📎 Bilag 3: Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation, februar 2017
- 📎 Bilag 4: Telemedicinsk understøttelse af behandling til mennesker med KOL anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde, december 2016
- 📎 Bilag 5: Risikolog -skema
- 📎 Bilag 6: Kommissorium for programstyregruppen, juni 2015
- 📎 Bilag 7: Milepælsplan, marts 2017

10 VERSIONSSTYRING

Versionshistorik	Dato	Bemærkninger
Version 0.1	27.10.2016	Første udkast til milepælsplan udarbejdet af programsekretariatet til brug for fremdriftsmonitorering i porteføljestyregruppeseekretariatet
Version 0.2	10.02.2017	Andet udkast til milepælsplan udarbejdet af programsekretariatet til brug for fremdriftsmonitorering i porteføljestyregruppeseekretariatet
Version 0.3	22.03.2017	Første udkast til lokal milepælsplan

Besvarelser grupperet efter indsatsområder

Forebyggelse.....	2
Behandling og pleje	5
Genoptræning og rehabilitering	15
Forebyggelse / Behandling og pleje.....	18
Forebyggelse / Genoptræning og rehabilitering.....	20
Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering	23
Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen	27
Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen	34
Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Andet	42

Overordnede kategorier:

Forslaget relateret til:	Kort beskrivelse af kategori
Komplekse forløb	Sundhedsdatastyrelsen har igangsat "Program for digitalt samarbejde om komplekse forløb, som løber frem mod 2019 og afsluttes med en pilotimplementering. Programmet har 3 spor: fælles stamkort m. kontakter, deling af planer og indsatser og patientens mål. Endelig gennemføres en pilotimplementering dækkende alle spor.
KOL udrulningsprogram	Program for udrulning af hjemmemonitorering til borgere med KOL. Et fællesoffentligt projekt med 5 landsdelsprogrammer.
MedCom 11 program	MedCom11 programmet godkendes til november i Den Nationale Styregruppe for Sundheds-it og løber i 2 år fra 1. januar 2018.
SAMBO udviklingsinitiativer	Under sundhedsaftalen er der allerede igangsat forskellige initiativer til udbredelse og forbedring af SAMBO-konceptet, herunder at udbrede SAMBO til psykiatrien.

Forslaget er et:	Kort beskrivelse af kategori
Implementeringsforslag	Forslaget retter sig primært mod implementering – dvs. der (gen)anvendes kendt teknologi og afprøvede procedurer
Udviklingsforslag	Forslaget forudsætter udvikling af tekniske løsninger og/eller udvikling af organisatoriske rammer/processer

Vedrører primært:	Kort beskrivelse af kategori
Datadeling	Forslaget vedrører primært deling af information på tværs af sektorer, som ikke umiddelbart kan løses med MedCom kommunikation
MedCom	Forslaget knytter sig til den traditionelle meddelelsesbaserede kommunikation
Video	Video indgår som teknisk løsning
Konkret	Forslaget har konkret karakter
Strategisk	Forslaget har karakter af at være overordnet og strategisk

Løbenr: 1	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse

Kategorisering					
Forslag er relateret til	Komplekse forløb				
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x		x		

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Mennesker med kronisk sygdom
Prioriterede områder	Hjemmemonitorering / Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Nej / Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Lægesekretær (sygehus) / Andet sundhedspersonale (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Andet sundhedspersonale (kommune) / Læge (praksis) / Sygeplejerske (praksis) / Andet klinikpersonale (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Fys ergo (sygehus) / Fys ergo (kommune)
Berørte specialer	Kronikere findes de fleste steder. Så ingen specifik afd. eller område

Beskrivelse af forslaget:

Vores forslag er at skabe en digital håndbog for borgere med kronisk sygdom. Den skal indeholde forskellige ting. Der skal være et overblik over borgerens kontakter fra primær og sekundær sektor. Der kan lægges video ind, chat funktion, pjecer, træningsprogrammer samt kalender med aftaler. Endvidere skal den indeholde målsætning for borgerens egen indsats således der opnås empowerment hos borgeren.

Forventede effekter:

Skabe ejerskab, medinddragelse af borgeren, skabe overblik og digitalt samarbejdsredskab.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Vi har kendskab til at der findes nogle systemer, men vi kender ingen fællessystem. Liva, og mit forløb er nye systemer, men de taler ikke sammen.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Vi mangler et fælles program der følger borgeren i stedet for "stedet" borgeren er blevet behandlet/lært om sin kroniske sygdom. Det skal ses som borgerens digitale håndbog som ligger på deres eks. telefon som vi som sektorer må kigge med i.

Løbenr: 1A	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse

Kategorisering					
Forslag er relateret til	Komplekse forløb				
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Mennesker med kronisk sygdom / Psykiatriske patienter med somatiske lidelser
Prioriterede områder	Hjemmemonitorering / Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Nej / Udbredelse af MedCom-standarder/ Bookingsar of afrapp. Til praksis eller forebyggelsestilbud i kommunen
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus)/Sygeplejerske (sygehus)/Læge Praksis/Sygeplejerske (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	Psykiatri, somatisk, almen praksis og kommunerne

Beskrivelse af forslaget:

Etablering af henvisning til kommunale forebyggelsestilbud i psykiatrien

Med den nuværende IT understøttelse er det ikke muligt at sende en MedCom REF01 til kommunale forebyggelsestilbud. Der er i sundhedsaftalen beskrevet at der skal være en indgang til kommunale forebyggelsestilbud.

Der er i forløbsprogram for borgere med KOL beskrevet at der skal bruges MEDCOM REF01 til forebyggelsestilbud.

Forventede effekter:

Effekten er at flere borgere henvises til kommunale forebyggelsestilbud. Det understøtter implementeringen af strategien for tidlig opsporing og forebyggelses af livsstilssygdomme ved sindslidende.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

En indgang til kommunale forebyggelsestilbud

Der er i sundhedsaftalen beskrevet at der skal være en indgang. Processen for at sikre implementeringen af En indgang har været forsinket i forbindelse med implementering af Cosmo på sygehuset.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Til kommunikation bruges MEDCOM REF01 – brugen har været udfordret af at der skal bruges en diagnosekode for at sende henvisningen. Det er løst ved at der bruges en forebyggelseskode

Løbenr: 1B	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse (svangre)

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Gravide og nyfødte
Prioriterede områder	
Nye udviklingsområder	Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Sundhedsplejen
Berørte specialer	Fødselsafdelingen

Beskrivelse af forslaget:

Der er behov for at kommunen varsles om alle gravide borgere for at kunne optimere langtidsplanlægning. I dag varsles kommunen kun hvis borgeren modtager graviditetsbesøg.

Forventede effekter:

Bedre planlægning ift. normering på daginstitutioner, holdbooking, tidlig indsats m.m.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

-

Udfordring ved den nuværende løsning:

Kommunen varsles kun om borgere som modtager graviditetsbesøg. Dette udfordrer planlægning ift. normeringer.

Løbenr: 2	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	FYN
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAM:BO
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Andet sundhedspersonale (kommune)
Berørte specialer	FAM

Beskrivelse af forslaget:

Når borgere tilknyttet ældreplejen indlægges på FAM, så genereres der ikke automatisk en indlæggelsesadvis til kommunen og kommunen fremsender dermed heller ikke en automatisk indlæggelsesrapport. Vi kender ikke årsagen til, at denne løsning er valgt på FAM. Formentlig giver det god mening i FAM regi, at borgeren ikke indlægges med det samme.

I kommunen giver det den udfordring, at vi har borgere tilknyttet ældreplejen/sygeplejen og vi ved ikke, at borgeren er indlagt. Det giver spildte ressourcer at køre til borgeren, forsøge at finde frem til pårørende for at høre, om de ved hvor borgeren er – og i værste fald rekvirere en låsesmed i bekymringen for, at borgeren skulle ligge derinde.

Forventede effekter:

I kommunerne ville vi spare ressourcer – og FAM ville måske kunne få vigtige oplysninger tidligt i forløbet.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Tilpasning af SAM:BO.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Vi har systemet – men aftalen bør tilpasses.

Løbenr: 3	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	FYN
Specifikke målgrupper	Andet (generelt)
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAM:BO / Udbredelse af MedCom-standarder
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Andet sundhedspersonale (kommune)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Terapeuter (kommune)
Berørte specialer	Afdelinger med ansvar for kræftbehandling

Beskrivelse af forslaget:

Tovejskommunikation i korrespondancemodulet som midlertidig erstatning for den forsinket Shared Care platform.

Forventede effekter:

Dialog, eks. i forbindelse med behovet for et kommunalt rehabiliteringstilbud på baggrund af en behovsvurdering.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Korrespondance modul.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Kan kun kommunikere én vej. Ved behov for svar, skal der oprettes en ny korrespondance.

Løbenr: 4	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAM:BO / Udbredelse af MedCom-standarder
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Lægesekretær (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Sundhedsplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune)
Berørte specialer	Alle afdelinger, der laver plejeforløbsplaner

Kategori:	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Beskrivelse af forslaget:

Der er et ønske om at forenkle den nuværende korrespondance imellem sygehus og kommune således, at korrespondancen vil svare mere til en mailkorrespondance, hvor der blot kan trykkes på "svar" for at besvare en henvendelse.

Forventede effekter:

Smidig og overskuelig korrespondance, klar og sikker kommunikation, effektivisering af arbejdsgange.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

På nuværende tidspunkt er det SAM:BO og MedCom standarder og deres respektive systemer, der anvendes af parterne. Det forløber således, at sygehuset sender en plejeforløbsplan på en patient, som besvares af den pågældende kommune. Når sygehuset efterfølgende vil besvare kommunens besked, skal de oprette en plejeforløbsplan på ny, kopiere al tidligere korrespondance ind i den nye plan og derefter skrive et svar.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Udfordringen er, at denne type korrespondance er uoverskuelig og der forekommer unødigt journalisering.

Løbenr: 5	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		X		X	

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Nej
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Læge (praksis) / Sygeplejerske (praksis) / Andet klinikpersonale (praksis)
Berørte specialer	Fagområder, der har mulighed for at indlægge akut ambulant.

Beskrivelse af forslaget:

Der er et ønske om bedre understøttelse af det akut ambulante forløb, både teknisk og indholdsmæssigt, på tværs af sektorer.

Forventede effekter:

Større patientsikkerhed, bedre sammenhæng i forløb, bedre ressourceudnyttelse for sundhedspersonalet

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Den nuværende digitale understøttelse er et manuelt skriv, telefon eller fax.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Udfordringen er, at kommunen ofte ikke får besked om, at en pågældende borger er kommet på sygehuset, hvorfor hjemmeplejen unødigt besøger borgerens hjem.

Løbenr: 6	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Nej
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Læge (praksis)
Berørte specialer	Alle specialer, der har kommunikation med praksislæge

Beskrivelse af forslaget:

Der er et ønske om, at praktiserende læger har mulighed for at tage kontakt via mail til et bestemt ambulatorium, og således målrette korrespondancen imellem praksislæge og sygehus.

Forventede effekter:

Hurtig og klar besked, bedre behandlingsmuligheder

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Den nuværende procedure for korrespondance er, at beskeden fra den praktiserende læge sendes til en hovedpostkasse, som efterfølgende sender beskeden videre til den enkelte læge.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Udfordringen ved denne korrespondancetype er, at det skaber svarforsinkelser, hvis sygehuslægen fx først har vagt 4 dage senere eller er på ferie.

Løbenr: 7	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til	Komplekse forløb				
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				x

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Nej
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Læge (praksis) / Sygeplejerske (praksis)
Berørte specialer	Afdelinger, der tilser patienter med komplekse forløb

Beskrivelse af forslaget:

Der er et ønske at få én journalplatform (fælles patientjournal) ved komplekse patienter (fx kronikere).

Forventede effekter:

Færre gentagelser af sygehistorik for patienten. Større patienttilfredshed, idet patient føler, at læge kender vedkommende (deres historik). Nemmere overblik over historikken for sundhedspersonalet.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

På nuværende tidspunkt findes der kun sektorspecifikke systemer, hvilket gør, at patienten skal fortælle deres forløbshistorik hver gang, vedkommende ser en ny fagperson.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Udover ubelejligheden for patienten, kan det risikeres, at oplysninger går tabt, samt at det bliver sværere at koordinere behandlingsindsatsen.

Løbenr: 8	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				x

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Nej
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Læge (praksis)
Berørte specialer	Sygehusafdelinger som fx hjertemedicinsk og endokrinologisk

Beskrivelse af forslaget:

Forslaget omhandler et ønske om at udbrede telemedicin, fx til AK- og diabetesbehandling.

Forventede effekter:

Hurtigere og mere belejlig behandling, færre borgere/patienter på sygehuset rent fysisk

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Der er ingen telemedicinsk behandling på områder som AK- og diabetesbehandling.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Udfordringen er, at det resulterer i et stort tidsforbrug for såvel patienter som sundhedspersonale, er besværligt for patienter ift. fx transport til sygehuset, samt øger belastningen på sygehuset.

Løbenr: 8A	
Indsatsområde(r)	Behandling og Pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til	SAMBO				
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	
Specifikke målgrupper	
Prioriterede områder	Videreudvikling af Sambo / Udbredelse af MeedCom standarder
Nye udviklingsområder	nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus)/ Sygeplejerske (sygehus)/ Lægesekretær (Sygehus)/ Læge (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Generel optimering af data-flow ifm. SAMBO

Forventede effekter:

tidstro og letforståelige data , reduceret antal museklik

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

SAMBO

Udfordring ved den nuværende løsning:

- Det at vi i dag skal fremsøge korrespondancerne via edico medfører mange ekstra klik. Dels kræver det flere klik at få selve korrespondancen frem og dels kan vi ikke længere besvare korrespondancen ved at trykke "besvar". Nu skal der kopieres et lokationsnummer, oprettes en korrespondance og fremsøges en modtager før vi kan skrive den besked, vi har brug for.
 - Kan antallet af klik minimeres ved at vi igen får en "besvar" knap?
 - Er edico kommet for at blive?
- Der opleves forsinkelse på modtagelse af korrespondancer i edico på to måder
 - 1. Når vi kan se i CSC, at der er modtaget en korrespondance, er den der ikke altid, når vi vil åbne via edico.
 - 2. Vi oplever, at korrespondancerne kommer lidt i klumper. Kan der skabes et mere jævnt flow?
- I sundhedsaftalen vedr. "samarbejde om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark" er der i forbindelse med revidering i juni 2016 skrevet, at en kommunal indsats forudsætter, at patientens læge har tilsende forslag til socialmedicinsk behandling (læ165 eller en korrespondancemeddelelse). Tidligere fik vi altid en læ165 (= en lægeerklæring) med besked om, at patienten tilmeldes samordnet pleje. I dag modtager vi ikke altid en LÆ 165, men får nu også beskeden via korrespondancer i forskellige former. Det er ikke altid at disse korrespondancer kommer det rigtige sted hen. De kan ligeledes være formuleret meget forskelligt, og indeholder ikke altid alle nødvendige oplysninger. Der

kan således være stor usikkerhed om hvorvidt en borger er tilmeldt samordnet pleje eller ikke.

- Kan vi lave en form for standard, som ligner den blanket LÆ165, som lægerne på sygehus og i almen praksis kan anvende, når de sender besked til kommunen vedr. tilmelding til samordnet pleje som korrespondance? (vi er store tilhængere af elektronisk korrespondance)
- Når der modtages flere plejeforløbsplaner i løbet af en indlæggelse, er det vanskeligt at gennemskue, hvad der er ændret fra gang til gang.
 - Kan man på en eller anden måde synliggøre det?

Løbenr: 8B	
Indsatsområde(r)	Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Ældre medicinske patient
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAMBO / Udbredelse af MedCom-standarder
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	Sygeplejerske (kommune)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	Afdelinger der vedrører Sambo aftalen

Beskrivelse af forslaget:

Forslag til bedre IT understøttelse af udskrivningsrapporten i det tværfaglige samarbejde.

At den ældre medicinske patients indlæggelsesforløbet beskrives i udskrivningsrapporten med oplysninger om uderedning udredningsforløbet, diagnose og behandlingsplan.

Planlagte aftaler er der i forhold til ambulant efterbehandling.

Eks. Udskrives patient med picline (henvist til hjemmesygeplejen) uden at der nødvendigvis medfølger oplysninger om hvorfor pt. har fået anlagt en picline og de videre behandlingsforløb ofte er det patienter der er i et behandlingsforløb med kemokure.

Læge epikrise kunne muligvis indeholde de oplysninger som efterspørges.

Forventede effekter:

Den ældre medicinske patient er ikke altid selv redegøre for et indlæggelsesforløb.

Hjemmesygeplejen ville med øget viden omkring den ældre medicinske patients indlæggelse forløb bedre kunne støtte om det videre behandlingsforløb og dermed være med til at forebygge genindlæggelser.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Udskrivningsrapporten

Udfordring ved den nuværende løsning:

Udskrivningsrapporten er ikke i tilstrækkelig grad fokuseret på et sammenhængende tværsektorielt udrednings og behandlingsforløb for den ældre medicinske patient.

Løbenr: 9	
Indsatsområde(r)	Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Nej
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Lægeseekretær (sygehus) / Andet sundhedspersonale (kommune)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Fysio- og ergoterapeuter (kommune)
Berørte specialer	Primært ortopædkirurgi

Beskrivelse af forslaget:

Jeg ønsker en bedre digital understøttelse af kommunikation mellem sygehuslæger og kommunale ergo- og fysioterapeuter ved ambulante kontroller på sygehuset under et genoptræningsforløb på en genoptræningsplan, vedr. følgende aspekter:

- når terapeuten i forløbet vil spørge til muligheden for at tilbyde patienten en ekstra kontrol
- gøre det muligt for terapeuten at informere lægen om genoptræningsforløbet forud for kontrollen
- give terapeuten mulighed for at konferere med lægen
- gøre lægen som forestår kontrollen opmærksom på at patienten er i et genoptræningsforløb, så information/konklusion fra kontrollen i disse tilfælde og med borgerens samtykke direkte går til terapeuten.

Forventede effekter:

Sammenhængende patientforløb, øget kvalitet i genoptræningen. Især borgere med færre ressourcer kan have gavn af en god kommunikation mellem kommunal terapeut og sygehuslæge ifm. kontroller under et genoptræningsforløb, da nogle borgere ikke selv formår at være "budbringer" på tværs af sektorer.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Ambulante korrespondancer mellem sygehus og kommuner (hvis de bliver læst)
Ellers telefonopkald og patient får status med i hånden.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Den nuværende understøttelse er behæftet med usikkerhed - læses korrespondancerne? Ringe mulighed for sparring med lægerne.

Løbenr: 9A	
Indsatsområde(r)	Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	
Specifikke målgrupper	Andet
Prioriterede områder	Udbredelse af MedCom standarder
Nye udviklingsområder	Nej / Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur
Berørte fagpersoner	Lægeseekretær (sygehus)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	x
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

SHS faxer journaluddrag ved kommunalt ønske om f.eks. operationsoplysninger, der ikke er tilgængelig i til GOP.

Forventede effekter:

At fax udgår og erstattes af at udveksling af oplysninger dvs. journaluddrag kan modtages digitalt

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

MedCom til GOP

Udfordring ved den nuværende løsning:

Løbenr: 9B	
Indsatsområde(r)	Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til	SAMBO				
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAMBO/ Udbredelse af MedCom-standarder
Nye udviklingsområder	nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus)/ Sygeplejerske (sygehus)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	fysioterapi
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Det opleves i kommunerne, som om Genoptræningsplaner og SAM:BO er to vidt forskellige kommunikationsstrukturer, som kører parallelt med hinanden. Derfor kan der fra sygehus side sendes forskellige oplysninger, som ikke er koordineret, til Kommunen omkring en borger efter indlæggelse. Det ville være ønskværdigt om der fra Sygehuset kunne udsendes "én plan for én borger" i stedet for "flere planer for én borger", - eller at planerne er koordinerede inden udsendelse fra Sygehuset

Forventede effekter:

Bedre, hurtigere og mere effektiv understøttelse af borgerens behov efter udskrivelse fra sygehuset

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Genoptræningsplaner og SAM:BO

Udfordring ved den nuværende løsning:

Parallelle kommunikationer, som ikke nødvendigvis er koordineret

Løbenr: 10	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x	x		

Stamdata	
SOF	PSOF Vestjylland
Specifikke målgrupper	Psykiatriske patienter med somatiske lidelser
Prioriterede områder	Udbredelse af MedCom-standarder / Udbredelse af teleudskrivningskonferencer / Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur / Mulighed for hurtig afprøvning af ideer i praksis
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Andet sundhedspersonale (sygehus) / Sygeplejerske (kommune)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Terapeut (sygehus)
Berørte specialer	Kommune og FAM og andre afdelinger på sygehuset men evt. kommune til kommune Akut team. De sidste 2 spørgsmål drejer sig om den nuværende digitale understøttelse.

Beskrivelse af forslaget:

- 1) MEDCOM – STANDARD imellem kommuner. Vi mangler at kunne udveksle elektronisk imellem kommuner. Udvekslingen skal være på baggrund af FS3
- 2) Robot kompressionsstrømpe på tager – så borger selv kan tage kompressionsstrømpen på helt uden personale.
- 3) Rådgivning via video af specialister til personale i kommunen. Ex. på en Ø kan det være svært at komme til specialisten eller få besøg af specialisten. Vi ønsker sikker nem video rådgivning vi kan have med i tasken.

Forventede effekter:

- 1) Bedre elektronisk kommunikation gør det lettere ved gæsteklienter ifm ferie og når en borger flytter fra en kommune til en anden ex. på et plejecenter i en anden kommune.
- 2) Borger bliver selvhjulpne og uafhængig og kommunen sparer daglig hjemmehjælp samt de mange udfordringer med APV løses da der i mange hjem ikke kan etableres en plejeseng.
- 3) Vi kan ikke tage opgaver hjem, da det er meget svært at vedligeholde specialiserede kompetencer i sygeplejen, så ved rådgivning kan vi få hjælp og vejledning på stedet og kan tilbyde borger behandling i hjemmet.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

KMD care og Pleje net.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Systemerne snakker ikke sammen.

Løbenr: 10A	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje

Kategorisering					
Forslag er relateret til	SAMBO				
Forslag er et					
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Børn og unge / Mennesker med kronisk sygdom / Psykiatriske patienter med somatiske lidelser
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAMBO / Udbredelse af MedCom standarder / Afprøvning og evt. udbredelse af internet- og telepsykiatri
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Opkobling af socialpsyk på SAMBO

Forventede effekter:

-

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

-

Udfordring ved den nuværende løsning:

Socialpsykiatrien er endnu ikke koblet på SAMBO

Løbenr: 11	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				

Stamdata	
SOF	Vest
Specifikke målgrupper	Andet (Kan anvendes bredt - f.eks. også indenfor arbejdsmarkedsområdet)
Prioriterede områder	Nej
Nye udviklingsområder	Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	Andet sundhedspersonale (kommune)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Rehabilitering og genoptræning (kommune)
Berørte specialer	Rehabilitering og genoptræning

Beskrivelse af forslaget:

Dolo test - et elektronisk samarbejds- og evalueringsredskab. DoloTest er et valideret smerte- og livskvalitetsmålingsinstrument. Måler de 8 mest relevante områder, hvor smerten påvirker borgerens livskvalitet. Et værktøj til at træffe beslutninger om mål for behandlingen.

Synliggør borgerens problemer og udviklingen i forløbet – visuelt.

Forventede effekter:

Borgerinddragelse. Et kommunikations redskab mellem borger og medarbejder.
Bedre udredning af borgerens udfordringer og planlægning og justering af forløbet.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

KMD Nexus - journalføring, hvor diverse terapeutiske tests registreres.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Meget specifik og skal manuelt lægges ind.

Løbenr: 12	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
			x		

Stamdata	
SOF	PSOF Vestjylland
Specifikke målgrupper	Psykiatriske patienter med somatiske lidelser
Prioriterede områder	Udbredelse af teleudskrivningskonferencer / Afprøvning og evt. udbredelse af internet- og telepsykiatri / Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation / Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur / Etablering af fælles servicecenter / Mulighed for hurtig afprøvning af ideer i praksis / Udbredelse af modne og afprøvede løsninger.
Berørte fagpersoner	Andet sundhedspersonale (sygehus) / Anden kategori
Berørte fagpersoner (Anden kategori)	Socialpsykiatri og psykiatri
Berørte specialer	Socialpsykiatri og psykiatri

Beskrivelse af forslaget:

Et forslag er at man får etableret telepsykiatri og udviklet på fælles velfærdsteknologiske løsninger med henblik på understøttelsen af borgerens recovery og rehabiliteringsproces.

Forventede effekter:

Bedre effekt for borgerne ift. deres behandling – hurtigere responstid. Tæt på når behandling kræves.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Der er ingen løsning pt på tværs.

Udfordring ved den nuværende løsning:

At den ikke er på tværs så borgeren møder forskellige systemer.

Løbenr: 13	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til	KOL udrulningsprogram				
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				

Stamdata	
SOF	Vest
Specifikke målgrupper	Mennesker med kronisk sygdom
Prioriterede områder	Hjemmemonitorering / Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	Sygeplejerske (kommune) / Andet sundhedspersonale (kommune) / Læge (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Rehabilitering og genoptræning (kommune)
Berørte specialer	Kommunal sundhedsfremme og almen praksis

Beskrivelse af forslaget:

Liva:

Sundhedsapp der er under udvikling og afprøvning. Billund Kommune deltager i Projekt Liva i regi af Syddansk Universitet sammen med 7 andre kommuner. Det overordnede formål med projektet er at undersøge sundhedseffekten af digital støtte til livsstilsændringer, samt undersøge hvor meget man kan nedbringe kommunernes omkostninger til kronikergruppen ved digitale løsninger.

LIVA er en nyudviklet platform til smartphones og tablets, som kommunen kan tilbyde borgere med diabetes, KOL, hjerte-karsygdom og overvægtige. Borger indtaster selv data Liva appen og sætter i samarbejde med en kommunale medarbejder mål for sit forløb.

Appen kan anvendes tværsektorielt ved, at borger via sin app. præsenterer f.eks. sygehus eller egen læge for sine data. På sigt forventes det, at borgerens egen læge vi kunne få adgang til borgers data.

Forventede effekter:

Med sin deltagelse i projektet ønsker Sundhed, Billund Kommune at fokusere på tidlig opsporing af borgere i risiko for livsstilssygdomme, og borgere, med kronisk sygdom.

Formålet er at stoppe/reducere udviklingen af kronisk og livsstilsrelateret sygdom og forbygge udvikling af følgesygdomme og senkomplikationer. At skabe varige livsstilsændringer for gennem egen-monitorering, personlige livsstilsplaner, online fællesskab med andre kronikere og online vejledning v. kommunale medarbejder.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

KMD Nexus (det tværsektorielle).

Udfordring ved den nuværende løsning:

Samarbejde og kommunikation via KMD Nexus er velfungerende tværsektorielt i forhold til rehabilitering og genoptræning.

Løbenr: 14	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til	SAMBO				
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x	x		x

Stamdata	
SOF	PSOF Vestjylland
Specifikke målgrupper	Andet (mennesker med udviklingshæmning og andre funktionsnedsættelser)
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAM:BO / Udbredelse af telemedicinsk sår vurdering / Hjemmemonitorering
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Sygeplejerske (kommune) / Anden kategori
Berørte fagpersoner (Anden kategori)	Socialfaglige medarbejdere på bo-tilbud
Berørte specialer	Forslagene knytter sig til botilbud på det specialiserede voksenområde

Beskrivelse af forslaget:

Borgere med psykiatriske problemer og borgere med senhjerneskade:

Ønsker om samtaler med psykiatrisk afdeling over skærm, så man kan undgå fremmøde i skadestuen. Udskrivelsessamtaler over skærm, både med kontaktpersoner og myndighedsrådgiver.

Afsøge apps, programmer m.m. som kan bruges til hjemmetræning for borgere med psykiatriske problemer og borgere med senhjerneskader.

Tiltag fra Grindsted Sygehus for borgere, EDR eller anden relevant samarbejdspart følges op via hjemmemonitorering. Vil også kunne bruges til genoptræningsplaner, så alle relevante samarbejdspartnere kan se, hvad der er arbejdet med.

Borgere med udviklingshæmning:

Her er ikke et egentligt, konkret forslag – men en problemstilling er beskrevet nedenfor.

Forventede effekter:

Med sin deltagelse i projektet ønsker Sundhed, Billund Kommune at fokusere på tidlig opsporing af borgere i risiko for livsstilssygdomme, og borgere, med kronisk sygdom.

Formålet er at stoppe/reducere udviklingen af kronisk og livsstilsrelateret sygdom og forbygge udvikling af følgesygdomme og senkomplikationer. At skabe varige livsstilsændringer for gennem egen-monitorering, personlige livsstilsplaner, online fællesskab med andre kronikere og online vejledning v. kommunale medarbejder.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Området bruger EG's Sensum Bosted og InCorp.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Nedenstående beskrivelse er gældende for de to store tilbud Udviklingscenter Esbjerg og Udviklingscenter Ribe.

"VIRKELIGHED"

Jeg har forsøgt at assistere vores medarbejdere bedst muligt og har taget telefonisk kontakt til den afdeling hos hvem borgeren er indlagt. Her beder jeg om en printet kopi af udskrivningsrapporten, som borgeren kan få med hjem og som jeg så kan "oversætte" for personalet.

Vi har også indgået en samarbejdsaftale med sundhed og omsorg, som skulle medføre at jeg bliver ringet op når der er ordineret en sygeplejefaglig opfølgning efter borgerens udskrivelse. Men det er tænkt som en "lappe-løsning". Det skulle være sådan, at hjemmesygeplejersken er forpligtet til at kontakte UCR når de modtager besked om en af vores borgere. Det kan være en ordination på en sygeplejefaglig indsats, en planlagt opfølgning, en medicinregulering, eller blot en avis om forventet udskrivelse.

Samarbejdsaftalen SAM:BO fastslår, at for en borger, der modtager ydelser efter serviceloven og sundhedsloven, skal enhver udskrivning fra sygehuset være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen. Igen lander vores borgere midt i mellem, for vi modtager jo hverken indlæggelsesrapport, forløbsplan eller udskrivningsrapport. I stedet bliver vi blot informeret (groft sagt) når borgeren er på vej hjem.

Når en borger der modtager ydelse fra kommunen indlægges, bliver der sendt en indlæggelsesrapport til sygehuset. Denne afdækker borgerens sundhedsfaglige oplysninger og kan blandt andet dreje sig om hvilke behov og hjælpemidler borgerne har haft op til indlæggelsen, borgerens funktionsniveau, resumé af helbredstilstand, årsag til indlæggelse og stamdata (den gamle "blå bog"). Vi sender stadig et stykke papir eller en pædagog.

I dag er det heller ikke muligt at have en elektronisk korrespondance med praktiserende læge (tilsvarende hjemmeplejens Edifact system) og vi er derfor tvunget til at kontakte lægen over telefonen og optage denne akut tid med simple og ikke akutte forespørgsler.

Jeg har tidligere efterspurgt muligheden for at vore Sensum Bosted kan kobles op som modtager til sådanne korrespondancer, men får intet endegyldigt svar. Team online skriver at Edifact kan tilkøbes vores Bosteds site og det vil herigennem være muligt at lave korrespondancer mellem andre der har et locations nummer. Udviklingskonsulent Anette Bonde Bertelsen henviser til, at vi skal overveje at tilkøbe denne løsning midlertidigt i håbet om, at der inden længe bliver udarbejdet et system svarende til SAM:BO aftalen. (Formentligt et produkt med udgangspunkt i disse besvarelser).

SUMMA SUMMARUM

Vi mangler et system der muliggør elektronisk korrespondance til og fra os. Et system tilsvarende det der eksisterer og muliggør kommunikationen mellem sygehus, læge og kommune – SAM:BO. Et system hvori vi kan modtage ordinationer, forløbsplaner og udskrivningsrapporter. Samt korrespondance meddelelser af mere "ad-hoc" baseret karakter, som bruger som alternativ til den telefoniske kontakt. En mulighed for korrespondance med vores praktiserende læger.

Jeg oplever specielt behovet fra min stol, men mener også at både vores borgere og vores medarbejdere, vil føle sig mere inddragede og opdaterede og dermed være i stand til forberede/koordinere og tilrettelægge indsatser, hvis vi, på lige fod med hjemmeplejen, kan modtage den løbende elektroniske korrespondance fra sygehusene. Vi mangler altså et IT understøttet system der sikrer, at også vores borgere også oplever et sammenhængende og velforberedt patientforløb.

Løbenr: 15	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse, Behandling og pleje, Genoptræning og rehabilitering

Kategorisering					
Forslag er relateret til	KOL udrulningsprogram				
Forslag er et	Udviklingsforslag				
	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				

Stamdata	
SOF	FYN
Specifikke målgrupper	Mennesker med kronisk sygdom
Prioriterede områder	Afprøvning af Shared Care Platformen, Hjemmemonitorering, Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation, Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus), Sygeplejerske (sygehus), Sygeplejerske (kommune), Læge (praksis)
Berørte specialer	Dette forslag knytter sig til lungespecialet og løsningen leveres aktuelt fra lungeambulatoriet. Løsningen betjenes aktuelt af lungesygeplejersker som er oplært til telefunktionen.

Beskrivelse af forslaget:

I 2016 blev der indgået en aftale mellem regeringen, KOL og Danske Regioner om national udbredelse af telemedicin til borgere med KOL. ¹ I denne aftale er det beskrevet at der inden udgangen af 2019 skal være etableret et TVÆRSEKTORIELT telemedicinsk tilbud til relevante borgere med KOL.

Forslag til bedre digital understøttelse:

Nedsættelse af lokale tværsektorielle arbejdsgrupper, som snarest skal i gang med at drøfte det fremtidige tværsektorielle telemedicinske KOL-forløb, visiteringen til tilbuddet, hvilke målinger der skal foretages, ansvarsfordelingen i forhold til monitorering og mulighed for deling af data.

Forventede effekter:

Det forventes at gennem en tværsektoriel løsning vil patienterne opleve bedre overgange fra indlæggelse til hverdagen i hjemmet. De vil opleve mere tryghed, bedre sygdomsforståelse og derigennem bedre livskvalitet. Via deling af data sikres overblik over sygdomsudvikling og gennem eventuelle tværsektorielle telemedicinske konferencer sammen med patient/borger og pårørende i eget hjem opnås mere effektive forløb. Samtidig vil en større sygdomsforståelse, gennem de tværsektorielle tele-KOL forløb, give færre og kortere indlæggelser og færre ikke planlagte konsultationer i almen praksis.

¹ Sundhedsstyrelsen (2016) Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Tele-KOL kuffert:

Tele-KOL-kufferten en bærbar PC med webcam, der installeres i patientens hjem hvortil der er koblet et pulsoximeter og et spirometer. Tele-KOL sygeplejersken og patienten taler sammen hver dag i 1 ½ uge på dette system.

Via kommunikation gennem video, billeder, lyd, og måleresultater inddrager sygeplejersker patienter med KOL i diagnostik og behandling, der hvor patienten befinder sig, selvom sygeplejerskerne ikke fysisk er til stede.

Patientgruppe:

Patienter med KOL, som bliver indlagt med opblussen i sygdommen, får tilbudt Tele-KOL kuffert som leveres i patientens eget hjem dagen efter udskrivelsen.

Formål med tele-KOL forløb:

I Forløbsprogram for KOL 2010 for Region Syddanmark er det telemedicinske KOL-kuffert-forløb beskrevet som et tilbud til tidligt udskrevne patienter med eksacerbation i KOL og i følge Danske KOL-guidelines er formålet med den telemedicinske løsning fra sygehuset via KOL-kufferten primært at løfte livskvaliteten for patienter og opdage og behandle eksacerbationer tidligt, så man begrænser antallet af indlæggelser/genindlæggelser.

Udfordring ved den nuværende løsning:

I en kvantitativ opgørelse af årsager til at patienter ikke får Tele-KOL kuffert forløb bemærkes det, at i 2015 valgte 8 patienter i en af kommunerne, som Svendborg sygehus samarbejder med, at fravælge tele-KOL forløbet fra sygehuset, da de i forvejen har et telemedicinsk tilbud fra kommunen. Dette tal er stigende i takt med at flere kommuner stiller telemedicinske løsninger til rådighed for patienter med kroniske sygdomme.

Det kunne derfor tyde på, at de tværsektorielle telemedicinske løsninger skal koordineres, så patienten kan anvende samme udstyr til både kommunal og sygehus indsats².

² Svenningsen, H. 2016. Visitation af patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom til et telemedicinsk forløb fra sygehus. En mixed methods undersøgelse af sygeplejerskers visitationspraksis. Masterprojekt. Masteruddannelsen i klinisk sygepleje ved Aarhus Universitet.

Løbenr: 16	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x			

Stamdata	
SOF	PSOF Lillebælt
Specifikke målgrupper	Psykiatriske patienter med somatiske lidelser
Prioriterede områder	Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort
Nye udviklingsområder	Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Andet sundhedspersonale (kommune)
Berørte fagpersoner (Andet fagpersonale)	-
Berørte specialer	I undertegnede område psykiatrisk plejehjem (Guldregnen) og Bosted for psykisk syge. (Teglgårdshuset).

Beskrivelse af forslaget:

Med-com baseret digital kommunikation med bosteder for psykiatriske patienter, Og: Det samme for sundhedsplejens vedkommende.

Forventede effekter:

Lettere kommunikation.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

FMK er etableret, i hvert fald for Guldregnens vedkommende. Men ikkedigital korrespondance i øvrigt.

Udfordring ved den nuværende løsning:

-

Løbenr: 17	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x	x	x	

Stamdata	
SOF	FYN
Specifikke målgrupper	Andet (flere typer patienter, men ikke specifikt den ene eller den anden gruppe.)
Prioriterede områder	Udbredelse af MedCom-standarder / Udbredelse af teleudskrivningskonferencer / Rådgivning via video
Nye udviklingsområder	Nej
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Andet sundhedspersonale (kommune) / Læge (praksis) / Sygeplejerske (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet fagpersonale)	.(kommune)
Berørte specialer	Generelt vil forslagene knytte sig til flere afdelinger / specialer / fagområder, men primært sygeplejersker, Social- og Sundhedsassistenter samt læger

Beskrivelse af forslaget:

1. Mere efterspørgsel på det er allerede iværksat f.eks. videokonference, der er behov for mere viden om dette og træning i digitale møder.
2. MedCom standard der er knyttet sammen med den sygeplejefaglige udredning.
3. Videreudvikle Apps som kan benyttes til videoundervisning til fagpersonale.

Forventede effekter:

ad 1. Ved videokonference kan både borger, pårørende, og tværfaglige samarbejdspartnere deltage i de aftaler der laves f.eks. i forbindelse med udskrivelser, det vil minimere misforståelser, og der er bedre mulighed for gode udskrivningsforløb end ved at 2 personer sidder og taler i telefon.

ad 2. Ifølge "Vedledning om sygeplejefaglige optegnelser " afsnit 6.2.2. skal der i alle sygeplejefaglige optegnelser gøres rede for sygeplejens 12 sygeplejefaglige problemområder, også kaldet den sygeplejefaglige udredning. Det ville betyde at der ikke skal udarbejdes 2 næsten enslydende notater, og vil samtidig følge med i sektorovergangene.

ad 3. Vil betyde at den enkelte fagperson kan hente undervisningen når der er behov for det og at der ikke skal bruges dyr undervisningstid fra begge sektorer til undervisning i specialopgaver.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Udfordring ved den nuværende løsning:

Implementering.

Løbenr: 17A	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x	x	x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Gravide og nyfødte / Børn og Unge
Prioriterede områder	Hjemmemonitorering / Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus)/Sygeplejerske (sygehus) / Lægesekretær (sygehus) Sygeplejerske (kommune)/ Sundhedsplejerske (kommune) /Plejepersonale (kommune) / læge (praksis / Sygeplejerske (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Jordemødre (sygehuse) Sundhedsplejerske (kommune)
Berørte specialer	Familiecentret, kommunerne, psykiatri og praksis

Beskrivelse af forslaget:

2. Hjemmemonitorering af gravide med højt blodtryk
3. Hjemmemonitorering og ambulante besøg på video/'Facetime'for unge med diabetes
4. Hjemmemonitorering af børn og unge med astma og allergi.
5. Udskrivningskonferencer af familier med neonatale børn / nyfødte

Forventede effekter:

2. Preclampsi kan overvejes håndteres i hjemmet
3. Sikre pasning af diabetes i ungdomsår, forebyggelse af senfølger
4. Sikre rettidig intervention. Spare forældres fravær fra arbejdsmarkedet, og pt.fra skolen
5. Optimere personalet tidsforbrug

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Videokonferenceudstyr haves men kan optimeres.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Videokonferenceudstyr kører fint med 2 indgange, ved flere kan der forekomme støj (bankelyde) og udfald

Løbenr: 17B	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
			x	x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Gravide og nyfødte
Prioriterede områder	Udbredelse af teleudskrivningskonferencer
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus)/Sygeplejerske (sygehus) / Lægeseekretær (sygehus) Sygeplejerske (kommune)/ Sundhedsplejerske (kommune) /Plejepersonale (kommune) / læge (praksis / Sygeplejerske (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Jordemødre (sygehuse) Sundhedsplejerske (kommune)
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Udskrivningskonferencer af familier med neonatale børn / nyfødte

Forventede effekter:

Optimere personalet tidsforbrug

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Videokonferenceudstyr haves men kan optimeres

Udfordring ved den nuværende løsning:

Videokonferenceudstyr kører fint med 2 indgange, ved flere kan der forekomme støj (bankelyde) og udfald

Løbenr: 17C	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til	MedCom 11 program				
Forslag er et					
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		x		x	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	Gravide og nyfødte
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAMBO /Udbredelse af MedCom standarder
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus)/Sygeplejerske (sygehus) / Lægesekretær (sygehus) Sygeplejerske (kommune)/ Sundhedsplejerske (kommune) /Plejepersonale (kommune) / læge (praksis / Sygeplejerske (praksis)
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	Jordemødre (sygehuse) Sundhedsplejerske (kommune)
Berørte specialer	Familiecentret på Sygehus Sønderjylland og sundhedsplejersker og praktiserende læger og psykiatrien

Beskrivelse af forslaget:

Elektronisk vandrejournal med registrering af MRSA screening

Forventede effekter:

Mere smidig arbejdsgang, færre dokumentations steder, hurtig opsporing af MRSA

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Ingen digital understøttelse af vandrejournal skal indarbejdes i Cosmic og i SAMBO-aftalen

Udfordring ved den nuværende løsning:

-

Løbenr: 17D	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		X	X	X	

Stamdata	
SOF	Vest (Billund)
Specifikke målgrupper	Gravide og nyfødte
Prioriterede områder	
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	Børneafdelingen, barselsafsnittet, fødeafdelingen, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste

Beskrivelse af forslaget:

- Billund Kommune ligger relativt højt på antallet af genindlæggelser af de 0-2 årige. En skærpet indsats på dette i sundhedsplejen fordrer advis/udveksling af oplysninger, når et barn har været indlagt. Derfor ønske om en løsning, der sikrer udveksling af information om det enkelte barn på tværs af organisationerne. Information skal kunne tilgås fra NOVAX (fx svarende til nuværende praksis ifht. epikrise fra egen læge).
- Kolding Sygehus monitorerer antallet af gravide (fra hver kommune) og sender informationerne til sundhedsplejen. Vi ønsker os også, at denne information kommer fra Herning og Esbjerg.
- Billund Kommune har flere gange erfaret, at de digitale løsninger såsom SKYPE for BUSINESS, videokonference mm. ikke virker rent teknisk. Nogle gange ligger fejlen hos os selv. Andre gange hos samarbejdspartnere. Der er brug for bedre teknisk understøttelse.

Forventede effekter:

- Løsningen vil give mulighed for en fokuseret, forebyggende indsats i sundhedsplejen, der vil bidrage til at reducere antallet af genindlæggelser af småbørn.
- Det estimerede fødselstal giver sundhedsplejen et redskab til at planlægge det forventede ressourceforbrug.
- Besparelser på ressourcer i forhold til befordring

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

NOVAX, Skype for Business, videokonference.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Data er pt. ikke tilgængelig og skal kunne hentes direkte i sundhedsplejens fagsystemer (NOVAX) samt manglende teknisk indsigt i at løse tekniske småproblemer både hos os selv og samarbejdspartnere.

Løbenr: 18	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Implementeringsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				x

Stamdata	
SOF	Lillebælt
Specifikke målgrupper	Andet (Tværsektoriel datadeling sygehus, PL, kommune)
Prioriterede områder	Afprøvning af Shared Care Platformen
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur / Mulighed for hurtig afprøvning af ideer i praksis
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Lægesekretær (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Sundhedsplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Andet sundhedspersonale (kommune) / Læge (praksis) / Sygeplejerske (praksis) / Andet klinikpersonale (praksis) / Anden kategori
Berørte fagpersoner (Andet fagpersonale, anden kategori)	SSA m.fl. (kommune), socialpædagoger m.fl.
Berørte specialer	Berører alle områder hvor der samarbejde/behandling af borgere på tværs af sektorer.

Beskrivelse af forslaget:

Tværgående datadeling mellem sygehus, praktiserende læge og kommune via fælles Telesundheds platform.

Forventede effekter:

- At personalet ved tværgående datadeling får bedre beslutningsgrundlag for diagnosticering og behandling.
- At data er tidstro og hurtigere tilgængelig for alle parter.
- At sygehuset får data stillet til rådighed inden indlæggelsen.
- At borgere oplever sammenhængende sundhedsvæsen, hurtigere og bedre behandling, kan evt. undgå indlæggelse og hvis indlæggelse at blive sendt rundt på flere afdelinger.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

De nuværende fagsystemer som anvendes af sygehus, PL og kommunen. Eneste kommunikationsform i dag er edifact standarder.

Udfordring ved den nuværende løsning:

- At Medcom standarderne kun indeholder visse oplysninger.
- At indlæggelsesrapport kun udløses når borger indlægges, ikke hvis udredning foregår ambulant.

Løbenr: 19	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				x

Stamdata	
SOF	PSOF Vestjylland
Specifikke målgrupper	Nej
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAM:BO / Udbredelse af MedCom-standarder / Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort / Udbredelse af telemedicinsk sårvurdering / Udbredelse af teleudskrivningskonferencer / Hjemmemonitorering / Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation / Rådgivning via video / Bookingsvar og afrapp. til praksis efter forebyggelsestilbud i kommunen
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur / Mulighed for hurtig afprøvning af ideer i praksis / Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Læge (praksis) / Sygeplejerske (praksis) / Andet klinikpersonale (praksis)
Berørte specialer	Det tværsektorielle samarbejde med aktiv inddragelse af borger og pårørende som ligeværdige mennesker, der kan bidrage til at belyse og arbejde aktivt med eget helbreds- og funktionsniveau.

Beskrivelse af forslaget:

- Data der deles mellem flere (fag-)systemer og kan anvendes til at sætte borgeren i centrum.
- Datadeling der inddrager borger og denne pårørende på en hensigtsmæssig måde (og som aktive medspillere)
- Systemer med en høj grad af brugerinvolvering i dens udtryk (Borger, pårørende og professionelle i forhold til at matche teknologien med målgruppen)
- På den tekniske side: Det skal ses som en at der løbende arbejdes på etablering, overvågning og vedligehold på snitflader prioriteres. (Svartider, sikkerhed mv)
- Undgå redundans ved større datadelingsmuligheder.
- Der skal tænkes at data skal være mere en kvantitative data.

Forventede effekter:

- At personalet ved tværgående datadeling får bedre beslutningsgrundlag for diagnosticering og behandling.
- At data er tidstro og hurtigere tilgængelig for alle parter.
- At sygehuset får data stillet til rådighed inden indlæggelsen.
- At borgere oplever sammenhængende sundhedsvæsen, hurtigere og bedre behandling, kan evt. undgå indlæggelse og hvis indlæggelse at blive sendt rundt på flere

afdelinger.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Telemonitorering (her flere leverandører og egen udvikling), MedCom, FMK, EOJ (kommunale side)

Udfordring ved den nuværende løsning:

Der mangles deling af data på et andet og stærkere niveau end det vi har i dag.

Det skal være sådan at borgere oplever et helt og ikke fragmenteret sundhedsvæsen, der arbejder sammen om den kerneopgave, der går på se borgeren som vidensperson i eget forløb og tage udgangspunkt i dennes helbredstilstand og mål.

Løbenr: 19A	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
		X	X	X	

Stamdata	
SOF	Sønderjylland
Specifikke målgrupper	
Prioriterede områder	Videreudvikling af SAM:BO / Udbredelse af telemedicinsk sårvurdering / Udbredelse af teleudskrivningskonferencer Afprøvning og evt. udbredelse af internet- og telepsykiatri / Hjemmemonitorering / Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation / Rådgivning via video /
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur / Mulighed for hurtig afprøvning af ideer i praksis/ Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Anvendelse af videoteknologi rummer muligheder indenfor levering af ydelser over afstand, tværsektorielle konferencer - eks. vedrørende udskrivelser, herunder med borger/pårørende som deltagere - faglig sparring, tværsektoriel kompetenceundervisning, tele-ambulatorier, hjemmebesøg, særlige indsatser indenfor træning og genoptræning , patientuddannelse/undervisning på patientskoler m.v., patient/borger-netværk m.v.

Etablering af henvisning til kommunale forebyggelsestilbud i psykiatrien via REF01.

Forventede effekter:

I vellykkede forløb vil der være muligheder for:
 Reducering af risici ifm overgange fra én sektor til en anden
 Kvalificering af indsatser gennem kompetenceudvikling, relationel koordinering, medinddragelse af borger/patient
 Effektivisering gennem levering af ydelser over afstand
 Øget kvalitet for borger/patient gennem sparet tid og besvær/belastninger ved transport, øget fleksibilitet ift arbejdsmarked

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

P.t. anvendes Cisco Jabber til tværsektorielle videokonferencer

Udfordring ved den nuværende løsning:

Der er behov for en fælles afklaring af / beslutning om, hvilke løsninger, der skal anvendes/kunne anvendes
 Den organisatoriske understøttelse og struktur skal drøftes og tilrettelægges

Løbenr: 19B	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x	x			x

Stamdata	
SOF	Vest (Vejen Kommune)
Specifikke målgrupper	
Prioriterede områder	
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Fra Vejen Kommune kunne vi ønske at

- Den digitale landevej som understøtter kommunikationen med data mellem region/kommune/almen praksis og borger også medtænkes. Nye velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger skal løbende kunne integreres, herunder også i borgerens hjem. Regional understøttelse af fælles infrastruktur og sikker log in er ønskelig.
- It systemerne skal understøtte den tværsektorielle kommunikation
- Bedre understøttelsen af det akutte ambulante forløb
- Forenkle den nuværende korrespondance mellem sygehus og kommune

Forventede effekter:

-

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

-

Udfordring ved den nuværende løsning:

-

Løbenr: 19C	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til	KOL udrulningsprogram				
Forslag er et					
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x	x			x

Stamdata	
SOF	SOF Vest (Varde kommune)
Specifikke målgrupper	
Prioriterede områder	
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

Hermed bud fra Varde Kommune i forhold til afdækning af ønsker til IT-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde.

Helt overordnet vores bud på en it-arkitektur der kan bidrage til, at det bliver nemmere for os (og for leverandører) at lave kommende integrationer på dataniveau (og evt. systemniveau, hvis det ikke kan undgås).

Når vi kigger på spørgsmålene, der skal besvares, bliver vi i tvivl om, hvorvidt et bud på en arkitektur er noget, regionen synes, vi skal forholde os til. Eks, kan vi kun afkrydse én målgruppe (fx den ældre medicinske patient), mens vi i den kommunale virkelighed har brug for at adressere mange målgrupper.

Vi mener, det er afgørende, at vi prioriterer behovet for en fælles it-arkitektur, og at manglen på samme har været en afgørende forhindring for at mange års gode intentioner (så godt som aldrig) er blevet til noget som helst.

It-arkitekturen skal overordne bestå af to dele:

1. En overordnet dataarkitektur der angiver standarder for data og datasæt på tværs af aktørerne (på linje med FS3) – og som også tager højde for kommunernes behov for sammenhæng på tværs af såvel målgrupper ("diagnoser") som arbejdsformer (ikke kun behandling)
(Dataarkitekturen skal fungere som bilag til kravspecifikation til kommende systemleverandører)
2. En metadatabase, der kan tilgås af alle relevante aktører, og som indeholder metaoplysninger om
 - Organisering, herunder borgerens tilknytning hertil
 - Hvilke data der findes ("kolonneoverskrifterne"), og hvilke der er adgang til
 - Aktualitet og validitet af data
 - Beskrivelse af teknisk platform og evt. eksisterende snitflader (fx Medcom)
 - Placering af ansvar for data (ejerskab, sikkerhed, arkivering, mv.)

Konkret har vi ønsker til løsninger der understøtter:

- Den relationelle koordinering omkring borgerforløb på tværs af sektorerne (sygehus – egen læge – Kommune), evt. i form af faglige, virtuelle møder omkring komplekse forløb
- Øget borgerinddragelse, der minimerer behovet for medvirken af medarbejdere i de forskellige sektorer
- Borgernes mulighed for ambulante kontroller via velfærdsteknologi
- Kompetenceudvikling blandt sundhedsfagligt personale
- Brugervenlighed i forhold til minimering af manuelle indtastninger.
- Driftssikkerhed (fokus på need to have fremfor nice to have – i relation til samarbejdet omkring borgerforløb)

Forventede effekter:

-

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

-

Udfordring ved den nuværende løsning:

-

Løbenr: 19D	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Det nære sundhedsvæsen

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x	x			x

Stamdata	
SOF	Vest
Specifikke målgrupper	
Prioriterede områder	
Nye udviklingsområder	
Berørte fagpersoner	
Berørte fagpersoner (Andet sundhedspersonale)	
Berørte specialer	

Beskrivelse af forslaget:

- En elektronisk vandrejournal mellem patient, praktiserende læge og sygehus.
- Løsninger hvor vi deler/kan tilgå viden elektronisk, når der er behov. Det skal på sigt erstatte at vi skal sende til hinanden.

Forventede effekter:

-

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

-

Udfordring ved den nuværende løsning:

-

Løbenr: 20	
Indsatsområde(r)	Forebyggelse / Behandling og pleje / Genoptræning og rehabilitering / Andet
Andet	Skadesreducerende indsatser

Kategorisering					
Forslag er relateret til					
Forslag er et	Udviklingsforslag				
Forslag vedrører primært	Datadeling	MedCom	Video	Konkret	Strategisk
	x				

Stamdata	
SOF	PSOF Lillebælt
Specifikke målgrupper	Andet (Dobbeltbelastede borgere med psykiatriske lidelser og samtidigt misbrug)
Prioriterede områder	Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort / Udbredelse af teleudskrivningskonferencer / Hjemmemonitorering / Rådgivning via video / Bookingsvar og afrapp. til praksis efter forebyggelsestilbud i kommunen
Nye udviklingsområder	Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur / Mulighed for hurtig afprøvning af ideer i praksis / Udbredelse af modne og afprøvede løsninger
Berørte fagpersoner	Læge (sygehus) / Sygeplejerske (sygehus) / Sygeplejerske (kommune) / Plejepersonale (kommune) / Læge (praksis) / Andet klinikpersonale (praksis)
Berørte specialer	Retspsykiatri, lokalpsykiatri, socialpsykiatri, misbrugscenter, almenpraksis, myndigheder (social og sundhed)

Beskrivelse af forslaget:

En tværsektionel digital understøttet platform vil give bedre mulighed for at udveksle relevante oplysninger, vidensdeling, koordinering og ikke mindst sikre overgange mellem regionale og kommunale indsatser.

Forventede effekter:

Mindst mulig indgriben og optimal ressourceanvendelse, samt smidigere og mere målrettede og koordinerede forløb for dobbeltbelastede borgere.

Det må kunne forventes at en bedre sammenhæng mellem de regionale og kommunale enheder vil kunne forebygge indlæggelser, medføre kortere indlæggelser og hurtigere rehabilitering.

Beskrivelse af den nuværende løsning på området:

Fælles Medicinkort.

Udfordring ved den nuværende løsning:

Fælles medicinkort er ikke integreret i Misbrugscentrets journaliseringssystemer. Der er ikke mulighed for digital kommunikation mellem misbrugscentret og behandlingspsykiatrien og almenpraksis.

Følgegruppe for velfærdsteknologi og telemedicin

Ønsker til øget digitalisering i Sundhedsaftale- samarbejdet

Afrapportering til Det Administrative Kontaktforum

Indhold

OPDRAG.....	2
OPGAVELØSNING.....	2
AFGRÆSNING: DIGITALISERING AF SVANGREOMRÅDET.....	4
DATAINDSAMLING	5
BEARBEJDNING AF DATA	5
DEL 1 INDSENDELSE AF FORSLAG VIA SPØRGESKEMA.....	5
DEL 2 GRUPPERING AF FORSLAG	6
DEL 3 YDERLIGERE BEARBEJDNING AF FORSLAG PÅ WORKSHOP	7
IGANGSATTE/KOMMENDE INITIATIVER.....	8
MEDCOM 11 PROGRAMMET	8
PILOTPROJEKT VEDR. KOMPLEKSE PATIENTFORLØB.....	10
KOL PROGRAMMET I SYDDANMARK.....	13
IMPLEMENTERING AF REVIDEREDE SAM:BO FORLØB.....	16
HANDLINGSANVISENDE INDSATSOMRÅDER.....	17
INDSATSOMRÅDER INDEN FOR DIGITALISERING	18
TVÆRSEKTORIEL ANVENDELSE AF VIDEO	18
TVÆRSEKTORIEL DATADELING	19
DATADELING PÅ TELEMEDICINSK PLATFORM.....	20
FÆLLES STANDARDER FOR BORGEROPSAMLET DATA (I APPS)	21
FÆLLES STANDARDER FOR DELING AF DATA MELLEML FAGSYSTEMER.....	22
INDSATSOMRÅDER INDEN FOR ORGANISATORISK IMPLEMENTERING	23
ORGANISATORISK IMPLEMENTERING OG VIDENDELING.....	23
TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE OM DEN (SÅRBARE) GRAVIDE OG BØRN (SPECIFIK MÅLGRUPPE)	25
OPSUMMERING OG ANBEFALINGER TIL VIDERE PROCES.....	26

Opdrag

I foråret 2016 fik Følgegruppe for velfærdsteknologi og telemedicin som opdrag at igangsætte og gennemføre en temadrøftelse om it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation i Syddanmark på baggrund af en kortlægning af området. Formandskabet for følgegruppen præsenterede på DAK mødet i november 2016 resultaterne af kortlægningen, hvor DAK herefter drøftede behovet for tværsektorielle it-løsninger samt hvorvidt der var et behov for en nærmere analyse af fælles behov og mulige it-løsninger.¹

I forlængelse af det præsterende materiale og den efterfølgende temadrøftelse, fik følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin til opgave at:

‘Beskrive konkrete faglige områder, hvor man har et ønske om eller behov for øget deling af informationer, som kan gøres lettere ved it-understøttelse. Disse ønsker og behov skal holdes op imod den it-understøttelse, som vi har i dag (hvad kan vi allerede) og endvidere pege på fremtidige udviklingsbehov. De lokale samordningsforaer bedes komme med input til følgegruppen i forhold til ovenstående. Her ud over skal følgegruppen som case beskrive mulighederne for it-understøttelse på svangreområdet’.

Opgaveløsning

Med afsæt i opdraget, diskuterede formandskabet og sekretariatet opgaveløsningen og blev enige om at opgaven syntes at indeholde tre hovedelementer:

- 1)** en kortlægning af ønsker og behov til it-understøttet information/kommunikation på tværs af sektorer
- 2)** en handlingsanvisende analyse med forslag til indsatser med henblik på fremtidige udviklingsbehov
- 3)** en beskrivelse af mulighederne for it-understøttelse på svangreområdet som case.

Jf. temadrøftelsen, har Følgegruppe for velfærdsteknologi og telemedicin udarbejdet og præsenteret materiale for DAK der kortlægger hhv. Regionens og kommunernes it-systemer. Ønskes der en sammenligning af denne kortlægning og

¹ Referat DAK 23. november 2017

nærværende opdrag, kræver det yderligere bearbejdning og derfor ser følgegruppen dette som en ny opgave – uden for opdraget.

Afgræsning: Digitalisering af svangreområdet

I forlængelse af temadrøftelsen om telemedicin i Det Administrative Kontaktforum i november 2016 fik Følgegruppe for velfærdsteknologi og telemedicin også til opgave at beskrive mulighederne for it-understøttelse af svangreområdet.

Der er gjort flere forsøg på at digitalisere svangreområdet (i regi af Sundhed.dk og Fyns og Frederiksborg Amter, Region Syddanmark i Shared Care og i regi af DAK-E, DanChild og Københavns Universitet)

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

- A)** At de nuværende papirblanketter indgår i komplekse arbejdsgange i forbindelse med henvisning og visitation, som ikke i tilstrækkelig grad har været understøttet i de tidligere forsøg på digitalisering
- B)** Projekterne har ikke været organiseret med den nødvendige (nationale) forankring, som kunne åbne for nødvendige ændringer i standarder og basissystemer

I forberedelserne af MedCom10 programmet (arbejdsprogrammet for MedCom i perioden 2016-2017) forelå et projektoplæg til et MedCom projekt til digitalisering af svangreområdet, men forslaget blev nedprioriteret af regionerne, hvorfor det ikke blev etableret.

Med henblik på at sikre en tilstrækkelig national forankring indstillede Følgegruppe for velfærdsteknologi og telemedicin på DAK møde den 30. marts 2017, at man i Syddanmark i fællesskab arbejder for at få et projekt for digitalisering af svangreområdet ind i MedCom11 programmet.

På baggrund heraf anbefalede Det Administrative Kontaktforum at der etableres et MedCom 11 projekt til digitalisering af svangreområdet, hvorfor en beskrivelse af svangreområdet løftes i regi af MedCom 11 og derfor ikke behandles yderligere i nærværende afrapportering.

Processen for fastlæggelse af MedCom11 programmet (2018-2019) er sat i gang med henblik på, at programmet forelægges Den Nationale Bestyrelse for Sundheds-IT i november og godkendes i MedComs styregruppe den 13. december 2017, hvor både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening er repræsenteret.

Dataindsamling

Følgegruppen har taget afsæt i indeværende sundhedsaftale, herunder de temaer og problematikker som er beskrevet indenfor området for velfærdsteknologi og telemedicin.

Selve dataindsamlingen bestod af to delelementer, hvor indsendte forslag til initiativer blev grupperet og anvendt som ramme for en fælles workshopdag afholdt den 21. april. På selve workshopdagen, blev de indsendte forslag grupperet yderligere baseret på sammenhænge indenfor et bestemt felt/problemområde og slutningsvis samlet til en række overordnede forslag til potentielle it-indsatsområder på tværs af faglige områder.

Bearbejdning af data

Del 1 Indsendelse af forslag via spørgeskema

Først del af dataindsamlingen bestod af et semistruktureret spørgeskema som blev sendt til de fire somatiske og de fire psykiatriske samordningsfora. Det var op til de enkelte sekretariater at tilrettelægge en proces, hvor Samordningsfora og tilknyttede implementeringsgrupper fik lejlighed til at besvare spørgeskemaet og derved pege på områder, hvor en større grad af digitalisering og it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde var ønskværdig. I alt modtog følgegruppen 35 besvarelser. Da enkelte forslag adresserede flere problemstillinger modtog følgegruppen reelt et større antal forslag til indsatser.

Formålet med spørgeskemaet var, med afsæt i sundhedsaftalens temaer og problematikker på velfærdsteknologi- og telemedicinområdet, at give hvert enkelt SOF muligheden for at byde ind med ønsker og behov til kommende it-understøttelse som lå indenfor rammerne af allerede prioriterede områder i Sundhedsaftalen. Spørgeskemaet var opbygget på en måde, så der også var mulighed for at beskrive andre ønsker eller behov som nødvendigvis ikke var hæftet op på et allerede kendt tema eller problematik.

Del 2 Gruppering af forslag

Denne del af dataindsamlingen bestod i bearbejdning af de indkomne forslag, hvor følgegruppesekretariatet foretog en gruppering af forslagene baseret på en række relevante parametre.

Det var her muligt, at inddele forslag i en række overordnede kategorier, hvor en kategori kunne karakteriseres som forslag der var relateret til allerede igangsætte eller kommende initiativer. Denne gruppe af forslag kunne relateres til fire digitale initiativer:

Forslag er relateret til	Antal forslag
Komplekse forløb	3
KOL udrulningsprogram	3
MedCom11 program	1
SAM:BO udviklingsinitiativer	3

Næsten en tredjedel af de indkomne forslag kunne altså relateres til igangværende eller kommende initiativer. Dette peger på et vidensgap mellem fælles projekter/initiativer og de enkelte organisationer. Dermed er der behov for at viden om hvilke tværgående projekter og initiativer der er i gang eller på sigt igangsættes, skal ud i de enkelte organisationer, så der sikres en gennemsigtighed vedrørende den tværfaglige it-understøttelse af sundhedsaftalesamarbejdet.

Med afsæt i ovenstående betragtninger, foreslår Følgegruppen derfor, at videndeling omkring allerede eksisterende og kommende digitale initiativer bliver et konkret indsatsområde i forbindelse med organisatorisk implementering.

De resterende forslag blev kategoriseret ud fra to parametre; type og indhold.

Type (forslaget er et)	
Implementeringsforslag	Forslaget retter sig primært mod implementering – dvs. der (gen)anvendes kendt teknologi og afprøvede procedurer
Udviklingsforslag	Forslaget forudsætter udvikling af tekniske løsninger og/eller udvikling af organisatoriske rammer/processer
Indhold (forslaget vedrører primært)	
Datadeling	Forslaget vedrører primært deling af information på tværs af sektorer, som ikke umiddelbart kan løses med MedCom kommunikation
MedCom (kommunikation)	Forslaget knytter sig til den traditionelle meddelelsesbaserede kommunikation
Video	Video indgår som teknisk løsning

Det var herefter muligt at samle forslag i et katalog (bilag: Katalog over forslag til digitalisering) og inden workshopen, at bryde kataloget yderligere ned i tre spor for workshopen der så på forslag relateret til:

- A)** Udvikling (indenfor MedCom kommunikation og Video)
- B)** Udvikling (indenfor Datadeling)
- C)** Implementering (Ikke indholdsspecifik)

Del 3 Yderligere bearbejdning af forslag på workshop

Den sidste del af databearbejdningen fandt sted på en workshop den 21. april, hvor hvert SOF og P-SOF kunne melde relevante kliniske og administrative deltagere til.

Dagen blev faciliteret af to proceskonsulenter og deltagere fik til opgave, først at diskutere de enkelte forslag for hvert workshopspor og herefter at kortlægge hvorvidt forslag kunne grupperes indenfor en række bestemte digitale fællestræk.

På baggrund af dette arbejde, blev der identificeret seks overordnende indsatsområder samt et indsatsområde for en specifik målgruppe som kan rumme de konkrete faglige områders fælles ønsker og behov for it-understøttelse.

Igangsatte/kommende initiativer

Afsnittet giver læseren et indblik i de igangsatte eller kommende initiativer på sundhedsaftaleområdet. Her beskrives kort initiativerne og hvad de indebærer, herunder digital understøttelse. Hvert initiativ kobles til de ønsker/behov der er kommet ind som forslag relateret til området.

MedCom11 programmet

MedCom11 løber i en toårig periode (2018-2019). Indholdet af programmet fastlægges i efteråret 2017 med godkendelse i Den Nationale Bestyrelse for Sundheds-IT i november og i MedComs styregruppe i december 2017.

MedCom11 programmet forventes bl.a. at komme til at indeholde:

- 1)** Videreudvikling af henvisning til kommunal forebyggelse. Kommunerne og de praktiserende læger udvikler løsninger, så de kan anvende den dynamiske henvisning (fra praktiserende læge til kommunen), og kommunen kan sende svar tilbage til praksis medio 2018. Sygehusene kan udvikle en løsning efter medio 2018.
- 2)** Digital understøttelse af tværsektoriel kommunikation på det socialpsykiatriske område.
- 3)** Udvikling af standarder på det akut ambulante område, hvor den elektroniske kommunikation mellem kommunen og sygehuset skal sikres. Dette vil berøre advis, indlæggelsesrapporten og udskrivningsrapporten.
- 4)** Digitalisering af svangreområdet med en elektronisk svangre/vandrejournal.

De indsendte ønsker til øget digitalisering og den efterfølgende workshop viser behov for modernisering og fortsat udbredelse af MedCom-standarder til understøttelse af det samarbejdende sundhedsvæsen. Efterspørgslen retter sig hovedsagelig til udvikling af it-understøttelse af samarbejde mellem kommuner og sygehuse i det akutte patientforløb og it-understøttelse af kommunikation på det socialpsykiatriske område. Desuden efterspørges henvisning til kommunal forebyggelse, en national elektronisk svangre/vandrejournal og mulighed for at kunne kommunikere på en smartere måde.

De ønsker, som forudsætter ændringer i standarder og som falder inden for de fire forventede projekter i MedCom11 henvises hertil, idet det ikke giver mening at igangsætte regionale initiativer inden for samme områder.

De ønsker, som helt eller delvist vil kunne opfyldes ved bedre eller korrekt anvendelse af allerede eksisterende muligheder henvises til det foreslåede indsatsområde: organisatorisk implementering, som tilsigter at etablere en ramme for at sikre fuld organisatorisk implementering og forankring.

Dog har Sygehus Sønderjylland i anden sammenhæng fremsat ønske om et projekt til digitalisering af svangreområdet. Muligheden for at etablere et for-projekt for MedCom11 projektet undersøges derfor – evt. som forberedelse af en pilotimplementering i MedCom11 projektet.

Pilotprojekt vedr. Komplekse patientforløb

Flere af de indsendte ønsker og forslag til digitalisering af sundhedssamarbejdet samt resultaterne af workshopen viste, at tværsektoriel deling af data, herunder deling af data på telemedicinsk platform, er særligt efterspurgt. Flere af de efterspurgte funktioner indgår i programmet for komplekse forløb, bl.a. er der ønske om fælles overblik over borgerens/patientens aftaler og kontakter samt overblik over aftaler og borgerens/patientens mål.

I økonomaftalen for 2017 mellem regeringen, KL og Danske Regioner samt Handlingsplanen for Den Ældre medicinske Patient og Den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2016-2020 er der indgået aftale om et fællesoffentligt program for komplekse patientforløb i perioden 2016-2020.

Baggrunden for programmet er det fællesoffentlige afklaringsprojekt 'Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb' (DUK-OP) som havde til formål at afdække de udfordringer, som sundhedsaktører, patienter og pårørende i dag oplever i samarbejdet om komplekse patienter på tværs af sektorer.

Afklaringsprojektet viste, at der i komplekse, tværsektorielle patientforløb er behov for et bedre samarbejde og en bedre koordinering på tværs samt en højere grad af involvering af patienter og pårørende. Behovet for at sikre koordinering, kommunikation og deling af oplysninger om patientens behandling forøges i takt med, at sundhedsvæsenet udvikler sig mod kortere indlæggelser, færre sengepladser og øget vægt på ambulant behandling på sygehusene. Dette giver endvidere en øget rolle for kommunal sundhedspleje og krav til samarbejdet med almen praksis.

Programmet består således af følgende projekter:

Projekt 1: Fælles stamkort. Projektet skal etablere de nødvendige redskaber og infrastruktur til at give patienter, pårørende og relevante sundhedsfaglige aktører et fælles overblik over patientens stamdata og kontaktpersoner. Projektet er igangsat Q1 2017 og forventes afsluttet og overdraget i Q1 2018.

Projekt 2: Planer og indsatser. Projektet skal etablere de nødvendige redskaber og infrastruktur, så der kan laves en pilotafprøvning, hvor der kan skabes et overblik over

patientens planer på tværs af sektorer i et fagsystem. Projektet er igangsat Q1 2017 og forventes afsluttet i Q3 2018

Projekt 3: Patientens mål. Programmets arbejdsgangsanalyse viser, at patientens mål ofte kun fremkommer sporadisk i den eksisterende dokumentation og udelukkende som en del af journalnotater. Plejeforløbsplanerne indeholder eksempelvis information om hjælpemidler, genoptræning og behov, men ikke om hvad patienten reelt har af mål. Projektet igangsættes i Q1 2018 og forventes afsluttet i Q4 2018.

Projekt 4: Fælles pilotafprøvning af aftaler, stamkort og planer og indsatser. Projektet omfatter en pilotafprøvning af løsningerne "Aftaler", "Fælles stamkort" og "Planer og indsatser". Projektet skal kvalitetssikre leverancerne i de øvrige projekter i programmet og skabe et robust beslutningsgrundlag for organisatorisk udbredelse af programmets løsninger i hele sundhedsdomænet. Løsningen vedrørende aftaler er allerede under udvikling i regi af Sundhedsjournalen, og udgør således ikke et (udviklings)projekt i programmet, men selve afprøvningen af aftaledeling indgår som et delement i den fælles pilotafprøvning.

Da leverancerne fra udviklingsprojekterne ikke kan afleveres samtidigt, er der tale om en pilot i tre faser, hvor flere data bliver tilføjet i den samme afprøvning. Projektet er igangsat i Q1 2017 med mobilisering, aftale om pilotsteder og udarbejdelse af PID. Hele projektet forventes afsluttet i Q3 2019.

I regi af Regionernes Sundheds-It er Region Nordjylland og Region Midtjylland udpeget som pilotregioner. Der vil dog på længere sigt være mulighed for, at Region Syddanmark også kan deltage i pilotafprøvningen.

Der er på workshoppen beskrevet 2 indsatsområder, som i et vist omfang berører de samme problemstillinger, som på nationalt niveau også adresseres i Program for komplekse forløb (og til dels også i Program for udbredelse af hjemmemonitorering til borgere med KOL).

Dette vedrører "Tværsektoriel datadeling" og "Datadeling på telemedicinsk platform", og drøftelserne på workshoppen peger på, at løsninger som understøtter disse behov er stærkt efterspurgt i klinikken.

Der vil jf. ovenfor gå en rum tid før Program for Komplekse forløb kan forventes at give resultater, som kan føre til implementering af nye digitale løsninger til understøttelse af komplekse forløb.

Det kan derfor overvejes, om der i en interim periode kan igangsættes initiativer, som kan give erfaringer og viden, som kan forberede nye digitaliseringsløsninger på området og føre frem til, at Region Syddanmark sammen med interesserede kommuner vil kunne indgå som aktiv part i pilotafprøvningen i programmet for komplekse forløb.

KOL programmet i Syddanmark

Regeringen, KL og Danske Regioner har i ØA2016 aftalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019. I aftalen er det forudsat, at implementeringsopgaven bliver organiseret i fem landsdelsprogrammer, der aftalemæssigt knyttes op på sundhedsaftalerne.

Sundhedsdatastyrelsen har defineret Telemedicin som en *'Sundhedsydelse der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde'*.¹

Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet i deres hverdag, samtidig med at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

Målgruppen for telemedicinsk hjemmemonitorering estimeres for hele landet at ligge mellem 10.000 til 12.000. For Region Syddanmark vurderes det ved fuld indfasning, at der kan inkluderes 2.600 borgere med diagnosen KOL i et telemedicinsk behandlingsforløb².

Scope for landsdelsprogrammet

KOL programmet i Syddanmark er ansvarlig for implementeringen af telemedicinsk hjemmemonitorering Syddanmark. Selve scope for de enkelte landsdelsprogrammer indeholder følgende elementer³:

- Den digitale løsning, der benyttes af borgeren, hvor borgeren kan indtaste/inddatere og se sine data mm, samt det måleudstyr der knytter sig til løsningen.
- Den digitale løsning, som medarbejdere benytter til monitorering og administration af patienterne/borgerne. Det er som udgangspunkt en selvstændig løsning, men den kan indbygges i/integreres med fagsystemerne (EPJ/EOJ).
- Sikrer at de enkelte interessenter bestiller snitflader hos respektive leverandører.
- Servicemodell for de services der knytter sig til et telemedicinsk tilbud som service og support.

² Borgere med KOL – kontaktfbrug i sundhedsvæsenet og medicinforbrug, Sundhedsdatastyrelsen, november 2016

³ Principper for telemedicin – v 1.0

Derudover løftes en række opgaver i nationalt regi bl.a.:

Fælles kravspecifikation

- En fælles arbejdsgruppe udarbejder med afsæt i princippapiret en kravspecifikation til anskaffelse af en telemedicinsk løsning, herunder en administrativ løsningsdel, målrettet de sundhedsprofessionelle og en borgerrettet løsning. Kravspecifikationen skal leveres, så den med ingen eller få tilpasninger kan anvendes i efterfølgende udbud.

Fælles udbud

- En fælles udbudsorganisation gennemfører et fælles ramme udbud og sikrer et kontraktgrundlag for en telemedicinsk løsning. Dette sker ved at man tildeler udbuddets delaftaler til et antal leverandører.

De enkelte landdelsprogrammer indgår en leveranceaftale med den ønskede leverandør på de enkelte delaftaler, og tilvælger evt. optioner. Landsdelsprogrammet varetager de nødvendige aktiviteter i forhold til lokal implementering af den valgte løsning.

Krav i udbuddet sikrer, at data leveres, eller stilles til rådighed for den nationale telemedicinske infrastruktur – så fagsystemer via NSP kan hente og vise monitoreringsdata og svar på sundhedsrelaterede spørgsmål.

Modning af Telemedicinsk Infrastruktur (MaTIS)

- Modning af KIH-database, NSP-services og MedCom infrastruktur, der sikrer den basale udveksling af data og beskeder imellem aktørerne.
- At sikre snitflader til fagsystemer, herunder at sikre at samtlige EPJ, EOJ og Lægepraksis leverandører certificeres, så de er i stand til at hente og vise data fra den nationale telemedicinske infrastruktur.
- Sikrer at leverandørerne udarbejder en præsentation af data, således at de indgår i en naturlig sammenhæng med øvrige datakilder i fagsystemet.
- Sikrer også at der ligger roadmap hos de enkelte leverandører for hvornår integrationen kan bestilles.

I forlængelse heraf skal hver enkelt kommune/region/praksis sikre egen bestilling og

levering af integrationen til eget driftssystem (EOJ/EPJ/LPS).

Fastlæggelse af telemedicinsk tilbud i Syddanmark

På nuværende tidspunkt er et tværsektorielt projektspor nedsat i regi af KOL programmet i Syddanmark, der har til opgave at se på det fremtidige tværsektorielle telemedicinske KOL-tilbud, herunder indhold/målinger, målgruppe og ansvarsfordelingen mellem aktører.

En række af de indkomne forslag adresserer behovet for udveksling af data mellem fagsystemer, hvilket KOL programmet i sin helhed adresserer i et forudsætningsprojektet vedrørende modning af den nationale infrastruktur, hvor der på nuværende tidspunkt er udviklet tre standarder for udveksling af data på tværs. I første omgang til brug for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL og på sigt til brug for andre diagnosegrupper fx mennesker med diabetes.

De tre standarder som MedCom i regi af MaTIS har udarbejdet er:

- A)** Udveksling af måledata (vægt, blodtryk og iltmætning)
- B)** Spørgeskema definition
- C)** Spørgeskema svar

Standarderne indeholder anvisninger på hvordan alle data skal kodes, så de opsamlede data kan genbruges på tværs af organisationer, der indgår i behandlingen.

Implementering af reviderede SAM:BO forløb

En del af de fremsatte forslag adresserer ændringsønsker til de eksisterende SAM:BO-forløb, men som led i arbejdet med Sundhedsaftalen er der allerede i regi af Følgegruppe for behandling og pleje igangsat to initiativer i forhold til SAM:BO:

1) Revision af forløbene for SAM:BO for både 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, og der er udarbejdet et endeligt oplæg til godkendelse i DAK. Forløbene forventes implementeret i 2. eller 3. kvartal 2017.

2) Videreudvikling af SAM:BO

Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har set på mulighederne for videreudvikling af SAM:BO. Det er besluttet, at der skal startes med socialpsykiatrien frem for arbejdsmarkedsområdet, da det forventes at være mindre komplekst. Der er derfor igangsat et arbejde med en tids- og procesplan med fokus på socialpsykiatrien.

Flere af de forslag og ønsker, der er kommet ind og som er behandlet på workshoppen, relaterer sig primært til funktionaliteten og samarbejdet omkring måden, hvorpå man udveksler oplysninger imellem sektorer. De ønsker, som helt eller delvist vil kunne opfyldes ved bedre eller korrekt anvendelse af allerede eksisterende muligheder henvises til det foreslåede indsatsområde: organisatorisk implementering, som tilsigter at etablere en ramme for at sikre fuld organisatorisk implementering og forankring.

De ønsker, der forudsætter ændringer til - eller udvikling af - digital understøttelse af SAM:BO må derfor henvises til de kommende eller allerede igangsatte initiativer i regi af MedCom 11.

Handlingsanvisende indsatsområder

På workshopen blev der formuleret seks overordnede handlingsanvisende indsatsområder samt et indsatsområde for en specifik målgruppe.

Indsatsområderne blev identificeret gennem en proces hvor indsendte forslag blev grupperet yderligere baseret på sammenhænge indenfor et bestemt felt/problemområde. Herefter diskuterede deltagere på workshopen problemområdet og hvordan dette evt. kunne understøttes digitalt.

En række af indsatserne lægger op til udvikling af de digitale muligheder og har som konsekvens heraf en længere tidshorisont.

Andre retter sig mod organisatorisk implementering af allerede kendte løsninger, og vil dermed kunne sættes i værk med en kort tidshorisont.

Indsatsområder inden for digitalisering

Tværsektoriel anvendelse af video		
Relateret til forslag 10, 12, 17, 17A, 17B, 19A		
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Flere parter i Sundhedsvæsenet efterspørger mulighed for at kommunikere via video i forskellige sammenhænge. Der efterspørges anvendelse af video til bl.a. • Tværsektorielle konferencer, fx udskrivningskonference • Konsultation/konference i forskellige konstellationer med deltagelse af patient, pårørende, praktiserende læge, speciallæge, kommune og sygehus • Patientundervisning • Rådgivning • Faglig sparring • Tværsektoriel kompetenceundervisning Der anvendes i dag forskellige videoløsninger i de respektive organisationer, men der er behov for der skitseres en løsningsmodel for hvordan nuværende løsninger kan understøtte et behov for videokommunikation på tværs af organisationer og sektorer. Løsningsmodellen skal kunne håndtere diverse opsætninger hos borger/patient/pårørende samt i de respektive organisationer.	Formålet med initiativet er at sikre en fælles forståelse og enighed omkring hvordan man ønsker at anvende videokommunikation i region Syddanmark samt hvordan man sikrer at nuværende løsninger fortsat kan anvendes i et tværsektorielt setup. Løsningsmodellen skal kunne anvendes af borgere/patienter, praktiserende læger, speciellæger, forskellige forvaltninger i kommunerne og alle sygehuse i Syddanmark.	Barrierer • Strategiske beslutninger i de respektive organisationer. • Logistikproblemer i de respektive organisationer Gevinster Der er flere gevinster ved at have en fælles løsningsmodel for tværsektoriel videokommunikation, bl.a. • Sikkerhed i forhold til borger/patient • Understøttelse af borger/patientens behov • Tidsbesparelse for alle i forhold til transport • Video"mødet" afbrydes ikke af tekniske problemer pga. forskellige løsninger • Der kan fokuseres på behandling/omsorg for borger/patient frem for teknik • Kvalificering af indsatser gennem kompetenceudvikling • Nemmere anvendelse af video
Forslag til videre proces		
Der etableres en arbejdsgruppe med tværsektoriel deltagelse, som får til opgave at: • Kortlægge og beskrive nuværende etablerede videoløsninger indenfor de forskellige anvendelsesscenarier • På baggrund af kortlægning, lokalisere gaps, hvor allerede etablerede løsninger med fordel kan anvendes/implementeres • Igangsættelse af dialog på strategisk niveau i forhold til anvendelse af video på tværs af organisationer og sektorer (etablere et roadmap for videokommunikation).		

Tværsektoriel datadeling		
Relateret til forslag 19,19B, 19D, 18,7,13, 11		
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Der genereres nye data hver gang en patient er i kontakt med sygehus, kommune eller praksis. Disse data kan anvendes som beslutningsstøtte på tværs af sektorer. For at skabe et sammenhængende forløb for patienten, er det afgørende at sygehus, kommune og lægepraksis har adgang til de samme data. Ved at samle relevant viden og data om patienten skabes et grundlag for at give et tidstro billede af patientens samlede sundhedstilstand. Herved mindskes ligeledes risikoen for at vigtige oplysninger går tabt, det skaber et bedre overblik over patientens samlede forløb og det skaber muligheden for at koordinere de forskellige indsatser i behandlingsforløbet. Data kan deles på tværs af sektorer og der findes allerede flere forskellige tekniske løsninger til dette, som er implementeret flere steder i Danmark.	At implementere og udbrede de tekniske løsninger, der allerede findes mhp. at sikre deling af data på tværs af sektorer i Syddanmark.	Barrierer: • Forskellig dokumentations praksis på tværs af sektorer • Implementering af nye arbejdsgange • Stort udbud af tekniske løsninger Gevinster: • At kommune, sygehus, praktiserende læge og patient har adgang til samme data. • At data er tilgængelige og overskuelige for alle relevante parter. • At anvende erfaringer fra sygehuse, praksis og kommuner, hvor der allerede er implementeret tekniske løsninger og anvende deres erfaringer i videre implementering. • Øget effektivisering • Øget patientsikkerhed
Forslag til videre proces		
• Nedsættelse af en bred arbejdsgruppe der har til opgave at lokalisere muligheder for datadeling på kort sigt, givet at der på sigt er digitale initiativer (såsom Komplekse patientforløb og Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering) der vil løse mange af udfordringerne.		

Datadeling på telemedicinsk platform		Relateret til forslag: 6, 8b, 9, 18
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Den øgede forekomst af kroniske sygdomme stiller store krav til det samlede sundhedsvæsen ift. Koordinering og at sikre sammenhæng, kvalitet og patientsikkerhed. Hver gang en patient er i kontakt med praktiserende læge, speciallæge, sygehus, kommunal rehabilitering eller hjemmepleje genereres ny viden om patienten. Ved at samle relevant viden og data om patienten skabes et grundlag for at give et tidstro billede af patientens samlede sundhedstilstand. Disse data kan være relevante for et samarbejde omkring patientforløbet for en patient med forløb i alle sektorer og data kan deles på en telemedicinsk platform. En telemedicinsk platform er en webbaseret platform, som samler data fra forskellige sektors IT-systemer og herved kan data deles på tværs af sektorer. Det kan være data fra patientjournaler, fra praksisjournaler, kommunale journalsystemer og nationale databaser. Ved at anvende en telemedicinsk platform mindskes ligeledes risikoen for uopdaterede data, lange arbejdsgange og at patienten alene er bærer af de relevante data. En telemedicinsk platform er et generisk redskab, som kan anvendes på tværs af specialer og på tværs af sektorer. Der er en bred efterspørgsel på tværs i sundhedssektoren på datadeling via en telemedicinsk platform.	At implementere og udbrede anvendelsen af telemedicinsk platform mhp. deling af data på tværs af sektorer i Syddanmark for at understøtte det sammenhængende patientforløb.	Barrierer: • Implementering af nye arbejdsgange • Manglende fælles beslutning om anvendelse af telemedicinsk platform i hele Syddanmark Gevinster: • Mulighed for sammenhængende patientforløb til gavn for både fagpersoner, patienter og pårørende • At kommune, sygehus, praktiserende læge og patient har adgang til samme data • At data er tilgængelige og overskuelige for alle relevante parter • Fremme det tværsektorielle samarbejde i Syddanmark • Øget effektivisering • Øget patientsikkerhed
Forslag til videre proces		
• Etablering af en arbejdsgruppe med deltagelse fra region og interesserede kommuner med henblik på at undersøge muligheden for at anvende eksisterende telemedicinsk platform(e) til implementering af øget tværsektoriel datadeling.		

Fælles standarder for borgeropsamlet data (i apps)		
Relateret til forslag 1,13,14		
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Der er indarbejdet standarder for dataudveksling inden for sundhedssektoren på en lang række områder. De meddelelsesbaserede MedCom standarder er et godt eksempel herpå, og med referencearkitektur for opsamling af helbredsdata hos borgeren er der etableret standarder og en national infrastruktur til understøttelse heraf. Men for apps er der ikke tilsvarende etableret standarder for, hvordan man kan dele data, som opsamles i fx apps. Data er oftest låst til den konkrete løsning. Med en accelererende anvendelse af apps, både inden for konsummarkedet og inden for sundhedsområdet ses et udækket behov for at udvikle standarder for deling af data mellem applikationer, som samtidig overholder krav til sikkerhed mv.	• At skabe løsninger, så data følger borgeren og ikke låses i de enkelte løsninger – fx i apps. • Nem adgang til at dele data mellem applikationer (apps) • Sikre løsninger	Barrierer: • Eksisterende proprietær teknologi, som skal tilpasses Gevinster: • Tidstro data (bedre beslutningstagen) • Bedre dialog med borgeren
Forslag til videre proces		
Etablering af en arbejdsgruppe med interesserede regionale og kommunale interessenter med henblik på: • Kortlægning af hvilke borgeropsamlet data der er relevant at dele med og mellem fagpersoner • Juridiske afklaringer vedr. persondataloven, herunder deling af borgers data • Afklaringer vedrørende datasikkerhed • Udvikling af datamodel og datastandarder for nyudvikling af apps, så data kan bruges af andre fagsystemer og i andre organisationer.		

Fælles standarder for deling af data mellem fagsystemer		
Relateret til forslag 7, 15, 17C		
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Et ønske om på tværs af sektorer og sundhedsfaglige grupper at skabe én fælles virtuel adhoc journal, som genereres efter behov ud fra masterdata, der kun findes ét sted.	• At tilbyde et samlet overblik (færre klik) • At skabe gennemsigtighed på tværs af sektorer og faggrupper	Barrierer: • Der skal være enighed om, hvad der skal deles • Frygten for data overload Gevinster: • Transparens og overblik på tværs af sektorer og specialer • Overblik for borgere og pårørende
Forslag til videre proces		
Etablering af en arbejdsgruppe med interesserede regionale og kommunale interessenter med henblik på: • Kortlægning af hvilke data der ønskes delt mellem fagsystemer • Dialog omkring data udstilles i selvstændig løsning tredjeparts-løsning eller i fagsystem		

Indsatsområder inden for organisatorisk implementering

Organisatorisk implementering og videndeling		
Relateret til forslag 2, 5, 8A, 8B, 9B, 10A, 16		
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Indhentning af ønsker til øget digitalisering af sundhedssamarbejdet har afdækket, at der flere steder i organisationen (herunder (P)SOF'ernes implementeringsgrupper) er en utilstrækkelig viden om de muligheder for digital understøttelse af arbejdsgangende, der allerede tilbydes i eksisterende løsninger. Dette kalder på styrket indsats i forhold til at få gennemført en organisatorisk implementering, som sikrer, at de relevante tekniske muligheder kommer i anvendelse i den kliniske hverdag. Dette ud fra en erkendelse af, at mulighederne ikke bringes i anvendelse bare fordi de er til stede. Det kræver en ledelsesmæssig indsats med fokus på forandringsledelse, at indføre nye arbejdsgang og måder at gøre tingene på. Det hører med til billedet, at det ofte vil være sådan, at den som skal initiere en anden måde at gøre det på ikke altid vil være den, som også høster gevinsterne, hvilket kan være en barriere for anvendelsen af en given løsning. Der fordres derfor en helhedsbetragtning i forhold patientens behandling i modsætning til en søjle- og/eller kassetænkning.	• Udbrede viden om eksisterende muligheder • Sikre, at eksisterende løsninger udbredes og anvendes, hvor det er relevant. • Sikre, at andres gode erfaringer udbredes på tværs af sygehusområderne.	Barrierer: • Utilstrækkelige resurser i implementeringsorganisationen. • Manglende fokus på forandringsledelse • Manglende ledelsesopbakning • At gevinsterne ved en given indsats kan ligge i en anden del af organisationen eller i en anden sektor. • Søjle- eller kasse-tænkning Gevinster: • Nyttiggøre allerede gjorte investeringer • Øget tilfredshed blandt sundhedsfaglige brugere • Hurtig implementering (ingen udvikling)
Forslag til videre proces		
• Etablering af arbejdsgruppe med deltagere fra alle Samordningsfora, Fælleskommunalt sundhedssekretariat, Tværsektorielt Samarbejde og Syddansk Sundhedsinnovation, der har til hensigt		

at drøfte 'best practices' og derpå tilrettelægge et program/måde for hvordan implementering af digitale initiativer i SOF'erne på bedst muligt vis kan løftes.

- Etablering af en implementeringstaskforce der kan rådgive og hjælpe med implementeringsprocesser, så der sikres en fælles forankring på tværs af organisationer.
- Igangsætte dialog omkring hvordan videndeling om kommende eller igangsatte initiativer bedst kan løftes på tværs. Arbejdsgruppen kan i overgangsperiode tjene som forum for videndeling.

Tværsektorielt samarbejde om den (sårbare) gravide og børn (specifik målgruppe)		
Relateret til forslag 1B, 17B, 17C, 17D, 19D		
Baggrund	Formål	Barrierer og gevinster
Der er behov for forbedret tværsektorielt samarbejde om den (sårbare) gravide og børn. Initiativet omhandler flere tiltag generelt for gravide og børn og specifikt for sårbare gravide. Følgende tiltag er beskrevet: 1) Varsling af graviditet til kommunen mhp. på tidlig opsporing, planlægning af daginstitutioner etc. 2) It-understøttelse af den sårbare gravides vej gennem systemet mhp. tidlig opsporing 3) It-understøttelse af det organisatoriske samarbejde 4) Sam:Bo for gravide og børn 5) Understøttelse af kommunikation mellem sygehus og kommune mhp. at undgå genindlæggelse for 0-2 årige 6) Elektronisk svangre/vandrejournal	It-understøttelse og organisatorisk understøttelse af tværsektorielt samarbejde om den (sårbare) gravide og børn.	Barrierer • Etik • Lovgivning/samtykke • Mange forvaltninger/parter involveret • Stor kompleksitet Gevinster • Mulighed for planlægning i kommunen • Mulighed for tidlig opsporing • Forbedret forløb for den (sårbare) gravide og barnet • Færre genindlæggelser af 0-2 årige • Rette data på rette tidspunkt til rette person/personer
Forslag til videre proces		
• Der nedsættes en arbejdsgruppe, som får til opgave at beskrive mulige tiltag til digitalisering inden for området.		

Opsummering og anbefalinger til videre proces

På baggrund af opdrag fra DAK, har afdækningen haft til hensigt at pege på en række fremtidige udviklingsbehov indenfor it-understøttelse af det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

Følgegruppen modtog over 35 forslag og sammen med yderligere bearbejdning på en workshop, er en række potentielle indsatsområder kommet til syne – områder som man på sigt kan arbejde videre med.

Ca. 1/3 del af de indsendte forslag relaterede sig til fire allerede igangsatte eller kommende digitale it-initiativer, hvor især MedCom11 programmet på sigt kan løfte mange af behovene.

Organisatorisk implementering og Viden. Efter første gruppering af de indsendte forslag, blev følgegruppen opmærksom på Organisatorisk implementering og Viden som et potentielt indsatsområde, idet en række forslag indikerede at viden om allerede implementerede, igangsatte eller kommende it-initiativer ikke så ud til at nå helt ud til den enkelte organisation.

Med viden som indsatsområde, kan man tværsektorielt få kortlagt en proces for, hvordan organisatorisk forankring sikres bedst samt at alle organisationer er opdaterede både omkring hvad der 'blot' mangler organisatorisk implementering og hvad der digitalt er i 'pipeline'.

For at sikre organisatorisk implementering og forankring, kalder det på en styrket indsats, så det sikres, at de relevante muligheder kommer i anvendelse i den kliniske hverdag, herunder især fokus på forandringsledelse og opfølgning på graden af implementering.

Datadeling. Særligt, centrerede en del forslag sig om behov for tværsektorielt datadeling, enten direkte mellem fagsystemer eller via en selvstændig tredjepartsløsning. To indsatsområder blev formuleret på baggrund heraf og drøftelserne på workshoppen pegede på, at løsninger som understøtter disse behov er stærkt efterspurgt i klinikken. Det kan derfor overvejes, om en arbejdsgruppe skal identificere muligheder for i en interim periode, at understøtte disse behov og dermed afhjælpe udfordringer.

Fælles standarder for udveksling af data. I forlængelse af ovennævnte behov, ligger der også et behov for at kortlægge og udvikle fælles standarder for deling af data mellem fagprofessionelle samt deling af borgeropsamlet data via forskellige apps. Borgeren er og vil i fremtiden være en aktiv medspiller i eget sygdomsforløb, hvorfor man tværsektorielt skal se på, hvordan med juridisk og teknisk kan få adgang til denne data.

Video. Et interessant indsatsområde sås i brugen af videokommunikation, hvor mange organisationer på baggrund af videoteknologiens modenhed i dag anvender video i mange forskellige henseender. Behovet/ønsket er nu, at man tværsektorielt ser på at forene teknologier og gå i dialog omkring sundhedsvæsenets fremtidige anvendelse af video på tværs.

Sårbare gravide og børn. Et enkelt indsatsområde fokuserede på en specifik målgruppe; den (sårbare) gravide og børn. I dette indsatsområde ligger både udvikling af organisatoriske rammer/processer samt udvikling af digital understøttelse. På opfordring fra Følgegruppen, har Det Administrative Kontaktforum anbefalet, at den digitale understøttelse i form af ønsket om en elektronisk svangre/vandrejournale etableres som et MedCom11 projekt.

Bilag – Overblik over indgåede samarbejdsaftaler om blodprøvetagning i eget hjem

KOMMUNE	HAR INDGÅET AFTALE	ER I DIALOG OM AFTALE	HAR IKKE INDGÅET AFTALE
AABENRAA			X
ASSENS		X	
BILLUND			X
ESBJERG		X	
FAABORG-MIDTFYN	X		
FANØ			X
FREDERICIA	X		
HADERSLEV			X
KERTEMINDE	X		
KOLDING	X		
LANGELAND	X		
MIDDELFART	X		
NORDFYNS			X
NYBORG	X		
ODENSE	X		
SVENDBORG	X		
SØNDERBORG			X
TØNDER			X
VARDE			X
VEJEN			X
VEJLE	X		
ÆRØ	X		



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	Arbejdsgruppen mødes første gang d. 23. maj 2017. Det forventes, at gruppen skal mødes i alt tre gange.	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/9 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet d. 19/12 2017.		Primo 2018	
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for	- Intravenøs væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/6 2017	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 31/10 2017	Ultimo 2017	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



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



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		2018			
		M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU primo			
	- Anlæggelse og pasning af dræn - Kateteranlæggelse	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK primo 2018 M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU primo	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 instrueret i, at de skal	Medio 2017 er status følgende for samarbejdsaftalen: 11 kommuner har indgået aftale om blodprøvetagning i eget hjem og to er i dialog med sygehuse herom. Ni kommuner har endnu ikke indgået aftale.



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
				opsige de eksistere	
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 første halvdel af 2016 modtog syv patienter behandling i eget



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
					hjem.

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 15/44084
Dato: 19. maj 2017
Udarbejdet af: Anders Vestergaard Fournaise
E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk
Telefon: 24824315

Samarbejdsaftale om behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem

Baggrund

Patienter i behandling med lavpotent kemoterapi gennemgår ofte lange og intense behandlingsforløb, som undervejs kræver mange indlæggelser og ambulante kontakter på sygehus.

Det Administrative Kontaktforum (DAK) har, på baggrund af anbefalinger fra en faglig gruppe, besluttet at det er forsvarligt, både fagligt og patientsikkerhedsmæssigt at overdrage visse medicinske behandlinger med lavpotent kemoterapi fra regionen til kommunerne, forudsat at der udarbejdes en klar aftale om processen.

Samarbejdsaftalen beskriver de overordnede principper for samarbejdet og med aftalens godkendelse, betragtes opgaven fremover som en opgave, der kan varetages af den kommunale sygepleje.

Formål

Formålet med samarbejdsaftalen er at formalisere samarbejdet om medicinsk kræftbehandling af patienter i eget hjem, således at kommunale sygeplejersker kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling.

Målgruppe

Patienter i medicinsk kræftbehandling med lavdosis Cytosar og Vidaza på Hæmatologisk afdeling X, OUH, som vurderes at være eget til behandling i eget hjem.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18 og trådte i kraft den 1. oktober 2015. Aftalen er efterfølgende revideret den XX.XX.XXXX

Grundprincipper for samarbejdet

Hæmatologisk afdeling X OUH har forsat det lægelige behandlingsansvar.

Den kommunale sygepleje administrerer, efter vejledning fra Hæmatologisk afdeling X OUH, visse dele af den medicinske behandling med lavpotent kemoterapi. Administration af den medicinske behandling sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc.

Information forud for overdragelse

Når det besluttet, at en patient skal starte medicinsk kræftbehandling i eget hjem, vil personalet på Hæmatologisk Afdeling X kontakte visitationen/sygeplejen i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Ligeledes henvises med link til informationsmateriale målrettet hjemmesygeplejen, i form af relevante pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med medicinsk administrationen.

Hæmatologisk afdeling X OUH er ansvarlig for at informationsmaterialet er opdateret.

Utensilier og håndtering af medicinsk affald

Fra Hæmatologisk afdeling X, OUH medgives patienten:

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til Hæmatologisk afdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
Opbevaring af medicin i patientens hjem	Medicinen opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom sprøjte, kanyler, engangshandsker mv., kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til kassation på Hæmatologisk afdeling X OUH eller af sygepleje/pårørende til kassation på et apotek. Kølebokse medgives patienten ved næstkommende kontrol – skal retur til apotek.

For yderligere information vedr. utensiliernes anvendelse, se *pjecerne "Lavdosis Cytosar – behandling i patientens hjem", "Behandling med Vidaza" og "Cytostatika – vejledning for plejen de første 5 dage efter kemoterapi"*. Pjecerne er tilgængelige på Region Syddanmarks infonet ([LINK](#))

I henhold til gældende kommunale regler vedr. arbejdsmiljø medbringer den kommunale hjemmesygepleje øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyl).

Fortolkning af samarbejdsaftalen

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

Monitorering

Samarbejdsaftalens anvendelse monitoreres løbende. Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse.

Kompetenceudvikling

Hæmatologisk afdeling X er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale sygepleje ift. at koordinere administrationen af lavpotent kemoterapi. Hæmatologisk afdeling X står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet også for akut henvendelse. Kontaktinformation fremgår af informationsmaterialet, som udleveres til den kommunale sygepleje.

(Bagsiden)

Den reviderede samarbejdsaftale er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den XX.XX.XXXX.

For yderligere information se:

Hæmatologisk afdeling X, Odense Universitetshospital - <http://www.ouh.dk/wm411575>

Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde - <https://www.regionsyddanmark.dk/wm276686>

HÆMATOLOGISK AFDELING X, OUH:

Label med adresse

Azacitidine (Vidaza)

Hjemmebehandling

MDS / AML

BWAHA256

Højde:

Vægt:

Overflade:

DOSISAzacitidine (Vidaza) 100 mg/m² s.c. dag 1 -5*Gentages hver 4. uge*

Kur nr.							
Dato + år							
Dag nr.	1	2 Hjemme		3		4	5 Hjemme
Vægt							
Azacitidine s.c. mg							
Farmaceut							
SUPPLERENDE BEHANDLING ordineres i COSMIC/FMK							
Tbl. Allopurinol 300 mg x 1							
Tbl. Ondansetron 8 mg x 1							
Tbl. Emperal 10 mg ved behov max x 3 i max 5 dage							
Temperatur ALLE dage							
BT							
Puls							
Læge							
Sygeplejerske							
Vidaza gives kl:							

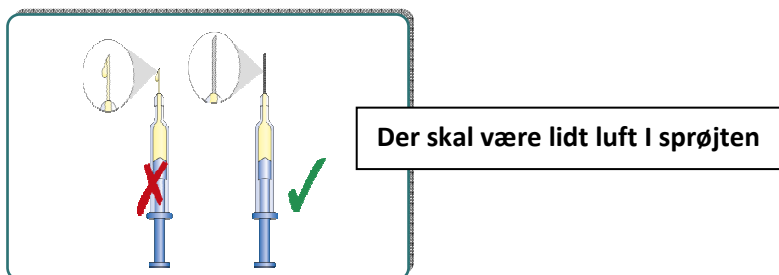
TIL PATIENTEN

Før du tager sprøjten med Vidaza

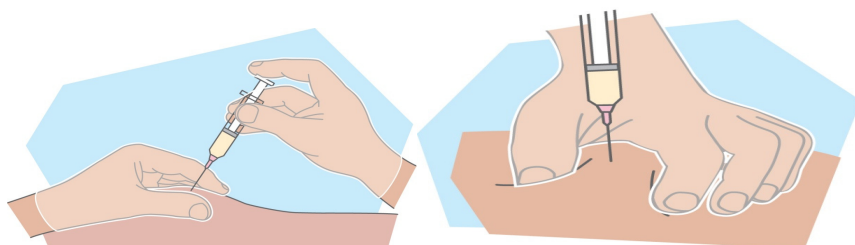
- Kontrollér, at sprøjterne med Vidaza er påført dit navn, CPR-nummer og at holdbarheden ikke er overskredet. Tidspunktet for indgift er skrevet på kurskemaet.
- Sprøjterne med Vidaza skal opbevares i køleskab (2-8°C) og er holdbare i højst 22 timer fra det tidspunkt, der står på sprøjten (blandingstidspunktet). Er holdbarheden overskredet, skal du kontakte sygeplejersken i din afdeling.
- Sprøjterne tages ud af køleskabet og lægges på et bord. Det varer 15- 30 minutter, før sprøjterne har opnået stuetemperatur.
- Sprøjstens indhold blandes ved at rulle sprøjten kraftigt mellem håndfladerne, indtil der opnås en mælkehvid injektionsvæske.

Hvordan tager du sprøjten/sprøjterne med Vidaza

- Vidaza indgives under huden i låret eller på maven.
- Den indgives et nyt sted hver gang med en afstand på mindst 2,5 cm fra det forrige indstikssted og mindst 2,5 cm fra navlen, hvis du stikker dig i maven.
- For at nedsætte risikoen for lokale hudirritationer, skal stemplet på sprøjten trækkes lidt tilbage (se figuren nedenfor).



- Vask dine hænder grundigt, inden du tager din sprøjte med Vidaza.
- Hudområdet sprittes af med en spritserviet. Huden skal tørre før injektionen ca 5-10 sek.
- Beskyttelseshætten tages af kanylen, og du skal stikke i en vinkel mod huden på 45-90°. Sygeplejersken viser dig dette under første kur, der altid gives i afdelingen.
- Den tempererede Vidaza indgives langsomt (ca 1 min)



- Når sprøjten er tømt, slippes huden og nålen trækkes langsomt ud.
- Ved spild af indhold på huden tørres af med koldt vand
- Sprøjten kasseres i en kanylebox, som du får udleveret på afdelingen.

Administration

- Azacitidine leveres fra blandecentralen i 2 sprøjter på køl.
- Før brug skal sprøjterne ligge ved stuetemp. i højst 30 minutter og de skal herefter, pga. holdbarheden, været givet inden for 15 minutter. Opløsningen er mælkevid og skal være ensartet ved injektionen, hvorfor sprøjterne skal rulles kraftigt i hænderne inden injektion.
- Gives s.c., typisk i låret med jævnt tryk over ca. 1 minut.
- Efter kanylen er sat på sprøjten, skal denne IKKE fyldes med Vidaza. Dette er for at undgå toksicitet på epidermis.
- Hvis den samlede opløsning fylder mere end 4 ml, skal det injiceres to forskellige steder, og der skal være et mellemrum på min. 2½ cm mellem hvert injektionssted.

Forholdsregler

- Da stoffet har en vis risiko for at fremkalde anafylaksi, skal patienten på førstedagen observeres 1 time efter injektion.
- Der skal gå minimum 20 timer mellem de daglige injektioner.
- Rødme, hævelse og irritation ved injektionsstedet kan opstå og kan behandles lokalt med enten steroid creme, antihistamincreme eller NSAID-creme.
- Hæmatologi, lever- og væsketal skal kontrolleres 1 gang ugentligt.
- Blodtryk og temperatur måles dagligt under 1. kur. Under følgende kure på 1. dagen samt efter behov
- Ved svær leverfunktionsnedsættelse skal behandlingen træffes i speciallægeforum

Doseringsforhold

Dosisjustering afhænger af om patienten har reducerede hæmatologiske parametre ved behandlingsstart.

- **Patienter med trombocyt $> 75 \times 10^9/l$ og leukocyt $> 1,5 \times 10^9/l$ ved behandlingsstart:**
Hæmatologisk toxicitet under behandling => udskyd næste kur indtil hæmatologien er restitueret.
Er restitution ikke opnået indenfor 14 dage gives næste kur i reduceret dosis som følger:

Neutrofil	og/eller	Trombocyt	Behandling
$\leq 1,0 \times 10^9/l$		$\leq 50 \times 10^9/l$	Dosis reduceres med 50%
$> 1,0 \times 10^9/l$		$> 50 \times 10^9/l$	Fuld dosis (100%)

- **Patienter med reduceret trombocyt- og leukocyt ved behandlingsstart:**
Hæmatologisk toxicitet $< 50\%$ af udgangsværdi => ingen udsættelse eller dosisreduktion.
Hæmatologisk toxicitet $> 50\%$ af udgangsværdi => udskyd næste kur indtil hæmatologien er restitueret. Er restitution opnået indenfor 14 dage gives næste kur i fuld dosis (100%)
Er restitution ikke opnået indenfor 14 dage, foretages knoglemarv med bestemmelse af cellularitet, og næste dosis justeres efter nedenstående skema:

Knoglemarvscellularitet	og	Udsættelse antal dage	Behandling
> 50%			Ingen dosisjustering
15-50%		> 21 dage	Dosis reduceres til 50%
< 15%		> 21 dage	Dosis reduceres til 33%

Til patienter og pårørende

Behandling med Vidaza



Hæmatologisk afdeling X

Indledning

Vi håber denne patientinformation kan være en hjælp til at få et overblik over den behandling vi anbefaler dig. Dine pårørende kan også have glæde af at læse patientinformationen for bedre at kunne støtte dig i behandlingsforløbet. Inden behandlingen starter, vil du også blive informeret mundtligt om behandlingens virkning og bivirkninger. Sidst i denne patientinformation er der plads til notater. Der kan du eventuelt skrive dine spørgsmål og tage dem med til næste besøg i afdelingen.

Behandlingens virkning på din sygdom

Vidaza er en form for kemoterapi, som anvendes til behandling af knoglemarvssygdommene myelodysplastisk syndrom (MDS), akut myeloid leukæmi (AML) og kronisk myelomonocytær leukæmi (CMML).

MDS, AML og CMML er sygdomme i knoglemarven, som medfører, at knoglemarven danner for få normale blodceller, og i stedet danner for mange umodne celler.

Vidaza hæmmer blandt andet cellens opbygning (methylering) af DNA (cellens genetiske kode), som herved bliver defekt. Hermed bliver kræftcellen forhindret i at udvikle sig.

Præparatnavn

Vidaza indeholder stoffet Azacitidin.

Behandlingsforløbet

Vidaza bliver givet hver dag i enten fem eller syv dage, svarende til en serie behandling. Efter hver serie er der en hvileperiode på tre uger. Hvor mange serier du skal have, afhænger af din sygdom, og hvordan du tåler behandlingen. Det vil blandt andet blive vurderet ud fra en knoglemarvsprøve.

Du skal have taget blodprøver inden hver serie behandling med Vidaza for at kontrollere, at du har blodceller nok. Desuden viser blodprøverne, om din lever og nyrer fungerer som de skal, så du kan udskille medicinen og affaldsstofferne. Ofte gives der Allopurinol samtidig med Vidaza for at hjælpe med at udskille affaldsstofferne. Imellem hver serie behandling vil du ligeledes få taget blodprøver, for at se hvordan behandlingen påvirker dine blodceller.

Din læge og sygeplejerske vil fortælle dig om dit konkrete behandlingsforløb. Se skematisk illustration af en behandlingsserie med Vidaza herunder.

Skematisk illustration af behandlingsserie

Dag	1	2	3	4	5	6	7	?	6(8) - 28
Blodprøver									Pause
Vidaza®	X	X	X	X	X	(X)	(X)		Pause
Evt. Allopurinol	X	X	X	X	X	(X)	(X)		Pause
Kvalmestillende		X	X	X	X				

Hvordan gives behandlingen?

Vidaza bliver givet som en indsprøjtning under huden, enten på låret, i maveskindet eller på overarmen. Afhængig af den dosis medicin du skal have, vil medicinen blive fordelt i to sprøjter, for at mængden der sprøjtes ind under huden, ikke bliver for stor. Du bliver stukket et nyt sted hver dag.

Vidaza har en kort holdbarhed, når det er produceret. Derfor kan medicinen først bestilles på sygehusapoteket, når du er ankommet til afdelingen.

Bivirkninger til behandlingen

Du kan få bivirkninger af behandlingen med Vidaza. Bivirkningen er utilsigtede virkninger af medicin. Nogle

bivirkninger er hyppige men ikke alvorlige. Andre er sjældne men kan være alvorlige.

Du skal tale med personalet, hvis du oplever bivirkninger under behandlingen. De kan hjælpe med at lindre disse bivirkninger.

Hvis bivirkningerne er alvorlige, kan din læge nedsætte dosis af Vidaza, afbryde behandlingen midlertidigt eller vælge at stoppe behandlingen.

De mest almindelige bivirkninger ved behandlingen vil blive nævnt i det følgende.

Bivirkninger ved Vidaza

Reaktioner fra injektionsstedet

En almindelig bivirkning til Vidaza er reaktioner ved injektionsstedet. En reaktion kan være alt lige fra et blåt mærke til et stort, smertefuldt, rødt mærke. Reaktionerne går som regel væk efter nogle dage.

Hvad kan du selv gøre:

Hvis din hud er smertefuldt eller rødt, kan du lægge et omslag på i 15 minutter ad gangen. Du kan bruge et koldt eller varmt omslag, alt efter hvad du finder mest behageligt. Omslaget må ikke være meget varmt, da det kan forværre dine symptomer eller danne blærer på huden. Omslaget må heller ikke være is, da det muligvis kan påvirke dem måde, hvorpå Vidaza bliver optaget i dit blodomløb. Anvend fx en kold klud, eller et håndklæde du har haft i fryseren eller varmet kortvarigt i mikroovnen eller radiatoren.

Hvis din hud klør, kan antihistamin creme eller mild steroid creme være nyttigt. Tal med lægen eller sygeplejersken herom. Hvis dine hudreaktioner er meget generende kan lægen evt. ordinere binyrebarkhormon (tabletter) til dig.

Infektion

Du vil have en øget risiko for at få infektioner i perioder af din behandling.

Det skyldes kemoterapiens virkning på de raske celler i knoglemarven, der medfører, at antallet af hvide blodlegemer (leukocytter) bliver nedsat. De hvide blodlegemer er vigtige i kroppens forsvar mod infektioner. Hvis du får et eller flere symptomer, der er nævnt nedenfor, skal du kontakte afdelingen. Lægen vurderer om du skal indlægges og behandles med antibiotika i en blodåre eller du kan være hjemme og få antibiotika som tabletter.

Hvilke symptomer skal du især ved opmærksom på:

- Almen utilpashed og kulderystelser
- Temperatur over 38,5 C

Hvad kan du selv gøre for at undgå infektioner:

- God håndhygiejne efter toiletbesøg og før måltider
- Undgå kontakt med personer, der hoster, er forkølede eller har feber
- Hold dagligt øje med, om du har:
- Belægninger i munden eller synkesmerter
- Tegn på betændelse i huden
- Smerter ved endetarmen

Blødning

Du kan have øget risiko for at få blødning i perioder af behandlingen. Det skyldes også kemoterapiens virkning på de raske celler i knoglemarven, der medfører, at antallet af blodplader (trombocytter) bliver nedsat. Blodpladerne er med til at stoppe blødninger. Hvis du får et eller flere af de symptomer, der er nævnt nedenfor og blødningen ikke hører op af sig selv, skal du kontakte afdelingen. Du skal måske have transfusion med blodplader (blodtransfusion).

Hvilke symptomer skal du især være opmærksom på:

- Blødning fra næse, mund eller skede
- Blod i afføring eller urin
- Mange blå mærker eller små røde prikker i huden, specielt på benene

Hvad skal du selv gøre for at undgå blødning:

- Brug en blød tandbørste
- Tag ikke gigtpiller (Ibuprofen, Todalac o. lign.) og medicin, der indeholder acetylsalicylsyre (Kodimagnyl, Treo), da de øger risikoen for blødninger
- Undgå kraftig fysisk anstrengelse
- Du bør ikke drikke alkohol, hvis dit blodpladetal er lavt, fordi alkohol kan nedsætte funktionen af blodpladerne

- Undgå for stoppelse

Blodmangel (lav blodprocent)

Du kan have øget risiko for at få lav blodprocent (hæmoglobin) i perioder af din behandling. Blodmanglen opstår hvis antallet af røde blodlegemer bliver nedsat, når behandlingen påvirker de raske celler i knoglemarven. Hvis blodprocenten er lav, skal du måske have blodtransfusion.

Hvilke symptomer skal du være opmærksom på:

- Åndenød
- Hjertebanken

Hvad kan du selv gøre for at mindske generne ved lav blodprocent:

- Undgå større fysisk anstrengelse
- Rejs dig forsigtigt, så du ikke falder

Træthed

De fleste oplever træthed i forbindelse med sygdommen men også under behandlingen med kemoterapi. Du kan opleve en træthed, der ikke forsvinder trods hvile og en god nattesøvn.

Hvad kan du selv gøre for at afhjælpe træthed:

- Flere små hvilepauser i løbet af

- dagen
- Frisk luft og små gå-ture
- Sørg for let adspredelse i din hverdag
- Bed familie og venner om hjælp til praktisk gøremål

Vær forsigtigt når du kører bil eller anvender maskiner, hvis du føler dig meget træt umiddelbart efter behandlingen.

Smerter

Behandlingen kan give muskel- og ledsmerter. Disse smerter forsvinder, når du er færdig med din behandling. Tal med lægen eller sygeplejersken, hvis du får behov for smertestillende medicin.

Kvalme og opkastning

Du kan opleve at få kvalme og opkastning af Vidaza. Tal med sygeplejersken eller lægen om din kvalme og opkast, da det kan være nødvendigt at du får kvalmestillende medicin.

Hvad kan du selv gøre for at modvirke kvalme:

- Spis når du føler dig sulten
- Drik så meget som du kan
- sid op, når du spiser
- Spis let fordøjeligt med fx. frugt, desserter, kiks og lignende
- Spis i øvrigt det du har lyst til

- Anret maden pænt, få eventuelt en anden til at anrette maden for dig

Ændret afføring

Du kan få forstoppelse eller tynd mave (diaré) efter en behandling med Vidaza

Forstoppelse

Hvis du får forstoppelse er det vigtigt, at du tager det afføringsmiddel, som du får anbefalet. Afføringsmidler kan du købe på apoteket uden recept (fx Magnesia, Picolon, Movicol)

Hvad kan du selv gøre for at holde maven i gang:

- Drik rigeligt væske
- Hold dig i bevægelse, undgå sengeleje
- Spis fiberrigt (grøntsager, hvedeklid, tørrede frugter i form af svesker, abrikoser, rosiner)

Diaré

En af årsagerne til diaré er, at slimhinderne i tarmen afstødes og tarmens evne til at opsuge væske bliver nedsat. Det kan derfor være nødvendigt at være indlagt i forbindelse med længerevarende diaré, så du kan få væske direkte i blodbanen. Det kan også være nødvendigt at give stoppende medicin.

Hvad kan du selv gøre ved let diaré:

- Drik rigeligt, fordi du mister væske
- Spis bananer, dåsefrugt, supper, sportsdrikke for at holde saltbalancen
- Undgå fiberrige grøntsager
- Gamle husråd som revet æble, havresuppe, hvidt brød, kartoffelmos og ris kan muligvis afhjælpe diaréen.

Har du feber og diaré, skal du kontakte afdelingen, da du kan have en tarminfektion som kræver behandling.

Nedsat appetit

Din lyst til mad kan ændre sig under den medicinske kræftbehandling. Mange patienter oplever, at maden kommer til at smage anderledes. Smagen bliver normal igen, når du ikke mere får kemoterapi.

Hvad kan du selv gøre hvis du har nedsat appetit:

- Spis først og fremmest, det du har lyst til
- Spis mange små måltider i løbet af dagen
- Tilsæt din mad fløde og fedtstof. Brug smør på brødet
- Drik proteindrikke
- Suppler med nødder, mandler og mørk chokolade
- Spis af en lille tallerken - da det ofte ser mere indbydende ud

- Drik gerne 2-3 liter væske om dagen, da udskillelsen af affaldsstoffer øges gennem urinen

Humør

Humøret kan påvirkes af både sygdom og behandling. Du kan blive modløs og nedtrykt. Nogle få udvikler en egentlig depression. Fortæl lægen eller sygeplejersken, hvordan du har det.

Seksualitet

Din lyst til sex kan blive forringet eller helt ophøre i en periode under og efter behandlingen. Det skyldes en lang række fysiske og psykiske faktorer. Dannelsen af kønshormonerne nedsættes, og behandlingerne medfører generelt øget træthed og påvirkning af humøret. Du bør beskytte dig og din partner mod graviditet, mens du er i behandling med Vidaza, da behandlingen kan give skade på et foster.

Andre bivirkninger

Mere sjældent er beskrevet hovedpine, trykken for brystet, synsforstyrrelser, ændringer i blodtrykket, søvnproblemer, forvirring, angst m.m. Ganske få mennesker reagerer allergisk på Vidaza. Dette kan betyde, at behandlingen må ophøre. Ønsker du yderligere oplysninger er du velkommen til at kontakte personalet eller du kan hente oplysninger på www.medi-

cin.dk eller www.indlaegsseddel.dk. Du kan også hente mere generel information om behandlingen af din kræftsygdom, og dens virkning på dit liv i pjecen "Medicinsk kræftbehandling", som personalet kan udlevere til dig

Kontakt til Hæmatologisk afdeling X

Hæmatologisk afdeling X:

6541 1152 Åben hele døgnet også for akut henvendelse

Patientforløbsvejleder:

2031 3431 Mandag- fredag: 8.30-14.00

Blodprøvetagning:

R-laboratorium, Indgang 85, kælder

Mandag-torsdag: 7.40-15.20

Fredag: 7.40-14.50.

Transportbestilling:

7011 3111 Mandag-fredag 8.00-15.00:

(Tidligst 14 dage før. Tlf. 7011 3111)

Skriv til afdelingen:

www.ouh.dk/odexpatient

Denne mailadresse kan benyttes, hvis du har brug for

- 1) ændring af tid i ambulatoriet
- 2) kontakt til Hjemmeenheten
- 3) kontakt til patientforløbsvejlederen

Bemærk: Afdeling X har ikke mulighed for at tilbyde e-mail-konsultationer.

Notater

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Odense Universitetshospital
Hæmatologisk Afdeling X, Indgang 85
Sdr. Boulevard 29 . 5000 Odense C
Tlf. 65 41 11 52
Mail via e-Boks på www.ouh.dk/odex
www.ouh.dk/afdx

www.ouh.dk

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af SAM:BO i.f.t. socialpsykiatri	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som videreudvikler SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. Arbejdsgruppen forelægger høringsudkast til godkendelse i DAK den 22. juni 2017. Efter indarbejdelse af eventuelle kommentarer fra Det Administrative Kontaktforum, sendes forløbene i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017, med henblik på forelæggelse i Følgegruppen for behandling og pleje i mødet 12. oktober samt endelig godkendelse i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Forslag til implementeringsplan samt beskrivelse af nøgleord vil ved samme lejlighed blive fremsendt til godkendelse.	12-10-17: Endeligt materiale til godkendelse i Følgegruppen.	22-06-17: Høringsudkast til behandling i DAK. 23-11-17: Endeligt materiale til godkendelse i DAK.		
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.	17-08-17: Organisationsdiagram, som afspejler tværsektoriel organisering, forelægges sammen med status på implementering på praksisområdet.			DAK besluttede på møde den 27. januar 2017, at monitorering af ajourføringsprocenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK. Der har været afholdt FMK-netværksmøde den 29. marts 2017.	Der indhentes halvårlig status i april og okt.			
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen. Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Implementering forløber planmæssigt.	Der gives helårlig status til Følgegruppen for Behandling og pleje i maj.			
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	DAK godkendte den 19. marts 2015, at implementeringen af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og kommuner omkring borgere, der modtager eller har behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje, blev påbegyndt med udgangspunkt i MedCom-standarden indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. Implementeringen er påbegyndt den 1. december 2015, og der er udpeget nøglepersoner for kommunerne. Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper. 17-08-17: Status på følgegruppemøde.			
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017.	11-12-17: Den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe afleverer sin første status til Følgegruppen for Behandling og pleje.		Arbejdsgruppen arbejder videre med udvikling af undervisningsmateriale til nøglepersoner. Nøglepersoner uddannes august 2017, og vil herefter skulle undervise i egen organisation. Forløbene forventes implementeret i 3. kvartal 2017.	
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	På møde den 23. november 2016 behandlede DAK den nye nationale handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. DAK besluttede den 23. november 2016, at Følgegruppen for behandling og pleje fremadrettet er ansvarlig for at udarbejde et ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at DAK, i forbindelse med den årlige afrapportering, orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt. Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer). Følgegruppen afventer denne proces og forventer at få et mere præcist opdrag fra DAK i forhold til rammesætning af følgegruppens opgave.	Udarbejdelse af ramme- og retningspapir afventer. Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.			Det var oprindeligt planen, at Følgegruppen for behandling og pleje til september skal levere et ramme- og retningspapir for de indsatser i handlingsplanen, som skal koordineres i regi af Sundhedsaftale-samarbejdet. Såvel region som kommuner er dog ved at aftale og koordinere egen indsats, hvorfor det vurderes hensigtsmæssigt at afvente resultatet af dette arbejde, inden arbejdet med et retnings- og rammepapir sættes i gang. Dette forslag præsenteres 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
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.	17-08-17: 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, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	17-08-17: 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. Herefter påbegyndes arbejdet med revision af samarbejdsaftalen på demensområdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe.	Løbende afrapporterteing fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc. Primo 2018: Afrapportering fra arbejder under Sundhedsstyrelsen og drøftelse vedr. videre proces.			
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har udarbejdet anbefalinger til opsporing af målgruppen og informationsmateriale. Anbefalinger forelægges Følgegruppen den 17. august 2017.	17-08-17: Opfølgning på anbefalinger fra arbejdet.			
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der har været udviklet og afprøvet kompetenceudviklingsforløb, som viste sig ikke at være hensigtsmæssig. Opgaven vedr. kompetenceudvikling er derfor skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium. Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan, initiativ 22.	Som et led i opfølgning på handlingsplanen modtager følgegruppen en status vedr. kompetenceudvikling primo 2018.			
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje. Der er truffet DAK-formandsbeslutning om, at arbejdet kan igangsættes. Følgegruppen for Behandling og pleje har på møde den 15. maj 2017 behandlet revideret vejledning vedr. UTH, som sendes i administrativ høring hen over sommeren. Endelig version af vejledningen og bearbejdede høringssvar forventes at blive lagt op til godkendelse i DAK på mødet i september 2017.	17-08-17: Revideret vejledning og høringssvar forelægges Følgegruppen for behandling og pleje til endelig godkendelse.	22-09-17: Revideret vejledning og høringssvar 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 til godkendelse.	23-11-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges DAK til godkendelse.		
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 til godkendelse.	23-11-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges DAK til godkendelse.		

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 et kommissorium for arbejdsgruppen, der skal revidere samarbejdsaftalen på mødet 18-08-16. Følgegruppen for behandling og pleje har på møde den 15. maj 2017 besluttet, at der udarbejdes en sagsfremstilling til DAK til møde den 22. juni 2017, hvor der redegøres for, at samarbejdsaftalen er blevet overflødig som følge af: - specialaftaler for særlige målgrupper - meget er omfattet af eksisterende SAM:BO aftale - dertil kommer de nye SAM:BO forløb vedr. kommunikation med socialpsykiatrien. Dette vil tilsammen erstatte behovet for en samarbejdsaftale for det psykiatriske område.		22-06-17: Status på arbejdet med udarbejdelse af en samarbejdsaftale på det psykiatriske område.	Samarbejdsaftalen for det psykiatriske område fra 2009 udfases, når de nye forløb vedr. videreudvikling af SAM:BO godkendes i DAK.	
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der planlægges aktuelt en temadag inden sommerferien 2017, som der er lagt op til i aftalen.	Der afrapporteres helårligt (april) på arbejdet.			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via psykiatri SOF'erne.	Der afrapporteres helårligt (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. Høringsudkast til en samarbejdsaftale er forelagt Følgegruppen på møde den 15. maj 2017. Høringsudkastet forlægges DAK på møde den 22. juni 2017. Endelig samarbejdsaftale forlægges Følgegruppen på møde den 12. oktober og efterfølgende DAK på møde den 23. november 2017.	12-10-17: Endelig aftale inkl. høringssvar behandles i Følgegruppen for behandling og pleje.	22-06-17: Høringsudkast til godkendelse i DAK. 23-11-17: Endelig aftale inkl. høringssvar til godkendelse.		
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug 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: Der forelægges en status på arbejdet/udkast til aftale for Følgegruppen for behandling og pleje.	23-11-17: Godkendelse af endelig aftale i DAK.		
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver	Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der indhentes årlig status (august)			Alle kommuner i Region Syddanmark kan modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. senest pr.den 1. november 2016. Arbejdsgruppen er nedlagt med udgangen af 2016.
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveporteføje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

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

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Blå = Afventer igangsættelse

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

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 16/18051
Dato: 24. maj 2017

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

Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide

Indhold

Formål med samarbejdsaftalen	1
Baggrund.....	2
Ramme.....	2
Værktøj.....	2
Målgruppen	2
Principper for samarbejdet.....	2
Lovgivning.....	3
Tavshedspligt og samtykke – Sundhedspersonale – Sundhedsloven	3
Anmodning om oplysninger - Retssikkerhedsloven.....	4
Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding – Serviceloven.....	4
Journalføringspligt – Journalføringsbekendtgørelsen.....	4
Tværsektorielt samarbejde og ansvarsfordeling	5
Den praktiserende læges ansvar og opgave	5
Sygehusets ansvar og opgave	5
Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivesforløb.....	6
Kommunernes ansvar og opgave.....	7
Fælles ansvar og opgaver på tværs	7
Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel	8
Implementering.....	9
Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter.....	9
Bilag 1 – Arbejdsgruppens medlemmer	10
Bilag 2 – Høringsparter.....	11
Bilag 3 – Oversigt over gældende lovgivning på området.....	12
Bilag 4 – Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset.....	16
Bilag 5 – Niveauinddeling i svangreomsorgen	17

Formål med samarbejdsaftalen

I Sundhedslovens § 203-205 pålægges regioner og kommuner at koordinere indsatsen i forhold til børn og unge. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for samarbejdet med familien, hvor faglig og personlig forskellighed må anvendes konstruktivt i samarbejdet med og om familien. Det tværfaglige fælleskab definerer udgangspunktet og fokus for indsatsen, hvor begreber som sårbarhed og udsathed afklares.

Denne samarbejdsaftale sætter rammen omkring det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark, som vedrører alle aktører i svangreomsorgen og barselspleje (myndighedsområdet for børn og familier, praktiserende læge, sundhedspleje, jordemødre, fødsels- og barselsafsnit) som møder de sårbare gravide. Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv. Der arbejdes for en ensretning i hele Region Syddanmark, og en aftale, der kan fungere

med respekt for de enkelte kommuner og fødesteders organisering.

Baggrund

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

Der har ikke tidligere mellem de forskellige kommuner, samt mellem kommuner og fødesteder, eksisteret en aftale om, hvilke oplysninger en kommunal myndighed kan anmode om fra fødestederne, og hvordan dette skal foregå. Ligeledes har der heller ikke tidligere fra fødestederne været enighed omkring, hvordan og i hvilket omfang der skal udleveres oplysninger om mor og barn. Der har fra kommunal side været eksempler på anmodninger om information, der ligger ud over sundhedspersonalets kompetencer og rammer (blandt andet anmodning om mor-barn observationer, herunder mors evne til tilknytning, vurdering af forældreevne og længere forløbsbeskriver). Fra fødestedernes side har der været eksempler på at overinformere og/eller at forsøge at udtale sig om forhold, hvor der ikke har været et reelt grundlag for udtalelsen på baggrund af meget kortvarig observation. De involverede parter har arbejdet efter bedste hensigter, men det har været udfordrende at koble krav og forventninger fra en part med realistiske og dækkende tilbagemeldinger fra en anden part. Derfor har en forventningsafstemning og ensretning på dette område været efterspurgt.

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

Ramme

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

Værktøj

Der er udarbejdet følgende værktøjer i forbindelse med samarbejdsaftalen:

1. Skabelon: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel (bilag 4)
2. Oversigt over gældende lovgivning på området (bilag 3)
3. Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivesforløb (side 6)

Målgruppen

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

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

Principper for samarbejdet

I Servicelovens § 46 og med Barnets Reform af 2011 ligger der en kommunal forpligtelse til at gøre en særlig indsats i forhold til gravide og familier, hvor der måtte være en bekymring omkring barnets trivsel. Det er kommunen som har myndighedsforpligtelsen på området, og formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

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

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

Et bærende element i Barnets Reform er det menneskesyn, der ligger til grund for reformen, nemlig at barn og forældre skal anses for at være aktører i deres eget liv. Derfor er tilgangen til undersøgelsen, at processen bør være lige så vigtig som resultatet. Det vil sige, at undersøgelsen skal betragtes som et stykke socialt arbejde i sig selv. Her arbejder man med, at familien så vidt muligt gennemløber en erkendelsesproces og får støtte til forandring af de problemer, der kan løses under selve processen². Inddragelsesbegrebet forstås ud fra et interaktivt perspektiv – og undersøgelsen skal så vidt det er muligt laves i samarbejde med forældrene/de vordende forældre.

Jf. bilag 3 (juridisk notat), er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bliver bekymret for et kommende barns trivsel. Dette gøres af alle fagpersoner, gerne tidligt i et forløb, men kun når der er kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

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

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

Det er intentionen fra myndighedssagsbehandlers side at have den konkrete handleplan klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels- og barselsafsnit om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel.

Modtager på fødestedet har ansvaret for at få dette journalført, således at det tydeligt fremgår hvorledes personalet i tilknytning til føde- og barselsafsnit skal forholde sig omkring familien.

Der kan af alle parter indkaldes til netværksmøder efter behov.

Lovgivning

Lovgivningen på områdes dækkes primært af:

- Sundhedsloven
- Retssikkerhedsloven
- Serviceloven
- Journalføringsbekendtgørelsen

Nedenstående er en kort sammenskrivning af den gældende lovgivning. Der henvises til bilag 3 for præcisering og uddybning.

Tavshedspligt og samtykke – Sundhedspersonale – Sundhedsloven

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

Videregivelse af information uden samtykke kan ske når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Man skal dog stadig forsøge at opnå

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

samtykke eller som minimum orientere forældrene herom. Orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev. Det skal journalføres, når og hvordan forældrene er blevet orienteret.

Anmodning om oplysninger - Retssikkerhedsloven

Myndigheden kan forlange at andre offentlige myndigheder, herunder autoriserede sundhedspersoner, giver oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af sagen, herunder læge- og sygehusjournaler. Dette kan ske med eller uden samtykke for borgeren, jf. sundhedsloven og retssikkerhedsloven.

Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding – Serviceloven

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

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

Der er ingen formkrav til en underretning fra fagprofessionelle, men i henhold til serviceloven og sundhedsloven, anbefales det:

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

Det faglige indhold i underretningen bør inkludere følgende:

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

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

Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, også hvis den første underretning er blevet afvist.

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

Journalføringspligt – Journalføringsbekendtgørelsen

Patientjournalen skal indeholde optegnelser om hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

Tværasektorielt samarbejde og ansvarsfordeling

Den praktiserende læges ansvar og opgave

De fleste gravide henvender sig til praktiserende læge ved erkendt graviditet. For denne målgruppe kan der dog også være andre veje ind i svangreomsorgen, eksempelvis via kommunal behandlingsenhed. Praktiserende læge udarbejder svangrepapirer med grundig baggrundsinformation, såfremt patienten henvender sig og er indforstået. Disse sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5).

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

Sygehusets ansvar og opgave

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

Jordemoder sender en meddelelse til den kommunale sundhedspleje om forventet fødsel. Jordemoder sender besked til den kommunale sundhedspleje, hvis der er behov for besøg under graviditeten.

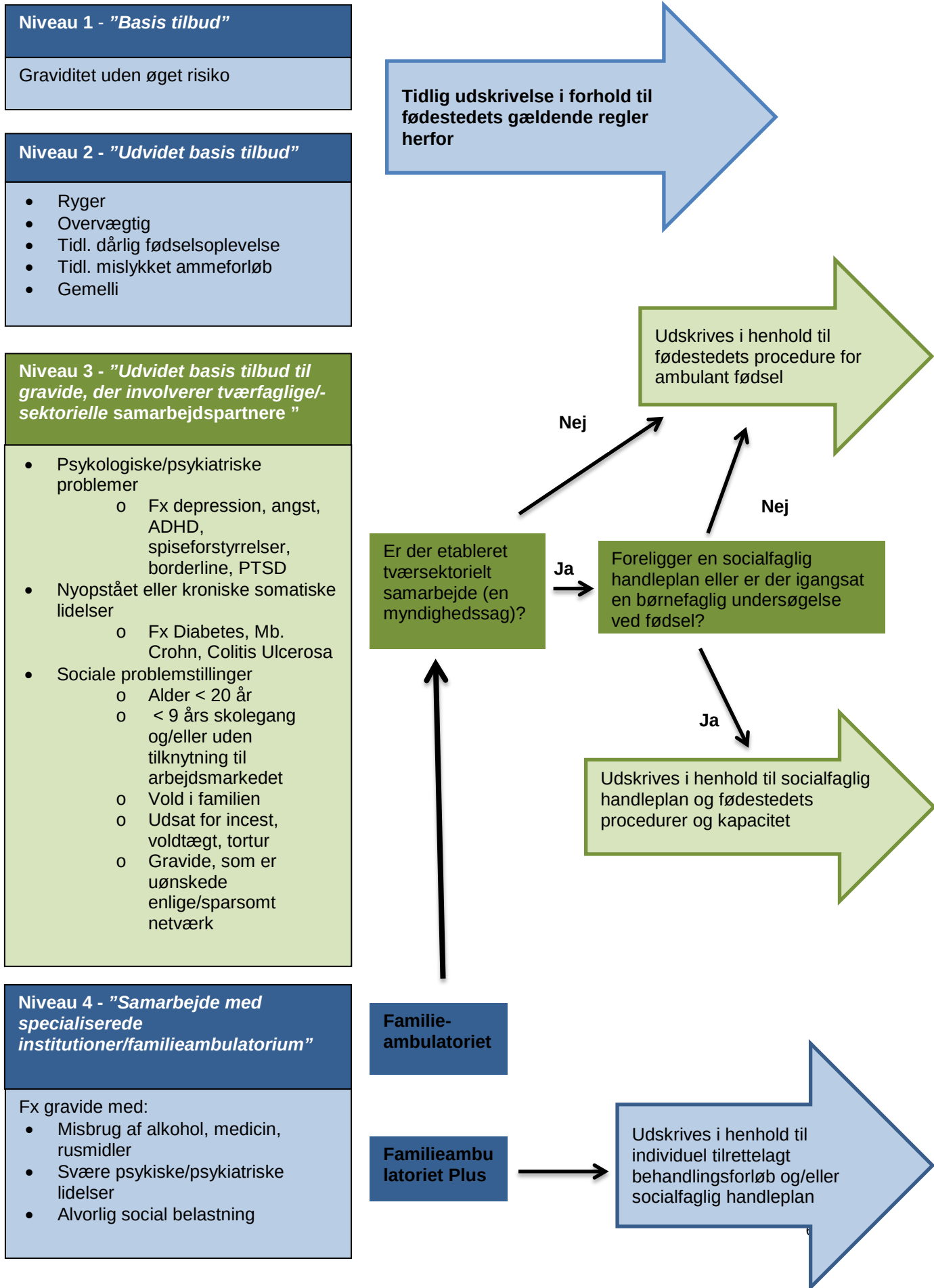
I Region Syddanmark finder barselsperioden sted i hjemmet, hvis graviditet og fødsel har været ukompliceret, hvilket betyder at ca. halvdelen af de fødende udskrives indenfor 24 timer. Sygehuset forsøger så vidt muligt at imødekomme myndigheds ønske om indlæggelse efter fødsel, og det sociale element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

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

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

Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb

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



Kommunernes ansvar og opgave

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

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

Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe.

Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis og andre relevante fagpersoner bidrager til, at udsatte og sårbare børn identificeres tidligt, og at rettidige indsatser iværksættes. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde³.

Sundhedsplejen

Kommunen tilbyder graviditetsbesøg til alle med særlige behov, herunder socialt sårbare og udsatte kvinder. Sundhedsplejersken tilrettelægger derfor sine sundhedsfremmende og forebyggende ydelser så gravide og børn med særlige behov tilgodeses – herunder at tilrettelægge indsatsen, der kan søge at udligne ulighed i sundhed.

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

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

Myndighedsområdet

Kommunen undersøger de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen. Kommunen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk som allerede har viden om barnets og familiens forhold. Undersøgelsen der betegnes som en børnefaglig undersøgelse skal afsluttes senest 4 måneder efter at kommunen bliver opmærksom på at et barn kan have behov for særlig støtte. Kommunen er forpligtet til at udarbejde en socialfaglig handleplan der tager udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen.

Fælles ansvar og opgaver på tværs

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

Kommunikation

Når de syddanske kommuner sender en anmodning til et sygehus, anvendes sikker e-mail med anmodningen vedhæftet. Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med allerede journalførte oplysninger – der skal ikke konstrueres ny information på baggrund af anmodningen. Oplysningerne fra journalen sendes via sikker e-mail til den kommunale myndighed.

³ Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, 2011

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

Der er flere indgange til kommunen, alt efter om der er tale om sundhedsplejen eller de sociale myndigheder. Tilsvarende vil der være forskellige indgange til sygehusene, alt efter om der er tale om graviditet, fødsel eller barsel. Dette understreger vigtigheden af, at der i de enkelte forløb er let tilgængelig og tydelig kontaktinformationer på involverede parter.

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

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

Formålet med skabelonen

Der er udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb. Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 4.

Der kan eksempelvis anmodes om:

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

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

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

Sundhedspersonalet skal *kun* beskrive det, som de ser og ikke lave fortolkninger eller vurderinger. Sygehuset må kun sende de oplysninger kommunen beder om, i henhold til bilag 3.

Myndigheden kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset.

Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale myndighed sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

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

Implementering

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

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

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

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

De lokale samordningsfora

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

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

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

Anbefalinger om opfølgning og evaluering på samarbejdet

Videndeling og kompetenceudvikling

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

Parterne forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik vidensdeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Vidensdeling bør blandt andet omfatte undervisning i underretning til det sundhedsfaglige personale. Der kan med fordel udarbejdes fælles undervisningsmateriale der kan anvendes på alle fire sygehusenheder.

Mindst en gang om året skal der afholdes et kursus/temadag for parterne der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen.

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

Evaluering

Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med henblik på at undersøge om aftalen er dækkende for fagpersonalet den henvender sig til. Det skal blandt andet evalueres, om skabelonen er anvendelig eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis.

Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter

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

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

Bilag 1 – Arbejdsgruppens medlemmer

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

Bilag 2 – Høringsparter

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

Fødestederne i Region Syddanmark

De syddanske kommuners Sundhedsområde og Familie-/Børneområde

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark

Bilag 3 – Oversigt over gældende lovgivning på området

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

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

Sundhedsloven § 40 og 43

Sundhedspersoners tavshedspligt

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

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

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

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

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

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

Sygehusets hjemmel for at videregive oplysninger til kommunen

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

Således er alle videregivelsesbestemmelser i sundhedsloven en undtagelse fra ovenstående.

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

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

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

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

Relevant for arbejdet med målgruppen er navnlig:

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

- Servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2

Disse bestemmelser uddybes her efter.

Retssikkerhedsloven § 11 a og c

Myndighedens anmodning efter forudgående samtykke fra borgeren, jf. retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1:

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

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

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

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

Kommunens anmodning uden borgerens forudgående samtykke i forbindelse med sager om særlig støtte til børn og unge og § 50-undersøgelser, jf. retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1:

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

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

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

Serviceloven § 153 & 155 b

Offentlig ansattes underretningspligt

Offentligt ansattes underretningspligt, jf. servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2

Ifølge denne bestemmelse er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

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

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

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

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

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

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

Der bør forsøges indhentet samtykke inden underretningen foretages, så at den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.

Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb begået af en eller flere forældre.

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

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

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op.

Kommunal tilbagemelding, jf. servicelovens § 155 b

Kommunen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen, over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

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

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

Journalføringsbekendtgørelsens § 29

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

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

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

Bilag 4 – Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

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

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

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

Oplysninger fra Kommune til Sygehus	
Baggrund for anmodning	Årsag til anmodningen (relevant faglig vurdering) - kort.
Aftaler i forbindelse med fødsel og barsel (ved ændring skal samarbejdspartnere orienteres)	
Har forældrene givet samtykke til anmodningen	
Aftale om prævention	Evt. aftaler med den gravide om etablering af prævention ved fødslen
Kommunens EAN nummer	Bruges ved udgifter til prævention

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	
Der anmodes om flg. oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehus	Der kan eksempelvis anmodes om: - Besked ved fødsel - Besked/invitation til udskrivelsesmøde - Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset. - Lægeerklæring Der gøres opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.

Bilag 5 – Niveauinddeling i svangreomsorgen

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

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

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

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

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



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					

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
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: Diabetes - D. 31/1 2017 første workshop afholdt - D. 17/3 anden workshop afholdt - D. 9/6 Følgegruppen for forebyggelse præsenteres for første udkast - D 25/8: Følgegruppen for forebyggelse behandler udkast til høringsversion (grafisk sat op) - Okt-Nov: Forløbsprogrammet sendes i høring - D 4/12: Følgegruppen for forebyggelse behandler det endelige forløbsprogram	KOL - D. 28/2 2017: SKU godkendte forløbsprogrammet samt kommunikationspakke Diabetes - D. 22/9 2017: DAK præsenteres for en høringsversion til forløbsprogrammet for mennesker med diabetes. - Primo 2018: DAK og SKU behandler det endelige forløbsprogram.	KOL - D. 3/3 2017: SOF og PSOF er blevet informeret om at påbegynde implementeringen af forløbsprogrammet iht. implementeringsplanen. - D. 10/3: Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har sendt implementeringsmateriale til de 22 kommuner målrettet de kommunale Social og Sundhedsudvalg samt de kommunalt lægelige udvalg. - Region Syddanmark har informeret de praktiserende læger om forløbsprogrammet i Praksisnyt Diabetes Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo 2018	KOL: Monitorering: Efter drøftelse i DAK d. 30/3 2017 har Følgegruppen for Forebyggelse bedt arbejdsgruppen om at komme med et nyt forslag til monitorering af KOL indsatserne. Monitoreringen kommer til at ligge indenfor rammerne af eksisterende data samt de nationale mål og med få vigtige indikatorer. August 2017: Følgegruppen for Forebyggelse modtager et nyt oplæg til monitorering

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 til 57.000 borgere i Region Syddanmark, og undersøgelsen er lukket primo maj. Svarprocenten er d 28/4 2017 opgjort til 63,5% i Region Syddanmark, hvilket er det højeste i landet. Der vil i den næste tid være fokus på rensning og analyse af data.			Ej relevant	Primo 2018 Resultaterne offentliggøres d. 6. marts 2018, hvorefter der vil blive afholdt en regional konference.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse	På møde i Følgegruppen for Forebyggelse d 3/4 2017 blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal varetage monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse. Der er udarbejdet et kommissorium, der skal godkendes, inden arbejdsgruppen kan etableres. Arbejdsgruppen skal bl.a. arbejde med monitorering af: • Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark • Rammeaftale om infektionshygiejne • Nye forløbsprogrammer, bl.a. diabetes	Sommer 2017: Arbejdsgruppe nedsættes. August/september: Første oplæg til monitorering fra arbejdsgruppe til følgegruppen for forebyggelse			

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 er afholdt. Møderne var målrettet kursisternes nærmeste leder, og understøttede den lokale implementering af de sundhedspædagogiske værktøjer. Samlet har 43 ledere deltaget i møderne. Feb.-maj 2017: 5 kursusforløb af hver 3 dages varighed er afholdt. Samlet har ca. 100 kursister gennemført kursus i foråret 2017. Maj-december 2017: Der sættes fokus på evaluering og fremadrettet forankring. Der er planlagt projektgruppemøde den 22. maj og styregruppemøde den 30. august.	Den oprindelige proces- og milepælsplan følges med få undtagelser		PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	En evaluering af 1. runde kursusforløb er foretaget og hovedbudskaberne er indarbejdet i en midtvejsrapport af 23. sept. 2016 og fremsendt til orientering i følgegruppen på møde den 3. oktober 2016. Evaluering af 2. runde kursusforløb forventes at ligge klar ultimo oktober 2017. Det sundhedspædagogiske koncept og projektets foreløbige resultater præsenteres på Nordisk Folkesundhedskonference i august 2017. Der planlægges et seminar med afholdelse ultimo 2017/primo 2018, hvor projektets samlede resultater formidles. Dette er dagsordenssat til drøftelse på projektgruppemøde den 22. maj.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	Der er nedsat en arbejdsgruppe bestående af 4 kommunale repræsentanter og 2 regionale repræsentanter. Arbejdsgruppen er startet med at kortlægge brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og mødes jævnligt.	August 2017: Notat til Følgegruppen for Forebyggelse foreligger	22. september 2017: Notat præsenteres for DAK, hvor der skal tages stilling til, om der skal laves en syddansk børne- og ungesundhedsprofil Oktober: Notat præsenteres for SKU	Ej relevant	
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammeaftalen skal sikre tydelige snitflader mellem kompetenceudvikling, der finder sted lokalt og kompetenceudvikling, der skal finde sted på regionalt niveau.	Ej relevant	22/6 2017. DAK behandler rammeaftalen vedr. kompetenceudvikling og videndeling	2. kvartal 2017 Aftalen forventes klar til implementering.	Følgegruppen har udarbejdet en oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling. Oversigten tilrettes endeligt, når rammeaftalen for kompetenceudvikling og videndeling er godkendt i DAK.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kommissorium til Ny aftale på børne- og ungeområdet	På baggrund af afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge, har DAK d. 27/1 2017 bemærket, at der skal arbejdes videre med en ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2. Følgegruppesekretariatet har udarbejdet et forslag til et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, som tilpasset på baggrund af kommentarer fra formandskabet for SSF	22/6 2017: Kommissoriet behandles i Det administrative kontaktforum. Sommer 2017: Følgegruppe for Forebyggelse mødes med arbejdsgruppen Forår 2018: Høringsudkast klar	22/6 2017: Behandles på DAK. 15/8 2017: Behandles på SKU	Forventes at kunne implementeres ultimo 2018	Igangsættelse af arbejdet kræver en relativt stor arbejdsgruppe og evt. en mindre skrivegruppe. Følgegruppen for forebyggelse mødes med arbejdsgruppen, når denne er nedsat.
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske 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 godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbejdsgruppens opgave er dermed færdiggjort.		1. kvartal 2017 Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	

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

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017. Følgegruppen for 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.)
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	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
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Kommissorium for arbejdsgruppe til Aftale på børne- og ungeområdet

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for Forebyggelse. Kommissoriet for arbejdsgruppen er udarbejdet af sekretariatet under Følgegruppen for Forebyggelse, Iben Lykke Eggertsen og Christine Lund Momme.

Baggrund

I Sundhedsaftalens punkt 8.2.2 står der, at der skal laves en ny aftale på børne- og ungeområdet. Aftalen skal understøttes elektronisk, og have fokus på snitfaldet mellem sektorerne.

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede på møde den 28. februar 2017 at igangsætte arbejdet med udarbejdelsen af den tværgående aftale på børne- og ungeområdet. Beslutningen blev truffet med udgangspunkt i en behandling af en afdækning af indsatser for mental sundhed på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark. Afdækningen viste, at der er mange indsatser i gang på området, men at der mangler koordinering af disse. Det blev derfor besluttet at igangsætte arbejdet med aftalen, således at der kan opnås en højere grad af samordning og koordinering på tværs af sektorerne til gavn for børnene og de unge.

Formål

Formålet med *Aftale om børn og unge (0-17 år)* er at understøtte samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis for at sikre et koordineret og sammenhængende borgerforløb af høj kvalitet på tværs af sektorerne til gavn for børn og unge samt deres familier. Der lægges vægt på, at aftalen skal rumme den tidlige opsporing, forebyggelse og behandling, såvel tværfagligt som tværsektorielt.

Aftalen skal dække børne- og ungeområdet, dvs. såvel somatik som psykiatri, indenfor følgende områder:

- Mental sundhed hos børn og unge (Sundhedskoordinationsudvalget)
 - Tidlig opsporing og forebyggelse af psykisk og somatisk sygdom, herunder i særdeleshed i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom (Vejledning¹)
- Sammenhæng og koordinering i udrednings- og behandlingsforløb på tværs af sektorer (Vejledning¹)
- Børn og unge med varigt nedsat funktionsevne (Vejledning¹)
- Sammenhæng i overgang fra barn til voksen (Vejledning¹)

Afgrænsning

Det skal sikres, at Aftale om børn og unge har de rette snitflader til andre eksisterende aftaler, som den kommende aftale ikke erstatter, herunder f.eks. Region Syddanmarks Fødeplan samt Forløbsprogram for

¹ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsaftalen pr. 3. januar 2014



rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade. Aftalen har dermed til formål at omfatte tidlig opsporing, børn og unge i et udredningsforløb eller i et forløb med en høj grad af kompleksitet, f.eks. børn med flere problemstillinger på tværs af somatik, psykiatri og socialområdet.

Leverancer

Arbejdsgruppen leverer en opdateret status til hvert af Følgegruppens møder, dvs. ca. hver 2. måned.

Det forventes at:

- Første leverance indeholder en målgruppeafgrænsning, en disposition til aftalen samt et overblik over aktører på området. Desuden forventes et overblik over eksisterende aftaler/strategier/retningslinjer på området. Det bør klart fremgå, hvor aftalen for børn og unge dækker specifikke målgrupper, og hvor den dækker bredt i forhold til bl.a. mental sundhed.
- Anden leverance er et udkast til en aftale, et overblik over hvilke aktører der varetager hvilke opgaver i forløbet, samt et forslag til de dele af aftalen, der skal understøttes elektronisk. Herudover skal der foreligge udkast til implementeringsplan (kommuner, sygehuse og almen praksis) og forslag til monitorering af aftalen.

Arbejdsform

Der nedsættes en skrivegruppe ved siden af arbejdsgruppen. Skrivegruppen skal bestå af de kommunale og regionale sekretærer fra arbejdsgruppen samt de nødvendige ressourcepersoner fra de områder, som er under behandling. Der foretages løbende en vurdering af mødebehov i skrivegruppen.

Der afholdes en til to workshops for borgere/pårørende, for at tydeliggøre borgervinklen. Børnerådet har lavet en guide i forhold til inddragelse af børn i et sådant arbejde.

Ved uenigheder i gruppen eller uklarhed omkring opgaven, inddrages Følgegruppen for Forebyggelses formandskab.

Organisering

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for Forebyggelse. Følgegruppen for Forebyggelse orienterer Det Administrative Kontaktforum samt Sundhedskoordinationsudvalget om arbejdsgruppens fremgang.

Arbejdsgruppen skal fungere frem til den endelige aftale er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget, dvs. forventeligt frem til ultimo 2018.

Arbejdsgruppen bemannes med repræsentanter fra kommunerne, regionen og almen praksis.

Arbejdsgruppen sammensættes, så målgruppen repræsenteres bredt:

- Kommunerne repræsenteres med aktører, der varetager tidlig opsporing og forebyggelse på børne- og ungeområdet, dvs. både sundhedsplejerske, sagsbehandler fra familieafdeling, en repræsentant fra pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), daginstitution/skole, Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU). Det foreslås at have i alt 6-8 kommunale repræsentanter. Der bør være en vis geografisk spredning og repræsentationen bør være fra både små og store kommuner.



- Regionen repræsenteres med relevante fagpersoner fra både somatikken og psykiatrien. Det foreslås at have i alt 6-8 regionale repræsentanter. Der bør være en vis geografisk spredning.
- Almen praksis repræsenteres med 2 praktiserende læger.

Arbejdsgruppen vælger en kommunal og en regional formand, der hver stiller med en til to sekretærer. Sekretærerne udarbejder, i samarbejde med formændene, dagsorden og referat fra arbejdsgruppens møder.

Arbejdsgruppen nedsætter en mindre skrivegruppe bestående af sekretærerne samt de relevante videnspersoner fra de områder, man behandler i skriveprocessen.

Arbejdsgruppen involverer tidligt i forløbet Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin i arbejdet med afdækning af behov for IT-understøttelse samt Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt i forbindelse med udarbejdelsen af et evaluerings- og monitoreringsoplæg.

Ressourcer og tidsplan

Det forventes, at arbejdsgruppen er sammensat i august 2017. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen for Forebyggelse.

Det må forventes, at der lægges en del arbejdskraft mellem møderne fra specielt skrivegruppen, mens arbejdsgruppens ressourcer trækkes ind ad hoc.

Det forventes, at et udkast til aftale på børne- og ungeområdet kan komme i høring inden sommerferien 2018. Derefter kan aftalen behandles på DAK og SKU i efteråret 2018, og træde i kraft inden udgangen af 2018.

Følgegruppen for Forebyggelse ønsker et forventningsopstartsmøde med arbejdsgruppen, og kan trækkes ind ved behov for sparring.

Tidsplan:

- Juni-august 2017: arbejdsgruppen nedsættes
- September 2017: indledende møde mellem arbejdsgruppen og Følgegruppen for Forebyggelse
- Oktober 2017: Følgegruppen modtager en disposition til aftalen
- Primo februar 2018: Følgegruppen modtager udkast til aftalen.
- Marts 2018: Det Administrative Kontaktforum godkender et høringsudkast
- April-maj 2018: Aftaleudkastet sendes i høring
- Juni 2018: Arbejdsgruppen behandler høringssvar
- August 2018: Endeligt udkast til aftale godkendes i Følgegruppen for Forebyggelse
- September 2018: Det Administrative Kontaktforum godkender Aftale for børn og unge
- Oktober 2018: Sundhedskoordinationsudvalget godkender Aftale for børn og unge
- November 2018: Aftalen sendes til implementering i de lokale samordningsfora.



Evaluering

To år efter aftalen er sendt til implementering forespørges De Lokale Samordningsfora om aftalens implementeringsgrad og anvendelighed.

Evalueringen varetages af Følgegruppen for Forebyggelse.

Bilag

- Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark
- Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge



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 godkendt i DAK den 30. marts 2017	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 godkendt i DAK den 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.		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		
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.

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 13/41918
Dato: 30. marts 2017
Udarbejdet af: Arne Vesth Pedersen
E-mail: Arne.Vesth.Pedersen@rsyd.dk
Telefon: 29201104

Notat

Afsluttende rapportering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

1. Formål

Dette notat skal tjene som afsluttende rapport fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. implementeringen af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet. Notatet omhandler baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse, dens arbejdsproces og de opgaver, som har skullet løses i dens regi. Arbejdsgruppen peger i sin konklusion på nogle punkter, som den mener, vil være vigtigt at være opmærksomhed på i det videre implementeringsarbejde i de lokale samordningsfora.

2. Baggrund

Med baggrund i Kræftplan III fra 2010 udgav Sundhedsstyrelsen i december 2011 et forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

En tværsektoriel og tværfaglig arbejdsgruppe i Syddanmark arbejdede med den lokale bearbejdning af forløbsprogrammet. Resultatet heraf var en implementeringsplan, som byggede på eksisterende samarbejdsaftaler og henvendte sig til personale, der arbejdede med kræftpatienter og pårørende i region, almen praksis og kommuner i Region Syddanmark. Denne implementeringsplan blev godkendt i 2013.

3. Definitioner: hvad er rehabilitering og palliation?

Sundhedsstyrelsen anvender Verdenssundhedsorganisationens WHOs definition af rehabilitering, som lyder: "Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse." (WHO, 2011)

Herudover anvendes også definitionen fra "Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", hvor andre aspekter er medtaget: "Formålet med rehabilitering er således at forbedre og vedligeholde patientens funktionsevne fysisk, psykisk, socialt og intellektuelt med henblik på, at patienten bliver så uafhængig og selvbestemmende som muligt samt opnår et meningsfuldt liv. Rehabilitering er ikke begrænset til fysiske handicap og problemer, men omfatter tillige psykosociale

og eksistentielle/åndelige aspekter. Indsatsen indebærer således også målrettet patientrettet forebyggelse og støtte, så patienten og de pårørende bedst kan anvende deres egne ressourcer.”

WHO definerer palliativ indsats således: ”Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art”

4. Principper for samarbejdet i rehabiliterings- og palliationsforløb

Ifølge den syddanske implementeringsplan i relation til implementeringen af forløbsprogrammet tager samarbejdet mellem de parter, som indgår i et rehabiliterings- og palliationsforløb, udgangspunkt i, at den enkelte borger og dennes pårørende skal opleve sammenhæng og kvalitet i sundhedsydelser og tilbud . Samarbejdet på tværs af sektorer skal koordineres, og det er væsentligt, at de fagprofessionelle aktivt inddrager patienten og de pårørendes ønsker, behov og ressourcer i samarbejdet. Samarbejdet bygger på de eksisterende aftaler om kommunikation mellem Region Syddanmark og kommunerne.

Patienten er den centrale beslutningstager i forløbet, i det omfang patienten har ressourcer hertil. Der bør i patientens forløb altid være fokus på den enkeltes behov, ønsker, ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation.

Kræft påvirker hele familien. Derfor skal patientens nærmeste pårørende have ret til at blive inddraget mest muligt i forløbet, såfremt patienten ønsker det. Sundhedspersonale bør opfatte en pårørende, som et menneske, der er en vigtig ressourceperson i forhold til patienten..

Patientforeninger/frivillige organisationer kan spille en betydningsfuld rolle, dels som talerør for patienter, pårørende og efterladte, dels som udbydere af støttende aktiviteter og rådgivning, der kan supplere tilbud på sygehusene, i almen praksis og kommunerne.

5. Forløbsprogrammets tre trin

Som udgangspunkt indgår tre trin i forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet: behovsvurdering, uddybende udredning og fælles plan.

Behovsvurderingen skal identificere patientens behov for rehabilitering og palliation og afklare, om patienten har brug for professionel bistand til at håndtere disse behov. Arbejdet med behovsvurderingen gennemgås nærmere i afsnit 8.

Såfremt det ikke efter behovsvurderingen fremstår tilstrækkeligt klart, hvilken professionel indsats patienten har brug for, foretages en uddybende udredning. Det kan eksempelvis være en detaljeret vurdering af funktionsevne, kognitive tests, nærmere udredning af økonomiske problemer eller lignende. Den uddybende udredning foretages af den relevante sektor (sygehus, almen praksis, kommune) og fagpersonale (socialrådgiver, psykolog, læge, fysio-/ergoterapeut, sygeplejerske etc.).

På baggrund af behovsvurderingen og den uddybende udredning udarbejdes en fælles plan for den rehabiliterende og palliative indsats. Det gøres i et samarbejde med patienten og eventuelle pårørende

af den relevante sektor. I den fælles plan indgår en beskrivelse af den indsats, som skal gøres i relation til patienten og af de problemområder, indsatsen skal rettes imod. Den fælles plan kan indeholde flere elementer, som varetages af forskellige sektorer/fagpersoner, ligesom den kan synliggøre de aktiviteter, som patienten og de pårørende selv ønsker at tage ansvar for, eksempelvis brug af aktiviteter/tilbud i det lokale foreningsliv.

6. It-understøttelsen af forløbsprogrammet

Som nævnt i det foregående afsnit er udgangspunktet i forløbsprogrammet, at indsatsen skal koordineres både tværfagligt og tværsektorielt – dette gælder ikke mindst i forhold til den uddybende udredning og den fælles plan.

Derfor var det også oprindeligt i Syddanmark planen, at indsatsen skulle understøttes af en fælles it-plattform (Shared Care), som sygehuse, kommuner og alment praktiserende læger alle havde adgang til, og hvor det ville være muligt at udveksle behovsvurderinger, uddybende udredninger og fælles planer.

Det viste sig imidlertid vanskeligere end forventet at anvende en fælles it-plattform til udveksling af data vedr. kræftpatienternes rehabilitering og palliation. Bl.a. i lyset heraf vedtog Det Administrative Kontaktforum den 19. marts 2015 en midlertidig løsning (fase 1), hvor der alene skulle fokuseres på behovsvurderinger, og hvor disse vurderinger skulle udveksles ved hjælp af korrespondancemeddelelser mellem de relevante parter. Implementeringen af den midlertidige løsning blev igangsat i april 2015 med udsendelse af breve til sygehuse, kommuner og almen praksis.

Herefter var det tanken, at fase 1 i implementeringen af forløbsprogrammet skulle efterfølges af en fase 2, hvor der skulle arbejdes videre med it-understøttelsen via en fælles platform. Imidlertid måtte det i april 2016 konstateres, at det ikke ville være muligt at implementere en sådan løsning inden for den tidsmæssige ramme for projektet s afslutning (april 2017). I stedet blev en pilotafprøvning overvejet, men på baggrund af erfaringerne fra det hidtidige projektforløb og den generelle status i forhold til Shared Care-plattformen var indstillingen fra den tværsektorielle arbejdsgruppe, at det fortsatte arbejde med en fase 2 skulle pauseres i mindst et år. Denne indstilling blev taget til efterretning, først af Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering den 25. april 2016 og siden af Det Administrative Kontaktforum den 15. juni 2016 i forbindelse med en statusrapportering. I konsekvens af denne beslutning er der efterfølgende alene blevet arbejdet med fase 1.

7. Revideret kommissorium for arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

På baggrund af justeringen i arbejdsgruppens opgavefelt, fik den følgende, justerede kommissorium:

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation ifm. kræft indgår i Sundhedsaftalen 2015-18 og skal som led heri implementeres i kommuner, sygehuse og hos almen praksis i Region Syddanmark. På baggrund af anbefalinger fra den hidtidige arbejdsgruppe vedr. forløbsprogrammet besluttede Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering den 25. april 2016 at styrke implementeringen af behovsvurderingen og den tilhørende korrespondancemeddelelse, jf. forløbsprogrammet. Følgegruppen besluttede ligeledes, at der skal udarbejdes en slutrapport som en del af opfølgningen på implementeringsindsatsen. På denne baggrund revideres kommissoriet for arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation ifm. kræft til nedenstående.

Formålet med arbejdsgruppens indsats er:

At få indført, at alle kræftpatienter tilbydes en Behovsvurdering:

- Ved afslutning af den initiale behandling på sygehuset (se evt. opfølgningsprogrammerne).
- Ved væsentlige ændringer i patientens forhold.

At alle samarbejdsparter anvender Behovsvurderingen, når patienten har behov.

At der følges op på behovsvurderingerne.

Opgaver for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen skal bidrage til en systematisk udbredelse af behovsvurdering via korrespondancemeddelelse på sygehusene såvel som i kommunerne og almen praksis. Det skal bl.a. ske ved:

- At udarbejde en kort implementerings- og opfølgningsplan med henblik på at sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift
- At følge den lokale implementeringsindsats i samordningsfora og bidrage til sammenhæng på tværs
- At bidrage til løbende overvejelser om, hvordan patient- og pårørendeperspektivet kan indgå bedst muligt i den fortsatte implementering.
- At afholde to identiske kursusdage, som kan øge kendskabet til og anvendelsen af behovsvurdering i korrespondanceformatet.
- At sikre erfaringsopsamling, bl.a. via en afsluttende afrapportering.

Tidsplan

Juni 2016 til og med marts 2017.

Deltagere

Den hidtidige arbejdsgruppe suppleres, således de lokale samordningsfora alle er repræsenteret ved både en regional og en kommunal repræsentant. Desuden sikres Videnscenter for Rehabilitering og Palliation en plads i gruppen. Almen praksis fortsætter i gruppen som en vigtig samarbejdspart og tovholder for patienten. Ligeledes fortsætter deltagelsen af Kræftens Bekæmpelse, Region Syd. Arbejdsgruppen har således følgende medlemmer (ultimo marts 2017):

Kommunale repræsentanter

Anette Filtenborg, Varde Kommune, *kommunal medformand*,

Kommunal medsekretær - vakant

Bjarne Jørgensen, socialoverlæge, Odense Kommune

Michael Metzsch, afdelingschef, Aabenraa Kommune

Birthe Pors, Afdelingsleder, Vejle Kommune

Regionale repræsentanter

Birthe Mette Pedersen, programchef, Region Syddanmark, *regional medformand*,

Arne Vesth Pedersen, specialkonsulent, Region Syddanmark, *regional medsekretær*

Nicoline Bruun, sygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Merete Bech Poulsen, oversygeplejerske, OUH
Birgit Brodde, ledende oversygeplejerske, Sydvestjysk Sygehus
Bettina Jensen, sygeplejerske, Sygehus Sønderjylland

Repræsentant fra Almen praksis
Jytte Møller, praksiskoordinator

Repræsentant Kræftens Bekæmpelse
Susanne Juul, områdechef Syd

Repræsentant for Videnscenter for Rehabilitering og Palliation
Ann-Dorthe Olsen Zwisler, centerleder, professor, overlæge

8. Arbejdet med behovsvurdering

Behovsvurderingen er alene en identifikation af, om der er et rehabiliterings- eller palliationsbehov, samt en kort beskrivelse af det identificerede behov. Den udarbejdes i et samarbejde med patienten og eventuelt pårørende ud fra patientens besvarelse af et spørgeskema, som omhandler følgende områder:

- oplevelse af livskvaliteten
- det fysiske
- det psykiske
- det kognitive
- det sociale
- det eksistentielle/åndelige
- de pårørende

Hvis patientens besvarelse af spørgeskemaet viser, at vedkommende har behov, som kræver fagprofessionel støtte/vejledning, beskrives behovet i behovsvurderingen, som sendes til relevant aktør (kommune, egen læge, sygehuset).

Der har tidligere været et lokalt spillerum på sygehusene i forhold til, hvornår behovsvurdering gennemføres. For at sikre en hensigtsmæssig sammenhæng til den mere kliniske behovsvurdering, som finder sted i regi af opfølgingsprogrammerne for kræftpatienter, blev det imidlertid på et møde med deltagelse fra den regionale kræftstyregruppe den 22. februar 2016 besluttet, at alle kræftpatienter tilbydes en behovsvurdering, når den initiale behandling på sygehuset afsluttes. Herudover tilbyder sygehuset på linje med andre relevante aktører i kommunen eller almen praksis en behovsvurdering, når der i øvrigt sker væsentlige ændringer i patientens forhold. For nogle patienter betyder det, at en behovsvurdering er relevant allerede på diagnosetidspunktet.

Almen praksis og kommunen følger op på de dele af behovsvurderingen, der vedrører indsatsen her. Behovsvurderingen afstemmes med patientens og evt. de pårørendes forventninger.

Al kommunikation i forbindelse med behovsvurdering sendes imellem parterne som en korrespondancemeddelelse med titlen "behovsvurdering, kræft".

Resultatet af behovsvurderingen kan være:

- "ja, der er identificeret et behov" eller
- "nej – der er foretaget behovsvurdering, men der vurderes ikke at være et behov på nuværende tidspunkt", og sidst
- "Nej, patienten ønsker ikke at få lavet en behovsvurdering

Dette dokumenteres i patientens/borgerens journal.

Samarbejdsparter orienteres via korrespondancemeddelelsen om identificerede behov og begrundelse. Patienten skal give samtykke hertil.

9. Undervisningsdage om behovsvurderingen

For at styrke motivationen og kompetencerne til at anvende behovsvurderingsskemaet blandt medarbejdere på sygehusene og i kommunerne afholdt den tværsektorielle arbejdsgruppe to identiske kursusdage den 20. og den 23. januar 2017.

Målgruppen for kursusdagene var fagprofessionelle fra både primær- og sekundærsektoren i Syddanmark, som er ressourcepersoner i deres respektive organisationer, når det gælder kræftrehabilitering og palliation. Dette med henblik på at de efterfølgende kunne videreformidle udbyttet af kursusdagene til deres kolleger. Begge dage deltog 60 personer.

Formiddagsprogrammet på kursusdagene bestod af oplæg, hvor deltagerne hørte om behovsvurderingens sammenhæng med forløbsprogrammet, om arbejdet med behovsvurdering i Syddanmark (både rammen for arbejdet og de konkrete erfaringer) samt tips til håndtering af de kommunikative udfordringer i behovsvurderingssamtalen.

Eftermiddagsprogrammet bestod først af et gruppearbejde, hvor deltagerne skulle gennemføre to behovsvurderingssamtaler som rollespil med udgangspunkt i cases vedr. henholdsvis tonsilcancer og lungecancer. Hensigten med øvelsen var at give grundlag i grupperne for feedback og refleksioner i forhold til, hvad der lykkedes godt, hvad der var svært og hvordan næste behovsvurderingssamtale kunne komme til at fungere endnu bedre.

Gruppearbejdet blev efterfulgt af en opsamling i plenum, hvor deltagerne bl.a. havde lejlighed til at tilkendegive, hvordan de følte sig rustet til at varetage opgaven med at gennemføre behovsvurderingssamtaler.

Følgende blev noteret i punktform som opsamling på de to dages plenumdrøftelser:

Fra den 20. januar 2017:

Den vigtigste læring fra dagen

- Behovsvurderingsskemaet kan bruges af alle.
- Send borgerne/patienterne ud i kommunerne.
- Øget fokus på tværsektorielt samarbejde.
- Problematik om hvornår behovsvurderingen skal ske – patienterne er forskellige, det kan gøre det svært at skabe systematik – vigtig læring er her, at vi lytter til patienten.
- Vi skal sætte rammen for samtalen.
- Genkendeligheden i skemaet.
- Udlever skemaet til borgerne, så de kan forberede sig. Efterfølgende sikre sig at samtalen gennemføres, skemaet kan ikke stå alene.
- Det er ikke altid en god ide at sende skemaet ud til borgerne, vi når de ressourcestærke.
- Det er en styrke at skemaet er basis for en samtale, skemaet skal ikke stå alene.
- Godt skema, godt udgangspunkt for samtalen mellem professionelle, patienter og pårørende.
- Gå tilbage til kollegaer og fortæl om skemaet.
- Tillid til at kommunerne løser opgaven/ de identificerede behov.

Opmærksomhedspunkter, som blev noteret i plenum, og som kan bringes med tilbage til arbejdsgruppen.

- Hvordan ser vi om skemaet er delvis udfyldt?
- Hvem har tovholderopgaven på skemaet?
- Vi mangler at forstå patientens vej gennem systemet, herunder afstemning af forventninger mellem sektorer.
- Ordvalget i skemaet, kan det tilpasses?
 - Negativt: Ordvalget er ikke målrettet alle patienter og pårørende.
 - Positivt: Det giver overblik over de mange behov.
- Hvor kan vi finde skemaet, det er ikke kendt.
- Der mangler viden om, hvordan dokumentationen skal foregå efter samtalen.
- Obs til kommunerne, man skal kunne finde skemaet i kommunerne, hvor kommer det ind og hvem sender det videre?

Fra den 23. januar var de vigtigste pointer i plenumdebatten:

- det kan være en fordel, at skemaet er udfyldt på forhånd (bedre forberedelse til samtalen). Hvis der er knap tid, er det vigtigste at få identificeret de væsentligste behov og få sendt behovsvurderingen videre til relevant samarbejdspartner. Der skal være tillid til kollegerne i andre sektorer. Det kan være svært at få skabt det nødvendige nærvær i en telefon. Skemaet er en god støtte til behovsvurderingssamtalen.
- Introduktionen til samtalen er vigtig: det skal stå klart, hvad vi er sammen om. Det er vigtigt at patienten er forberedt og har set på skemaet på forhånd. Vigtigt at man lader patienten styre inden for rammen – udgangspunktet er, hvilke behov patienten har. Skemaet og samtalen skal ikke i sig selv fixe alle problemer, men afdække behov. Som sundhedsprofessionel : husk at slippe kontrollen og give plads til det faglige skøn. Vigtigt at forventningsafstemme med

patienten/pårørende. Nogle gange kan der være bedre vilkår for den fortrolige samtale i kommunen end på sygehuset (hvor patienter kan lægge på flersengsstuer).

- Én kommune angav, at man brugte et ICF-baseret redskab bruges snarere end behovsvurderingsskemaet. Det blev understreget, at behovsvurderingsskemaet er fælles gods for region OG kommuner, og at dets anvendelse er besluttet i Det Administrative Kontaktforum. Det blev nævnt som en erfaring fra kommunal side, at patienten har gjort nogle yderligere refleksioner fra behovsvurderingen er foretaget på sygehuset til vedkommende kommer til samtale i kommunen.
- Det kan være svært at lade patienten styre, hvis den pågældende ikke siger så meget. Det kan i de tilfælde være vigtigt også at inddrage de pårørende (det kan man forsøge at tænke ind i forberedelsen, så man i tide får opfordret til, at pårørende kommer med). Huske at give patienten to minutter, hvor vedkommende med egne ord får mulighed for at fortælle om sin situation (eksempel: fortæl om din dag).
- behovsvurdering skal organiseres i egen kontekst (måske skal der ringes lidt efter, at det initiale behandlingsforløb er afsluttet). Patientens behov kan melde sig lidt efter behandlingsforløbet psykologisk og praktisk. Såvel kommunen som almen praksis har mulighed for selv at gennemføre en behovsvurdering, hvis det skønnes relevant.
- Det blev nævnt som en fordel, hvis det udfyldte behovsvurderingsskema kunne følge patienten noget mere, end tilfældet er i dag. Det blev også påpeget, at både sygehuse og patienter kan orientere sig om kommuners tilbud på sundhed.dk.

Ud over tilkendegivelser fra plenumdrøftelserne blev deltagerne efter kursusdagene bedt om at afgive en elektronisk evaluering af kursusdagene ved at svare på tre spørgsmål, hvor der kunne vælges mellem fem svarmuligheder: i høj grad (svarende til scoren 5), i nogen grad (scoren 4), neutral (scoren 3), i ringe grad (scoren 2), slet ikke (scoren 1).

Resultaterne af evalueringen fremgår af skemaerne nedenfor:

Har kursusdagen været med til at motivere dig til at tage behovsvurderingssamtaler med patienterne?				
	Første kursusdag		Anden kursusdag	
I høj grad	13 svar	50,0 %	12 svar	44,4 %
I nogen grad	7 svar	26,9 %	11 svar	40,7 %
Neutral	3 svar	11,5 %	4 svar	14,8 %
I ringe grad	3 svar	11,5 %	0 svar	0,0 %
Slet ikke	0 svar	0,0 %	0 svar	0,0 %
Gennemsnit	26 svar	Gennemsnitlig score på 4,15	27 svar	Gennemsnitlig score på 4,23

Har kursusdagen bidraget til, at du har styrket dine kompetencer i forhold til at tage behovsvurderingssamtaler?				
	Første kursusdag		Anden kursusdag	
I høj grad	4 svar	15,4 %	4 svar	14,8 %
I nogen grad	13 svar	50,0 %	15 svar	55,6 %
Neutral	6 svar	23,1 %	6 svar	22,2 %
I ringe grad	3 svar	11,5 %	0 svar	0,0 %
Slet ikke	0 svar	0,0 %	2 svar	7,4 %
Gennemsnit	26 svar	Gennemsnitlig score på 3,69	27 svar	Gennemsnitlig score på 3,70

Føler du dig rustet efter kursusdagen til at tage behovsvurderingssamtaler i hverdagen?				
	Første kursusdag		Anden kursusdag	
I høj grad	10 svar	38,5 %	12 svar	44,4 %
I nogen grad	12 svar	46,2 %	10 svar	37,0 %
Neutral	4 svar	15,4 %	5 svar	18,5 %
I ringe grad	0 svar	0,0 %	0 svar	0,0 %
Slet ikke	0 svar	0,0 %	0 svar	0,0 %
Gennemsnit	26 svar	Gennemsnitlig score på 3,69	27 svar	Gennemsnitlig score på 4,26

10. Anvendelsen af behovsvurderingen – data fra Cosmic

Data hentet i Cosmic alle 12 måneder i 2016 og alle sygehusheder i Region Syddanmark, er udtrukket af Dokumentation og Ledelsesinfo, Region Syddanmark. Dette udtræk viser, at der i alt er foretaget 1124 behovsvurderinger, hvor der ikke vurderes at være et behov. Desuden er der foretaget 378 behovsvurderinger, hvor der er identificeret et behov, mens 465 patienter ikke har ønsket at få lavet en behovsvurdering.

Brugen af behovsvurdering i kommunerne og almen praksis er ikke blevet opgjort.

11. Andre data om behovsvurdering

Ud over opgørelserne fra Cosmic foreligger der også andet materiale, som kan bidrage til at give et billede af status i forhold til behovsvurdering i Region Syddanmark. REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation – udsendte i efteråret 2016 et spørgeskema om behovsvurdering og kræftrehabilitering til alle sygehusafdelinger i Danmark, der behandler kræftpatienter

På foranledning af Region Syddanmark har REHPA udarbejdet en præsentation af udvalgte resultater fra kortlægningen, suppleret med en telefoninterview-undersøgelse, hvori 14 kræftpatienter deltog og en interviewundersøgelse, hvor 4 sygeplejersker deltog. Alt sammen med henblik på at få belyst den konkrete anvendelse af behovsvurderingen på sygehusene og opfattelsen heraf blandt sundhedsprofessionelle og patienter.

REHPAS resultater er sammenfattet i en rapport, der vedlægges som et selvstændigt bilag til dette notat.

12. Konklusion og diskussion

Som afslutning på sin slutstatus vil den tværsektorielle arbejdsgruppe give en vurdering af, hvorvidt de opgaver, som indgik i dens kommissorium er blevet løst. Arbejdsgruppen vil i forlængelse heraf pege på nogle punkter, som det vil være vigtigt at have opmærksomheden rettet imod i den videre implementering i de lokale samordningsfora regi.

Arbejdsgruppen skulle bidrage til en systematisk udbredelse af behovsvurdering via korrespondancemeddelelse på sygehusene såvel som i kommunerne og almen praksis. Det skulle bl.a. ske ved:

- *At udarbejde en kort implementerings- og opfølgingsplan med henblik på at sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift.* Arbejdsgruppen behandlede den 30. august 2016 en tids- og handleplan, som ikke mindst omhandlede kommunikationen omkring og forberedelsen af de to kursusdage for nøglemedarbejdere på sygehusene og i kommunerne. Oprindeligt var det målsætningen, at kursusdagene skulle afholdes i efteråret 2016, men praktiske omstændigheder betød, at dagene i stedet blev afviklet i januar 2016.
- *At følge den lokale implementeringsindsats i samordningsfora og bidrage til sammenhæng på tværs:* Der blev ved nedsættelsen af arbejdsgruppen sikret repræsentation fra alle samordningsforas områder, både på sygehus- og kommunesiden. Der har på arbejdsgruppens møder været lejlighed til at drøfte også den lokale status i de enkelte områder.
- *At bidrage til løbende overvejelser om, hvordan patient- og pårørendeperspektivet kan indgå bedst muligt i den fortsatte implementering:* Patientperspektivet er inddraget gennem telefoninterviews med en gruppe kræftpatienter, som indgår i grundlaget for den rapport fra REHPA, der udgør et selvstændigt bilag til dette notat. Herudover har Kræftens Bekæmpelse

været repræsenteret i arbejdsgruppen og har løbende bidraget med et patient- og pårørendeperspektiv i gruppens drøftelser.

- *At afholde to identiske kursusdage, som kan øge kendskabet til og anvendelsen af behovsvurdering i korrespondanceformatet:* Forløbet af kursusdagene er beskrevet særskilt i dette notats afsnit 9.
- *At sikre erfaringsopsamling, bl.a. via en afsluttende afrapportering:* Ud over dette notat er erfaringer fra arbejdsgruppen løbende blevet opsamlet i forbindelse med afrapporteringer til Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering samt Det Administrative Kontaktforum.

Overordnet kan arbejdsgruppen konstatere, at alle fire somatiske sygehusenheder i Region Syddanmark er i gang med at implementere behovsvurderingen med det tilhørende spørgeskema og korrespondancemeddelelse. På grundlag af drøftelserne i arbejdsgruppen er det imidlertid også dens opfattelse, at sygehusene har haft forskellige processer og på nuværende tidspunkt befinder sig på forskellige stadier i implementeringen. Det vil således stadig kræve et vedvarende ledelsesmæssigt fokus at sikre, at alle relevante sygehuspatienter får tilbudt en behovsvurdering.

Anvendelsen af behovsvurderingen i kommunerne og almen praksis – i forhold til dels opfølgning på behovsvurderinger fra sygehuset, dels egen udarbejdelse af behovsvurderinger – er ikke blevet belyst i arbejdsgruppen.

Det er vurderingen i kommunerne, at man her kun modtager få korrespondancemeddelelser med besked om, at en borger har brug for at få fulgt op på et identificeret behov i behovsvurderingen. Få af disse henvendelser handler om tværfaglig koordination i kommunen, mens langt de fleste handler om behov for personlig og praktisk hjælp samt træning.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at egen udarbejdelse af behovsvurderinger i kommunerne og almen praksis er i en indledende fase, og at der også hér er behov for et vedvarende fokus for at opnå en øget udbredelse.

Sammenfattende må det konkluderes, at behovsvurderingen endnu ikke er fuldt implementeret på sygehusene, i kommunerne og almen praksis. Derimod er der skabt en brugbar ramme for behovsvurderingen med spørgeskema, korrespondancemeddelelse og tillæg til implementering af forløbsprogrammet, som kan understøtte det videre arbejde, der skal gøres lokalt.

Det er afgørende, at de lokale samordningsfora følger området fremover, herunder antallet af behovsvurderinger og de sundhedsprofessionelles behov for kompetenceudvikling og videndeling

Det vil også være en vigtig opgave i de lokale samordningsforas fortsatte implementeringsarbejde, at alle parter får afstemt forventningerne til, hvad de selv og andre aktører skal gøre for at sikre en øget udbredelse behovsvurderingen.

I den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at der ikke på nuværende tidspunkt er fastlagt én rigtig måde at gennemføre behovsvurderingen på. Dette er næppe heller muligt, idet patienternes situation varierer meget, ikke alene på tværs af individer, men også på tværs af diagnosegrupper.

Ligeledes vil være vigtigt i det videre arbejde at være opmærksom på, at behovsvurderingen som udgangspunkt er et tilbud til patienten, som vedkommende kan sige ja eller nej til. Dette er i god

overensstemmelse med princippet om at bygge på patientens egne ønsker og behov, men kan være i modstrid med ønsket om at bekæmpe ulighed i sundhed. Det er derfor et centralt hensyn ved tilrettelæggelsen af arbejdsgangene omkring behovsvurderingen at sikre, at også patienter med svagere forudsætninger har en reel mulighed for at få en behovsvurdering.

Afslutningsvis skal arbejdsgruppen bemærke, at den for at sikre de bedst mulige forudsætninger for den fortsatte implementering foretager en revision af det spørgeskema, som anvendes til behovsvurderingen, på grundlag af tilbagemeldingerne fra de to kursusdage. Ligeledes sikrer arbejdsgruppen, at både det tilrettede spørgeskema og et ajourført aftalegrundlag for det fortsatte, lokale implementeringsarbejde er at finde på regionens hjemmeside. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der dermed foreligger et godt grundlag, der skal være ro til at arbejde videre med lokalt.

Implementeringen af Behovsvurdering for Rehabilitering og Palliation hos kræftpatienter

REHPA | NOTAT NR. 3 | MARTS 2017 (udgivet for Region Syddanmark)

Implementeringen af Behovsvurdering for Rehabilitering og Palliation hos kræftpatienter – evaluering foretaget for Region Syddanmark

Forfattere: Karin B. Dieperink, Jette Thuesen, Lærke Kjær Tolstrup og Tina Broby Mikkelsen

Copyright © 2017

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

ISBN: xx / ISBN (online): xx

REHPA, notat nr. 3

Marts 2017

1. udgave

REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 30 57 10 59

Mail: rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

REHPA-notater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Notaterne er ikke reviewet, men fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere. Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Indhold

Forord	3
Resumé	4
Behovsvurdering i Region Syddanmark	4
Metode	4
Sammenfatning af resultater	4
Introduktion	5
Baggrund	5
Behovsvurderingspraksis i Region Syddanmark	6
Metode	7
Resultater	8
Kortlægning	8
Data fra Cosmic	14
Patienternes perspektiv	14
Sundhedsprofessionelles perspektiver	15
Diskussion	17
Konklusion	19
Referencer	20

Forord

Nærværende notat fra REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation evaluerer implementering af behovsvurdering for rehabilitering og palliation hos kræftpatienter i Region Syddanmark med indgangen til 2017. Evalueringen baseres på data fra en kortlægning samt telefoninterviews dels med udvalgte kræftpatienter, som har fået foretaget en behovsvurdering, dels med sundhedsprofessionelle på sygehuse i Region Syddanmark.

Notatet er udarbejdet efter aftale med formandsskabet for den tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende rehabilitering og palliation på kræftområdet i Region Syddanmark. Notatet henvender sig primært til arbejdsgruppen. Notatet kan endvidere læses af ledere, klinikere, udviklingskonsulenter og beslutningstagere, der har interesse i at følge processen med implementering af behovsvurdering i forbindelse med kræft i Region Syddanmark og andre steder i landet.

Vi vil gerne rette en stor tak til de patienter, der deltog i vores telefoninterview, selv om flere af dem var hårdt belastet af deres kræftsygdom. Desuden en stor tak til de sundhedsprofessionelle i Region Syddanmark, der alle på trods af en travl hverdag afsatte tid til at deltage i kortlægning og interviews.

Notatets indhold er gennemgået af arbejdsgruppens formandskab, som bestillere af opgaven, og er efterfølgende revideret, så der tages højde for de lokale organisatoriske forhold, som gør sig gældende i Region Syddanmark.

Ann-Dorthe Zwisler
Centerleder, professor

Resumé

Dette notat belyser status for implementering af behovsvurdering for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft i den sekundære sektor i Region Syddanmark med indgangen til 2017. Notatet afdækker endvidere barrierer og udfordringer i implementeringsprocessen. Notatet er udarbejdet af REHPA for formandsskabet for den regionale, tværsektorielle implementeringsgruppe, som har ønsket en evaluering af indsatsen.

Behovsvurdering i Region Syddanmark

Behovsvurdering i Region Syddanmark omfatter pr. 2017 et skema og en tilhørende vejledning. Skemaet udfyldes ved afkrydsning af eventuelle problemområder. Herudover tilbydes patienten en samtale for yderligere uddybning. Region Syddanmark anvender den fælles, elektroniske patientjournal (Cosmic) til dokumentation af behovsvurdering i sygehusregi samt til kommunikation og afsendelse af behovsvurdering til kommunen. Region Syddanmark har besluttet, at behovsvurderingen finder sted ved afslutningen af det initiale behandlingsforløb for at harmonere behovsvurderingen med opfølgningsprogrammerne. Det er herudover overdraget til den enkelte sygehusafdeling, hvordan behovsvurderingen kan foregå i klinisk praksis.

Metode

Evalueringen er baseret på regionale, kvantitative data fra 14 sygehusafdelinger indsamlet som del af en national sygehuskortlægning om rehabilitering og palliation, samt dataudtræk fra det patientadministrative system. Herudover er der gennemført semistrukturerede telefoninterviews med 14 kræftpatienter, hvor der er gennemført behovsvurdering, samt fire sundhedsprofessionelle, som udfører behovsvurdering i den kliniske hverdag på forskellige sygehusafdelinger i Region Syddanmark.

Sammenfatning af resultater

Evalueringen viser, at behovsvurdering med indgangen til 2017 er blevet introduceret på Region Syddanmarks sygehusafdelinger, og det regionale behovsvurderingsskema er taget i anvendelse. Der ses imidlertid betydelige forskelle mellem afdelingerne i forhold til, hvor langt de er nået med implementeringen; 4/14 afdelinger angiver, at behovsvurdering er fuldt indarbejdet. Baseret på dataudtræk er der i 2016 registreret 1.967 behovsvurderinger. Det kan ikke afgøres, om det svarer til det forventede antal. De adspurgte patienter har svært ved at erindre behovsvurderingssamtalen og kan ikke skelne den fra andre samtaler, men de fleste patienter har fået et tilbud om fysisk rehabilitering i kommunalt regi, og flere patienter oplevede udækkede psykosociale behov.

Undersøgelsen tegner et komplekst billede i forhold til patientperspektivet og de sundhedsprofessionelles oplevelser af behovsvurdering. Der peges på en række barrierer og udfordringer i forhold til implementering af behovsvurdering i klinisk praksis herunder tidspunkt og sted for behovsvurdering, ressourcer, behovsvurderingsskemaet, forskellig praksis, ulighedsproblematikken, faglighed og kompetencer.

Introduktion

I dette notat har REHPA på foranledning af Region Syddanmark evalueret implementeringsprocessen af indførelse af behovsvurdering hos kræftpatienter i den sekundære sektor i Region Syddanmark. Notatet må forventes at være et øjebliksbillede, som kan ændre sig over tid på grund af organisatoriske eller andre forandringer.

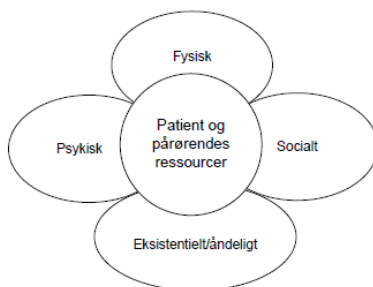
Formålet med notatet er at fokusere på status for implementering af behovsvurdering, samt afdække barrierer og udfordringer i implementeringsprocessen i den sekundære sektor. Hensigten er, at politikere og sundhedsfaglige ledere i Regionen kan bruge notatet til at tage beslutning om, hvordan implementeringen af behovsvurdering fortsat kan understøttes. Denne evaluering berører kun sporadisk implementeringen i kommunalt regi og i almen praksis, hvis patienterne har berørt dette.

Baggrund

I 2012 udkom *"Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft"* [1]. Et kardinalpunkt i dette forløbsprogram var, at samtlige sektorer skulle indføre en vurdering af kræftpatienters behov for rehabilitering og/eller palliation. Sundhedsstyrelsen, som stod for udarbejdelsen af forløbsprogrammet, kunne ikke pege på et fælles redskab til behovsvurdering, som kunne anvendes af alle involverede parter og medvirke til større ensartethed og øge kvaliteten i patientforløbene. Der var dog enighed om, at anvendelsen af et skema til afdækning af den enkelte patients behov, kombineret med en samtale var hensigtsmæssig. De 5 regioner i Danmark udviklede som følge heraf hver sit redskab til behovsvurdering.

Region Syddanmark nedsatte i 2013 en tværsektoriel implementeringsgruppe, som udviklede et implementeringsprogram og afviklede kick-of seminarer med henblik på at igangsætte processen [2]. Senest har Region Syddanmark afholdt to identiske kurser den 20. og 23. januar 2017 for sundhedsprofessionelle med titlen "Kræftpatienters rehabilitering og palliation - hvordan vurderes behovet?"

Ifølge forløbsprogrammet er hensigten at behovsvurderingen fokuserer på behov for rehabilitering og/eller palliation inden for alle områder [1] (Figur 1).



Figur 1. Elementer som skal indgå i behovsvurderingen.

Behovsvurderingspraksis i Region Syddanmark

Det regionale implementeringsprogram for behovsvurdering i Region Syddanmark indeholder et skema og en tilhørende vejledning. Materialet er tilgængeligt på nettet og er fremstillet i dette notat som bilag 1 (side 21). Tidligere var der også informationspjecer til både patienter og personalet, men disse anvendes ikke længere pr. 30. august 2016 jf. en beslutning i den tværsektorielle arbejdsgruppe.

Hensigten med behovsvurdering i Region Syddanmark er, at patienten får ovennævnte skema til afkrydsning af eventuelle problemområder. Derudover tilbydes patienten en samtale for yderligere uddybning/konkretisering. I Region Syddanmark er der ikke tilført ressourcer til at udføre behovsvurderingen, idet regionen har vurderet at behovsvurdering er en hjælp til systematisering af den kliniske praksis omkring rehabilitering og palliation.

Hver sygehusafdeling har defineret, hvordan behovsvurderingen kan foregå i klinisk praksis og hvilken sundhedsperson, som skal udføre den. Ift. spørgsmålet om, hvornår behovsvurderingen skal finde sted, anbefaler forløbsprogrammet, at første behovsvurdering finder sted kort efter diagnosen. Region Syddanmark har pr. 22. februar 2016 imidlertid besluttet, at den som udgangspunkt skal finde sted ved afslutningen af det initiale behandlingsforløb. Dette harmonerer med opfølgningsprogrammerne, som beskriver forløbet efter den initiale behandling af en kræftsygdom [3]. Disse opfølgningsprogrammer indeholder en tilsvarende behovsvurdering, og derfor var det nødvendigt at koordinere tidspunkter for udførelsen af behovsvurderingen.

I forløbsprogrammet anvendes begrebet ”uddybende udredning” for en mere omfattende vurdering af patientens rehabiliterende eller palliative behov, og man anvender også begrebet ”fælles plan”, for indsatser som kan være tværsektorielle og også indeholde en genoptræningsplan [1] s. 28. Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering i Region Syddanmark har den 25. april 2016 besluttet, at ”uddybende udredning og ”fælles plan” ikke for nuværende anvendes i Region Syddanmark.

I Region Syddanmark har alle sygehuse den samme elektroniske patientjournal, Cosmic. Heri findes et korrespondance-modul til kommunikation med kommunen, samt en skabelon med overskriften: ”behovsvurdering kræft”. Behovsvurderingen kan således sendes direkte fra Cosmic til kommunerne. Denne forsendelse foregår som envejskommunikation, men såfremt kommunen ønsker at give tilbagemelding på den fremsendte behovsvurdering er det muligt, men tilbagemeldingen adviseres ikke overfor personalet og kan derfor ikke findes i den enkelte patients journal.

I Cosmic dokumenterer sygeplejersken følgende muligheder:

- *Der er udarbejdet behovsvurdering men ikke fundet behov*
- *Der er udarbejdet behovsvurdering og sendt behovsvurdering til kommunen*
- *Der er udarbejdet behovsvurdering men patienten ønsker ikke henvendelse til kommunen*
- *Patienten ønsker ikke behovsvurdering udført*

Fra Cosmic kan ovenstående data trækkes. Hvis patienten har behov for fysisk genoptræning er det ikke tilstrækkeligt med en behovsvurdering, så skal der også udfyldes en genoptræningsplan.

Metode

Der er anvendt forskellige metoder til at undersøge implementering af behovsvurdering med både kvantitative og kvalitative data fra patienter, sundhedsprofessionelle og fra det patientadministrative system Cosmic.

Kvantitative data

Kvantitative data vedr. behovsvurdering er trukket fra en National Kortlægning af Kræftrehabilitering udført i december 2016, hvor sundhedsprofessionelle fra sygehusafdelinger i bl.a. Region Syddanmark har deltaget. Kvantitative data er opgjort deskriptivt.

Data vedrørende udførte behovsvurderinger i hele året 2016 er udtrukket fra Cosmic. Her vises antallet af patienter, der har fået udført en behovsvurdering, men hvor der ikke er identificeret behov. Desuden vises antallet af patienter, hvor der er identificeret et behov samt det samlede antal notater fremsendt til kommunen.

Kvalitative data

Den supplerende kvalitative evaluering af implementeringsprocessen har først og fremmest fokuseret på forskellige patientperspektiver. 14 kræftpatienter med en variation i alder, køn, diagnose og behandlingssted, og hvor der er dokumenteret en behovsvurdering i journalen, er tilfældigt udtrukket i det patientadministrative system i Cosmic. På baggrund af en semi-struktureret interviewguide er disse patienter i februar 2017 interviewet telefonisk om deres oplevelse af dels behovsvurderingen, og dels om denne har ført til rehabiliterings- eller palliative tilbud efterfølgende.

Interviews er endvidere, i februar 2017, gennemført med 4 professionelle, som udfører behovsvurdering/står for behovsvurdering på kræftafdelinger i Regionen: Onkologisk afdeling R på OUH, Hæmatologisk afdeling på Sygehus Lillebælt samt Onkologisk Afdeling på Sygehus Lillebælt.

Kvalitative data er analyseret ved at sammenfatte centrale omdrejningspunkter (meningskondensering)[4].

Etiske overvejelser

Alle informanter er forespurgt om deltagelse og fremtræder anonyme. Projektet er registreret ved Datatilsynet, journal nr. 17/4677.

Resultater

Kortlægning

REHPA har i efteråret 2016 sendt et spørgeskema om behovsvurdering og kræftrehabilitering ud til alle sygehusafdelinger i Danmark, der behandler kræftpatienter. Det må bemærkes, at denne kortlægning er udført før gennemførelsen af to tværsektorielle undervisningsdage. I Region Syddanmark deltog 15 afdelinger, hvoraf den ene ikke responderede. Skemaet fra fire afdelinger på samme sygehus, blev besvaret af en rehabiliteringskoordinator. Den ene afdeling havde kun svaret på de første spørgsmål, derfor er der 13 besvarelser for nogle af spørgsmålene.

I det følgende præsenteres udvalgte resultater fra kortlægningen. Temaerne kobles til forløbsprogrammets anbefalinger, som har vejledt spørgsmålene.

Status for implementering

Vi har spurgt, i hvilket omfang **behovsvurdering er indarbejdet** i praksis. Ud af 14 respondenter svarer 4, at behovsvurdering er fuldt indarbejdet i afdelingens praksis og 10 svarer, at behovsvurdering er delvist indarbejdet.

Ifølge forløbsprogrammet [1] skal alle patienter tilbydes behovsvurdering. Vi har spurgt, hvor mange der tilbydes behovsvurdering. I undersøgelsen svarer 5 respondenter ud af 14, at alle patienter **bliver tilbudt** behovsvurdering. 8 svarer, at ikke alle, men over halvdelen tilbydes behovsvurdering og 1 svarer, at under halvdelen tilbydes behovsvurdering.

Vi har spurgt respondenterne, **hvornår** patienterne tilbydes behovsvurdering. I forløbsprogrammet beskrives det, at alle patienter skal tilbydes systematisk behovsvurdering som minimum i begyndelsen af behandlingsforløbet [1]. Som anført, har Region Syddanmark besluttet at behovsvurdering skal foretages som minimum ved *afslutningen* af det initiale behandlingsforløb.

Besvarelser om **hvornår** i forløbet, patienterne tilbydes behovsvurdering, ses i Tabel 1. På 6 ud af 14 afdelinger tilbydes behovsvurdering i begyndelsen af behandlingen til alle patienter, mens 5 ud af 14 afdelinger ikke tilbyder behovsvurdering i begyndelsen af behandlingen. Flest afdelinger (10 ud af 14) tilbyder behovsvurdering ved afslutning af behandlingen til alle patienter. Samlet set tilbydes behovsvurdering på forskellige tidspunkter af forløbet med hovedvægt på afslutning af behandlingen.

Tabel 1. På hvilke tidspunkter i behandlingsforløbet tilbydes patienterne systematisk behovsvurdering?	Alle patienter	Nogle patienter	Ingen patienter	Ved ikke	ikke besvaret
I begyndelsen af behandlingen	6	3	5	0	
Ved ændring af tilstanden	5	8	1	0	
Ved afslutning af behandlingen	10	2	2	0	
Ved første opfølgning	4	4	6	0	
På andre tidspunkter	3	2	2	5	2

På spørgsmålet om, hvor mange patienter, der **tager imod** tilbud om behovsvurdering, svares som i Tabel 2. 6 ud af 14 afdelinger svarer, at alle eller over halvdelen af patienterne tager imod tilbud om behovsvurdering, og lige så mange afdelinger svarer, at under halvdelen tager imod tilbuddet.

Tabel 2. Hvor mange patienter, der tilbydes systematisk behovsvurdering, anslår du tager imod tilbuddet?	Antal
Alle patienter	1
Ikke alle, men over halvdelen	5
Under halvdelen	6
Ved ikke	2

Behovsvurdering – redskab og fokus

Ifølge forløbsprogrammet kan behovsvurderingen gennemføres ved, at der anvendes et spørgeskema. Da forløbsprogrammet blev udarbejdet i 2012 fandtes der ikke et valideret redskab til behovsvurdering, der dækker såvel rehabilitering som palliation [1], og det var fortsat tilfældet i 2016 [5].

I forløbsprogrammets bilag 2 beskrives en række redskaber, der kan anvendes ved behovsvurdering. Siden forløbsprogrammet blev udarbejdet, har hver region udviklet et redskab til behovsvurdering i form af et spørgeskema.

Alle respondenter anvender et redskab til behovsvurderingen. Et redskab kan eksempelvis være et spørgeskema. 13 ud af 14 respondenter fra Region Syddanmark svarer, at de anvender det skema, der er udarbejdet i regionen, Figur 2. Den respondent, der ikke anvender et skema, anvender en rehabiliteringssamtale. 2 respondenter supplerer skemaet med en rehabiliteringssamtale, mens ingen anvender andre skemaer.

Tabel 3. Hvilket redskab anvender I til systematisk behovsvurdering?	Antal
Vi anvender det skema til behovsvurdering, der er udarbejdet i det regionale samarbejde	13
Vi anvender et andet skema	0
Rehabiliteringssamtale	3
Andet	2

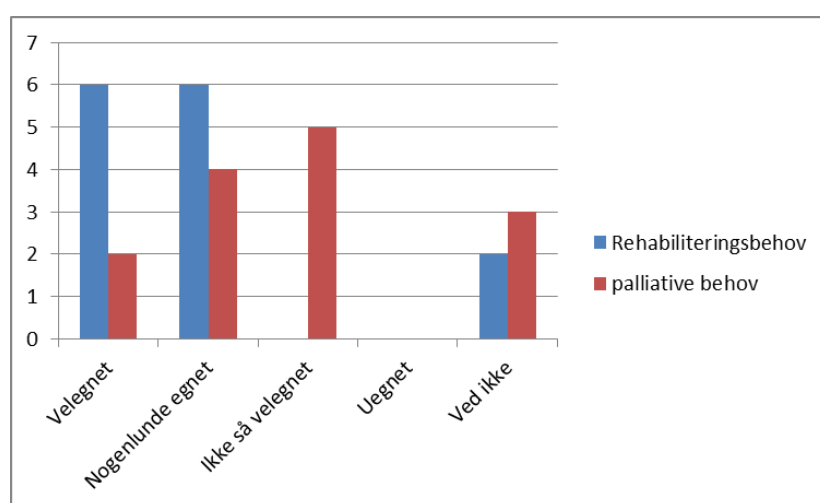
Vi har overordnet spurgt til, **hvilke behov** behovsvurderingen handler om. 10 respondenter svarer, at den handler om rehabiliteringsbehov, mens 4 svarer, at behovsvurderingen både handler om rehabiliterings- og palliative behov.

Vi har endvidere spurgt om, hvorvidt det anvendte redskab – som for 13 ud af 14 respondenter vedkommende er det regionale skema – også anvendes ved **fremskreden kræft**, hvilket især er relevant ift. palliative behov. 8 respondenter ud af 14 svarer ved ikke, 1 respondent svarer, at patienter med

fremskreden kræft ikke tilbydes behovsvurdering, mens 5 respondenter svarer, at det samme redskab anvendes ved patienter med fremskreden kræft. Ingen svarer, at der anvendes andre skemaer ved fremskreden kræft.

Derefter er der spurgt om, hvordan respondenterne vurderer **redskabets egnethed** til at vurdere rehabiliteringsbehov og palliative behov. Se Figur 3. 12 personer svarer, at redskabet er velegnet eller nogenlunde egnet til at identificere rehabiliteringsbehov, mens 2 respondenter svarer ved ikke. Til sammenligning svarer 6 respondenter, at redskabet er velegnet eller nogenlunde egnet til at vurdere palliative behov. 5 svarer, at redskabet ikke er så velegnet til at vurdere palliative behov, mens 3 svarer at de ikke ved det.

Figur 3. Hvordan vurderer du redskabets/skemaets egnethed til at identificere rehabiliterings- og palliative behov?



Nogle respondenter har skrevet kommentarer om redskabets egnethed. Nogle har konkrete forslag til ændringer i skemaet, en finder det detaljeret og tidskrævende og en anfører, at mange patienter har svært ved at forholde sig til skemaet. Det pointeres desuden, at nogle tiltag er standard på afdelingen og tilbydes uanset behovsvurdering: Fysioterapi, ergoterapeut, talepædagog, sygeplejeambulatorium, telefonlivline, hjælp til rygestop mm.

Hvem udfører – faglighed og kompetencer

Ifølge forløbsprogrammet bør behovsvurderingen "udføres af fagprofessionelle, der har en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse (sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut) eller af en læge, og som har viden om kræftsygdomme, behandlinger, senfølger, rehabilitering og palliation" [1] s. 27. Vi har spurgt til, **hvilke faggrupper**, der varetager behovsvurdering, Tabel 4. Svarene viser, at sygeplejersker ofte eller altid varetager behovsvurdering på 13 ud af 14 afdelinger. På 3 afdelinger varetager lægerne behovsvurderingen altid eller ofte. På 2 afdelinger varetager fysioterapeuter altid eller ofte behovsvurdering, mens det samme gælder for ergoterapeuter på 1 afdeling.¹ På 11 afdelinger varetager læger sjældent eller aldrig

¹ I en parallel spørgeskemaundersøgelse til ergoterapi- og fysioterapiafdelinger har vi spurgt, om ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter er involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering. 2 ud af 9 respondenter svarer ja, mens resten svarer nej. De to steder, hvor terapeuterne inddrages, varetager de funktionsmålinger før og efter operation og vurdering af behov for træning og behandling. Der ser altså ud til at være overensstemmelse mellem svarene i de to undersøgelser.

behovsvurdering. Fysioterapeuter varetager sjældent eller aldrig behovsvurdering på 11 afdelinger, og det samme gælder for ergoterapeuter på 12 afdelinger. Besvarelsen vidner om, at der kan være flere om at gennemføre behovsvurdering.

Tabel 4 Hvilke faggrupper varetager den systematiske behovsvurdering?	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	ikke besvaret
Læger	1	2	5	6	0	
Sygeplejersker	12	1	1	0	0	
Fysioterapeuter	1	1	2	9	1	
Ergoterapeuter	0	1	2	10	1	
Andre	0	0	0	9	4	1

12 ud af 14 respondenter oplyser, at de fagpersoner, der varetager behovsvurdering, har gennemgået undervisning. 1 svarer, det ikke er tilfældet og 1 svarer ved ikke. I de supplerende svar beskrives forskellige former for kompetenceudvikling, fra information af kolleger på et personalemøde til regional kursusdag.

I forløbsprogrammet skelnes mellem behovsvurdering og uddybende udredning. Som anført anvendes begrebet "uddybende udredning" ikke i Region Syddanmark. Vi har spurgt til, for hvilke patientgrupper den systematiske behovsvurdering suppleres med andre faggruppers vurderinger. Svarene viser stor variation i, hvilke patientgrupper der vurderes af **andre faggrupper**, og at der er flere afdelinger, hvor ingen eller få patienter vurderes af andre faggrupper. Flest patienter i kategorien "andre" vurderes også af andre faggrupper. Af uddybende kommentar fremgår det, at "andre" svarer til patienter med behov for genoptræning.

Tabel 5. For hvilke patienter suppleres den systematiske behovsvurdering med andre faggruppers vurderinger? Sæt gerne flere krydser	Antal
Alle patienter	1
Alle patienter med rehabiliteringsbehov	1
Patienter med komplekse rehabiliteringsbehov²	2
Patienter, der både har rehabiliterings- og palliative behov	2
Andre patientkategorier	4
Ingen eller få patienter	2
Ved ikke	1
Ikke besvaret	3

² "Komplekse rehabiliteringsbehov" er ikke defineret nærmere. Vi har spurgt respondenterne, hvad der karakteriserer patienter med komplekse rehabiliteringsbehov. Svarene varierer betydeligt og omfatter bl.a. social sårbarhed, komorbiditet, specifikke patientgrupper, pt med psykiske problemer og pt med mindreårige børn.

Supplerende kommentarer til spørgsmålet: Flere skriver at palliativt team eller andre involveres ved patienter med palliative behov. En anden skriver, at den tværfaglige vurdering vægtes højest og at den systematiske behovsvurdering er sekundær.

Anvendelse af behovsvurderingen

Vi har spurgt til, hvordan behovsvurderingen **dokumenteres**, Tabel 6.

Tabel 6. Hvordan dokumenteres behovsvurderingen?	Antal
Konklusionen på behovsvurderingen dokumenteres i patientens journal	12
Sammendrag af samtalens indhold og patientens behov dokumenteres	10
Handlinger udført på baggrund af behovsvurderingen dokumenteres	9
Status for helbredsrelateret funktionsevne og senfølger, herunder betydning for hverdagsliv dokumenteres	3
Det dokumenteres, hvis patienten ikke ønsker at deltage i behovsvurdering	12
Andet	1

Vi har spurgt til, hvad behovsvurderingen **anvendes** til. Nedenfor ses svar vedrørende anvendelse af behovsvurderingen:

Tabel 7. Hvor ofte gennemføres følgende handlinger på baggrund af behovsvurderingen – efter din vurdering?	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	ikke besvaret
Henvielse til rehabiliterende (og evt. palliative) tilbud på hospitalet	0	1	7	3	2	
Kontakt til praktiserende læge	0	1	8	2	2	
Kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse	1	7	3	0	2	
Kontakt til kommunen via genoptræningsplan	0	3	6	1	3	
Indarbejdes i patientens rehabiliteringsplan el. lign	0	1	2	3	7	
Gives til patienten og er patientens eget redskab	5	2	3	1	2	
Andet	0	1	0	2	7	3

Det ses, at behovsvurderingen på 8 afdelinger *altid* eller *ofte* fører til en kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse. På 3 afdelinger medfører behovsvurderingen *ofte* en kontakt til kommunen via genoptræningsplan, mens den på 7 afdelinger *altid* eller *ofte* gives til patienten og er

patientens eget redskab. Kun i et tilfælde indarbejdes behovsvurderingen *ofte* i en rehabiliteringsplan³. Andre anvendelser sker *sjældent* eller *aldrig*. Der ses således ikke noget tydeligt mønster for anvendelse af behovsvurderingen.

Barrierer for behovsvurdering

Vi har spurgt til **barrierer** for, at patienter tilbydes behovsvurdering. Spørgsmålet er kun stillet, hvis respondenterne har skrevet, at ikke alle tilbydes. Det ses i Tabel 8, at den vigtigste barriere er manglende tid (n=6), mens 5 respondenter oplyser etik som en barriere og 4 respondenter finder ikke, at skemaet eller behovsvurdering som sådan egner sig til alle patienter.

Tabel 8.
Du skrev tidligere, at ikke alle patienter tilbydes systematisk behovsvurdering.
Hvad er efter din vurdering de væsentligste barrierer for, at alle patienter kan tilbydes behovsvurdering?
Sæt kryds ved op til fire af de vigtigste barrierer

	Antal
Manglende tid til opgaven	6
Manglende kompetencer	1
Manglende ledelsesmæssig opbakning	0
Manglende enighed om, hvorvidt opgaven er relevant	2
Finder det uetisk at vurdere behov, der ikke kan modsvares med indsatser	5
Manglende egnede fysiske rammer	1
Utilstrækkelig IT-understøttelse	0
Skemaet egner sig ikke til alle patienter	4
Behovsvurdering er ikke muligt for alle patienter	4
Behovsvurdering er ikke relevant for alle patienter	0
Andet	1

I et tidligere spørgsmål med åbne svarmuligheder har vi spurgt til, hvad der er de væsentligste udfordringer i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Svarene understøtter og supplerer ovenstående: Udfordringer drejer sig bl.a. om manglende viden om kommunale tilbud, usikkerhed om, hvorvidt behovsvurdering faktisk har den tilsigtede effekt, kompleksitet (at man skal arbejde med 3 forskellige dokumenter til kommunen: genoptræningsplan, plejeforløbsplan og behovsvurdering) og at systemerne kun understøtter envejskommunikation.

Vi har tilsvarende spurgt, hvilke barrierer der kan stå i vejen for, at patienten **tager imod** tilbud om behovsvurdering. Svarene præsenteres i Tabel 9 og det ses, at alle 13 respondenter svarer, at når patienten ikke tager imod behovsvurdering kan årsagen være, at patienten ikke ønsker det. Man kan sætte kryds ved op til tre af de vigtigste faktorer. Andre væsentlige faktorer kan være sprog eller fremskreden sygdom.

³ Vi har brugt termen "rehabiliteringsplan" i stedet for forløbsprogrammets "fælles plan". Vi har i skemaet defineret rehabiliteringsplan sådan: En rehabiliteringsplan er her en skriftlig tværfaglig og tværsektoriel plan for individuelle rehabiliteringsforløb. Planen vil typisk beskrive mål for indsatser samt hvilke handlinger der iværksættes og af hvem. En rehabiliteringsplan omfatter typisk flere indsatser end en genoptræningsplan.

Tabel 9. Hvilke faktorer kan efter din vurdering stå i vejen for, at patienter tager imod tilbud om behovsvurdering (Sæt kryds ved op til tre af de vigtigste faktorer)		Antal
Patienten ønsker det ikke		13
Sprog- patienten taler ikke eller kun lidt dansk		6
Kognitive vanskeligheder		2
Fremskreden sygdom		5
Andre		0

Både her og ved andre besvarelser skriver flere respondenter, at det måske ikke er helt klart for patienterne, hvad der menes med behovsvurdering og lignende udsagn. Flere nævner, at patienterne kan have vanskeligheder ved at forstå hensigten.

Data fra Cosmic

Data hentet fra Cosmic alle 12 måneder i 2016 og alle sygehusenheder i Region Syddanmark, er udtrukket af chefkonsulent Inge Lise Udbye Christiansen fra Region Syddanmark. Dette udtræk viser, at der i alt er foretaget 1124 behovsvurderinger, hvor der ikke vurderes at være et behov. Desuden er der foretaget 378 behovsvurderinger, hvor der er identificeret et behov, mens 465 patienter ikke har ønsket at få lavet en behovsvurdering. I 2016 blev der i alt sendt 644 notater til kommunerne. Der burde være sendt 378 notater, hvilket svarer til antallet af patienter, hvor der er identificeret et behov, men vi har intet kendskab til indholdet i disse notater.

Patienternes perspektiv

Telefoninterviews er udført med 14 kræftpatienter som alle iflg. Cosmic har fået udført en behovsvurdering. 12 af patienterne har fået sendt en henvisning fra sygehuset med henblik på at få et tilbud i kommunalt regi. De sidste 2 er vurderet til ikke at have et behov.

Vi har interviewet 10 kvinder og 4 mænd, i alderen 47-86 år og med forskellige kræftdiagnoser: tyktarmskræft, malignt melanom, pancreaskræft, tungekræft, lungekræft, underlivskræft, halskræft og hjernetumor. 7 af patienterne er behandlet på OUH og 7 i Sygehus Lillebælt i Vejle. Nogle af patienterne er kurativt behandlet og andre går i palliative forløb.

Interviewene handler dels om, hvordan patienterne har oplevet den samtale, som er udført i forbindelse med behovsvurderingen, dels om der er taget udgangspunkt i skemaet fra Region Syddanmark. Desuden handler interviewene om, hvordan patienterne har oplevet de støttemuligheder, de er blevet tilbudt efterfølgende.

Samtalen om behovsvurdering

En stor del af patienterne erindrer ikke denne samtale tydeligt, og de har svært ved at differentiere den samtale fra så mange andre samtaler. Nogle få husker dog, at de er blevet ringet op fra sygehuset, og enkelte har også udfyldt et skema. Erindringen af samtalen kompliceres af at flere af patienterne siger, at de har mødt mange forskellige sygeplejersker og har fået mange papirer under forløbet, og de kan ikke altid skelne de forskellige skemaer fra hinanden. Nogle af patienterne tilskriver det, at de ikke kan huske samtalen, til deres sygdom eller deres alder, idet de generelt synes det er svært at huske: *"Jeg kan ikke huske det skema, der er så mange sedler..."* kvinde 70 år

En patient ved end ikke der er indgået nogen aftaler og ved ikke, at der er sendt en henvisning: *"det kan være at min opfattelse er anderledes end deres..." kvinde 69 år*

De fleste af patienterne er behovsvurderet telefonisk og i forbindelse med afslutningen på medicinsk kræftbehandling. En patient var i tvivl om, hvad han måtte efter en stor operation og synes at han har gået alt for længe inden der kom fokus på dette. Ganske få patienter har selv været opsøgende og direkte bedt om at få et tilbud: *"Jeg sidder ikke her og venter – hvis ikke der sker noget så ringer jeg selv..." mand 65 år*

Støttemulighed

Hovedparten af de patienter, som har fået sendt en henvisning, har også fået et tilbud i deres kommune, eller går og venter på at få et tilbud. Tilbuddet handler typisk om fysisk aktivitet bestående af 2-3 gange træning om ugen, fælles med andre eller selvtræning med elastik. En patient har fået et tilbud om socialt samvær, men har takket nej, da hun ikke har brug for at høre andre snakke om sygdom.

De patienter, som tager imod den fysiske træning virker tilfredse med det, selvom en enkelt er holdt op, da hun synes, at de andre deltagere var for gamle. Patienterne fortæller, at sygeplejersken på sygehuset typisk ikke vidste, hvilke tilbud der ville blive givet. En patient oplevede at blive lidt desillusioneret da kontaktpersonen i kommunen heller ikke vidste det: *"Jeg har ikke gjort mere ved det ... så mistede jeg egentligt lidt modet..." kvinde 47 år.*

Flere af de kvindelige patienter udtrykker behov indenfor det psykosociale område, som de ikke har fået dækket i kommunalt regi: *"Troede det handlede om lidt mere end bare motion, ift. alt det man læser at man har behov for..." kvinde 78 år*

Tre af dem beskriver sig selv som deprimerede og en er ved at bearbejde, at hun ikke længere kan blive rask. De manglende tilbud har ført til, at en patient har søgt hjælp hos Kræftens Bekæmpelse, da hendes hverdagsliv var ved at bryde totalt sammen: *"Nogen skulle jeg altså tale med..." kvinde 78 år*

Patienterne skelner ikke mellem tilbud til rehabilitering og tilbud til palliation, og de kan også have svært ved at sondre mellem andre kommunale tilbud fx hjemmepleje. Desuden bliver det klart, at behov kan forandre sig fra dag til dag. En kvinde beskriver at hun ikke ville have sagt ja til et tilbud, men efter hun begyndte at arbejde fandt hun ud af, hvor dårligt hun havde det.

Sundhedsprofessionelles perspektiver

Fire sygeplejersker, som har været tovholdere og selv udfører behovsvurdering, er interviewet: 2 sygeplejersker fra Onkologisk Afdeling R, OUH, samt en sygeplejerske fra Onkologisk Afdeling og en sygeplejerske fra Hæmatologisk Afdeling Sygehus Lillebælt, Vejle.

De 4 interviews beskriver, hvordan behovsvurderingen er organiseret på 4 forskellige hospitalsafsnit i Region Syddanmark. Derudover er der fokus på selve behovsvurderingsskemaet som redskab samt de fordele og ulemper, som de involverede sygeplejersker oplever i forbindelse med at udføre behovsvurderingen.

Organisering

Nogle steder foretages behovsvurderingen af få sygeplejersker, mens den andre steder udføres af alle sygeplejersker. Det er imidlertid den generelle opfattelse, at alle sygeplejersker kan foretage den. Et enkelt

sted har man forsøgt at oprette et decideret sygeplejespor, men i og med de fleste patienter takker nej til at få foretaget en behovsvurdering, er dette blevet lukket igen. For et enkelt afsnits vedkommende skønnes det at mere end 50 % af patienterne siger ja, men det generelle billede vurderes til færre end 20 %. Der er som oftest ikke blevet afsat ekstra sygeplejersketid af til at udføre denne opgave *”Det er halvhjertet – enten vil man det her ellers vil man det ikke”*. Det kan være svært for personalet at huske at få udleveret skemaet. Tovholder skal således hele tiden minde om, at der skal udføres behovsvurderinger.

Patienterne behovsvurderes på forskellige tidpunkter i deres kræftbehandlingsforløb afhængigt af, hvilken afdeling eller team, de er tilknyttet. På et enkelt afsnit foretages behovsvurderingen kort tid efter at patienten er blevet diagnosticeret, men det typiske er dog, at behovsvurderingen foretages, når patienterne er færdige med deres aktive behandling, det være sig kirurgi, strålebehandling eller kemo/immunterapi. Der skelnes ikke tydeligt mellem rehabilitering og palliation, men fokus er klart mest på rehabilitering.

Behovsvurderingsskemaet udleveres som regel enten i forbindelse med den afsluttende samtale eller ved 1. kontrolbesøg. Patienterne får skemaet med hjem og skal returnere det ved næste fremmøde. Det er ikke intentionen, at behovsvurderingen skal medføre ekstra fremmøder i afdelingen. Et enkelt sted har man forsøgt med en ekstra samtale som opfølgning, men her har tilbagemeldingen fra patienterne været at, det er langt at køre bare for at blive sendt videre *”Skulle jeg så køre så langt bare for at blive sendt videre?”*.

Et andet sted afsættes den tid til behovsvurderingen, der er brug for, hvilket kan være alt mellem 10 og 60 minutter. Nogle steder foretages behovsvurderingen således ansigt til ansigt, mens man andre steder har valgt at ringe patienten op eller lade patienten ringe i tilfælde af, at de har et behov, hvilket de typisk ikke gør. De pårørende inddrages som regel ikke i samtalen.

Ordvalg og brug af behovsvurderingsskema

Da man har en formodning om at patienterne ikke helt forstår begreberne behovsvurdering og rehabilitering introduceres skemaet som oftest med andre ord. Et sted har man valgt at lave en forside til patienten, hvor formålet er beskrevet. Andre fortæller patienten, at der kan være nogle tilbud i kommunen som han/hun måske kunne have gavn af. Nogle synes, ordlyden i skemaet kan være svær at forstå og at skemaet kan være svært for patienterne at forholde sig til, da det er meget bredt og der er mange spørgsmål. Andre er af den opfattelse, at det er en god måde at komme omkring patienterne på og at man opdager behov, som man måske ellers ikke ville have set. Der er enighed om, at det er nemmest *”at sælge”* fysisk træning til patienterne.

Kompetence/uddannelse

Som nævnt kan alle sygeplejersker udføre vurderingen, men det kræver introduktion/kurser, hvilket alle langtfra har fået og nogle føler sig derfor ikke rustet til opgaven, selvom der er blevet afholdt kurser i Regionen. Andre oplever derimod ikke at denne samtale er så forskellig fra så mange andre samtaler, som finder sted mellem patient og sygeplejerske og derfor ikke vanskelig *”Mange ting er vi inde omkring alligevel”*. På et eller andet plan foregår der således behovsvurdering løbende, som en del af den almindelige sygepleje, uden det måske lige er det ord eller skema, der bliver brugt.

Fordele

Sygeplejerskerne oplever, at de nogle gange fanger de patienter, som ikke selv ville have opsøgt et kommunalt tilbud. Man viser fra afdelingens side, at man gerne vil tage hånd om patienten – også efter afsluttet behandling. Derudover anerkender man også, at der kan være nogle udfordringer med at komme tilbage til hverdagslivet (signalværdi). Det er godt at kunne sende patienter med behov videre til kommunerne, da de er gearet til at tage imod patienterne, især på det fysiske område. *”De starter med den fysiske træning, men så hører vi, at de får andre tilbud senere”.*

Ulemper

Der er tvivl om, hvorvidt man når de rigtige patienter og det tager tid *”Rigtig meget arbejde for få vurderinger/henvisninger”*. Det faktum, at sygeplejerskerne på hospitalerne ikke ved, om kommunen har et tilbud, der dækker patientens behov, kan opleves som vanskeligt. Nogle oplever det som et problem, at der ikke er mulighed for at følge op på, hvad der sker med patienten, mens andre ser at patienterne kommer tilbage og fortæller, hvilket tilbud de har modtaget eller at de ikke har hørt noget. Sygeplejerskerne er ikke vant til at identificere behov hos patienterne uden at gøre noget ved det, hvilket opleves som en barriere for nogle. Der er en del dobbeltarbejde, da sygeplejerskerne har indtrykket af, at kommunerne laver deres egen behovsvurdering, selvom de har modtaget en fra hospitalet. De håber dog, at der tages udgangspunkt i det, der er skrevet i henvisningen.

Flere sygeplejersker oplever, at det er svært at få tid til at lave behovsvurderingerne, da opgaven er kommet oveni alle de andre arbejdsopgaver og således nedprioriteres og bliver venstrehåndsarbejde: *”Vi håbede, at vi skulle udføre rigtig god sygepleje, men det er reduceret til det her, hvilket har skuffet mange sygeplejersker”*. Der foreligger ingen viden om det eksakte tidsforbrug ift. behovsvurdering.

Diskussion

Der tegner sig nogle centrale diskussionspunkter, som forener resultaterne fra de forskellige typer af data. Disse er: tidspunkt og sted for behovsvurderingen, ressourcer til opgaven, behovsvurderingsskemaet og praksis, faglighed samt rehabilitering/palliation. Disse diskussionspunkter kredser alle om barrierer og udfordringer.

Tidspunkt og sted for behovsvurdering

Ifølge gældende aftaler i Region Syddanmark skal afdelingerne udføre behovsvurdering ved afslutningen af den initiale kræftbehandling, hvilket kortlægningen også viser at de fleste gør. Klinisk praksis er dog varieret og der kan være mange lokale hensyn, hvorfor nogle behovsvurderinger foregår via personlige fremmøder og andre behovsvurderinger foregår via telefonsamtaler. Måske er det derfor, at mange af patienterne i vores undersøgelse ikke erindrer behovsvurderingen som en væsentlig del i deres patientforløb.

Få steder har fokus på at italesætte rehabilitering og palliation på et tidligt tidspunkt, og få den kommunale sektor involveret tidligt, hvilket synes relevant ift. anbefalingerne i forløbsprogrammet [1]. Behovsvurderingen opleves af nogle professionelle som en opgave, som ikke rigtigt passer ind i den behandlingslogik som er fremtrædende på sygehusene. Dette fund er i overensstemmelse med forskning i Region Hovedstaden [6]. Nogle professionelle oplever, at deres indsats er overflødig, idet

behovsvurderingen gentages i den kommunale sektor, og at patienten der samtidig kan få viden om hvilke indsatser, der kan tilbydes. En viden som sygehuspersonalet ikke kan give patienten.

Ressourcer

Som nævnt blev der i forbindelse med implementeringen ikke afsat ekstra tid eller andre ressourcer til at udføre behovsvurderingen. Flere af de interviewede sygeplejersker har givet udtryk for, at opgaven kan være svær at overkomme/nå i en i forvejen travl hverdag. Der er som følge heraf risiko for at nogle patienter slet ikke bliver tilbudt en behovsvurdering, da personalet måske frygter, at det vil give ekstra arbejde, eller at behovsvurderingen bliver udført uden at gå i dybden, men så man i det mindste kan dokumentere, at man har gjort det.

Nogle steder får patienterne behovsvurderingsskemaet med hjem og bliver bedt om at kontakte afdelingen, hvis de har et behov. Et fåtal af patienterne benytter sig af denne mulighed og der er grund til at tro, at nogle patienter undlader at henvende sig på trods af at de har et reelt behov. Her kan eksempelvis være tale om de mere svage patientgrupper, som ikke har overskud til selv at henvende sig [7], hvilket må overvejes i en implementeringsproces. Udtræk fra Cosmic viser samstemmende at mange patienter siger nej til at få udført behovsvurderingen. Kommentarer fra fagprofessionelle i kortlægningen omfatter: *"Nogle vil ikke kommunaliseres"*.

Behovsvurderingsskemaet og behovsvurdering i praksis

I forløbsprogrammet var der lagt op til en behovsvurdering af ALLE patienter, men når så mange patienter siger fra, kan det måske være fordi enten skemaet og/eller proceduren er for kompleks, hvilket underbygges af interviewene med de professionelle. Her nævnes, at skemaet er for bredt og patienterne måske ikke helt kan se meningen med det. Ydermere er nogle af den opfattelse at sproget ikke er velegnet til alle patientgrupper. På trods af at en enkelt afdeling oplever skemaet som en god måde at komme omkring patienten på, er det generelle billede dog, at det er vanskeligt at anvende skemaet i sin nuværende form. Man kan overveje, om proceduren og skemaet skal forenkles og tilpasses praksis og patienternes præferencer, så alle kan omfattes af en overordnet og mere simpel behovsvurdering.

Behovsvurdering som tilbud i forhold til ulighedsproblematikken

Behovsvurderingen ses som et tilbud, patienter kan sige ja eller nej til – men som overraskende mange takker nej til. Flere undersøgelser peger på en betydelig ulighed i fordeling af kræftrehabilitering. Generelt henvises der færre til rehabilitering end forventet [8]. Endvidere har studier de senere år påvist en væsentlig ulighed i, hvem der har behov for og henvises til kræftrehabilitering. Her spiller både køn, alder, etnicitet, uddannelsesniveau [9-11] og kræftdiagnose ind [12, 13]. Systematisk behovsvurdering har været foreslået som en metode til at minimere ulighed i, hvem der henvises [8], men dette kan ikke imødekommes når mange patienter takker nej til tilbuddet. Dette synes at støtte op om at overveje nuværende praksis, herunder i hvilken grad (en overordnet) behovsvurdering skal være et tilbud eller en fast aktivitet.

Faglighed og kompetence

Praksis viser, at det overvejende er sygeplejersker, som udfører behovsvurderingen. Det kan umiddelbart synes naturligt, da det som oftest er sygeplejersker, som er til stede hos patienterne. Ifølge forløbsprogrammet og en tidligere medicinsk teknologivurdering kunne opgaven imidlertid varetages af forskellige faggrupper [1, 14], og det må være et relevant spørgsmål at rejse om fx terapeuterne er

tilstrækkeligt involveret i behovsvurderingen? Rehabilitering og palliation er pr. definition en tværfaglig disciplin [15, 16], men det vil være patienternes behov og klinisk praksis som afgør hvilken faggruppe der skal inddrages.

Den kompetenceudvikling, der er tilbudt for at uddanne personalet til behovsvurdering italesættes som sporadisk, på trods af at der er gennemført nogle undervisningsdage. Der efterspørges således en mere systematisk mulighed for kurser og for løbende supervision.

Rehabilitering/palliation

Som udgangspunkt skelner hverken sygeplejersker eller patienter mellem begreberne rehabilitering og palliation i forbindelse med behovsvurderingen, men resultaterne tyder på, at behovsvurderingsskemaet egner sig bedre til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov. Dette kalder naturligvis som tidligere nævnt på et eftersyn af skemaet.

I praksis har de fleste af de patienter, vi har interviewet, fået et tilbud om fysisk træning i deres kommune. Flere af de interviewede patienter udtrykte dog uopfyldte psykosociale behov. Om dette skyldes at behovsvurderingen generelt har mere fokus på rehabilitering end på palliation kan vores undersøgelse ikke give belæg at udtale sig om.

Konklusion

På baggrund af dette nedslag i en implementeringsproces kan det konkluderes, at behovsvurdering er blevet introduceret på Region Syddanmarks sygehusafdelinger. Det er dog tydeligt, at hvor nogle få enheder er meget langt fremme, har andre kun lige taget hul på emnet. Der synes derfor at være et stykke vej, før behovsvurdering for rehabilitering og palliation er implementeret som et naturligt element i klinisk praksis. Undersøgelsen viser et komplekst billede med barrierer og udfordringer forbundet med ressourcer, behovsvurderingsskema, forskellig praksis, faglighed, indhold, tidspunkt og sted. Dette giver anledning til at overveje, om nuværende praksis skal justeres.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft*. 2012, Sundhedsstyrelsen.
2. Region Syddanmark og de 22 kommuner, *Implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. <https://regionsyddanmark.dk/wm430928>. 2013.
3. Sundhedsstyrelsen. *Opfølgingsprogrammer Kræft*. [cited 2017 01.03].
4. Kvale, S. and S. Brinkmann, *Interview analyses focusing on meaning*, in *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 2009, Thousand Oaks: SAGE Publications.
5. Sundheds- og Ældreministeriet, *Patienternes Kræftplan - Kræftplan IV*. 2016.
6. Pedersen, P.V., I. Ingholt, and T. Tjørnhøj-Thomsen, *Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering*. 2015, Statens Institut for Folkesundhed.
7. Moustsen, I.R., et al., *Social position and referral to rehabilitation among cancer patients*. *Acta Oncol*, 2015. **54**(5): p. 720-6.
8. Kristiansen, M., et al., *Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities*. *Dan Med J*, 2015. **62**(4): p. A5045.
9. Holm, L.V., *Danish cancer patients' rehabilitation needs, participation in rehabilitation activities and unmet needs*. . 2014, University of Southern Denmark.
10. Kræftens Bekæmpelse, *Fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med kræft - Rapport fra en national arbejdsgruppe*. 2015.
11. Handberg, C., et al., *Understanding male cancer patients' barriers to participating in cancer rehabilitation*. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2015. **24**(6): p. 801-11.
12. Holm, L.V., et al., *Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study*. *Support Care Cancer*, 2012. **20**(11): p. 2913-24.
13. Ross, L., et al., *Are different groups of cancer patients offered rehabilitation to the same extent? A report from the population-based study "The Cancer Patient's World"*. *Support Care Cancer*, 2012. **20**(5): p. 1089-100.
14. Sundhedsstyrelsen, *Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakkræft - en medicinsk teknologivurdering*. 2010.
15. Maribo, T. and C.V. Nielsen, *Rehabilitering – en grundbog*. 2016: GADs forlag.
16. (EAPC), E.A.f.P.C. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. 2009; Available from: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY=&tabid=735>.

Hvad er dine behov for rehabilitering?

– støtte og vejledning til dig, der har kræft



Kræftsygdom og behandling kan medføre forandringer, som har betydning for dig og for, hvordan du klarer din dagligdag.

Rehabilitering er en fælles betegnelse for den eller de indsatser, som skal hjælpe dig tilbage til et meningsfyldt liv med den mest optimale livskvalitet

Ikke alle har behov for hjælp fra professionelle, men skemaet kan også anvendes til at få sat ord på noget af det du oplever. Brug de mennesker omkring dig, som kan støtte dig i din situation.

Introduktion til forberedelsesskema

Vi vil gerne hjælpe dig til at finde ud af, om der er områder, hvor du har brug for støtte og vejledning i forbindelse med din kræftsygdom og behandling. Derfor har du fået skemaet "Hvad er dine behov for rehabilitering", som indeholder de områder, hvor der oftest kan være brug for støtte.

Udfyld skemaet

- Forberedelsesskemaet findes på bagsiden af dette ark.
- Det tager 5-10 minutter at udfylde skemaet.
- Du udfylder skemaet ved at sætte kryds ved de emner, hvor du har behov for professionel støtte.
- Har du brug for professionel støtte på andre områder end dem, der står i skemaet, skriver du dette under "andet".

Skriv din vurdering, som du oplever det lige nu, og vurder om du har brug for støtte fra professionelle. Udfyld gerne skemaet sammen med dine pårørende.

Brug det udfyldte skema

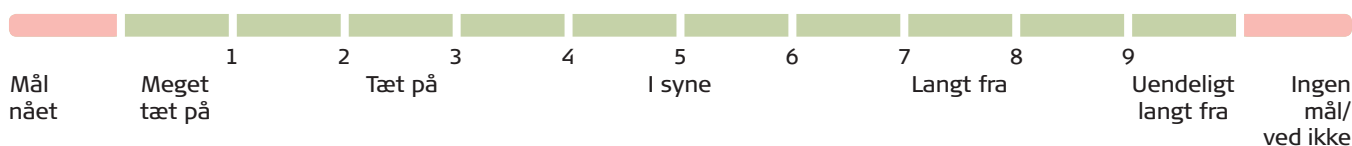
Forberedelsesskemaet er dit. Brug det udfyldte skema som en hjælp næste gang de emner, du har markeret, og den videre plan skal drøftes.

Praktiserende læge og din kommune

- Vær opmærksom på, at din praktiserende læge kan være en ressource for dig og vil kunne vejlede og rådgive ud fra dine behov.
- På www.sundhed.dk kan du finde oplysninger om rehabiliteringstilbud i din kommune.

Sæt kryds på målestokken

Hvor tæt er du på, at leve det liv du vil efter eller med din kræftsygdom?



Plan (besvar først skema på bagsiden)

Udfyldes evt. sammen med den professionelle

Dit forberedelsesskema

14286 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 05.2016

Sæt kryds i skemaet ved de emner, hvor du mener at have brug for **professionel støtte**. Du må gerne sætte mere end et kryds. Emner, som du kan klare selv, evt. med hjælp fra familie, venner og kolleger, skal du ikke krydse af.

Navn: _____

Dato: _____

Oplevelse af livssituationen

Hverdagen

- ☐ Gøremål i hjemmet (rengøring, indkøb, madlavning mm.)
- ☐ Personlig hygiejne
- ☐ Børnepasning
- ☐ Arbejde/skole
- ☐ Motion/fritid
- ☐ Medicin
- ☐ Andet

Fysisk område

Almen tilstand

- ☐ Træthed/energi
- ☐ Søvn
- ☐ Smerter
- ☐ Svimmelhed/balance
- ☐ Tænder
- ☐ Syn og hørelse
- ☐ Hud (sår, udslæt, kløe)
- ☐ Kvalme/opkastning
- ☐ Spise/drikke
- ☐ Synkebesvær
- ☐ Vægttab og vægtøgning
- ☐ Rygning
- ☐ Alkohol

Fysisk påvirkning

- ☐ Nedsat bevægelighed
- ☐ Nedsat muskelkraft
- ☐ Vejrtrækningsbesvær
- ☐ Lymfødem (hævelse af arme/ben)
- ☐ Hedeture
- ☐ Kropslugt
- ☐ Føleforstyrrelser

Udskillelse

- ☐ Vandladning
- ☐ Forstoppelse/diarré

Seksualitet og samliv

- ☐ Ændret kropsopfattelse
- ☐ Tørre slimhinder
- ☐ Nedsat seksuel lyst
- ☐ Nedsat seksuel evne
- ☐ Mulighed for at få børn
- ☐ Ændret behov
- ☐ Andet

Psykisk område

- ☐ Humør
- ☐ Tristhed
- ☐ Grådlabil
- ☐ Bekymret
- ☐ Følelse af ensomhed
- ☐ Angst
- ☐ Stresset
- ☐ Andet

Kognitivt område

- ☐ Hukommelse
- ☐ Koncentrationsbesvær
- ☐ Andet

Socialt område

Praktiske område

- ☐ Boligforhold
- ☐ Transport
- ☐ Økonomi/forsikring/pension
- ☐ Offentlige myndigheder
- ☐ Andet

Eksistentielt/åndeligt område

- ☐ Tro
- ☐ Tanker om livet
- ☐ Tanker om døden
- ☐ Sorg
- ☐ Skyldfølelse
- ☐ Andet

Pårørende

Mennesker omkring dig

- ☐ Samlever
- ☐ Børn
- ☐ Øvrige netværk
- ☐ Andet

Bemærkninger (andet):

Mest brug for støtte

Hvis du har sat kryds ved flere emner, så skriv her, hvor du har mest brug for professionel støtte. Skriv din emneliste sådan, at du nævner det vigtigste først.

Har du brug for støtte og vejledning?

Til dig, der har – eller har haft – kræft



Kræftsygdom og behandling kan betyde forandringer, som har betydning for dig og for, hvordan du klarer din dagligdag.

Vi vil gerne hjælpe dig til at finde ud af, om der er områder, hvor du har brug for professionel støtte og vejledning i forbindelse med din kræftsygdom og behandling.

Derfor har du fået et spørgeskema, hvor du bliver spurgt til nogle områder, hvor der oftest kan være brug for støtte.

Brug skemaet til din forberedelse og tag det udfyldte skema med til det næste besøg, hvor de emner, du har krydset af og den videre plan for dit forløb skal drøftes.

Udfyld skemaet

- Forberedelsesskemaet findes på bagsiden af dette ark.
- Det tager 5-10 minutter at udfylde skemaet.
- Du udfylder skemaet ved at sætte kryds ved de emner, hvor du har brug for professionel støtte.
- Har du brug for professionel støtte på andre områder end dem, der står i skemaet, skriver du dette under "andet".

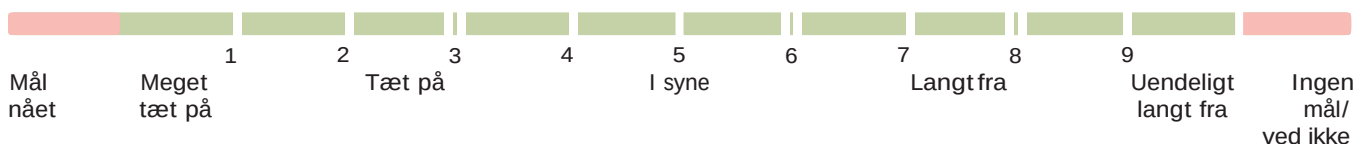
Skriv din vurdering, som du oplever den lige nu. Udfyld gerne skemaet sammen med dine pårørende.

Praktiserende læge og din kommune

- Vær opmærksom på, at din praktiserende læge kan være en ressource for dig og vil kunne vejlede og rådgive ud fra dine behov.
- På www.sundhed.dk kan du finde oplysninger om, hvilke tilbud din kommune har til borgere i din situation.

Sæt kryds på målestokken

Hvor tæt er du på, at leve det liv du vil efter eller med din kræftsygdom?



Plan (besvar først skema på bagsiden)

Udfyldes evt. sammen med den professionelle

Spørgeskema

14286 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 05.2016

Sæt kryds i skemaet ved de emner, hvor du mener at have brug for **professionel støtte**. Du må gerne sætte mere end et kryds. Emner, som du kan klare selv, evt. med hjælp fra familie, venner og kolleger, skal du ikke krydse af.

Navn: _____

Dato: _____

Din livssituation

Hverdagen

- ☐ Gøremål i hjemmet (rengøring, indkøb, madlavning mm.)
- ☐ Personlig hygiejne
- ☐ Børnepasning
- ☐ Arbejde/skole
- ☐ Motion/fritid
- ☐ Medicin
- ☐ Andet

Din fysik

Almen tilstand

- ☐ Træthed/energi
- ☐ Søvn
- ☐ Smerter
- ☐ Svimmelhed/balance
- ☐ Tænder
- ☐ Syn og hørelse
- ☐ Hud (sår, udslæt, kløe)
- ☐ Kvalme/opkastning
- ☐ Spise/drikke
- ☐ Synkebesvær
- ☐ Vægttab og vægtøgning
- ☐ Rygning
- ☐ Alkohol

Fysisk påvirkning

- ☐ Nedsat bevægelighed
- ☐ Nedsat muskelkraft
- ☐ Vejtrækningsbesvær
- ☐ Lymfødem (hævelse af arme/ben)
- ☐ Hedeture
- ☐ Kropslugt
- ☐ Føleforstyrrelser

- ☐ Vandladning
- ☐ Forstoppelse/diarré

Seksualitet og samliv

- ☐ Ændret kropsoptagelse
- ☐ Tørre slimhinder
- ☐ Nedsat seksuel lyst
- ☐ Nedsat seksuel evne
- ☐ Mulighed for at få børn
- ☐ Ændret behov
- ☐ Andet

Din psyke

- ☐ Humør
- ☐ Tristhed
- ☐ Grådlabil
- ☐ Bekymret
- ☐ Følelse af ensomhed
- ☐ Angst
- ☐ Stress
- ☐ Andet

Din evne til at erkende

- ☐ Hukommelse
- ☐ Koncentrationsbesvær
- ☐ Andet

Din sociale situation

Praktiske områder

- ☐ Boligforhold
- ☐ Transport
- ☐ Økonomi/forsikring/pension
- ☐ Offentlige myndigheder
- ☐ Andet

Dit syn på tilværelsen

- ☐ Tro
- ☐ Tanker om livet
- ☐ Tanker om døden
- ☐ Sorg
- ☐ Skyldfølelse
- ☐ Andet

Dine pårørende

Mennesker omkring dig

- ☐ Samlever
- ☐ Børn
- ☐ Øvrige netværk
- ☐ Andet

Bemærkninger (andet):

Mest brug for støtte

Hvis du har sat kryds ved flere emner, så skriv her, hvor du har mest brug for professionel støtte. Skriv din emneliste sådan, at du nævner det vigtigste først.

Revideret tillæg til Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – marts 2017

Baggrund

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering godkendte den 25. april 2016 en revideret implementeringsplan for Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation ifm. kræft. Revisionen betød en afgrænsning af implementeringen til alene at omfatte anvendelsen af *behovsvurderingen* jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

Formål

Formålet er at opruste og understøtte implementeringen af *behovsvurdering* på sygehusene, hos almen praksis og i kommuner i Syddanmark til gavn for patienter med kræft.

Iværksættelse af Behovsvurdering

Hvad er en behovsvurdering?

Behovsvurderingen er alene en identifikation af, om der er et rehabiliterings- eller palliationsbehov, samt en kort beskrivelse af det identificerede behov: hvori består det? Vurderes det, at der er behov for fagprofessionel støtte/vejledning til opgaven, beskrives behovet i behovsvurderingen, som sendes til relevant aktør (kommune, egen læge, sygehuset).

Behovsvurderingen sker i en dialog mellem en sundhedsprofessionel og patienten/borgeren samt eventuelt dennes pårørende. Behovsvurderingen sker med udgangspunkt i et spørgeskema, som patienten/borgeren har udfyldt på forhånd.

Behovsvurdering

Hvordan skal behovsvurderingen benyttes?

Alle kræftpatienter tilbydes en behovsvurdering, når den initiale behandling på sygehuset afsluttes, eller når der sker væsentlige ændringer i patientens forhold, herunder sektorskifte.

Sygehuset, almen praksis og kommunen følger alle op på de dele af behovsvurderingen, der måtte vedrøre indsatsen hér.

Alle parter er forpligtet til at udarbejde en ny behovsvurdering ved væsentlige ændringer i patientens forhold.

Brug af korrespondancen "Behovsvurdering, kræft"

Al kommunikation i forbindelse med behovsvurdering sendes imellem parterne som en korrespondancemeddelelse med titlen "behovsvurdering, kræft". Korrespondancen rummer følgende emner, jf. Forløbsprogrammet side 12.

Behovsvurdering, kræft

- Oplevelser af livskvaliteten
- Fysiske områder
- Psykiske områder
- Kognitivt
- Socialt område (herunder arbejdsmarkedsområdet)
- Eksistentielt/åndeligt område
- Pårørende

Dokumentation af udført behovsvurdering i journal

Resultatet af behovsvurderingen kan være:

- "ja, der er identificeret et behov" eller
- "nej – der er foretaget behovsvurdering, men der vurderes ikke at være et behov på nuværende tidspunkt", og sidst
- "Nej, patienten ønsker ikke at få lavet en behovsvurdering

Dette dokumenteres i patientens/borgerens journal.

Samarbejdsparter orienteres via korrespondancemeddelelsen med overskriften "Behovsvurdering, kræft". Heri beskrives det identificerede behov og begrundelse. Patienten skal give samtykke hertil.

Den videre proces

Den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. implementering af forløbsprogrammet har pr. marts 2017 foretaget en erfaringsopsamling for så vidt angår behovsvurderingen og brugen af det dertil hørende spørgeskema.

Spørgeskemaet er revideret på baggrund heraf. Den videre implementering af behovsvurderingen foregår i regi af de lokale samordningsfora.

Afdeling: ATT
Dato: 04-05-2017
Udarbejdet af: Ulla Wernberg-Møller
E-mail: uwm@rsyd.dk
Telefon: 2913 1617

Afrapportering

Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

Indledning

Nedenstående er en tilbagemelding til følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering på samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner.

I forbindelse med et oplæg om behandlingen af målgruppen på følgegruppemøde den 25. april 2016, orienterede ATT om en planlagt besøgsrunde i samarbejdskommunerne, som snarligt ville blive sat i værk, netop med det formål at bringe samarbejdsaftalen med ud og få den implementeret og evt. justeret, og med den hensigt at få styrket samarbejdet omkring de målgrupper, samarbejdsaftalen dækker via øget kendskab til hinandens organisationer og udvikling.

Der var enighed om, at følgegruppen med fordel kunne bruge den viden til at kvalificere evt. justeringer af samarbejdsaftalen med. Derfor blev det på samme møde aftalt, at ATT forpligtede sig til at melde tilbage med evt. anbefalinger og status til følgegruppen. Supplerende blev det aftalt, at ATT inviterede RCT Jylland med på runden, således at RCT-Jylland skulle deltage på møderne i de kommuner, hvor det var relevant.

Herefter blev en invitation sendt ud til samtlige samarbejdskommuner, med en opfordring til at afsætte tid på kommunernes møder i KLU-regi, og møderne blev sat i gang fra juni måned og frem til marts 2017.

Det er nu besluttet at afslutte besøgsrunden, selvom det ikke er lykkedes at få booket møder i samtlige 22 kommuner. Efter at have sendt rykkere og på andre måder at have kontaktet de KLU'er, der ikke selv meldte tilbage på henvendelsen om en besøgsrunde, er det besluttet at lave afrapporteringen på baggrund af de møder, det lykkedes at afholde.

Status på gennemførte møder:

Der er i perioden indtil d.d. gennemført møder i KLU i samtlige kommuner i Region Syddanmark, med undtagelse af følgende kommuner:

- Kolding
- Sønderborg
- Vejen
- Ærø
- Langeland

For så vidt angår Kolding, Vejen og Sønderborg Kommuner, er det ikke lykkedes – trods rykkere og gentagne forsøg på booking af et møde, at få noget i stand. Der har været kontakt med Kolding og Sønderborg, dog uden opfølgning, hvorimod der slet ikke har været tilbagemelding fra Vejen Kommune.

For så vidt angår Ærø og Langeland, har der været en fin respons og kommunikation, men det blev efter aftale besluttet ikke at gennemføre besøgene i disse mindre kommuner, da antallet af omfattede borgere af kommunerne er vurderet så lille, at det ikke var relevant at bringe samarbejdsaftalen op på et formelt møde. Vi har dog modtaget en tilbagemelding om, at samarbejdet fungerer tilfredsstillende.

Udover de formelle møder i KLU-regi, har der efterfølgende i flere af kommunerne været opfølgende møder ift. konkrete emner. Derudover har ATT og RCT-Jylland aflagt status på besøgsrunden ved en mundtlig overlevering på møder i PSOF-møderne i hele regionen.

Form:

På møderne i kommunernes KLU, blev der afsat mellem 20 minutter og 1 time til punktet, hvilket varierede meget fra kommune til kommune. Det viste sig at være en stor udfordring at få tid nok på møderne i KLU, der i forvejen var pressede af mange punkter på dagsordenen.

På de fleste møder, havde KLU – udover de faste medlemmer – inviteret relevante supplerende kommunale repræsentanter med til punktet vedrørende samarbejdsaftalen. Som eksempel kan nævnes medarbejdere/ledere på familieområdet, på beskæftigelsesområdet og/eller integrationsafdelinger. Der var også eksempler på, at veterankoordinatorer var inviteret med.

Forud for runden, havde ATT og RCT-Jylland udarbejdet et standard-oplæg til fremlæggelse, der blev anvendt på samtlige møder. Oplægget indeholder følgende:

- En generel orientering om status på behandlingen af målgrupperne (ventetider, henvisningspraksis, organisering mv.)
- Generel information om hovedpunkterne i samarbejdsaftalen
- Fremlæggelse af hovedkonklusionerne i evalueringen af samarbejdsaftalen
- Drøftelse af indholdet med fokus input til evt. ændringer/uhensigtsmæssigheder
- Drøftelse af nye tendenser på området af betydning for samarbejdet

Konklusion/anbefalinger

Overordnet set har det været en god og berigende oplevelse at tage rundt til kommunerne via KLU. Dette forum har både kommunale ledelsesrepræsentanter og repræsentanter fra praksis.

Konklusionerne er skitseret nedenfor på udvalgte områder og opsummerer erfaringerne fra alle møder, uden at fremhæve lokale aftaler og opfølgninger. En del af styrken ved besøgsrunden er dog, at der på baggrund af møderne er lavet flere opfølgende aftaler, supplerende undervisning om målgruppen, lokale aftaler om arbejdsgange og aftaler om navngivne kontaktpersoner ifm. det videre samarbejde.

Dette var en del af formålet med ATT's initiativ til at besøge kommunerne for at styrke samarbejdet, og det har samtidig medvirket til en væsentlig styrkelse af implementeringen af samarbejdsaftalen i praksis.

Konklusioner

- Der er generelt et **manglende kendskab** til samarbejdsaftalen i kommunerne og i praksis
- Der er en **stor variation** i kommunernes tilrettelæggelse af, hvor samarbejdsaftalen er funderet

Psykiatrien i Region Syddanmark

- **Lægerne mangler viden** om aftalen og om arbejdsgangene, herunder især henvisningsprocedure, geografisk fordeling mellem RCT Jylland og ATT og om lægelig sparring under forløbene
- Efter gennemgang af indholdet i samarbejdsaftalen, var den overvejende tilbagemelding på møderne, at **samarbejdsaftalen er dækkende i sit indhold**, og at det overordnet set opleves at **samarbejdet fungerer godt**.
- En **koordinator-funktion**, som anbefales i samarbejdsaftalen, blev specifikt drøftet på alle møder. Der var blandede tilbagemeldinger på denne funktion. Dog er det samlede indtryk, at de fleste kommuner enten overvejer eller har iværksat en koordinatorfunktion for veteraner – ligesom der flere steder nu er vedtaget en veteranpolitik og/eller strategi. Derimod var tilbagemeldingen ift. traumatiserede flygtninge, at det er en uhensigtsmæssig funktion at indføre for netop denne målgruppe, idet der typisk er mange forskellige områder inde over indsatser for disse familier. Nogle steder var der lavet forsøg med koordinerende sagsbehandlere, og nogle steder ville man begynde at implementere dette af hensyn til en styrket koordinering for flygtninge. Men det blev vurderet uhensigtsmæssigt at lave en funktion som beskrevet i samarbejdsaftalen, på flygtningeområdet specifikt.
- Der var **stor tilfredshed med flow-beskrivelserne** i slutningen af samarbejdsaftalen
- Samarbejdsaftalen **trænger til en opdatering**. Der er sket mange ændringer, herunder også organisatoriske, siden 2011 (ATT har ifm. besøgsrunden lavet få justeringer af ikke-væsentlig karakter, som vedhæftes sammen med nærværende afrapportering, men større ændringer og rettelser forudsætter en proces i regi af DAK).
- Der er meget stor forskel på veteraner og flygtninge. Det gør det svært at anvende samarbejdsaftalen på begge grupper.
-
- Kommuner og læger **mangler viden om PTSD**, traumer og behandlingen heraf og har haft god gavn af gratis oplæg på ATT og aftalt undervisning fra RCT-Jylland. Dette bør fortsætte, for det har en stor betydning for opsporing, henvisning, behandling og opfølgning – alle væsentlige elementer i samarbejdsaftalen
- Der er efterhånden få læger ansat i kommunerne, hvorfor det vurderes overflødigt at have en direkte henvisningsmulighed for kommunelæger. Det anbefales derfor, at **henvisninger** til ATT og RCT-Jylland foretages på samme vis som henvisninger i psykiatrien i øvrigt.
- Det er en overvejelse værd, om samarbejdsaftalen opdateres med en kort beskrivelse af indholdet af de to behandlingstilbud – enten i forløbsbeskrivelserne eller i form af bilag, hvilke forventninger man som henviser kan have til forløbene, og således hvor samarbejdet formelt skal sættes i gang med netværksmøder, opfølgning mv.
- Der er et "hul" i samarbejdsaftalen for så vidt angår **traumatiserede børn og unge**. Det er et område, der har været i kraftig vækst i takt med en øget flygtningetilstrømning til Danmark og store udfordringer i kommunerne med at integrere børn, der enten formodes traumatiserede

Psykiatrien i Region Syddanmark

eller påvirkede af forældrenes traumer. Samarbejdsaftalen beskriver ikke tilfredsstillende, hvem der gør hvad og hvornår. Udfordringen er, at der er en gruppe børn og unge, der ikke er så syge, at børne- og ungdomspsykiatrien tager dem i behandling, men som samtidig har så store udfordringer med sekundær og formodet primær traumatisering, at de ikke kan håndteres i kommunalt regi. Problemstillingen er taget op i dialog med PPR og børne- og ungdomspsykiatrien, i form af en taskforce, initieret af ATT. Samarbejdet har resulteret i kompetenceudvikling af PPR-psykologer, så disse bedre kan identificere og håndtere traumer hos børn og unge. Dog vurderes det fortsat at være et område, samarbejdsaftalen bør forholde sig mere beskrivende til.

- Den sociale lovgivning og arbejdsmarkedslovgivningen har ændret sig markant over det seneste år, herunder især i form af **stramninger ift. aktivering og forsørgelse**, samt opholdsgrundlag for flygtningemålgruppen. Dette har en afgørende effekt på behandlingen af traumatiserede flygtninge, og også i nogle tilfælde af veteraner. En god beskæftigelsesindsats og behandlingsforløb modarbejder som regel ikke hinanden. Tværtimod er det tit meget gavnligt at være beskæftiget og lære dansk, samtidig med at man modtager behandling. Der var dog bred enighed om, at der for de patienter med laveste ressourcer, bør ske en styrket koordinering og fritagelse for visse krav i kommunen, mens borgeren går i et intensivt behandlingsforløb. Stramningerne har også medført færre penge til rådighed, hvilket især bevirker at ordineret medicin spares væk, at der er flere udeblivelser fra behandlingen på grund af manglende penge til busbillet, og mere generelt at patienterne ikke får den fornødne ro til at fokusere på behandlingen.

På baggrund af ovenstående anbefalinger og observationer, kan der være grund til at overveje følgende:

1. Er der grundlag for en samarbejdsaftale på området, når samarbejdet i hovedtræk fungerer tilfredsstillende, selvom kendskabet til aftalen er så lille? Det kan overvejes at lægge samarbejdet på dette område ind under den overordnede sundhedsaftale, uden en specifikt samarbejdsaftale og i stedet styrke de lokale samarbejdsfora.
2. Hvis der er grundlag for at fortsætte med samarbejdsaftalen, indstilles der til en gennemgang af samarbejdsaftalen med udgangspunkt i evalueringen og ovenstående opsamling, herunder justering med fokus på ændringer siden 2011.
3. Hvis samarbejdsaftalen evalueres, anbefales det at vente til primo 2018, idet psykiatrien lige nu afventer et nationalt pakkeforløb på området for behandlingen af traumatiserede flygtninge og en ny specialeplan, der bl.a. indebærer at psykiatrien får højt specialiseret funktion, udover den nuværende regionsfunktion på flygtningeområdet og forventeligt regionsfunktion for veteraner, udover den nuværende højt specialiserede funktion. Disse ændringer, sammen med en snarlig revidering af det nuværende udrednings- og behandlingskoncept for ATT og RCT-Jylland, vil alle medføre ændrede sagsgange og ændrede forløb ift. behandlingsforløbene. Dette bør medtages i en evt. revideret samarbejdsaftale, idet den ellers hurtigt herefter vil skulle revideres igen.

Udarbejdet af Ulla Wernberg-Møller, afdelingschef på ATT
Maj 2017

Tværgående klinisk retningslinje for børn med erhvervet hjerneskade i region Syddanmark

1) Formål

Formålet med retningslinjen er, at alle børn med erhvervet hjerneskade samt deres forældre, oplever en god og tryk overgang fra indlæggelse i sygehusregi til videre rehabilitering i kommunalt regi. (Overgangen fra fase II til III). Desuden er formålet at understøtte høj kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse og god tværfaglig kommunikation og koordination i tværgående forløb. Der tilstræbes ensartede og strømlinede forløb og mindre personafhængig koordinering i forbindelse med udskrivelsen og det videre forløb i kommunen.

1.1) Anvendelsesområde

Alle børn med erhvervet hjerneskade i overgangen mellem fase II og III.

1. Traumatisk hjerneskade
2. Encephalopati (diffus hjerneskade af anden årsag)
3. Infektion i centralnervesystemet (betændelse i hjernen og i hjernens hinde)
4. Tumor i hjernen (kræft og godartede svulster i hjernen)
5. Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)
6. Subarachnoidalblødning (hjernehindeblødning)
7. Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til en af ovenstående diagnoser)

(se bilag ”Tilpasnings- og implementeringsaftale” s. 20 kap. 5)

2) Fremgangsmåde

2.1) Baggrund

Barnet kan have haft et ophold på nærmeste hjemsygehus eller børneafdeling i Region Syddanmark. Det kan have haft et ophold på Hammel Neurocenter eller det kan have været indlagt på OUH til intensiv behandling og genoptræning.

2.2) Definitioner

Fase I-II-III og IV: Fase I er den akutte behandling, fase II er rehabilitering under indlæggelse, fase III er rehabilitering efter udskrivelse, mens fase IV er den stabile vedligeholdende fase. (Bilag: Implementeringsaftalen s. 7).

2.3) Fremgangsmåde

2.3.1) Indlæggelse

Ved indlæggelsen er der etableret et kontaktteam omkring barnet, bestående af tværfagligt personale; herunder børnelæge, sygeplejerske, ergo-/fysioterapeut, socialrådgiver og evt. en psykolog. Teamet afholder et ugentligt møde sammen med forældrene med henblik på at koordinere indsatsen og afstemme forventninger. Tidligt i forløbet er der desuden udpeget en lægelig

kontaktperson, som er ansvarlig for at koordinere indsatsen. Det tilstræbes, at denne rolle fastholdes efter udskrivelsen.

En repræsentant fra kontakt teamet sikrer tidlig inddragelse af kommunen ved at tage kontakt til barnets sagsbehandler. Sagsbehandleren er ansvarlig for, at der bliver udpeget en kontaktperson i kommunen, som er forpligtet til at holde sig ajour med barnet under indlæggelsen på hjemsygehus såvel som på Hammel Neurocenter.

2.3.1.1) Vurdering

Den afdeling der har været ansvarlig for rehabiliteringsforløbet i fase II har forinden udskrivelsen lavet en funktionsbeskrivelse af barnet og vurderet barnets behov for den videre rehabilitering og evt. genoptræningsplan.

2.3.2) Udskrivelse/afslutning

Ved planlægning af udskrivelsen afholdes der et fælles planlægningsmøde, på det hospital hvor barnet er blevet genoptrænet. Her deltager relevante personer fra kontaktteamet fra sygehuset, forældre, kontaktperson samt andre relevante samarbejdspartnere fra kommunen

Formålet med planlægningsmødet er at aftale en plan for den videre rehabilitering af barnet.

Barnet skal altid videresendes til den nærmeste børneafdeling i regionen inden det udskrives til hjemmet. (Odense Universitetshospital, Sydvestjysk sygehus Esbjerg, Sygehus Lillebælt Kolding, Sygehus Sønderjylland Aabenraa). Dette skal ske uanset om barnet har været indlagt på Hammel Neurocenter eller på OUH. Eventuelt i form af en ambulant konsultation.

Formålet med dette er, at følge den videre rehabilitering af barnet samt at indgå i et samarbejde med kommunen i forhold til at planlægge og aftale kommunens opgaver efter udskrivelse til hjemmet. Desuden skal barnet tilknyttes en kontaktlæge, og der aftales tid til en kontrol i Børneneurologisk ambulatorium.

Grunden til at alle børn altid skal følges på børneafdelingen er, at:

- Senfølger til hjerneskader ofte først bliver mere synlige og/eller ændrer karakter og sammensætning efter et stykke tid og ikke sjældent efter år.
- At der kan opstå andre følgetilstande (fx epilepsi) som skal diagnosticeres og behandles.
- At endelig afklaring af varigt funktions tab ofte først kan afdækkes efter nogen tid.
- At alle børn, der har behov for det, skal have gennemført en børneneuropsykologisk undersøgelse.
- At sekundære følger til ændret funktionsevne i sociale sammenhænge skal afdækkes og afhjælpes effektivt, så der ikke opstår sekundære funktions tab.

- At familien skal have en fast kontaktperson ved børneafdelingen, såvel som i kommunen og ved den praktiserende læge. Det er samspillet mellem disse, der er bærende for rehabiliteringen over år.

3) Dokumentation

3.1) Dokumentation af aktivitet

Patienten oprettes i Cosmic og relevante SKS-koder anvendes.

Der noteres i [Cosmic under relevante nøgleord i "Ergoterapeutisk/fysioterapeutisk kontakt"](#).

3.2) Indikatorer

3.3) Udarbejdet af

Fysioterapeut Anna-Marie Larsen

Ergoterapeut Katrine Buur

4) Referencer og litteratur

"Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade" 2011, Sundhedsstyrelsen

"Tilpasnings- og implementeringsaftale" Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark, 2014

5) Evidensbasering

6) Ændringslog



Juni 2014

Tilpasnings- og implementeringsaftale

Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer
med erhvervet hjerneskade i kommuner og region
i Region Syddanmark

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 14. marts 2014



1. Indledning	4
1.1 Baggrund	4
1.2 Formål	4
1.3 Principper og understøttende samarbejdsstrukturer	4
1.4 Definition af rehabilitering	5
1.5 Status	6
2. Aktører, faser og overgange	7
2.1 Faser (flowchart)	7
2.2 Lovgrundlag	8
2.3 Beskrivelse af aktørerne	8
2.3.1 Sygehusene	8
2.3.2 Kommunerne	9
2.3.3 Almen praksis	10
2.3.4 Psykiatrien	10
3. Indsatser i fase I og overgangen til fase II og III	11
3.1 Sygehusene	11
3.2 Almen praksis	11
4. Indsatser i fase II og III	12
4.1 Sygehusene	12
4.1.1 Regional neurorehabilitering	12
4.2 Kommunernes indsatser	16
4.2.1 Organisering af indsatsen	16
4.2.2 Indsatser	17
4.3 Almen praksis indsatser	17
4.4 Tidlig opsporing – de usynlige kognitivt skadede	18
4.5 Indsatser	18
5. Børn med erhvervet hjerneskade	20
5.1 Sygehusenes indsats	20
5.2 Den kommunale indsats	23
5.3 Indsatser	23
6. Implementering	24
6.1 Handlingsplan	24
Bilag	27
Bilag 1: Kommissorium	27
Bilag 2: Medlemssammensætning	29
Bilag 3: Komplexitetsskema	30
Bilag 4: Kortlægning af status	31



1. Indledning

1.1 Baggrund

Sundhedsstyrelsen (SST) har i juni 2011 udgivet

- Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade
- Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade

Forløbsprogrammerne omfatter følgende diagnoser:

- Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)
- TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer)
- Traumatisk hjerneskade
- Subarachnoidalblødning (hjernehindeblødning)
- Tumor i hjernen (kræft samt godartede svulster i hjernen)
- Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinde)
- Encephalopati (diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)
- Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til en af ovenstående diagnoser)

Denne aftale tilpasser og sætter rammen for implementering af disse to forløbsprogrammer. Fælles for forløbsprogrammerne for hhv. voksne samt børn og unge er afsnittene 1 til og med 2.2 samt afsnit 6 om implementering. Børne- og ungeområdet har et særskilt afsnit 5.

Status

Efter godkendelse i Det Administrative Kontaktforum har aftalen karakter af anbefaling for organiseringen af indsatsen lokalt. Aftalen kan tilføjes Sundhedsaftalen for 2015-2018 som bilag, hvorefter den har en forpligtende karakter.

1.2 Formål

Denne aftale tilpasser og sætter rammen for implementering af forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade og forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade på en måde, som er tilpasset syddanske forhold.

Aftalen har til formål at understøtte høj kvalitet, effektiv resourceudnyttelse og god kommunikation og koordination i tværgående forløb på hjerneskadeområdet. Det er målet, at kvaliteten løftes inden for de givne økonomiske rammer gennem mere ensartede og strømlinede forløb og bedre og mindre personafhængig koordinering.

1.3 Principper og understøttende samarbejdsstrukturer

Aftalen bygger på Sundhedsaftalen, tilknyttede aftaler og de grundlæggende principper for samarbejdet på det tværsektorielle sundhedsområde. Det drejer sig særligt om:

- SAM:BO - Samarbejde om borger/patientforløb.
- Snitfladekataloget på genoptræningsområdet.
- Princippet om, at kommunikation i videst muligt omfang sker digitalt på baggrund af SAM:BO.
- Princippet om udstrakt videndeling og at data som udgangspunkt fødes et sted.
- Princippet om brug af ICF.

Aftalen er desuden koordineret med den af KKR Syddanmark indgåede rammeaftale på socialområdet.

Sundhedsaftaler¹

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal mindst én gang i hver valgperiode indgå en sundhedsaftale inden for seks obligatoriske indsatsområder. Herudover er der mulighed for at udarbejde frivillige sundhedsaftaler på andre områder. I alle sundhedsaftaler er samarbejdet omkring udskrivningsforløbet beskrevet. Det drejer sig blandt andet om aftale om udskrivelse, udskrivningssamtaler, snitfladen mellem almen og specialiseret genoptræning samt ansvaret for levering af hjælpemidler. Ligeledes beskrives den konkrete kommunikation mellem aktørerne.

SAM:BO

Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO) er en del af sundhedsaftalen. Samarbejdsaftalen gælder for alle almindeligt forekommende typer af somatiske patientforløb for såvel voksne som børn på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, uanset diagnose. SAM:BO beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

Region Syddanmarks samarbejdsaftale med Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Region Syddanmark har indgået aftale med Region Midt om patientforløb for voksne patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel (RHN). Aftalen regulerer forhold vedrørende henvisning til højt specialiseret neurorehabilitering på RHN og tilbageflytning til Region Syddanmark. Af aftalen fremgår, at et koordinationsudvalg i Region Syddanmark orienteres, når borgere fra Region Syddanmark indlægges på RHN.

¹ <http://www.regionsyddanmark.dk/wm277954>.

Derudover vil koordinationsudvalget i Region Syddanmark hver 14. dag elektronisk modtage en samlet patientstatus inklusiv scoringer og behandlingsplan. Det er koordinationsudvalget, der løbende informerer hjemkommunen.

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er en fælles begrebsramme til beskrivelse af menneskets funktionsevne og et standardiseret sprog (fagneutralt), der kan anvendes på tværs af fag og sektorer. ICF understøtter rehabiliteringstankegangen om en flerstrengt indsats og anlægger et helhedssyn på borgeren med en tredelt fokusering på hhv. krop, aktivitet og deltagelse, som suppleres med patientens personlige faktorer og omgivelser.

Med ICF som referenceramme beskrives patientens samlede funktionsevne og funktionsnedsættelse med henblik på at tilrettelægge et forløb, der kan understøtte patienten til at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabiliteringsnotat

Projektet "Rehabiliteringsplaner skaber sammenhæng", som Odense Kommune (Hjerneskerådgivningen) gennemfører sammen med Region Syddanmark, har demonstreret, at det er teknisk muligt for sygehuset at samle nødvendig information vedr. personer med behov for omfattende rehabilitering (apopleksi) og sende den elektronisk.

Projektet ndgår i den tværsektorielle digitaliseringsstrategi som et foranalyseprojekt.

1.4 Definition af rehabilitering

Tillægsaftalen tager udgangspunkt i følgende definition af rehabilitering:

"Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse" (WHO)

"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 og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats" (Marselisborgcenterets hvidbog).

På hjerneskaideområdet er målet med rehabilitering at mindske følgerne af hjerneskadens, og at personen så vidt muligt opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering indebærer ofte en forberedelse til en ny livssituation.

Tidsmæssigt afgrænses rehabilitering fra personen får en hjerneskaide (fase I), til personen har opnået bedst mulig funktionsevne (fase IV).

Neurorehabilitering

Neurorehabilitering er rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskaide. Følggevirkningerne af hjerneskadens kan være af forskellig karakter inden for det kognitive, bevægelsesmæssige, sproglige og sansemæssige domæne, og samtidig ses der stor variation i sværhedsgraden af hjerneskadens. Derfor er neurorehabilitering en kontinuerlig og ofte langstrakt proces, hvor man søger at mindske følgerne af hjerneskadens og/eller substituere tabte funktioner.

Stratificering

Rehabilitering for personer med erhvervet hjerneskaide er generelt kendetegnet af en høj grad af specialisering og behov for tværfaglighed og samarbejde på tværs af sektorer og forvaltninger².

² KL: Kommunal stratificeringsmodel for genoptræning efter sundhedsloven (2012).



Sundhedsstyrelsens sonderer mellem rehabilitering i sygehusregi på:

- *Hovedfunktionsniveau:* Rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, hvor sygdom såvel som ydelser er hyppige, og ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne.
- *Regionsfunktionsniveau:* Rehabilitering og kontrol af sygdomme eller tilstande, hvor ydelserne er af nogen kompleksitet, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne.
- *Højt specialiseret niveau:* Rehabilitering og kontrol af meget sjældent forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelse af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og/eller ressourceforbruget betydeligt³.

Og på kommunalt niveau mellem:

- *Basalt niveau:* De involverede faggrupper har neurofaglig viden fra deres grunduddannelse samt relevante kurser. Faggrupperne kan eventuelt have andre arbejdsopgaver end rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.
- *Avanceret niveau:* Rehabiliteringsforløbet varetages i samarbejde med eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent specifikt område og/eller de specialiserede hjerneskadetilbud. Alternativt har kommunen – eventuelt i tværkommunalt samarbejde – selv personale med tilsvarende neurofaglige kompetencer. Samarbejdet kan enten være i forhold til den konkrete opgaveløsning eller ved supervision. Faggrupperne har primært arbejdsopgaver i forhold til rehabilitering af personer med hjerneskade.
- *Specialiseret niveau:* Rehabiliteringsforløbet varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb. Der er involveret faggrupper med specialiseret neurofaglig ekspertise (inden for alle relevante områder), som fungerer i tæt, interdisciplinært samarbejde. Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden ofte i udviklingsarbejde og forskning⁴. I skemaet i bilag 3 er markeret de grupper, som oftest håndteres på specialiseret niveau.

1.5 Status

Målgruppe og behov

Sundhedsstyrelsen estimerer, at der i 2010 var ca. 13.500 voksne personer, som havde behov for hjerneskaderehabilitering i fase II, heraf 89% på hovedfunktionsniveau, 8% regionsfunktionsniveau og 3% på højt specialiseret niveau. Ca. 18.000 personer havde behov for rehabilitering i fase III.

På baggrund af befolkningstal kan det antages, at der i Region Syddanmark i 2010 var ca. 2.900 voksne personer med behov for fase II-rehabilitering og 3.900 med behov for fase III-rehabilitering (ca. 180 personer i en gennemsnitlig kommune med 50.000 indbyggere).

På børne- og ungeområdet estimerer Sundhedsstyrelsen, at der årligt er mellem 125 og 375 børn og unge (28 dage – 18 år), som får behov for rehabilitering under indlæggelse, heraf ca. 30-40 på højt specialiseret niveau. Det antages, at mellem 125 og 375 børn og unge har behov for rehabilitering efter udskrivelse.

Det svarer til mellem 27 og 80 personer årligt i Region Syddanmark og 1-4 børn/unge i den gennemsnitlige kommune.

Status på hjerneskadeområdet i Syddanmark

I forbindelse med udarbejdelsen af aftalen er der foretaget en kortlægning af status på området for erhvervet hjerneskade på sygehusene og i kommunerne. Rapporten er vedlagt som bilag 4.

³ SST: Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2011): Side 48-87.

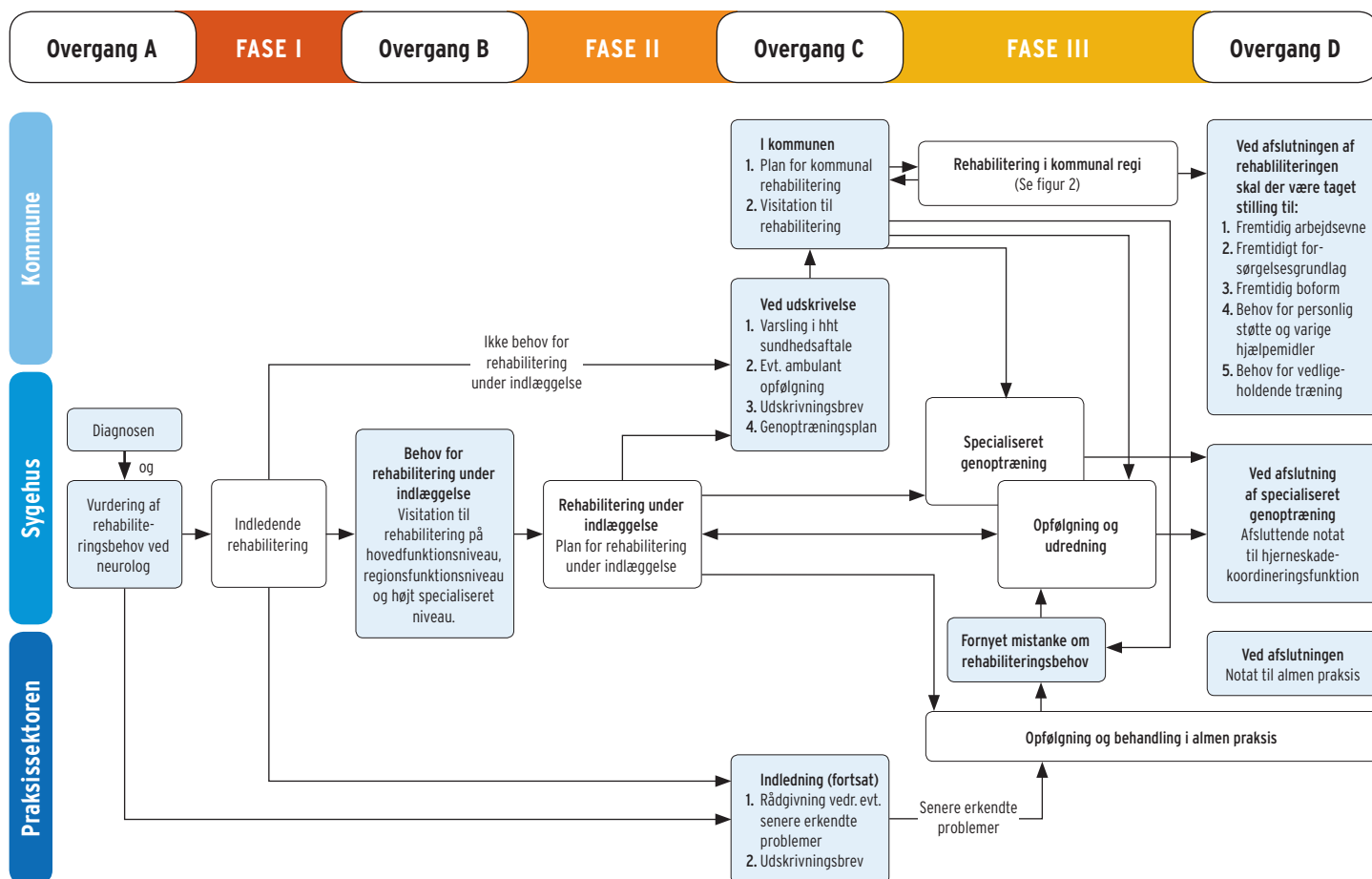
⁴ SST: Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2011): Side 43-47

2. Aktører, faser og overgange



2.1 Faser (flowchart)

Fig. 1: Generelt flowchart



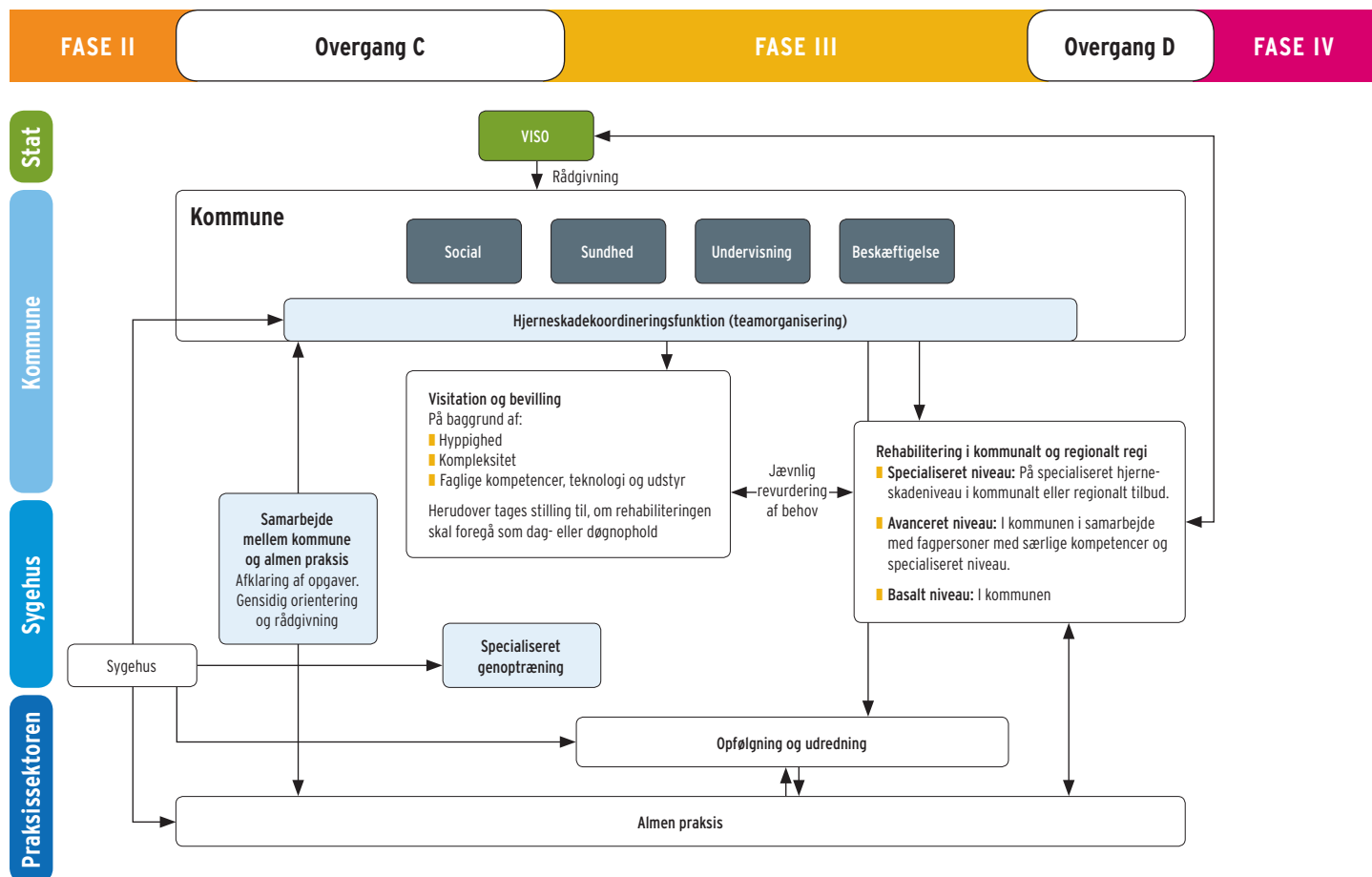
Kilde: Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer samt egne modificeringer.

Fase I er den akutte behandling, fase II rehabilitering under indlæggelse, fase III er rehabilitering efter udskrivelse, mens fase IV er den stabile vedligeholdende fase⁵.

⁵ Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade", 2011.



Fig 2: Flowchart - overgangen mellem fase II og fase III.



Kilde: Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer samt egne modificeringer.

Sygehusvæsenet, almen praksis og kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således har sygehuset flest opgaver i fase I og II, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase III (og IV).

Den enkelte person med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Forløbene vil derfor være meget forskellige, hvilket betyder behov for fleksibel organisering for at kunne håndtere dette.

2.2 Lovgrundlag

Rehabilitering er ikke beskrevet eksplicit i lovgivningen, men lovgivninger inden for primært sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet er relevante.

2.3 Beskrivelse af aktørerne

Regionen har ansvar for den præhospitale indsats. Regionen har det fulde myndighedsansvar så længe personen med erhvervet hjerneskade er indlagt. Efter udskrivelse har kommunerne det fulde ansvar - på nær sundhedsområdet, hvor region og kommunerne deler myndighedsansvaret. Det lægelige behandlingsansvar er delt mellem sygehus og almen praksis.

2.3.1 Sygehusene

Opgaver

- Udredning i forhold til diagnose og udarbejdelse af eventuel genoptræningsplan for nyhenviste patienter samt tilsyn fra andre lægelige specialer som f.eks. geriatri, psykiatri, kardiologi, øjen- og øre-, næse-, halslæge, endokrinologi og urologi, samt behandling af grundsygdommen.
- Iværksættelse af patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCl.

- Behandling af følgetilstande og komorbiditet, eventuelt i samarbejde med almen praksis.
- Iværksættelse af indsatser med henblik på at forebygge/reducere hjerneskadens omfang (primært i fase I).
- Interdisciplinær udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og -potentiale.
- Hjerneskaderehabilitering under indlæggelse og koordinering af eventuel genoptræning efter udskrivelsen.
- Syn: Hvis der er mistanke om synsproblematikker under indlæggelse, kan der henvises til øjenafdelingen på SLB, Vejle/OUH med henblik på udredning. Rehabiliteringen kan foregå ved f.eks. spejltræning ved ergoterapeuter på hoved- og/eller regionsfunktionsniveau. Efter udskrivelse er det via egen øjenlæge og/eller Kommunikationscentrene.
- Tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAMBO.
- Afholde udskrivningssamtale sammen med patient, pårørende, almen praksis og kommune.
- Udarbejdelse af genoptræningsplan, epikrisen og udskrivelsesrapport.
- Støtte og rådgivning til pårørende.
- Legale forhold, herunder vurdering og eventuel udredning af køreevne.
- Samarbejde med og rådgivning af kommunerne samt almen praksis i forbindelse med udskrivning og overlevering af patienter fra sygehus til kommune.
- Sikre forskning og udvikling inden for området.
- Sygehuse med hjerneskaderehabilitering på hoved- og regionsfunktion medvirker i rådgivningen af neurofagligt personale i kommunerne og medvirker dermed til tværsektoriel kompetenceudvikling.

2.3.2 Kommunerne

Opgaver

Rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommunalt regi involverer en række forskellige forvaltningsområder, primært inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet.

Kommunens opgaver i forhold til personer med erhvervet hjerneskade er:

- Planlægning af udskrivelsen i samarbejde med sygehuset.
- Koordinering af rehabiliteringsforløbet efter udskrivelse.
- Samarbejde med og indhente rådgivning/dokumentation fra sygehuset og almen praksis i forhold til konkrete personer med erhvervet hjerneskade i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse fra sygehus til kommune.
- Personlig pleje og praktisk hjælp.

- Hjælpe midler.
- Genoptræning af bevægelsesfunktioner, kognitive funktioner og andre relevante kropsfunktioner.
- Støtte til pårørende, herunder til eventuelle mindreårige børn.
- Støttende og kompenserende indsatser.
- Transportmulighed.
- Sygedagpenge og pension.
- Udredning af arbejdsevne og revalidering.
- Vejledning om erhverv og uddannelse til unge under 25 år.
- Specialundervisning for voksne.
- Patientrettet forebyggelse.
- Medvirke til udviklings- og forskningsarbejde.

Videncentre⁶

På det fælleskommunale socialområde arbejdes der frem mod indfrielsen af en anbefaling om, at der etableres fire videncentre placeret således, at de i fællesskab betjener hele Syddanmark.

Videncentrene, som ikke nødvendigvis er fysiske enheder men en samling af ekspertise og forankret i en eller flere institutioner og kommuner, som omkringliggende kommuner kan trække på ved behov, skal ses som et supplement til VISO. Videncentrenes tilbud vil bestå af fire hovedkategorier:

- **Borgerrettet indsats:** Sparring og afklaring i forhold til kortlægning af en konkret borger. Det kan fx være ved udskrivning fra sygehus, hvor en kommune har brug for rådgivning i forhold til det videre forløb for den konkrete borger.
- **Supervision og sparring:** Man kan som sagsbehandler i en kommune anvende den specialiserede viden i form af sparring, eller man kan anvende konsulenter fra videncentrene til supervision.
- **Efterværn:** En borger kan få tilbud om at komme på et opfriskningsophold, eller at en konsulent fra videncentret kommer hjem til borgeren og følger op på indsatsen og rådgiver i forhold til den fremtidige indsats.
- **Kursustilbud:** Videncentrene kan tilbyde at afholde kurser for kommunerne. Enten som rekvirerede kurser eller som kurser de selv udbyder, som alle interessenter kan tilmelde sig.

2.3.3 Almen praksis

Almen praksis er tiltænkt den overordnede tovholderrolle for patienter i Danmark. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation fra 2005 "Kronisk Sygdom" og senere publikationer om forløbsprogrammer, og det er indskrevet i de praktiserende lægers overenskomst af december 2010.

⁶ *Af rapportering fra arbejdsgruppen om borgere med en erhvervet hjerneskade, Syddanmark. Godkendt af Socialdirektørforum den 23. maj 2013.*



Almen praksis' opgaver i forhold til personer med erhvervet hjerneskade er:

- Henvisning til sygehusbehandling, herunder til ambulant udredning (både i den akutte fase og på et senere tidspunkt i forløbet).
- Kontrol og behandling af følgetilstande og komorbiditet efter udskrivelsen, eventuelt i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCl.
- Opfølgning på psykosociale forhold, herunder støtte, udredning og behandling af krisereaktioner hos pårørende (inklusive mindreårige børn).
- Legale forhold, herunder vurdering af køreevne.
- Samarbejde med og eventuelt rådgivning til kommunen og sygehuset i forhold til konkrete personer med erhvervet hjerneskade, herunder eventuelt deltage i udskrivningssamtale.
- Ved behov inddragelse af kommunal hjerneskadekoordinator.

2.3.4 Psykiatrien

Psykiatrien indgår i vurdering af borgere med vedvarende adfærdsforstyrrelser efter hjerneskade. Ofte vil der være tale om udadreagerende borgere. Opgaven løftes i normalsystemet. Personen med erhvervet hjerneskade udredes og behandles som udgangspunkt af en specialist med særlige kompetencer inden for adfærdsforstyrrelser i forbindelse med hjerneskade.

Opgave

Psykiatrien indgår ved komplicerede psykiatriske problemstillinger, herunder ved:

- Udredning og behandling.
- At tilpasse rehabiliteringstilbud ud fra mentale status
- At samarbejde med kommune, herunder hjerneskadekoordinator samt praktiserende læge.
- At medvirke ved udarbejdelse af genoptræningsplaner såvel psykisk som kognitivt.
- Pårørendekurser.
- At sikre forskning.

Visitering

Visitation til psykiatrien foregår ved fremsendelse af henvisning. I fase II vil det være læger på sengeafdelingen eller et medlem af den interdisciplinære faggruppe knyttet til personen med erhvervet hjerneskade, som fremsender henvisningen. I fase III kan henvisning sendes fra praktiserende læge eller fra et medlem af den interdisciplinære faggruppe.

Samarbejde

Psykiatrien samarbejder i sygehusregi primært med neurologer og neuropsykologer. De vigtigste eksterne samarbejdspartnere er hjerneskadecentre, kommunerne og alment praktiserende læge.

Forekomst af psykiatriske symptomer vil oftest være del af en mere kompleks problemstilling. Under indlæggelse (fase II) kan der etableres samarbejde med neurologer/neuropsykologer med henblik på afdækning af rehabiliteringsmuligheder. Der er mulighed for opfølgende indlæggelse efter udskrivelse.

I kommunalt regi (fase III) vil psykiatrien være medaktør i en interdisciplinær faggruppe såvel internt i kommunen som eksternt. Psykiatrien medvirker ved afdækning af psykiske ressourcer samt rehabiliteringsmuligheder.

2.3.5 Pårørende

Pårørende inddrages i hele rehabiliteringsforløbet – både under indlæggelse og efter udskrivning, hvis borgeren/patienten ønsker det. I tilfælde, hvor personen ikke kan medvirke til samtykke, henvises til særlige regler om værgemål og samtykke.

De pårørende informeres løbende om sygdom, forløb og prognose og inddrages i et samarbejde om fastlæggelse af målene med rehabiliteringen. Herudover er det væsentligt, at der tages hånd om de særlige problemstillinger, der opstår, hvis personen med erhvervet hjerneskade ikke opnår fuld restitution. Det er i disse situationer væsentligt at hjælpe de pårørende til at håndtere en ny situation.

Pårørende til mennesker med hjerneskade påvirkes af en række psykosociale følger, og de er i øget risiko for selv at udvikle psykisk og somatisk sygdom samt for at udvikle belastningsreaktioner. De pårørende kan opleve tab på mange forskellige niveauer, heriblandt "tab" af ægtefællen på grund af ændringer i adfærd og personlighed samt tab af venner og mindre tid til sig selv og egne aktiviteter. Mange har endvidere behov for aflastning i kortere eller længere perioder.

Det gælder særligt for børn og unge, at nærhed til familie og andre pårørende har afgørende betydning for trivsel hos barnet, hvorfor der særligt skal tages højde for nærhedsprincippet i rehabiliteringen af børn.

Børn og unge som pårørende

Børn og unge er en særlig udsat gruppe som pårørende, når de oplever at mor eller far er alvorligt syg. Det opleves som en utryk livssituation, og der er derfor behov for støtte og inddragelse i sygdomsforløbet i overensstemmelse med deres alder, følelsesmæssige udvikling og ressourcer. Der skal således være fokus på, at de nødvendige støttefunktioner til børn og unge er til stede ved behov. Dette kan være i form af både relevante personale-kompetencer og i form af støttetilbud til såvel den syge forælder som til de pårørende børn og unge.

3. Indsatser i fase I og overgangen til fase II og III

3.1 Sygehusene

Hovedfunktionsniveau (fase I og II):

Hovedfunktionsniveau (fase I og II) er placeret på følgende sygehuse:

- Neurologisk afdeling N, OUH, Medicinske afdeling,
- Svendborg (OUH)
- Neurorehab N11/N12, Sønderborg, Sygehus Sønderjylland
- Neurologisk afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt
- Neurologisk afdeling, Esbjerg, Sydvestjysk Sygehus
- Neurorehabilitering Grindsted, Sydvestjysk Sygehus

Regionsfunktionsniveau (fase II og III):

- Neurorehabilitering Grindsted, Sydvestjysk Sygehus
- Neurorehabiliteringen, Ringe (OUH)

Visitationskriterier for fase I

- Akut eller subakut opståede symptomer på skade i nervesystemet.

Personer med formodet erhvervet hjerneskade henvises/overflyttes fra

- Primærsektoren: Vagtlæge, egen læge, praktiserende speciallæge
- Hospitalssektoren: Fælles akutmodtagelse eller andet speciale.

Oplysninger i henvisningen

Henvisningen skal minimum indeholde følgende oplysninger:

- Sygehistorie og diagnose med bidiagnoser (konkurrerende lidelser).
- Personen med erhvervet hjerneskades vågenhedsniveau.
- Personen med erhvervet hjerneskade s adfærdsniveau.
- Forhistorie om tidligere eller igangværende rehabiliteringsforløb.
- Klart definerede mål og forventninger til opholdet.
- Samtidig sikres at afdelingen får tilsendt aktuell fysio- og ergoterapeutisk status fra kommunen (krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau jf. ICF-termer).

Håndtering af henvisningen

Personen med erhvervet hjerneskade indlægges akut/subakut på neurologisk afdeling til udredning for den nyopståede sygdom.

Visitationskriterier for fase II

Denne fase vil typisk kunne opdeles i fase IIa, som er neurorehabilitering samtidig med færdiggørelse af den akutte udredning og behandling på neurologisk afd., samt fase IIb, som foregår på et specialiseret neurorehabiliteringsafsnit på enten hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau. Disse afsnit hører organisatorisk under neurologisk afdeling.

Højtspecialiserede funktioner

Højtspecialiserede funktioner forventes placeret på (fase II):

- Neurocenter Hammel
- Glostrup Hospital

Visitationskriterierne er:

- Svær hjerneskade med stor kompleksitet, hvilket typisk omfatter global skade, dyb bevidstløshed og/eller massivt funktionstab.
- Behov for en individualiseret og langvarig neurorehabiliteringsindsats.
- Behov for en neurorehabilitering med meget høj intensitet (døgnnet rundt syv dage om ugen).

Disse personer vil ofte have behov for efterfølgende specialiseret neurorehabilitering under indlæggelse på regionsfunktionsniveau samt opfølgende indlæggelse på grund af eksempelvis spasticitet, epilepsi, dysfasi, neuropsykologiske problemstillinger og respirationsproblemer.

Personerne med erhvervet hjerneskade kan henvises fra specialiseret sygehusafdeling, typisk neurokirurgisk og neurologisk afdeling, samt i visse tilfælde infektionsmedicinsk afdeling.

Henvisningen sendes til højt specialiseret afdeling, som sender henvisningen videre til Det Regionale Koordinationsudvalg (de ledende overlæger for Region Syddanmarks to regionsfunktioner (neurologisk afdeling Sydvestjysk Sygehus og OUH)), som med en tidsfrist på 5 dage kan afvise indlæggelse på højt specialiseret niveau.

3.2 Almen praksis

Forløbsprogrammerne for erhvervet hjerneskade hos voksne samt hos børn og unge dækker en række forskellige sygdomme. Fælles for dem er, at de som regel optræder som akutte tilstande eller opstår meget hurtigt.

Indlæggelse

Almen praksis' rolle i initialfasen er at sørge for hurtig indlæggelse i de tilfælde personen med erhvervet hjerneskade indlægges via lægen og ikke via skadestue/112. Derfor er det vigtigt, at almen praksis og lægevagt er bekendt med ændringer i visitation og behandling på disse områder.

Mange personer med erhvervet hjerneskade vil have op til flere ledsagende kroniske sygdomme (multisygdom), hvoraf nogle vil disponere til lidelser som kan give hjerneskade. Den løbende kontrol og behandling af disse lidelser er selvsagt væsentlig ligesom bidrag til livsstilsændringer, hvor det er påkrævet.



4. Indsatser i fase II og III

4.1 Sygehusene

Patienterne i fase IIa på hovedfunktionsniveau kommer typisk fra akutaftsnittet på den tilhørende neurologiske afdeling. Derudover henvises patienterne fra andre specialafdelinger, overvejende neurokirurgiske, geriatrike, infektionsmedicinske og kardiologiske afdelinger.

Patienter i fase IIb på regionsfunktionsniveau kommer typisk fra egen neurologisk afd., anden neurologisk afd., neurokirurgisk afd., samt fra højt specialiseret neurorehabiliteringsafdeling.

Neurorehabilitering på Regionsfunktionsniveau (fase IIb) foregår i henhold til specialeplanen på:

- Neurorehabilitering, Ringe (OUH) inkl. Guillian-Barré
- Neurorehabilitering, Grindsted (SVS)

Visitationskriterier

- Hjerneskade af betydelig (middelsvær/svær) kompleksitet

Behov for en individuel tilrettelagt neurorehabilitering med høj intensitet (primært i dagtiden, syv dage om ugen)

Nogle personer med erhvervet hjerneskade vil efter overgang til fase III have behov for opfølgende forløb i ambulant regi eksempelvis til behandling af spasticitet, epilepsi, dysfasi, neuropsykologisk opfølgning og respirationsproblemer.

Oplysninger i henvisningen

Henvisningen skal minimum indeholde følgende oplysninger:

- Sygehistorie og diagnose med bidiagnoser (konkurrerende lidelser).
- Personens vågenhedsniveau.
- Personens adfærdsniveau.
- Forhistorie om tidligere eller igangværende rehabiliteringsforløb.
- Mål og forventninger til opholdet i det omfang, det er muligt.
- Samtidig sikres at afdelingen får tilsendt aktuel fysio- og ergoterapeutisk status fra kommunen (krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau jf. ICF-termer).

Håndtering af henvisningen

Henvisninger til fase IIb visiteres primært af den lokale specialeansvarlige overlæge.

4.1.1 Regional neurorehabilitering

Neurorehabilitering Grindsted (SVS) og Neurorehabiliteringen, Ringe (OUH) er de enheder der i Region Syddanmark har regionsfunktion i neurorehabilitering.

Behandling og udredning foregår i interdisciplinære teams med fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, speciallæger i neurologi, neuropsykolog, logopæd. I forbindelse med at der er opnået regionsfunktion på Neurorehabiliteringen, Ringe og Neurorehabilitering Grindsted forventes der tilknyttet socialrådgiverfunktion til teamene. På Neurorehabilitering Grindsted er der også tilknyttet diætist til personalegruppen, samt mulighed for tilsyn af andre specialer.

Afdelingerne modtager personer med erhvervet hjerneskade, der overflyttes efter et akut sygehusforløb på enten Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Svendborg Sygehus eller afd. N OUH, når det skønnes, at personen kan have gavn af et intensivt og tværfagligt rehabiliteringsforløb. De jyske patienter går fortrinsvis til Neurorehabilitering Grindsted, og de fynske patienter fortrinsvis til Neurorehabiliteringen, Ringe. Afdelingerne modtager ligeledes patienter, som udskrives fra Hammel Neurocenter.

Det er afdelingernes opgave at rehabilitere voksne personer (personer fra 18 år), som har mistet førlighed og funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, hvoraf størstedelen er apopleksi.

Neurorehabiliteringens formål er at understøtte hjernens naturlige restitution og modvirke komplikationer af den aktuelle dysfunktion for derigennem at sikre det bedst mulige funktions- og aktivitetsniveau og social deltagelse.

Rehabiliteringen omfatter følgende indsatsområder:

- At genoptræne forringede fysiske og kognitive funktioner i størst muligt omfang og så vidt muligt lære personen med erhvervet hjerneskade at kompensere for funktioner, som ikke lader sig genoptræne.
- At styrke personen med erhvervet hjerneskade og de pårørendes evne til at acceptere uoprettelige funktionstab og mestre de heraf følgende ændrede livsvilkår på en hensigtsmæssig måde.
- At tilpasse de sociale (fysiske, økonomiske og menneskelige) rammer, personen med erhvervet hjerneskade skal fungere i, i overensstemmelse med dennes blivende funktionstab.
- At samarbejde med de kommunale og regionale instanser, som skal videreføre personen med erhvervet hjerneskades rehabilitering, når denne bliver udskrevet fra afdelingen.
- At forberede personen med erhvervet hjerneskade og de pårørende bedst muligt på den vanskelige overgang fra sygehusafdeling til eget hjem.
- At arbejde målrettet ud fra en plan hvor rehabiliteringsindsatsen er beskrevet, og hvor planen revurderes og justeres efter behov.

- At inddrage de pårørende i et samarbejde om at fastlægge målene for rehabiliteringen, for at forberede både personen med erhvervet hjerneskade og pårørende bedst muligt på overgangen fra sygehus til eget hjem.
- At rehabiliteringsindsatsen integreres systematisk i alle daglige gøremål i alle vågne timer. De forskellige indsatser tilrettelægges med opmærksomhed på de behov, ønsker, motivation og kapacitet, personen med erhvervet hjerneskade har.
- At tage hånd om de særlige problemstillinger der opstår, hvis personen med erhvervet hjerneskade ikke opnår fuld restitution.
- At inddrage de kommunale samarbejdspartner/instanser, som skal videreføre personen med erhvervet hjerneskades rehabilitering, når denne udskrives fra sygehuset. Samarbejdet består bl.a. i:
 - Tæt dialog og samarbejde med kommunens hjerneskade koordinator om koordineringen af udskrivningen.
 - Samarbejdet it-understøttes af SAM:BO og brugen af MedCom standarderne/shared care platformen.

Udover et rehabiliteringsforløb i direkte forlængelse af det akutte, er der mulighed for ambulante forløb.

Opfølgning og udredning i sygehusregi

I Region Syddanmark er der mulighed for to typer af opfølgende forløb for personer med erhvervet hjerneskade.

Brush up⁷

Brush up-patienter, er patienter med erhvervet hjerneskade af ældre dato, som forventes at kunne profitere af et nyt interdisciplinært rehabiliteringstilbud under indlæggelse af to ugers varighed med mulighed for forlængelse op til fire uger.

Vurderingsophold

Vurderingsophold tilbydes patienter, hvor man er i tvivl om de kan profitere af et rehabiliteringsophold under indlæggelse. Vurderingsopholdet er typisk af ca. fem dages varighed, og kan forlænges hvis der findes behov og potentiale.

- Personer med erhvervet hjerneskade, der blev vurderet til ikke at kunne indgå aktivt i rehabiliteringen efter den akutte fase, som udskrives til en kommunal aflastningsplads eller plejebolig og som senere er henvist af egen læge.
- Personer med erhvervet hjerneskade, hvor man er i tvivl om, vedkommende kan indgå i et rehabiliteringsforløb.
- Personer med erhvervet hjerneskade henvist fra egen læge, hvor visitationsteamet herfra er i tvivl om personen kan profitere af et rehabiliteringstilbud.

- Personer med erhvervet hjerneskade henvist direkte fra de akutte afdelinger, hvor de derfra tværfagligt har vurderet, at der er tvivl om, hvorvidt personen på nuværende tidspunkt kan profitere af et rehabiliteringstilbud.

Henvisning og visitering

Praktiserende læge kan henvise direkte til Neurorehabiliteringen på henholdsvis Neurorehabilitering Grindsted eller Neurorehabiliteringen, Ringe. Fortrykt henvisningsskema kan rekvireres på afdelingens hjemmeside.

Henvisningen skal indeholde følgende oplysninger:

- Sygehistorie og diagnose med bidiagnoser (konkurrerende lidelser).
- Personens vågenhedsniveau.
- Personens adfærdsniveau.
- Forhistorie om tidligere eller igangværende rehabiliteringsforløb.
- Klart definerede mål og forventninger til opholdet.
- Samtidig sikres at afdelingen får tilsendt aktuel fysio- og ergoterapeutisk status fra kommunen (krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau if. ICF-termer).
- Hvilken grad og omfang har personen haft hjælp fra kommunen fx fra hjemmeplejen.

Blanket, udprintet fra afdelingens hjemmeside, med personen med erhvervet hjerneskades samtykke til at der kan indhentes oplysninger fra kommunen og andre samarbejdspartnere medsendes henvisningen.

Håndtering: Visiteringsteamet (læge, afdelingsterapeut og afdelingssygeplejerske), sikrer et adækvat vurderingsgrundlag, indhenter evt. yderligere oplysninger fra kommunale samarbejdspartnere, personen med erhvervet hjerneskade og pårørende. Endvidere rekvireres journalmateriale fra tidligere indlæggelser.

Visiteringsteamet sender konklusion og mål for opholdet til egen læge, hvis personen med erhvervet hjerneskade visiteres til hhv. et Brush-up forløb eller et Vurderingsophold.

Opfølgning og udredning i sygehusregi (fase III)

Personer med følger efter en erhvervet hjerneskade bør i nogle tilfælde følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen på hovedfunktionsniveau.

⁷ Nyt begreb der ikke tidligere har været anvendt i Region Syddanmark. Region Midt anvender begrebet.



Formålet med dette kan være:

- at følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen
- at færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen
- at behandle følgetilstande og komorbiditet til hjerneskaden

Det vil være relevant, at følge nogle personer med erhvervet hjerneskade i en længere årrække, f.eks. til kontrol af epilepsi og smertebehandling. Desuden vil nogle have behov for at kunne blive (gen)henvist af almen praksis til udredning og eventuel rehabilitering i sygehusregi. Der er behov for, at denne udredning kan ske i et interdisciplinært samarbejde.

Region Syddanmarks samarbejdsaftale med Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Region Syddanmark har indgået samarbejdsaftale med Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Aftalen fastsætter, at det henvisende sygehus modtager risikoskemaer hver 14. dag under indlæggelsen fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Det er aftalen, at personen med erhvervet hjerneskade efter endt behandling på Regionshospitalet Hammel Neurocenter overflyttes til det henvisende sygehus eller til videre rehabilitering.

Den tværfaglige statusbeskrivelse sendes til modtagende sygehus og til praktiserende læge, som et vigtigt redskab til efterfølgende at tilrettelægge målrettet rehabilitering.

Kommunerne inddrages i indlæggelsesforløbene på Regionshospitalet Hammel Neurocenter med udgangspunkt i aftalerne i SAM:BO. Oftest bliver personer med erhvervet hjerneskade udskrevet med behov for en bred indsats fra flere kommunale afdelinger og forvaltninger. Der skal således ved indlæggelsen rettes henvendelse til kommunen, hvis der er behov for udvidet koordination, så der er fornøden tid til at tilrettelægge et kommunalt forløb eller etablere et botilbud.

Organisering og koordination

I Region Syddanmark er der i henhold til specialeplanen en koordinationsgruppe som varetager og deltager i visitationen af samtlige henviste personer med erhvervet hjerneskade fra Region Syddanmark til højt specialiseret behandling uden for regionen, og dels medinddrages i forbindelse med overflytning eller udskrivelse herfra.

Koordinationsgruppen består af de to ledende overlæger for neurorehabiliteringsafdelingerne ved SVS og OUH.

Der vil i løbet af det tidlige forår 2014 foreligge entydige visitationsretningslinjer til regionsfunktionen, herunder hvem og hvordan der kan henvises. Dette offentliggøres på regionens hjemmeside.

4.1.1.2 Indsatser

Niveau	Målgruppe og indhold	Henvisning/visitering
Hovedfunktionsniveau • OUH, OUH/Svendborg • Sønderborg, Sygehus Sønderjylland • Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt • Neurorehabilitering Grindsted, Sydvestjysk Sygehus	Personer med erhvervet hjerneskade i fase I	Visitationskriterier: • Hjerneskade af begrænset (let til moderat) kompleksitet, ofte med eriatriske problemstillinger • Behov for en moderat rehabiliteringsindsats rettet mod primært fysisk og kommunikativ funktionsnedsættelse • Plejebenhov varierende fra lille til betydeligt • Indlæggelsesvarigheden er kort – oftest dage til uger
Regionsfunktions niveau pr. 1. april 2013: • Neurorehabilitering, afdeling N, OUH • Neurorehabilitering Grindsted (SVS) i tæt samarbejde m. neurologisk afd. SVS, Esbjerg • Neurorehabilitering ved svære neuropatier (herunder Guillian Barrés) må varetages på Neurorehabiliteringen, Ringe	Hjerneskaderehabilitering i henhold til anbefalinger for regionsfunktionsniveau i "Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011	Visitationskriterier: • Hjerneskade af betydelig (middelsvær/svær) kompleksitet • Behov for en individuel tilrettelagt rehabiliteringsindsats rettet mod primært bevægelsesmæssige, kognitive, sansemæssige (f.eks. syn, hørelse, følesans) og sproglige funktionsnedsættelser • Behov for en rehabiliteringsindsats med høj intensitet (primært i dagtiden, syv dage om ugen) • Plejebenhovet er ofte betydeligt • Indlæggelse er af længere varighed- uger til måneder • Nogle personer med erhvervet hjerneskade vil have behov for efterfølgende forløb i ambulant regi til videre rehabilitering /specialiseret genoptræning og kontrol af eksempelvis spacitet, epilepsi, dysfasi og respirationsproblemer
Højtspecialiserede funktioner forventes placeret på: • Neurocenter Hammel • Glostrup Hospital	Personer med erhvervet hjerneskade i fase IIb	Visitationskriterier: • Hjerneskade af meget betydelig (meget svær) kompleksitet. Højt specialiseret niveau varetager både rehabilitering og omfattende udredning af rehabiliteringspotentiale for personer med meget svær erhvervet hjerneskade • Behov for en individualiseret og meget betydelig rehabiliteringsindsats rettet mod bevægelsesmæssige, kognitive, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser • Behov for en rehabiliteringsindsats med meget høj intensitet (døgnet rundt syv dage om ugen) • Plejebenhovet er for denne gruppe meget betydeligt • Indlæggelsen er forventeligt af lang varighed – flere måneder • Disse personer vil have behov for efterfølgende rehabilitering under indlæggelse på regionsfunktionsniveau samt forløb i ambulant regi til videre rehabilitering/specialiseret genoptræning og kontrol af eksempelvis spasticitet, epilepsi, dysfasi og respirationsproblemer



4.2 Kommunernes indsatser

4.2.1 Organisering af indsatsen

Komplekse forløb

Den hjerneskadede borger møder i sit rehabiliteringsforløb den kommunale sektor i form af en række forskellige, ofte specialiserede afdelinger. Involveringen af forskellige forvaltningsområder og afdelinger betyder, at der er behov for fælles sprog, særligt et sikkert vidensgrundlag, et fælles billede af funktionsniveauet og samarbejde, kommunikation og koordination på tværs i kommunen.

De kommunale forvaltninger har behov for relevant, opdateret, pålidelig og resistent viden, herunder udredninger, i forhold til den hjerneskadedes aktuelle funktionsniveau. Det er både nødvendigt for tildeling af kommunale ydelser, så som pension, personstøtte etc. og for den rehabiliterende indsats på både kort og langtsigt.

I mødet med kommunens forskellige aktører er der behov for et samsvarende og præcist billede af den hjerneskadedes funktionsevne i samtlige livets gøremål for, at der så nøjagtigt som muligt kan tages beslutning om, hvilket behov for indsatser, der er for den skadesramte i det fortsatte rehabiliteringsforløb.

Forskellige aktører er nødvendige

Både opgaven med at vurdere den skadedes grad af funktionsnedsættelser og ressourcer og den rehabiliterende indsats har et sådant omfang og en sådan kompleksitet, at ingen enkelt faggruppe eller person er i stand til at løfte den. Der er derimod behov for en interdisciplinær og helhedsorienteret indsats på tværs af relevante forvaltningsområder. Det stiller store krav til koordination og samarbejde mellem alle relevante forvaltninger – typisk sundhedsområdet, socialområdet, arbejdsmarkedsområdet, træningsområdet, børneområdet, hjemmeplejen og undervisningsområdet.

Koordinering og entydig indgang

Kommunens hjerneskaderehabiliterende funktion, herunder hjerneskadekoordinatorfunktionen, bør organiseres med henblik på koordination på tværs af de relevante forvaltningsområder, entydig indgang og en interdisciplinær, helheds- og behovsorienteret og neurofaglig tilgang. Borgeren og de pårørende inddrages.

Ved at tilknytte alle relevante forvaltninger (fx social, sundhed, undervisning, beskæftigelse) skabes de bedste forudsætninger for, at det komplekse hjerneskadeforløb håndteres i et koordineret forløb. I den nærmere organisering kan der sondres mellem forløb for børn, arbejdsmarkedsaktive og +65-årige. Organiseringen skal sikre, at der tidligt i forløbet sker koordination, herunder med rehabiliteringsteams på fleksjob- og førtidspensionsområdet.

Organiseringen skal sikre, at forskellige faglige aktører er på banen og koordinerer deres vurderinger til et samlet og brugbart billede for den kommunale forvaltning i stillingtagen til udløsning af ydelser på grundlag af de forskellige relevante lovgivninger. VUM (voksen udredningsmetode) kan ikke stå alene, idet den mangler det tværgående perspektiv og de neurofaglige aspekter.

Det forudsættes, at der i organiseringen af den hjerneskaderehabiliterende funktion er en bred neurofaglig og -pædagogisk viden og kendskab til stede samt viden om gængse koncepter og ny viden inden for genoptræning og rehabilitering. Desuden skal kompetencer i forhold til at anvende neuropsykologiske undersøgelser i rehabiliteringsforløbene være til stede.

Organiseringen skal sikre, at oplysninger overdrages mellem social- og sundhedsområdet, så en evt. indsats på socialområdet iværksættes efter modtagelsen af genoptræningsplan.

Kommunens hjerneskaderehabiliterende funktion bør organiseres med tydelig ledelsesstreng. Et hensigtsmæssigt redskab til koordinering kan være aftaler på tværs af forvaltninger som sikrer, at der ressourceoptimeres med udgangspunkt i det sammenhængende forløb frem for den enkelte forvaltning.

Hensynet til kapacitet, borger-/patientflow eller kompetencerne kan betyde, at det er relevant at samarbejde om driften af den rehabiliterende indsats på tværs af kommunegrænser.

Videndeling

Flere kommuner har allerede gode erfaringer med hjerneskaderehabiliterende funktioner, selvom organiseringen heraf varierer. Der er derfor væsentligt landsdækkende at dele viden og erfaring, således at de mest hensigtsmæssige organiseringsmodeller kan udbredes til alle kommuner.

4.2.2 Indsatser⁸

Niveau	Målgruppe og indhold	Henvisning/visitering
Basalt niveau	Personen kan have funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger inden for disse områder: • Bevægelsesfunktioner • Kognitive funktioner, der påvirker almindelige daglige funktioner (ADL), herunder egenomsorg • Sprogfunktioner • Medicinske/plejemæssige problemstillinger • Læring • Omsorg for sig selv • Kommunikation	Forløbet kan indeholde: • Fysioterapi og ergoterapi • Hjemmesygepleje og/eller personlig og praktisk hjælp • Kommunikationsundervisning • Socialpædagogisk bistand • Arbejdsprøvning og/eller arbejdsfastholdelse med lav kompleksitet • Hjælpemidler og boligændringer • Patientrettet forebyggelse
Avanceret niveau	Foruden funktionsnedsættelser på basalt niveau kan personen have funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger inden for disse områder: • Kognitive funktioner, der påvirker livssituationen i alvorlig grad • Kommunikative funktioner (betydelig funktionsnedsættelse) • Dysfasi • Sansefunktioner, herunder syn og hørelse	Foruden indholdet på basalt niveau kan forløbet indeholde: • Erhvervsevne afklaring (forsørgelsesmæssig afklaring) • Neuropsykologi • Særlige indsatser i forhold til sansedefekter samt dysfasi • Uddannelsesvejledning
Specialiseret niveau	Foruden funktionsnedsættelser på basalt og avanceret niveau kan personen have funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger inden for disse områder: • Svære adfærdsproblemer • Væsentligt nedsat sygdomserkendelse • Identitetsvanskeligheder (særligt i tilfælde hvor hjerneskaden opstår tidligt i livsforløbet) • Funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger der hindrer arbejdsfastholdelse, og hvor der er forventning om stort udbytte af et intensivt forløb	Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau kan forløbet indeholde følgende: • Psykologisk støtte og opfølgning, herunder gruppe- og individuel terapi • Særlige tilbud til pårørende • Specialiseret niveau kan indgå i vidensformidling og rådgivning af neurofagligt personale i primærsektor

4.3 Almen praksis indsatser

Under indlæggelsen

Under sygehusindlæggelse, som kan være langvarige, er det væsentligt at den praktiserende læge bliver orienteret. Normalt fremsendes epikrise ved udskrivelse, men i denne forbindelse bør man overveje, hvordan kommunikationen til lægen skal være. Den praktiserende læge vil meget ofte have pårørende til personen med erhvervet hjerneskade som tilmeldte patienter og derfor er en vis minimumsviden nødvendig f.eks. at personen med erhvervet hjerneskade er indlagt og under hvilken diagnose og gerne tilstand ved indlæggelse (bevidstløs, svært lammet etc.).

Efter udskrivelse

De væsentligste opgaver for almen praksis ligger efter udskrivelsen fra sygehuset.

Efter personen med erhvervet hjerneskades udskrivelse fra sygehuset vil der ofte være en langvarig rehabiliterings- og genoptræningsperiode, ofte med mange aktører med meget specifikke kompetencer. Det kan være særdeles vanskeligt for den praktiserende læge, at have overblik over de forskellige aktiviteter.

⁸ En uddybet stratificeringsmodel er tilgængelig i *Stratificering på hjerneskadeområdet*, Rambøll 2012, side 18. Udgivelsen kan læses her: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_56923/scope_0/ImageVaultHandler.aspx



På dette tidspunkt vil kontrol af ledsagende sygdomme samt akutte hændelser blive den praktiserende læges ansvar og foregå efter foreliggende retningslinjer.

En særlig udfordring af den praktiserende læges tovholderfunktion bliver, hvis personen med erhvervet hjerneskade i varierende grad og måske på grund af ledsagende kroniske sygdomme går til kontrol i flere ambulatorier. Det er derfor vigtigt at det lægelige forløb inklusive medicinering, anbefalede kontroller og plan for rehabiliteringsforløb er velbeskrevet i epikrisen, således at den praktiserende læge kan foretage den korrekte opfølgning på de andre sygdomme, personen med erhvervet hjerneskade måtte have. Det er også vigtigt, at personens tilstand beskrives, idet den praktiserende læge ofte vil blive spurgt i forbindelse med f.eks. arbejdsevne. Oplysninger om kørekort og eventuelle påbud bør også fremgå.

Udskrivningskonference

Til støtte af overlevering findes der i Region Syddanmark en §2 aftale om udskrivningskonference⁹, som vil være meget velegnet at bruge.

I forløbet efter udskrivelse kan der tænkes et specialiseret rådgivningsbehov for den praktiserende læge. Det vil dreje sig om rådgivning i forhold til den erhvervede hjerneskade og løbende behandling af andre sygdomme samt om medicinering. De praktiserende læger kan få denne rådgivning på de to neuro-rehabiliteringsafdelinger i Region Syddanmark.

I det løbende patientforløb er der en §2 aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse¹⁰, som kan understøtte møder med kommune og rehabiliteringscenter eller andre parter.

Til bedømmelse af funktionsevner anvendes ICF som fællessprog. Almen praksis orienteres herom.

4.4 Tidlig opsporing – de såkaldt usynlige kognitivt skadede

I forhold til området for erhvervet hjerneskade knytter der sig en særlig problemstilling til SAM:BO.

Hvad angår de korte indlæggelsesforløb: Der registreres flere borgere i det kommunale system, hvor personer på undersøgelsestidspunktet ikke frembringer nævneværdige neurologiske udfald og evt. kun giver udtryk for træthed. Ofte er der ikke påvist tilstrækkelige udfald ved undersøgelsen, som kan udløse en genoptræningsplan.

Hvad angår længere forløb: Ved kognitive udfald - lette som svære - sker der ofte ændringer i dagligdagen, arbejdsmarkedseller uddannelsestilknytningen uden hjemmeplejen er involveret. Udredning af kognitive udfald eller ændringer i mentale tilstande kan udmønte tilbud eller indsatser fra eksempelvis de kommunale sundheds-, social-, undervisning- og arbejdsmarkedsområder.

Indholdet i genoptræningsplanerne fokuserer generelt på optræning af fysiske aspekter i rehabiliteringen, men det er vigtigt, at genoptræningsplaner specifikt indeholder beskrivelse af kognitive funktioner, jf. ICF (henvisning også til kognitiv genoptræning).

Da de usynlige kognitive skader ofte ikke bliver opdaget i sygehusregi, etableres der mulighed for tilbagehenvisning til sygehuset med henblik på at få udfærdiget nødvendige udredninger, herunder specielt neuropsykologisk undersøgelse inden for et halvt år efter udskrivelse. Genhenvi sning foregår gennem egen læge.

Almen praksis er som gate keeper en vigtig samarbejdspartner for kommunerne om tidlig opsporing.

⁹ <http://www.visinfosyd.dk/wm256435>

¹⁰ <http://www.visinfosyd.dk/wm351619>

4.5 Understøttende initiativer

Tværsektorielt

- Samarbejdet på hjerneskadeområdet it-understøttes via SAM:BO og MedCom standarder/shared care platform. Det er intentionen at kunne udveksle strukturerede rehabiliteringsoplysninger på alle hjerneskadede patienter med patientens samtykke.
- Der udarbejdes retningslinjer for en mere udførlig tværfaglig forløbsplan for personer med erhvervet hjerneskade (jf. SAM:BO 4.3.3) indtil forudsætningerne for at benytte rehabiliteringsnotatet (medcom-standarder/shared care platform) er til stede.
- Der arbejdes hen mod en modning og udrulning af rehabiliteringsnotatet.
- Der etableres et tværsektorielt netværk til understøtning af samarbejdet og faglighed centreret omkring Neurorehabilitering Grindsted (SVS) og Neurorehabiliteringen, Ringe (OUH). Blandt andet med deltagelse af neurologer, neuropsykologer, terapeuter, neurokirurger, kommunale repræsentanter og almen praksis.
- Kommunen informeres i forløbsplanen om udredningsforløb, eksempelvis vurdering og udredning ved neurolog, neuropsykolog, ergo- og fysioterapeut eller sygeplejerske.
- Sygehusenes overlevering af information til kommunerne styrkes ved at,
 - Der i højere grad gøres opmærksom på kognitive problemstillinger i udskrivningen/genoptræningsplanen.
 - Scoring på baggrund af funktionstest foretaget på sygehuset samt neuropsykologiske og logopædiske vurderinger automatisk overdrages til kommunen.
- Der udfærdiges genoptræningsplaner ved kognitive udfald – også når der er tale om relative lette kognitive udfald eller ændringer i mentale funktioner, der kan bevirke, at borgeren ikke kan bestride arbejde eller fungere i hverdagen som tidligere.
- På visinfosyd.dk og sundhed.dk oprettes en liste med kontaktinformation til de 22 kommuners hjerneskadekoordineringsfunktion.

Sygehusene

- Der skabes mulighed for tilbagehenvielse til sygehuset af kognitivt skadede patienter, som ikke tidligere er blevet udredt, med henblik på at få udfærdiget nødvendige udredninger, herunder specielt neuropsykologisk undersøgelse.
- Region Syddanmarks samarbejdsaftale med Hammel Neurocenter søges ændret, således at kommunerne i Region Syddanmark modtager en avis, når en borger indlægges på Hammel.

Kommuner

- Alle kommuner skal dokumentere deres indsats på hjerneskadeområdet. Det kan fx ske ved formulering og evaluering af målsætning. Der bør både indgå effekt- og procesmål. På socialområdet er der i regi af Fælles Fokus et koncept for effektmåling under udarbejdelse.
- Alle kommuner skal, når borgeren udskrives med en genoptræningsplan fra sygehuset (sundhedslovens § 140), inden for én uge have kontaktet borgeren og givet borgeren en plan for genoptræningsforløbet.

Almen praksis

- Problematikken om opsporing af kognitive udfald tages op i de kommunalt-lægelige udvalg. Hensigten er at få udredt kognitive udfald, så en kommunal rehabilitering kan etableres på et optimalt grundlag. Det kommunallægelige udvalg skal være bekendt med muligheden for (gen)henvielse til sygehuset ved mistanke om kognitive udfald.
- Til bedømmelse af funktionsevner anvendes ICF som fælles sprog. Almen praksis orienteres herom.



5. Børn med erhvervet hjerneskade

Målgruppen af børn med erhvervet hjerneskade (intervallet 28 dage til 18 år) er markant mindre end voksne med erhvervet hjerneskade. Det estimeres, at der i en gennemsnitlig kommune med 50.000 indbyggere årligt vil være 1-4 med behov for rehabilitering efter udskrivelse¹¹.

Følgende diagnosegrupper er inkluderet:

1. Traumatisk hjerneskade
2. Encephalopati (diffus hjerneskade af anden årsag)
3. Infektion i centralnervesystemet (betændelse i hjernen og hjernens hinder)
4. Tumor i hjernen (kræft og godartede svulster i hjernen)
5. Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)¹²
6. Subarachnoidalblødning (hjernehindeblødning)
7. Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til en af ovenstående diagnoser)¹³

5.1 Sygehusenes indsats

Effekten af den samlede indsats hænger sammen med indsatsens organisering i et tæt koordineret teambaseret, interdisciplinært samarbejde – og med medvirken af relevante faggrupper på relevante tidspunkter. Der er således dokumentation for, at organiseringen af rehabiliteringsindsatsen har positiv betydning for den fremtidige funktionsevne.

I starten af rehabiliteringsforløbet er indsatsen oftest rettet mod kroppens funktioner og basale daglige aktiviteter som spising, personlig hygiejne, toiletbesøg og mobilitet. Fokus ændres gradvist og retter sig efterhånden mod træning af mere komplekse aktiviteter og social deltagelse som mestring af dagligdagen, tilbagevenden til skole og kammerater samt deltagelse i fritidsaktiviteter.

Sygehusenes opgaver

- Udredning og behandling af grundsygdommen
- Behandling af følgetilstande og komorbiditet, eventuelt i samarbejde med almen praksis
- Iværksættelse af indsatser med henblik på at forebygge/reducere hjerneskadens omfang (primært i fase I)
- Interdisciplinær udredning af funktionsevne
- Hjerneskaderehabilitering under indlæggelse og koordinering heraf
- Specialiseret ambulant genoptræning
- Varsling/tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAM:BO

- Afholdelse af udskrivningssamtale med bl.a. repræsentanter fra kommune og almen praksis
- Udarbejdelse af genoptræningsplan og udskrivningsbrev
- Støtte og rådgivning til forældre og søskende
- Samarbejde med og rådgive kommunerne samt almen praksis i forhold til konkrete børn og unge
- Sikre forskning og udvikling inden for området.

Hovedfunktion

Pædiatri på hovedfunktionsniveau findes på OUH, Sygehus Lillebælt (Kolding), Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg) og Sygehus Sønderjylland (Sønderborg). Hovedfunktionsniveau i pædiatri omfatter bl.a. neuropædiatri.

OUH har endvidere højt specialiseret funktion for intensiv terapi af børn under 2 år og ældre børn med behov for længe-revarende intensiv terapi ud over 72 timer. Hertil knytter højt specialiserede funktioner i neonatologi, neurokirurgi og ortopædkirurgi, fagområder der er relevante for nævnte patientpopulation.

Alle hjernetumorer opereres på Rigshospitalet. Men trykflastende operationer på hjernen (shuntanlæggelse og shuntrevisioner) foretages på OUH. Med hensyn til genetisk diagnostik har Genetisk Afdeling, OUH, højt specialiseret funktion i relevante områder for rehabilitering og habilitering (for eksempel ved afklaring af, om der foreligger en prædisponerende faktor hos enkelte patienter).

Højtspecialiseret rehabilitering i fase II

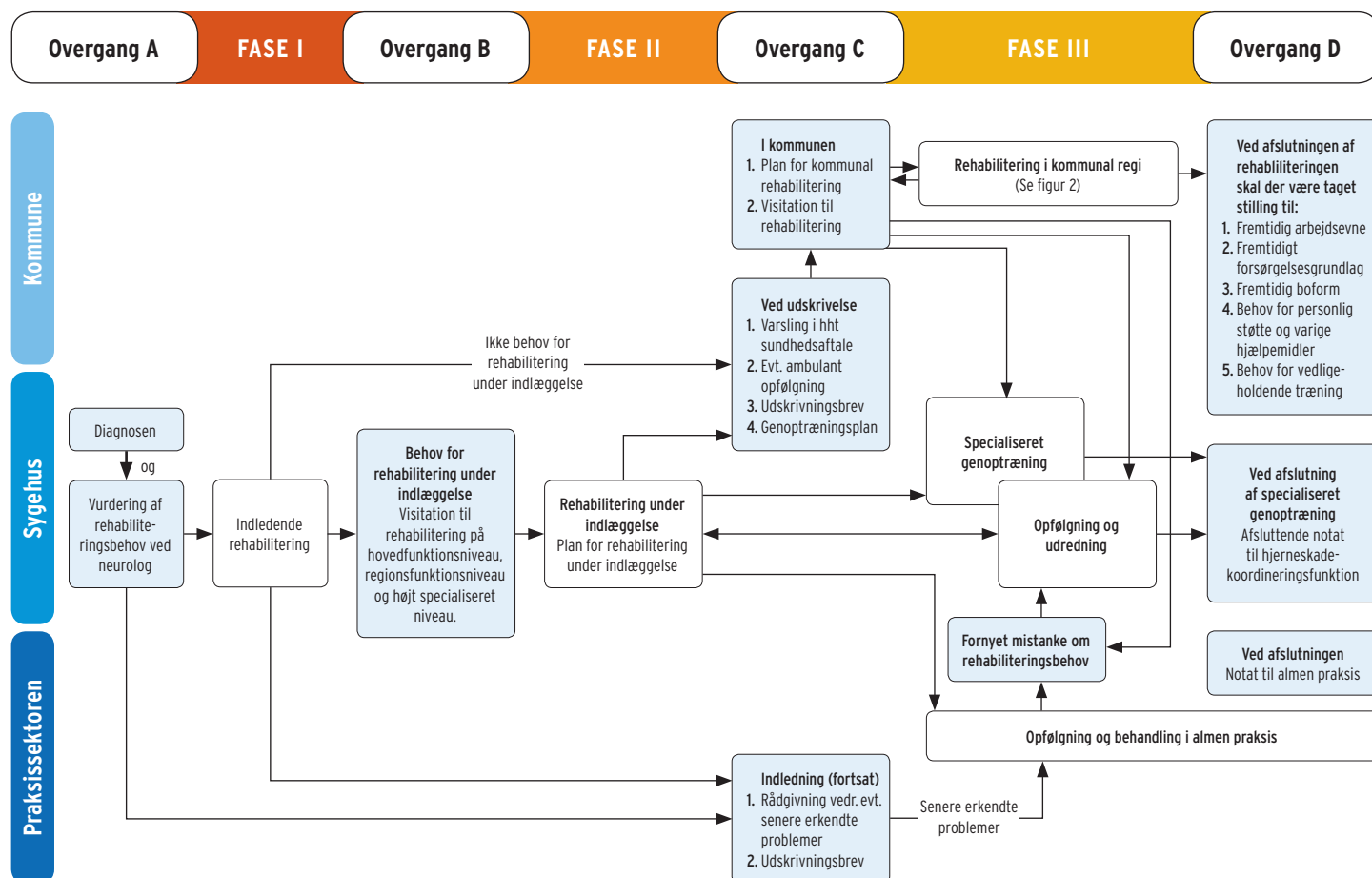
Hjerneskaderehabilitering i henhold til anbefalinger i "Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade" er placeret på Hammel Neurocenter, Region Midt og på Glostrup Hospital. Når det gælder børn anvendes i praksis udelukkende Hammel Neurocenter. De to centre har identiske rehabiliteringsprogrammer.

¹¹ Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade side 14: 125 – 375 børn årligt i Danmark.

¹² Tumor i hjernen er medtaget, idet de i en del tilfælde optræder akut og efter endt kirurgisk og medicinsk behandling kan have et ikke-progredierende forløb af længere varighed (ofte flere år).

¹³ Sequelae med reference til en af ovenstående diagnoser er inkluderet i opgørelsen såfremt barnet/den unge ikke tidligere har haft en indlæggelse på grund af den pågældende hjerneskade. Disse indlæggelses-forløb er medtaget for at sikre, at data indeholder alle relevante indlæggelsesforløb.

Fig. 3: Generelt flowchart – forløb for børn med erhvervet hjerneskade



Kilde: Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer samt egne modificeringer.

Fase I og overgang A

Ethvert barn under ovennævnte kategorier indlægges akut på den nærmeste børneafdeling i RSD. Den primære visitation foretages her. Børn i målgruppen må aldrig vente. Afhængig af sygdommens art og behov for akut intensiv og/eller akut neurokirurgisk behandling overflyttes barnet akut til OUH.

Fase II og overgang B

Der opstartes umiddelbart og videreføres genoptræning under den intensive behandling. Denne genoptræning fortsættes under efterfølgende indlæggelse på Hammel Neurocenter. Overflytningen sker efter aftale med Hammel Neurocenter, og så snart personen med erhvervet hjerneskade er klar hertil (ude af de primære og mest intensive forløb). Langt de fleste børn med behov for intensiv genoptræning har det forløb, hvor OUH videregiver personen med erhvervet hjerneskade. Men enkelte kan også viderevisiteres til Hammel Neurocenter fra de øvrige børneafdelinger i regionen, hvis barnet er blevet på den pågældende afdeling – for eksempel tilfælde af meningitis, hvor der ikke har været behov for respiratorbehandling.

Fase III og overgang C

Alle børn der udskrives fra Hammel Neurocenter (behandlingsvarighed ofte 3 måneder) skal umiddelbart overflyttes til den nærmeste børneafdeling i relation til bopæl og behov. Forinden er der afholdt fælles planlægningsmøde, hvor både terapeuter fra sygehus og kommune og frem for alt sagsbehandler fra kommunen deltager. Her tilrettelægges dato for endelig hjemsendelse til hjemmet, kontaktpersoner og programmer for den videre rehabilitering efter endelig udskrivelse. Der skrives således rehabiliteringsplan som modtagne sygehus og kommune er orienteret om og enige i.

Det samme sker i de tilfælde, hvor der ikke har været behov for indlæggelse på Hammel Neurocenter, men hvor barnet udskrives fra børneafdelingen. Børn, der har været indlagt på OUH, men ikke har været på Hammel Neurocenter, skal altid videregendes til den relevante børneafdeling i regionen inden udskrivelse, og det er denne afdeling, der etablerer den endelige rehabiliteringsplan for barnet og indgår i samarbejdet med kommunen i forhold til planlægning af udskrivelsen til hjemmet og aftaler kommunens opgave efter udskrivelsen til hjemmet.



Fase IV og overgang D

Alle børn skal altid følges på en børneafdeling indtil de enten er helt raske eller til og med 17 år. Alle børn skal have tilknyttet kontaktlæge på sygehuset. Så længe der er behov herfor skal rehabilitering forløbe. Med forskellig intensitet og metode afmålt efter behov. Men forløbet må aldrig afsluttes eller opgives, hvis der fortsat er vanskeligheder.

Grunden til at alle børn altid skal følges på børneafdelingen er, at:

- Senfølger til hjerneskade ofte først bliver mere synlige og/eller ændrer karakter og sammensætning efter et stykke tid og ikke sjældent efter år.
- At der kan opstå andre følgetilstande (for eksempel epilepsi) som skal diagnosticeres og behandles.
- At endelig afklaring af varigt funktionstab ofte først kan afdækkes efter nogen tid.
- At alle børn, der har behov for det, skal have gennemført en børneneuropsykologisk undersøgelse.
- At sekundære følger til ændret funktionsevne i sociale sammenhænge skal afdækkes og afhjælpes effektivt, så der ikke opstår sekundære funktionstab.
- At familien skal have en fast kontaktperson ved børneafdelingen, såvel som i kommunen og ved den praktiserende læge. Det er samspillet mellem disse der er bærende for rehabiliteringen over år.

Kobling af rehabilitering og habilitering

Børn der udvikler hjerneskade og følgevirkninger heraf, har ofte de samme symptomer og problemstillinger, som børn der har en hjerneskade fra fødslen. Det er derfor altafgørende, at det er de samme fagpersoner på sygehuse og i kommunerne, der varetager begge børnegruppers behandlinger og opfølgninger. Endvidere er behandling en speciel opgave og det er mest hensigtsmæssigt, at det er forholdsvis få terapeuter, der har med begge børnegrupper at gøre. Det er meget vigtigt, at de samme tiltag, der udføres for børn med cerebral parese i CPOP¹⁴ opfølgingsprogrammet (nu etableret i hele regionen), også udføres for børn med bevægehandicap, som følge af hjerneskade opstået efter 1 års alderen.

Børn med medfødt hjerneskade

Det skønnes, at der hvert år fødes omkring 25 børn med hjerneskade i Region Syddanmark. Det er børn med medfødt/erhvervet hjerneskade opstået i fosterudviklingen, før eller under fødslen, samt i tiden fra fødslen til 1 måneds alderen (28 dage). I denne målgruppe kan man ikke tale om rehabilitering, men om habilitering. Habilitering er at understøtte og optræne det enkelte barns potentiale til at opnå den bedst mulige fysiske, sansemæssige, kognitive, psykiske og sociale funktionsevne.

Børn med medfødt hjerneskade har en af nedenstående diagnoser:

- Iskæmi (iltmangelskader)
- Hjerneblødninger
- Hjernemisdannelser
- Infektioner i centralnervesystemet (betændelse i hjernen og hjernens hinder)
- Skader på hjernen som følger af ændret stofskifte, stofskiftesygdomme, traume mod barnet, genetisk betingede dysfunktioner og kramper i tidlig barnealder
- Hjerneskade som følger af for tidlig fødsel og flerfold svangerskab

Alle børn i disse kategorier undersøges og udredes nærmere i dagene efter fødslen. Alle børn følges i ambulant regi og ved behov for behandling i regi af gentagne indlæggelser. Ved tegn på blivende hjernepåvirkning følges de i forskellige programmer. Her er neonatologer og børne-neurologer centrale i opfølgningen i aftalte forløb enten på regionalt sygehus, på OUH eller i en kombination af disse.

I disse forløb er der aldrig tale om genoptræning på Hammel Neurocenter og ej heller tale om særlig intensiv træning eller alternative behandlingsformer, da grundlaget for at søge mod normalitet er urealistisk. Derimod er der tale om en specialiseret og kvalificeret træning i sygehusregi og kommunalt regi, der sigter mod at opnå bedst mulige funktioner og ikke mindst også at forebygge sekundære skader, der kan opstå på forskellige tidspunkter i det enkelte barns opvækst. Endvidere at diagnosticere og behandle tilstødende lidelser hos barnet hurtigt og effektivt, således at disse i sig selv ikke giver anledning til skade og behov for sekundær rehabilitering.

Ved planlægning af udskrivelsen afholdes der fælles planlægningsmøde, hvor både terapeuter fra sygehus og kommune, og frem for alt sagsbehandler fra kommunen deltager.

¹⁴ <http://www.cpop.dk/regioner/region-syddanmark>

Her tilrettelægges dato for endelig hjemsendelse til hjemmet, kontaktpersoner og programmer for den videre rehabilitering efter endelig udskrivelse. Der skrives således en rehabiliteringsplan.

På udskrivningstidspunktet skal der foreligge plan for habilitering og kommunens terapeuter og socialrådgiver samt praktiserende læge skal være adviseret. Endvidere skal der foreligge fast aftale om tid og sted for næste ambulante besøg eller indlæggelse. Der skal være udpeget en kontaktperson i neonatologisk og/eller neurologisk regi på udskrivningstidspunktet.

5.2 Den kommunale indsats

For kommunerne betyder den begrænsede målgruppe, at der i hvert tilfælde iværksættes en indsats differentieret og tilpasset den enkelte. Derfor beskrives målgruppen selvstændigt og med fokus på de særlige forhold, der gør sig gældende, når det drejer sig om forløb for børn. Da målgruppens alder er ned til 28 dage, vil der ofte være tale om både en rehabiliterende og en habiliterende indsats.

Indsatsen på børneområdet sker i henhold til de forskellige lovgivninger på området. Her er særligt Servicelovens § 11 stk. 3¹⁵ et omdrejningspunkt, samt Folkeskolelovens bekendtgørelser vedr. specialundervisning i Folkeskolen og specialpædagogisk bistand i dagtilbud. Den behandling, der kan være tale om, kan f.eks. være psykologsamtaler, fysio- eller ergoterapi, herunder genoptræning til børn og unge, hvis genoptræningen ikke kan ydes efter anden lovgivning.

Målgruppen for servicelovens § 11, stk. 3, er børn og unge, bl.a. med nedsat funktionsevne, som ikke har behov for den form for særlig støtte, der er omfattet af de såkaldte foranstaltninger, men for andre former for støtte. Kommunalbestyrelsens forpligtelse efter servicelovens § 11, stk. 3, er således et supplement til forpligtelsen til at foretage en undersøgelse efter servicelovens § 50 og eventuelt iværksætte særlig støtte efter § 52.

Specialpædagogisk støtte i dagtilbud og specialundervisning på skoleområdet er ofte omdrejningspunkt for dele af forløbene. Denne lovgivning tager højde for, at børn og unge med særlige vanskeligheder, skal kunne hjælpes til at udnytte de potentialer de ligger inde med i forhold til skolegangen/kommende skolegang. Koordinationsudfordringen er i omfang tilsvarende forløb for voksne, men anderledes i art. Det er vigtigt, at neurofaglige kompetencer fra sundheds- og socialområdet indgår i det enkelte forløb.

Råd og vejledning til forældre jf. serviceloven § 11, stk. 3, er ligeledes et vigtigt aspekt. Forældrenes rolle er et særligt forhold for børn og unge-området. De er ofte meget centrale i forhold til at tage stilling til planerne for - og indgår til tider i - udførelsen af habilitering/rehabilitering af deres børn. Forældrene udfører en meget stor indsats for at søge at sikre deres børns forhold.

Endelig er løbende nye afdækninger af funktionsniveau og effektevalueringer vigtigere ved forløb for børn.

Koordination og samarbejde

Der udarbejdes en retningslinje, som beskriver samarbejdet mellem region/kommune i overgangen mellem fase II og fase III. Retningslinjen skal sikre, at personen med erhvervet hjerneskade har en kontaktperson, og det bør indgå, at en kommunal kontaktperson skal deltage i udskrivningsmødet.

5.3 Understøttende initiativer

Tværsektorielt

- SAM:BO implementeres på børne- og unge området. Der er ønske om at udveksle oplysninger om rehabilitering.
- I forbindelse med implementeringen af dette forløbsprogram afholdes et fælles arrangement med workshops til præsentation af forløbsprogrammet og etablering af faglig netværk.
- Der udarbejdes en retningslinje, som beskriver samarbejdet mellem region/kommune i overgangen mellem fase II og fase III. Retningslinjen skal sikre, at personen med erhvervet hjerneskade har en kontaktperson, og det bør indgå, at en kommunal kontaktperson skal deltage i udskrivningsmødet.

Region Syddanmark

- Region Syddanmark søger at indgå en aftale med Region Midt om patientforløb, som i større grad er aldersdifferentieret, således at der tages særligt hensyn til forløb for børn og unge med erhvervet hjerneskade og behov for højtspecialiseret neurohabilitering på Regionshospitalet Hammel. Aftalen skal regulere forhold vedr. henvisning til højtspecialiseret neurohabilitering på RHN og tilbageflytning til Region Syddanmark.

¹⁵ " § 11, stk. 3 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner."

6. Implementering

De lokale samordningsfora er ansvarlige for implementeringen af denne aftale. Samordningsforaene kan vælge at placere området i underudvalget vedr. genoptræning eller at oprette et dedikeret underudvalg hvor repræsentanter fra andre relevante underudvalg, herunder vedr. genoptræning indgår.

Det anbefales, at de kommunalt-lægelige udvalg regelmæssigt drøfter samarbejdet om personer med erhvervet hjerneskade med særlig vægt på gode overgange og tidlig opsporing af kognitivt skadede.

En vigtig forudsætning for en vellykket implementering er den ledelsesmæssige involvering og engagement på alle niveauer,

herunder at ledelsen sikrer, at de nødvendige ressourcer og kompetencer er til stede og at kommunikationsvejene ledelsesmæssigt er godkendt.

Der bør desuden udarbejdes lokale retningslinjer for de hyppigste indsatser og samarbejdet mellem relevante aktører.

For at understøtte en god implementering og proces er nedenstående overordnede handlingsplan udarbejdet. Handlingsplanen er et styringsværktøj for de involverede parter mhp. planlægning, tilrettelæggelse og udførelse af det nye forløbsprogram, herunder de evt. ændrede arbejdsgange forløbsprogrammet måtte medføre.

6.1 Handlingsplan

	Indsats	Tovholder	Tidsfrist
Tværsektorielt	I samarbejde med samordningsforaene udarbejdes en samlet kommunikations- og formidlingsstrategi for denne aftale. Strategien omfatter, at der afholdes regionale workshops for hhv. de fynske og de jyske aktører til implementering af tillægsaftalen.	Afdeling for sundhedssamarbejde og kvalitet	3 måneder efter aftalens godkendelse
	Kommunen informeres i plejeforløbsplanen om udredningsforløb, eksempelvis vurdering og udredning ved neurolog, neuropsykolog, ergo- og fysioterapeut eller sygeplejerske. Sygehusenes overlevering af information til kommunerne styrkes ved at, • Der i højere grad gøres opmærksom på kognitive problemstillinger i udskrivningen/genoptræningsplanen. • Scoring på baggrund af funktionstest foretaget på sygehuset – samt neuropsykologiske og logopædiske vurderinger automatisk overdrages til kommunen.	SAM:BO-følgegruppen	6 måneder efter aftalens godkendelse
	Der udfærdiges genoptræningsplaner ved kognitive udfald – også når der er tale om relative lette kognitive udfald eller ændringer i mentale funktioner, der kan bevirke, at borgeren ikke kan bestride arbejde eller fungere i hverdagen som tidligere.	Følgegruppe for genoptræning Udskrivende afdeling	6 måneder efter aftalens godkendelse
	Der udarbejdes retningslinjer for en mere udførlig plejeforløbsplan for den hjerneskadede borger (jf. SAM:BO 4.3.3) indtil forudsætningerne for at benytte rehabiliteringsnotatet (medcom-standarder/shared care platform) er til stede.	SAM:BO-følgegruppen	12 måneder efter aftalens godkendelse
	På visinfosyd.dk eller sundhed.dk oprettes en liste med kontaktinformation til de 22 kommuners hjerneskadekoordineringsfunktion.	Redaktionsgruppen for Visinfosyd / Syddansk Sundhedsinnovation	2 måneder efter aftalens godkendelse (herefter løbende opdatering)
	Der arbejdes hen mod en modning og udrulning af rehabiliteringsnotatet.	Det fælles it-sekretariat jf. den tværsektorielle digitaliseringsstrategi	Beskrevet i den tværsektorielle digitaliseringsstrategi
	SAM:BO implementeres på børne- og unge området. Der er ønske om at udveksle oplysninger om rehabilitering.	SAM:BO-følgegruppen	12 måneder efter aftalens godkendelse

	Indsats	Tovholder	Tidsfrist
Sygehuse	Samarbejdet på hjerneskadeområdet it-understøttes via SAM:BO og MedCom standarder/shared care platform. Det er intentionen at kunne udveksle strukturerede rehabiliteringsoplysninger på alle hjerneskadede patienter med patientens samtykke.	Det fælles it-sekretariat SAM:BO-følgegruppen	Igangsættes inden for 12 måneder efter aftalens godkendelse
	Der etableres et tværsektorielt netværk til understøtning af samarbejdet og faglighed centreret omkring Neurorehabilitering Grindsted og Neurorehabiliteringen, Ringe.	Neurorehabilitering Grindsted og Neurorehabiliteringen, Ringe (OUH)	3 måneder efter aftalens godkendelse
	Der skabes mulighed for tilbagehenvvisning til sygehuset af kognitivt skadede patienter, som ikke tidligere er blevet udredt, med henblik på at få udfærdiget nødvendige udredninger, herunder specielt neuropsykologisk undersøgelse.	De lokale samordningsforas relevante underudvalg	12 måneder efter aftalens godkendelse
	Region Syddanmarks samarbejdsaftale med Hammel Neurocenter søges ændret, således at kommunerne i Region Syddanmark modtager en avis, når en borger indlægges på Hammel.	Regional arbejdsgruppe med henblik på organisering af senhjerneskade området iht. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram og specialeplan	6 måneder efter aftalens godkendelse
	Region Syddanmark søger at indgå en aftale med Region Midt om patientforløb, som i større grad er aldersdifferentieret, således at der tages særligt hensyn til forløb for børn og unge med erhvervet hjerneskade og behov for højtspecialiseret neurohabilitering på Regionshospitalet Hammel. Aftalen skal regulere forhold vedr. henvisning til højtspecialiseret neurohabilitering på RHN og tilbageflytning til Region Syddanmark.	Regional arbejdsgruppe med henblik på organisering af senhjerneskade området iht. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram og specialeplan	Igangsættes inden 6 måneder efter aftalens godkendelse
	Der udarbejdes en retningslinje, som beskriver samarbejdet mellem region/kommune i overgangen mellem fase II og fase III i forløb for børn. Retningslinjen skal sikre, at personen med erhvervet hjerneskade har en kontaktperson, og det bør indgå, at en kommunal kontaktperson skal deltage i udskrivningsmødet.	OUH	12 måneder efter aftalens godkendelse
Kommuner	Alle kommuner skal dokumentere deres indsatser på hjerneskadeområdet. Det kan fx ske ved formulering og evaluering af målsætning. Der bør både indgå effekt- og procesmål. På socialområdet er der i regi af Fælles Fokus et koncept for effektmåling under udarbejdelse.	Kommunerne med inddragelse af hjerneskade-koordinatorfunktionen	12 måneder efter aftalens godkendelse
	Alle kommuner skal, når borgeren udskrives med en genoptræningsplan fra sygehuset (sundhedslovens § 140), inden for én uge have kontaktet borgeren og givet borgeren en plan for genoptræningsforløbet.	Kommunernes forvaltning/afdeling med ansvar for genoptræning efter §140	6 måneder efter aftalens godkendelse
Almen praksis	Problematikken om opsporing af kognitive udfald tages op i de kommunalt-lægelige udvalg. Hensigten er at få udredt kognitive udfald, så en kommunal rehabilitering kan etableres på et optimalt grundlag. Det kommunallægelige udvalg skal være bekendt med muligheden for (gen)henvisning til sygehuset ved mistanke om kognitive udfald.	De kommunalt-lægelige udvalg	12 måneder efter aftalens godkendelse
	Til bedømmelse af funktionsevner anvendes ICF som fællessprog. Almen praksis orienteres herom.	Praksisafdelingen, Region Syddanmark	12 måneder efter aftalens godkendelse



Bilag 1: Kommissorium



Kommissorium for arbejdsgruppe til implementering af forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet

Godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 7. september 2011

Baggrund

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde juni 2011 to forløbsprogrammer for hhv. børn og unge med erhvervet hjerneskade og voksne med erhvervet hjerneskade.

Af forløbsprogrammerne fremgår det, at "det er forventningen, at regioner og kommuner anvender, konkretiserer og tilpasser forløbsprogrammet i den lokale tilrettelæggelse af rehabilitering til personer/børn og unge med erhvervet hjerneskade."

Således skal hver region og kommune i samarbejde udarbejde en plan for, hvornår og hvordan forløbsprogrammerne implementeres mv. Det foreslås i programmerne, at arbejdet forankres i sundhedsaftaleorganiseringen.

Arbejdsgruppens formål

Arbejdsgruppen har til formål at:

- Afdække i hvilket omfang den nuværende indsats afviger fra indsatsen i Sundhedsstyrelsens to forløbsprogrammer.
- Udarbejde udkast til aftale om tilpasning af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med pådraget hjerneskade til syddanske forhold, som fastlægger formål, opfølgning og den overordnede organisering og ansvarsfordeling for området i Syddanmark.
- Udarbejde udkast til implementeringsplan på baggrund af forløbsprogrammerne og aftaleudkastet.
- Revidere udkastene på baggrund af indkomne høringssvar.
- Igangsætte implementeringen.

Arbejdsgruppens titel

Arbejdsgruppens titel er Arbejdsgruppe til implementering af forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af:

- Otte kommunale repræsentanter fordelt således, at såvel sundhedsområdet, socialområdet og børneområdet er repræsenteret og de fire samordningsfora-/sygehusoptageområder på sundhedsområdet er repræsenteret (se bilag).
- To repræsentanter fra de praktiserende læger.
- Tre repræsentanter fra Region Syddanmark, Sundhedsstaben samt sygehusene.
- Tre repræsentanter fra Region Syddanmark, Psykiatri- og socialstaben samt driftsenheder.

Formandskabet samt sekretariatsfunktionen deles mellem en regional og en kommunal repræsentant.

Reference

Arbejdsgruppen refererer til Det Administrative Kontaktforum. Socialdirektørforum inddrages løbende (parallelt med Sundhedsstrategisk Forum).

Arbejdsgruppens produkt samt formkrav til arbejdet

Arbejdsgruppens produkt skal sikre fælles principper for organisering og ansvarsfordeling på området samtidig med, at lokale forskelle i serviceniveau respekteres.

Arbejdsgruppen skal inddrage relevante materialer fra Følgegruppen for genoptræning.

Udkast til aftale om tilpasning af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med pådraget hjerneskade (tilpasningsaftalen) Tilpasningsaftalen skal fastlægge formål, opfølgning og den overordnede organisering og ansvarsfordeling på området på baggrund af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer og tilpasset syddanske forhold. Væsentlige ændringer skal fremgå tydeligt. De ressource-mæssige konsekvenser, såvel tilførsel af ressourcer som besparelser på tilgrænsende områder, skal belyses. Det skal tilstræbes, at aftalen har et kortfattet (der forventes et omfang på 10-15 A4-sider) og læsevenligt format.



Efter godkendelse i DAK har aftalen karakter af anbefaling for organiseringen af indsatsen lokalt. Parterne kan i forbindelse med Sundhedsaftalen for 2015-2018 vælge at indføre aftalen som bilag, hvorefter den har en forpligtende karakter.

Udkast til implementeringsplan

Implementeringsplanen skal konkretisere rammer og ansvarsfordeling i forbindelse med implementeringen af tilpasningsaftalen og forløbsprogrammerne på hjerneskadeområdet. Implementeringsplanen skal herunder indeholde forslag til konkrete initiativer, som samordningsforaene eller sygehus og kommune bilateralt kan vælge at tilslutte sig.

Det skal tilstræbes, at aftalen har et kortfattet og læsevenligt format.

Procesplan

Tid	Aktivitet
16. august 2011	Behandling af kommissoriet, Socialdirektørforummet og Sundhedsstrategisk Forum
7. september 2011	Behandling af kommissoriet, Sundhedsstrategisk Forum
7. september 2011	Godkendelse af kommissoriet, Det Administrative Kontaktforum
September 2011	Udpegning af arbejdsgruppemedlemmer
December 2011 – februar 2012	Kortlægning af forskelle mellem den nuværende situation på hjerneskadeområdet i Syddanmark og Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer.
Marts 2012	Behandling af kortlægningen, Socialdirektørforummet
Marts 2012	Behandling af kortlægningen, Sundhedsstrategisk Forum
Marts 2012	Behandling af kortlægningen, Det Administrative Kontaktforum
April 2012 – 8. november 2012	Udarbejdelse af udkast til aftale og implementeringsplan, herunder belysning af ressourcemæssige konsekvenser ved forslag til væsentlige ændringer.
November 2012	Behandling af udkast, Socialdirektørforum
November 2012	Behandling af udkast, Sundhedsstrategisk Forum
November 2012	Behandling og udsending i høring, Det Administrative Kontaktforum
November/december – Januar/februar 2013	Høring
Februar 2013	Tilpasning på baggrund af høring
Marts 2013	Behandling af endeligt produkt, Socialdirektørforum
Marts 2013	Behandling af endeligt produkt, Sundhedsstrategisk Forum
Marts 2012	Godkendelse af endeligt produkt (Det Administrative Kontaktforum)

Bilag 2: Medlemssammensætning



Medlemssammensætning

Regionale medlemmer

Sygehusdirektør Peder Jest, OUH (formand)
Chefterateut Anne Lise Zilmer, OUH-Svendborg
Ledende overlæge neurologi Mary-Jette Kjærsgaard Rasmussen, SVS
Afdelingslæge Arne Grandt, Neurorehabiliteringen Grindsted (SVS)
Socialfaglig konsulent Else Pedersen, Region Syddanmark, Socialområdet
Centerleder Heidi Lindberg Jensen, Center for Senhjernesgade
Overlæge Rolf Bang Olsen, Lokalpsykiatri Fredericia, Gerontopsykiatrisk team
Specialkonsulent Alice Skaarup Jepsen, Afd. for Sundhedssamarbejde og Kvalitet (sekretær)

Kommunale medlemmer

Chef for Virksom Træning Louise Thule Christensen, Odense Kommune (formand)
Forløbskoordinator Karen Margrethe Lund, Tønder Kommune
Afdelingschef for PPR Mogens Sørensen Middelfart Kommune
Udviklingskonsulent Line Juhl Gjerluf Knudsen, Varde Kommune
Forstander på Rabu Margit de Place, Esbjerg Kommune
Konsulent Karen Andersen, Middelfart Kommune
Hjerneskadekoordinator Stig Frederiksen, Faaborg-Midtfyn Kommune
Leder af Hjerneskerådgivningen Jan C. L. Jensen, Odense Kommune
Konsulent Bruno Langdahl, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat (sekretær)

Almen praksis

Praksiskonsulent John Banke, Region Syddanmark, Praksisafdelingen

I forbindelse med udarbejdelsen af afsnit 5, Børn med erhvervet hjernesgade, er der desuden indhentet bidrag fra specialeansvarlig overlæge Niels Illum, H. C. Andersens Børnehospital (OUH).



Bilag 3: Komplexitetsskema

Kompleksitetsskemaet er udarbejdet af en tværsektorielt sammensat arbejdsgruppe nedsat af den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler i hovedstadsregionen. Arbejdsgruppen udarbejdede i 2009 rapporten "Afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende erhvervet hjerneskade".

	Let skadet	Moderat skadet	Svært skadet
Lav kompleksitet	Gruppe 1 Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet. Vil sandsynligvis ikke have brug for indsats i hverken regionalt eller kommunalt regi efterfølgende. Vil normalt kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet i samme omfang som tidligere.	Gruppe 2 Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet. Sandsynligvis behov for indsats i kommunalt regi. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang om mulig, dog oftest med forudgående revalideringsindsats.	Gruppe 3 Svært fysisk og/eller kognitivt skadet. Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi. Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i selv delvist omfang være betydeligt reduceret.
Moderat kompleksitet	Gruppe 4 Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer. Vil normalt kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet i samme omfang som tidligere, måske med forudgående kommunal indsats.	Gruppe 5 Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer. Sandsynligvis behov for indsats i kommunalt regi. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående omfattende revalideringsindsats.	Gruppe 6 Svært fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer. Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi. Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i selv delvist omfang være betydeligt reduceret eller umulig.
Stor kompleksitet	Gruppe 7 Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer. Manglende sygdomsindsigt. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående kommunal indsats.	Gruppe 8 Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer. Sandsynligvis behov for omfattende indsats i kommunalt regi. Selv med en forudgående revalideringsindsats kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang være betydeligt reduceret.	Gruppe 9 Svært fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer, eksempelvis udadreagerende adfærd. Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet anses ikke for mulig.

De grå felter markerer det specialiserede niveau.

Fremlagt for Det administrative Kontaktforum den 26. juni 2012.

Kortlægning af status - forløbsprogrammer for senhjerneskadede

Baggrund

Arbejdsgruppe til implementering af forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet har til opgave at udarbejde et aftaleudkast om tilpasning af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med pådraget hjerneskade¹ til syddanske forhold. Forud herfor skal arbejdsgruppen afdække, i hvilket omfang den nuværende indsats afviger fra indsatsen i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer.

I det følgende redegøres der for parternes opgaver, som de er beskrevet i forløbsprogrammerne, og hvorvidt opgaverne varetages. Opgaverne sammenkædes med særlige udfordringer og problemstillinger, som de interviews, der er gennemført i forbindelse med kortlægning, har peget på (se bilag 1).

Bilag 2, som er en afrapportering af den spørgeskemaundersøgelse, som er foretaget i forbindelse med kortlægningen, giver et overordnet billede af organiseringen på området og kommunikationen i overgangene.

Sygehusene

Ifølge forløbsprogrammet har sygehusene følgende opgaver:

- Udredning og behandling af grundsygdommen
- Iværksættelse af patientrettet forebyggelse (til personer med apopleksi/TCl)
- Behandling af følgetilstande og komorbiditet, eventuelt i samarbejde med almen praksis
- Iværksættelse af indsatser med henblik på at forebygge/reducere hjerneskadens omfang (primært i fase I)
- Interdisciplinær udredning af funktionsevne
- Hjerneskaderehabilitering under indlæggelse og koordinering heraf
- Specialiseret, ambulant genoptræning
- Varsling/tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til lokale aftaler
- Afholde udskrivningssamtale
- Udarbejdelse af genoptræningsplan og udskrivningsbrev
- Støtte og rådgivning til pårørende
- Legale forhold, herunder vurdering og eventuel udredning af køreevne
- Samarbejde med og rådgive kommunerne samt almen praksis i forhold til konkrete personer

1

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Rehabilitering/Forloebprogrammer_erhvervet_hjerneskade.aspx



fortsat

- Sikre forskning og udvikling inden for området

De syddanske sygehuse varetager disse opgaver med undtagelse af:

- Interdisciplinær udredning af funktionsevne foregår ikke systematisk f.eks. via team jf. forløbsprogrammet. Men der tales sammen og koordineres mellem fagpersoner.
- Sygehuse har ikke et formelt og organiseret tilbud i form af støtte og rådgivning til pårørende, men inddrager de pårørende i patientforløbet
- Legale forhold, herunder vurdering og eventuel udredning af køreevne

Interviewsessionerne har dog peget på, at der er følgende særlige udfordringer:

- God overlevering af informationer vedr. den fysiologiske tilstand men i mindre grad om kognitive skader, fx frontallapskader. Det er vigtigt for kommunen, at sygehuset gør opmærksom på kognitive problemstillinger i udskrivningen/genoptræningsplanen.
- Forskelle i genoptræningsplanerne, som f.eks. ikke altid indeholder slutstatus.
- Kommunerne er desuden interesseret i, at neuropsykologiske og logopædiske vurderinger overdrages. I dag skal kommunerne selv bede om dem.
- Sikring af relevant information ved overflytning mellem sygehus bør ligeledes have øget opmærksomhed.
- Kommuner ønsker at modtage scoring på baggrund af test funktionstest foretaget på sygehuset. I nogle tilfælde er disse sendt med ud fra sygehuset men kan ikke læses elektronisk

Kommunerne

Ifølge forløbsprogrammet har kommunerne følgende opgaver:

- Genoptræning af bevægelsesfunktioner, mentale funktioner og andre relevante kropsfunktioner
- Støttende og kompenserende indsatser
- Sygedagpenge og pension
- Udredning af arbejdsevne og revalidering
- Specialundervisning for voksne
- Vejledning om erhverv og uddannelse til unge under 25 år
- Støtte til pårørende, herunder til eventuelle mindreårige børn
- Personlig pleje og praktisk hjælp
- Hjælpemidler
- Patientrettet forebyggelse
- Transportmulighed
- Koordinering af rehabiliteringsforløbet efter udskrivelse
- Planlægning af udskrivelsen i samarbejde med sygehuset

fortsat

- Samarbejde med og indhente rådgivning fra sygehuset og almen praksis i forhold til konkrete personer med erhvervet hjerneskade
- Medvirke til udviklings- og forskningsarbejde.

De syddanske kommuner varetager disse opgaver med undtagelse af:

- Koordinering af rehabiliteringsforløbet efter udskrivelse foregår på meget forskellig vis. Nogle kommuner har koordinatore ansat - andre ikke.
- Ift. støtte, støttesamtaler og rådgivning til pårørende, herunder til eventuelle mindreårige børn er der et udviklingspotentiale i kommunerne.

Interviewsessionerne har dog peget på, at der er følgende særlige udfordringer:

- Der efterlyses en kommunal koordination eller intern tovholder på senhjerneskadeområdet (ikke sammenfaldende med visitator alene). Kommuner med en velfungerende hjerneskadekoordineringsfunktion oplever, at funktionen bidrager til tryggere og mere gnidningsfrie udskrivinger, når sygehuset kender koordinatoren.
- Fælleskommunalt drevne tilbud vil, både tilbud målrettet børn, unge og voksne, kunne give en større volumen og mulighed for at optimere de faglige kompetencer.
- Der er behov for, at den praktiserende læge i større grad deltager i det tværsektorielle samarbejde som tovholder. Som hovedregel kontakter det kommunale socialområde den praktiserende læge for oplysninger om borgerens status. Informationerne tilflyder ikke det kommunale socialområde direkte. Den reaktive proces betyder, at oplysninger er til rådighed for sent i processen.

Fælles for både kommuner og sygehuse:

- En rehabiliteringsplan, som overdrager nyttige informationer koordineret og struktureret vil kunne bidrage til et koordineret samarbejde
- Videokonference kan være en fornuftig løsning for parternes kommunikation, men en del af de interviewede finder ikke, at videokonference tilgodeser patienten og de pårørende – her vurderes den personlige kontakt vigtigst
- En del af de interviewede efterlyste socialrådgiver på sygehusene / socialfaglige kompetencer – jf. forløbsprogrammets afsnit 3.2.5.
- Fælles brug af ICF vil være et løft.
- Initiativer om kompetenceudvikling foregår tværsektorielt, ligesom implementering af puljeprojekterne og forløbsprogrammet er gode anledninger til tværsektorielt samarbejde. Samarbejdet med pårørende i forløbet kan indgå i den fælles planlægning.
- Styrket samarbejde og koordinering med Hammel Neurocenter ift. patienter fra Region Syddanmark. Der er et klart forbedringspotentiale, hvilket vil kunne øge kvaliteten i det enkelte patientforløb.



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 modtaget trin 1 i Center for kvalitets oplæg til at undersøge resultaterne fra KORA-rapporten nærmere.		Analysen forelægges DAK til godkendelse og beslutning om den videre proces d. 22. juni 2017.		
SPOT-projektet	Opgaven afventer en samlet drøftelse på monitorering.				



Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.		Sagen forventes at kunne forelægges DAK til yderligere afklaring/godkendelse på første møde efter sommerferien		
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt afventer frigivelse af data vedrørende de 8 nationale mål.		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.



Undersøgelse af genoptræningsområdet i Region Syddanmark

Delrapport 1: Kvantitativ
afdækning af udvikling
og variation



Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Center for Kvalitet
Journal nr.: -
Dato: 17. maj 2017
Udarbejdet af: Caroline Raben, Lars Morsø, Morten Sall Jensen,
Jeanette Hounsgaard, Christian von Plessen
E-mail: ditte.caroline.raben@rsyd.dk
Telefon: 53573043

Undersøgelse af genoptræningsområdet i Region Syddanmark

Delrapport 1: Kvantitativ afdækning af udvikling og variation

Indledning

I forbindelse med strukturreformen i 2007 gennemgik genoptræningsområdet en omfattende reorganisering. I den forbindelse fik kommunerne overdraget myndigheds- og finanseringsansvaret for genoptræning efter sygehuskontakt, mens regionerne fik ansvar for at visitere borgere til genoptræning. I 2016 udgav KORA en rapport 'Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner', som viste stor forskel på antallet af genoptræningsplaner mellem regioner, sygehuse og kommuner baseret på tal fra 2007-2014. Særligt i Region Syddanmark er der store geografiske variationer mellem antallet af genoptræningsplaner, noget som efter rapportens udgivelse blev drøftet i Det Administrative Kontaktforum (DAK). På baggrund af denne drøftelse blev der d. 27. marts 2017 indgået en aftale om gennemførelse af fire projekter i regi af Center for Kvalitet.

Formålet med de fire delprojekter er at opdatere tallene fra KORA rapporten, samt at undersøge forskellige årsager til den variation, der blev afdækket i rapporten. I denne rapport præsenteres resultater fra delprojekt 1, indeholdende en kvantitativ undersøgelse, der illustrerer antallet af genoptræningsplaner fordelt på sygehusenheder i Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

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.

Metode

I forbindelse med opdatering af tallene fra KORA rapporten har CFK gennemført en række kvantitative analyser, for at belyse det overordnede antal af henholdsvis almindelige og specialiserede genoptræningsplaner, identificeret via procedurekoderne ZZ0175X og ZZ0175Y. Der er desuden i de

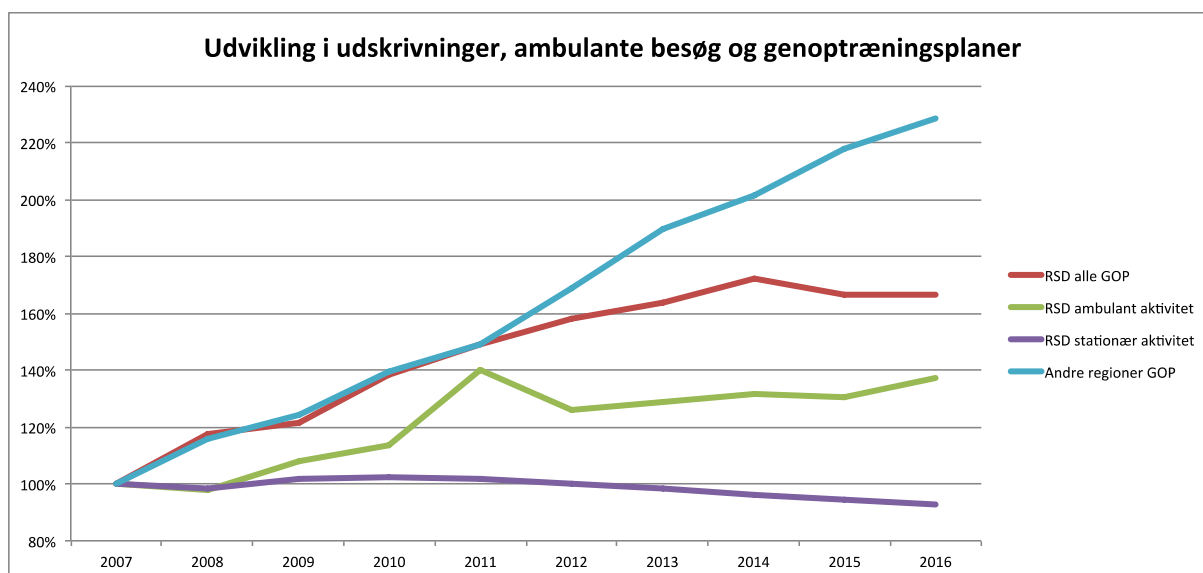
Område: Sundhedsområdet
 Afdeling: Center for Kvalitet
 Journal nr.: -
 Dato: 17. maj 2017
 Udarbejdet af: Caroline Raben, Lars Morsø, Morten Sall Jensen,
 Jeanette Hounsgaard, Christian von Plessen
 E-mail: ditte.caroline.raben@rsyd.dk
 Telefon: 53573043

endelige analyser taget udgangspunkt i MDC kode 08 for muskel-skelet lidelser, et område med et særligt højt antal genoptræningsplaner.

Resultaterne er inddelt i to overordnede kategorier, udvikling og variation. Således viser de første figurer den fortsatte udvikling i antallet og ændringen af genoptræningsplaner i Region Syddanmark frem mod de nyeste tal for 2016. Efterfølgende præsenteres fordelingen og variationer i genoptræningsplaner på de fire regionale sygehusenheder, samt de 10 syddanske kommuner med flest genoptræningsplaner per 1.000 indbygger.

Resultater

Udvikling i antal genoptræningsplaner 2007-2016 på regionalt niveau

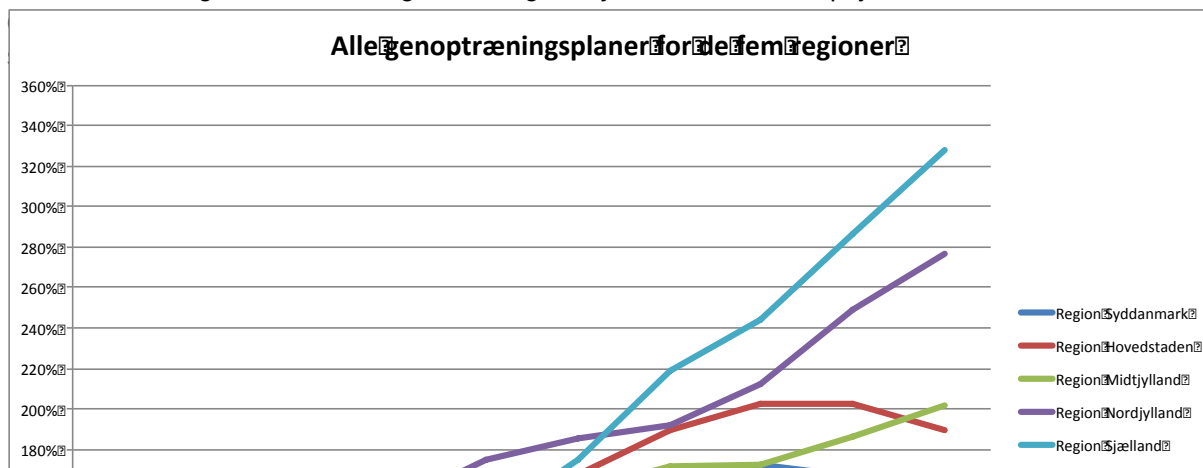


Figur 1: Udvikling i udskrivninger, ambulante besøg og genoptræningsplaner 2007 = indeks 100%. (Kilde: Udtræk fra Region Syddanmark og Esundhed.dk trukket den 8. Maj 2017)

Figur 1 viser, at stigningen i antallet af genoptræningsplaner i forhold til antallet af udskrivninger og ambulante besøg, der blev påvist i KORA rapporten ikke er forsat efter 2014, i Region Syddanmark.

Grafen viser desuden, at indlæggelser har været stagnerende til faldende siden 2007. Mens der på ambulante besøg ses en stigning fra 2010-2011 efterfulgt af et let fald, hvorefter der er en let stigning frem mod 2016, der resulterer i at de ambulante besøg ligger på et niveau svarende til 2011.

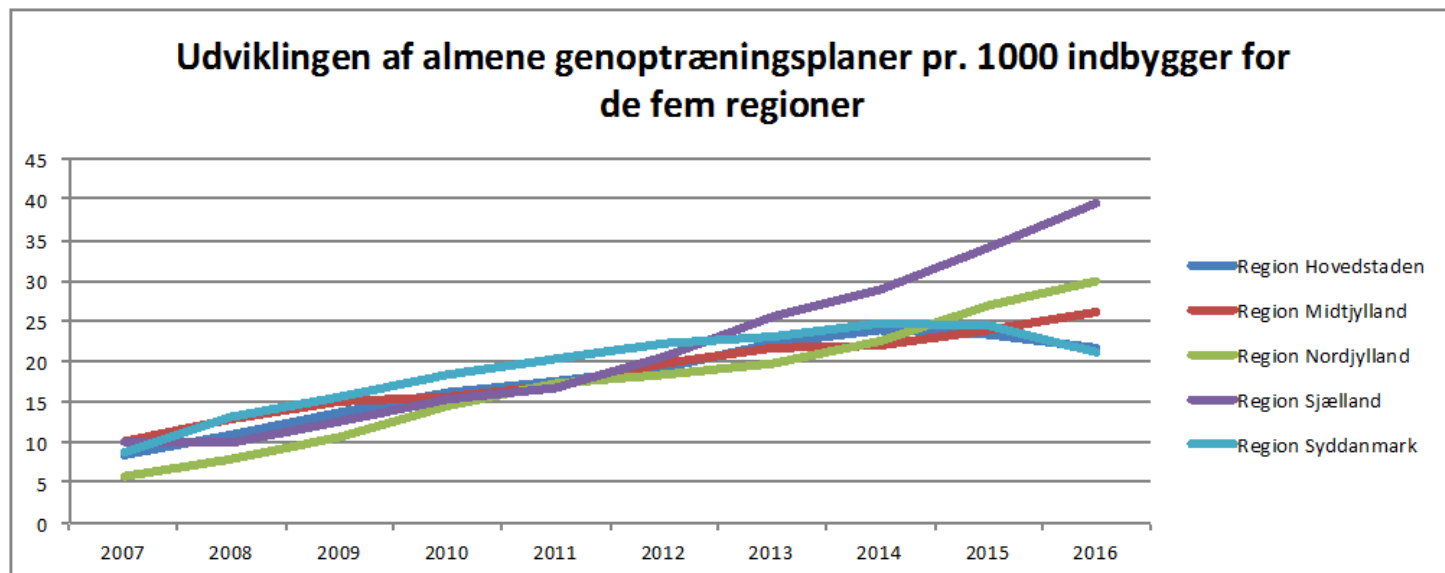
Desuden viser figuren, at udviklingen for Region Syddanmark ikke afspejles i en national trend, idet



Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Center for Kvalitet
Journal nr.: -
Dato: 17. maj 2017
Udarbejdet af: Caroline Raben, Lars Morsø, Morten Sall Jensen,
Jeanette Hounsgaard, Christian von Plessen
E-mail: ditte.caroline.raben@rsyd.dk
Telefon: 53573043

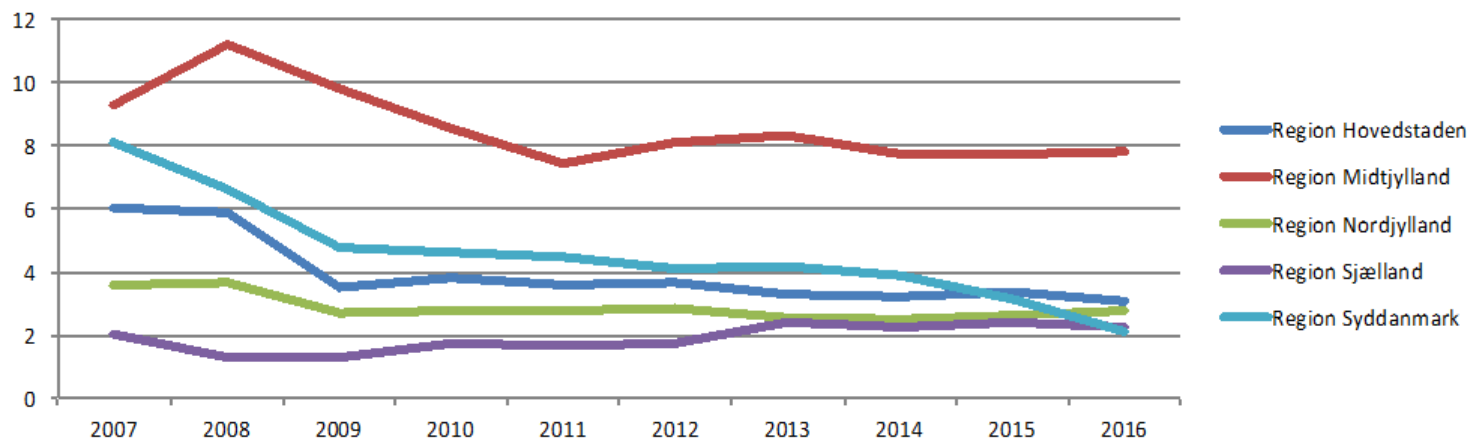
Figur 2: Udviklingen i alle genoptræningsplaner (almindelige og specialiserede) for de fem regioner. 2007 = indeks 100%. (Kilde: Esundhed.dk trukket den 8. Maj 2017)

Dernæst viser Figur 3a og b antallet af genoptræningsplaner pr. 1000 indbyggere for de fem regioner. Figur 3a viser udviklingen for de almindelige genoptræningsplaner mens de specialiserede genoptræningsplaner kan ses i Figur 3b.



Figur 3a: Udviklingen i almindelige genoptræningsplaner pr. 1000 indbyggere for alle regioner fra 2007 til 2016 (Kilde: esundhed)

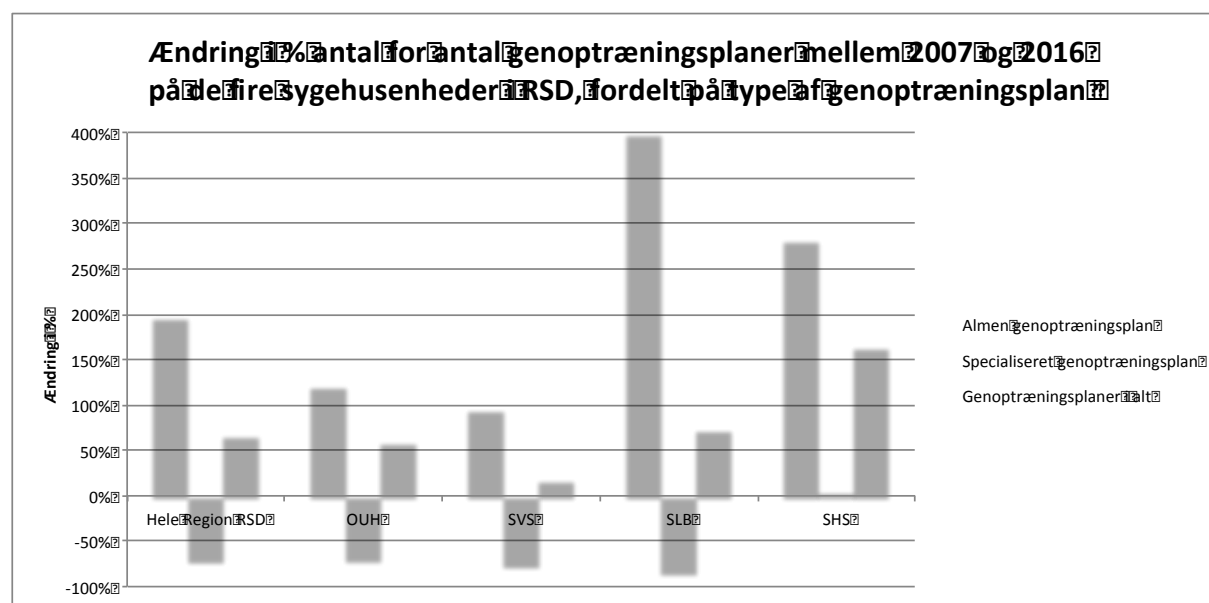
Udviklingen af specialiserede genoptræningsplaner pr. 1000 indbygger for de fem regioner



Figur 3b: Udviklingen i antallet af specialiserede genoptræningsplaner pr. 1000 indbyggere for de fem regioner fra 2007 til 2016 (Kilde: esundhed)

Figur 3a og b viser at antallet af almindelige genoptræningsplaner forsat er markant højere end antallet af specialiserede genoptræningsplaner. Tendensen fra Figur 2 fortsætter i Figur 3a og b, idet der ses en stigning i almindelige genoptræningsplaner i de andre regioner, mens der ses et fald i Region Syddanmark. Samtidig er antallet af specialiserede genoptræninger stationært i de andre regioner og let faldende i Region Syddanmark siden 2014.

Udviklingen i antallet af almindelige genoptræningsplaner følger i de øvrige regioner trenden fra 2007-2014, mens der i Region Syddanmark ses et markant fald i antallet af genoptræningsplaner fra 2015 til 2016. Ændringen i perioden fra 2007 til 2016 er desuden illustreret i Figur 4. Figuren viser ændringen i genoptræningsplaner for hele Region Syddanmark, samt fordelingen på de regionale sygehuse.



Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Center for Kvalitet
Journal nr.: -
Dato: 17. maj 2017
Udarbejdet af: Caroline Raben, Lars Morsø, Morten Sall Jensen,
Jeanette Hounsgaard, Christian von Plessen
E-mail: ditte.caroline.raben@rsyd.dk
Telefon: 53573043

Figur 4: Ændring i % for antal af genoptræningsplaner mellem 2007 og 2016 (Kilde: Esundhed.dk trukket den 8. Maj 2017)

Det tyder på, at ændringen i genoptræningsplaner først og fremmest drives af Sygehus Lillebælt samt Sygehus Sønderjylland. Der er en mindre ændring i udfærdigelsen af genoptræningsplaner over hele perioden, når tallene fra 2015 og 2016 er inkluderet. Det stemmer desuden overens med resultaterne fra de tidligere grafer.

Den ændring der ses i antallet af genoptræningsplaner på OUH er fordoblet mellem 2007 og 2016, hvilket de andre hospital enheder også gør.

Variation i genoptræningsplaner 2007-2016 på regionalt niveau

Udover at undersøge udviklingen i antallet af genoptræningsplaner har vi desuden undersøgt variationen i genoptræningsplaner i Region Syddanmark, idet KORA rapporten indikere væsentlige regionale forskelle.

Nedenstående Tabel 1 viser det samlede antal genoptræningsplaner for Region Syddanmarks sygehuse i 2015 pr. 1000 sundhedskontakter.

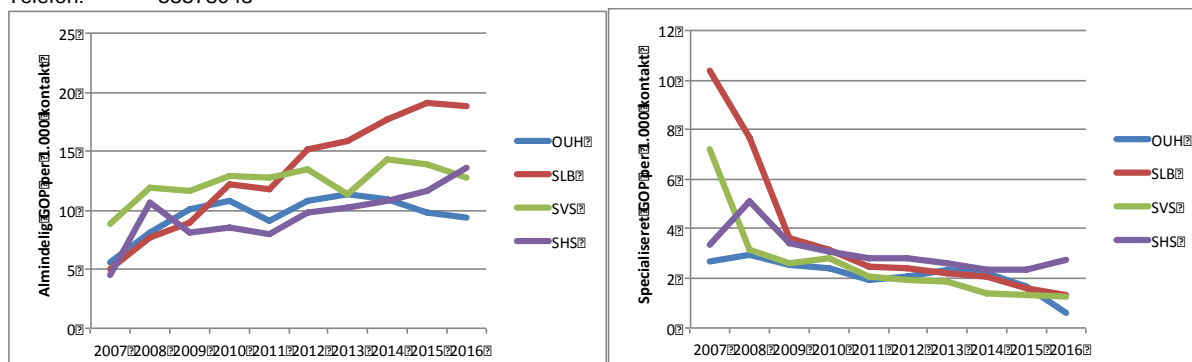
	Stationær almindelig	Stationær specialiseret	Stationære i alt	Ambulant almindelig	Ambulante specialiseret	Ambulante i alt
Region Syddanmark	142.5	13.8	156.3	13.7	1.3	15.0
OUH	106.8	7.9	114.7	9.0	0.7	9.7
SHS	126.2	25.5	151.7	14.8	3.0	17.8
SLB	223.4	15.3	238.7	20.6	1.4	22.0
SVS	124.6	12.6	137.2	14.3	1.4	15.7

Tabel 1: Kilde: Udtræk fra Region Syddanmark

Denne tabel viser, at der på Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland udskrives et højere antal genoptræningsplaner pr. 1000 sundhedskontakter end de øvrige sygehuse i regionen. Sammenlagt viser det sig således, at Region Syddanmark nu ligger på samme niveau i antallet af genoptræningsplaner pr. 1000 sundhedskontakter som de øvrige regioner gjorde i 2014. Desuden så vi i Figur 2, at de øvrige regioner samtidig har oplevet en stigning i antallet af genoptræningsplaner efter 2014.

Tallene fra tabellen er desuden illustreret i nedenstående Figur 5a og b der illustrerer variationen i genoptræningsplaner på regionens sygehuse opgjort pr. 1000 sundhedskontakter for 2016.

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Center for Kvalitet
Journal nr.: -
Dato: 17. maj 2017
Udarbejdet af: Caroline Raben, Lars Morsø, Morten Sall Jensen,
Jeanette Hounsgaard, Christian von Plessen
E-mail: ditte.caroline.raben@rsyd.dk
Telefon: 53573043



Figur 5a og b: Almindelige og specialiserede genoptræningsplaner fra de regionale sygehuse (Kilde: Esundhed.dk trukket den 8. Maj 2017)

Figureerne afslører et markant fald i antallet af genoptræningsplaner fra OUH, der resulterer i en udligning af variationen mellem de fire sygehuse, idet antallet af genoptræningsplaner fra OUH nærmer sig antallet fra de øvrige sygehuse. Det markante fald skaber usikkerhed om, hvorvidt der kan være sket en fejl i indberetningerne fra OUH for de tidligere år.

Variation på MDC kode 08

Endelige har vi gennemført en række analyser på MDC kode 08, for at undersøge nogle af de tendenser, der blev præsenteret i KORA rapporten.

Tabel 2 viser antallet af genoptræningsplaner på muskel-skelet lidelser MDC kode 08 i 2016 for alle sygehus enhederne i Region Syddanmark pr. 1000 sundhedskontakter.

	Stationær almindelig	Stationær specialiseret	Stationære i alt
OUH	293.6	0.7	294.3
SHS	338.7	4.4	343.0
SLB	434.4	3.9	438.3
SVS	162.5	0.3	162.8

Tabel 2: Genoptræningsplaner for MDC kode 08 i 2016 (Kilde: Udtræk fra Region Syddanmark)

Tabellen viser, at Sygehus Lillebælt udfærdiger flere genoptræningsplaner end de øvrige sygehuse i regionen. Det styrker mistanken om at det fald der tidligere i Figur 5 a og b blev påvist fra OUH ikke stemmer overens med virkeligheden, og dermed styrker mistanken om, at der er tale om en fejl i indberetningen ved OUH.

Kommunal variation

Endeligt viser Tabel 3 variationen i antallet af GOP pr. kommune i Region Syddanmark fordelt på pr. 1000 indbyggere for de syddanske kommuner i 2016.

Almen genoptræning	Specialiseret genoptræning
2016	2016

Område: Sundhedsområdet
 Afdeling: Center for Kvalitet
 Journal nr.: -
 Dato: 17. maj 2017
 Udarbejdet af: Caroline Raben, Lars Morsø, Morten Sall Jensen,
 Jeanette Hounsgaard, Christian von Plessen
 E-mail: ditte.caroline.raben@rsyd.dk
 Telefon: 53573043

Langeland	38.5	Aabenraa	4.7
Fanø	32.5	Tønder	4.4
Tønder	31.3	Sønderborg	4.3
Fredericia	30.6	Haderslev	4.3
Haderslev	29.1	Billund	3.3
Aabenraa	28.5	Fanø	3.0
Kolding	28.1	Esbjerg	2.7
Middelfart	27.6	Vejle	2.6
Ærø	27.5	Varde	2.5
Vejen	27.5	Fredericia	2.3
Esbjerg	26.3	Kolding	2.2
Varde	25.6	Vejen	1.8
Sønderborg	25.3	Middelfart	1.6
Billund	24.7	Kerteminde	1.6
Svendborg	24.6	Odense	1.5
Faaborg-Midtfyn	24.1	Langeland	1.5
Nyborg	23.9	Assens	1.4
Vejle	23.5	Faaborg-Midtfyn	1.2
Assens	23.2	Nordfyns	1.2
Kerteminde	21.9	Svendborg	1.1
Nordfyns	20.5	Nyborg	1.1
Odense	18.8	Ærø	0.8

Tabel 3: Kilde: Esundhed.dk trukket den 8. Maj 2017

Tabellen viser at der ikke er den store variation mellem kommunerne i Region Syddanmark. Disse resultater er modsat KORA's rapport, der indikerer at kommunerne på Fyn (OUH's primære optageområde) i 2014 fik markant flere genoptræningsplaner end kommunerne fra regionens øvrige sygehus optageområder.

Konkluderende bemærkninger

- Efter tallene at dømme er der sket en udjævning af variationen imellem de syddanske sygehuse. Dette indikerer en ændring af tallene ift. KORA rapporten 2007-2014.
- Generelt ses der et samlet fald i antallet af genoptræningsplaner siden 2014 for Region Syddanmark, der adskiller fra udviklingen i de øvrige regioner.
- De kommunale forskelle viser at der forsat udskrives flest genoptræningsplaner i optageområderne fra SHS og SLB, med udgangspunkt i tallene på MDC kode 08.
- Registrering af genoptræningsplaner i PAS systemerne på sygehusene kan udgøre en fejlkilde, da der kan være dobbeltregistreringer. Dette menes at være sket på OUH frem til 2015. Vi har derfor efter samtale med Regions Dataenhed og OUH's registrerings ansvarlig, halveret antallet af genoptræningsplaner for OUH i de data vi har modtaget fra regionen og fra Esundhed.dk.

Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020)

Kræftbehandlingen i Danmark har de seneste 10-15 år gjort store og markante fremskridt og stadig flere overlever en kræftsygdom. Samtidig er der områder, hvor parterne er enige om i fællesskab at styrke indsatsen for kræftpatienterne.

Som det første ser parterne et behov for at sikre endnu bedre sammenhæng og overblik for patienterne. For det andet skal det i endnu højere grad sikres, at patienter i hele landet får behandling, rehabilitering og palliativ indsats af høj og ensartet kvalitet. For det tredje skal forebyggelsen af kræft forbedres og overlevelsen efter kræft øges, og som det fjerde skal der udvises rettidig omhu og sundhedsvæsenet skal forberedes på, at der i fremtiden kommer flere kræftpatienter, bl.a. fordi vi bliver flere ældre.

Kræftplan IV indeholder 16 konkrete initiativer, som skal bidrage til at understøtte udviklingen på kræftområdet over de næste år. Indsatserne er fordelt på fire indsatsområder, som tilsammen sikrer bedre sammenhæng og patientinddragelse, styrker forebyggelsen, behandlingen og opfølgningen af kræft og understøtter, at der også fremover er tilstrækkelig kapacitet på kræftområdet.

Initiativerne ligger både inden for det regionale, det kommunale og det statslige område, og flere af initiativerne går på tværs og fordrer derfor også et tæt samarbejde mellem parterne både centralt og lokalt.

Med denne udmøntningsaftale ønsker Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening at understøtte de nationale målsætninger, intentioner og konkrete initiativer i Kræftplan IV, og parterne vil i fællesskab arbejde på realiseringen af disse. Udmøntningsaftalen beskriver indhold, implementering og opfølgning for de enkelte indsatser i Kræftplan IV.

Parterne lægger vægt på, at udmøntningen, hvor det er meningsfuldt, sker i samarbejde med relevante parter, herunder patientforeninger.

Udover denne aftale vil parterne indgå separate aftaler vedrørende tiltaget om patientansvarlig læge og etablering af nye digitale redskaber til at styrke det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet og etableringen af et center for kræftbehandling, forskning og udvikling.

Opfølgning

Parterne vil følge kræftområdet og kræftindsatsen tæt de kommende år for at kunne tage bestik af udviklingen på kræftområdet og handle, hvis der viser sig behov herfor. Dette sker bl.a. gennem den løbende monitorering af kræftområdet, herunder monitorering af overlevelsen efter kræft, kræftpakkeforløb og maximale ventetider.

Samtidig er parterne enige om løbende at følge op på de nationale målsætninger for kræftområdet:

- At overlevelsen efter kræft i Danmark i 2025 er på niveau med de bedste af vores nordiske nabolande
- At der i 2030 er en røgfri generation af børn og unge
- At mindst 90 procent af kræftpatienterne i 2020 oplever, at de har en patientansvarlig læge

Parterne er også enige om at følge op på implementeringen af Kræftplan IV løbende, jf. bilag 1 om opfølgning på de enkelte punkter.

Herudover vil parterne årligt fra medio 2017 til og med 2020 udarbejde en status på de 16 initiativer og på de nationale målsætninger på kræftområdet, jf. sidepapir vedr. opfølgning. Status anvendes til at orientere partierne bag satspuljen og finansloven.

Implementering og opfølgning på Kræftplan IV følges løbende i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft og i Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Parterne kan i fællesskab supplere eller ændre udmøntningsaftalen, hvis udviklingen tilsiger dette.

De enkelte initiativer, herunder implementering og opfølgning på initiativerne, fremgår af bilag 1.

Samlet økonomi i Kræftplan IV

Det fremgår af Finanslovsaftalen for 2017 mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti, at der er prioriteret et yderligere løft af kræftområdet på ca. 1,5 mia. kr. fra 2017-2020.

Heraf er 331 mio. kr. afsat i satspuljeaftalen for 2017-2020 mellem regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti.

Løftet kommer udover de allerede prioriterede midler fra finanslovsaftalen for 2017 på 170 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til bl.a. øget kapacitet i kræftudredningen.

Der bliver således samlet tilført ca. 2,2 mia. kr. i perioden 2017-2020 til en styrket kræftindsats.

Det er regionerne og kommunerne, der som driftsherrer har ansvaret for, at udmøntningen af de regionale og kommunale midler i Kræftplan IV også fremadrettet sikrer en tilstrækkelig kapacitet og kvalitet på kræftområdet.

Fordelingen af midlerne på de enkelte initiativer fremgår af bilag 2.

Bilag 1: Udmøntning af de enkelte initiativer

Kræftplan IV indeholder 16 initiativer under overskrifterne:

- Patienten først og fremmest
- Forebyggelse målrettet børn, unge og særlige grupper
- Øget kvalitet og forbedret overlevelse
- Rettidig omhu

Parternes aftale om indhold, implementering og opfølgning på de enkelte initiativer uddybes i det følgende.

Patienten først og fremmest

1. Patientansvarlige læger – én læge som følger dig som patient

Parterne er enige om en national målsætning om, at mindst 90 procent af alle kræftpatienter i 2020 skal opleve, at de har en patientansvarlig læge.

I november 2016 indgik regeringen og Danske Regioner i samarbejde med Overlægeforeningen, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd, Kræftens Bekæmpelse og Danske Patienter en aftale om en national model for patientansvarlige læger.

Implementering og opfølgning

Det fremgår af aftalen at:

- Der er enighed om, at modellen udfoldes i en hvidbog, som Danske Regioner udarbejder ved årsskiftet 2016/2017. Hvidbogen indeholder en definition af patientansvarlige læger og beskrivelse af en generisk model for patientansvarlig læge.
- Der er tillige enighed om, at parterne genbekræfter aftalen primo 2017. Her vil parterne desuden aftale den landsdækkende indfasning af patientansvarlig læge – først for kræftpatienter og senere for alle patientgrupper, hvor det er fagligt relevant.
- I god tid inden forhandlingerne om økonomiaftalen for 2018 supplerer Danske Regioner hvidbogen med erfaringerne fra de regionale pilotprojekter.
- Regeringen og Danske Regioner følger op på implementeringen af den patientansvarlige læge i økonomiaftalen for 2018. Her tages desuden stilling til, hvordan arbejdet med at indføre patientansvarlige læger følges fremadrettet.

I dag monitoreres andelen af kræftpatienter, der oplever, at de har en patientansvarlig læge ikke. I første omgang er parterne enige om, at monitoreringen kan ske i regi af LUP'en. Dette aftales nærmere i forbindelse med økonomiaftalen for 2018, jf. ovenfor.

Økonomi

Der er ikke afsat særskilte midler til indsatsen.

2. Patienten skal med på råd (pulje til beslutningsstøtteværktøjer)

I regi af Sundhedsstyrelsen og med inddragelse af relevante parter identificeres eksisterende samt udvikles nye beslutningsstøtteværktøjer for relevante kræftformer. Værktøjerne skal understøtte den fælles beslutningstagning mellem patienter og sundhedspersonelle og udbredes til hele landet.

De nationalt udviklede beslutningsstøtteværktøjer kan anvendes bredt og bruges på tværs af regioner, ligesom de kan være med til at understøtte en ensartet skriftlig og mundtlig kommunikation.

Der er en målsætning om, at mindst 9 ud af 10 kræftpatienter i 2020 skal opleve, at de deltager i beslutninger om deres egen behandling, og at de bliver informeret om bivirkningerne ved den medicin de skal have.

Tiltaget skal ses i sammenhæng med øvrige initiativer til at understøtte patientinddragelse, herunder FL16 pulje til beslutningsstøtteredskaber og parternes fælles indsats for at udbrede brugen af patientrapporterede oplysninger (PRO).

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at:

- Både udvikling og udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer skal ske koordineret og systematisk for at sikre ensartethed for alle kræftpatienter.
- Med inddragelse af bl.a. Danske Regioner og regionerne identificeres på hvilke områder og i hvilken form, der skal udvikles beslutningsstøtteværktøjer. Desuden identificeres eksisterende værktøjer, som skal udrulles.
- Identificeringen af eksisterende værktøjer, som umiddelbart kan udbredes uden yderligere bearbejdelse, afsluttes senest august 2017.
- På baggrund af identificeringen af områder, hvor der er behov for at udvikle værktøjer, gennemfører Sundhedsstyrelsen i 2017 et udbud på udvikling af nye værktøjer herunder form og områder. De nye værktøjer er færdigudviklede ultimo 2017.
- Fra 2018 til 2020 gennemfører regionerne en national udrulning af de udvalgte nye og eksisterende værktøjer.
- I 2020 gennemfører Sundhedsstyrelsen en national opfølgning på implementeringen i regionerne. Setup for opfølgningen udarbejdes med inddragelse af Danske Regioner i 2017. Udvalg for Kræft og Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet orienteres om opfølgningen.
- Via LUP'en følges der fra 2017 op på, om kræftpatienterne oplever, at de deltager i beslutninger om deres egen behandling og bliver informeret om bivirkninger.

Økonomi

Der er afsat i alt 22 mio. kr. (4 mio. kr. i 2017 og 6 mio. kr. årligt fra 2018-2020) til at identificere, udvikle og implementere værktøjer til beslutningsstøtte. Heraf går 1

mio. kr. til Sundhedsstyrelsen, 3,4 mio. kr. til en ekstern pulje administreret af Sundhedsstyrelsen, mens 17,6 mio.kr. overføres til regionernes bloktilskud til systematisk national udbredelse af de udvalgte eksisterende og nye værktøjer.

3. På patientens præmisser - behandling i eller tættere på hjemmet

På kræftområdet er der gode erfaringer med behandling i hjemmet og behandling, der i højere grad imødekommer patienternes behov. Parterne er enige om, at formålet med initiativet er at udbrede behandling i hjemmet og andre innovative behandlingsformer, der tager højde for patienternes ønsker og behov.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at:

- Danske Regioner udarbejder et oplæg om anvendelse af midlerne, der præsenteres i Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet primo 2017 med henblik på vidensdeling på tværs af regionerne.
- Danske Regioner udarbejder på baggrund af bidrag fra regionerne en statusopfølgning på regionernes indsatser i 2020. Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet orienteres.
- Danske Regioner og KL understøtter udviklingen og udbredelsen af kræftbehandling i eller tæt på hjemmet og andre innovative behandlingsformer, der tager højde for patientens ønsker, gennem videndeling både på tværs af regionerne og på tværs af kommunerne samt på tværs af regioner og kommuner.

Økonomi

Der er afsat i alt 10 mio. kr. årligt fra 2017 og frem. Midlerne overføres til regionernes bloktilskud og kan bl.a. anvendes til initiativer, der involverer et samarbejde med kommunerne – eksempelvis initiativer aftalt i forbindelse med sundhedsaftalerne.

4. Målrettede tilbud på sygehusene til unge med kræft

For at styrke rammerne for unge kræftpatienter understøttes udbygningen af tilbud til unge mellem 15 og 29 år på hospitalerne. Parterne er enige om, at målet er, at der skal være tilbud til unge på hospitaler i alle regioner, og at midlerne bør målrettes en understøttelse af permanente eksisterende og nye initiativer.

Parterne er enige om, at midlerne skal gå til at sikre, at unge kan indlægges på stuer sammen med andre unge, ligesom midlerne kan anvendes til at udbrede initiativer som fælles opholdsrum, ungepaneler, ungekoordinatorer og ungevenlige stuer samt andre initiativer med fokus på livskvalitet og inddragelse af unge indlagte.

Det forudsættes, at midlerne anvendes med udgangspunkt i de unges ønsker og behov, herunder at unge inddrages i at udvikle og tilrettelægge de nye tilbud.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Danske regioner indhenter bidrag fra hver region medio 2017 indeholdende en beskrivelse af regionens plan for udmøntning af initiativer med henblik på orientering til Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.
- Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet vil derudover blive orienteret om status midtvejs (ultimo 2018) og afslutningsvist (ultimo 2020).

Økonomi

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat i alt 25 mio. kr. i perioden 2017-2020 til initiativer på hospitalerne målrettet unge med kræft. Midlerne overføres til regionernes bloktilskud.

5. Overblik over behandlingsforløbet - patientens personlige plan

Regeringen har sammen med KL og Danske Regioner i økonomiaftalen for 2017 aftalt at etablere nye digitale redskaber til at styrke det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet. Parterne er enige om, at målet er at styrke koordinationen og overblikket over patientforløbet. Med initiativet tages første skridt mod en egentlig personlig patientplan, som skal give patienterne digital adgang til et overblik over deres aftaler på tværs af sygehuset, almen praksis og kommunen.

De digitale redskaber vil også være relevante for sundhedspersonalet, fx den patientansvarlige læge.

Implementering og opfølgning

Det er aftalt i regi af økonomiaftalen for 2017 at:

- Sundhedsdatastyrelsen står for udførelsen af arbejdet. Der er nedsat en styregruppe for programmet, hvor Sundheds- og Ældreministeriet er formand og med deltagelse af KL, Danske Regioner samt Digitaliseringsstyrelsen, MedCom og PLO.
- Programmet er nu i præciseringsfasen, og det konkrete udviklings- og afprøvningsarbejde igangsættes primo 2017.
- Der forventes, at redskaberne kan tages i anvendelse af de første sundhedsaktører og patienter ved udgangen af 2017 og er implementeret i 2020.

Desuden vil Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet vil blive orienteret om status ultimo 2020.

Økonomi

Der er ikke afsat særskilte midler til regioner og kommuner i initiativet. Der er afsat midler til finansiering af den centrale udvikling af de fælles løsninger med Handlingsplanen for ældre medicinske patient og den Fællesoffentlige digitaliseringsstrategi.

6. Hurtige forløb med plads til patienternes ønsker (servicetjek af kræftpakkerne)

Der skal skabes mere plads til individuelle forskelle og den enkelte kræftpatients ønsker og behov, samtidig med at der tages højde for den faglige udvikling. Formålet

med kræftpakkerne fastholdes – nemlig at ingen patienter skal opleve unødigt ventetid i forbindelse med deres udredning og behandling. Sundhedsstyrelsen skal på den baggrund gennemføre et serviceeftersyn af kræftpakkerne

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Primo 2017 igangsætter Sundhedsstyrelsen en vidensafdækning med henblik på indhentning af viden fra regioner, patientforeninger og de lægefaglige miljøer.
- Medio 2017 igangsættes gennemgang af to konkrete kræftpakker. Der nedsættes to arbejdsgrupper bestående af regioner, faglige selskaber til arbejdet, og patientrepræsentanter inddrages. Arbejdsgrupperne forventes at afslutte deres arbejde ultimo 2017.
- På baggrund af erfaringer med gennemgang af de to pakkeforløb, foretages afhængigt af behov en gennemgang af øvrige pakker i en tredje fase. Afhængigt af behovet afsluttes arbejdet så vidt muligt ultimo 2018.

Økonomi

Der er som led i FL 2017 afsat 3 mio. kr. i 2017-2018 til Sundhedsstyrelsen til arbejdet.

Forebyggelse målrettet børn, unge og særlige grupper

7. Røgfri generation – ingen rygning blandt børn og unge i 2030

Parterne er enige i regeringens målsætning om en røgfri generation, så ingen børn og unge ryger i 2030. Dermed bakkes der også op om Kræftens Bekæmpelses og TrygFondens ambition om "Røgfri fremtid".

For at understøtte målsætningen igangsættes et partnerskab med erhvervslivet med fokus på en mere effektiv håndhævelse af reglerne om salg af tobak og alkohol til børn og unge. Derudover iværksætter Sundhedsstyrelsen en kampagne målrettet børn og unges rygning. Endelig øremærkes en del af sundhedsfremmepuljen til initiativer med fokus på rygning og børn og unge.

Implementering og opfølgning

- Sundheds- og Ældreministeriet igangsætter et partnerskab med erhvervslivet, som offentliggøres i foråret 2017.
- Sundhedsstyrelsen igangsætter en kampagne målrettet børn og unges rygning, som løber i hele perioden 2017-2020. KL bliver inddraget i relevante dele af arbejdet.
- Sundhedsfremmepuljen til initiativer med fokus på rygning og børn og unge opslås ultimo 2016 med udmøntning foråret 2017.

Økonomi

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat 14 mio. kr. til kampagnen målrettet børn og unges rygning.

8. Hjælp til rygestop til særlige grupper og kræftpatienter

8.a Hjælp til rygestop til særlige grupper (rygestopmedicin)

Parterne er enige om at understøtte, at flere, der ønsker det, kan komme i gang med et rygestop. Derfor anvendes midlerne til rygestopmedicin i forbindelse med kommunernes tilbud om rygeafvænning.

Tilskud til rygestopmedicin øger andelen, som bruger rygestopmedicin, og succesraten hos dem, som prøver at holde op. Når tilskuddet kombineres med rygestoprådgivning, øges effekten af indsatserne yderligere.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Den primære målgruppe for tilskud til rygestopmedicin er nikotinafhængige rygere, der er socialt eller økonomisk udsatte. Tilskuddet er betinget af, at borgeren samtidig følger et kommunalt rygestopforløb.
- Det er muligt at få tilskud til både håndkøbspræparater og receptpligtig rygestopmedicin. Det er desuden muligt at modtage tilskud flere gange, dog maksimalt to gange årligt.
- Rygestoprådgiveren beslutter i dialog med borgeren, om rygestopmedicin er relevant, og henviser borgeren til egen læge med henblik på udskrivning af recept, hvis der er behov for receptpligtig rygestopmedicin.
- Kommunerne administrerer ordningen, indgår aftaler med apoteker mv. og ansøger enkeltvis om en samlet dispensation til at udlevere rygestopmedicin til målgruppen hos Lægemiddelstyrelsen.
- Alle rygestopforløb registreres i Rygestopbasen.
- Sundhedsstyrelsen evaluerer initiativet i ultimo 2018. Udvalg for Kræft og Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet orienteres om evalueringen.

Økonomi

Der er med satspuljen 2017-2020 afsat 26,5 mio. kr. i perioden 2017-2019 (12/7/7,5) til hjælp til rygestop til særlige grupper, som overføres til kommunernes bloktilskud. Der er desuden afsat 0,5 mio. kr. i 2018 til en evaluering af initiativet vedr. rygestopmedicin.

Der eksisterer ikke eksakt viden om, hvor stort et tilskud der skal til for at tiltrække rygere til rygestop. Erfaringer fra den igangværende storrygerindsats peger på, at et tilskud på 900 kr. ex. moms. pr. borger vil øge rekrutteringen af målgruppen til rygestoptilbud i kommunerne samt øge stopraten i målgruppen.

I 2017, hvor der er afsat 12 mio. kr., vil det være muligt at give 900 kr. i tilskud til rygestopmedicin til 13.000 rygere.

De efterfølgende år, hvor der er afsat ca. 7 mio. kr. pr. år, vil det være muligt at give 900

kr. i tilskud til rygestopmedicin til 8050 rygere årligt.

Midlerne skal benyttes til tilskud til rygestopmedicin, og kan således ikke benyttes til at dække eksisterende kommunale udgifter på området såsom afholdelse af rygestopkurser, information og markedsføring af indsatserne. Kommunerne kan indgå samarbejde med almen praksis og sygehusene om direkte henvisning af rygere til rygestop i kommunen, fx ved anvendelse af den elektroniske henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

8.b Hjælp til rygestop til kræftpatienter

Kræftpatienter er også en sårbar gruppe, når det handler om rygning. Kræftpatienter, der ikke ryger eller stopper med at ryge, har en større chance for at overleve kræftdiagnosen og mindre risiko for bivirkninger af behandlingen og senfølger efter sygdom.

Parterne er enige om at understøtte systematisk implementering af de allerede eksisterende systemer og metoder, der er nødvendige for at sikre, at alle kræftpatienter og andre patienter, der ønsker at stoppe med at ryge, hurtigt får et tilbud om hjælp til rygestop af høj kvalitet.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at:

- Alle kræftpatienter spørges systematisk til deres rygestatus og tilbydes henvisning til kommunalt rygestop, alternativt til Stoplinien. Anbefalingerne er beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Guide til Sundhedspersonale, Forebyggelse i Almen praksis og på Sygehus (2015)", og selve henvisningen til rygestoprådgivning i kommunen kan fx ske ved anvendelse af metoden *Very Brief Advice (VBA)*.
- Henvisningen foretages direkte via den elektroniske henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (til rådighed fra oktober 2016).
- Kommunen tager hurtigst muligt og senest fire uger efter, at henvisningen er modtaget, telefonisk kontakt til patienten for en afklarende samtale i kommunen.
- Kommunerne sikrer, at deres rygestoptilbud lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til tobaksafvænning i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" 2016.
- KL følger op på kommunernes arbejde med "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" ifm. Statens Institut for Folkesundheds kortlægning heraf fra Center for Forebyggelse i Praksis (CFP). CFP beslutter den nærmere udformning af denne opfølgning afhængig af evalueringens resultater.
- Opfølgningen på indsatsen præsenteres for Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Økonomi

Da der er tale om allerede eksisterende anbefalinger er der ikke afsat ekstra midler til indsatsen rettet mod kræftpatienter.

9. HPV-vaccination til unge

Nuanceret informationsindsats

Alle unge piger og deres forældre skal have mulighed for at tage et informeret og velovervejnet valg om vaccination mod HPV-infektion. Derfor igangsættes dels en nuanceret informationsindsats rettet mod både de unge og deres forældre.

Pilotafrøvning

Derudover igangsættes en pilotafrøvning af HPV-vaccinationstilbud målrettet unge mænd, der er tiltrukket af mænd, idet de ikke er beskyttet mod HPV-virus via vaccinationstilbuddet til unge piger.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Sundhedsstyrelsen gennemfører informationsindsatsen i 2017-2018 samt gennemfører pilotprojektet målrettet unge mænd, der er tiltrukket af mænd i 2017-2018.
- Følge løbende op på andelen af unge, der lader sig vaccinere i regi af Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.
- Drøfte resultatet af Sundhedsstyrelsens pilotafrøvning i regi af Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Økonomi

Der er afsat 5 mio. kr. i perioden 2017-2018 til Sundhedsstyrelsen til initiativerne.

Øget kvalitet og forbedret overlevelse

10. Kræft skal opdages tidligere (screening og tidlig opsporing)

Screening for livmoderhalskræft

For at opspore kræft tidligere skal alle kvinder født før 1948 i 2017 gives et engangstilbud om test for HPV. Kvinder som får påvist HPV tilbydes den samme opfølgning, som kvinder i alderen 50–64 får.

Der er endvidere behov for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet særligt for grupper med færre ressourcer, og parterne er enige om en todelt proces, hvor Sundhedsstyrelsen udarbejder et grundlag i 2017, som regionerne anvender til at arbejde med at øge deltagelsen i 2018 og 2019

Øget kapacitet til udredning

Med aftalen om regionernes økonomi for 2017 er der prioriteret midler til øget kapacitet til udredning af kræft. Kapaciteten løftes med anslået 15-20 pct. fra ved fuld indfasning sammenlignet med 2. halvår 2015. Derudover har der været en indsats vedrørende værktøjer til almen praksis, så kræft kan opdages tidligere, herunder udvidet adgang til at henvise patienter direkte til undersøgelse på sygehuset, styrket specialistrådgivning fra sygehuslægen og en bred uddannelsesindsats, som skal øge viden i almen praksis om tidlig opsporing af kræft.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Sundhedsstyrelsen gennemfører i 2017 dels et arbejde med at opdatere de faglige anbefalinger for livmoderhalskræftscreening, herunder et arbejde med at beskrive metoder til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet med fokus på grupper med færre ressourcer. De faglige anbefalinger sendes i høring i efteråret 2017.
- Regionerne drøfter i januar 2017 med Sundhedsstyrelsen, hvordan engangstilbuddet om test for HPV til kvinder født før 1948 etableres.
- Regionerne og Sundhedsstyrelsen drøfter i januar 2017, hvordan der følges op på engangstilbuddet om HPV-test. Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet og Udvalg for Kræft orienteres om opfølgningen.
- På baggrund af Sundhedsstyrelsens arbejde med at beskrive, hvordan deltagelsen kan øges, gennemfører regionerne i 2018-2019 en række initiativer, som skal bidrage til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet, særligt for grupper med færre ressourcer.
- Danske Regioner udarbejder en samlet afsluttende status på regionernes indsatser i forhold til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet i 2020. Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet orienteres om denne status.
- Det er tidligere aftalt, at Danske Regioner primo 2017 udarbejder en status på anvendelsen af midlerne til øget kapacitet til udredning af kræft. Den fremadrettede opfølgning på initiativet indgår i den årlige status på Kræftplan IV.

Økonomi

Der er afsat 22 mio. kr. i 2017 til et engangstilbud om HPV-test til gruppen af kvinder, som er født før 1948. Midlerne overføres til regionernes bloktilskud.

Herudover afsættes 2 mio. kr. i 2018-2019 til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet hos særligt de ressourcetsvage grupper. Midlerne overføres til regionernes bloktilskud.

Desuden er der afsat 1 mio.kr. til Sundhedsstyrelsen i 2017 til opdatering af bl.a. de faglige anbefalinger.

Til indsatsen for tidlig opsporing er der med ØA17 afsat 170 mio.kr. årligt fra 2017 og frem. Midlerne overføres til regionernes bloktilskud.

11. Høj og ensartet kvalitet for kræftpatienter i hele landet (kompetenceløft mv.)

Kompetenceløft i kræftkirurgien

For at forbedre behandlingsresultatet for kræftpatienterne er der behov for et kompetenceløft i kræftkirurgien. Det skal understøtte brugen af operationsteknikker, der tilgodeser en så præcis og skånsom behandling som muligt hos den enkelte patient.

Vedligeholdelse af kliniske retningslinjer

Desuden skal der i regi af DMCG'erne løbende ske en faglig gennemgang og vedligeholdelse af de kliniske retningslinjer for behandling af kræft.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Sundhedsstyrelsen beskriver med inddragelse af regionerne og de faglige miljøer en ramme for systematisk og struktureret kompetenceudvikling af speciallæger og andet personale inden for kræftkirurgien.
- Arbejdet i Sundhedsstyrelsen opdeles i flere faser, hvoraf første fase, som skal ligge til grund for regionernes anvendelse af midler i 2017 færdiggøres i marts 2017, mens den samlede ramme færdiggøres ultimo 2017.
- På baggrund af arbejdet i Sundhedsstyrelsen aftaler Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner ultimo 2017 implementering og opfølgning på en systematisk og struktureret kompetenceudvikling i regionerne.
- DMCG'erne udarbejder og præsenterer en plan for faglig gennemgang og løbende vedligeholdelse af de kliniske retningslinjer for behandling af kræft. Plan for anvendelse af midlerne i 2017 skal præsenteres primo 2017.
- Sundhedsstyrelsen følger løbende op på DMCG'ernes arbejde bl.a. i Udvalg for Kræft.

Økonomi

Der er afsat 49 mio.kr. i alt fra 2017-2020 (12 mio.kr. i 2017, 11 mio.kr. i 2018 og 13 mio. i 2019-2020) og 13 mio.kr. årligt fra 2021 og frem til kompetenceløft i kræftkirurgien. Midlerne overføres til regionernes bloktilskud.

Derudover er der afsat 4 mio.kr. årligt fra 2017 og frem til DMCG'ernes arbejde med kliniske retningslinjer, som udmøntes via Sundhedsstyrelsen.

12. Et godt liv efter kræft (rehabilitering)

Der er behov for større kvalitet og ensartethed på tværs af de kommunale rehabiliterings tilbud. Ligeledes er der behov for mere målrettede tilbud til forskellige grupper af kræftpatienter, herunder for eksempel særlig udsatte eller grupper med få ressourcer, som sjældnere henvises til og deltager i rehabiliteringstilbud. For at understøtte dette, er der bl.a. behov for, at kommunerne i højere grad samarbejder på tværs om at tilbyde målrettet rehabilitering og genoptræning i de tilfælde, hvor det geografisk giver mening for borgerne.

Med henblik på at øge kvaliteten i tilbuddene kan midlerne også anvendes til kompetenceudvikling i den kommunale rehabilitering.

Parterne er enige om, at midlerne anvendes til at sikre, at kræftrehabiliteringsindsatsen følger de faglige anbefalinger på området.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Sundhedsstyrelsen afdækker behovet for indsatser til patienter med senfølger i regi af Sundhedsstyrelsen. Afdækningen afsluttes i juni 2017.
- På baggrund af senfølgeafdækningen aftaler parterne i efteråret 2017, hvordan midlerne til senfølgeindsats skal anvendes i kommunerne fra januar 2018.
- Sundhedsstyrelsen opdaterer forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation med henblik på at understøtte en bedre kræftrehabilitering. Forløbsprogrammet sendes i høring primo 2018. Midlerne skal herefter bidrage til at sikre en ensartet implementering af de nye anbefalinger på tværs af kommunerne.
- Primo 2018 følger Sundhedsstyrelsen op på, om der er behov for yderligere anbefalinger for kræftrehabiliteringen i kommunerne, herunder i forhold til eventuelle målgruppespecifikke indsatser.
- Kommunernes indsats følges løbende i regi af Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet og Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft.
- I regi af KL sker der desuden en opfølgning i forhold til løbende videndeling og videnspredning af kommunernes indsatser mhp. at understøtte ensartethed i tilbuddene på tværs af kommunerne og målrettede tilbud.
- Der skal endvidere ske en afklaring af hvordan der fx datamæssigt kan følges op, herunder på andelen af kræftpatienter med få ressourcer, som rehabiliteres.

Økonomi

Der er afsat i alt 135 mio. kr. i perioden 2017-2020 og yderligere 50 mio. kr. årligt fra 2021 til et løft i den generelle rehabilitering og rehabiliterende senfølgeindsats for kræftpatienter i kommunerne. Midlerne udmøntes til kommunerne via bloktilskuddet bortset fra samlet 1,9 mio. kr., som udmøntes til Sundhedsstyrelsen til opstilling af klare mål og retningslinjer for den kommunale rehabilitering og til en afdækning på senfølgeområdet fra 2017-2019.

13. En værdig og god palliativ indsats (basal palliation og hospicepladser)

Løft i den basale palliative indsats

Parterne er enige om, at der er behov for at styrke kvaliteten og sammenhængen i den basale palliative indsats for patienterne og deres pårørende. Samtidig er der behov for at sikre, at flere patienter, når de ønsker det, får mulighed for at dø i eget hjem, og dermed får en tilstrækkelig basal palliativ indsats i hjemmet.

Midlerne skal dermed bidrage til at skabe rum for, at kommunalt sundhedspersonale med palliative kompetencer kan aflægge hjemmebesøg døgnet rundt. Ligesom midlerne kan anvendes til at styrke sundhedspersonalets kompetencer i forhold til at identificere palliative behov hos borgere i hjemmet og inddrage patienter og pårørende i, hvordan patientens sidste tid skal tilbringes.

Desuden bør sammenhængen i den palliative indsats på tværs af regionerne og kommunerne styrkes.

Det er en forudsætning for midlerne, at de anvendes til at sikre, at den palliative indsats for kræftpatienter følger de faglige anbefalinger på området.

Pulje til nye hospicepladser

Den palliative indsats på hospice styrkes i de områder af landet, hvor en region vurderer, at der er behov for yderligere kapacitet som følge af lang afstand til hospiceplads.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Sundheds- og Ældreministeriet opslår primo 2017 en hospicepulje, som forventes udmøntet i juni 2017. Sundhedsstyrelsen bidrager med en faglig vurdering af de indkomne ansøgninger. Pladserne etableres i 2017-2020.
- I regi af Sundhedsstyrelsen og i samarbejde med kommuner, regioner og faglige miljøer revideres anbefalingerne for den palliative indsats. Arbejdet færdiggøres 1. oktober 2017. Midlerne skal herefter bidrage til at sikre en ensartet implementering af de nye anbefalinger på tværs af kommunerne.
- Opfølgning på kommunernes palliative tilbud, herunder ensartet implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats sker i regi af Taskforce for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet og Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft.
- Det forudsættes, at der, fx i regi af KL, sker en opfølgning i forhold til løbende videndeling og vidensspredning af kommunernes indsatser mhp. at understøtte et løft i den kommunale palliative indsats, og at flere patienter, hvis de ønsker det, kan dø i hjemmet.
- På sigt vil det desuden være relevant, at midlerne til den basale palliative indsats anvendes til at bygge videre på de erfaringer kommunerne får med at styrke den palliative indsats gennem projektet "En værdig død" og understøtte at disse bliver spredt og kommer flere patienter til gode.
- Der skal ske en afklaring af, hvordan der fx datamæssigt kan følges op, herunder på udviklingen i andelen der dør i eget hjem.

Økonomi

Der er med satspuljeaftalen afsat i alt 80 mio.kr. i perioden 2017-2020 og yderligere 29 mio. kr. årligt fra 2021 til at styrke den basale palliative indsats for kræftpatienter i kommunerne.

Midlerne til at styrke den palliative indsats overføres til kommunernes bloktilskud, og målrettes et løft af den basale kommunale indsats.

Der er derudover afsat 5 mio.kr. årligt fra 2017 og frem til etablering og drift af nye hospicepladser. Midlerne udmøntes på én gang efter ansøgning fra en region i samarbejde med en relevant selvejende institution.

Rettidig omhu

14. Øget kapacitet og effektiv anvendelse af ressourcer – drift og anlæg

Øget kapacitet - Drift

Som følge af den demografiske udvikling forventes antallet af gennemførte undersøgelser og behandlinger på kræftområdet at stige. For at imødekomme denne udvikling er der afsat midler til øget kapacitet. Midlerne skal bl.a. bruges til at sikre, at der også fremadrettet er personale nok og til at håndtere en øget aktivitet på kræftområdet. Derudover kan midlerne være med til at understøtte forskning og udvikling på sygehusene. Midlerne kommer oveni aftalen om regionernes økonomi for 2017, hvor der blev afsat 170 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til et løft af kapaciteten til kræftudredning med anslået 15-20 pct. i 2017 sammenlignet med 2. halvår 2015.

Øget kapacitet - Anlæg

For at sikre, at der fortsat kan ske en hurtig udredning og behandling af kræftpatienterne afsættes midler til indkøb af nyt apparatur til hospitalerne.

For at sikre en mere effektiv anvendelse af de eksisterende ressourcer gennemføres der en analyse af kapacitetsanvendelsen på kræftområdet.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

Øget kapacitet - Drift

- Midlerne indgår i de samlede driftsmidler og de årlige løft i forhold til året før udmøntes i forbindelse med økonomiaftalerne for henholdsvis 2018, 2019 og 2020.
- Midlerne er en del af de samlede midler på kræftområdet, og opfølgningen på disse midler vil være en del af den normale monitorering af aktiviteter og resultater på kræftområdet.

Øget kapacitet - Anlæg

- Udmøntningen af midlerne til anlæg og de nærmere retningslinjer herfor foretages i forlængelse af analysen af kræftområdet i marts/april 2017.

Økonomi

Der er afsat i alt 480 mio. kr. fra 2018-2020 til drift på kræftområdet (60 mio.kr. i 2018, 150 mio.kr. i 2019 og 270 mio.kr. i 2020) og 270 mio.kr. fra 2021 og frem.

Der er derudover afsat i alt 500 mio. kr. fra 2017-2019 (190 mio. kr. i 2017, 200 mio. kr. i 2018 og 110 mio. kr. i 2019) til anlæg.

Udmøntningen af midlerne til drift og anlæg sker som udgangspunkt ved en fordeling via regionernes bloktilskud.

15. Udvikling af ny og målrettet behandling (DCCC og eksperimentel kræftkirurgi)

Center for kræftbehandling, forskning og udvikling

Parterne er enige om, at der etableres et center for kræftbehandling, forskning og udvikling ('Danish Comprehensive Cancer Center'). Formålet er at understøtte etableringen af et forpligtende, landsdækkende samarbejde om forskning og udvikling i bl.a. immunterapi og andre lovende behandlingsområder.

Det nye center for kræftbehandling, forskning og udvikling drives af regionerne med inddragelse af de sundhedsvidenskabelige fakulteter og Kræftens Bekæmpelse og forankres i et centralt placeret sekretariat.

Centerets formål og funktion skal ses i sammenhæng med den nye nationale strategi for personlig medicin.

Udvikling af nye og målrettede behandlingsformer – 1-2 centre for kræftkirurgi

Der har igennem de seneste år været en betydelig udvikling i de kirurgiske metoder, som anvendes i behandlingen af en lang række kræftsygdomme. Der etableres derfor 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi på landsplan.

Rammerne fastlægges i regi af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Patienter fra hele landet skal kunne henvises til centret/centrene. De 1-2 centre vil bl.a. få til opgave at evaluere eksperimentelle kirurgiske teknikker, herunder med henblik på at vurdere en eventuel national udbredelse af nye behandlingsprincipper. De 1-2 centre skal samtidig sikre læring til landets øvrige kræftcentre ved udbredelsen af behandlingerne.

Implementering og opfølgning

Parterne er enige om, at

- Den konkrete organisering og placering af center for kræftbehandling, forskning og udvikling (DCCC) aftales mellem Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet primo 2017. Centeret etableres i 2017, hvor de første midler udmøntes. Sundhedsstyrelsen følger centerets arbejde på relevant niveau.
- Sundhedsstyrelsen fastlægger placeringen af de 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi pr. 1. oktober 2017. Der etableres et koordinationsudvalg med deltagelse af relevante parter i regi af Sundhedsstyrelsen mhp. løbende opfølgning mv.

Økonomi

Der er afsat 5 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til etablering og drift af center for kræftbehandling, forskning og udvikling.

Der er afsat 10 mio. kr. i 2017-2020 (3 mio.kr. i 2017-2018 og 2 mio.kr. i 2019-2020) og 2 mio.kr. årligt fra 2021 til etablering og drift af 1-2 centre for kræftkirurgi.

Midlerne overføres til regionernes bloktilskud.

16. Bedre brug af data til forskning og kvalitetsudvikling

Regeringen har igangsat et arbejde med fokus på at udbygge og kvalitetsforbedre det nationale kræftdatagrundlag. Ambitionen er at forbedre mulighederne for at

anvende data til forskning og kvalitetsudvikling. Arbejdet vil blive forankret i et projekt i Sundhedsdataprogrammet.

Implementering og opfølgning

- Projektet forventes igangsat i 1. halvår af 2017.
- Godkendelse og opfølgning sker i regi af Sundhedsdataprogrammets styregruppe, hvor Danske Regioner, KL, Sundhedsdatastyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet og Finansministeriet er repræsenteret.
- Der informeres om status for projektet i Sundhedsstyrelsens Taskforce for patientforløb på kræft- og hjerteområdet.

Økonomi

Der ikke afsat midler i kræftplanen til projektet. Udgifterne afholdes inden for Sundhedsdataprogrammets samlede økonomiske ramme.

Bilag 2. Oversigt over økonomi for Kræftplan IV

Af de 1,5 mia. kr. udmøntes 1,166 mia. kr. til regioner og 239 mio. kr. til kommuner til at løfte kræftindsatsen over en fireårig periode. Derudover er der afsat 20 mio. kr. til hospice, som fordeles til regioner og kommuner efter nærmere afklaring. Fra 2021 og frem udmøntes årligt 384 mio. kr. til regioner og kommuner.

Initiativ, mio.kr.	2017	2018	2019	2020	I alt	Fra 2021 og frem
Patienten først og fremmest						
Udbredelse af beslutningsstøtteværktøjer	4	6	6	6	22	-
<i>Heraf identificering af værktøjer og opfølgning på regionernes implementering i 2020</i>	0,6	0	0	0,4	1	-
<i>Heraf pulje til udvikling af værktøjer til beslutningsstøtte</i>	3,4	0	0	0	3,4	-
<i>heraf midler til implementering af værktøjer</i>	0	6	6	5,6	17,6	-
Behandling i hjemmet	10	10	10	10	40	10
Mere individuelle pakkeforløb for kræft (servicetjek)	2	1	0	0	3	-
Målrettede tilbud på hospitalerne til unge med kræft	7	6	6	6	25	-
Forebyggelse – børn, unge og særlige grupper						
Røgfri generation	6	3	2	3	14	-
Hjælp til rygestop til særlige grupper	12	7,5	7,5	0	27	-
<i>Heraf hjælp til rygestop blandt særlige grupper</i>	12	7	7,5	0	26,5	-
<i>Heraf evaluering</i>	0	0,5	0	0	0,5	-
HPV-vaccination	3	2	0	0	5	-
Øget kvalitet og forbedret overlevelse						
Screening for livmoderhalskræft	23	1	1	0	25	-
<i>Heraf engangstilbud til kvinder født før 1948</i>	22	0	0	0	22	-
<i>Heraf opdatering af faglige anbefalinger på området</i>	1	0	0	0	1	-
<i>Heraf øget deltagelse i regionerne</i>	0	1	1	0	2	-
Høj og ensartet kvalitet	16	15	17	17	65	17
<i>Heraf bl.a. uddannelsesinitiativer i fx kræftkirurgi</i>	12	11	13	13	49	13
<i>Heraf ensartede retningslinjer for behandling mv.</i>	4	4	4	4	16	4
Et godt liv efter kræft (rehabilitering)	31,6	31,9	33,5	38	135	50
<i>Heraf senfølger</i>	0	6	6	6	18	6
<i>Heraf kvalitetsløft i den kommunale rehabilitering</i>	29,7	25,9	27,5	32	115,1	44
<i>Heraf revision af forløbsprogrammet, afdækning på senfølgeområdet og evt. anbefalinger</i>	1,9	0	0	0	1,9	-
En værdig og god palliativ indsats	22	23	23	32	100	34
<i>Heraf basal palliativ indsats</i>	16,5	18	18	27	79,5	29
<i>Heraf hospicepladser</i>	5	5	5	5	20	5
<i>Heraf revision af faglige anbefalinger</i>	0,5	0	0	0	0,5	-
Rettidig omhu						
Udvikling af nye og målrettede behandlingsformer	8	8	7	7	30	7
<i>Heraf 1-2 centre for eksperimentel kræftkirurgi</i>	3	3	2	2	10	2
<i>Heraf center for kræftbehandling, forskning og udvikling</i>	5	5	5	5	20	5
Kapacitet anlæg	190	200	110	0	500	-
Kapacitet drift	0	60	150	270	480	270