REGERINGEN

Frit valg – bedre sammenhæng

Finansministeriet

OKTOBER 2017

REGERINGEN

Frit valg – bedre sammenhæng

Finansministeriet

OKTOBER 2017

Frit valg for alle

Danmark er et enestående velfærdssamfund præget af personlig frihed for det enkelte menneske. Det er et godt udgangspunkt og en arv, regeringen vil forvalte med omhu. Regeringen ønsker derfor at sikre en stadigt større selvbestemmelse i hverdagen for den enkelte borger og skabe en offentlig sektor, der sætter borgeren først.

I foråret 2017 lancerede regeringen arbejdsprogrammet for den kommende sammenhængsreform, som har til formål at forny den offentlige sektor og bringe borgeren i centrum. Et styrket frit valg for borgeren er en del af sammenhængsreformen.

Frit valg giver borgeren frihed til selv at vælge imellem velfærdsydelser og vælge netop det tilbud, som opfylder den enkeltes behov bedst muligt. Det gælder, uanset om det drejer sig om hjemmehjælp, mad i ældreplejen, dagtilbud eller behandling på sygehuset. Borgerens behov kommer i første række.

I dag har vi allerede frit valg på en lang række velfærdsområder. Det giver borgeren indflydelse på sit eget liv, og det skaber sund konkurrence mellem både offentlige og private leverandører, som kan være med til at løfte kvaliteten i de ydelser, borgeren modtager.

Det var under VK-regeringen i 00'erne, at frit valg for alvor blev indført og udvidet på en række af de store velfærdsområder. Siden valget i 2015 er der også blevet lanceret en række initiativer, der styrker borgernes valgmuligheder i forhold til blandt andet sygehusbehandling, udredning, valg af tandpleje, dagtilbud og hjemmehjælp.

Med dette udspil vil regeringen endnu engang udvide det frie valg til nye områder og styrke de eksisterende fritvalgsordninger.

Derudover vil regeringen gennemføre et servicetjek af det frie valg på de større velfærdsområder og se på, hvordan det frie valg i dag bliver anvendt af borgerne, og hvor der er mulighed for at styrke borgerens frie valg og selvbestemmelse. Endelig skal servicetjekket undersøge, hvordan man kan udvide og nytænke det frie valg på velfærdsområderne, så der kan udvikles endnu bedre modeller for frit valg.

Konkret udvider og styrker regeringen det frie valg med følgende initiativer:

Boks 1
Initiativer som styrker og udvider det frie valg for borgerne

- Patienter får ret til frit at vælge genoptræning hos en privat leverandør, hvis det offentlige ikke kan tilbyde genoptræning inden for syv dage efter udskrivning fra sygehuset.
- Der laves en forsøgsordning på ældreområdet, hvor der afprøves nye former for inddragelse af private leverandører i forbindelse med frit valg af rehabiliteringsforløb og mad til ældre.
- Regeringen vil have bedre information om det frie valg i ældreplejen og ønsker at aftale dette med KL og erhvervsorganisationerne.
- Regeringen vil lave et servicetjek af frit valg og undersøge, hvordan man kan udvide, nytænke og styrke det frie valg på velfærdsområderne.

Initiativerne vedrørende genoptræning og forsøgsordningen på ældreområdet vil blive drøftet i forbindelse med forhandlingerne om finansloven for 2018. Servicetjekket afsluttes i januar 2018. Derefter vil forslagene blive løftet ind i arbejdet med sammenhængsreformen. Initiativet vedrørende bedre information om det frie valg i ældreplejen vil indgå i forhandlingerne om kommunernes økonomi for 2019.

Frit valg er indført på mange områder

De borgerlige regeringer i 00'erne styrkede borgernes frie valg markant. Det har medført, at borgerne har fået en række nye rettigheder og mulighed for at vælge mellem flere leverandører af velfærdsydelser.

VK-regeringen indførte blandt andet det udvidede frie sygehusvalg, hvor borgerne fik retten til at blive behandlet på et privathospital, hvis det offentlige ikke kunne give behandling inden for først 60 dage og fra 2007 30 dage. Det er en vigtig rettighed for den enkelte borger, der sikrer en hurtig behandling – uanset om det er på et offentligt eller privat sygehus. Derudover fik borgerne ret til frit at kunne vælge leverandør af hjemmehjælp, ældreplejebolig, hjælpemiddel og dagtilbud.

Desuden blev en række eksisterende fritvalgsordninger styrket under de borgerlige regeringer i 00'erne. Det var eksempelvis tilfældet med indførslen af mere frit skolevalg i 2005, hvor forældre fik ret til frit at vælge folkeskole til deres børn inden for og på tværs af kommunegrænser.

Frit valg har også været en central prioritet for de borgerlige partier siden valget i 2015, hvor en række væsentlige initiativer vedrørende frit valg er blevet præsenteret.

Boks 2
Fritvalgsinitiativer præsenteret siden valget 2015

Det udvidede frie sygehusvalg

I 2016 fik patienter igen ret til at blive behandlet på et privathospital, hvis det offentlige ikke kunne behandle dem inden for 30 dage (det udvidede frie sygehusvalg). Dette gælder, uanset om man lider af en fysisk eller psykisk sygdom. Derudover fik patienter ret til at blive udredt på et privathospital, hvis det offentlige ikke har kapacitet til at udrede dem inden for 30 dage.

Frit valg af tandpleje

Fra 1. januar 2018 genindføres retten til, at forældre kan vælge, om deres børn skal behandles i den kommunale tandpleje eller hos privatpraktiserende tandlæge. Samme ret indføres for ældre og mennesker med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

Styrket frit valg på dagtilbud

I juni 2017 blev der indgået aftale om en række fritvalgsinitiativer på dagtilbudsområdet, der skal sikre, at børnefamilier får en lettere hverdag. Forældrene får blandt andet en ny informationsportal til valg af dagtilbud, og de får ret til at lade barnet blive stående på venteliste til favoritdagtilbuddet, selv om de tager imod en anden plads. Samtidig får de mulighed for at pege på den dagplejer eller daginstitution, som de ønsker. Desuden får forældre på barsel ret til deltidsplads til søskendebørn, og forældre med skæve arbejdstider får mulighed for at kombinere dagtilbud med tilskud til fleksibel pasning hjemme i trygge rammer.

Tryghed om det frie valg på ældreområdet

Siden ændringen af reglerne om frit valg under S-R-SF-regeringen i 2013 har der været en kraftig stigning i antallet af konkurser blandt private leverandører i hjemmeplejen. Konkurserne skaber utryghed for de ældre, deres pårørende og de ansatte. Regeringen har derfor i oktober 2017 indgået aftale med alle Folketingets partier om en række konkrete initiativer, der skal forebygge konkurser i ældreplejen og dermed skabe tryghed om det frie valg for de ældre. Af aftalen fremgår det, at kommunerne fremadrettet skal sikre, at de indgår kontrakt med robuste virksomheder, og at serviceloven ændres, så kommunerne forpligtes til løbende – og mindst en gang årligt – at efterberegne deres afregningspriser. Derudover indføres et lovkrav om, at kommunerne fremadrettet skal have beredskabsplaner, som beskriver håndteringen af eventuelle konkurser i hjemmeplejen.

Regeringen udvider det frie valg yderligere

Med udspillet ønsker regeringen at styrke borgernes frie valg. Konkret styrkes det frie valg med tre initiativer:

- For det første ønsker regeringen at indføre en ret til frit valg i forbindelse med genoptræning.
- For det andet ønsker regeringen at styrke det frie valg på ældreområdet inden for områder som madservice og rehabiliteringsforløb.
- For det tredje ønsker regeringen, at der skal gives bedre information om det frie valg i ældreplejen.

De tre initiativer er nærmere beskrevet nedenfor.

Frit valg af genoptræning

Hurtig og effektiv genoptræning efter en ulykke eller et sygdomsforløb er afgørende for, at man som borger kan genvinde funktionsevnen. Det betyder, at man som borger hurtigere kan blive rask og vende tilbage til sit normale liv og sit arbejde.

Genoptræningsindsatsen går i dag på tværs af regioner og kommuner. Kommunerne er ansvarlige for at yde tilbud om genoptræning til borgerne på baggrund af den genoptræningsplan, som sygehuset skal sende til kommunen senest på udskrivningstidspunktet.

I nogle situationer oplever borgerne desværre, at der går for lang tid, inden den kommunale genoptræningsindsats bliver sat i gang. Det kan være en forhindring for borgerens muligheder for at vende fuldt tilbage til sit normale liv så hurtigt som muligt.

Regeringens forslag om frit valg af genoptræning skal sikre, at patienter frit kan vælge et tilbud fra en privat leverandør, hvis det offentlige ikke kan tilbyde genoptræning til patienten hurtigt efter udskrivning fra sygehuset.

Konkret vil regeringen indføre en lovbaseret rettighed, så borgere sikres ret til at vælge et privat alternativ, hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen senest syv dage efter udskrivningsdatoen. Denne model svarer til det udvidede frie sygehusvalg, hvor der er ret til behandling i privat regi, hvis ventetiden til behandling på offentligt sygehus overstiger 30 dage.

Forsøg med styrket frit valg på ældreområdet

Siden 00'erne er der flere og flere ældre borgere, der vælger og efterspørger hjemmehjælp, madservice og andre ydelser fra private leverandører. Derfor er der behov for, at fritvalgsordningerne på ældreområdet er så gode og velfungerende som muligt.

Regeringen vil styrke borgernes frie valg på ældreområdet ved at afprøve nye former for frit valg og inddragelse af private leverandører. Regeringen har i den forbindelse særligt fokus på rehabiliteringsforløb og madservice til ældre.

I første omgang har regeringen afsat midler til at gennemføre en række forsøg, der kan bidrage til viden om, hvordan det frie valg kan styrkes på disse områder.

I dag har ældre borgere ikke frit valg, når det gælder rehabiliteringsforløb. Ved indførelsen af rehabiliteringsreglerne var man bekymret for, at det kun var en mindre del af de private leverandører, som ville kunne løfte opgaven med komplekse og tværfaglige rehabiliteringsforløb.

Sidenhen har en række kommuner dog valgt at inddrage private leverandører til rehabilitering. Det giver et godt afsæt for forsøgsordningen, der mere systematisk afprøver, hvordan private leverandører kan bidrage til bedre rehabiliteringsforløb, hvor borgerne har mere valgfrihed.

I forhold til madservice til ældre skal kommunerne i dag tilbyde borgerne, at de kan vælge imellem flere leverandører. Hvis der ikke er mindst to leverandører at vælge imellem, skal kommunen tilbyde borgerne et fritvalgsbevis, som giver borgeren "pengene i hånden" og mulighed for at vælge mad fra fx den lokale slagter.

Fritvalgsbeviser giver borgeren en stor grad af selvbestemmelse, og fritvalgsbeviser kan derfor bidrage til at udvikle det frie valg for borgerne. Derfor kan det i forbindelse med forsøgsordningen afprøves, hvordan borgerens frie valg kan styrkes inden for madservice, herunder i kommuner, der allerede i dag har flere leverandører, og hvor et fritvalgsbevis derfor er frivilligt.

Kommunerne kan ansøge om midler til at dække omkostninger i forbindelse med udvidelse af det frie valg. Forsøgsordningen skal løbe i en fireårig periode.

En vigtig del af forsøgsordningen vil omfatte erfaringsopsamling, evaluering og tilpasning af modeller med private leverandører med henblik på udbredelse til flere kommuner.

Bedre information om det frie valg i ældreplejen

En forudsætning for at gøre brug af det frie valg er, at borgerne kender til muligheden og kan få et overblik over de forskellige leverandører i kommunen.

Kommunerne er i dag forpligtet til at informere borgerne om muligheden for det frie valg i ældreplejen, samt hvilke godkendte leverandører borgerne kan vælge imellem. Det er imidlertid op til kommunerne selv at tilrettelægge, hvornår og hvordan der informeres om det.

En undersøgelse af konkurser på hjemmehjælpsområdet viser, at langt størstedelen af kommunerne allerede informerer borgerne om det frie valg i forbindelse med visitation. Dog føler flere af modtagerne ikke, at de har kendskab til muligheden for at vælge en privat leverandør.

Regeringen ønsker derfor at aftale med KL, at der med den fornødne inddragelse af erhvervsorganisationerne skal arbejdes for bedre information om det frie valg. Regeringen og KL kan på den baggrund i fællesskab formulere anbefalinger om, hvordan der informeres bedre om det frie valg og skabes et bedre overblik for borgerne, fx ved at kommunerne oplyser om det frie valg ved førstegangsvisitation, revisitation, og når der kommer nye leverandører.

Regeringen foretager et servicetjek af frit valg

I løbet af de sidste årtier er frit valg blevet udvidet til langt hovedparten af velfærdsområderne, fx ældre-, sundheds- og socialområdet. Det er væsentligt, at fritvalgsordningerne også i fremtiden kommer til at fungere optimalt, i takt med at de udvides og styrkes. Frit valg har betydning for kvaliteten af den ydelse, borgeren får, og dermed for den enkeltes livskvalitet.

Regeringen vil derfor undersøge, hvordan det frie valg kan udvides til også at omfatte nye områder samt styrke de eksisterende fritvalgsordninger – eksempelvis på flere dele af det kommunale sundhedsområde. Det skal også undersøges, hvordan frit valg kan styrkes via fx øget gennemsigtighed, voucherordninger, portaler til sammenligning af ydelser mm. Derudover skal det i servicetjekket undersøges, om der kan udvikles nye modeller for frit valg. Dette kunne eksempelvis være nye modeller for frit valg, hvor private leverandører inddrages via udbud.

Disse undersøgelser gennemføres som led i et servicetjek af frit valg på de større velfærdsområder. Konkret vil regeringen gennemføre servicetjek på ældre-, dagtilbuds-, social-, undervisnings-, uddannelses- og sundhedsområdet.

Servicetjekket skal indeholde en kortlægning af, hvor der eksisterer frit valg, samt hvilke muligheder der er for frit valg på velfærdsområderne. Det skal samtidig inkludere en vurdering af, hvor det frie valg fungerer og ikke fungerer efter hensigten, og hvad der ligger til grund herfor. Endeligt skal servicetjekket belyse, hvordan fritvalgsordningerne kan indrettes, så de understøtter kvalitet, konkurrence og mest mulig velfærd for pengene.

Servicetjekket afsluttes i januar 2018. Derefter vil forslagene blive løftet ind i arbejdet med sammenhængsreformen.

Økonomi

Regeringen lægger op til, at initiativerne vedrørende genoptræning og forsøgsordningen på ældreområdet, bliver finansieret af velfærdsreserven afsat på regeringens finanslovforslag for 2018.

Initiativet vedrørende genoptræning vil kræve finansiering svarende til 61 mio. kr. i 2018, for at nedbringe ventetiden, og 50 mio. kr. årligt fra 2019 og frem.

Initiativet vedrørende styrket frit valg på ældreområdet vil kræve finansiering svarende til 25 mio. kr. årligt i perioden 2018-2021.

Denne udmøntning af velfærdsreserven vil indgå som regeringens forslag til fordelingen af midlerne i forbindelse med forhandlingerne om finansloven for 2018.

2017/18:10

Oktober 2017

Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K
Tlf.: +45 3392 3333
E-mail: fm@fm.dk

ISBN 978-87-93635-07-4 (pdf version)

Design, omslag: e-Types
Foto: Getty Images og Johnér Bildbyrå AB

Publikationen kan hentes på:
fm.dk / regeringen.dk

Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K
Tlf.: +45 3392 3333

SAMMEN OM PSYKIATRI

FÆLLES SPROG, FÆLLES FORSTÅELSE, FÆLLES ANSVAR

22 Syddanske kommuner og Region Syddanmark

SAMMEN OM PSYKIATRI

FÆLLES SPROG, FÆLLES FORSTÅELSE, FÆLLES ANSVAR

Baggrund

Mange borgere med psykiske lidelser har i kortere eller længere perioder af deres liv behov for såvel en behandlingsindsats som en social indsats dvs. både en indsats fra region og kommune.

Borgere med psykiatriske lidelser oplever ofte at skulle krydse mellem sektorer – fra behandlingspsykiatrien til et kommunalt/regionalt tilbud og tilbage igen. For nogle borgere sker dette kryds mange gange i løbet af livet. For borgere med psykiske lidelser er det vigtigt at opleve sammenhæng i indsatsen. Der er derfor behov for at udvikle et endnu bedre samspil i såvel planlægning af kapacitet og indsatser som i daglig praksis i det konkrete borgerforløb.

Ved manglende sammenhæng i indsatserne er der risiko for, at den enkelte får en ufuldstændig indsats, som ikke tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ønsker. En usammenhængende indsats kan resultere i genindlæggelse eller tab af funktionsevne og livskvalitet. Sammenhæng og samtidighed med klare aftaler er i høj grad nødvendig for at sikre, at indsatserne for borgeren er effektive og af høj kvalitet.

INDLEDNING

Dette projekt tager sit udgangspunkt i en dialog om psykiatri og de fælles udfordringer, som fandt sted på møde mellem Socialdirektørforum, Sundhedsstrategisk forum behandlingspsykiatrien Region Syddanmark i oktober 2016.

PROJEKTETS FORMÅL

Det overordnede formål er at skabe bedre sammenhæng i indsatserne for borgerne. Den bedre sammenhæng skal bl.a. medvirke til færre indlæggelser, øget ambulant behandling og mere progression for borgerne. Dette skal opnås ved, at kendskabet sektorerne imellem øges, at samarbejdet, samtidigheden og tværfagligheden i indsatserne styrkes og der udvikles bedre samarbejdsformer mellem behandlingspsykiatrien og kommuner.

Mål

- At borgerne oplever øget sammenhæng, samarbejde og samtidighed i indsatsen
- At borgerne i projektet oplever færre indlæggelser
- At borgerne oplever mere progression

PROJEKTETS INDSATSOMRÅDER

Indsatsområderne for projektet er:

- Fælles kompetenceløft
- Samarbejde om konkrete, udvalgte borgere
- Systematisk samarbejde

PROJEKTETS MÅLGRUPPE

Borgere

Målgruppen er borgere med psykiske lidelser, som modtager indsatser fra såvel behandlingspsykiatrien som i den regionale og kommunale socialområde.

Målgruppen er borgere fra 20 år. Indsatser målrettet børn og unge indgår i satspuljeprojektet om hurtig udredning og lette adgange til psykiatrien.

Medarbejdere

Det generelle kompetenceløft er målrettet alle medarbejdere og ledere i såvel behandlingspsykiatrien som socialpsykiatrien.

AKTIVITETER OG METODER

Projektet omfatter de 22 syddanske kommuner – såvel sundheds- som socialområdet samt Region Syddanmarks socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Projektet består af to samtidige indsatser - et fælles kompetenceløft og samarbejde om konkrete udvalgte borgere.

Fælles kompetenceløft

I samarbejde med kursusudbyder planlægges en temadag for ledere fra såvel behandlingspsykiatrien som socialpsykiatrien og misbrugsområdet. Der tages på dagen udgangspunkt i eksempler fra hverdagen. Forinden udarbejdes et casekatalog med 5 gode og 5 dårlige eksempler på tværsektorielt samarbejde omkring borgere, som kan anvendes i undervisningen. Undervisning indeholder teorier om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde – bl.a. med udgangspunkt i forløbstankegangen og relationel koordinering. Der kan også tages fat i anderledes metoder til inddragelse af borgerne – f.eks. erfaringer fra Din indgang i Fredericia Kommune.

Medarbejdere inddrages via satspuljeprojektet: Fælles undervisning omkring borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug, hvor der igangsættes et uddannelsesforløb i perioden 2017 til 2018.

Samarbejde med og om konkrete, udvalgte borgere med komplekse problemstillinger

I projektet sættes ekstra fokus på udvalgte borgere med komplekse problemstillinger. Kommunerne afdækker, hvilke borgere de har i projektets målgruppe. Psykiatrien og kommunerne udvælger i fællesskab et antal borgere – max.10 til det videre forløb. Borgerne skal give accept til deltagelse.

Med udgangspunkt i de valgte borgere indledes et tæt samarbejde mellem kommune og psykiatri. Samarbejdet skal tage udgangspunkt i den enkelte borger og dennes udfordringer. Der arbejdes med i højere grad at anvende eksisterende redskaber som fx udskrivningsaftale og koordinationsplaner. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ved udskrivelse fra den psykiatriske afdeling kan anvendes i de tilfælde, hvor det vurderes nødvendigt at fastholde patienten i behandling og mindske risiko for medicinsvigt efter udskrivelse. Derudover kan der arbejdes tværfagligt med at udrede borgerne i hjemmet/botilbud og der kan udveksles erfaringer med, hvilke metoder og tilgange medarbejderne har erfaringer for, har en god effekt på den specifikke borger.

Som udgangspunkt er alle kommuner, det regionale socialområde samt alle psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark en del af projektet. Projektet opdeles i tre faser.

Fase 1:Èn psykiatrisk afdeling og kommuner i optageområdet indgår i fase 1.

Fase 2:To psykiatriske afdelinger og ca. 6-10 kommuner i optageområdet.

Fase 3:Fem psykiatriske afdelinger og ca. 6-10 kommuner i optageområdet

METODER

Der afholdes møder mellem behandlingspsykiatri og kommune/region minimum 6 gang årligt omkring den enkelte borger – heraf ligger de 3 møder indenfor de første 4 måneder af et borgerforløb. For at muliggøre denne mødekadence, er det vigtigt at indtænke brug af videomøder.

Det er projektlederen, der indkalder første møde – og som lægger mødeplan for den enkelte borger. På første møde aftales, hvem der er hovedansvarlig i det konkrete borgerforløb.

Dette kan baseres på hvilken medarbejder, der har den bedste kontakt til borgeren eller baseres på det koordinerede forløb der planlægges. Projektlederen skal løbende aflevere status på de enkelte forløb til styregruppen.

For at sikre dialog mellem aktørerne omkring en borger er det vigtigt, at der er nogle rammer for dialogen. Følgende punkter skal derfor indgå i alle møder:

1. Er det de rigtige personer, som sidder rundt om bordet?
2. Hvad er vores fælles mål for denne borger? Herunder også borgerens mål.
3. Afdæk, hvad I samlet set ved om pågældende borger – diagnoser, netværk, hidtidige forløb m.v.
4. Aftal, hvilken tilgang og metode I ønsker at anvende til den pågældende borger
5. Inddrag borgeren – borgeren give samtykke
6. Der udarbejdes en samlet plan – se bilag 1

Det er den enkelte psykiatriafdeling og de enkelte kommuner, der med støtte fra projektlederen skal implementerer projektet i et samarbejde med borgeren i forhold til de konkrete tiltag.

DOKUMENTATION OG AFRAPPORTERING

Sammen om psykiatri monitoreres og følges løbende. Udover de kvantitative monitoreringer af udviklingen, som baseres på eksisterende redskaber, udarbejdes der tracerforløb, som måler effekten for de enkelte borgere. Herudover udarbejder projektlederen i samarbejde med kommuner og psykiatrien en evaluering af processen.

FORMIDLING OG KOMMUNIKATION

I forhold til kommuner, psykiatriske afdelinger samt øvrige samarbejdspartnere, vil der blive udsendt skriftlig information om projektet. Desuden vil projektet blive drøftet i de relevante samarbejdsfora – herunder de psykiatrisk samordningsfora, Sundhedsstrategisk forum, Socialdirektørforum og KKR. Psykiatri- og Socialudvalget samt Psykiatrisk Dialogforum i Region Syddanmark informeres om projektets formål og indsatser samt de opnåede erfaringer.

PROJEKTETS ORGANISERING OG BEMANDING HERUNDER LEDELSESMÆSSIG FORANKRING

Projektledelse

Der ansættes en deltids projektleder i en 2 årig stilling. Projektlederen er igangsætter og problemknuser. Projektlederen kan løft problemstillinger op til styregruppen. Projektlederen skal understøtte fremdrift og hjælpe til med at fokus fastholdes på projektet og de borgere, som indgår heri.

Styregruppe

Der nedsættes en styregruppe for projektet. Styregruppen består af:

Lise Plougmann Willer, Esbjerg Kommune

Sonja Miltersen, Vejen Kommune

Jakob Kyndal, Aabenraa Kommune

Ole Ryttov, Psykiatrien Region Syddanmark

Christian Schacht-Magnussen, Region Syddanmark

TIDSPLAN OG PROJEKTPLAN

Projektet forventes igangsat 1. maj 2018 og afsluttes 31. december 2019

1/5 2018	De første 10 borgere identificeres og projektet igangsættes
1/8 2018	Kursusforløbene igangsættes
1/5- 1/8 2018	Evaluering af forløbet med de første 10 borgere
1/8 2018	Fase 2 igangsættes

ØKONOMI

	2018	2019	I alt for 2018 og 2019
½ projektleder stilling	300.000	300.000	600.000
Fælles kompetence	50.000	-	50.000
I alt	**350.000**	**300.000**	**650.000**

Endeligt UDKAST 5. dec. 2017

Samarbejdsaftale om projekt "GERI-kuffert"

§ 1 Aftalens parter og afgrænsning

Aftalen indgås i Praksisplanudvalget i Region Syddanmark som en lokalaftale under den underliggende aftale mellem PLO Syddanmark, kommunerne i regionen og Region Syddanmark. Aftalen omfatter deltagende praksis i kommunerne Svendborg, Fåborg-Midtfyn, Kerteminde og Nordfyn. Aftalen er gældende for perioden, hvor GERI-kuffert konceptet afprøves i almen praksis, dvs. fra 01-01-2018 til 31-12-2019.
Aftalen er begrænset til almindelig dagtid og gælder ikke lægevagten.

§ 2 Aftalens formål

Aftalen har til formål at understøtte, at det via et projekt kan afprøves, om akut intensiv og dataunderstøttet dialog mellem akutsygeplejerske og almen læge kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.
GERI-kuffert – projektet tilbyder ældre medicinske patienter mulighed for et bedre forløb ved nyopstået eller forværret sygdom. Projektet indebærer, at praktiserende læger kan få adgang til særlige kliniske data og sygdomsoplysninger fra kommunernes akutsygeplejersker via en akut edifact.
Ved overførsel af kliniske data og sygdomsoplysninger kvalificeres behandlende læges beslutningsgrundlag mhp. om videre behandling kan ske:

- I boligen ved besøg eller ordination til hjemmesygeplejerske
- Ved besøg hos lægen
- Ved subakut vurdering af geriater næste hverdag eller
- Ved akut indlæggelse.

§ 3 Projektets indhold

Ved nyopstået eller forværret sygdom kan akutsygeplejersken kontaktes af plejepersonale eller af lægen.

Akutsygeplejens vurderer herefter borgerens situation. Hvis Akutsygeplejersken vurderer, at det kan være relevant at tage blodprøver til afklaring af borgerens tilstand, kontakter akutsygeplejersken patientens læge og aftaler om der skal tages blodprøver ved hjælp af GERI-kufferten. Blodprøvetagning foretages på delegation fra lægen..

Sygeplejersken indskriver oplysninger og målingerne i et fælles interface og den praktiserende læge modtager edifact direkte fra dette interface indeholdende kopi af målingerne og sygeplejerskens oplysninger. Frem til den tekniske løsning omkring det fælles interface er etableret, sender sygeplejersken oplysningerne til lægen som almindelig edifact.

Såfremt akutsygeplejersken har behov for en hurtig lægelig vurdering af borgerens tilstand, gøres lægen telefonisk opmærksom på behovet for vurdering af edifact vedrørende borgeren.

På baggrund af sygeplejerskens beskrivelse af borgeren og de fremsendte data kan lægen sikre fortsat vurdering og behandling. Lægen kan frit vælge at sende sine ordinationer direkte til hjemmesygeplejen, eller indskrive dem i det fælles interface. Aftalen kan gennemføres uden at lægen tilgår det fælles interface.
Lægen har desuden mulighed for at bestille en ambulant geriatrisk vurdering næste hverdag ved hjælp af en almindelig henvisning til geriatrisk afdeling i lægens eget journalsystem.

Projektet må ikke forlænge den tid, der normalt går til lægen kontaktes. Ved akutte tilstande følges sædvanlig procedure for vurdering af borgerens tilstand og kontakt til lægen. Når lægen kontaktes vurderer denne, om der er tid til tilsyn ved akutsygeplejerske og ordinere blodprøver.

§ 4 Afregning og honorering

Aftalen indeholder honorar for ydelser leveret i projektet:
Honoraret dækker alle e-konsultationer og telefonkonsultationer i forbindelse med akutsygeplejerskens kontakt til praksis:

- Besvarelse af indledende telefonopkald vedr. blodprøvetagning, eller behov for opmærksomhed på indkommende edifact
- Akut stillingtagen til data og beskrivelser modtaget fra sygeplejerske
- kommunikation og opfølgning med den kommunale akutsygeplejerske og/eller geriatrisk ambulatorium indenfor samme dag

Ydelsen kan anvendes én gang dagligt pr. patient.

Der kan ikke afregnes yderligere telefon- eller e-mailkonsultationer for patienten samme dag.

Honorar for konsultation og sygebesøg, samt tillægsydelser i forbindelse hermed, til patienten samme dag kan afregnes sammen med projekt-ydelsen.

Ydelserne i denne aftale er undtaget økonomiloftet.

Ydelsen udgør 350,00 kr

Ydelsen registreres med ydelseskode: XXXX

Ydelserne registreres af lægen og afregnes med lægens øvrige ydelser.

Alle ydelserne er grundbeløb som reguleres efter Overenskomstens almindelige reguleringsprocent jf. Overenskomst for Almen praksis § 68

Omfang:
I projektet estimeres antallet af borgere omfattet af indsatsen til at være ca. 6 pr. dag, svarende til ca. 2.190 borgere i projektets løbetid. På baggrund af antallet af patienter der

forventes omfattet af projektet estimeres de samlede udgifter til ydelsen til 766.500 kr. over projektet to årige løbetid.

§ 5 Tvister
Uenigheder om aftalen tages op i Lokalaftaleudvalget.
Hvis der ikke kan opnås enighed, kan hver part opsige aftalen.

§ 6 Ikrafttrædelsesdato og ophør
Aftalen træder i kraft den 1. januar 2018 og løber frem til afslutning af Geri-kuffert projektet: 31-12-2019.

Aftalen kan af begge parter opsiges med 1 måneds varsel til bortfald d. 1. i en måned.

For PLO SYD, den

_____

Jørgen Skadborg

For Region Syddanmark, den

_____

Tage Petersen

For Kommunerne i Region Syddanmark, den

Henning Ravn, Esbjerg Kommune

Region Syddanmark

UDKAST 5. december2017

Rammeaftale for anvendelse af telemedicinske løsninger i almen praksis

1 Generelt

1.1 Tema og grundlag

Der er enighed om at understøtte afprøvning og ibrugtagning af telemedicinske løsninger i almen praksis. Fokus for anvendelse af telemedicin er at lette arbejdsgange til fordel for både patient og læge i almen praksis og for lægens samarbejdspartnere.

Det er visionen, at:

- patienten kan deltage i egenomsorg og behandling i elektronisk samspil med lægen
- møder kan afløses af videokonference i velfungerende rammer
- billeder til brug for behandling og opfølgning kan udveksles nemt og hurtigt på tværs af sektorer.

Den praktiserende læge har en stor samarbejdsflade. Det forventes, at samarbejdet med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet kan smidiggøres gennem anvendelsen af telemedicinske løsninger, herunder brugen af videokonference. F.eks. kan lægens deltagelse i udskrivningskonferencer og koordineringsmøder o.lign lettes ved brugen af videokonference fremfor fysisk fremmøde. Dette forventes at have afledt, positiv effekt på kvaliteten af den samlede behandling af patienten.
Der foreligger endnu ingen eller kun sparsom dokumentation for om der er gavnlige effekter af telemedicin i almen praksis, hvad angår kvalitet, økonomi og patienttilfredshed, hvorfor der er behov for afklarende projekter.

Formålet med aftalen at få afprøvet, og i det omfang det giver gode resultater, at få implementeret telemedicinske metoder i almen praksis.

Aftalen fastsætter vilkår for anvendelsen af telemedicinske løsninger i almen praksis i det almindelige daglige arbejde, samt i forbindelse med telemedicinske pilotprojekter. Aftalen fastsætter derudover honorering i forbindelse med anvendelse af telemedicinske løsninger.

Aftalen indgås mellem PLO Syddanmark, kommunerne i Region Syddanmark og Region Syddanmark og indgår i den underliggende aftale til praksisplanen.

Rammeaftalen pålægger ikke den enkelte læge en forpligtelse til at anvende telemedicinske løsninger, men fungerer som ramme for anvendelse blandt de læger, der er interesserede og finder et udviklingsperspektiv i brugen af telemedicin.

Region Syddanmark understøtter udbredelse af videokonferenceudstyr i almen praksis, primært til brug for teletolkning. Dette udstyr tænkes ligeledes anvendt i forbindelse med brugen af nærværende aftale. Den løsning regionen understøtter udbredelsen af, lever op til kravene for udveksling af personfølsomme data.

1.2 Telemedicinsk udvalg

Der nedsættes et fællesudvalg vedr. telemedicin, som skal følge anvendelsen af de i aftalen beskrevne ydelser, samt vedligeholde en oversigt over igangværende telemedicinske projekter i almen praksis.

Udvalget skal endvidere behandle og vurdere henvendelser vedr. telemedicinske pilotprojekter, der involverer almen praksis jf. afsnit 3 i denne aftale.

Udvalget sammensættes af 2 medlemmer fra PLO-Syddanmark, 2 kommunale medlemmer og 2 medlemmer fra Region Syddanmark.
Region Syddanmark sekretariatsbetjener udvalget.
Der udarbejdes et kommissorium, der nærmere beskriver formål, mandat, mødefrekvens mv. for udvalget.

2 Ydelser og honorering

2.1 Teletolkning

Region Syddanmark ønsker at understøtte brugen af teletolkning i almen praksis og tilbyder derfor at understøtte anskaffelse og opsætning af videokonferenceudstyr hos interesserede almen praksis.

Brugen af teletolkning forventes at understøtte brugen af videokonferenceudstyr til andre løsninger, idet det fremmer brugen af udstyret og øger fortroligheden hermed.

2.2 Videoanvendelse

Denne del af rammeaftalen skal ses som et tilbud til de praksis, der ønsker at anvende videoudstyr i nye sammenhænge i almen praksis.
Det vurderes, at video hensigtsmæssigt vil kunne anvendes i flere situationer f.eks.:

2.2.A: Videomøder og –konferencer med andre sundhedsprofessionelle aktører omhandlende konkrete patientforløb, primært med koordinerende og eller vejledende formål

Møder og udskrivningskonferencer, hvor videoanvendelse træder i stedet for fysisk tilstedeværelse ved et møde/-konference, f.eks.:

- Udskrivningskonferencer o.lign., hvor der er deltagelse fra almen praksis, sygehusafdelingen og eventuelt kommunalt personale.
- Koordineringsmøder med samarbejdspartnere: f.eks. mellem almen praksis og kommunen: hjemmepleje, socialpsykiatri, jobcentre mv.
- Rådgivning/møde/fælleskonsultation med specialist f.eks. speciallæge i sygehusregi
- Patientkonsultationer bistået af andet sundhedspersonale f.eks. på et plejehjem: Konsultationer, hvor det er tilstrækkeligt, at lægen ser patienten via video sammen med stedligt sundhedspersonale, som er hos patienten og som kan bidrage til konsultationen.
  Tilstedeværelsen af personale forventes at aflede en koordinering af den sundhedsfaglige indsats mellem aktørerne.
  Konsultationer bistået af kommunalt personale kan sidestilles med fysiske konsultationer hos lægen, hvor patienten ledsages af kommunalt personale.

  Såfremt der ikke opnås forbindelse med samarbejdsparten, eller forbindelsen er af utilstrækkelig kvalitet og konferencen derfor ikke kan gennemføres, kan lægen fortsat opkræve honorar for den anvendte tid til konferencen.

Udstyr og forbindelse lægen anvender til videomøde/konference skal være sikkerhedsmæssigt forsvarligt i forhold til udveksling af personfølsomme oplysninger.

2.2. B: Videokonsultationer med behandlende formål omhandlende konkrete patienter

Konsultationer, hvor videoanvendelse træder i stedet for en almindelig konsultation eller sygebesøg.

Det kan f.eks. være i form af konsultationer med patienter, som ikke kræver egentligt fremmøde, men hvor behovet for at se patienten opfyldes tilstrækkeligt ved anvendelse af video.
Der er tale om konsultationer, som ikke kan klares ved en overenskomstmæssig telefonkonsultation, men som kan erstatte konsultation eller sygebesøg.
Videokonsultationer svarer til almindelige konsultationer blot gennemført på anden vis.

Lægen fastsætter tidspunktet for videokonsultation og foretager opkald til patienten. Såfremt der ikke opnås forbindelse med patienten, eller forbindelsen er af utilstrækkelig kvalitet og konsultationen derfor ikke kan gennemføres, kan lægen fortsat opkræve honorar for videokonsultation.

Honorering af videokonsultation udelukker ikke, at lægen kan modtage honorar for andre grund- eller tillægsydelser for patienten samme dag.

Ved anvendelse af videokonsultationer mv. skal det anvendte udstyr leve op til gældende sikkerhedskrav i forhold til f.eks. etablering af forbindelse, kryptering mv.

2.3 Billedmateriale
C: Elektronisk forsendelse af billeder

I forbindelse med behandling af hudsygdomme og kontrol af sår, kan patienten sende billeder til vurdering hos lægen, som supplement til beskrivelse af såret/lidelsen i forbindelse med telefon-, e-mail- eller videokonsultation. Ligeledes kan lægen med henblik på specialistrådgivning fremsende billeder til vurdering hos speciallæger, hvilket sparer patienten for at møde op hos lægen hhv. speciallægen.
Denne aftale erstatter ikke aftale om teledermatologi.

Anmærkning: Parterne er enige om nærmere at undersøge og vurdere mulighederne for anvendelse af billedforsendelse i lægevagten med henblik på afprøvning i forsøg.

2.4 Honorering

A: Videomøde/-konference:
Honorering af de praktiserende læger sker efter konferencens/mødets varighed. Der afregnes for moduler af 10 minutters varighed á kr. 152,01 (1/10-2017-niveau) (ydelse AAAA)

B: Videokonsultation:
Honorering af videokonsultation, der træder i stedet for en almindelig konsultation eller sygebesøg honoreres med ydelse svarende til almindelig konsultationstakst:
Ydelse BBBB kr. 139,93 (1/10-2017 -niveau)

C: Elektronisk forsendelse af billeder
Ved fremsendelse af billeder til lægen fra patienten eller fra lægen til speciallæge ydes et tillæg til den relevante grundydelse:

Tillægsydelse CCCC kr. 120,05 ((2010 niveau - ydelse 4246))"fremsendelse af digitale billeder" jf. aftale om teledermatologi)

2.5 Registrering

Videokonsultation registreres på særskilt ydelsesnummer for at sikre mulighed for at følge udviklingen i brugen af denne type ydelser:
A:Videomøde/konference - ydelseskode AAAA
B: Videokonsultation – ydelseskode BBBB
C: Elektronisk forsendelse af billedmateriale – ydelseskode CCCC

2.6 Anvendelse af ydelserne

Alle praktiserende læger kan anvende de ovenstående ydelser såfremt brugen af telemedicinsk udstyr lever op til de gældende krav herfor jf. bilag 2

3 Forsøgspraksis

Aftalen understøtter afprøvning og test af nye velfærdsteknologiske og telemedicinske løsningsmodeller i praksis.

Dels gennem etablering af et panel af "forsøgspraksis" til afprøvning af pilotprojekter, der besluttes iværksat af det telemedicinske udvalg, og dels ved at det telemedicinske udvalg screener og understøtter mindre, lokale projekter med udspring i praksis eller det lokale samarbejde mellem praksis, kommune og region/sygehuse.
Det telemedicinske udvalg sammensætter et korps af forsøgspraksis og fastlægger hvilke projekter, der kan afprøves i test-praksis.

Projekterne opdeles i 2 kategorier:

3.1 Pilotprojekter iværksat af det telemedicinske udvalg

Pilotprojekter besluttet i det telemedicinske udvalg, som afprøves i en begrænset gruppe af ca. 20 forsøgspraksis og som honoreres i henhold til denne aftale. Gruppen af forsøgspraksis fastsættes blandt interesserede praksis.

3.2 Lokale projekter

Pilotprojekter med udspring i enkeltpraksis, eller det lokale samarbejde mellem praksis, sygehus og/eller kommune om afprøvning af telemedicinske løsninger. Pilotprojektet forelægges for det telemedicinske udvalg, der skal godkende det enkelte projekt og sikre, at der følges op på løsningen, således at der kan tages stilling til evt. udbredelse af løsningen efter pilotprojektets ophør.

Ved større projekter, der f.eks. omhandler hele eller store dele af regionen, skal der indgås specifikke lokale aftaler for det enkelte projekt.

3.3 Honorering:

Ved større projekter eller projekter iværksat af det telemedicinske udvalg dækker den part, der er initiativtager til projektet efter nærmere aftale omkostninger til udstyr, som indkøbes og installeres til/i praksis.

Herudover honoreres lægen for det faktiske tidsforbrug, der anvendes ved testning af projektet på baggrund af et specificeret regnskab.

Honoraret udgør pr. time kr. 912,06 (1/4-2017-niveau)

Ved lokale projekter foretages der honorering ud fra principperne i afsnit 2.4 i denne aftale

Ved projekter i regi af f.eks. KEU eller med anden ekstern finansiering kan principperne for honorering efter denne aftale ligeledes finde anvendelse.

4 Implementering af rammeaftalen

Aftalen implementeres via det telemedicinske udvalg – jf. afsnit 1.2.

4.1 Aftalens ikrafttræden

Aftalen træder i kraft den dd-mm-åååå og kan opsiges med 3 måneders varsel.

Godkendt

For PLO SYD, den

_____

Jørgen Skadborg

For Region Syddanmark, den

_____

Tage Petersen

For kommunerne, den

_____

Henning Ravn

Bilag 1: aftale om teledermatologi
(indsættes)

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

– samarbejde og kommunikation

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Titel
Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2018
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden
Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og træder i kraft den XX.XX.2018.

Emneord
diabetes mellitus, type 1, type 2, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0
Februar 2018

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-60-8

Forord

Udarbejdes i januar 2018

Xxxxxxxx Xxxxx
Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Xxxxxxxx Xxxxx
Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Indholdsfortegnelse

Forord **3**

1 **Introduktion** **6**

FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING

2 **Borgerrettet forebyggelse i kommunen** **11**
Kommunen 11
Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud . . 11

3 **Tidlig opsporing af diabetes** **13**
Almen praksis 14
Kommunen 17
Sygehuset. 17

RISIKOVURDERING

4 **Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset**. **18**
Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes 19
Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes 19
Vurdering af rette behandler ved øvrige diabetesformer 20
Vurdering af behov for rehabilitering 21
Vurdering af behov for særlig støtte 21

RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION

5 **Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset** . . . **25**
Almen praksis 27
Sygehuset. 28

6 **Borgerens kontakt til apoteket**. **29**

7 **Udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud**. **31**

8 **Opfølgning og årskontrol i almen praksis for borgere med type 2-diabetes** **33**

9 **Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet** **35**
Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis. 35
Kommunikation mellem sygehuset og kommunen 35

Indholdsfortegnelse

RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION

10 **Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen . . . 37**
Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen . 37
Afklarende samtale i kommunen 37

11 **Sygdomsmestring i kommunen 39**
Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring 40

12 **Fysisk træning i kommunen 41**

13 **Rygestop i kommunen 43**
Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen 43

14 **Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset . . 44**
Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis. 44
Ernæringsindsats i kommunen 45

15 **Indlæggelse på sygehuset. 46**
Almen praksis 46
Kommunen 46
Sygehuset. 46

16 **Udskrivelse fra sygehuset 48**
Kommunikation mellem sygehuset og kommunen 48
Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis. 49

17 **Graviditetsdiabetes 51**
Kommunikation mellem sygehuset og kommunen 52
Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis. 52

18 **Børn og unge med diabetes 53**
Kommunikation mellem børneambulatoriet og kommunen 53
Støtte i kommunen 54
Almen praksis 54

19 **Plejeindsatsen i kommunen 55**

Bilag 1 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud 57

Bilag 2 – Befordring 58

1 | Introduktion

Baggrund

Siden Sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket hen over årene.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med type 2-diabetes i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for borgere med KOL, hjertekarsygdom og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for borgere med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med diabetes har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom [1], retningslinjer for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes [2], anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes [3] samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom [4]. Dette forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Desuden er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af Sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorer og kommunikation i sektorovergange, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste Sundhedsaftale for perioden 2015-18 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgerens hverdagsliv, så indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte.

De overordnede målsætninger i Sundhedsaftalen er et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng. På den baggrund er det prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015-18, at der skal udarbejdes nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt er der udviklet og vedtaget en generisk model, som sætter rammen for udvikling af en række nye forløbsprogrammer.

Formål med forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med type 1- og type 2-diabetes. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af borgere med diabetes og deres pårørende. Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse uafhængigt af forløbsprogrammet .

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS

1 Sundhedsstyrelsen (2012) – Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model.

2 Sundhedsstyrelsen (2015) – NKR: Udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes.

3 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

4 Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med diabetes i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målgruppe for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere med diabetes uanset sygdommens sværhedsgrad (type 1- og type 2-diabetes samt øvrige diabetesformer) samt borgere i risiko for at udvikle diabetes. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "borgere med diabetes". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. type 1- og 2-diabetes, nævnes de separat.

Borgere med diabetes har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det borgerens individuelle situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle de 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset. Forløbsprogrammet henvender sig til sundhedsprofessionelle og ledere i kommuner, almen praksis, på sygehuse og apoteker, der i deres arbejde er i kontakt med borgere med diabetes.

Det gælder både sundhedsprofessionelle, der har borgere med type 1- eller type 2-diabetes som en primær målgruppe, og sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med diabetes som led i deres arbejde.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med type 1- og type 2-diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud, ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med type 1- og type 2-diabetes.

Enkelte afsnit – bl.a. afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing – er ikke bygget op om specifikke kontakter mellem borgere og sundhedsprofessionelle og kræver derfor en større grad af lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom det allerede godkendte forløbsprogram for mennesker med KOL, tilblevet i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet to workshops, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehusene, almen praksis og kommuner har været i dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering af mennesker med type 1- og type 2-diabetes.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/pårørende samt systematisk inddragelse af borgere/pårørende i eget forløb, idet der opleves det største behov for at styrke indsatsen på disse områder.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan, som findes på Region Syddanmarks hjemmeside.

Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer forløbsprogrammet løbende for at afdække dets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget én gang om året.

Forløbsprogrammet opdateres på baggrund af monitoreringens resultater, og når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Der er i efteråret 2017 indgået en ny overenskomstaftale for almen praksis 2018-2020 (OK18). OK18 betyder bl.a. ændringer på diabetesområdet. Ændringer, som står over for at blive implementeret fra starten af 2018 og i en periode frem, er integreret i dette forløbsprogram (fx arbejdsdeling og samarbejde mellem almen praksis og diabetesambulatorier om patienter med type 2-diabetes).

De ændringer, der følger af OK18, og som kræver en betydelig udviklingsindsats, før de er klar til implementering, er ikke integreret i forløbsprogrammet endnu. Det gælder fx udarbejdelse af elektroniske forløbsplaner i almen praksis, hvor den digitale løsning ikke er udviklet, samt epikriser, der med rødt, gult eller grønt flag markerer behovet for opfølgning hos almen praksis – her er den digitale løsning heller ikke udviklet. Forløbsprogrammet tilpasses disse rammer for diabetesindsatsen, når løsningerne er udviklet og er klar til implementering.

Ud over overenskomsten for almen praksis pågår der andre initiativer, hvis løsninger løbende kan indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med, at der skabes stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed, ressourceoptimering etc.

Blandt initiativerne kan nævnes:

Steno Diabetes Center Odense (SDCO):
Forløbsprogrammet er lavet i en sideløbende og koordineret proces med udarbejdelsen af en drejebog for etableringen af SDCO. SDCO forventes at skabe evidens for nye løsninger inden for bl.a. opsporing og behandling af diabetes samt ny viden om organisering af det tværsektorielle samarbejde.

Den nationale diabeteshandlingsplan:
Sundheds- og Ældreministeriet har lanceret en national diabeteshandlingsplan i november 2017. Handlingsplanen rummer en række initiativer inden for bl.a. forebyggelse, tidlig opsporing, en styrket indsats for børn og unge samt mere individualiseret behandling. Initiativerne i den nationale diabeteshandlingsplan ligger i høj grad i tråd med intentionerne i forløbsprogrammet. Diabeteshandlingsplanen og de økonomiske midler, der medfølger, kan bidrage til at understøtte implementering af forløbsprogrammet.

Patientrapporterede oplysninger (PRO-data):
Der pågår i sundhedsvæsenet en række indsatser, der har til formål at inkludere patienternes egne oplevelser og målinger af livskvalitet, funktionsniveau, helbred mv. (patientrapporterede oplysninger eller PRO-data) aktivt i deres forløb. Disse data har til formål at understøtte kvalitetsudviklingen af behandlings- og rehabiliteringsforløbene på tværs af sektorer.

Telemedicin:
Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektor og aktører.

Komorbiditet og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med diabetes, men berører kort behovet for at koordinere behandlings- og rehabiliteringsindsatser for mennesker med flere samtidige sygdomme – fx på tværs af sygehusafdelinger.

Det stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsnet.

Forløbsprogrammet har også fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse ved behov skal igangsætte indsatser parallelt ifm. behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med type 1- og type 2-diabetes.

Inddragelse af borgere og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere og pårørende inddrages i hele forløbet. Inddragelse af borgeres viden og ressourcer, både i udvikling af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb, kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed [5]. Den enkelte borger har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, i hvilket omfang en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver borgerens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicinen tages rigtigt, behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

5 Freil M & Knudsen JL (2009) – Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

Undersøgelser dokumenterer således på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance) [6,7].

Desuden kan inddragelse medvirke til at sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt [8,9]. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages, i højere grad vælger mindre indgribende behandling [6]. Ved behandling af borgere med type 1- og type 2-diabetes er inddragelse særlig relevant, dels fordi type 1- og type 2-diabetes er kroniske sygdomme, som borgeren normalt lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af type 1- og type 2-diabetes foretages af borgeren selv eller dennes pårørende i eget hjem.

Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse giver det derfor god mening at tilstræbe, at borgere med type 1- og type 2-diabetes og deres pårørende så vidt muligt er med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag de bør tilbydes. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsestilbud som ernæringsindsats og træning, eller valg af medicinsk behandling, hvor der fx findes flere forskellige typer behandling med god forventet effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på borgerens hverdag.

Sundhedsprofessionelle og borgere har ikke altid samme opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om på givne tidspunkter i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Det kan være svært at modtage og reagere på information, hvis borgeren ikke synes, det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage borgere og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med type 1- og type 2-diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra borgere med diabetes og deres pårørende.

6 Coulter A (2012) – Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

7 Stacey D et al (2014) – Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

8 Buhse S et al. (2015) – Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2-diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116.

9 Serrano, V et al (2016) – Shared decision-making in the care of individuals with diabetes, Diabetes Medicine. Jun;33(6):742-51.

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 danner det overordnede udgangspunkt for arbejdet med forebyggelse i kommunerne. Kommunerne har således ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis hos borgerne og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Derudover har en række andre love også betydning for den borgerrettede forebyggelse, særligt rammer for fysisk aktivitet (Folkeoplysningsloven, Folkeskoleloven, Planloven m.fl.).

Kommunen

Type 1-diabetes kan på nuværende tidspunkt ikke forebygges, da det ikke er sikkert, hvilke miljømæssige faktorer, der spiller en rolle i patogenesen [10]. Udvikling af type 2-diabetes kan skyldes både arvelige faktorer, uhensigtsmæssig livsstil og overvægt samt kombinationer heraf [11]. Kommunen har med sin borgerrettede forebyggelsesindsats en vigtig opgave i at støtte borgerne i at skabe sunde vaner tidligt i livet og i at ændre og fastholde nye sunde vaner senere i livet, således at type 2-diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme kan forebygges.

For at sikre en solid indsats for at forebygge type 2-diabetes bør kommunerne leve op til anbefalingerne på grundniveau i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om henholdsvis fysisk aktivitet, mad og måltider samt overvægt.

Risikofaktorerne for at udvikle type 2-diabetes forekommer i højere grad i nogle grupper i samfundet end andre. Uligheden hænger sammen med uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, køn, civilstatus, bopæl, etnicitet mv. [12]. Kommunen skal derfor tilrettelægge sin forebyggende indsats, så den tager særligt højde for denne sociale ulighed.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud

Mange kommuner tilbyder gratis forebyggende tilbud til borgere, der er i risiko for fx at udvikle diabetes (tilbud om motion, kost, vægttab, rygestop mv.). Tilbuddene fremgår af www.sundhed.dk. Kommunens beskrivelse af tilbuddene er fagligt opdateret og retvisende.

Patienterne anbefaler

- Styrk samarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger
- Lav forebyggelsen, der hvor vi allerede kommer i forvejen
- Skab rammer for mere bevægelse i institutioner og skoler
- Inddrag foreningerne i det sundhedsfremmende arbejde
- Vær opmærksom på risikofaktorer for diabetes hos børn – fx ved besøg hos sundhedsplejersken og tandplejen
- Husk familien i de forebyggende samtaler

10 Sundhed.dk (2016) – Lægehåndbogen.

11 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

12 Sundhedsstyrelsen (2011) – Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser.

For borgere med diabetes og andre kroniske sygdomme kan det være en stor beslutning at takke ja til et kommunalt forebyggelsestilbud. Derfor er det en stor hjælp, når den sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehuset taler med borgeren om muligheden for at deltage i et tilbud og om borgerens motivation for af deltage. De sundhedsprofessionelle kan ligeledes involvere borgere og deres pårørende med værktøjer som fælles beslutningstagning og lignende.

Henvisningen fra sygehus og almen praksis sker elektronisk og bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

3 | Tidlig opsporing af diabetes

Det er vigtigt at opspore og reagere på diabetes så tidligt som muligt for at iværksætte behandling og livsstilsændringer, der kan stabilisere sygdommen og reducere risikoen for alvorlige komplikationer.

Sygehuse, kommuner og almen praksis samt borgeren selv har et fælles ansvar for, at sygdommen opspores og diagnosen stilles så tidligt som muligt.

Alle sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på kliniske symptomer og risikofaktorer for diabetes. Ved begrundet mistanke om diabetes bør sundhedsprofessionelle i alle sektorer under normale omstændigheder iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på diagnosticering, også selvom den primære kontakt vedrører noget andet.

Kliniske symptomer på diabetes [14]

- Øget tørst
- Hyppig vandladning
- Genital kløe
- Uforklaret vægttab
- Sløret syn
- Træthed
- Infektioner i hud og slimhinder

Kendetegn ved type 1- og type 2-diabetes [13]

	Type 1-diabetes	Type 2-diabetes
Vægt	Ofte normalvægtige	Ca. 80% er overvægtige
Insulinproduktion	Ophørt (< 10% af normal produktion)	Insulinresistens Insulinproduktionen er ofte høj
Alder	Oftest < 30 år ved debut	> 40 år ved debut, dog forekommer der tilfælde helt ned til børnealderen
Symptomer	Opstår akut/subakut	Udvikler sig langsomt
Arvelighed	Ca. 2-5% (når én af forældrene eller søskende har type 1-diabetes)	Ca. 40% (når én af forældrene eller søskende har type 2-diabetes)

Andre sjældnere undertyper af diabetes kan have forskellige kendetegn, der ikke gennemgås særskilt i dette forløbsprogram.

13 DiabetesUdvalg Region Syddanmark (2016) – Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling i Region Syddanmark.

14 DiabetesUdvalg Region Syddanmark (2016) – Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling i Region Syddanmark.

Symptomerne på højt blodsukker er de samme ved type 1- og type 2-diabetes, men symptomerne viser sig hurtigere og kraftigere ved type 1-diabetes, hvorimod de "kommer snigende" ved type 2-diabetes. Hvis symptomerne på type 1-diabetes ikke bliver opdaget, diagnosticeret og behandlet, kan de udvikle sig til opkastning, mavesmerter, væsketab og evt. bevidsthedstab.

Man ved endnu ikke, hvorfor type 1-diabetes opstår, men at risikoen bl.a. er forbundet med arv og gener. For type 2-diabetes gælder det, at arv og livsstil er årsag til udvikling af sygdommen.

Almen praksis

Den praktiserende læge spiller en vigtig rolle i at opspore diabetes tidligt pga. almen praksis' store kontaktflade til borgerne.

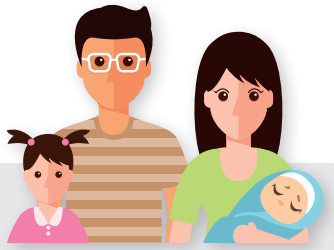
Hvad angår type 2-diabetes baserer den praktiserende læge sin opsporingsindsats på opportunistisk screening. Det vil sige, at når patienter med kliniske symptomer på eller risikofaktorer for udvikling af diabetes henvender sig, herunder af anden årsag, tilbyder almen praksis undersøgelse for diabetes.

Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler, at tidlig opsporing for diabetes kobles med vurdering af patienters individuelle kardiovaskulære risikoprofil via SCORE-systemet [15] (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Sygdomme og risikofaktorer associeret med en høj risiko for type 2-diabetes

- Hjerte-karsygdomme
- Hypertension
- Dyslipidæmi
- Familiær disposition
- Tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)
- Etnisk disposition
- Visse farmaka
- Forekomsten af ≥ 2 øvrige risikofaktorer
  - Overvægt
  - Høj alder
  - Lavt aktivitetsniveau
  - Rygning
  - Familiær disposition for hjerte-karsygdom (førstegangsslægtninge)
  - Mikroalbuminuri

Til det formål har Dansk Selskab for Almen Medicin udviklet et udredningsskema som vist på næste side.



TYPE 1

Hvis en mor har type 1-diabetes, er risikoen for, at hendes barn får sygdommen ca. 2%.

Hvis en far har type 1-diabetes, er risikoen for, at hans barn får sygdommen ca. 5%.

Hvis begge forældre har type 1-diabetes, er risikoen for at deres barn får sygdommen ca. 5-20%.

TYPE 2

Hvis en forældre har type 2-diabetes, er risikoen for, at barnet får sygdommen 40%.

Hvis begge forældre har type 2-diabetes, er risikoen for, at barnet får sygdommen 80%.

15 Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) er tilgængelig på www.heartscore.org.

Udredningsskema for opsporing af personer med diabetes og/eller forhøjet risiko for hjerte-karsygdom [16].

Patienter i høj risiko*

Hjerte-kar-sygdom, hypertension, dyslipidæmi, familiær disposition, tidligere graviditetsdiabetes, PCOS, etnisk disposition, farmaka som øger risikoen for diabetes eller ≥ 2 andre risikofaktorer **.

Undersøgelse gentages ca. hvert 3. år, eller indtil glykæmisk status er afklaret.

Mål med behandlingen

- Rygestop
- Øget fysisk aktivitet
- Vægttab ved overvægt

HbA1c ≥ 48 mmol/mol (≥ 6,5%) ved 2 målinger

NEJ

Hjerte-kar-risiko (SCORE) *

- Køn/alder
- Rygning
- BT
- Lipider

NEJ

Hjerte-kar-risiko score ≥ 5% (SCORE)

JA

JA

T2DM

Udredning og behandling sv. til anbefalinger

HbA1c ≥ 42 mmol/mol (≥ 6,0%)

Mål med behandlingen

- Rygestop
- BT < 130/80
- LDL < 2,5 (uden CVD)/ 1,8 (med CVD)
- Øget fysisk aktivitet
- Vægttab ved overvægt

DM-undersøgelse årligt

HbA1c < 42 mmol/mol (< 6,0%)

Mål med behandlingen

- Rygestop
- BT < 140/90
- LDL < 3,0 (uden CVD)/ 1,8 (med CVD)
- Øget fysisk aktivitet
- Vægttab ved overvægt

DM-undersøgelse ca. hvert 3. år

* Patienter i høj risiko findes ud fra den praktiserende læges viden om patienten og dennes risikofaktorer.

** Overvægt, høj alder, lavt aktivitetsniveau, rygning, familiær disposition for hjerte-kar-sygdom (førstegangsslægtninge), mikroalbuminuri.

*** Når en patient én gang har fået konstateret hjerte-kar-sygdom, har en socoring af hjerte-kar-risiko (SCORE) ingen mening, og patienten undersøges alene for diabetes.

16 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.

Af udredningsskemaet fremgår det, at patienter med:

- højt langtidsblodsukker (HbAc1 ≥ 48 mmol/mol), bekræftet ved to separate blodprøver, har diabetes og skal tilbydes udredning og behandling iht. gældende retningslinjer.
- lavt langtidsblodsukker (HbAc1 < 42 mmol/mol) bør tilbydes en indsats, der differentieres efter deres samlede risiko for hjerte-karsygdom.
- langtidsblodsukker mellem 42-47 mmol/mol og en øget risiko for hjerte-kar-sygdom (> 5% SCORE) med fordel kan tilbydes rehabilitering på lige fod med mennesker med diabetes, dog uden blodsukkersænkende lægemidler.

Når patienter identificeres med risiko for at udvikle diabetes, tilbydes de undersøgelse for diabetes med varierende intervaller.

Patienter i risiko for at udvikle diabetes tilbydes udredning med ca. et års mellemrum, når patienten er kendt med:

- hjerte-karsygdom,
- øget risiko (> 5% SCORE) for hjerte-kar-sygdom og et langtidsblodsukker HbA1c mellem 42-47 mmol/mol
- eller i fast behandling med farmaka, der øger risikoen for diabetes (fx prednisolon eller antipsykotika)

Almen praksis tilbyder udredning med ca. tre års mellemrum til patienter i risiko for at udvikle diabetes, når patienten er kendt med:

- øget risiko (> 5% SCORE) for hjerte-kar-sygdom og et lavere langtidsblodsukker (HbA1c < 42 mmol/mol)
- familiær disposition til diabetes (førstegrads-slægtning)
- tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)

Det er velkendt, at nogle etniske grupper har øget genetisk risiko for udvikling af type 2-diabetes, herunder indvandrere og efterkommere fra Asien, Afrika og Mellemøsten. Den praktiserende læge bør på baggrund af øvrige risikofaktorer og patientens alder (> 35 år) tilbyde løbende undersøgelse for diabetes efter lægens skøn. Ligeledes bør personer med svær psykisk sygdom følges tæt.

Mange patienter er kun i sporadisk kontakt med egen læge. Derfor kan almen praksis med fordel skærpe deres opmærksomhed på diabetes i forbindelse med følgende situationer:

- Fornyelse af recepter på p-piller
- Helbredsundersøgelse i forbindelse med kørekort

Den praktiserende læge adresserer uhensigtsmæssig livsstil og bør styrke patientens motivation til at ændre den samt tilbyde intervention, råd og vejledning [17]. Den praktiserende læge kan som en del af behandlingen elektronisk henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Det bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Almen praksis bør desuden tale med patienten om betydningen af arv for udvikling af diabetes.

17 Dansk Selskab for Almen Medicin (1999) – Den motiverende samtale.

Kommunen

Kommunen spiller ligesom almen praksis en vigtig rolle i tidlig opsporing af diabetes. Kommunen har en stor kontaktflade til borgeren på tværs af flere forvaltninger. Der er derfor et stort potentiale for at udvikle og forbedre opsporingsprocedurer i kommunerne og sikre samspillet med almen praksis.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunen identificerer borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes [18]. Det kan med fordel ske på tværs af forvaltningsområder i et samarbejde med sundhedsområdet. Opportunistisk blodsukkermåling frarådes, men der er udviklet et **valideret spørgeskema, som kan bruges til at identificere patienter i risiko for at udvikle diabetes**. Ved mistanke om diabetes skal borgeren altid anbefales at kontakte egen læge med henblik på videre undersøgelse. Vurderes borgeren ikke at have en risiko for at udvikle diabetes, men har borgeren en uhensigtsmæssig livsstil, kan kommunen med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud, fx kost- og motionsvejledning, rygestop mv.

Borgere uden regelmæssig kontakt til det etablerede sundhedsvæsen er i risiko for ikke at blive udredt og sat i behandling. Det anbefales, at kommunerne målretter opsporingsinitiativer mod borgere tilknyttet arbejdsmarkedsområdet, værestеder, forsorgshjem mv., og at borgere i risiko for at udvikle diabetes hjælpes med at tage kontakt til almen praksis.

Det anbefales, at kommunerne, almen praksis og sygehusene i samarbejde organiserer og tilbyder opsporingsinitiativer. Der bør være et specielt fokus på at udføre opsporingsinitiativer målrettet etniske minoriteter, borgere med psykisk sygdom og sårbare borgere, eksempelvis i udsatte boligområder. Organiseringen af opsporingsinitiativer kan med fordel drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg og de lokale samordningsfora.

Kommunen skal være opmærksom på opsporing af borgere med diabetes i forbindelse med gennemførelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for borgere med anden kronisk sygdom.

Sygehuset

Der skal på sygehusene være en særlig opmærksomhed på kliniske symptomer på og risikofaktorer for diabetes. Det gælder særligt for patientgrupper, hvis medicin og eller sygdom giver patienten en særlig risiko for at udvikle type 2-diabetes som fx patienter i steroidbehandling (fx onkologiske patienter, patienter med KOL, visse reumatologiske patienter), transplantationspatienter i immunomodulerende behandling, psykiatriske patienter i behandling med visse antipsykotika og patienter med åreforkalkningssygdom og pancreas-sygdomme. Det kan også gælde fx i forbindelse med skadestuebesøg, akutte indlæggelser og ved undersøgelser forud for kirurgiske indgreb. Ved mistanke skal sygehuset måle langtidsblodsukker (HbA1c).

Generelt skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd. Sygehuset skal over for patienten påpege, når uhensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen.

Sygehuset skal tilbyde patienter med uhensigtsmæssig livsstil, der kan påvirke den generelle helbredstilstand, vejleding om forebyggelsesmuligheder og efter aftale med patienten henvise til kommunale forebyggelsestilbud som fx kostvejledning og rygestoptilbud. Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

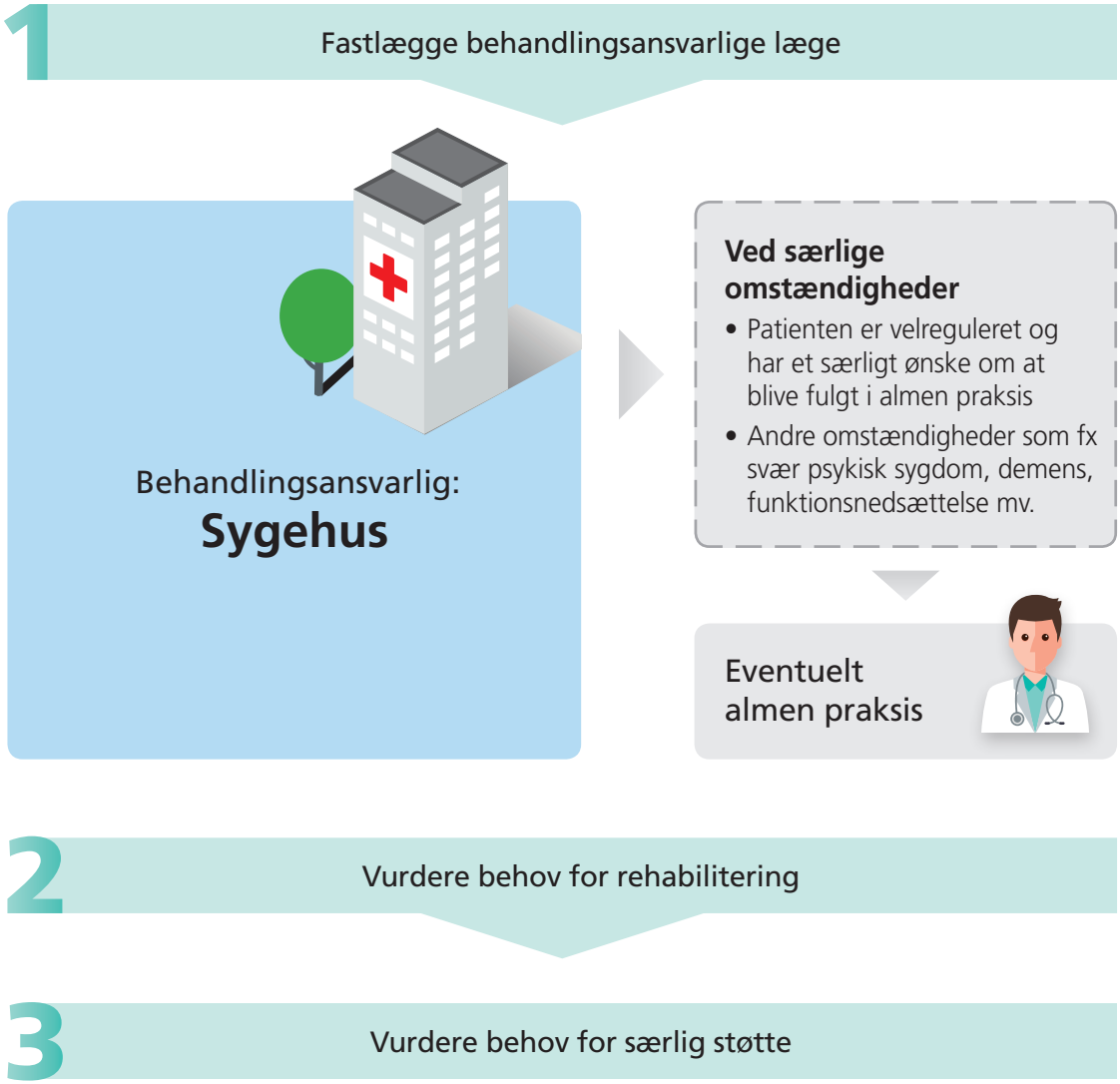
18 Sundhedsstyrelsen (2017) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes**.

4 | Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset

Behandlings- og rehabiliteringsforløbet for patienter med diabetes indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om patienten har behov for rehabilitering (fx et kommunalt forebyggelsestilbud) og særlig støtte i sit forløb. Opgavedelingen mellem almen praksis og sygehusene adskiller sig i patientforløb for patienter med type 1- og 2-diabetes.

Ved diagnosticering og løbende herefter skal lægen med udgangspunkt i patientens aktuelle sygdomssituation vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler. Det sker ud fra kriterierne fremsat af Sundhedsstyrelsen og iht. den syddanske stratificeringsmodel for mennesker med type 2-diabetes.

Figur 1: Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes



Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes

Patienter med type 1-diabetes følges i sygehusenes diabetesambulatorier (figur 1). I særlige tilfælde kan almen praksis overtage ansvaret som primær behandler, hvis egen læge og sygehusambulatoriet i fællesskab og i dialog med patient og evt. pårørende finder, at dette vil give patienten en bedre behandling. Det kan eksempelvis være patienter med dårlig compliance pga. svær psykisk sygdom, demens, funktionsnedsættelse mv. Det kan også gælde velregulerede patienter, der har et særligt ønske om at modtage behandling hos deres egen læge af fx geografiske årsager. I de tilfælde, hvor almen praksis er primær behandler, bør det aftales på patientniveau, hvordan almen praksis og sygehuset i fællesskab sikrer en tilstrækkelig behandlingsindsats.

Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes

Type 2-diabetes behandles som udgangspunkt i almen praksis, og sygehusbehandling skal betragtes som en undtagelse i behandlingen af patienter med type 2-diabetes (figur 2). Det fremgår af tekstboks andetsteds på siden, hvilke undergrupper af type 2-diabetespatienter, der behandles på sygehuset.

Opstart af insulinbehandling kan dog ske enten hos almen praksis eller på sygehusambulatoriet. Med overenskomsten for almen praksis 2018-20 må det forventes, at opstart af insulinbehandling hen over overenskomstperioden i højere grad henlægges til almen praksis.

Den praktiserende læge følger og hjælper patienten til at nå de individuelle mål, der er fastsat i dialog mellem patient og læge. Fremover forventes dette at blive forankret i de individuelle forløbsplaner, som skal udarbejdes i almen praksis for alle nydiagnosticerede patienter med type 2-diabetes samt for patienter, der siden 2013 har fået diagnosen. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så hver enkelt patient sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen. Sygehusenes diabetesambulatorier står til rådighed for almen praksis med rådgivning telefonisk eller ved henvendelse via korrespondancemeddelelse.

Der kan være tilfælde, hvor almen praksis ikke alene kan yde tilstrækkelig behandling til patienter med type 2-diabetes. For at en praktiserende læge kan henvise en patient med type 2-diabetes til sygehuset som følge af patientens diabetesdiagnose, skal den praktiserende læge have en dialog med den endokrinologiske afdeling på sygehuset med henblik på en vurdering af, om den praktiserende læge kan varetage behandlingen med den rette specialistopbakning. Ved efterfølgende henvisning skal egen læge forberede patienten på, at behandlingen skal overgå til egen læge igen, når der ikke længere er behov for sygehusbehandling. Desuden skal sygehuset orientere patienten, når egen læge overtager behandlingsansvaret.

Patienter med type 2-diabetes i diabetesambulatoriet

Følgende patienter følges i diabetesambulatoriet:

- Gravide med type 2-diabetes
- Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: Svære fodsår, nefropati, og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati)
- Patienter med tendens til hypoglykæmi

Vurdering af rette behandler ved øvrige diabetesformer

Ved øvrige, sjældnere diabetesformer afgør kompleksiteten af sygdommen og eventuelle komplikationer, om patienten følges af almen praksis eller sygehuset.

I patientforløbene for både type 1- og type 2-diabetes samt sjældnere diabetesformer er det afgørende, at den behandlingsansvarlige læge følger udviklingen i patientens sygdom og livssituation, således at rette behandler, behovet for rehabilitering og behovet for særlig støtte vurderes løbende.

Figur 2: Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes

Vurdering af behov for rehabilitering

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for en rehabiliterings- eller forebyggelsesindsats hos en borger med diabetes, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på syghuset skal i dialog med patienten vurdere dennes behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med borgeren finde frem til det rigtige forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud. Der sigtes mod at opnå et integreret samarbejde om borgeren. Konference om borgerens situation og behov mv. kan med fordel ske per korrespondancemeddelelse og alternativt per telefon.

Rehabilitering af borgere med diabetes kan omfatte en afklarende samtale, forebyggelsestilbud samt en afslutning på tilbuddet.

Forebyggende tilbud [19]

- Sygdomsmestring
- Tobaksafvænning (rygestop)
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Afslutning på samlet tilbud

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende. Heraf fremgår også eventuelle kriterier for deltagelse i tilbuddene. Hos almen praksis og på sygehusene skal der løbende være opmærksomhed på muligheden for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Henvisning bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgere kan have behov for parallelle indsatser – fx både en sundhedsindsats og en social indsats. Det kan stille krav om koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør, hvis borgeren har brug for det.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle borgere har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for borgerens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at borgere tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved diabetes, så de støttes i at håndtere deres sygdom hensigtsmæssigt. Der henvises til afsnit 19 angående de borgere, som har behov for en egentlig plejeindsats i kommunen.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller forandre sig i takt med, at sygdommen forværres. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for særlig støtte hos en borger med diabetes, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med borgeren og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.

Sundhedsstyrelsen [20] anbefaler, at borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination for at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination kan foregå både på sygehuset og i kommunen.

Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med diabetes gennem en kontaktpersonordning eller forløbskoordinerende funktion.

19 Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

20 Sundhedsstyrelsen (2012) – Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model.

Kommunehenvisning (REF01) skal indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Kort anamnese:
  - resultat af HbA1c-måling
  - senkomplikationer
  - komorbiditet
  - rygestatus
- Borgerens behandling (medicinsk/konservativt), og hvor borgeren følges (almen praksis/sygehus)
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant for kommunernes indsats, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Mål for behandlingen
- Psykosociale oplysninger, mestringsevne og behov for særlig støtte
- Vægt, kostvaner og motionsvaner
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler

Forløbskoordinationen på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at kombinere ambulante indkaldelser og undgå konfliktende tider, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Tilstrækkelig information om patientens særlige forhold i epikriser og korrespondancemeddelelser til patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i diabetesambulatoriet
- Tilstrækkelig information til kommunen om patientens særlige forhold ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats [21]

Sygehuset skal primært yde særlig støtte – ud over det, som egen læge gør – til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet evt. i samarbejde med kommunen.

Kommunen skal gå i dialog med borgere med behov for særlig støtte for at tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte borgers livssituation og behov.

Kommunen skal være særligt opmærksom på at sikre den nødvendige koordinering på tværs af fagområder for at give nødvendig og individuelt tilrettelagte støtte – fx mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i *Serviceloven, Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats eller Sundhedsloven*.

Borgere, som af egen læge eller på sygehuset vurderes at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med borgeren vil afdække dennes behov og muligheder.

Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Henvisning sker elektronisk og bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Kommunen skal i en korrespondancemeddelelse kvittere for modtagelse af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter borgeren for en dialog om dennes behov mv.

21 Jævnfør SAM:BO – Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark.

Eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om borgeren har brug for særlig støtte

- Borgere med flere kroniske sygdomme
- Borgere med en psykiatrisk diagnose, fx depression
- Borgere med demens
- Borgere med fysisk eller psykisk handicap
- Borgere med et misbrug
- Borgere, der er ensomme eller uden socialt netværk
- Borgere med behov for hjælp til at føle sig trygge
- Borgere, der er socialt udsatte
- Borgere, der har meget svære eller pludseligt ændrede økonomiske vilkår
- Borgere med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå dansk
- Borgere med lav egenomsorgsevne
- Unge borgere med manglende compliance
- Børn og unge i ressourcesvage familier

Eksempler på opmærksomhedspunkter i kontakten med borgere med behov for særlig støtte

I kontakten med borgere af anden etnisk baggrund kan det være vigtigt at være opmærksom på følgende:

- Sprogbarrierer [22]
- Sygdomsforståelse
- Kostvaner
- Motionsvaner

Ved borgere med en psykiatrisk diagnose er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

- At borgeren i perioder vil have behov for mere støtte for at få hverdagen til at fungere
- At undervisning også tilbydes pårørende/kontaktperson
- At borgeren ofte har en ændret døgnrytme

I kontakten til børn og unge med type 1-diabetes er det vigtigt at være opmærksom på, at håndtering af sygdommen kræver store ressourcer hos familierne. I familier med begrænsede ressourcer kan børn og unge være dårligere reguleret, hvilket medfører større risiko for alvorlig hypoglykæmi, ketoacidose og senkomplikationer. I den forbindelse kan det være nødvendigt at involvere socialområdet i kommunen, så familierne kan understøttes i at håndtere sygdommen, så barnet/den unge opnår bedre blodsukkerkontrol.

Generelt bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på at tilpasse kommunikationen og informationsniveauet til borgerens sundhedskompetencer.

22 Hvis den behandlingsansvarlige læge skønner, at der er brug for tolkebistand ifm. behandlingen, er patienten berettiget til tolkebistand, jf. Sundhedsloven § 50.

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

Patienter i risiko for eller med symptomer på diabetes tilbydes udredning, jf. afsnit 3 om tidlig opsporing.

Diabetes diagnosticeres som udgangspunkt i almen praksis, og det foregår typisk over to til tre konsultationer med udredning og – ved type 2-diabetes – indledende behandling samt planlægning af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Diagnosen stilles på baggrund af en blodprøve, hvor der måles hæmoglobin A1c (HbA1c) som udtryk for patientens gennemsnitlige blodsukker over de sidste 2-3 måneder.

Har patienten et højt langtidsblodsukker (HbA1c ≥ 48 mmol/mol), skal den forhøjede værdi bekræftes ved endnu en blodprøve før diagnosen diabetes kan stilles. Herefter tilbydes patienten behandling iht. gældende retningslinjer.

Næste skridt i udredningen er at afklare, om patienten har type 1- eller type 2-diabetes. Det sker på baggrund af en blodprøve, der måler patientens insulinsekretion – connecting peptide (C-peptid). Blodprøven skal tages, når patienten er fastende. I nogle tilfælde sker diagnosticering af type 2-diabetes alene ud fra måling af HbA1c – fx hvis HbA1c er fulgt over tid og har været stigende mod grænseværdien for diabetes, eller hvis der samtidig optræder risikofaktorer som fx overvægt. Ved mistanke om type 1-diabetes kan almen praksis henvise til sygehuset for nærmere udredning.

Type-1 diabetes

Diagnosen type 1-diabetes stilles, hvis patienten har et faste-C-peptid < 300 pmol/l. Herudover kendetegnes patienter med type 1-diabetes ved:

- Oftest debut før 30-års alderen
- Oftest normalvægtige
- Undertiden debut med ketoacidose
- GAD-antistof-positiv (Glutamatdecarboxylase)
- Insulinbehandling påbegyndes, når patienten er diagnosticeret med type 1-diabetes

Type 2-diabetes

Diagnosen type 2-diabetes stilles hvis patienten har et faste C-peptid > 300 pmol/l, typisk dog så højt som 800-1000 pmol/l.

Herudover kendetegnes patienter med type 2-diabetes ved:

- Oftest debut efter 30-års alderen
- Oftest overvægtige
- Har ofte behov for diæt- eller tablet-behandling ud over det første år fra diagnosetidspunktet

Andre genetiske diabetesformer

Type 1½-diabetes – LADA (Latent Autoimmun Diabetes in Adults)

Udover type 1- og type 2-diabetes har en mindre gruppe af patienter diabetestypen 1½. Den tolkes ofte som type 2-diabetes, men fænotypisk minder den mere om type 1-diabetes. Patienter med type 1½-diabetes skal som oftest skal have insulinbehandling. Ved mistanke om type 1½-diabetes kan den praktiserende læge kontakte diabetesambulatoriet på den lokale sygehusenhed med henblik på vejledning eller hjælp til yderligere udredning.

Gestationel diabetes

Gestationel diabetes opstår i ca. 3-4% af alle graviditeter. Diagnosen stilles på baggrund af en glukosebelastningstest (OGTT), hvis patienten har et blodsukkerniveau i kapillært fuldblod på ≥ 9 mmol/mol.

Foruden ovennævnte diabetestyper eksisterer der en række mindre hyppigt forekommende, eksempelvis MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young). De er beskrevet i Odense Universitetshospitals instruks for diagnose og klassifikation af diabetessygdom.

Afvigelser fra den diagnostiske procedure

For enkelte patientgrupper kan HbAc1 ikke anvendes til at diagnosticere diabetessygdommen. Det drejer sig om tilstande, hvor erythrocytternes levetid er påvirket, herunder eksempelvis ved alkoholisme, nyreinsufficiens og patienter med hæmoglobinopatier, hvilket fx ses hos mennesker fra Mellemøsten og Sydøstsasien. Det gælder ligeledes for gravide. I de tilfælde anvendes måling af fasteplasmaglukose og/eller 2-timers-glukose under en oral glukosebelastningstest (OGTT).

Opgaver ved diagnosticering

Som en del af diagnosticeringen skal den behandlingsansvarlige læge danne sig et overblik over, hvilke komplikationer patienten eventuelt allerede har, tilstedeværelsen og niveauet af den enkelte risikofaktor, samt patientens livsstil, viden, holdninger og ressourcer. Denne viden danner grundlag for rådgivning og vejledning af den enkelte patient [23].

Uanset diabetestype og hvor diagnosen stilles, skal der tages hensyn til evt. komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering.

Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge ved den nye situation. Det er derfor vigtigt, at den læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og sikrer sig, at patienten opnår forståelse for sygdommen og håndtering af den. Dette øger trygheden og patientens mulighed for at kunne tage hånd om sin situation.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende er oplært i sygdomskontrol (blodsukkermåling) og medicinhåndtering.

Apotekerne kan også bistå hermed og har national aftalt ydelse om Medicinsamtale, der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom (afsnit 6). Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicinhåndtering. Kommunen kan træde til med særlig støtte, hvis borgerens forudsætninger eller aktuelle livssituation fordrer det – fx ved hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen.

Ved igangsætning af behandlingsindsatsen bør den medicinordinerende læge sørge for at udstede recepten. Løbende receptfornyelser bør ske ifm. opfølgning/kontrol, således at recepten dækker frem til næste planlagte kontakt med samme læge.

I forbindelse med diagnosticering skal lægen (som ved enhver anden kontakt) vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb (afsnit 4), hvilket behov patienten har for at benytte kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 1) samt vurdere patientens eventuelle behov for særlig støtte.

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, som har en uhensigtsmæssig livsstil, der enten indebærer en risiko for udvikling af komplikationer eller har indflydelse på effekten af den videre behandling (som vedr. kost, rygning, motion og alkohol).

Henvisning til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk og bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

Lægen bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud, herunder henvise til, hvor patienten kan få mere information (afsnit 7).

23 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.

I forbindelse med diagnosticeringen bør lægen desuden som udgangspunkt udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter (se faktaboks).

Almen praksis

Ved mistanke om diabetes indledes udredning mhp. diagnosticering. Dele af undersøgelsen kan delegeres til uddannet praksispersonale [24], men resultatet skal altid vurderes af lægen, som ved tvivlsspørgsmål kan søge specialiseret rådgivning hos sygehuset via telefon eller elektronisk korrespondancemeddelelse. Ved mistanke om type 1-diabetes kan patienten henvises til udredning på sygehuset. Når patienten er diagnosticeret med diabetes, kodes alle kontakter, som primært drejer sig om diabetes, efter ICPC, ligesom diagnosen registreres som kronisk diagnosegruppe, dvs. type 1-diabetes kodes T89, type 2-diabetes kodes T90 og gestationel diabetes kodes W85.

Patienter med diabetes har ofte brug for en bred vifte af forebyggende, livsstils-, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører og nogle gange parallelt.

Egen læge er tovholder for patienter med type 2-diabetes og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Løbende evaluere og tilpasse behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

I visse situationer, jf. afsnit 4 om risikovurdering, er sygehuset tovholder for patienter med type 2- og type 1½-diabetes. Det gælder dels tovholderrollen for selve behandlingsforløbet, hvis en patient i en periode følges i et diabetesambulatorium (fx pga. komorbiditet eller pga. nyopståede eller forværring af multiple komplikationer), dels tovholderrollen for patientens samlede plan og forløb, hvis patienten har behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer (svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati) eller har tendens til hypoglykæmi.

Kommunikationspakke for nydiagnosticerede patienter

Det er vigtigt at nydiagnosticerede patienter og pårørende opnår tilstrækkelig viden om deres nye liv med diabetes. Det sker bedst ved, at den sundhedsprofessionelle tilpasser dialogen til den enkelte patient og pårørende. Der er i forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med diabetes udviklet en tværsektoriel kommunikationspakke, som den sundhedsprofessionelle kan anvende med det formål at sikre sammenhæng i den samlede kommunikation til nydiagnosticerede patienter og pårørende i begyndelsen af deres sygdomsforløb.

Kommunikationspakken beskriver, hvilke emner en nydiagnosticeret patient med type 1- og type 2-diabetes typisk har brug for dialog om, og den giver bud på, i hvilken sektor kommunikationen kan finde sted. I kommunikationspakken findes en liste til borgerne med forslag til emner, det kan være relevant at tale med en sundhedsprofessionel om i et forløb med diabetes. Endelig giver kommunikationspakken også forslag til, hvordan patienten og pårørende kan inddrages i at tilpasse kommunikationen bedst mulig.

Kommunikationspakken findes på Region Syddanmarks hjemmeside:
www.rsyd.dk/kronisksygdom

24 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.

Forløbsplaner for patienter med type 2-diabetes

2018-2020, at den praktiserende læge efter diagnosticering af type 2-diabetes skal udarbejde en forløbsplan i dialog med patienten. Tiltaget er ikke klar til udrulning i skrivende stund, men forventes at blive implementeret i løbet af overenskomstperioden. Forløbsprogrammet opdateres i takt hermed.

Sygehuset

Ved mistanke om type 1-diabetes kan almen praksis henvise patienter til udredning på diabetesambulatoriet på sygehuset. Patienter med type 2-diabetes vil normalt kun diagnosticeres og udredes på sygehuset i forbindelse med kontakt af anden årsag. Når en patient er udredt og diagnosticeret med type-1 diabetes kodes E10.X, for type-2 diabetes kodes E11.X og for gestationel diabetes kodes O24.4.

I forbindelse med diagnosticeringen bør sygehuset udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter (se faktaboks på forrige side).

Sygehuslægen er som udgangspunkt tovholder for patienter med type 1-diabetes og gestationel diabetes og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Bidrage til og løbende revidere behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

I umiddelbar forlængelse af diagnosticeringen med type 1-diabetes skal sygehuset som led i behandlingen tilbyde undervisning om bl.a. egenbehandling, ernæring, fysisk aktivitet, psykosociale aspekter mv. [25].

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af udredning via epikrisen. Epikrisen opbygges iht. MedCom standarden "den gode epikrise" og følger den tværregionale retningslinje for epikriser og ambulante forløb.

Patienten anbefaler:

- Hjælp mig til at acceptere, at jeg er blevet syg og til at få det bedste ud af mit liv med diabetes
- Invitér nogle i mit netværk med og inkluder dem i samtalen
- Giv mig tid til at acceptere min diagnose
- Spørg ind til mine sundhedsvaner gentagne gange
- Husk at det er min sygdom, når mine pårørende inddrages
- Husk at fortælle, hvem der er min kontaktperson
- Spørg mig hvad der fylder mest for mig
- Husk at der er grænser for, hvad jeg kan rumme af information
- Husk at være fleksibel mht. mødetidspunkter
- Signalér at der er god tid… også selv om det ikke er tilfældet

25 Dansk Endokrinologisk Selskab (2009) – Kliniske retningslinier for behandling af voksne med type 1-diabetes.

6 | Borgerens kontakt til apoteket

Apotekerne skal, jf. bekendtgørelsen om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, yde relevant og nødvendig information og rådgivning om lægemidler tilpasset borgerens behov. Herudover skal apotekerne tilbyde den specifikke ydelse "Medicinsamtale", som er relevant for borgere med diabetes. Der kræves ikke henvisning til ydelsen, og den er gratis for borgeren.

Medicinsamtale på apotek

Apotekerne skal tilbyde borgere en medicinsamtale, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom – herunder diabetes – inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Medicinsamtalen har fokus på borgerens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter højere grad af medicinefterlevelse (compliance).

Borgere i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside ligger en særlig blanket, som lægen kan bruge i forbindelse med henvisning til medicinsamtalen. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det på recepten, når recepten oprettes på Fælles Medicinkort (FMK). Desuden kan kommunen opfordre borgeren til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Apotekets tilbagemelding

Apoteket kan, med borgerens samtykke, informere egen læge om gennemførelse af medicinsamtalen. Apotekerne anbefales at anvende en korrespondancemeddelelse.

Medicintilskud og henstandsordning

Borgere med kronisk sygdom har ofte store udgifter til medicin, men er berettiget til medicintilskud, jf. Sundhedslovens § 146. Tilskuddet varierer i størrelse og træder i kraft fra en årlig udgift på 950 kr. i tilskudspriser (2017-priser). Udgør den årlige udgift mere end 18.331 kr. (22.541 kr., hvis borgeren er under 18 år) i tilskudspriser, er borgeren berettiget til 100% medicintilskud. Det svarer til en maksimal årlig udgift for borgeren på ca. 3.955 kr. forudsat, at borgeren altid køber den billigste medicin. Tilskudsberettigede borgere tildeles automatisk dette kronikertilskud på apoteket.

Borgere, som forventer at nå grænsen for 100% medicintilskud, kan få en henstandsordning, så borgeren betaler den årlige egenbetaling for tilskudsberettigede lægemidler i 12 lige store dele. På den måde kan borgeren undgå store medicinudgifter i starten af et tilskudsår. Apoteket skal vejlede borgere med kronisk sygdom om muligheden for en henstandsordning.

Bortskaffelse af insulinpenne og kanyler

Borgerne skal aflevere brugte kanyler på apoteket i godkendte kanylebokse. Disse kan fås på alle apoteker.

Ampuller og hætteglas i glas skal så vidt muligt forblive i de tilhørende ampul-/hætteglasæsker. Kanylerne skal fjernes og lægges i en godkendt kanyleboks.

Brugte og delvis tomme insulinpenne afleveres på det lokale apotek enten i original emballage eller en plasticpose.

Tomme insulinpenne må gerne bortskaffes med dagrenovationen.

100 enh
Lot: FR72612
EXP: 08.2018
250
200
150
100
50
12

7 | Udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud

Borgere med diabetes har brug for hjælpemidler i forbindelse med behandling og kontrol af deres diabetes og har mulighed for at søge om et tilskud til dækning af merudgifter forbundet med sygdommen.

Borgere med diabetes og deres pårørende oplever, at det er vanskeligt at skabe sig et overblik over de mange forskellige tilskudsmuligheder og over, hvilke tilskud der er relevante for dem. Det er vigtigt, at kommunerne vejleder borgere og pårørende grundigt om muligheder for hjælpemidler og tilskud, og at almen praksis og sygehuse oplyser borgerne om, hvor de kan få mere information og søge tilskud.

En revideret paragraf i Serviceloven vedrørende procedurer for ansøgning om tilskud er under udarbejdelse. Denne revision indarbejdes i forløbsprogrammet, når den er vedtaget.

Ansøgning om tilskud

Alle ansøgninger om tilskud til hjælpemidler eller dækning af merudgifter rettes til kommunen via www.borger.dk:

- Tilskud til hjælpemidler: www.borger.dk/handicap/Hjaelp-i-hverdagen/Hjaelpemidler-og-forbrugsgoder
- Tilskud til merudgifter hos voksne med insulinkrævende diabetes søges: www.borger.dk/handicap/Hjaelp-i-hverdagen/Stoette-til-noedvendige-merudgifter-for-voksne
- Tilskud til merudgifter hos børn og unge under 18 år: www.borger.dk/handicap/boern-med-handicap
- Helbredstillæg til pensionister: www.borger.dk/pension-og-efterloen/Tillaeg-til-folke--og-foertidspension/Helbredstillaeg

På disse sider findes kontaktoplysninger til alle kommuner vedr. ansøgning.

Regler for tilskud

Borgere, der har diabetes og er i insulinbehandling, i behandling med andet godkendt injektionspræparat eller er i kombinationsbehandling med insulin og tabletter, har ret til at få 100% støtte til injektions- og testmaterialer (fx sprøjter, kanyler, insulinpen, fingerprikker (lancetter), teststrimler til måling af blodsukker samt ketonstoffer i urinen) og 50% tilskud til blodsukkerapparat [26].

Borgere, som er i tabletbehandling for deres diabetes, men som ikke bruger insulin, har ret til årligt få op til 150 teststrimler samt fingerprikkere (lancetter) gratis, hvis lægen anser jævnlig blodsukkermåling for påkrævet.

Borgere, der er tilknyttet hjemmesygeplejen, plejecentre eller andre botilbud og som er afhængige af hjælp til at måle blodsukker og handle i henhold hertil, har ikke ret til tilskud. Her dækkes udgiften som en del af plejeindsatsen.

Materialer til insulinpumpebehandling og kontinuerlig blodsukkermåling med alarm udleveres af sygehuset som et behandlingsredskab. Der findes apparater, som opfylder kriterierne for både behandlingsredskaber og hjælpemidler. Ved tvivl skal det først afklares, om apparatet kan bevilliges som behandlingsredskab, og dernæst kan ansøgningen behandles efter reglerne om hjælpemidler.

26 "Lov om social service" § 112 og "Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter Serviceloven" § 9.

Borgere med insulinkrævende diabetes kan i nogle tilfælde få tilskud til de merudgifter, der er nødvendige og direkte forbundet med deres diabetes [27]. Dette gælder kun borgere mellem 18 år og folkepensionsalderen, hvis merudgift til den daglige livsførelse med diabetes udgør mindst 6.408,- kr. per år (2017-tal, indeksreguleres). Merudgifter er ikke tilskud til behandling (fx fodterapeut). Specialvarer er kun sjældent tilskudsberettigede efter disse regler i forbindelse med diabetes hos voksne [28].

Udgifter til specialvarer kan således kun medtages i beregningen af merudgifter, hvis den voksne ikke kan håndtere behandling med supplering af hurtigvirkende insulin.

For børn og unge under 18 år dækker kommunen de samlede udgifter til blodsukkerapparater [29]. Ligeledes yder kommunen tilskud til nødvendige merudgifter forbundet med diabetes for børn og unge under 18 år, hvis merudgiften overstiger 4.752,- kr. per år (2017-tal, indeksreguleres).

Pensionister kan fra kommunen få udbetalt helbredstillæg til at dække visse udgifter forbundet med diabetesbehandling [30]. Det drejer sig fx om tilskud til egenbetalingen for medicin, udgifter til fodterapeut, tandlæge mv. Helbredstillæg udbetales ikke, hvis pensionistens og en eventuelt ægtefælles eller samlevers samlede likvide formue overstiger formuegrænsen på 84.300 kr. (2017-tal, indeksreguleres) [31].

Patienterne anbefaler

- Gør det simpelt for mig og andre med diabetes at få udleveret hjælpemidler og søge om tilskud – og ensret procedurerne på tværs af kommuner
- Gør mig opmærksom på mine muligheder for hjælpemidler og tilskud og vejled mig i, hvordan jeg søger
- Hjælp mine pårørende, hvis de skal søge tilskud på mine vegne
- Vejled mig i, hvilke muligheder jeg har for at få dækket mine udgifter til mit barns diabetes

27 "Lov om social service" § 100.
28 Ankestyrelsen (2015) – Voksne diabetikeres udgifter til specialvarer dækkes kun i særlige tilfælde.
29 "Lov om social service" § 41.
30 "Lov om social pension" § 14a.
31 "Lov om social pension" § 49.

8 | Opfølgning og årskontrol i almen praksis for borgere med type 2-diabetes

Almen praksis skal tilbyde patienter med type 2-diabetes regelmæssig opfølgning og årskontrol. Hyppigheden af opfølgende konsultationer afhænger af graden af symptomer, behandlingen og patientens individuelle behov.

Den praktiserende læge vurderer sammen med patienten behovet for hyppigheden af opfølgninger. Som udgangspunkt udføres en årskontrol for alle patienter med type 2-diabetes.

Almen praksis afregnes med et særligt kronikerhonorar for patienter med type 2-diabetes og et særligt honorar for patienter med både type 2-diabetes og KOL. Honoraret inkluderer årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og e-mailkonsultation (uanset om henvendelsen vedrører diabetesdiagnosen).Det skal bemærkes, at der gælder særlige regler i overgangen fra tidligere ydelser til dette kronikerhonorar.

Overgangen til kronikerhonoraret er bundet op på en regional implementeringsplan for flytning af behandlingsansvaret for patienter med type 2-diabetes fra sygehus til almen praksis, ligesom den enkelte praktiserende læge skal melde sig klar til at anvende overenskomstens program for type 2-diabetes. For nærmere gennemgang af regler i overgangsfasen henvises til forhandlingsaftalen om den ny overenskomst for almen praksis.

Det skal desuden bemærkes, at der i overenskomsten for almen praksis 2018-2020 lægges op til, at der frem mod den næste overenskomst skal fastlægges en ideel fremtidig honorarmodel for den samlede opgave med behandling af og opfølgning på patienter med kroniske sygdomme.

Patienterne anbefaler

- Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tal med mig om, at der er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag, og så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion m.v. – fx i kommunerne og Diabetesforeningen
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være, da det kan motivere mig til at møde op
- Hvis du henviser mig til fx diabetesambulatoriet eller et kommunalt forebyggelsestilbud, så fortæl mig, hvad du skriver i henvisningen, på en måde så jeg forstår det – og giv mig det i papirform, så jeg kan tage det med mig

Årskontrol foregår i konsultationen, men kan også udføres i hjemmet, hvis sygdom eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. Hvis det er tilfældet, har lægen mulighed for at rekvirere blodprøvetagning i hjemmet via mobillaboratorium iht. samarbejdsaftalen om blodprøvetagning i eget hjem. En nærmere beskrivelse af ydelsens anvendelse findes i "Vejledning i anvendelse af overenskomstydelser".

Praksispersonale, eksempelvis sygeplejersker, kan med fordel inddrages i opfølgning og årskontrol af patienter med diabetes. Det er den praktiserende læges ansvar, at praksispersonalet besidder tilstrækkelig viden og kompetencer til at kunne varetage opgaven. Dansk Selskab for Almen Medicin beskriver i deres vejledning "Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom", hvilken viden og hvilke kompetencer personalet bør besidde.

Den praktiserende læge er som udgangspunkt tovholder for forløbet for patienter med type 2-diabetes, og skal ved opfølgninger og årskontrol spørge ind til patientens situation og oplevelse af egen sygdom. Lægen skal således inddrage patient og pårørende i beslutninger om at justere behandlingsmål og -plan. Det indebærer en vurdering af, hvem der er den rette behandler (afsnit 4), behovet for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 1) og behovet for særlig støtte.

Årskontrollen og opfølgende konsultationer bør som udgangspunkt omfatte en dialog om mulighederne og motivationen for at deltage i forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen. Den praktiserende læge kan elektronisk henvise til kommunernes tilbud, og det bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Korrekt medicinhåndtering er et vigtigt element i behandlingsindsatsen. Apotekerne har nationalt aftalt ydelse om "Medicinsamtale", der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom (afsnit 6). Den praktiserende læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicinhåndtering.

Når egen læge er behandlingsansvarlig, bør denne sørge for løbende receptfornyelser ifm. opfølgning/årskontrol, så patienten har en recept dækkende frem til næste planlagte kontakt med lægen.

Almen praksis bør hjælpe patienten med information om, hvor de kan få vejledning i kommunen om muligheder for hjælpemidler og tilskud (afsnit 7), fx ved som minimum at henvise til Borgerservice i patientens hjemkommune. Telefonnumre til Borgerservice fremgår af bilag 2.

9 | Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet

Sygehusene skal tilbyde patienter med type 1-diabetes, gestationel diabetes og andre sjældnere diabetessygdomme regelmæssig opfølgning og kontrol. Som led i et behandlingsforløb tilbyder sygehuset løbende diætvejledning og undervisning om fx ernæring, fysisk aktivitet, medicinhåndtering mv. [32].

Sygehusene skal også rådgive de praktiserende læger om deres behandling og kontrol af patienter med type 2-diabetes. Sygehusene kan undtagelsesvist tilbyde midlertidige forløb for patienter med type 2-diabetes. Det kan fx være pga. komorbiditet eller pga. nyopståede eller forværring af multiple komplikationer. Type 2-diabetespatienter, der har gennemgået et behandlingsforløb i diabetesambulatoriet, afsluttes som udgangspunkt til videre behandling og opfølgning i almen praksis. Undtaget er patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer (svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati) eller patienter med tendens til hypoglykæmi (afsnit 4).

Når behandlingsansvaret ligger hos sygehusambulatoriet, bør løbende receptfornyelser ske her ifm. ambulant behandling/kontrol, således at recepten dækker frem til patientens næste planlagte kontakt med sygehuset.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandlinger og kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standarden det gode ambulantnotat/epikrise. Det anbefales, at sygehuset bearbejder, og kun sender, den information som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb. Plan for det videre forløb og behandling skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på.

Notater sendes kun, hvis der er væsentlig ny information.

I løbet af overenskomstperioden for almen praksis 2018-2020 skal der udvikles og implementeres et it-værktøj, så epikrisen suppleres med et rødt, gult eller grønt "flag", der markerer graden af behov for opfølgning hos egen læge. Forløbsprogrammet opdateres, når værktøjet er klar til implementering.

Nogle patienter med type 2-diabetes følger i en periode undtagelsesvist et forløb i sygehusets diabetesambulatorium. Sådanne perioder stiller krav til øget samarbejde og kommunikation, så almen praksis bedst muligt kan varetage rollen som tovholder for patientens forløb.

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i "Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Ambulant behandling og kontroller i sygehusambulatoriet bør som udgangspunkt omfatte en dialog om mulighederne og motivationen for at deltage på forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen. Sygehuset kan elektronisk henvise til kommunernes tilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

32 Dansk Endokrinologisk Selskab (2009) – Kliniske retningslinier for behandling af voksne med type 1-diabetes.

Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kan være relevante. Sygehuset bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud, herunder hvor patienten kan få mere information og hvordan patienten kan søge om tilskud (afsnit 7).

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger.

Sygehusene bør i samråd med patienter og pårørende tilstræbe en god intern planlægning mellem afdelingerne for at skabe sammenhæng og belaste patienten og sygehuset mindre.

Af boksen nedenfor fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienter med diabetes på sygehuset, som kan være vigtige at kommunikere videre til kommunen.

Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen

- Plan for det videre forløb med særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter ambulant behandling og kontrol
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx behandlingsmål, symptomer, sygdomshåndtering, vigtigheden af at monitorering, blodsukkerværdiers betydning og gå til kontrol for sin sygdom, rehabilitering m.v.
- Instruktion i medicinhåndtering og -opbevaring, injektionsteknik, glukosemåler m.m.
- Er patienten henvist til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Komorbiditet og smerter
- Ernæringstilstand med særlig opmærksomhed på overvægt og utilsigtede vægttab
- Psykiske problemstillinger; angst og accept af sygdommen
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus
- Misbrug af alkohol og rusmidler

Patienterne anbefaler

- Spørg mig, hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med…" i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med…"
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud)
- Tal med mig og mine pårørende, om hvordan forværringer af min sygdom kan forebygges og håndteres
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoriebesøg, så skriv det ned til mig på et kort

10 | Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen

Kommunerne skal tilrettelægge forebyggelsestilbud til mennesker med diabetes [33]. Målgruppen er primært borgere med type 2-diabetes, men også borgere med øvrige diabetesformer kan være omfattet (type 1, type 1½ (LADA) mv.). Forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke borgerens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Tilbuddene skal derigennem bidrage til at forbedre den metaboliske kontrol hos borgeren og bedre sygdomstilstanden. Forebyggelsestilbuddene til mennesker med type 2-diabetes omfatter fx sygdomsmestring, fysisk træning, en ernæringsindsats samt evt. rygestop (afsnit 11-14).

BEMÆRK
Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk, og det bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

I flere syddanske kommuner kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

Forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre borgeren opmærksom på muligheden for at tage et familiemedlem eller en ven med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter borgeren i at prioritere de tilbud, som borgeren har størst behov for. Som en del af den afklarende samtale bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på borgerens behov for hjælp til at søge om hjælpemidler og tilskud og efter behov vejlede om regler og ansøgningsprocedurer (afsnit 7).

Den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på både at inddrage kommunale indsatser og aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

33 Sundhedsstyrelsen (2107) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

For at afdække borgerens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. borgerens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser, herunder fx en socialfaglig indsats eller en beskæftigelsesindsats, hvis komplikationer ved borgerens diabetes nødvendiggør dette, eller udførelse af borgerens job hæmmes eller umuliggøres af diabetes.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgerens motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre.

Afslutning på samlet forløb

Kommunen skal sikre en systematisk opfølgning på de forskellige elementer i forebyggelsestilbuddet, herunder systematisk drøfte behovet for opfølgning med borgeren og evt. pårørende – fx under en afsluttende samtale.

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion (bilag 1). Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

11 | Sygdomsmestring i kommunen

Med dette forløbsprogram
får de syddanske kommuner ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse for borgere med type 2-diabetes i Region Syddanmark. Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2019. Ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse gælder de strukturerede tilbud. Disse er traditionelt organiseret som gruppebaseret undervisning med fysisk fremmøde, men kan også være individuelle, digitale mv.

I den almindelige, individuelle dialog med patienterne ifm. behandling og kontrol på sygehusene og i almen praksis vil der fortsat indgå elementer af sygdomsmestring (medicinhåndtering, håndtering af hjælpemidler mv.)

Kommunerne skal udbyde strukturerede forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet borgere med type 2-diabetes. Tilbuddet har til formål at styrke borgerens egenomsorg, sådan at borgerens helbred og livskvalitet forbedres.

"Sygdomsmestring referer til…
en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen […] kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret" [34].

Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer.

Tilbuddet skal bidrage til at give borgeren viden om sygdommens karakter, herunder udvikling og komplikationer, og om mulighederne for forebyggelse, behandling og rehabilitering [35]. Tilbuddet skal desuden give borgeren praktisk viden og færdigheder tilpasset borgerens behandlingsbehov. Der bør være særligt fokus på hjemmemåling af blodsukker, fortolkning af resultaterne og handling på dem i samspil med sundhedsvæsenet. Der bør også være fokus på fx livsstilsændringer og borgerens motivation herfor, herunder betydningen af fysisk træning og ernæring, og evt. på psykosociale og arbejdsmæssige forhold. I undervisningen kan borgerens muligheder for hjælpemidler og tilskud (afsnit 7) desuden inddrages.

Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i deltagernes hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver konkret og meningsskabende for deltagerne.

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes borgerens deltagelse i forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlekompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og hverdagslivet med type 2-diabetes.

34 Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.
35 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om diabetes erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger [36].

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt være med til at give en bedre kvalitet i behandlingen [37]. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både borgere, pårørende og personale og evt. en mere effektiv udnyttelse af ressourcer. Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med forebyggelsestilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to: Inddragelse af pårørende i borgerens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov [38].

Ved inddragelse i borgerens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler de pårørendes egne behov, fokuserer man derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker videre end det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne i mødet med den pårørende. Det kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el. lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden diabetespatienternes medvirken.

Forudsætninger for succesfuld pårørendeinddragelse

- Ledelsesmæssig opbakning
- Tilpasset skriftlig og mundtlig kommunikation til borgere og pårørende
- Passende tidspunkt, fysiske rammer mv.
- Samtykke fra borgeren til inddragelse af de(n) pårørende i patientens forløb
- Et tilbud om inddragelse – ikke et krav eller en forventning

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud om sygdomsmestring, skal det elektronisk og bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

36 Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

37 Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – Pårørendeinddragelse.

38 Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – Pårørendeinddragelse.

12 | Fysisk træning i kommunen

Fysisk træning har gavnlige effekter i behandlingen af diabetes og kan reducere symptomer. For mennesker med type 2-diabetes er den positive effekt af fysisk træning veldokumenteret, og der er international konsensus om, at fysisk træning er én af tre hjørnesten i behandlingen af type 2-diabetes sammen med diæt og medicin [39].

Borgeren bør først og fremmest selv – så vidt muligt – integrere fysisk træning og bevægelse i sin hverdag. Kommunen kan hjælpe en livsstilsforandring fra et stillesiddende til et aktivt liv på vej via et træningstilbud. Træningstilbud i kommunerne til mennesker med diabetes bevilliges som oftest som et forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119. Tilbuddet kan både tilrettelægges gruppebaseret og individuelt.

Borgere med diabetes kan henvises til kommunerne med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens §140, hvor henvisningsårsagen typisk er relateret til senkomplikationer ved diabetes.

Anbefalinger til kommunerne

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt tilrettelagt.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. borgerens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at borgeren kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen. Det kan fx gælde ved en særlig jobsituation, eller hvis der er særlige geografiske hensyn at tage.

Træning og diabetes

Et træningsprogram af lav til moderat intensitet er realistisk at gennemføre for den gennemsnitlige patient med type 2-diabetes. Træning med højere intensitet kan tilbydes patienter, som er motiverede og kan gennemføre dette. Supervisionen skal sikre, at træningen gennemføres i en rimelig intensitet og at risikoen for skader minimeres. De nærmere kliniske retningslinjer for træningsindsatsen gennemgås ikke i forløbsprogrammet [40].

Det er vigtigt, at det træningsfaglige personale i kommunen i træningen med mennesker med diabetes er opmærksomme på borgerens blodsukkerniveau, herunder ved højintensiv træning.

Fastholdelse

Kommunen bør være i dialog med borgeren om vedvarende træningsmuligheder, herunder fx egentræning og deltagelse i lokale motionstilbud, netværksgrupper og patientforeningstilbud. Kommunen kan understøtte borgeren i at opretholde sit øgede fysiske aktivitetsniveau, når træningstilbuddet slutter, så der skabes en varig livsstilsændring [41].

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer borgeren til at træne og samtidig tager hensyn til borgerens ressourcer og handlekompetencer [42].

39 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

40 Sundhedsstyrelsen (2015) – National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes.

41 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

42 Sundhedsstyrelsen (2015) – National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes.

Oversigt over rammer for tilbud om fysisk træning i kommunerne
Nedenfor findes en oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med diabetes og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser.

For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Fysisk træning i kommunen	
Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra sygehuset, skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning. Efter et afsluttet genoptræningsforløb sender kommunen et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Sygehuset kan rekvirere et afslutningsnotat hos kommunen efter behov.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Borgere, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde hjælp til borgere, som har brug for en indsats for at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til borgerens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til borgere med diabetes for at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

13 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til borgere med diabetes. Formålet er at understøtte borgerens ønske om rygestop eller motivere hertil. Alle borgere med såvel type 1- som type 2-diabetes, som ryger, skal fortløbende opfordres til rygestop og tilbydes hjælp til afvænning. Rygning er den vigtigste risikofaktor for hjertekarsygdom blandt borgere med type 2-diabetes [43].

Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk).

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Tilbuddet kan være såvel individuelt som holdbaseret alt efter borgerens præferencer.

Borgere kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere. Efter et afsluttet rygestopforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før borgeren fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at borgere med diabetes kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, bør det fortrinsvis ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende..

43 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

14 | Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen at mennesker med diabetes får den rigtige ernæring. Ernæringsindsatserne kan bestå af diætbehandling og kostvejledning.

Diætbehandling

Individuel diætbehandling omfatter ernæringsscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplanen.

Diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, skal gennemføres af en klinisk diætist.

Formålet med diætbehandlingen er dels, at den medvirker til, at patienten opnår de optimale behandlingsmål og dermed forebygger senkomplikationer, dels at patienten oplever en glæde ved at spise.

Diætbehandling for mennesker med type 1-diabetes skal følge de officielle kostråd suppleret med særlige anbefalinger for personer med type 1-diabetes [44], hvilket kan ses på Diabetesforeningens hjemmeside.

Diætbehandlingen for mennesker med type 2-diabetes skal følge de gældende ernæringsanbefalinger i henhold til beskrivelserne i de kliniske retningslinjer for rehabilitering af type 2-diabetes [45].

Kostvejledning

Kostvejledning om de officielle kostråd anvendes i forebyggelsen af overvægt for de mennesker, der ikke har behov for individuel diætbehandling – det gælder både mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Kostvejledningen kan bestå af kostanamnese samt råd om sunde mad- og måltidsvaner, herunder valg af fødevarer og sammensætning af måltider. Kostvejledning kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb [46].

Ernæringsindsatsen bør understøttes af et tværfagligt samarbejde med de relevante sundhedsprofessionelle, der indgår i den enkelte borgers forløb, herunder fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, hjemmeplejer, hjemmesygeplejeske mv. [45].

Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset har ansvaret for løbende at kontrollere og registrere vægten hos patienter med diabetes og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov.

Sygehuset bør undervise nydiagnosticerede type 1-patienter i ernæring. Patienter bør i starten undervises af en klinisk diætist og have mulighed for løbende at få konsultationer hos diætist med specialviden om diabetes.

44 Dansk Endokrinologisk Selskab (2016) – National behandlingsvejledning for type 1 Diabetes Mellitus.

45 Sundhedsstyrelsen (2015) – National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes.

46 Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

Ernæringsindsats i kommunen

Kommunerne skal tilbyde borgere med type 2-diabetes en ernæringsindsats. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret. Ernæringsindsatsen kan både indeholde elementer af kostvejledning og egentlig diætbehandling. Diætbehandling bør tilbydes til borgere med type 2-diabetes, der er overvægtige (BMI > 30) eller har et uplanlagt vægttab. Der bør være en særlig opmærksom på borgere, der er nydiagnosticerede.

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

Egen læge og sygehuslægen kan henvise elektronisk til kommunens tilbud, og det bør primært ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med diabetes indlægges på sygehuset, sker det altid akut. Det er som oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM). Endelig kan patienten også blive indlagt fra diabetesambulatoriet.

Patienter med diabetes indlægges oftest af andre årsager end deres diabetes. I den forbindelse vil de være indlagt på andre afdelinger end endokrinologiske afdelinger. Opstår der i den forbindelse spørgsmål i relation til behandling af patientens diabetes, kontaktes endokrinologisk afdeling.

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæge kan elektronisk henvise patienter med diabetes til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standarden "sygehushenvisning" (REF01).

Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i "Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Sygehuset

Når en patient er indlagt og samtidig er tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx for ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise borgeren til yderligere undersøgelser inden udskrivelse og informere almen praksis herom via epikrisen. Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i "Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Indsats for ældre patienter med diabetes

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med diabetes. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

DÆMP-indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehus-personalet på følgende måde:

Plejeforløbsplanen til kommunen

- Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen - feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja"
- Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder", skrives i feltet "Viden og udvikling": "DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af…" (fx stort funktionstab)

Epikrisen til den praktiserende læge

I epikrisen til patientens praktiserende læge noteres at:
"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

På baggrund af plejeforløbsplanen vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation hos egen læge, gerne med deltagelse af hjemmesygeplejen, eller et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at drøfte behovet og evt. planlægge et besøg.

Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for information om – jeg har måske ikke det samme behov som andre patienter
- Informer løbende mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig og mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson
- Orienter mig om hvordan min aktuelle sygdom kan påvirke min diabetes
- Husk, at jeg kan bidrage med oplysninger om min diabetes

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelse er præciseret i "Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. Den sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivelsesrapporten.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin diabetes suppleres plejeforløbsplan og udskrivningsrapport med de for sygdommen relevante data.

Inden udskrivelse skal patientens behov og motivation for rehabilitering vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende.

Henvisning fra sygehuset til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1).

Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Vægt, sammensætning af maden
Psykosociale forhold	Psykiske problemstillinger; angst og bekymring, depression, oplevelse af tab, manglende accept af sygdommen og motivation for- og ressourcer til forandring
Respiration og cirkulation	Rygestatus
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet og kroniske smerter på grund af senkomplikationer
Viden og udvikling	• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning • Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx kost, motion, rygestop, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, telemedicinske tilbud m.m. • Er patienten informeret om og henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Kommunen tager kontakt til borgeren for at vurdere hvilket tilbud, der er mest egnet. Kommunen informerer ligeledes egen læge om borgerens opstart i rehabiliteringstilbuddet.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelse har ændret sig, således at der er behov for en koordineret indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en udskrivelsesepikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standarden "Den gode epikrise".

Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt og senest tredje hverdag efter udskrivelsen sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret.

Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen. Det skal bemærkes, at der i løbet af overenskomstperioden for almen praksis 2018-2020 skal udvikles og implementeres et it-værktøj, så epikrisen suppleres med et rødt, gult eller grønt "flag", der markerer graden af behov for opfølgning hos egen læge. Forløbsprogrammet opdateres, når værktøjet er klar til implementering.

Ved udskrivelse bør sygehuset udskrive recepter på medicin for perioden frem til næste planlagte lægekontakt (i sygehusambulatorium eller hos egen læge).

Indsats for særligt svækkede ældre patienter med diabetes

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats mellem kommunen og den praktiserende læge for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med diabetes. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold, fx:
  - hvem jeg skal kontakte med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, en endokrinologisk afdeling eller kommunen). Husk at give mig et telefon nummer på den/dem jeg kan kontakte
  - hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad skal der kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan vi skal reagere, hvis jeg får for lavt blodsukker

DÆMP-indsatsen igangsættes af sygehuspersonalet under indlæggelsen ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive:

"Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

Sygeplejen besøger patienten for at danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation hos egen læge, gerne med deltagelse af hjemmesygeplejen, eller et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at drøfte behovet og evt. planlægge et besøg.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin diabetes, skal den sundhedsprofessionelle på sygehuset være opmærksom på anden relevant information, som der skal tales med patient og pårørende om. Det kan være i relation til den aktuelle indlæggelse samt det videre forløb som diabetespatient. Er der her ændringer i forløbet eller behandlingen i forhold til det tidligere planlagte, vil det være efter aftale med endokrinologisk afdeling.

I forløbsprogrammet lægges der ikke op til træning på sygehuset for patienter med diabetes.

Er der behov for genoptræning af anden årsag end patientens diabetes, kan der være behov for genoptræning under indlæggelse (Sundhedslovens §5). Vurderes det af den behandlingsansvarlige læge, at patienten efter udskrivelsen har et behov for tilbud om genoptræning, udarbejdes der en genoptræningsplan. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender den til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og patientens læge, hvis patienten giver samtykke hertil.

Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivelsestidspunktet.

17 | Graviditetsdiabetes

Ca. 3-4% af alle gravide forventes at udvikle diabetes under graviditeten (graviditetsdiabetes)[47]. Sygdommen forsvinder efter fødslen hos stort set alle. Kun i meget sjældne tilfælde manifesterer sygdommen sig som en vedvarende diabetes. Graviditetsdiabetes (gestationel diabetes) skal ikke forveksles med diabetes, der allerede optræder inden graviditeten (prægestationel diabetes).

Opsporing af graviditetsdiabetes er vigtig, da graviditetsdiabetes indebærer en forøget risiko for en række sygdomme hos mor og barn under graviditeten og efter fødslen samt for spædbarnsdødelighed.

Der foreligger klare retningslinjer for risikovurdering og screening af kvinder med en kendt forøget risiko for at udvikle graviditetsdiabetes [48]. Diagnosticering af graviditetsdiabetes sker enten i almen praksis eller på sygehuset og er beskrevet nærmere i afsnit 5. Ved diagnosticering i almen praksis henvises til behandling på sygehuset.

Omkring hver anden kvinde, der har haft graviditetsdiabetes, udvikler type 2-diabetes senere i livet. Der er således et særligt stort forebyggelsespotentiale for denne målgruppe. Forebyggelsesindsatsen efter graviditet handler – som for type 2-diabetes i øvrigt – om fysisk træning, ernæring, forebyggelse af overvægt samt evt. tobaksafvænning. Den vigtigste tværsektorielle opgave i forbindelse med graviditetsdiabetes er derfor at understøtte borgeren i at leve et liv med en hensigtsmæssig livsstil.

Vigtige indsatser ved graviditetsdiabetes

Almen praksis

- Opsporing af sygdommen
- Tovholderrolle fra og med undersøgelsen otte uger efter fødslen
- Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud
- Fortløbende dialog med kvinden om livsstil i forbindelse med konsultationer i almen praksis

Sygehuset

- Medicinsk behandling
- Ernæringsindsats
- Samtale om fysisk træning og evt. rygning
- Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunen

- Forebyggelsestilbud (herunder fx fysisk træning, ernæringsindsats og tobaksafvænning) under og efter graviditet

47 Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2014) – Gestationel diabetes mellitus: Screening og diagnose.

48 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2014) – Gestationel diabetes mellitus: Screening og diagnose.

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i "Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Sygehuset skal anvende MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1), når der henvises til kommunale tilbud. Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre plan, herunder vedr. relevante kommunale forebyggelsestilbud.

Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen kan ses i afsnit 9.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulant behandling/kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom-standarden "Den gode epikrise". Det anbefales, at sygehuset bearbejder og kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb.

18 | Børn og unge med diabetes

Børn og unge med diabetes er en særlig sårbar målgruppe. Hos børn og unge, som får diagnosen diabetes, er det for langt størstedelen type 1-diabetes, der er tale om. Kun ganske få får konstateret type 2-diabetes.

Det er stort pres for en familie, når et barn rammes af en kronisk sygdom. Diabetes er en særlig udfordring, fordi det er en sygdom, hvor man som barn og familie selv har ansvaret for den daglige og livsnødvendige behandling. Det anslås, at ca. 50 personer omkring et barn med type 1-diabetes skal kunne forstå sygdommen og kunne reagere i akutte situationer.

Det overordnede mål for behandlingen af danske børn og unge med diabetes er at yde en omsorg og behandling, der sikrer normal vækst og udvikling, høj livskvalitet og minimal risiko for akutte og kroniske komplikationer til sygdommen. Dette opnås bedst ved at hjælpe børn og familier til at opnå en høj grad af egenomsorg, og til at bevare motivationen for bedst mulig varetagelse af sygdommen. Hyppig opfølgning af barnet er essentielt for at opretholde en god metabolisk kontrol og for at monitorere risikofaktorer for udviklingen af akutte og kroniske komplikationer [49].

Hjælp når diagnosen stilles

Når et barn eller et ungt menneske får diagnosen diabetes kan sygehuset og kommunen hjælpe familien ved at vejlede og rådgivning omkring muligheden for at forældrene kan holde orlov eller få tabt arbejdsfortjeneste i en periode. Orlov kan ydes efter Barselslovens § 26, tabt arbejdsfortjeneste kan ydes efter Servicelovens § 42.

Sygehuset og kommunerne kan også hjælpe familien ved at vejlede om muligheden for at søge om hjælpemidler efter Servicelovens §112 og dækning af merudgifter efter Servicelovens §41.

Sygehuset har en specialistviden omkring børn og unge med diabetes. Sygehuset har derfor en opgave i at klæde relevante fagpersoner på til at kunne tage vare på barnet eller den unge i daginstitutionen og skolen. Relevante fagpersoner kan være sundhedsplejersker, lærer, pædagoger og andre støttefunktioner. Alle børn har brug for hjælp til behandling af deres diabetes i institutioner og skoler. Derfor besøger et diabetesteam, diætist og sygeplejerske, institution/skole ved diagnosetidspunktet, og ved skift af institution/skole samt ved behov derudover.

Behandling og kontrol af sygdommen

Det er vigtigt, at barnet/den unge kommer til regelmæssige kontroller eller – efter aftale – ambulante besøg på sygehuset efter individuelle behov. Til kontrollerne/besøgene vil lægerne følge sygdommen og have opmærksomhed på udvikling af følgesygdomme. Kontrollerne giver også mulighed for at få talt med behandlerne om de udfordringer, der opleves hjemme ifm. diabetes. De fleste børn går til kontrol hver tredje måned. Der kan dog være brug for hyppigere kontroller, hvis barnets insulinbehov ændres.

Kommunikation mellem børneambulatoriet og kommunen

Når diagnosen er stillet og den indledende behandling på sygehuset er færdig, skal der ske en overlevering til kommunen. Her kan det være en stor hjælp for familierne, hvis der på børneambulatoriet er en socialrådgiver, som skal understøtte overlevering til kommunen, herunder hjælpe med at tage kontakten til kommunen og formidle behovet for særlig støtte.

49 Sundhedsstyrelsen (2010) – Kliniske retningslinier for behandling af børn med type 1 og type 2-diabetes.

Særlig støtte

Det er stort pres for en familie, når et barn rammes af en kronisk sygdom. Det gælder både for barnet/den unge og for de nærmeste pårørende. Kommunen bør være opmærksom på graden af sygdomsmestring hos barnet/den unge og dennes familie, herunder særligt det psykiske aspekt ved livet med diabetes. Det kan derfor være en hjælp at få et tilbud om psykologbistand, mentorordning el. lign. Her kan sygehuset støtte op ved at etablere et mentornetværk. Mentornetværket kan etableres både for familien og for barnet/den unge. Mentorerne for børnene/de unge skal være ældre, og de skal selv have levet med diabetessygdommen i nogle år.

Særligt for unge mellem 16-25 år

Det er forskelligt, hvornår de unge er klar til at tage skiftet fra børneambulatoriet til voksenambulatoriet. Det er en individuel vurdering, som skal tages i samråd med den unge og dennes pårørende. Den individuelle vurdering skal baseres på den unges egne ønsker, graden af sygdomsforståelsen og egenomsorg samt den unges netværk og mulighed for støtte. Når skiftet sker, skal der afholdes en koordinerende konsultation hvor både børneambulatoriet og voksenambulatoriet deltager. Anbefalingen er at konsultationen deles i to, så den unge deltager både alene og sammen med de nærmeste pårørende.

For unge mellem 16-25 år kan der gælde nogle særlige udfordringer. De unge bliver mere selvstændige og skal tage et større ansvar for deres kroniske sygdom. Sygehuset kan iværksætte særlige tiltag målrettet gruppen af unge diabetespatienter, som kan være med til at motivere de unge til fortsat at følge deres kontroller og behandling. Eksempler herpå er unge ambulatorier for de 16-25 årige. Ambulatoriet kan etableres som en selvstændig afdeling eller som faste ambulatoriedage forbeholdt den unge patientgruppe. Muligheden for åben konsultation, hvor der ikke er tidsbestilling. Den åbne konsultation skal ligge efter skole- og studietid.

Sygehusene kan understøtte unge patienters compliance ift. medicin ved at udskrive mængder, der dækker behovet frem til næste kontrol. Almen praksis kan understøtte den unges compliance ved at opfordre den unge til at møde op til kontroller på sygehuset mv.

Støtte i kommunen

Kommunen kan være indgangen til ekstra hjælp og støtte, når et barn eller en ung får konstateret diabetes. Som familie kan det være svært at overskue situationen i den første tid efter diagnosen, samtidigt med at man skal søge hjælp hos kommunen. Nogle kan opleve processen med kommunen som forvirrende, og den kommunale sagsbehandler har måske ikke altid tilstrækkelig viden om diabetes som sygdom eller indsigt i, hvad det vil sige at leve med diabetes.

Kommunerne kan iværksætte særlige tiltag målrettet de familier, hvor et barn eller en ung lever med diabetes. Et eksempel på et særligt tiltag er at etablere en ordning, hvor barnet/den unge får tilknyttet en ressourceperson, som følger barnet i børnehaven eller skolen. Ressourcepersonen ved, hvordan der skal handle i akutte situationer. Ressourcepersonen kan også være barnets støtte i at tale med kammerater omkring sygdommen.

Sundhedsplejen møder børnene og de unge i skolen. Sundhedsplejen har en faglig baggrund til at støtte barnet eller den unge i at mestre dele af sygdomsaspektet. Eksempelvis når det handler om at håndtere de personlige kriser, som vil opstå når man lever med en kronisk sygdom. Sundhedsplejen kan også hjælpe barnet med de spørgsmål og udfordringer, der relaterer sig til sygdommen i forhold til kammerater og familien.

En problemstilling, som kommunerne med fordel kan være særligt opmærksomme på, er overgangen fra barn til voksen, hvor det er forbundet med udfordringer for en del unge at håndtere deres diabetes.

Almen praksis

Børn og unge med diabetes følges på ambulatoriet, så almen praksis har som udgangspunkt ikke en rolle i behandlingen. Almen Praksis har dog en opgave i have en opmærksomhed på barnets/den unges trivsel samt hvordan den øvrige familie trives og om der er brug for særlig støtte.

19 | Plejeindsatsen i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå borgere med diabetes i at håndtere livet med kronisk sygdom. Det gælder bl.a. personlig pleje, insulingivning, sårbehandling mv.

De involverede dele af plejesektoren er fx visitationen samt hjemme- og sygeplejen.

Indsatsen bør involvere forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats.

Personalet bør følge borgerens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og borgerens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Begyndende følgesygdomme, herunder fodsår, øjenproblemer mv.
- Ændret sygdomsmønster
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Generelt øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end diabetes
- Forringet almen ernæringstilstand, herunder pludseligt vægttab
- Kognitive forringelser ifm. almen aldersvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med borgeren og pårørende igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at borgeren bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau. I denne situation bør der søges en dialog med borgerens egen læge via en korrespondancemeddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende borgerens situation.

Sygeplejen bør være opmærksom på muligheden for en opfølgende konsultation hos egen læge eller at anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg borger eller et kompliceret forløb. Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Håndtering af medicin og hjælpemidler

Det sundhedsfaglige personale skal bidrage til, at borgeren får målt sit blodsukker og får handlet på værdien af målingen. Ved behov kan personalet desuden foreslå borgeren at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinhåndtering (jf. afsnit 6).

Personalet bør desuden hjælpe borgeren og pårørende med vejledning om regler for hjælpemidler og tilskud.

Bilag

BILAG 1 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker elektronisk og bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01).

Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget. En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at give borgeren det rette forebyggelsestilbud og lave en aftale med borgeren om det videre forløb. Henvisning sker altså ikke direkte til de enkelte tilbud, men til den afklarende samtale.

Ved afslutning af det samlede forløb sender kommunen et afslutningsnotat til egen læge og til sygehuset, hvis sygehuset er afsender på henvisningen.

Nye standarder for elektroniske henvisninger

Sundhedsstyrelsen (SST) har udgivet nye anbefalinger ved henvisning til kommunal forebyggelse i juni 2016 og har i den anledning bedt MedCom revidere standarderne til/fra kommunal forebyggelse. Formålet er at forenkle henvisning til kommunal forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Kommunernes Landsforening, PLO, Danske Regioner, DSAM, kommuner, SST selv og MedCom. Arbejdsgruppen har besluttet, at der skal udarbejdes to nye reviderede standarder til kommunal forebyggelse. Når disse standarder er klar til drift, tilrettes forløbsprogrammet efter disse.

De nye henvisninger er:

- **Henvisning til kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes en ny elektronisk "Henvisning til kommunal forebyggelse" (XREF15), som bygger på den eksisterende sygehushenvisning (REF01). Den nye henvisning til kommunal forebyggelse vil have færre felter
- **Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes ligeledes et nyt elektronisk "Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse" (XDIS15), som bygger på den eksisterende epikrise (DIS01). Den vil ligeledes have færre felter.

BILAG 2 | Befordring

På www.borger.dk kan borgere og pårørende læse mere om deres muligheder for at få arrangeret og/eller refunderet udgifter til transport til praktiserende læge, speciallæge og sygehus samt til forebyggelses-/rehabiliteringstilbud og andre tilbud i kommunen.

Transport til og fra kommunale tilbud, speciallæge eller egen læge

Som hovedregel skal borgeren selv sørge for transport til og fra kommunale tilbud, speciallæge eller egen læge. Der er dog undtagelser, hvor borgere har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til tilbuddene/behandlingen [50].

For spørgsmål om transport til og fra behandling hos egen læge, speciallæge og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen kan borgeren eller pårørende kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre.

Transport til og fra behandling og kontroller på sygehuset

For spørgsmål om transport til og fra sygehus skal patienten kontakte sygehuset.

Som hovedregel skal patienten selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog en række undtagelser, hvor patienter har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til behandling på sygehuset [49]. Patienters rettigheder til befordring i forbindelse med sygehusbehandling er nærmere beskrevet på Region Syddanmarks hjemmeside.

Har patienten ret til siddende transport til og fra sygehusbehandling, kan transport bestilles på **tlf. 7011 3111**. På dette nummer kan der også stilles spørgsmål om befordringsgodtgørelse til og fra sygehuset.

Spørgsmål om transport – kontaktinfo			
Assens	6474 7474	Nordfyns	6482 8282
Billund	7213 1500	Nyborg	6333 7000
Esbjerg	7616 1616	Odense	6613 1372
Fanø	7666 0660	Svendborg	6223 3000
Fredericia	7210 7000	Sønderborg	8872 6400
Faaborg-Midtfyn	7253 0530	Tønder	7492 9292
Haderslev	7434 3434	Varde	7994 6800
Kerteminde	6515 1515	Vejen	7996 5000
Kolding	7979 7979	Vejle	7681 0000
Langeland	6351 6000	Ærø	6352 5000
Middelfart	8888 5500	Aabenraa	7376 7676

50 Kilde: https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/Patientrettigheder/Transport-til-laegehjaelp

Region Syddanmark . Damhaven 12 . 7100 Vejle . www.regionsyddanmark.dk

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Kommunikationspakke
til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Titel
Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram
for mennesker med diabetes

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2018
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden
Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og trådt i kraft den xx. xxxxxx 2018

Emneord
Diabetes mellitus, type 1, type 2, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering,
tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0
Februar 2018

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-59-2

Indholdsfortegnelse

Introduktion **4**

DEL 1 **Anbefalinger og tjeklister** **6**

Kommunikationstemaer på diagnosetidspunktet 6

Kommunikationstemaer i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen 7

Patientens tjekliste til kommunikation 9

DEL 2 **Tilpasset kommunikation** **10**

Timing af kommunikationen 10

Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte 10

Metoder til brugerinddragelse 12

1 | Introduktion

Baggrund

Kommunikation mellem borgere med diabetes og sundhedspersonalet er et vigtigt element i alle faser af behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

For at borgerne og deres netværk kan få det optimale udbytte ud af deres behandling, er det afgørende, at de tilbydes en individuelt tilrettelagt dialog, og at sundhedspersonalet får det nødvendige indblik i den enkelte borgers behov og livssituation.

Studier viser, at patienter med kroniske sygdomme har markante udfordringer, når de kommunikerer med sundhedspersonalet. Blandt andet oplever omkring hver femte, at det er vanskeligt at have gode samtaler med lægen og at få stillet de spørgsmål, man som patient sidder med. Det gælder især for multisyge, hvis forløb ofte er mere komplekse end hos andre patienter [1].

Hertil kommer, at studier har indikeret, at kompetenceudvikling har betydning for sundhedsfagliges evne til at kommunikere med patienter og pårørende [2].

Der er behov for at systematisere kommunikationen med patienter og pårørende i forbindelse med forskellige situationer i sygdomsforløbet og hverdagslivet, fx ved diagnosticering og i efterfølgende rehabiliteringsforløb for mennesker med diabetes.

Formål med kommunikationspakken

Pointen med at systematisere kommunikationen er at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltsituationer, hvor patienter og pårørende af den ene eller anden grund oplever en mangelfuld kommunikation. Denne kommunikationspakke beskriver indhold og koordination af kommunikationen med borgere med diabetes og deres pårørende.

Kommunikationspakken har både fokus på

- Indhold – hvilke områder skal berøres i dialog med patienten
- Organisering og koordinering – hvem har som udgangspunkt hvilket ansvar, og hvordan koordineres kommunikationen
- Proces – hvordan sikres en individuelt tilpasset kommunikation

På side 9 er en tjekliste, der kan udleveres til borgerne med det formål, at de bedst muligt kan forberede sig på deres kontakter med sundhedsvæsenet og følge, hvilke emner de har været i dialog med sundhedspersonalt om.

KLIK PÅ DE BLÅ HYPERLINKS

1 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling – et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet, Region Midtjylland.

2 Shah, S et al (2016) Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? A pilot study, Journal of Family medicine and primary care, Jan-Mar;5(1):45-50.

Udviklingsprocessen bag kommunikationspakken

Kommunikationspakken er udarbejdet på baggrund af inddragelse af patienter med diabetes, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner på workshops ifm. udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes [3].

Patienter og pårørende gav bl.a. udtryk for, at:

- De ved diagnosetidspunktet ikke havde fået tilstrækkelig information, og at det havde medvirket til uhensigtsmæssige tanker og bekymringer. Usikkerhed om, hvor de kunne få svar på deres spørgsmål, forstærkede deres bekymringer.
- De savnede desuden overensstemmelse og bedre koordinering mellem sektorerne af, hvad patienten informeres om hvornår og af hvem.
- De savnede tydeligere information om de næste skridt i deres forløb, herunder hvilken rolle ambulatorier og egen læge m.fl. spiller i forløbet.

Kommunikationspakken er bygget op i to dele. Først gives anbefalinger til kommunikation på diagnosetidspunktet og i den efterfølgende i behandlings- og rehabiliteringsindsats. Dernæst gives råd og vejledning til, hvordan sundhedsprofessionelle kan tilpasse kommunikationen til den enkelte patients behov.

3 Region Syddanmark (2017) Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation. www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom

2 | Kommunikation på diagnosetidspunktet

I forbindelse med diagnosticering, enten hos praktiserende læger eller på hospitalet, anbefales det at have dialog med patienten og eventuelt pårørende om temaerne herunder.

Temaerne fremgår i ikke prioriteret rækkefølge. De sundhedsprofessionelle kan således tage udgangspunkt i den enkelte patients situation og sundhedsadfærd, behov for viden samt ressourcer og evne til at modtage og reflektere over information.

Der kan ligeledes være behov for, at patienterne og deres pårørende modtager informationen flere gange.

KOMMUNIKATION

- **Mad**
  Madens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og sygdomsudvikling, herunder kulhydraters indvirkning på blodsukkerniveau. Hertil viden om, hvordan mad og måltider bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen, således at en passende vægt opnås eller fastholdes.

- **Træning og fysisk aktivitet**
  Træningens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og søvn samt hvordan fysisk aktivitet og træning bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen.

- **Rygestop**
  Rygningens effekt på sygdommens udvikling samt mulighed for at deltage i rygestopaktiviteter.

- **Alkohol**
  Alkohols påvirkning af blodglukose samt forståelse for alkohols rolle i forb. med vægttab.

- **Sygdomsforståelse**
  Viden om sygdommens opståen og udvikling samt følgesygdomme og andre sygdomme.

- **Medicinhåndtering**
  Viden om gode medicinvaner og kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.

- **Blodglukoseniveauer**
  Viden om symptomer, om hvordan blodsukkerniveau måles og hvad man skal gøre ifm. hypo- og hyperglykæmi.

- **Henvisning til hvor yderligere viden findes (internet, kommunale tilbud, apps mv.)**
  Information om aktiviteter, herunder fx tilbud i kommunerne, Diabetesforeningen og frivillige sociale foreninger.

- **Hjælpemidler**
  Viden om hvilke hjælpemidler, der er til rådighed, om hvor de kan anskaffes samt hvordan borgeren søger tilskud.

3 | Kommunikation i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen

Sygehuse, kommuner og almen praksis har et fælles ansvar for, at den enkelte borger og dennes netværk opnår den fornødne viden om nedenstående emner.

Temaerne fremgår i ikke prioriteret rækkefølge således. De sundhedsprofessionelle kan således tage udgangspunkt i den enkelte borgers situation og sundhedsadfærd, behov for viden samt ressourcer og evne til at modtage og reflektere over information.

De sundhedsprofessionelle bør ligeledes – efter aftale med borgeren – inddrage borgerens netværk i kommunikationen, således at de på bedst mulig vis kan støtte borgeren i hverdagen.

Der kan ligeledes være behov for at borgerne og deres netværk modtager informationen flere gange.

- **Mad**
  Madens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og sygdomsudvikling, herunder kulhydraters indvirkning på blodsukkerniveau. Hertil viden om, hvordan mad og måltider bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen, således at en passende vægt opnås eller fastholdes.

- **Træning og fysisk aktivitet**
  Træningens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og søvn samt om, hvordan fysisk aktivitet og træning bedst muligt kan tilrettelægges i hverdage.

- **Vægt**
  Dialog med patienten om, hvordan under- og overvægt influerer på sygdommens udvikling samt om ønsket udvikling i vægt.

- **Rygestop**
  Rygningens effekt på sygdommens udvikling samt mulighed for at deltage i rygestop-aktiviteter.

- **Alkohol**
  Alkohols påvirkning af blodglukose samt forståelse for alkohols rolle ifm. vægttab.

- **Sygdomsforståelse**
  Viden om sygdommens opståen og udvikling.

- **Medicinhåndtering**
  Viden om gode medicinvaner, injektionsteknik og kendskab til medicinens effekter og evt. bivirkninger.

➜ *fortsættes på næste side*

→ *fortsat*

- **Blodglukoseniveauer**
  Viden om symptomer, om hvordan blodsukkerniveau måles og hvad man skal gøre ifm. hypo- og hyperglykæmi.

- **Psykosocial rehabilitering (accept, angst mv.)**
  Dialog med patienter og pårørende om deres bekymringer mv.

- **Teknologi**
  Viden om internetbaserede tilbud, apps og forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering, fx InterWalk.

- **Fodpleje**
  Viden om, hvordan diabetes påvirker fødderne, hvordan fødderne skal plejes så forandringer forebygges og hvor der kan søges hjælp ved forandringer.

- **Øjne**
  Viden om, hvordan diabetes påvirker øjnene samt hvor, hvordan og hvor ofte øjnene skal undersøges.

- **Tænder**
  Viden om risikoen for at få sygdomme i mundhulen som følge af diabetes samt om, hvordan disse sygdomme forebygges.

- **Arvelighed**
  Viden om arvelighed ift. udvikling af diabetes samt råd til, hvordan borgeren taler med sine pårørende om arvelighed og risiko for diabetes.

- **Motivation**
  Dialog med borgeren om de vigtigste prioriteringer, dilemmaer, motivation og handlemuligheder ift. livet med diabetes.

- **Seksualitet**
  Viden om, hvordan diabetes kan påvirke seksualitet og viden om, hvor man kan søge mere viden og hjælp.

- **Forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommuner og på sygehuse**
  Viden om mulighed for at deltage i forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommuner og på sygehuse samt hjælp til henvisning.

- **Lokale og frivillige tilbud**
  Viden om relevante lokale tilbud, fx fitnesscentre, gågrupper, motivationsgrupper i Diabetesforeningen mv.

4 | Patientens tjekliste til kommunikation

Du kan bruge tjeklisten nedenfor til at forberede dig på dine aftaler i sundhedsvæsenet, fx årskontrol med din egen læge. Du kan også bruge tjeklisten til at holde styr på, hvilken emner du har brug for at få mere viden om. Det er ikke sikkert, at alle emnerne i listen er relevante for dig.

Du kan finde en oversigt over sundhedstilbud i din kommune på www.sundhed.dk.

	Mad Du og dine pårørende ved hvad den rette mad betyder for livskvalitet, fysisk formåen, dit blodsukker og udviklingen af din sygdom. I har fået inspiration til, hvordan I bedst kan tilrettelægge jeres hverdag med den rette mad og kender tilbuddene om diæt- og kostvejledning i din kommune.
	Rygning Du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved din sygdom. Du kender muligheder for at deltage i aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop.
	Alkohol Du og dine pårørende ved, hvordan alkohol påvirker blodsukkeret, og hvordan alkohol påvirker din vægt. Du ved, hvor du kan få hjælp, hvis du gerne vil drikke mindre.
	Træning og bevægelse Du og dine pårørende ved, hvor vigtig træning og bevægelse er for din livskvalitet, din fysiske formåen og din søvn. I har fået inspiration til, hvordan I får bevægelse ind i jeres hverdag. I kender kommunens tilbud om træning og bevægelse.
	Vægt Du og dine pårørende ved, hvordan under- og overvægt påvirker din sygdom, og ved noget om, hvad der skal til, for at du opnår din ønskede vægt.
	Viden om diabetes Du og dine pårørende ved meget om sygdommen diabetes og om, hvordan den udvikler sig. I ved også, hvad I skal gøre, når du har for højt eller for lavt blodsukker.
	Medicin Du og dine pårørende har viden om gode medicinvaner, fx korrekt injektionsteknik og kendskab til medicinens effekter og bivirkninger.
	Blodsukkermåling Du og dine pårørende ved, hvordan du måler dit blodsukker. I kender symptomerne på for højt eller for lavt blodsukker.
	Hjælpemidler Du og dine pårørende ved, hvilke hjælpemidler du har brug for, hvor de kan anskaffes og hvordan du søge tilskud til hjælpemidler.

➜ *fortsættes på næste side*

→ *fortsat*

	Teknologi Du og dine pårørende ved, hvor I kan finde inspiration og støtte, fx viden på internettet, apps og forskellige teknologiske muligheder for behandling og rehabilitering.
	Fodpleje Du og dine pårørende ved, hvordan diabetes kan påvirke dine fødder, hvordan fødderne skal plejes og hvor I kan søge hjælp ved forandringer.
	Øjne Du og dine pårørende ved, hvordan diabetes kan påvirke dine øjne og hvor og hvor ofte øjnene skal undersøges.
	Tænder Du og dine pårørende kender til risikoen for at få sygdomme i mundhulen på grund af diabetes, og I ved, hvordan du kan forebygge disse sygdomme.
	Arvelighed Du og dine pårørende har kendskab til, hvad arvelighed betyder for udvikling af diabetes, og du har fået inspiration til, hvordan du kan tale med dine pårørende om arvelighed og risiko for diabetes.
	Seksualitet Du og dine pårørende ved, hvordan diabetes kan påvirke din seksualitet, og I har viden om, hvor I kan søge mere viden og hjælp.
	Lokale og frivillige tilbud Du og dine pårørende ved, hvor I kan finde mere information og se aktiviteter, fx tilbud i kommunerne, Diabetesforeningen og frivillige sociale foreninger.

5 | Timing af kommunikationen

Undersøgelser [4] viser, at det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det. Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet under hensyntagen til behov og ressourcer hos den enkelte person med diabetes og dennes netværk.

Det er en traditionel opfattelse, at nydiagnosticerede patienter gennemgår en emotionel krise, som sundhedsprofessionelle er nødt til at tage hensyn til ved at vente med at give detaljeret information, indtil det pågældende menneske kan rumme det.

Undersøgelser samt udsagn fra både patienter og pårørende på de afviklede workshops konkluderer imidlertid, at de fleste nydiagnosticerede patienters behov snarere er information på et tidligt tidspunkt, både som hjælp til at gøre situationen forståelig, og som en nødvendig forudsætning, for at patienten aktivt kan involveres i sit eget forløb, både i beslutninger og tilrettelæggelse.

Det påpeges i øvrigt, at individets "rute til diagnosen" er en vigtig faktor. Mennesker, der har fået diagnosen pludseligt og uventet i forbindelse med rutineundersøgelser, har stærkt forskelligartede emotionelle reaktioner, som der må tages hensyn til i timingen af information – men også disse mennesker udtrykte i undersøgelsen et ønske om mere og tidligere information [5].

En række studier [6] peger på, at sygdomsforståelse udvikles i faser over en længere periode, hvilket underbygger ideen om, at kommunikation må times, så patienter modtager den relevante information på det tidspunkt, hvor de er mest modtagelige.

4 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

5 Gillani SM (2015) Provision of structured diabetes information encourages activation amongst people with diabetes as measured by diabetes care process attainment: the WICKED Project, Diabetic Medicine, 32(7), s. 865-71.

6 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

6 | Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

I behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med kroniske sygdomme er det væsentligt at være opmærksom på den enkelte patients evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne viden til handling.

Undersøgelser har indikeret, at en betydelig del af patienter med kroniske sygdomme har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation samt kommunikere med sundhedspersonalet [7].

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksomt på, at begrænsede sundhedskompetencer, ofte er forbundet med skam. Patienter i denne situation vil ofte søge at dække over deres manglende evner til at forstå og efterleve information fra sundhedspersonalet [8]. Derfor kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at få indblik i patientens situation og tilrette budskaberne herefter.

Samtidig kan patienter med lave sundhedskompetencer have sværere ved at beskrive deres sygehistorie og forklare årsagen til, at de opsøger sundhedsvæsenet, ligesom de i mange tilfælde heller ikke får stillet sundhedspersonalet de relevante spørgsmål [9].

For sundhedspersonalet er det væsentligt at være opmærksom på dette i dialogen med patienterne samt i udviklingen af informationsmateriale. Nedenfor er forslag til indsatser, der kan bidrage til, at flere patienter læser og forstår sundhedsinformation og har lettere ved at kommunikere med sundhedspersonale.

7 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

8 Barker DW et al (1996) The health care experience of patients with low health literacy. Arch Fam Med 5(6): 329-34.

9 Williams MV et al (2002) The role of Health Literacy in patient-Physician Communication. Family Medicine 34(5): 383-9.

Skriftlig kommunikation

Med hensyn til skriftligt materiale bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten skrives, så den svarer til læsefærdigheder på 5.-6.-klassesniveau – uanset målgruppen. Samtidig bør teksten tilpasses målgruppens kulturelle kontekst, og der bør anvendes almindelige ord og korte sætninger [10].

Der er dog en hårfin grænse for, hvor simpel en tekst må være, idet man også risikerer at fratage borgeren muligheden for at få adgang til komplet og præcis information. En løsning på dette kan være at tilbyde information på flere detaljeringsniveauer.

Mundtlig kommunikation

Litteraturen peger på en række tiltag, der kan sikre en mere udbytterig mundtlig kommunikation mellem patienter/pårørende og sundhedspersonalet. Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, at begrænse informationsmængden og at bruge billeder til at illustrere budskabet [11, 12].

Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået [13]. Endeligt kan der benyttes tolke for at imødekomme sprogbarrierer blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Kompetenceudvikling af patienter og pårørende

Patientuddannelse er for mange patienter med kronisk sygdom en oplagt arena til at forbedre sundhedskompetencerne. I mange kommuner findes der tilbud om sygdomsmestring målrettet mennesker med diabetes. Det anbefales derfor, at der i tilbuddene systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne patienternes færdigheder i at læse og forstå sundhedsinformation samt i at kommunikere med sundhedspersonalet. Således kan patienter med kronisk sygdom blandt andet blive bedre til at stille de rette spørgsmål til sundhedspersonalet og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt.

10 Madsen MH et al (2009) Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen.

11 DeWalt DA et al (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.

12 Ammentorp, J et al (2016) Den gode patientsamtale, Munksgaards Forlag, 1. udgave.

13 Tamura-Lis W (2013) Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.

7 | Metoder til brugerinddragelse

På mange specialeområder findes der på nuværende tidspunkt forskellige behandlinger, som kan anvendes undervejs i et behandlingsforløb. Nogle af disse behandlinger har begrænset effekt eller kun effekt på nogle patienter. Andre lægemidler har god effekt, men kan medføre alvorlige bivirkninger eller gribe meget forstyrrende ind i patienternes liv. Når patienter skal være med til at træffe et valg om, hvorvidt de vil modtage sådanne behandlinger, er det særligt presserende at sikre, at valget træffes på et informeret grundlag, og er i overensstemmelse med det patienten ønsker at opnå med behandlingen. Desuden kan priser på fx medicin eller apparatur indgå i patientens beslutning.

Fælles beslutningstagning (på engelsk: 'shared decision making') er en kommunikationsform der tager udgangspunkt i en opfattelse af sundhedsprofessionelle og patienter som ligeværdige parter. Metoden foreskriver en struktur for samtalen mellem behandler og patient, hvor begge parter deltager aktivt i beslutningsprocessen, deler deres viden om sygdom og behandling, forklarer hinanden hvilken behandling, de foretrækker, og når til enighed om, hvilken behandling patienten skal have [14].

Blandt forskere på området er der konsensus om, at fælles beslutningstagning er særligt anvendelig til at sikre, at patienters præferencer for behandling kommer frem i konsultationen, og at patienter informeres om behandlingers effekt, bivirkninger, fordele og ulemper, så de kan være med til at træffe beslutninger om deres behandling på et informeret grundlag [15]. For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne behandlingsmuligheder har man inden for mange specialeområder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer (på engelsk: 'decision aids').

Beslutningsstøtteværktøjer kan ligne traditionelle informationsmaterialer til patienter, men adskiller sig ved at være udviklet på baggrund patienters udtrykte behov for information.

Videnskabelige undersøgelser, der sammenligner brug af beslutningsstøtteværktøjer med almindelige konsultationer, viser, at patienter som anvender beslutningsstøtteværktøjer:

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder.
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger.
- Er mere aktive i beslutningsprocessen.
- Er mere tilfredse med beslutningerne.
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker.
- I højere grad vælger en konservativ behandling (fx livsstilsændringer) eller mindre omfattende operative indgreb.
- Ikke oplever mere angst og bekymring omkring deres behandlingsforløb, end patienter som informeres på traditionel vis [16].

14 Charles C et al (1997) *Shared Decision Making in the Clinical Encounter: what does it mean?* (or it takes two to tango). Social Science & Medicine; 44(5): 681-692

15 Edwards A, Elwyn G (eds): *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice.* Oxford University Press, 2009, 2nd edition.

16 Stacey D et al (2014) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review).* The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

Værktøjerne giver evidensbaseret information om de tilgængelige behandlingsmuligheder og deres effekter, bivirkninger og andre fordele eller ulemper. Desuden vejleder beslutningsstøtteværktøjerne patienter til at overveje, hvordan de vægter fordele, ulemper og evt. usikkerhed om behandlingsresultatet [17].

Enkelte undersøgelser viser desuden, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer kan medvirke til, at patienterne i højere grad følger klinikernes anvisninger for behandling, altså bedre komplians og mestring [18, 19]. Der er desuden fundet positiv effekt på enkelte kliniske behandlingsudfald, eksempelvis bedre livskvalitet [20, 21] og bedre blodsukkerkontrol hos diabetespatienter [22]. Brug af beslutningsstøtteværktøjer kan dog øge tidsforbruget i konsultationer. Et systematisk review viste at tidsforbruget varierede fra 8 minutter kortere til 23 minutter længere end almindelige konsultationer, med en median tidsforøgelse på 2,55 minutter [23].

Der findes – så vidt vides – endnu ikke danske beslutningsstøtteværktøjer specifikt til diabetespatienter, men der findes udenlandske beslutningsstøtteværktøjer, som måske kan tilpasses en dansk kontekst [24]. Sundhedsstyrelsen har bevilliget penge til udvikling af andre beslutningsstøtteværktøjer, som måske – med tilpasning til diabetespatienters specifikke behov og eksisterende kommunale/regionale behandlings- og rehabiliteringsindsatser på diabetesområdet – kan være relevante at drage inspiration fra. Projekterne forventes afsluttet med udgangen af 2017, hvorefter resultaterne samt evt. selve beslutningsstøtteværktøjerne vil være tilgængelige til generel udbredelse [25].

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer [26]. Heri findes en dansk version af IPDAS' kvalitetskriterier for beslutningsstøtteværktøjer, som beskriver, hvordan sådanne værktøjer bør udvikles, og hvilke elementer de bør indeholde, hvis de skal kunne leve op til principperne i Fælles beslutningstagning, og have de effekter, der er fundet i videnskabelige undersøgelser. Desuden indeholder kataloget en dansk oversættelse af et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til behandlingsvalg, hvor der endnu ikke findes specifikke beslutningsstøtteværktøjer. Patient og sundhedspersonale kan så sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og sammen overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

17 Volk RJ, et al (2013) Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G: *Ten years of the International Patient Decision Aid Standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids.* BMC: Medical Informatics and Decision Making.

18 Perestelo-Pérez L et ale (2015) *Effect of the statin choice encounter decision aid in Spanish patients with type 2 diabetes: A randomized trial.* Patient Educ Couns, 0738-3991(15)30068-9.

19 Bellows J et al (2014) *Use of IndiGO individualized clinical guidelines in primary care.* J Am Med Inform Assoc 21, s. 432-437.

20 Kennedy et al (2004) *A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease.* Gut, 53(11) s. 1639-45.

21 Richardson G et al (2004) *Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease.* J Health Serv Res Policy, 11(4), s. 225-30.

22 Buhse S et al (2015) *Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial.* BMJ Open, 13(11), s. 009116.

23 Stacey D et al (2004) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review).* The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

24 http://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-7-12
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797156

25 Fuld liste over projekter der har modtaget midler fra Sundhedsstyrelsen findes her:
https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2016/udvikling-af-beslutningsstoette_vaerktoejer

26 Inspirationskataloget kan downloades her:
http://danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog

Region Syddanmark . Damhaven 12 . 7100 Vejle . www.regionsyddanmark.dk

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Implementeringsplan
Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

Indledning

Region Syddanmark og de 22 kommuner har primo 2018 vedtaget et nyt forløbsprogram for mennesker med diabetes.

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver sygehusenes, almen praksis' og kommunernes opgaver og roller i samarbejdet og kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med diabetes. Programmet er fagligt funderet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger og på anbefalinger fra Dansk Endokrinologisk Selskab, men programmet gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med diabetes.

Det nye forløbsprogram er udviklet i tæt samarbejde med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Dette har bevirket et stærkt fokus på tværsektorielt samarbejde og kommunikation, og på hvordan vi som sundhedsprofessionelle mere systematisk kan inddrage patienter og pårørende i sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

Forløbsprogrammet skal sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj og ensartet kvalitet, hvor patienter og pårørende i vid udstrækning inddrages i deres eget forløb. Forløbsprogrammet skal ligeledes sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, kontrol i sygehusambulatorierne og deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer. Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med diabetes.

Formål og mål for implementeringen

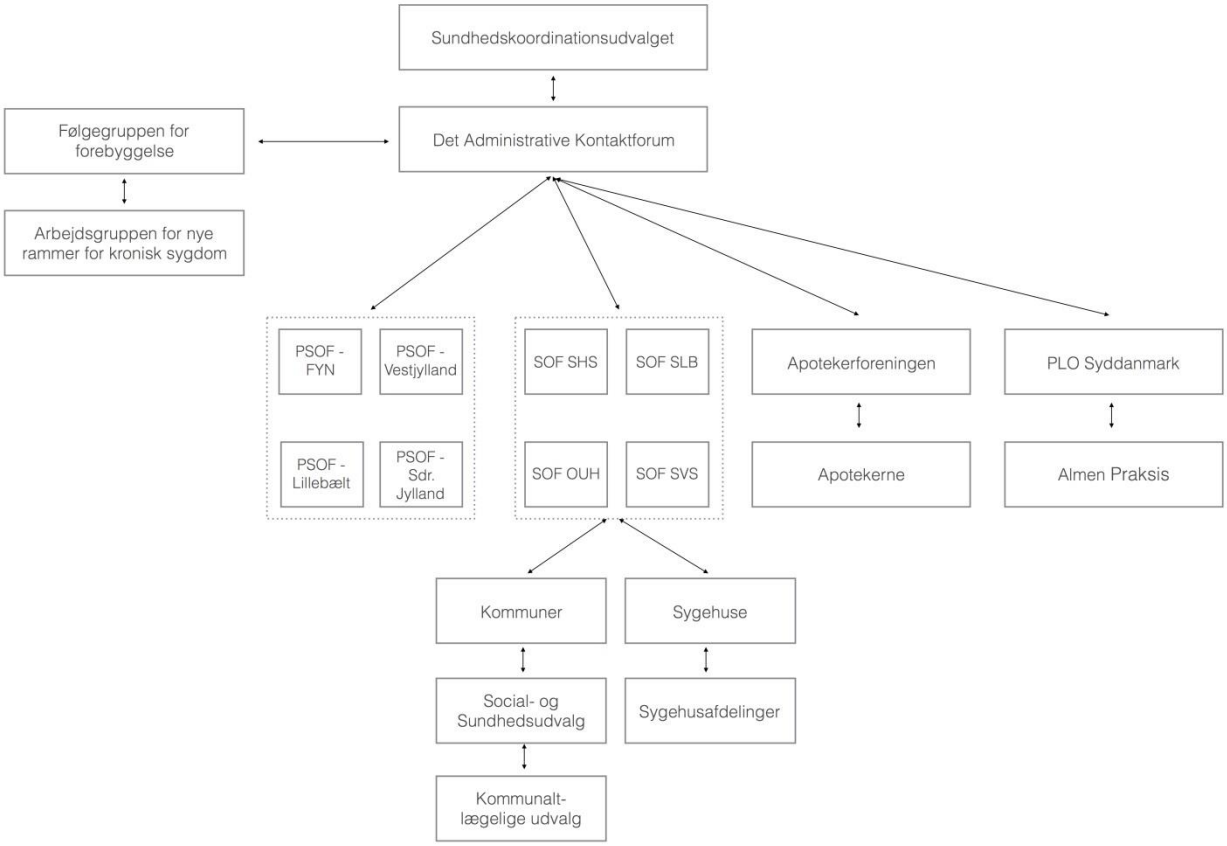
Formålet med forløbsprogrammet er at sikre:

- Høj ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats
- Sammenhængende forløb
- Inddragelse af patienter og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målet med implementeringen er at sikre, at:

- Alle relevante medarbejdere i den primære og sekundære sundhedssektor kender til forløbsprogrammet og dets funktion.
- Forløbsprogrammet indarbejdes i de enkelte aktørers procedure og instrukser.
- Forløbsprogrammet følges systematisk i det daglige tværsektorielle samarbejde.

Kommunikationsveje i implementeringen



Implementeringsmetoden – ansvar og roller

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) godkender forløbsprogrammet og er ansvarlig for den løbende monitorering.

Det Administrative Kontaktforum (DAK) er ansvarlig for implementeringen af forløbsprogrammet.

Følgegruppen for Forebyggelse er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde halvårlige status til SKU og DAK.

De lokale samordningsfora (SOF) (somatik) koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehusenheder, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af

implementeringen forslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert SOF.

Der udarbejdes i regi af hvert SOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplan herfor. Der skal være en særlig opmærksomhed på at sikre kompetenceudvikling og aftaler om flytningen af den sygdomsspecifikke patientuddannelse fra sygehus til kommune. SOF understøttes i implementeringsarbejdet af Følgegruppen for Forebyggelse, som indledningsvist udarbejder en generisk sagsfremstilling til brug i relevante fora samt fælles informationsmateriale til brug ved oplæring af personale.

De lokale Samordningsfora (Psykiatri) forholder sig til forløbsprogrammet og justerer lokale samarbejdsaftaler og procedurer i henhold hertil.

Sygehusene: Sygehusledelserne er ansvarlige for at forløbsprogrammet implementeres på regionens sygehuse. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer.

Kommunerne: De kommunale ledelser er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres i alle relevante afdelinger. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer. Kommunerne har et særligt ansvar ift. at overtage den sygdomsspecifikke patientuddannelse fra sygehusene senest per 1/1 2019. Kommunerne er ansvarlige for eventuelt at dagsordenssætte forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg.

Endvidere dagsordenssættes forløbsprogrammet på de lokale Kommunalt Lægeligeudvalg med det formål at implementere programmet i det lokale samarbejde mellem kommunen og almen praksis. Følgegruppen for forebyggelse udarbejder en generisk sagsfremstilling til begge.

Apotekerforeningen: Informerer apotekerne i Region Syddanmark om forløbsprogrammet.

PLO Syddanmark: Informerer deres medlemmer om forløbsprogrammet. Region Syddanmark informerer også de praktiserende læger igennem nyhedsbrevet ”Praksisnyt”. De regionale praksis- og datakonsulenter kan ligeledes bidrage med råd og vejledning i anvendelsen af forløbsprogrammet. Som en del af implementeringen ønsker PLO at udarbejde en pixiudgave af forløbsprogrammet, som særligt målrettes de praktiserende læger.

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes implementeres på sygehuse, i kommuner og almen praksis i perioden andet kvartal 2018 til andet kvartal 2019. Implementeringen koordineres af de lokale samordningsfora. Efter implementeringsperioden udføres en monitorering af implementeringsgraden. Denne drøftes i de lokale samordningsfora med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

	Dato
Administrativ behandling og politisk godkendelse	
Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	04/12 2017
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	25/01 2018
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	xx/xx 2018
Tilrettelæggelse af lokal implementering	
SOF dagsordenssætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan, herunder flytning af den specialiserede patientuddannelse.	2. kvt. 2018
PSOF forholder sig til forløbsprogrammets arbejdsgange og justerer procedure i henhold hertil.	
Kommunerne dagsordensætter forløbsprogrammet på Social- og Sundhedsudvalgene samt KLU.	
Apotekerforeningen orienterer deres medlemmer om forløbsprogrammet.	
PLO Syddanmark orienterer, i samarbejde med Region Syddanmark, deres medlemmer om forløbsprogrammet.	
Flytning af den specialiserede patientuddannelse	
Den specialiserede patientuddannelse er indarbejdet i de kommunale forebyggelsestilbud.	1/1 2019

Region Syddanmark

Ikke medtagne høringssvar i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes

Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom har modtaget ni høringssvar til høringsudkastet til det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes (fremover benævnt som forløbsprogrammet). Høringssvarerne har været af en høj kvalitet og arbejdsgruppen har drøftet de enkelte høringssvar med det formål at vurdere deres relevans, brugbarhed og mulighed for at indarbejdet i forløbsprogrammet. For at sikre transparrens har arbejdsgruppen udarbejdet en kort oversigt over væsentlige høringssvar, som ikke er medtaget, med en argumentation herfor. Oversigten er leveret til Følgegruppen for forebyggelse.

Høringssvar fra PLO Syddanmark

Anmærkning: Helt overordnet vil PLO Syddanmark tillade sig at foreslå, at man udskyder den endelige vedtagelse og iværksættelse af forløbsprogrammet med nogle få måneder, så man kan nå at revidere de relevante afsnit vedrørende type 2-diabetes, da der på grund af praktiserende lægers nye overenskomst (OK18) nødvendigvis skal ske en større udflytning af patienter med type 2-diabetes fra sygehusenes ambulatorier. Denne udflytning har større konsekvens såvel for almen praksis som for sygehusene og kommunerne, som alle vil opleve afledte praksis-ændringer. Der vil under alle omstændigheder være nogle elementer heri, som nødvendigvis skal aftales på plads.
Alternativet til at forsinke processen en smule må være, at der tages alle mulige forbehold i forordet til forløbsprogrammet – og at der i formuleringerne om dette lægges op til en revision allerede i løbet af 2018.

Svar: *Arbejdsgruppen har i relation til forløbsprogrammet drøftet betydningen af den nye overenskomst for de praktiserende læger (OK18). Der er enighed om at skelne mellem de tiltag, der skal implementeres på kort sigt og på længere sigt. De tiltag, der kan implementeres på kort sigt eks. udflytningen af patienter fra sygehus til almen praksis, skrives ind i forløbsprogrammet nu. De tiltag, der først kan implementeres senere eks. at epikriserne fra sygehuset til almen praksis skal markeres med rødt-gult-grønt flag alt efter behovet for opfølgning i almen praksis, skrives først ind ved en senere revision af forløbsprogrammet, men nævnes blot som tiltag, der er under udvikling.*

Arbejdsgruppen mener ikke, at OK18 er en forhindring for at implementere forløbsprogrammet, tværtimod er det opfattelsen, at OK18 kan være med til at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet, da den praktiserende læges rolle som tovholder for diabetespatienterne bliver forstærket.

Der fastsættes ikke et tidspunkt for hvornår forløbsprogrammet skal revideres. En revision sker når det findes relevant, men der bør nok med tanke på OK18 laves et årligt tjek af, om forløbsprogrammet er tilstrækkelig opdateret.

Anmærkning: På det *faglige* område kan der være anført for eksempel blodtryksanbefalinger, hvorom vi vil tillade os at anføre, at PLO Syddanmark ikke selv kan tage stilling til, om de anførte værdier for tiden er de gældende anbefalinger. Denne slags anbefalinger revideres løbende fra år til år, så vi vil gerne opfordre til, at man beder DSAM om at afgive helt konkrete høringssvar vedrørende den slags. I stedet for at angive præcise behandlings anbefalinger kunne man henvise til relevante faglige vejledninger.

***Svar**: I forløbsprogrammet henvises til DSAM faglige anbefalinger. Værdierne opdateres i forbindelse med revision af forløbsprogrammet. På denne baggrund vil arbejdsgruppen ikke bede DSAM om at afgive et selvstændigt høringssvar.*

Anmærkninger: Vi har på egne vegne og på patienternes vegne et stort ønske om afbureaukratisering af kommunernes sagsbehandling vedrørende bevilling af hjælpemidler. I nærværende kontekst gælder det for eksempel teststrimler til blodsukkerapparater. Der er også et ønske om, at sagsbehandlingen er ensartet fra kommune til kommune (mange praktiserende læger har patienter i flere forskellige kommuner).
Såfremt man ikke har kunnet benytte udarbejdelsen af nærværende forløbsprogram til at få kommunerne i denne retning, så vil vi indtrængende opfordre til, at man frem mod revision af forløbsprogrammet gennemfører et arbejde, som kan understøtte afbureaukratisering og ensretning imellem kommunerne.
PLO Syddanmark bidrager gerne til denne proces i relevante samarbejdsfora (SKU, DAK, PPU), ligesom vi fortsat står til rådighed ved behov for uddybning af ovenstående.

***Svar:** I forbindelse med høringssvarene er arbejdsgruppen blevet gjort opmærksom på, at der pr. 1. janaur 2018 forventes at træde en ny lovgivning i kraft, som forenkler processen omkring ansøgning og bevilling af hjælpemidler (ændring i Serviceloven). Afsnittet om udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud tilrettes på baggrund af den nye lovgivning.*

Diabetesforeningen

Anmærkninger: Herudover en praktisk kommentar, der går på, at der med fordel kan overvejes en anden farve til baggrunden i dokumentet. Grøn baggrund gør det vanskeligt for svagtseende at læse og samtidig også svært for andre.

Svar: *Forløbsprogrammet er målrettet sundhedsprofessionelle og ikke borgere. Men arbejdsgruppen tager kommentaren til efterretning og gennemgår forløbsprogrammet og kommunikationsplanen med layoutet for øje. Herefter vurderes det om der er grund til at rette til.*

Anmærkninger: I forhold til målgrupperne for forløbsprogrammet, så er det positivt, at forslaget dækker type 1 og type 2 diabetes. Men samtidig bemærkes, at der er skrevet meget lidt om andre typer, herunder de med type 1½, som udgør en stor selvstændig gruppe, og som kræver særlige indsatser og viden.

Svar: *I processen med at udarbejde et nyt forløbsprogram er der blevet set meget på, hvilke patientgrupper Sundhedsstyrelsen beskriver i deres anbefalinger for tværsektorielle forløb. Sundhedsstyrelsen har en særligt fokus på diabetes type 1 og diabetes type 2. På den baggrund er det også disse patientgrupper, der er fokuseret på i det nye forløbsprogram i Region Syddanmark. Hvis diabetes type 1½ beskrives særskilt i forløbsprogrammet, er der andre undergrupper at diabetes, som også bør tages med. Det er arbejdsgruppens vurdering, at arbejdsgangene for samarbejde og kommunikation mellem sektorerne ikke er væsentligt anderledes for de andre undertyper af diabetes, end for type 1 og 2. På den baggrund har arbejdsgruppen vurderet at der ikke er et fagligt begrundet behov for at have særskilt fokus på flere diagnosegrupper.*

Anmærkning: Det er positivt, at der er fokus på tidlig opsporing, hvor der på fornuftig vis ses på tværs af, hvad læge, kommune og sygehus skal være opmærksomme på. I den forbindelse bør der være stor opmærksom på, hvordan man når risikogrupperne f.eks. lavt uddannede, etniske grupper og andre, som man ikke finder via sundhedsvæsenet, men som kræver opsøgende indsats på f.eks. skoler, jobcentre, arbejdspladser, belastede bydele, mv.

Svar: *Der er henvist til forebyggelsespakkerne, heri indgår også sundhedsfremme i andre arenaer end sundhedsområdet. I forløbsprogrammet er det beskrevet hvilke målgrupper, der bør være en særlig opmærksomhed på, det er op til den enkelte kommune at prioritere hvilke målgrupper, der arbejdes med og hvordan. På den baggrund har arbejdsgruppen vurderet, at der ikke er behov for yderligere uddybning af dette i forløbsprogrammet.*

Anmærkning: Kommentar s. 29, 3. sidste linje: Beskrivelsen er ikke fyldestgørende. Begrebet specialvarer er ikke alment kendt. Definition mangler.
Forslag til ændring: "Merudgifter udgøres af egenbetaling til medicin, transportudgifter til kontrol og udgifter til hurtigvirkende kulhydrat ved lavt blodsukker, samt fornyelse af kørekort. Herudover en godkendt kost-takst (Fremgår af Diabetesforeningens hjemmeside). Kosttaksten kan gives henholdsvis med og uden specialvarer, som eksempelvis sødemidler, sukkerfri læskedrikke og marmelade. Tilskud til specialvarer gives dog kun i tilfælde, hvor personen med diabetes ikke kan håndtere behandling med supplering af hurtigvirkende insulin"

Svar: *Arbejdsgruppen har drøftet høringssvaret og er enige om at det ikke giver anledning til en ændring. I forløbsprogrammet er der allerede henvist til en artikel fra Ankestyrelsen, hvoraf det er beskrevet at, "I to principafgørelser har Ankestyrelsen taget stilling til, om udgifter til såkaldte specialvarer (for eksempel kunstige sødemidler) kan medtages i beregningen. Resultatet er, at udgiften kan medtages, når det drejer sig om børn med diabetes, men at det som udgangspunkt ikke kan lade sig gøre, når det drejer sig om voksne". På den baggrund har arbejdsgruppen besluttet ikke at uddybe begrebet specialvarer yderligere, da det sjældent vil komme i spil.*

Anmærkning: Derudover fremgår det ikke om der følger ressourcer med over til kommunerne, som følge af den ekstra opgave. Det er således helt afgørende, at kommunerne har de nødvendige kompetencer og afsætter de nødvendige ressourcer til opgaven, ikke mindst når målgruppen er alle diabetesformer, som det fremgår i afsnit 10. Umiddelbart vurderet er det i dag således kun en del af kommunerne, som har sygdomsspecifik undervisning. Et tæt samarbejde med hospitalerne og det kommende SDCO vurderes at være nødvendig, såfremt opgaven skal løftes for alle områder og i alle kommuner.

Svar: *Beslutningen om at patientuddannelsen skal flyttes ud til kommunerne er blandt andet taget på baggrund af en positiv businesscase fra kommunerne omkring Sygehus Lillebælt. Kommunerne medfinansierer patientuddannelsen, når det foregår på sygehuset. Kommunerne skal inden d. 1. januar 2019 have overtaget patientuddannelsen for mennesker med diabetes type 2. Når forløbsprogrammet er endeligt godkendt, vil kommunerne sammen med sygehusene starte en proces op i de lokale samordningsfora, her planlægges det, hvordan udflytningen af patientuddannelsen skal ske. Det er den enkelte kommunes ansvar at sikre, at de nødvendige kompetencer er til rådighed.*

Kommunerne

Anmærkning: Det skal defineres indledningsvist, hvem de sundhedsprofessionelle er. Derudover skal forløbsprogrammet gennemskrives, så det fremstår tydeligt, hvem de sundhedsprofessionelle er i de givne situationer, og hvilken rolle de spiller, når de nævnes eksplicit i forløbsprogrammet. Kommunerne ønsker at fremhæve, at forløbsprogrammet ligeledes skal tage højde for de andre faggrupper, som også er i spil ift. den pågældende målgruppe. F.eks. socialfaglige medarbejdere.

Svar: *Sundhedsstyrelsen benytter i deres publikation "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" betegnelsen sundhedsprofessionelle. Her er det bla. beskrevet at, "en sundhedsprofessionel som minimum bør have en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse samt specialviden om den pågældende kroniske sygdom. Den sundhedsprofessionelle bør ud over denne viden også have de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger". I arbejdsgruppen er der enighed om, at de sundhedsprofessionelle godt ved hvem de er, når de læser forløbsprogrammet. De steder, hvor der er behov for en specifik sundhedsprofessionel faglighed eks. en klinisk diætist, er dette skrevet direkte. I forløbsprogrammet defineres det derfor ikke nærmere, hvem de sundhedsprofessionelle er.*

Anmærkning: Kommunerne anbefaler, at det fremstår tydeligere i forløbsprogrammet, hvordan forløbsprogrammet for diabetes og øvrige retningsgivende dokumenter omkring diabetes (F.eks. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes" og "Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling"), er gældende hvornår. Denne kobling kan evt. fremgå af implementeringsplanen.

Svar: *Arbejdsgruppen har drøftet dette. De nævnte dokumenter skal supplere hinanden. Forløbsprogrammet handler om kommunikationen og samarbejdet mellem sektorerne, mens nogle af de andre dokumenter mere handler om den fagspecifikke håndtering af diabetes (behandling mv.). Alle de godkendte dokumenter og anbefalinger er gældende hele tiden, der er som sådan ikke en prioriteret rækkefølge. Som nævnt skulle de gerne supplerer hinanden, der bør ikke være uoverensstemmelse mellem indholdet. På den baggrund uddybes dette ikke nærmere.*

Anmærkning: Kommunerne ønsker, at forløbsprogrammet gennemskrives, så det bliver tydeligere, hvornår "kan", "bør" og "skal" anvendes. Det er i høringsversionen svært at vurdere, hvad der er lovgivning/ændret opgavevaretagelse (skal), og hvad der er arbejdsgruppens anbefaling/vurdering (kan/bør). Arbejdsdelingen bliver uklar, og dermed kan det blive vanskeligt at implementere og håndhæve forløbsprogrammet i praksis. Hvis det skal være et opslagsværk, skal det stå tydeligere frem, så fordelingen ikke beror på fri fortolkning.

Det foreslås, at det fremhæves i punktform, fx i et indledende afsnit eller i en matrix opdelt på sektorer i et bilag.

Svar: *I arbejdsgruppen er der enighed om, at forløbsprogrammet ikke skal bruges til at skelne mellem, hvad der er lovbestemt og hvad der er besluttet i Region Syddanmark (skal). Bør/kan/anbefales er ikke et udtryk for arbejdsgruppens holdning til opgaverne, men er skrevet ind på baggrund af de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen har givet i deres anbefalinger for henholdsvis forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom samt tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes. Herudover er der også kigget på de udsagn, der er kommet fra deltagerne på workshoppen.*
Arbejdsgruppen anerkender behovet for, at man i planlægger øjemed får et overblik over de forskellige sektorers opgaver, men arbejdsgruppen mener, at en sådan opgave bør ligge som en del af implementeringsplanen ude i de enkelte SOFer.

Anmærkning: Det anbefales, at det i forløbsprogrammet fremgår tydeligt, at et "afslutningsnotat" indeholder en beskrivelse af, hvad den praktiserende læge evt. skal følge op på i forhold til de mål, borgeren arbejder med.

Svar: *Arbejdsgruppen vurderer, at kommunerne som udgangspunkt ikke kan bede de praktiserende læger om at følge op på et afsluttet forløb i kommunen. Hvis kommunen vurderer, at der er behov for at følge op på borgeren, så bør der aftales en opfølgende samtale med borgeren i kommunen. På den baggrund tilrettes ikke.*

Anmærkning: Kommunerne efterlyser generelt tydeligere anbefalinger og et større fokusområde på betydningen af adfærdsændringer, herunder handlekompetence og mestringsevne, hvis de sundhedsprofessionelle skal være med til at forebygge diabetes og udviklingen af senfølger. Det kan med fordel skrives ind i et indledende afsnit.

Svar: *I afsnittet om borgerrettet forebyggelse fremgår det, at kommunerne bør leve op til anbefalingerne på grundniveau i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. I forebyggelsespakkerne er det beskrevet, hvordan kommunerne kan være med til at skabe sunde rammer for borgerne, så borgerne støttes i sunde adfærdsændringerne. Det forventes endvidere, at de sundhedsprofessionelle, som en del af deres faglighed, har viden og kompetencer til at understøtte borgernes handlekompetencer og mestringsevne. På den baggrund er der i arbejdsgruppen enighed om ikke at uddybe det yderligere i forløbsprogrammet.*

Anmærkninger: Kommunerne opfordrer til, at der overordnet rettes et tydeligere fokus på strategi, proces, tidsplan og forventninger ift. implementering af forløbsprogrammets anbefalinger. Dette både ift. de enkelte aktører, men også på tværs af sektorovergange.

Svar: *Arbejdsgruppen vurderer, at dette skal fremgå af de implementeringsplaner, som udarbejdes af de lokale samordningsfora samt af de lokale implementeringsplaner, som udarbejdes af den enkelte kommune eller det enkelte sygehus eller sygehusafdeling. På den baggrund rettes ikke til.*

Anmærkning: S. 10, anden spalte. Forebyggelsespakken vedr. "Tobak" skal ligeledes medtages.

Svar: *Litteraturen nævner overvægt, fysisk inaktivitet og usund kost som de klart største risikofaktorer for udvikling af diabetes, ud over de ikke modificerbare faktorer som arv, alder, køn og etnicitet. Eksempelvis kan henvises til Lægehåndbogen på sundhed.dk og Folkesundhedsrapporten fra 2007 fra Statens Institut for Folkesundhed. På den baggrund vurderes det at Tobak ikke er en væsentlig risikofaktor for udvikling af diabetes. Rygestop er dog nævnt som et kommunalt forebyggelsestilbud til borgere med diabetes, idet rygning er en væsentlig risikofaktor for at udvikle komplikationer hos borgere med type 2-diabetes.*

Anmærkning: S. 16, første spalte. Det anbefales, at det skrives tydeligere ind i andensidste afsnit, at når borgeren har brug for hjælp til at kontakte egen læge, drejer det sig om en meget håndholdt indsats. Det skal blandt andet tydeliggøres over for lægen, hvorfor borgeren ønskes udredt.

Svar: *Serviceloven §85 eller §100 giver ikke hjemmel til at borgen kan hjælpes hen til egen læge. Den sundhedsprofessionelle kan på ethvert tidspunkt hjælpe/støtte borgeren i at tage kontakt til egen læge eller følge op på om borgeren selv har fået kontaktet egen læge.*

Anmærkning: S. 17, figuren: "Vurdering af behov for særlig støtte": Det giver ikke mening, at vurdering af behov for særlig støtte er pindet ud. Med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang, er det hele særligt, fordi borgeren skal have et forløb, der er tilpasset dennes individuelle problemstillinger.

Svar: *Vurdering af behov for særlig støtte er en del af den generiske forløbsmodel i Region Syddanmark, som forløbsprogrammerne skal bygge på. Det er rigtigt, at vi med den rehabiliterende tilgang skal tage udgangspunkt i den enkelte borger og dennes problemstillinger. Men på trods af dette oplever vi fortsat ulighed i sundhed, der er nogle borgere, der ikke får det optimale ud af deres behandling på grund af forskellige udfordringer som eks. kan være af social eller psykisk karakter. Så ved italesætte vurderingen af behov for særlig støtte sætter vi et ekstra fokus på disse borgere. Arbejdsgruppen vælger derfor at bibeholde "vurdering af behov for særlig støtte".*

Anmærkning: S.27. Kommunerne foreslår, at apotekernes tilbud om medicinsamtale kan flyttes ud på et områdecentre eller sundhedscentre, når det drejer sig om borgere, der har lettere adgang til et center end til apoteket.

Svar: *Apotekerne er ikke en aftalepart under Sundhedsaftalen og er dermed ikke en aktør, der er forpligtet af forløbsprogrammerne. Arbejdsgruppen vurderer derfor at der ikke kan laves aftaler omkring dette. Det anbefales, at kommunerne lokalt indgår i en dialog med apotekerne herom.*

Anmærkning: Kommunerne ønskes, at der bliver skrevet et særligt afsnit om motivation. Dette blandt andet jf. "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom". Det skal tilføjes, hvordan den sundhedsprofessionelle skal forholdes sig, hvis borgeren ikke er motiveret for et forløb.

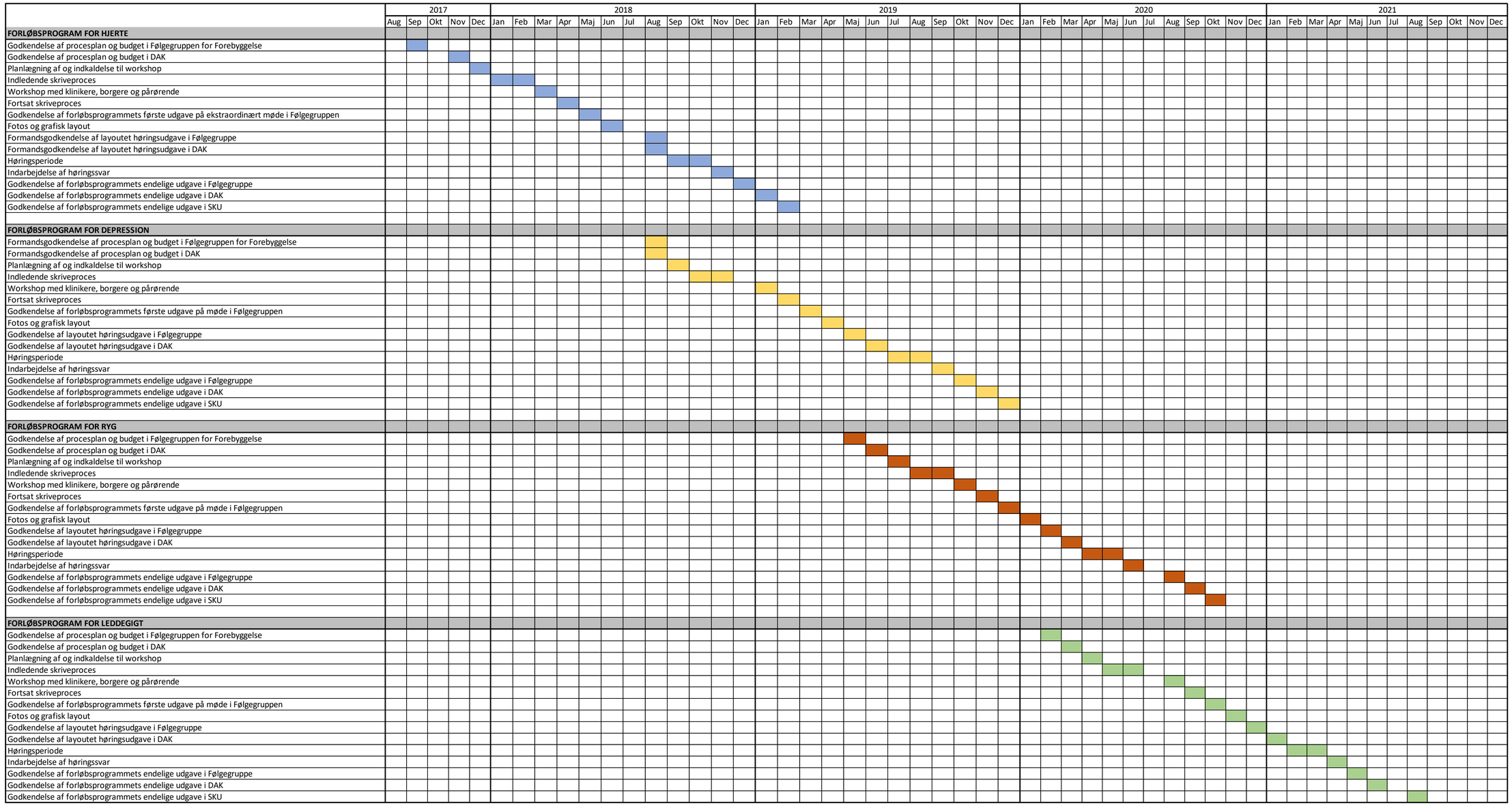
Svar: *Der er i forløbsprogrammet skrevet et afsnit om motivation på side 36 heri står at, "Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgerens motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre". Er borgeren ikke motiveret, bør det bero på den sundhedsprofessionelles faglighed samt relationen og situationen for den enkelte borger. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at det ikke er en situation, der kan beskrives, da den vil være forskellig fra borger til borger.*

Anmærkning: S. 40. Overskriften bør omformuleres, da den er misvisende i henhold til indholdet i figuren. Der bør skelnes mellem begreberne fysisk træning og genoptræning.

Svar: *Arbejdsgruppen har drøftet dette. Der er enighed om, at fysisk træning er en dækkende overskrift, idet det er dækkende over de fire mulige visitationsmuligheder (Sundhedslovens §119 og §140 samt servicelovens §86 stk. 1 og stk. 2). Dette velvidende at genoptræning også kan indeholde andre former for træning end fysisk træning eks. kognitiv træning. Overskriften omformuleres derfor ikke.*

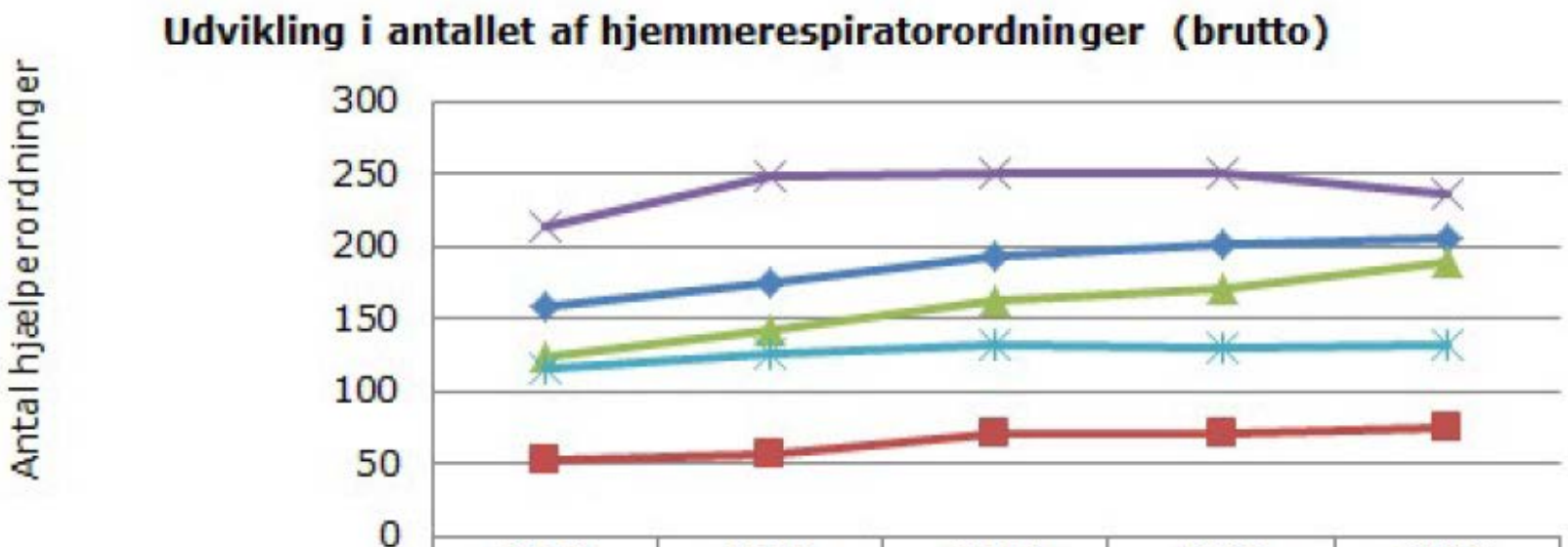
Anmærkning: Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse: Det skal tilføjes, at borgeren kan tilbydes kommunal genoptræning.

Svar: *I lovteksten er det beskrevet, "**§ 86.** Kommunalbestyrelsen **skal** tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse". På den baggrund vælger arbejdsgruppen ikke at ændre i formuleringen.*


2017
2018
2019
2020
2021
Aug Sep Okt Nov Dec Jan Feb Mar Apr Maj Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dec Jan Feb Mar Apr Maj Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dec Jan Feb Mar Apr Maj Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dec Jan Feb Mar Apr Maj Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dec
FORLØBSPROGRAM FOR HJERTE
Godkendelse af procesplan og budget i Følgegruppen for Forebyggelse
Godkendelse af procesplan og budget i DAK
Planlægning af og indkaldelse til workshop
Indledende skriveproces
Workshop med klinikere, borgere og pårørende
Fortsat skriveproces
Godkendelse af forløbsprogrammets første udgave på ekstraordinært møde i Følgegruppen
Fotos og grafisk layout
Formandsgodkendelse af layoutet høringsudgave i Følgegruppe
Formandsgodkendelse af layoutet høringsudgave i DAK
Høringsperiode
Indarbejdelse af høringssvar
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i Følgegruppe
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i DAK
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i SKU
FORLØBSPROGRAM FOR DEPRESSION
Formandsgodkendelse af procesplan og budget i Følgegruppen for Forebyggelse
Formandsgodkendelse af procesplan og budget i DAK
Planlægning af og indkaldelse til workshop
Indledende skriveproces
Workshop med klinikere, borgere og pårørende
Fortsat skriveproces
Godkendelse af forløbsprogrammets første udgave på møde i Følgegruppen
Fotos og grafisk layout
Godkendelse af layoutet høringsudgave i Følgegruppe
Godkendelse af layoutet høringsudgave i DAK
Høringsperiode
Indarbejdelse af høringssvar
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i Følgegruppe
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i DAK
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i SKU
FORLØBSPROGRAM FOR RYG
Godkendelse af procesplan og budget i Følgegruppen for Forebyggelse
Godkendelse af procesplan og budget i DAK
Planlægning af og indkaldelse til workshop
Indledende skriveproces
Workshop med klinikere, borgere og pårørende
Fortsat skriveproces
Godkendelse af forløbsprogrammets første udgave på møde i Følgegruppen
Fotos og grafisk layout
Godkendelse af layoutet høringsudgave i Følgegruppe
Godkendelse af layoutet høringsudgave i DAK
Høringsperiode
Indarbejdelse af høringssvar
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i Følgegruppe
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i DAK
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i SKU
FORLØBSPROGRAM FOR LEDDEGIGT
Godkendelse af procesplan og budget i Følgegruppen for Forebyggelse
Godkendelse af procesplan og budget i DAK
Planlægning af og indkaldelse til workshop
Indledende skriveproces
Workshop med klinikere, borgere og pårørende
Fortsat skriveproces
Godkendelse af forløbsprogrammets første udgave på møde i Følgegruppen
Fotos og grafisk layout
Godkendelse af layoutet høringsudgave i Følgegruppe
Godkendelse af layoutet høringsudgave i DAK
Høringsperiode
Indarbejdelse af høringssvar
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i Følgegruppe
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i DAK
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i SKU

MTV af respiratorbehandling i eget hjem

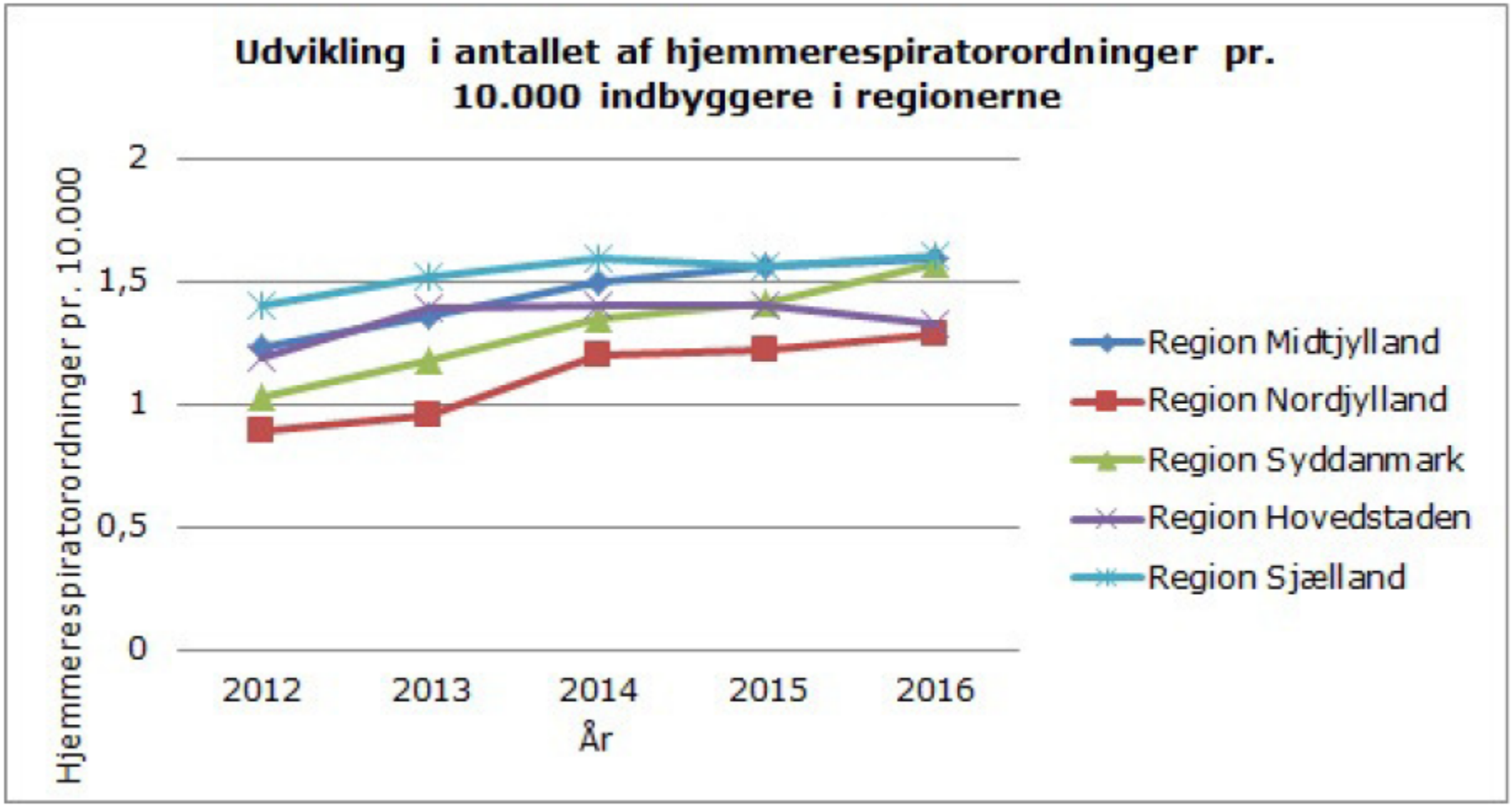
Figur 2.5. Udvikling i antal hjemmerespiratorordninger i de fem regioner



	2012	2013	2014	2015	2016
Region Midtjylland	159	175	193	201	205
Region Nordjylland	52	56	70	71	75
Region Syddanmark	124	142	163	171	190
Region Hovedstaden	213	249	251	250	236
Region Sjælland	116	125	131	129	132

MTV af respiratorbehandling i eget hjem

Figur 2.6. Udviklingen i antal hjemmerespiratorordninger justeret for indbyggerantal



Side 140 i MTV

MTV af respiratorbehandling i eget hjem

Tabel 8.8: Omkostninger ved respiratorbehandling i 2016 i mio. kr.

	RM	RH	RSD	RN	RS	Nationale omkost-ninger
Hjælperordninger	137,3	301,1	NA	88,1	128,4	655,0
Apparatur	1,1	3,4	NA	1,7	7,2	13,4
Diverse*	1,3	1,1	NA	2,6	2,4	7,4
Kommune andel (+)¥	22,2	68,6	NA	7,2	9,4	107,4
Kommune andel (-)†	108,6	µ	NA	µ	47,6	*NA*
Regionale omkostninger	**248,3**	**305,6**	**269,0**	**92,4**	**176,3**	**1091,6**
Total	**270,5**	**374,2**	**379,0**	**99,6**	**195,1**	**1318,4**
Gnsn. per patient	1,5	1,6	2,1	1,3	1,5	1,6

* Inkluderer fx administrative omkostninger, omkostninger til ergoterapeut, befordring, omkostninger til mobiltelefon, ESD-kursus, kontorartikler, forsikringer, webhotel, stromforbrug, lon til respirationsteam etc.
\ Refusion fra kommunerne til regionen, regionalt forankrede ordninger med udgiftsdeling.
† Refusion fra regionen til kommunerne, kommunalt forankrede ordninger med udgiftsdeling.
NA: Not Available – ingen tilgangelige data.
µ Der er ikke opgjort pa samme made som de ovrige regioner med henblik pa kommunal udligning.

Region Syddanmark

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Trin – 3: Samarbejdsaftale om bed-side analyse og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i kommunale akutfunktioner

Baggrund

Bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser bruges i forbindelse med tidlig opsporing og udredning af symptomer på sygdom. I dag foretages analyserne og prøvetagningen til mikrobiologiske undersøgelser primært af den praktiserende læge eller på sygehuset. Mange af prøverne vil kunne foretages på et tidligere tidspunkt eller akut, med hjælp af en akutsygeplejerske. Et styrket tværsektorielt samarbejde, hvor den kommunale sygepleje på delegation fra en læge udfører bed-side analysen eller prøvetagningen til den mikrobiologiske undersøgelse, rummer potentiale for eksempelvis forebyggelse af indlæggelser, reduceret brug af antibiotika, sparet transport mm.

Størstedelen af 22 syddanske kommuner har allerede i dag erfaring med at tage bed-side analyser fx blodsukkermåling. Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder, de praktiserende læger og de 22 syddanske kommuner om anvendelsen af bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i borgerens nærmiljø. Samarbejdsaftalen skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Ved at patienten forbliver i eget hjem, vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø, og ældre svage patienter vil kunne undgå konfusion.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og udredning af symptomer på sygdom ved hjælp af bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Målgruppen er patienter med symptomer på sygdom, hvor bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser, som samarbejdsaftalen gælder for, er en del af den relevante udredningspraksis.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX.XXXX og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. maj 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser er i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som opgaver, de kommunale akutfunktioner fremadrettet skal kunne løse.

Samarbejdsaftalen gælder for følgende bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser*:

Bed-side analyser:	Mikrobiologiske undersøgelser:
- Blodsukker	- Urindyrkning
- Blodprocent (hæmoglobin)	- Podning
- Infektionstal (CRP)	
- International Normalised Ratio (INR)	

**Det bemærkes, at nogle kommuner vil kunne varetage flere typer af bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser. I de tilfælde koordineres samarbejdet lokalt og erfaringer hermed inddrages i evalueringen af samarbejdsaftalen.*

Bed-side analyserne udføres på kapillær eller venøst blod afhængig af den konkrete situation. I forbindelse med kvalitetssikring af analyserne benyttes typisk parallelanalyse udført på venøse blodprøver. Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser udføres iht. gældende instrukser fra de Klinisk Mikrobiologiske Afdelinger på kommunens lokale sygehus.

Instruks i prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling - Odense Universitetshospital
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling - Sygehus Sønderjylland
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling - Sygehus Lillebælt
Klinisk Mikrobiologisk Afsnit - Sydvestjysk Sygehus

Størstedelen af de syddanske kommuner har allerede i dag erfaring med akutte bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser; og samarbejdsaftalen læner sig op af den eksisterende praksis. Den kommunale akutfunktion skal udføre bed-side analyser og prøvetagningen til mikrobiologiske undersøger på delegation fra den behandlingsansvarlige læge, det kan være patientens praktiserende læge, vagtlæge eller sygehuslæge. Som udgangspunkt skal den behandlingsansvarlige læge ordinere og delegere hver enkelt analyse/prøvetagning, men hvis det vurderes, at der er behov for flere analyser/prøvetagninger, eksempelvis i forbindelse med monitorering og opfølgning på en behandling, kan den behandlingsansvarlige læge delegere til den kommunale akutfunktion, at der kan igangsættes analyser/prøvetagninger i faste intervaller eller ved behov. Dette skal noteres i både den elektroniske patientjournal hos den behandlingsansvarlige læge og i kommunens omsorgssystem. Der kan ikke udstedes en rammedelegation.

Samarbejdet mellem den kommunale akutfunktion og de praktiserende læger i Syddanmark skal ske inden for den gældende overenskomst. Her gælder, at korrespondancemeddelelser/edifacter skal besvares inden for 3 hverdage. Edifacter (svarende til e-konsultationer i overenskomsten) skal ifølge overenskomsten, indeholde konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. Med hensyn til telefonisk kontakt er den praktiserende læge tilgængelig for telefonisk kontakt mindst en time om dagen. For at sikre et effektivt samarbejde anbefales det, at der efter den første kontakt til lægen, for hver enkelt patient aftales kommunikationsform og responstid mellem den behandlingsansvarlige læge og kommunale akutfunktion.

Når resultaterne af bed-side analyserne foreligger, vil det ofte være relevant at kommunikere resultatet mundtligt, men de skal også sendes via en korrespondancemeddelelse til den behandlingsansvarli-

ge læge. Den kommunale akutfunktion og behandlingsansvarlige læge skal registrere svarene i eget journalsystem.

Prøver til mikrobiologiske undersøgelser afleveres enten hos den praktiserende læge til dyrkning/analyse eller direkte på sygehuset afhængig af lokale aftaler, som præciseres i de lokale samordningsfora og kommunalt lægelige udvalg.

For at styrke kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr og analyser i kommunale akutfunktioner tilknyttes de den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordning i Region Syddanmark, som eksisterer for de praktiserende læger.

Den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordningen omfatter:

- Løbende kontrol og kalibrering af apparatur
- Undervisning og kompetenceudvikling af akutsygeplejersker, herunder:
    - instruktion i prøvetagning og forsendelse
    - praktiske laboratorieøvelser
- Et årligt besøg af en laboratoriekonsulent hos den kommunale akutfunktion, hvor det er muligt at få vejledning i:
    - korrekt anvendelse og vedligeholdelse af apparatur
    - forbindelsen med apparaturanskaffelse
    - præanalytiske forhold
    - kvalitetssikring af akutfunktionen

Ydelserne varetages af sygehusenes Klinisk Biokemiske Afdelinger, og samarbejdet koordineres i regi af de lokale samordningsfora. Den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning er nærmere beskrevet her.

Økonomiske omkostninger forbundet med den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordning afregnes mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner. Det skønnes, at oplæring og kvalitetssikring af et hold kommunale akutsygeplejersker på ca. 10-15 vil svare til en årlig omkostning på ca. 40.000 kr. afhængig af antallet af bed-analyser, der omfattes af ordningen.

Venøs blodprøvetagning til bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser kræver en sygeplejefagligbaggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Udførelse af bed-side analyser kræver gennemført oplæring i prøvetagning og instruktion i betjening af måleudstyrene.

Jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, skal kommunerne løbende vurdere behovet for akutfunktionens indsatser og tilpasse kapaciteten herefter. Kapacitetsvurderingen bør ske i samarbejde med almen praksis og sygehusene.

Det lægefaglige behandlingsansvar:
Det er den ordinerende læge fra sygehuset, almen praksis eller vagtlægen, der har det lægefaglige behandlingsansvar. Den læge, der ordinerer prøven er ansvarlig for opfølgningen. I lægevagten i Region Syddanmark kan svar dog afgives til en anden læge i samme vagtordning.

Ansvaret indebærer:

- Ordination af bed-side analyser eller mikrobiologiske undersøgelser
- Tolkning af analyse-resultatet(-erne)
- Registrering af resultater i den elektroniske patientjournal
- Aftale om opfølgning på resultatet

- Ved udskrivelse til færdigbehandling i eget hjem aftales en plan for prøvetagning med den kommunale akutfunktion
- At være tilgængelig per telefon for den kommunale sygepleje ved spørgsmål relateret til den ordinerede bed-side analyse eller mikrobiologiske undersøgelse.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når den behandlingsansvarlige læge beslutter, at patienten skal have foretaget en bed-side analyse eller prøvetagning til en mikrobiologisk undersøgelse, og at det skal ske i samarbejde med den kommunale akutfunktion, kontakter lægen akutfunktionen for at aftale nærmere om varetagelsen af opgaven.

Sker det som en del af behandlingen eller udskrivelsen fra et sygehuse, kommunikeres der ligeledes Iht. SAM:BO aftalen. Det indebærer, at der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at der udleveres kontaktoplysninger, herunder et telefonnummer, som den kommunale akutfunktion kan bruge ved spørgsmål til bed-side analysen eller prøvetagning til den mikrobiologiske undersøgelse.

Den behandlingsansvarlige læge skal sammen med den kommunale akutfunktion sikre sig, at patienten er informeret om behandlingsplanen.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen skal kommunerne købe udstyr og de nødvendige remedier til bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser. Region Syddanmarks sygehusenheder kan i den sammenhæng bidrage med råd og vejledning.

Kompetenceudvikling

For at kunne udføre bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om præanalytiske forhold
- Korrekt venøsblodprøvetagning
- Korrekt betjening og vedligeholdelse af apparatur
- Kendskab til tolkning af analysernes resultater

Den fornødne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora og Laboratoriemedicinske Kvalitetsordninger.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse vil senest 2 år efter godkendelse forestå evaluering aftalens anvendelse.

Evalueringen skal blandt andet belyse:

- Det tværsektorielle samarbejde, herunder kvalitet og kompetenceudvikling i regi af den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning
- Udviklingen i antallet af bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser
- Utilsigtede hændelser
- Borgernes tilfredshed med ordningen

Evalueringen vil danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Det Administrative Kontaktforum præsenteres for evalueringens resultater og eventuelle anbefalinger til justering af samarbejdsaftalen.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål vedr. elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om akutte bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser aftales og koordineres lokalt mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgaven, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner om den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske del af opfølgningsprogrammet CPOP for børn og unge med cerebral parese

Baggrund

CPOP er et tværsektorielt opfølgningsprogram for børn og unge med cerebral parese (0-15 år) og er godkendt som national klinisk kvalitetsdatabase af Sundhedsdatastyrelsen og støttes af Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP). Godkendelsen fra Sundhedsdatastyrelsen medfører en række pligter og rettigheder, herunder fritagelse fra krav om dokumenteret samtykke til at registrere data og at det pålægges alle sygehusejere, offentlige såvel som private, og praktiserende sundhedspersoner at indberette oplysninger til databasen[1].

Formålet med CPOP er at forebygge udvikling af hofteluksationer og svære fejlstillinger gennem en kontinuerlig tværfaglig opfølgning og tidlig behandlerindsats. Opfølgningsprogrammet skal således sikre, at barnets behandlere tidligt i forløbet opdager ændringer i barnets tilstand, så tidlig og specifik behandlerindsats kan iværksættes.

I CPOP foretages en løbende monitorering af det enkelte barn, hvortil der anvendes fire fagspecifikke protokoller, heriblandt en fysioterapeutisk og en ergoterapeutisk protokol.

Udfyldelse af disse protokoller indgår som en del af den undersøgelse/evaluering, som Sundhedsstyrelsen anbefaler til børn og unge med cerebral parese i National Klinisk Retningslinje: Fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese [2].

De indtastede protokoller evalueres på tværfaglige CPOP- konsultationer i regionalt regi, hvor de kommunale terapeuter inviteres med. Forud for konsultationen valideres de indtastede protokoller af de lokale CPOP koordinatorer på hver sygehusenhed. Det er et regionalt ansvar at udbyde kursus i protokoludfyldelse, give faglig/teknisk sparring ift. protokoludfyldelse og databasen, håndtere logins til databasen og udsende kvartalsstatus til de indberettende enheder i kommuner og region Disse funktioner varetages af den regionale CPOP koordinator.

I Region Syddanmark er børn fra og med årgang 2003 inkluderet i CPOP.
Til monitorering af kvaliteten i opfølgningsprogrammet for cerebral parese anvender CPOP-databasen otte definerede målepunkter, såkaldte indikatorer[3].

1. Hofterøntgen: Standard90% (regionalt ansvar)
2. Vurdering af grovmotorisk funktion: Standard 90%

[1] https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=11046
[2] https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/cerebral-parese - side 54-57
[3] http://www.cpop.dk/wordpress/wp-content/uploads/2016-03-07-CPOP-Indikatorbeskrivelse-Endelig-verison.pdf

(kommunalt ansvar)
3. Vurdering af håndfunktion: Standard 85% (kommunalt ansvar)
4. Diagnose: Standard 95% (regionalt ansvar)
5. Tværfaglig opfølgning: Standard 85% (fælles ansvar for region og kommuner)
6. Hofteluksation: Standard 95% (regionalt ansvar)
7. Grovmotorisk funktionstest GMFM: standard ikke fastsat
8. Vurdering af kommunikation med CFCS (Communication Function Classification System): standard ikke fastsat

Nationale anbefalinger for samarbejde om CPOP
I CPOP årsrapport 2015 fremgår følgende anbefalinger [4]:

- At de indberettende enheder sikrer de nødvendige strukturer og organisatoriske rammer således, at alle kvalitetsindikatorer kan opfyldes.
- At beskrivelserne af god praksis i forhold til løbende monitorering, som beskrevet i "National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese – 9 udvalgte indsatser", følges.

Arbejdsdeling
Ved inklusion i CPOP gælder følgende aftaler:

- I de tilfælde hvor målgruppen er børn, som kommunen ikke har været i kontakt med, fordi de fortsat er i et regionalt udredningsforløb, påhviler ansvaret for udfyldelse af den første fysioterapeutiske og ergoterapeutiske protokol sygehusene. Protokolleringen kan foregå i et samarbejde med kommunal terapeut eller kan helt overdrages til denne efter aftale.
- I de tilfælde hvor enten fysioterapeut eller ergoterapeut fra kommunen har haft kontakt med barnet/den unge inden for det seneste år inden for nedenstående af kommunens myndighedsområder eller det er aftalt med hospitalet, har kommunen ansvar for udfyldelse af den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske protokol og indberetning i databasen:
    - Sundhedslovens § 140 (genoptræning)
    - Sundhedslovens § 120 (en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, dels en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov)
    - Sundhedslovens §140a (vederlagsfri fysioterapi)
    - Folkeskolelovens § 20 stk.2 (specialundervisning og specialpædagogisk bistand)
    - Servicelovens §11 stk. 4 (Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller

[4] Se: http://www.cpop.dk/wordpress/wp-content/uploads/CPOP_aarsrapport_2015_offentlig_endelig.pdf s. 4-5

nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner)
    - Servicelovens §32 (Kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om hjælp til børn, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte. Hjælpen kan tilrettelægges i særlige dagtilbud, jf. stk.3, i særlige klubtilbud, jf. § 36, eller i forbindelse med andre tilbud efter denne lov eller efter dagtilbudsloven. Hjælpen kan også udføres helt eller delvis af forældrene i hjemmet som hjemmetræning, jf. § 32 a.
    - Serviceloven§86 stk. 2 (Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor)
    - Servicelovens § 44 (Bestemmelserne i § 83, § 84, stk.1, og § 86, stk.2, finder tilsvarende anvendelse vedrørende børn, der har behov herfor)
    - Servicelovens § 52 stk. 3 nr. 9 (rådgivning, behandling, praktisk og pædagogisk støtte)
- For de børn/unge, der ikke har haft har kontakt til kommunen på de nævnte myndighedsområder inden for det seneste år, varetager regionen ansvaret for protokoludfyldelse og indberetning for både indikator 2 og 3, typisk i forbindelse med kontrol på sygehuset.

Arbejdsgange
Den regionale CPOP-koordinator i Region Syddanmark orienterer løbende hver kommune om alle børn/unge (fra og med årgang 2003), som er inkluderet i CPOP – via kvartalslister. Heraf fremgår:
- Hvilke børn bosat i kommunen, som er inkluderet i CPOP
- Status for deres ergo- og fysioterapeutiske protokoludfyldelse.

I hver kommune er der kommunale CPOP-koordinatorer, som har til opgave at videredistribuere de tilsendte lister til de relevante ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Det er herefter kommunens ansvar, at:
- sikre opfølgning i forhold til børn/unge, som kommunen har kontakt med inden for ovennævnte myndighedsområder. Hvis der inden for kommunens myndighedsområder er kontakt til barnet/den unge inden for enten det ergoterapeutiske eller det fysioterapeutiske område, har kommunen ansvar for opfølgningen for både indikator 2 og 3.
- orientere den regionale CPOP-koordinator om, hvilke børn/unge kommunen ikke har haft kontakt med, og som regionen derfor har et opfølgningsansvar overfor.

Særligt om implementeringen
Det anbefales, at kommunen etablerer en fast struktur omkring CPOP, som sikrer rammer for at varetage det koordinerende arbejde omkring udfyldelse af protokollerne (indikator 2 og 3), samt mulighed for at ergo- og fysioterapeuter kan opnå erfaring og kompetencer i forhold til at udfylde og indtaste protokollerne i databasen.

For eksempel kan man afholde hel- eller halvårlige CPOP undersøgelsesdage suppleret med faste møder mellem praktiserende fysioterapeuter, de regionale CPOP koordinatorer og kommunale terapeuter, hvor koordinering af indsatserne omkring børn og unge kan foregå.

Opfølgning
Opfølgning på implementeringen af denne samarbejdsaftale sker i regi af de lokale samordningsfora.

Samarbejdsaftalen godkendt i Det Administrative Kontaktforum den XX. XX 2018

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

2017

Godkendt af Det Administrative kontaktforum
den 25. januar 2018

UDKAST

Region Syddanmark og de 22 kommuner

UDKAST

Region Syddanmark

UDKAST

Indhold

1. Indledning **4**

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus

2. Formål og ramme **5**

3. Målgruppen Familieambulatoriet Plus **6**

4. Aktører **7**

5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler **8**

6. Opgaver og ansvarsfordeling **9**

Før graviditet 9

Under graviditet 9

Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen 12

Opfølgende undersøgelser af barnet 12

7. Lovgivning på området **14**

Patientens retsstilling 14

Samtykke ved behandling af mindreårige børn 14

Underretningspligt 15

8. Kontaktoplysninger **16**

BILAG **17**

BILAG 1 | Inklusions- og opfølgningskriterier 17

BILAG 2 | Anmodning om oplysninger samt aftaler 22
i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset 22

BILAG 3 | Oversigt over gældende lovgivning på området 23

BILAG 4.0 | Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger 29

BILAG 4.1 | Samtykkeerklæring til netværksmøder 30

BILAG 4.2 | Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger 31

BILAG 5 | Kontaktoplysninger som løbende vil blive opdateret på Sundhed.dk 32

BILAG 6 | Arbejdsgruppens medlemmer 35

BILAG 7 | Høringsparter 36

UDKAST

1. Indledning

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Samarbejdsaftale mellem Familieambulatoriet Plus, Almen Praksis og Kommuner i Region Syddanmark er udarbejdet for at sikre den bedst mulige sammenhængende, koordinerede og tværsektorielle indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler og børn indtil skolealderen, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Denne aftale erstatter den tidligere samarbejdsaftale fra august 2012 *"Samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin*".

Aftale er en underaftale tilknyttet Sundhedsaftalen 2015-2018.

Udkastet til aftalen er drøftet og godkendt på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje den 11. oktober 2017. Efterfølgende har aftalen været i høring i Kommuner, PLO og sygehuse (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark, og aftalen er tilrettet i henhold til de indkomne kommentarer. Den seneste version af samarbejdsaftalen er godkendt på Møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje den 12. december 2017 og efterfølgende godkendt i Det Administrative kontaktforum 25. januar 2018.

UDKAST

2. Formål og ramme

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med aftalen er at sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler og børn, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Samarbejdet om denne målgruppe skal forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling hos børn, samt sikre en tidlig og helhedsorienteret indsats overfor børn i Familieambulatoriet Plus' målgruppe.

Det skal understreges, at det er kommunen, der har kompetencen som myndighed på området. Familieambulatoriet Plus er således et supplement til den kommunale indsats over for målgruppen.

Ramme

Denne aftale er en underaftale tilknyttet Sundhedsaftalen 2015-2018. Aftalen skal desuden ses som supplement til Fødeplanen for Region Syddanmark af 2014, og den uddybende beskrivelse af målgruppe, organisering, behandlingstilbud og samarbejdsrelationer vedrørende Familieambulatoriet, som er beskrevet i Fødeplanen [1].

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet vejledninger og anbefalinger, som danner en del af grundlaget for samarbejdsaftalen, herunder; "Anbefalinger om Svangreomsorg" af 2013, "Vejledning om etablering af Familieambulatorier – med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelbrug" af 2009 og "Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel" af 2010.

I Region Syddanmark er der udarbejdet "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide" af 2017. Målgruppen for indeværende aftale – målgruppen for Familieambulatoriet Plus – er en delmængde af målgruppen defineret i "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide". Det særlige ved indeværende aftales målgruppe er, at disse gravide har haft et forbrug som opfylder Familieambulatorie Plus' inklusionskriterier under graviditeten, og at barnet som følge deraf følges i Familieambulatoriet Plus indtil skolealderen.

Der opfordres til, at fagprofessionelle, der arbejder med indeværende aftale, også orienterer sig i **"Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide"**.

Aftalen omhandler alle gravide – uanset niveau – hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning, og derfor samarbejde mellem sygehus og kommune.

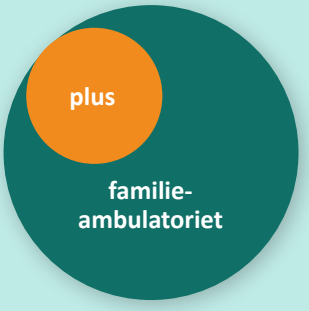
1) Fødeplanen for Region Syddanmark 2010, afsnit 18 om Familieambulatoriet

UDKAST

3. Målgruppen Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet er en regional enhed, ledelsesmæssigt forankret ved Odense Universitetshospital, men med ligeværdige afdelinger i hhv. Odense, Esbjerg, Kolding og Aabenraa. Familieambulatoriet ved de enkelte fødesteder samarbejder med de bopælskommuner, som de gravide kommer fra.

Den overordnede målgruppe for Familieambulatoriet er sårbare gravide (for nærmere definition se Samarbejdsaftale om sårbare gravide), og målgruppen for Familieambulatoriet Plus er en undergruppe, der tilbydes et udvidet tilbud for børnene op til skolestart.



Målgruppe

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler.
- Børn fra fødsel til skolestart som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.

Forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i forbindelse med Familieambulatoriet Plus' målgruppe defineres som følger, jf. gældende inklusionskriterier (bilag 1):

Alkoholindtag

- ≥ 7 genstande ugentligt – (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
- ≥ 5 genstande på én gang efter erkendt graviditet eller ≥ 3 gange i graviditeten - Episodisk højt alkoholforbrug.
- ≥ 10 genstande på én gang ≥ 1 gang i graviditeten – Episodisk meget højt alkoholforbrug.
- Ved usikkert alkoholindtag med grundt til bekymring og/eller tvivl ved graden af alkoholindtag.

Definition forbrug af rusmidler

- Ethvert lille eller stort forbrug af illegale rusmidler under graviditeten.
- Ved forbrug af cannabis ≤ 3 gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug efter erkendt graviditet medfører inklusion.

Definition forbrug af afhængighedsskabende medicin

- Forbrug af afhængighedsskabende medicin i ≥ 7 fortløbende dage i graviditeten og/eller ≥ 15 dage vilkårligt fordelt i graviditeten.
- Gravide i substitutionsbehandling og/eller i medicinsk behandling for misbrug.
- Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds.

UDKAST

4. Aktører

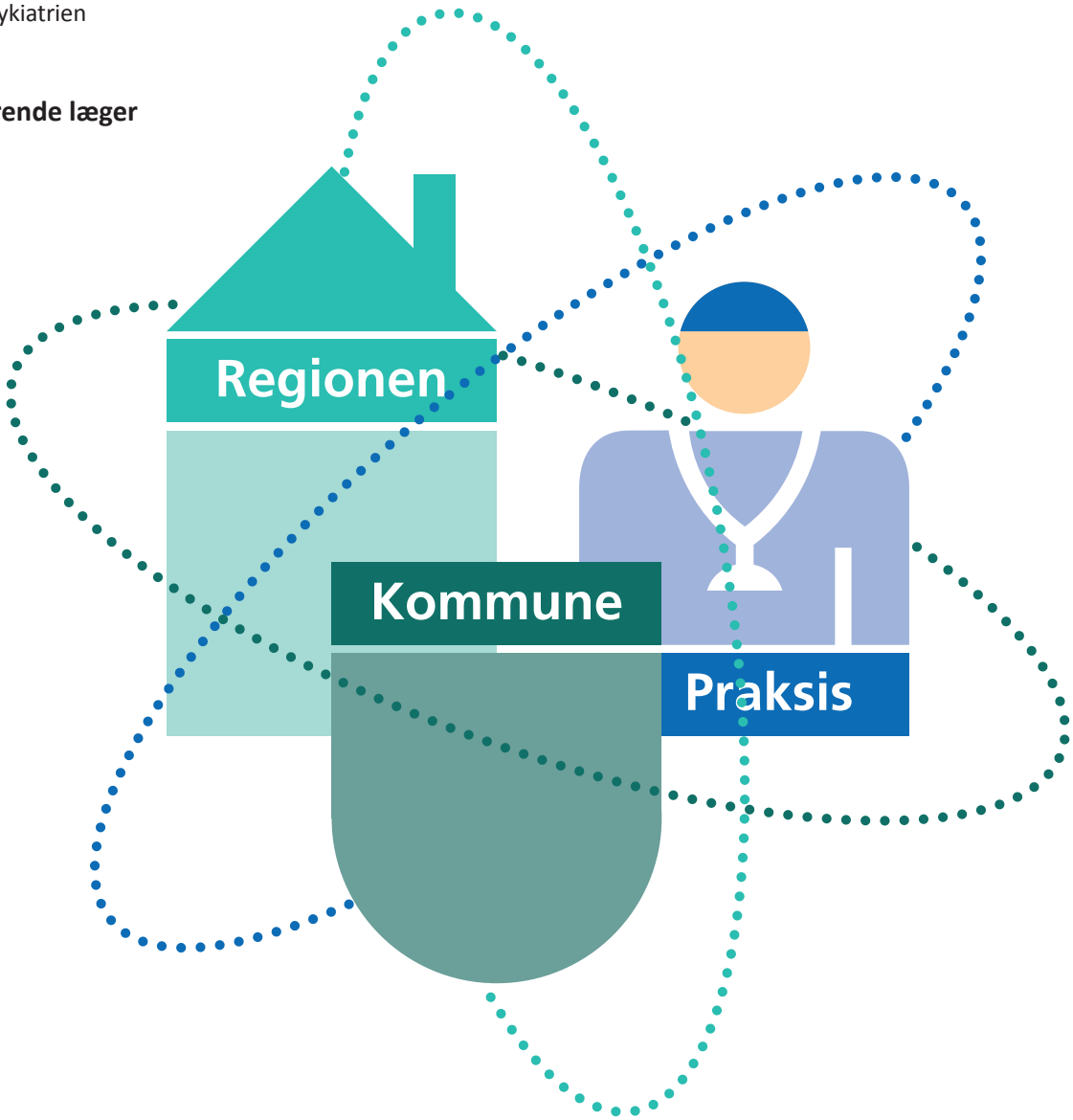
Region Syddanmark

- Familieambulatoriet Plus
  - Kvindesygdomme og fødsler (Gynækologisk obstetrisk afdeling)
  - Børneafdelingen
- Psykiatrien
- Smertebehandlingsenheder

Kommunerne

- Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet)
- Behandlingscenter
  - Alkohol
  - Rusmiddel
- Sundhedsplejen
- Pædagogisk/Psykologisk rådgivning
- Socialpsykiatrien

Praktiserende læger



UDKAST

5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler

En systematisk og tidlig opsporing med henblik på en forebyggende indsats, er meget væsentlig for at mindske risikoen for, at der fødes børn med skader som følge af moderens forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i graviditeten.

Det er nødvendigt, at alle – såvel almen praksis, kommunale og regionale instanser – er opmærksomme ved kontakten med borgere og patienter, og således bidrager til at opspore gravide med et skadeligt forbrug.

Gravide kan blive henvist til Familieambulatoriet Plus fra praktiserende læge, jordemødre, kommunale forvaltninger m.v. Den gravide kan endvidere selv henvende sig i Familieambulatoriet Plus. Uden for dagtid kan henvendelse ske til obstetrisk vagthavende læge, eller ved kontakt til fødeafdelingernes vagthavende jordemoder.

Familieambulatoriet Plus modtager henvisninger på børn under skolealderen, hvor der er mistanke om, at barnet har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen, og som ønskes undersøgt med henblik på afklaring og tilrettelæggelse af en relevant plan for barnet.

Alle fagpersoner og privatpersoner kan henvise til Familieambulatoriet Plus, herunder bl.a. læger, sundhedsplejersker, pædagoger, (pleje)forældre, m.v.

Gennem hele processen lægges der vægt på det gode, ansvarlige og forpligtende samarbejde, så alle parter er med til at motivere for at borgeren/patienten tager imod relevante tilbud. Det forpligtende samarbejde betyder også, at der skal være en opfølgning på, om der har været fremmøde på det pågældende tilbud, og handle hvis dette ikke er tilfældet.

UDKAST

6. Opgaver og ansvarsfordeling

Før graviditet

Alle fagprofessionelle er forpligtet til at støtte og hjælpe fertile kvinder, som har et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler med råd, vejledning og eventuel etablering af sikker prævention. Såfremt en fertil kvinde, som har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler udtrykker ønske om graviditet, bør kvinden henvises til prækonceptionel samtale hos praktiserende læge, som eventuelt kan henvise til andre relevante behandlere, for eksempel rusmiddelbehandler, specialist i behandling med smertestillende medicin, psykiater og/ eller specallæge i Familieambulatoriet Plus.

Formålet med en prækonceptionel samtale er forebyggelse og planlægning af graviditet. Såfremt den gravide og/eller parret umiddelbart fremstår med et skadeligt for brug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykiatriske og/eller sociale udfordringer, som skønnes at være uforenelige med forældreskab, har kommunen mulighed for at tilbyde kvinden eller parret samtale omkring familieplanlægning og konsekvenserne af nuværende livsstil.

Under graviditet

Ethvert forbrug af tobak, alkohol og/ eller rusmidler frarådes i graviditet. Ved forbrug af mindre end grænserne for inklusion i Familieambulatoriet Plus, forventes alle fagprofessionelle at rådgive om og støtte gravide i afholdenhed jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangeromsorg idet den nedre grænse for skadeligt forbrug ikke med sikkerhed kendes.

Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus kontakter den gravide senest 7 dage efter henvisningen og indkalder efter faglig vurdering til en afklarende samtale. Det er væsentligt, at den gravide kan få hurtig afklaring og rådgivning i forhold til risikofaktorer i graviditeten, herunder gennemførelse eller afbrydelse af svangerskabet.
- Familieambulatoriet Plus indhenter om muligt samtykke fra den gravide ved første konsultation med henblik på videregivelse af oplysninger og samarbejdet med den kommunale sundhedspleje, Familieafdeling (myndighed) og andre relevante aktører. Er der bekymring afsendes så hurtigt som muligt en underretning til Familieafdeling (myndighed).
- Ønsker den gravide ikke at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, og/eller ønsker den gravide ikke forløb i Familieambulatoriet Plus, vurderes om der er grundlag for en underretning.
- Såfremt der er svære problematikker, som kræver akut sundhedsfaglig vurdering og behandling, kan den gravide modtages akut efter telefonisk henvisning til Familieambulatoriet Plus eller uden for dagtid via obstetrisk vagthavende eller fødegangen.
- Ved udeblivelse forsøger Familieambulatoriet Plus kontakt til den gravide, og ved bekymring underrettes til Familieafdelingen (myndigheden).
- Så snart der er tilbagemelding fra den kommunale forvaltning vedrørende, hvilken sagsbehandler den gravide er tildelt, skal dette noteres i den gravides journal.
- Ved første jordemoderkontrol i Familieambulatoriet Plus sendes henvisning og orientering til Sundhedsplejen med henblik på eventuelt tidlig kontakt i graviditeten.

Kommunen

- Kommunen skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler. Såfremt kommunen identificerer gravide i Familieambulatoriet Plus' målgruppe, informerer kommunen den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus.
- Kommunen indhenter samtykke fra den gravide, med henblik på indhentning og videregivelse af oplysninger.
- Såfremt der er en børn- og ungesag, er kommunen forpligtet til at sikre koordinering af en helhedsorienteret indsats. Kommunen giver Familieambulatoriet Plus besked om, hvem der er sagsbehandler (tovholder).
- Tidligt i forløbet tages stilling til hvordan den gravides fremmøde i Familieambulatoriet Plus, til fødsel samt ved akutte tilstande sikres. Svære økonomiske eller praktiske udfordringer, som hindrer fremmøde skal søges løst i god tid.
- Der tages stilling til og træffes beslutning om finansiering samt planlægning af fremtidig prævention.
- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger.
- Hvis den gravide ikke ønsker, at komme i Familieambulatoriet Plus, er kommunen, såfremt der er modtaget en underretning, forpligtet til at følge op på sagen.
- Substitutions- eller rusmiddelbehandling iværksættes ved identificeret behov og gerne så tidligt i graviditeten, som muligt. Ved iværksættelse af behandling er der behov for koordinering mellem den behandlende læge og Familieambulatoriet Plus om den medicinske behandling
- Det anbefales at gravide og børn i Familieambulatoriet Plus samles hos en mindre gruppe specialiserede medarbejdere i kommunen med særligt kendskab til målgruppen.

Almen praksis

- Praktiserende læge skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.
- Praktiserende læge informerer alle gravide om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkohol- og rusmiddelforbrug i graviditeten.
- Praktiserende læge noterer alle de oplysninger som haves vedrørende den gravides forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler, psykosociale udfordringer, psykiatrisk anamnese og al øvrig medicinsk behandling i svangrepapirerne.
- Praktiserende læge henviser hurtigst muligt til Familieambulatoriet Plus, såfremt en gravid har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. gældende retningslinje om inklusion af xx-xx-xxx. Dette kan i akutte tilfælde gøres telefonisk med eftersendelse af svangerpapirer.
- Ved bekymring i graviditeten sender praktiserende læge en underretning til Familieafdelingen (myndigheden). Dette noteres på svangerhenvisningen.
- Praktiserende læge. Egen læge foretager de almindelige graviditetsundersøgelser og modtager/videresender relevante oplysninger til/fra Familieambulatoriet Plus. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger fremsendes ny underretning til kommunen.
- Praktiserende læge modtager indkaldelse til og referat af alle koordinerende møder afholdt med patienten, såfremt der er afgivet samtykke hertil. Deltagelse i de koordinerende møder kan evt. foregå via telefon eller videokonference

Psykiatrien

- Psykiatrien skal medvirke til opsporing af gravide, hvor der er mistanke om et foster eksponeres af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen. Såfremt Psykiatrien identificerer disse, informeres den gravide om Familieambulatoriet Plus´ tilbud, Psykiatrien sikrer eventuel henvisning til Familieambulatoriet Plus.
- Psykiatrien orienteres om gravide patienters med forløb i behandlingspsykiatrien med tilknytning til Familieambulatoriet Plus. Ved særligt behov for koordination inddrages behandler fra psykiatrien i de koordinerende møder, evt. via telefon eller videokonference.
- Behandlingspsykiatrien vurderer arten og omfanget af den psykiatriske behandling i forhold til graviditeten.
- Det er hensigtsmæssigt, at der sker en koordinering mellem den behandlende psykiater og Familieambulatoriet Plus omkring den medicinske behandling.
- Der opfordres til, at voksenpsykiatrien deltager i de kvartalsvise møder i Familieambulatoriet Plus, når dette er relevant.
- Psykiatrien kan indkaldes og deltage efter behov i konkrete sager og psykiatrien skal orienteres, hvis en af deres patienter er gravide så der kan træffes forholdsregler i forhold til medicineringen, hvor det er relevant.

Tværsektoriel koordinering

Samarbejde omkring den gravide forankres på tværsektorielle koordinationsmøder. Familieambulatoriet Plus indkalder på baggrund af faglig vurdering den gravide, dennes netværk og relevante aktører til det første tværsektorielle koordinationsmøde. Praktiserende læge orienteres om mødet, og deltager hvis muligt. Det tilstræbes at indkaldelsen sker med 14 dages varsel, for at sikre at så mange aktører så muligt kan deltage.

Formålet med mødet er at få tilrettelagt en både kort- og langsigtet plan for den gravide, og at få aftalt rolle og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Familieambulatoriet Plus udarbejder referater af møderne, medmindre anden arbejdsdeling aftales på det første møde. Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, plan, rolle- og kompetencefordeling, hvilke initiativer der skal iværksættes, samt tidspunkt for et eventuelt opfølgende møde. Referatet sendes efter indhentet samtykke til alle inviterede. Samtykke indhentes ved starten af mødet, og føres til referat.

UDKAST

Plan for graviditet, fødsel og barsel

Familieambulatoriet Plus sikrer - i samarbejde med den gravide, samt øvrige hospitalsafdelinger, kommune, praktiserende læge og eventuelt andre relevante aktører – at der udarbejdes en plan for graviditeten, fødslen og barselsperioden. Denne overordnede plan indeholder en delplan for observation og behandling af barnet efter fødslen, samt en for tiden efter udskrivelse.

Planen udgør én samlet plan med to sideløbende indsatsområder for henholdsvis den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats i forhold til familien/barnet.

Planen for, hvad der skal ske umiddelbart efter fødslen og i forbindelse med udskrivelsen, skal foreligge i god tid inden fødslen.

I hver plan er opgave- og ansvarsfordelingen beskrevet, samt hvilke initiativer, der skal sættes i værk.

Planen indeholder oplysninger om kontaktpersoner (for eksempel rusmiddelbehandler og myndighedsperson) i kommunen, samt hvem der skal kontaktes i hastende tilfælde, hvis kontaktpersonen ikke kan træffes. Endvidere fremgår familieambulatoriet Plus' kontaktperson.

Alle parter er forpligtet til at følge den aftalte plan.

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

(afsnittet er jf Samarbejdsaftalen om Sårbare gravide). Det kommende afsnit beskriver arbejdsgangen og -rammerne fra samarbejdsaftalen vedrørende sårbare gravide i Region Syddanmark (2017).

Kommunens Familieafdeling (myndighed) kan altid bede om relevante oplysninger fra sundhedspersonale i forbindelse med fødsel og barsel. Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse – det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud for eller efter en børnefaglig undersøgelse.

Formålet med skabelonen

I samarbejdsaftalen om sårbare gravide er der udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb. Skabelonen skal også bruges til målgruppen i Familieambulatoriet Plus, når der er samarbejde mellem Familieafdelingen (myndighed og sygehus.

Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 2.

Der kan eksempelvis anmodes om:

- Besked ved fødsel
- Besked/invitation til udskrivelsesmøde
- Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
- Lægeerklæring

Familieafdelingen (myndighed) skal være meget specifik i forhold til, hvilke forhold der ønskes oplysninger om – med opmærksomhed på, at plejepersonalet tilbringer begrænset tid hos den gravide/fødende/nybagte mor, og at der ofte er skiftende/ikke kontinuerligt personale hos familien i løbet af indlæggelsesperioden.

Sundhedspersonalet på sygehuset skal beskrive det, som de ser, der er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og ikke lave fortolkninger, vurderinger eller pege på konkrete kommunale indsatser. Sygehuset må kun sende de oplysninger kommunen beder om (se bilag 4.0,4.1 og 4.2).

Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.

Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonalet skal på forhånd orienteres om dette.

Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale Familieafdeling (myndighed) sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Sygehusene er ikke forpligtet til at imødekomme anmodninger om specifikke indlæggelsesvarigheder

Det vil være hensigtsmæssigt for sygehuspersonalet med en ensartet praksis i forhold til journalføring, således at alle medarbejdere ved, hvor og hvordan sociale forhold skal noteres.

UDKAST

Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen

Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus/fødestedet orienterer kommunen om fødslen jf. specialplanen. Det fremgår tydeligt af denne plan, hvem (og med hvilket telefonnummer) i kommunen, der skal kontaktes, samt telefonnummer på denne.
- Ved behov etablerer Familieambulatoriet Plus i samarbejde med kommunen inden udskrivelsen udskrivningskonference med relevante parter (kan afholdes som telefon- eller videokonference).
- Fødestedet orienterer psykiatrien om udskrivelsen, hvis det vurderes relevant.
- Familieambulatoriet Plus kan i udskrivelsessamtalen ved behov medvirke i planlægningen og koordineringen af den kommunale forvaltnings tilrettelæggelse af støtteforanstaltninger efter udskrivelsen.

Kommunen

- Kommunen (sundhedsplejerske, socialrådgiver osv.) deltager ved behov i udskrivningskonference.
- Kommunen iværksætter nødvendige indsatser, herunder rusmiddelbehandling, så dette er etableret, når moderen og barnet udskrives fra hospitalet.
- Kommunen løfter alle "normale" opgaver, der dækkes i basistilbud, herunder fx sundhedsplejerskens modtagelse af udskrivelsesbrev og varetagelse af barsels- og etableringsbesøg samt opfølgende kontakter, herunder behovsbesøg., og Familieafdelingens indsats og koordinering omkring evt. besluttede foranstaltninger.

Almen praksis

- Praktiserende læge modtager epikrise efter udskrivelse fra fødsel og barsel.
- Den alment praktiserende læge tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.
- Lægen vurderer ved denne undersøgelse moderens fysiske og psykiske tilstand, drøfter familiens trivsel og drøfter samt etablerer evt. prævention jf. specialplan (evt. bevilget af kommunen).

Psykiatrien

- Behandler fra psykiatrien deltager ved behov i udskrivningskonference
- Behandler fra psykiatrien modtager besked ved udskrivelse, såfremt dette på forhånd er aftalt i planen.
- Spæd og småbørnsfunktionen deltager i møder i Familieambulatorium Plus, i forhold til opfølgningen på børnene.

Opfølgende undersøgelser af barnet

Familieambulatoriet Plus' ansvar – opfølgning

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog følger barnet frem til skolestart jf. Inklusions- og opfølgningskriterier (bilag 1).
- Familieambulatoriet Plus socialrådgiver deltager i opfølgningen efter behov og i det omfang, det vurderes fagligt relevant, og kan herudover have ekstra samtaler med barnets primære omsorgspersoner.
- I Familieambulatoriet Plus foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, ligesom barnets udvikling vurderes.
- Hvis der vurderes at være behov for yderligere sundhedsmæssig udredning, sendes henvisning til relevant afdeling, ligesom der følges op på undersøgelsesresultatet.
- Der udarbejdes efter hvert besøg såvel en lægelig som en psykologisk konklusion på undersøgelsen.
- I tilslutning til undersøgelserne i Familieambulatoriet Plus, rådgives forældre/plejeforældre i sundhedsfaglige og udviklingsmæssige spørgsmål.
- I Familieambulatoriet Plus følges børn, der har været eksponeret jf. inklusionskriterierne før erkendt graviditet, uanset om der er eller har været en aktiv børnesag i Familieafdelingen (myndigheden).

Samtykke og underretning

- Familieambulatoriet Plus indhenter samtykke fra forældrene til, at barnet må følges i Familieambulatoriet Plus, og at der må udveksles oplysninger med de, for det pågældende barn, relevante samarbejdspartnere (se bilag 4.0, 4,1 og 4.2).
- I de situationer, hvor der ikke kan indhentes samtykke hos de biologiske forældre, og hvor barnet er anbragt, kontakter Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver kommunen med henblik på at få et sådant samtykke fremskaffet.
- Er der en børnesag i kommunen, og ønsker forældrene ikke, at der sendes notat til kommunal socialrådgiver, tages der stilling til, om der er grundlag for underretning.

UDKAST

Netværksmøder

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog, der har foretaget undersøgelserne, tager i fællesskab stilling til, om der vurderes at være behov for at indkalde til netværksmøde.
- Vurderes der at være behov for et netværksmøde, og er forældrene indforstået hermed, indkalder Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver til netværksmødet.
- Forældremyndighedsindehavere inviteres altid til netværksmøde medmindre socialforvaltningen vurderer andet.
- Invitationen til netværksmøderne udsendes som udgangspunkt 4 uger før mødedatoen.
- Familieambulatoriet Plus videregiver til netværksmøderne informationer, der vurderes væsentlige for barnets udvikling med udgangspunkt i de undersøgelser, der er foretaget.
- Familieambulatoriet Plus kan bidrage med anbefalinger, såfremt kommunen anmoder om disse.
- Familieambulatoriet Plus beskriver på mødet, hvorvidt der er udviklingsmæssig bekymring i det nuværende dagtilbud, eller hvorvidt dette kan forventes på baggrund af evidens.

Afslutning og opfølgning

- Hvis barnet flytter, og familien fortsat ønsker at fortsætte forløbet i Familieambulatoriet Plus, der hvor de bosætter sig, laver Familieambulatoriets Plus' læge eller psykolog henvisning dertil.
- I de tilfælde, hvor der ikke er, eller ikke længere er, en børnesag i familieafdelingen, og hvor der ikke er grundlag for underretning eller netværksmøder, aftales med forældrene, om man fra Familieambulatoriet Plus må kontakte sundhedsplejersken, daginstitutionen eller PPR, hvis der vurderes at være behov for ekstra støtte til barnet.
- Såfremt der ved afslutning i Familieambulatoriet Plus fortsat er en børnesag i Familieafdelingen, laves en sammenfatning af forløbet indeholdende en statusvurdering i forhold til barnets helbredsmæssige, psykologiske og kognitive tilstand. Der kan også indkaldes til et afsluttende netværksmøde efter faglig vurdering.

Kommunens ansvar

- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger i eget regi. Familieambulatoriet Plus' undersøgelser skal ses som et supplement til den kommunale indsats i forhold til barnet/familien.
- Såfremt der er en aktiv børnesag skriver kommunen opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet Plus ind i en handleplan, når barnet følges i Familieambulatoriet Plus.
- De inviterede fagpersoner prioriterer deltagelse ved møderne i Familieambulatoriet Plus, da f.eks. sundhedsplejersken kan få en fornyet rolle i forbindelse med skolestart.
- PPR/Specialrådgivningen deltager ved netværksmøderne efter faglig vurdering, uanset om barnet er kendt i forvejen eller ej. Rollen er i så fald som konsultativ bistand.
- I nogle kommuner kan Pladsanvisningen med fordel inviteres, med forældremyndighedsindehavers samtykke.
- Dagtilbuddet beskriver ved netværksmødet barnets dagligdag sammen med barnets primære omsorgspersoner.
- Det er PPR el. lign., der vurderer, hvilket dag- eller skoletilbud barnet matches til, og det er ligeledes PPR el. lign., der vurderer, hvorvidt der er behov for ekstra ressourcer i dag/skole tilbuddet.
- Kommunen er behjælpelig med at indhente samtykke fra forældremyndighedsindehaver efter gældende regler i tilfælde, hvor barnet er anbragt udenfor hjemmet.
- Kommunen skal anmode forældremyndighedsindehaver om samtykke til Familieambulatoriet Plus' psykologiske undersøgelser, da Familieambulatoriet Plus bl.a. benytter "Bayley" og "WPSSI 4".
- I forhold til samarbejdet med praktiserende læge, sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Almen praksis' ansvar

- Praktiserende læge følger barnet gennem de almindelige børneundersøgelser.
- Praktiserende læge deltager i koordinerende møder hvor det er relevant og orienteres om undersøgelser af barnet i Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge rapporterer relevante sociale, psykiske og fysiske ændringer til Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge prioriterer at deltage i netværksmøderne arrangeret med familierne og fagpersonerne, når relevant og muligt.

Psykiatriens ansvar

Den regionale spæd- og småbørnspsykiatri deltager i formaliseret liaison-møde med det regionale Familieambulatorie Plus en gang i kvartalet, med henblik på drøftelse af børn med mulige børnepsykiatriske problemstillinger. Møderne kan afholdes via videokonference.

UDKAST

7. Lovgivning på området

Patientens retsstilling

Medarbejdere, der arbejder under Sundhedsloven, har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra den enkelte borger.

Videregivelse af information uden samtykke til andre formål end behandling kan kun ske, når det følger af lov og bestemmelser fastsat i henhold til lov, og når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Samtykke skal dog altid forsøges indhentet, eller som minimum bør borgeren informeres om videregivelsen. Denne orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev.

Samtykke til at videregive oplysninger til andre formål end behandling, skal gives til den sundhedsperson, der er i besiddelse af og skal videregive oplysningerne.

Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedsloven. En sådan kan gives enten mundtligt eller skriftligt, og kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne, samt til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, om patienten har givet samtykke til videregivelse.

Det skal journalføres, når og hvordan borgeren er blevet orienteret. Desuden bør det journalføres, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning, samt med hvilket formål.

Det er den enkelte afdelings ansvar, at der indhentes samtykke til relevante samarbejdspartnere. Et eksempel på en samtykkeerklæring fra Familieambulatoriet (også gældende for Familieambulatoriet Plus) kan findes i bilag 4.0, 4.1 og 4.0.

Lovgivning i Sundhedsloven om indhentning og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner, herunder både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Deltager andre faggrupper aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan disse få adgang til de samme patientoplysninger, som den fagperson opgaverne udføres for, såfremt oplysninger er relevante for udførslen af deres opgave.

Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen på sygehuset/i Familieambulatoriet kan anses som en sundhedsfaglig opgave, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Samtykke ved behandling af mindreårige børn

Af Sundhedsloven fremgår det, at enhver behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, herunder samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme (jf. bilag 3).

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år) kræves samtykke fraforældremyndighedsindehaveren. Er barnet fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information herom og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdagskarakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergive almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere. Det følger af Forældreansvarsloven, at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver (jf. bilag 3).

Ved anbringelse af børn uden for hjemmet sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Dette betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. I praksis har den anbringende kommune dog vidtgående beføjelse til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse, og har på baggrund af serviceloven § 69 i visse tilfælde hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling. Ifølge sundhedsloven skal forældremyndighedsindehavere som udgangspunkt fortsat orienteres og samtykke til behandling.

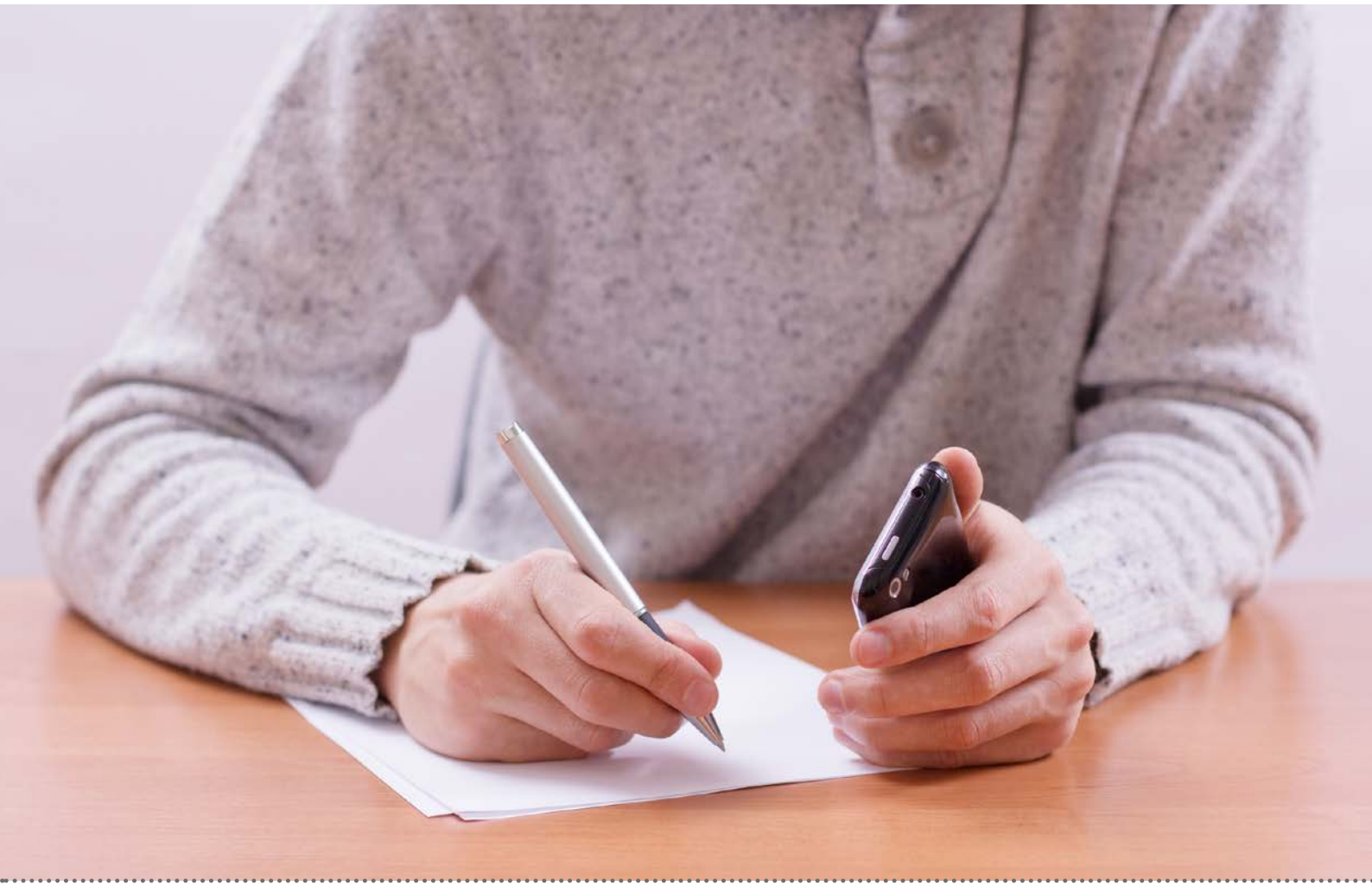
UDKAST

Underretningspligt

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En sådan bekymring kan komme fra en fagperson eller en privat borger (jf. bilag 3). Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Det er endvidere muligt at underrette anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. I tilfælde hvor underretter er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder alle, der udøver offentlige tjenester herunder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske. Disse har skærpet underretningspligt, hvis de får kendskab til eller grund til at antage, at et barn uanset alder har eller vil få behov for særlig støtte.

Det er muligt for fagpersoner at få anonym råd og vejledning fra et myndighedsafsnit. Myndigheden har notatpligt på alle henvendelser, der er personhenførbare.



UDKAST

8. Kontaktoplysninger

Sundhed.dk

www.sundhed.dk vil udgøre kontaktplatform for relevante kontaktoplysninger vedrørende samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus i Region Syddanmark.

Kontaktoplysningerne er samlet her: **www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne**

Således vil der på sundhed.dk være samlet kontaktinformationer om:

- Relevante kommunale instanser
  - Overordnede myndighedspostkasser til fx henvendelse eller underretning
  - Sundhedsplejerske
- Misbrugscentre
- Familieambulatorier
- Fødeafdelinger
- Psykiatrien
- Almen praksis

Søgning i sundhed.dk

For at finde relevante kontaktsider vedr. samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus, skal der vælges fanebladet "Fagperson", herefter søges i fritekstfeltet, med teksten "Familieambulatorier". Vælg her siden med titlen "Kontakter Familieambulatoriet – Region Syddanmark".

Kontaktoplysninger

Det tilstræbes, at kontaktoplysningerne er på organisations- og afdelingsniveau, både telefonnumre og mailadresser.

Såfremt der sker ændringer i kontaktoplysningerne, eller der er behov for opdatering af oplysningerne, har den enkelte kommune eller regionale enhed ansvaret for at opdatere oplysninger ved at kontakte relevant (lokal) redaktør af Sundhed.dk.

Udpegning af konkrete kontaktpersoner Familieambulatoriet Plus

Udpeger en kontaktperson til hver gravid, der er tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Kommune, praktiserende læge, jordemodercenter og andre relevante parter orienteres om kontaktpersonen.

Udpegning af konkrete kontaktpersoner Kommunen

Tilknytter en kommunal kontaktperson til den gravide, som Familieambulatoriet Plus kan kontakte med henblik på planlægning og deltagelse i det konkrete samarbejde om den gravide.

I forhold til samarbejdet med praktiserende læge sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

kontakt-familieambulatoriet

www.sundhed.dk

UDKAST

BILAG 1
Inklusions- og opfølgningskriterier

(Bilag 1 er et udkast til kommende inklusions- og opfølgningskriterier, som forventes endelig godkendt af den nationale styregrupppe for Familieambulatorierne i Danmark primo februar. Der tages derfor forbehold for evt. ændringer. Bilag vedlægges i sin endelige version umiddelbart før implementering.)

Familieambulatoriet Plus, Region Syddanmark

Inklusionskriterier for gravide kvinder i Familieambulatoriet Plus

Forbruget regnes fra sidste menstruations første dag

1. Alkoholindtag:
   - 1a: ≥ 7 genstande ugentligt (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
   - 1b: Episodisk højt alkoholforbrug (≥ 5 genstande på én gang = binge-drinking) efter kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥ 3 gange i graviditeten.
   - 1c: Episodisk meget højt alkoholforbrug (≥ 10 genstande på én gang) ≥ 1 gang i graviditeten.
   - 1d: Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring, kan den gravide henvises.

2. Forbrug af afhængighedsskabende medicin i ≥ 7 fortløbende dage i graviditeten og/eller ≥ 15 dage spredt i graviditeten.

   2a: Forudsætninger:

   - Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds (fx Smerteklinik, Psykiatrisk Afdeling, Reumatologisk Afdeling etc).

   2b: Indregistrerede opioide analgetika, opiater og andre analgetika:

   - Alfentanil.
   - Buprenorfin.
   - Dekstroproxyfen.
   - Etylmorfin.
   - Fentanyl.
   - Heroin.
   - Hydromorphon.
   - Ketobemidon.
   - Ketogan.
   - Kodein.
   - Metadon.
   - Methylnaltrexon.
   - Morfin.
   - Nalbufin.
   - Naltrexon.
   - Nicomorfin.
   - Noskapin.
   - Oxycodon.
   - Oxymorfin.
   - Papaverin.
   - Pethidin.
   - Remifentanil.
   - Sufentanil.
   - Tapentadol.
   - Tebain.
   - Tramadol.

UDKAST

2c: Indregistrerede sedativa-anxiolytika-hypnotika:

- Benzodiazepiner og medikamenter, som virker på benzodiazepinreceptorerne (fx Zopiclon og Zolpidem).
- Phenobarbital.
- Ketamin. (kun indregistreret som systemisk eller lokal ænestesimiddel (og ikke som hypnosedativa)).

2d: Ikke-læge-ordineret forbrug af indregistrerede centralstimulerende lægemidler:

- Methylphenidat (= Ritalin, behandling af ADHD og narkolepsi).
- Lisdexamfetamin (= Elvanse, behandling af ADHD).
- Atomoxetin (= Strattera, behandling af ADHD).
- Modafinil (= Modafinil, Modiodal, behandling af narkolepsi).
- Bupropion (= Wellbutrin, Zyban, behandling af tobaksafhængighed).

3. Ethvert forbrug af illegale rusmidler i graviditeten.

- OBS: Cannabisforbrug ≤ 3 gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug af cannabis efter erkendt graviditet medfører inklusion.
- OBS: Tobak-/nikotinforbrug medfører ikke inklusion alene trods dets skadevirkende effekt på graviditet og det opvoksende barn. Vær dog opmærksom på, at tobak-/nikotinforbrug kan forværre effekten af andet rusmiddelbrug under graviditet.

3a: Illegale centralstimulantia:

- Kokain.
- Amfetamin.
- Methamfetamin.
- Methylendioxymethylamfetamin (MDMA/ecstasy).
- Amfetaminderivater.
- Fentanylanaloger.
- Kath-blade.

3b: Illegale hallucinogener:

- LSD.
- Psilocybin-svampe.
- Psilocin-svampe.
- Meskalin (peyotekaktus).
- Snerlefrø (ipomoea-arter, LSD-lignende).
- Fencyclidin.
- Dimetyltryptamin.

UDKAST

3c: Inhalantia/flygtige opløsningsmidler: • Toluen. • Acetone. • Trichlorethan. • Ethylacetat. • Propan. • Kloroform. • Heksan. • Benzin.	**3d: Andre illegale psykoaktive rusmidler** (herunder, men ikke begrænset til)**:** • Heroin. • GHB (gammahydroxybutyrat)/fantasy. • Cannabinoider (cannabis, hash, marihuana) (≥ 4 gange i graviditeten). • PMA (4-methoxtamfetamin). • PMMA (4-methoxymethamfetamin). • 4MTA (4-methylthioamfetamin).
4. Gravide i medikamentel behandling for afhængighed af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.	

Inklusionskriterier for børn i Familieambulatoriet
5. Børn i alderen 0 år til skolealderen, som i fostertilværelsen har været eksponerede for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. ovenstående grænser. 5a: OBS: Børn eksponerede alene for cannabisforbrug ≤ 3 gange under graviditeten følges dog ikke.

Opfølgningskriterier for børn i Familieambulatoriet*
Børnene inddeles i kategorier (let = grøn, moderat = gul og svær = rød), som retningslinje for hyppigheden af de opfølgende børneundersøgelser.
Kategoriseringen vurderes i Familieambulatoriet på basis af barnets grad af eksponering for rusmidler under graviditeten i kombination med følgende forhold: • Barnets somatiske historie, herunder viden om graviditetsperioden, fødselstidspunkt, fødselsvægt, abstinenssymptomer, genetiske dispositioner samt aktuelle medicinforbrug.

UDKAST

- Barnets aktuelle fysiske/psykiske tilstand ud fra oplysninger fra omsorgspersonerne samt de seneste undersøgelsesresultater fra den opfølgende børneundersøgelse.
- De psykologiske forhold i familien i form af forældrenes ressourcer som forældre, støttende netværk og tilknytningen mellem barn og omsorgsperson.
- Familiens sociale situation, herunder stabilitet, boligforhold, beskæftigelse, forældrenes livsførelse i forhold til barnets behov og forældrenes aktuelle forbrug.
- Eventuelle iværksatte støtteforanstaltninger.

Ved ændringer i ovenstående forhold kan kategoriseringen for det enkelte barn løbende ændres.

Opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet*

BARNETS ALDER	GRØN		GUL		RØD	
	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog
5-8 uger	(x)		x	x	x	x
4 måneder	x	x	x	x	x	x
8 måneder					x	x
12 måneder			x	x	x	x
18 måneder					x	x
2 år	x	x	x	x	x	x
3 ½ år			x	x	x	x
5 år	x	x	x	x	x	x
6 år					x	x
Antal undersøgelser i alt	3-4	3	6	6	9	9

UDKAST

Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Retsinformation. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. VEJ nr. 9009 af 27/12/2013. SST, j.nr. 5-3210-13. 2014.
2. World Health Organization (WHO). Substance Use. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.
3. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner. Diagnostik og behandling af alkoholproblemer. 2010.

*Med udgangspunkt i psykologernes forslag til fælles standard for børneundersøgelser vedtaget på årsseminaret den 5. november 2014.

Udkast

UDKAST

BILAG 2
Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

Denne skabelon anvendes ved kommunikation mellem kommunen og sygehuset ved anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset.

OBS Vejledninger skrevet med kursiv slettes i forbindelse med udfyldelse af anmodningen

Oplysninger om borger/patient	
Dato for anmodning.	
Vedr. barn af	
CPR-nummer	
Terminsdato	

Kontaktoplysninger på kommunal myndighed	
Myndighedsafdelingens direkte nummer og mail (modtagelsen)	
Kommunal socialrådgiver (navn, tlf.nr. og mail)	
Kontakt udenfor åbningstid	(Her tages stilling til om den sociale bagvagt skal kontaktes når patienten indlægges mhp. fødsel, og hvordan afdelingen skal forholde sig uden for åbningstid og på helligdage)

Orientering fra kommune til sygehus (Kommunens afgørelse eller aftaler med den vordende mor)	
Baggrund for anmodning	Årsag til anmodningen (relevant faglig vurdering) - kort.
Aftaler ved fødsel/under indlæggelse (ved ændring skal samarbejdspartnere orienteres)	Kommunens aftaler med familien, fx hvilken foranstaltning, der planlægges. Specifikke aftaler med sygehuset i forbindelse med fødsel og barsel.
Aftale om prævention	Evt. aftaler med den gravide om etablering af prævention ved fødslen
Kommunens EAN nummer	Bruges ved udgifter til prævention

Anmodning fra kommunen om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	
Der anmodes om flg. oplysninger i forbindelse med fødsel på sygehus	Der kan eksempelvis anmodes om: • Hvem kontaktes og hvornår • Besked ved fødsel • Besked/invitation til udskrivelsesmøde • Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset. Der gøres opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.
Har forældrene givet samtykke til anmodningen	Ja Nej (Indhentes jf. § 11c)

Udkast

UDKAST

BILAG 3
Oversigt over gældende lovgivning på området

Nærværende oversigt er udarbejdet med formålet at uddybe nogle af de juridiske problemstillinger, som vedrører sundhedspersonalet og myndighedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger i tilknytning til Familieambulatoriet.

Nedenfor behandles emner i tilknytning til særligt de problematikker som rejser sig i forhold til mindreårige, og regler om samtykke til at indhente og videregive sundhedsoplysninger.

Samtykke til behandling af mindreårige børn
Det følger af Sundhedslovens § 15, at behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Behandling defineres i Sundhedslovens § 5 som samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år, som ikke har indgået ægteskab og er myndige) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Hvis barnet er fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen jf. Sundhedslovens § 17.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdagskarakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergive almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.
Det følger af Forældreansvarsloven § 3, stk. 1, 1. pkt., at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver.

Hvorvidt der er tale om *væsentlige* beslutninger, som kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere, beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, som foretages af den sundhedsperson, som har ansvaret for at indhente et informeret samtykke til behandling på vegne af barnet.

Vurderes det, at begge forældre skal give samtykke til behandling, har den ansvarlige sundhedsperson kun ret til at iværksætte behandling, når der foreligger samtykke fra begge forældre. Hvis forældrene ikke er enige om iværksættelse af behandling, vil de i den situation være henvist til at søge konflikten løst efter reglerne i Forældreansvarsloven ved at starte en forældremyndighedssag.

Anbragte børn
Når børn anbringes uden for hjemmet, sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Det betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. Udgangspunktet er også, at forældremyndighedsindehavere fortsat skal orienteres og samtykke til behandling efter Sundhedslovens lovgivning.

I praksis har den anbringende kommune dog en vidtgående adgang til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse. Spørgsmål om f.eks. valg af læge, skole, indkøb af tøj og lignende vil normalt være spørgsmål, som den anbringende kommune tager stilling til i et samarbejde med anbringelsesstedet.

UDKAST

Kommunen har i medfør af Servicelovens § 69, stk. 1, også hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling, hvis dette er nødvendigt under hensyn til formålet med anbringelsen. F.eks. hvis der opstår uenighed mellem forældremyndighedsindehaverne, og der af den grund ikke kan opnås samtykke til nødvendig behandling.

Formålet med anbringelsen, herunder særlige forhold vedrørende pleje og behandling, skal fremgå af den lovpligtige handleplan for anbringelsen.

Det følger således af det vidtgående ansvar for barnet eller den unge, som den anbringende kommune overtager ved anbringelsen, at kommunen om nødvendigt kan træffe afgørelse om undersøgelse og lægebehandling af barnet, herunder om indlæggelse til behandling på sygehus, såvel på somatisk som psykiatrisk afdeling.

Kommunen bør dog så vidt muligt træffe bestemmelse i forståelse med barnets forældre, ligesom forældremyndighedsindehaveren som klart udgangspunkt bør informeres i forbindelse med besøg på skadestue eller lignende.

Når barnet er anbragt udenfor hjemmet, afhænger det således af forholdene omkring den enkelte anbringelse, hvilke rettigheder og pligter forældremyndighedsindehaveren fortsat har.

Under barnets anbringelse er det anbringelsesstedet/plejeforældrene, som varetager den daglige omsorg for barnet. Det antages derfor, at beslutninger om mindre undersøgelser og mild medicinering vil kunne træffes af anbringelsesstedet.

Barnets plejeforældre har dog i relation til sundhedsretten ingen rettigheder over barnet, men de kan i et vist omfang varetage barnets forhold efter aftale med kommunen.

Tavshedspligt
Det følger af Sundhedslovens § 40, at en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Helbredsforhold er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredstilstand. Oplysninger om rent private forhold kan være oplysninger om ægteskab, pårørende mv., og oplysninger om andre fortrolige forhold kan være oplysninger om indkomst, og sociale- og strafbare forhold.

Videregivelse af oplysninger
Som en undtagelse til bestemmelsen i Sundhedslovens § 40 om tavshedspligt, kan sundhedspersoner i medfør af Sundhedslovens § 41 videregive oplysninger til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling. Der kan i medfør af § 41, stk. 1 videregives oplysninger med samtykke fra patienten til brug for behandlingen af patienten selv eller behandlingen af andre patienter.

Sundhedslovens klare udgangspunkt er derfor, at der skal gives samtykke, hvis sundhedsoplysninger videregives til andre sundhedspersoner til brug for sundhedsfaglig behandling.

Videregivelse af oplysninger til andre formål end behandling kan ske i medfør af Sundhedslovens § 43, når visse betingelser er opfyldt.

Videregivelse af sundhedsoplysninger til andre formål, kræver ligeledes som udgangspunkt samtykke fra patienten.

UDKAST

Hvis der ikke foreligger samtykke fra patienten, skal betingelserne i Sundhedslovens § 43, stk. 2, for videregivelse være opfyldt.

Ifølge Retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1 kan myndigheden efter forudgående samtykke fra den, der søger om eller får hjælp, forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder sygehuse, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendige for at behandle sagen. Det gælder også oplysninger om en persons rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ligesom myndigheden kan indhente lægejournaler, sygehusjournaler eller udskrifter heraf.

Det er kommunens ansvar at indhente et samtykke fra borgeren, herunder en specificering af, hvilke oplysninger, der må indhentes, fra hvilken myndighed og til hvilket formål. Sygehuset skal således imødekomme kommunens anmodning, uden selv at indhente et samtykke fra patienten.

Kommunens tilkendegivelse om, at borgeren har afgivet et samtykke, er tilstrækkeligt. Sundhedspersonen skal således ikke anmode kommunen om at fremsende borgerens samtykkeerklæring og ej heller selv forsøge at indhente samtykke fra patienten.

Hvis kommunens anmodning ikke er tilstrækkelig specifik, bør sundhedspersonen i første omgang kontakte kommunen med henblik på at klarlægge, hvilke oplysninger, der anmodes om.
Dette fordi, at bestemmelsen forudsætter, at videregivne oplysninger skal være *nødvendige* for at behandle sagen.

Videregivelse af sundhedsoplysninger om mindreårige reguleres af Sundhedslovens § 17, stk. 3. Efter bestemmelsen kan et barn, der er fyldt 15 år, selv give samtykke til, at helbredsoplysninger mv. videregives i henhold til bestemmelserne i Sundhedslovens §41-49. Børn, der er fyldt 15 år, kan således selv give samtykke til, at deres helbredsoplysninger videregives til kommunen.

Hvis barnet er under 15 år kræves samtykke til videregivelse fra forældremyndighedsindehaveren. Det antages, at det er tilstrækkeligt, at der foreligger samtykke til videregivelse fra den ene forældremyndighedsindehaver, selvom begge barnets forældre har del i forældremyndigheden, jf. Caroline Adolfsen, Mindreåriges retsstilling i relation til behandling, afsnit. 2.1.1.2.

Hvis barnets forældre har ophævet samlivet indhentes samtykke fra bopælsforælderen.

Protesterer den anden forælder imidlertid mod videregivelsen, og har denne del i forældremyndigheden, kan oplysningerne ikke uden videre videregives.

Selvom barnet er anbragt udenfor hjemmet, er det fortsat forældremyndighedsindehaveren, som skal give samtykke til videregivelsen. Den anbringende kommune eller anbringelsesstedet/plejeforældrene indtræder ikke denne ret.

Det er muligt for sundhedspersoner efter bestemmelsen i Sundhedslovens § 43, stk. 2 og stk.3, at videregive oplysninger til andre formål end behandling, selvom der ikke foreligger samtykke fra barnets forældre eller barnet. F.eks. når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling jf. § 43, stk. 2, nr. 1.

En kommune har således mulighed for at indhente sundhedsoplysninger uden samtykke fra barnet og forældremyndighedsindehaveren efter bestemmelsen i retssikkerhedsloven § 11 c, stk. 1, nr. 1. Bestemmelsen omhandler sager om særlig støtte til børn og unge efter Servicelovens kap. 11., når

UDKAST

sagen drejer sig om sager uden forældresamtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter Servicelovens § 50.

Formkrav til samtykket
Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedslovens § 42. Samtykke kan gives både mundtligt og skriftligt. Samtykket kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne og til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, at der er givet samtykke til videregivelse.

Samtykke til videregivelse af oplysninger til *andre formål* end behandling, reguleres af bestemmelsen i Sundhedslovens § 44.

Kravet til samtykke er i den situation skærpet på den måde, at der som udgangspunkt er krav om skriftlighed. Et samtykke til videregivelse til andre formål bortfalder senest et år efter, at det er givet.

Kravet om skriftlighed kan fraviges, hvis sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Det gælder generelt for et samtykke, at det skal være frivilligt, konkret og informeret.

Bevisbyrden for, at der er givet samtykke ligger hos myndigheden. Det kan af den grund være hensigtsmæssigt, at indhente et skriftligt samtykke også i situationer, hvor der ikke stilles krav om det.

I situationer, hvor det ikke er muligt at indhente samtykke, f.eks. på grund af en patients helbredstilstand, bør dette journalføres.

Indhentelse af sundhedsoplysninger
Reglerne i Sundhedsloven om indhentelse og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner. Ved sundhedspersoner forstås både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Hvis andre faggrupper deltager aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan de få adgang til patientoplysninger, der er relevante for udførelsen af deres opgave. Udgangspunktet er, at personen har adgang til de samme oplysninger, som den autoriserede sundhedsperson opgaverne udføres for. Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen kan anses som en sundhedsfaglig opgave jf. § 6, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Det er således relevant at foretage en konkret vurdering af den enkeltes funktion og rolle i forbindelse med patientbehandlingen.

Sundhedslovens § 42 a regulerer, hvilke personer, der ved opslag har adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger mv.
Andre der udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson o forbindelse med den samlede sundhedsindsats, vil kunne indhente oplysninger med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 10.

Bemyndiges en ikke-autoriseret sundhedsperson til at udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson, vil sundhedsoplysninger kun kunne indhentes med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 11.

UDKAST

Kravet til samtykket fremgår i den situation af Sundhedslovens § 42 b. Der er ikke krav om, at samtykket afgives skriftligt, men den person, som er bemyndiget til at indhente oplysningen, skal sørge for, at denne har fået samtykke fra patienten til at indhente oplysningen, og at samtykket bliver tilført i patientjournalen.

Offentligt ansattes underretningspligt
Ifølge Servicelovens § 153 stk. 1, nr. 2 er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Videregivelsen sker altså i dette tilfælde på sundhedspersonalets eget initiativ og efter egen vurdering.

Der skal alene være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets forhold, om at barnet kan have behov for særlig støtte. Det kræves således ikke, at der er kendskab til barnets forhold med sådan sikkerhed, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Sundhedspersonen kan fortsat efter underretningen iværksætte eller fortsætte sundhedsfaglige tiltag, som vurderes at være nyttige for forældrene og barnet.

Bestemmelsen omfatter alle vordende forældre, hvor der er anledning til bekymring for familiens situation og den indvirkning, det vil kunne få for barnets fremtidige livsvilkår. Bestemmelsen omfatter enlige gravide kvinder, gifte og samlevende par, uanset om der er tale om den biologiske far.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at kommunen er opmærksom på, at der er tale om en familie, der kan have behov for støtte og hjælp i tilfælde, hvor det må antages, at situationen vil få indvirkning på barnets situation, når det er kommet til verden. Der kan 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 den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.
Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb, det være sig fysisk, psykisk og/eller seksuelt, begået af en eller flere forældre (jf. kommunernes beredskabsplan for definition af fysisk, psykisk og seksuelt overgreb).

Hvis et samtykke ikke kan opnås, skal der foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til disse og deres ret til privatliv, og på den anden side afgørende modstående hensyn til de vordende forældre selv og til barnet. Det skal indgå i overvejelserne, at fostre og spædbørn er særligt sårbare over for forældrenes forhold, og at den tidligere indsats er af afgørende betydning for barnets mulighed for en sund udvikling.

Der er ligeledes underretningspligt, hvis en sundhedsperson efter et barn er født, får kendskab til eller grund til at antage, at barnet har behov for særlig støtte, jf. bestemmelsens nr. 1.

UDKAST

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op. Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.

Kommunal tilbagemelding.
Kommunen skal jf. Servicelovens § 155 b, senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen, over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

Herudover skal kommunen orientere underretteren om, hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende barnet, som underretningen vedrører. Der kan dog være særlige hensyn til barnet eller forældrene, som vil undtage denne regel.

Slutteligt kan kommunen på eget initiativ vælge at orientere underretteren om, hvilken type foranstaltning, der er iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjeneste kan yde barnet. Denne regel kan ligeledes fraviges af særlige hensyn til barnet eller forældrene.

Journalføringsbekendtgørelsen.
Ifølge journalføringsbekendtgørelsen § 29, stk. 2, skal patientjournalen indeholde optegnelser om hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

For så vidt angår videregivelser med hjemmel i Retssikkerhedsloven, skal kommunens anmodning og den eventuelle korrespondance, der har fundet sted i forbindelse hermed, journalføres.

Ligeledes bør det journalføres, hvilken information, der er givet til patienten vedrørende videregivelsen.

Udkast

UDKAST

BILAG 4.0
Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger

Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger
I Familieambulatoriet, har vi erfaring med, at vi sikrer det mest optimale forløb, ved at kunne samarbejde med relevante fagpersoner, som du har/får kontakt med i din graviditet.
I forbindelse med dit forløb i Familieambulatoriet, har vi vurderet, at det er nødvendigt, at indhente oplysninger om (kan udfyldes af familieambulatoriet),

_____

Eller: Vi har vurderet at det af hensyn til udredningen/behandlingen af dit barn er nødvendig, at indhente oplysning
om,_____

Oplysningerne kan videregives med dit samtykke.

Erklæring om samtykke til at indhente oplysninger:
Undertegnede forældremyndighedsindehaver giver herved samtykke til, at Familieambulatoriet må indhente oplysninger om mine og mit barns sociale- og helbredsmæssige forhold fra nedenstående personer og myndigheder.

Undertegnede (forældremyndighedsindehaver)
Cpr.nr.:_____
Navn:_____
Dato:_____
Underskrift:_____

Barn
Cpr.nr.:_____
Navn.nr.: _____

Hvem må der indhentes oplysninger fra:
( ) Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet) (I forbindelse med planlægning af evt. støtte i graviditeten og efter fødslen):
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Jobcenter (myndighed på voksenområdet) (I forhold til afklaring af økonomi, uddannelse, arbejde)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Andre sygehus- og/eller psykiatriske afdelinger (I forhold til optimering samt koordinering af behandling og pleje)
angiv afdeling:_____Sygehus:_____
( ) Sundhedsplejerske (i forhold til råd og vejledning i graviditeten og efter fødslen)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Kommunale misbrugsbehandling
angiv navn:_____Kommune:_____
( ) Andre (Skal angives)
angiv navn:_____Kommune:_____

Samtykket gælder i et år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

Udkast

UDKAST

BILAG 4.1
Samtykkeerklæring til netværksmøder

Samtykkeerklæring til netværksmøder

Samtykke til indhentelse og videregivelse af personfølsomme oplysninger, herunder sundhedsoplysninger i medfør af sundhedslovens § 43 i forbindelse med Familieambulatoriets netværksmøder.

Undertegnede (forældremyndighedsindehaver):

Navn:_____

Personnummer:_____

Giver herved samtykke til at Familieambulatoriet må videregive helbredsoplysninger og andre personfølsomme oplysninger om mig og mit barn:

Barnets navn:_____

Personnummer:_____

til relevante aktører i forbindelse med afholdelse af netværksmøder med følgende aktører: (angiv navn, afdelinger, og myndighed på de aktører, som deltager i mødet):

_____

_____

Samtykket gælder i et år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

Dato:_____

Underskrift:_____

Udkast

UDKAST

BILAG 4.2
Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger

Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger
I Familieambulatoriet, har vi erfaring med, at vi sikrer det mest optimale forløb, ved at kunne samarbejde med relevante fagpersoner som du har/får kontakt med i din graviditet.

I forbindelse med dit og dit barns forløb i Familieambulatoriet, har vi vurderet, at det er nødvendigt, at videregive oplysninger om relevante sociale og helbredsmæssige forhold, der har betydning for graviditet og din situation efter fødslen.

Eller: Vi har vurderet at det af hensyn til at understøtte dit barns udvikling er relevant at videregive oplysninger, om dit barns sundhedsmæssige trivsel og udvikling.

Oplysningerne kan videregives med dit samtykke.

Erklæring om samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i medfør af sundhedslovens § 43 og oplysninger om sociale forhold i medfør af persondatalovens regler.

Undertegnede forældremyndighedsindehaver giver herved samtykke til, at –(navn på konkret sundhedsperson ansat i Familieambulatoriet) - må videregive oplysninger om mine og mit barns sociale- og helbredsmæssige forhold til nedenstående personer og myndigheder.

Undertegnede(forældremyndighedsindehaver)
Cpr.nr.:_____

Navn:_____

Dato:_____

Underskrift:_____

Barn

Cpr.nr.:_____

Navn.nr.: _____

Jeg samtykker i, at oplysninger om (angiv oplysninger, evt. i samarbejde med familieambulatoriet):

_____ , videregives til følgende personer og myndigheder

( ) Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet) (I forbindelse med planlægning af evt. støtte i graviditeten og efter fødslen):
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Jobcenter (myndighed på voksenområdet) (I forhold til afklaring af økonomi, uddannelse, arbejde)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Andre sygehus- og/eller psykiatriske afdelinger (I forhold til optimering samt koordinering af behandling og pleje)
angiv afdeling:_____Sygehus:_____
( ) Sundhedsplejerske (i forhold til råd og vejledning i graviditeten og efter fødslen)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Kommunale misbrugsbehandling
angiv navn:_____Kommune:_____
( ) Andre
(Skal angives)_____

Samtykket gælder i 1 år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

UDKAST

BILAG 5
Kontaktoplysninger som løbende vil blive opdateret på Sundhed.dk

Formål med siden er at personale som samarbejder med kommunen og de regionale instanser omkring målgruppen for Familieambulatorierne, kan tilgå kontaktinformation om kommunen, samt holde kommunen orienteret omkring målgruppen.
Kontaktinformationen skal tilstræbt ikke være på individniveau – men på organisationsniveau, for at minimere antal kontaktindgange til forskellige organisationer.
Tværsektorielt Samarbejde, Region Syd har ansvaret for at holde kommunernes overordnede kontaktside opdateret på sundhed.dk. Dette sker ved, at der sendes en mail til visinfosyd@sundhed.dk med rettelser og link til tilbuddet.

Understående oplysninger kan findes opdateret via dette link: www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne

Kommunale aktører

Kommune	Afdeling*	Telefon	**mail**** (mail til en underretningspostkasse)	Link til kommune-kontaktside***
Assens Kommune				
Billund Kommune				
Esbjerg Kommune	Familie-Rådgivningen, Kirkegade 74 6700 Esbjerg	For-visitationen 7616 3508	familieraadgivningen@esbjergkommune.dk	
Fanø Kommune				
Fredericia Kommune				
Faaborg-Midtfyn Kommune				
Haderslev Kommune				
Kerteminde Kommune				
Kolding Kommune				
Langeland Kommune				
Middelfart Kommune				
Nordfyns Kommune				
Nyborg Kommune				
Odense Kommune				
Svendborg Kommune				
Sønderborg Kommune				
Tønder Kommune				
Varde Kommune				
Vejen Kommune				
Vejle Kommune				

UDKAST

Ærø Kommune				
Aabenraa Kommune				

* Mest relevante myndighedsforvaltning/afdeling/ledelse ift. Samarbejde med familieambulatoriet
** Mailadresse til kommunens digitale underretnings postkasse i relevant afdeling
*** Link - til Kommunens konkrete kontaktside på sundhed.dk - her vil der være mere detaljeret oplysninger til kommunen.

Misbrugscentre i region syd - Link til kontaktoplysninger for Misbrugscentre i Region Syddanmark (filtreret søgning via sundhed.dk)

Kommunal kontaktside (undersider til den overordnede kontaktside)
Formål med siden er, at personale som samarbejder med kommunen omkring målgruppen for Familieambulatorierne, kan tilgå kontaktinformation om kommunen, samt holde kommunen orienteret omkring målgruppen. Kontaktinformationen skal tilstræbt ikke være på individniveau – men på organisationsniveau, for at minimere antal kontaktindgange til forskellige organisationer.
Den enkelte kommune har ansvaret for at holde kommunes kontaktside opdateret på sundhed.dk.
Dette sker ved, at der sendes en mail til visinfosyd@sundhed.dk med rettelser og link til tilbuddet.

Titel på kontaktside: Kommune - Kontaktinfo for Familieambulatoriet vedr. gravide med rusmiddelforbrug (fx Esbjerg - Kontaktinfo for Familieambulatoriet vedr. gravide med rusmiddelforbrug)

Myndighed				Sundhedsplejerske				Misbrugstilbud		PPR/forebyggelse	
Kommune og Afdelingsnavn	Telefon	Mail	Hjemmeside	Afdelingsnavn	Telefon	Mail	Hjemmeside	Afdelingsnavn	Link	Afdelingsnavn	Link

UDKAST

Familieambulatorier _ Kontaktinfo på Regions Syddanmark relevante aktører for samarbejdet omkring målgruppen for Familieambulatorier Plus.

Regionale aktører

Familieambulatorier	Adresse	Telefon:	Mail	Link
Familieambulatoriet Odense	Odense Universitetshospital Patienthotellet, 1. etage, indgang 1/2 J.B. Winsløws Vej 4 5000 Odense	65 41 33 04	ouh.d.familieambulatoriet@rsyd.dk	http://www.ouh.dk/wm338324
Familieambulatoriet Kolding	Kolding Sygehus Kolding Jordemoderkonsultation Skovvangen 2 6000 Kolding	76 36 24 68	Slb-familieambulatorium@rsyd.dk	http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm388038
Familieambulatoriet Esbjerg	Sydvestjysk Sygehus Fødegangen Finsensgade 35 6700 Esbjerg	79 18 32 27	(hovedmail)	http://sydvestjysksygehus.dk/wm399587
Familieambulatoriet Aabennraa	Sygehus Sønderjylland Kresten Philipsens Vej 15 6200 Aabenraa	79 97 23 80	(Hovedmail)	https://shs.regionsyddanmark.dk/wm356650

Psykiatrien

Link til kontaktoplysninger for relevante psykiatriske tilbud (filtreret søgning via sundhed.dk)

Fødeafdelinger

Link til kontaktoplysninger til regionens fødeafdelinger (filtreret søgning via sundhed.dk)

Almen praksis

Link til kontaktdatadase (søgning via www.kontaktinfo-visinfosyd.dk/praktiserende-laeger)

UDKAST

BILAG 6
Arbejdsgruppens medlemmer

Navn	Titel	Organisation
Anne Uller (medformand)	Chefjordemoder	Kvindesygdomme og fødsler, Sygehus Lillebælt
Bettina Brøndsted (medformand)	Leder	Børne- og ungerådgivningen, Odense Kommune
Inge Olga Ibsen	Overlæge og leder	Familieambulatoriet – OUH
Veronica Tovar Poulsen	Overlæge	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D - OUH
Gitte Telling	1. reservelæge	Sygehus Sønderjylland
Eva Charlotte Engsted Kiib	Børnelæge	Familieambulatoriet – Sydvestjysk Sygehus
Bente Heidi Nielsen	Socialrådgiver	Lokalpsykiatri Kolding – Psykiatrisygehuset
Jette Asmussen	Overlæge	Ambulatorium – Psykiatrisygehuset
Michela Siff Wedel Dalsgaard	Socialrådgiver & koordinator	Familieambulatoriet – Sygehus Lillebælt
Tina Wenstrøm Vedstesen	Socialrådgiver	Børne-og Ungeafdelingen, Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet, Sydvestjysk Sygehus
Christina Heldarskard	Socialrådgiver	H.C. Andersens Børnehospital – OUH
Tanja Nørgaard Vinsten	Psykolog	Familieambulatoriet - OUH
Annette Jensen	Ledende sundhedsplejerske	Sundhedsplejen, Aabenraa Kommune
Tine Skov-Carlsen	Sundhedsplejerske	Brørup Sundhedscenter, Vejen Kommune
Else Marie Rask Larsen	Ledende sundhedsplejerske	Fredericia Kommune
Ina Lorenzen Kier	Afdelingsleder	Rådgivningscenter Tønder Misbrug, Tønder Kommune
Peter Bloch-Sørensen	Centerleder	Misbrugscenter Vejle, Social- og psykiatriafdelingen, Vejle Kommune
Anne Dorte Bloch	Afsnitsleder	Familieafdelingen, Kolding Kommune
Kenneth Røn Christiansen	Afdelingsleder	Afdelingen for Børn og Familie, Assens Kommune
Annemarie Heinsen	AC-fuldmægtig	Praksisafdelingen, Regionshuset
Gökhan Dinc	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Sanne Glad Selander	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Christine Lund Momme (sekretær)	Specialkonsulent	Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset
Magnus Falby (sekretær)	Konsulent	Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset
Ida Bohn (sekretær)	Proceskonsulent	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune
Katrine Iwersen (sekretær)	Praktikant	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune

Udkast

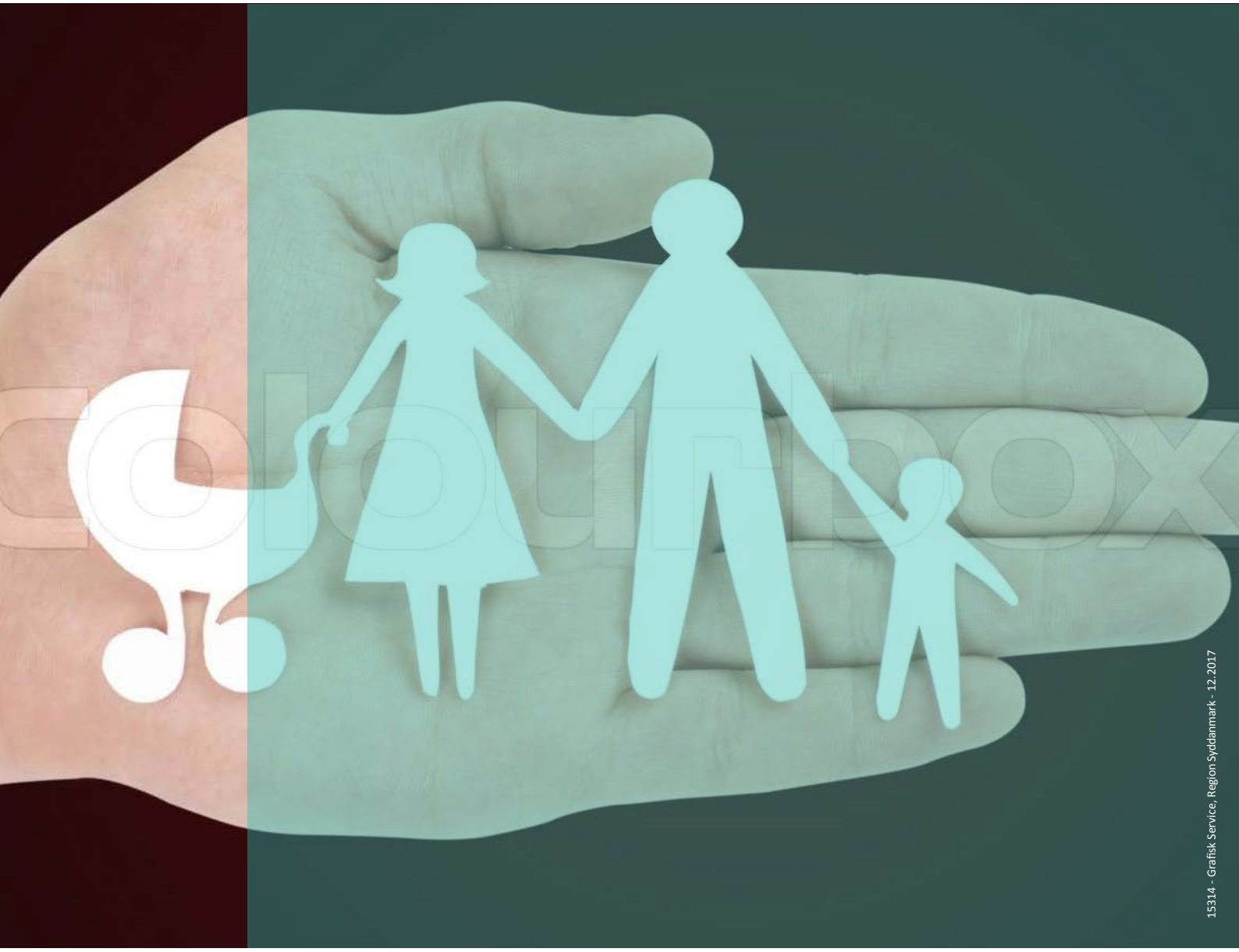
UDKAST

BILAG 7
Høringsparter

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring i oktober-november 2017:
Sygehusene i Region Syddanmark (Fødeafdelinger, Familieambulatorier, Børneafdelinger)
Psykiatrisygehuset
De syddanske kommuners sundhedsområde, familieafdelingerne, myndighedsområdet for børn og unge, misbrugscentre/misbrugsområdet
Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark

Udkast

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



15314 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 12.2017

UDKAST

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Beslutningsskema vedr. høring om revideret Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Side	Afsnit	Hvor	Svar afgivet af	#	Høringsvar	Handling/kommentar (begrundelse for afslag)
		Generelt	Nordfyns Kommune	1	Nordfyns Kommune har gennemlæst proceduren og **støtter op omkring udkastet.**	Ingen handling
		Generelt	Kolding Kommune.	2	Kolding kommune har ingen yderligere kommentarer til revideret samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark.	Ingen handling
		Generelt	Sygehus Sønderjylland	3	"Revideret samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark" har været i høring hos afdelingsledelsen for Kvindesygdomme og Fødsler. Kvindesygdomme og Fødsler ved Sygehus Sønderjylland har været involveret i revideringen og formuleringen og der ses derfor ikke anledning til kommentarer. Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, Aabenraa	Ingen handling
		Generelt	Sønderborg Kommune	4	Sønderborg Kommune oplever, at der ikke er stringens i anvendelsen af begreberne ”Familieambulatoriet” og ”Familieambulatoriet Plus” gennem dokumentet.	Imødekommes
2	1		Fredericia Kommune	5	Det bør **præciseres og tydeligt fremgå, om denne samarbejdsaftale erstatter den nuværende samarbejdsaftale**. Der **hersker tvivl om en skelnen af målgruppe i Familie ambulatorie og Familieambulatorie Plus.**	Imødekommes
2	1		Tønder Kommune	6	Tænker det er **misvisende at kalde det Familieambulatoriet**, når det kun er fokus på mødre/gravide der har et afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler. Tidligere har det også været mulighed for at tilknytte familie/børn, hvor det var faderen der havde et over/misbrug af alkohol, rusmidler, medicin m.m. Ethvert overforbrug/misbrug hos forældre sætter spor hos børn helt fra graviditeten.	I tilfælde hvor partneren har et uhensigtsmæssigt forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler følges familien i Familieambulatoriet (og ikke Familieambulatoriet Plus). Denne aftale omhandler kun Familieambulatoriet Plus.
2	1		Tønder Kommune	7	**Samarbejdsaftalen mangler den socialmedicinske, systemiske vinkel for barnets opvækst**. Kun fokus på de direkte fysiologiske/psykologisk skader på barnet qva moderens misbrug - (Apparatfejlsmodel)	Der er tale om en kommunal håndtering af barnets situation, og denne aftale beskriver alene de tværsektorielle indsatser.
2	1		Assens Kommune	8	Ligeledes kunne man **navngive aftalerne lidt anderledes**. Den forrige kunne navngives 'Samarbejdsaftale vedr. sårbare gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet i Region Syddanmark'. Nærværende aftale kunne **navngives 'Samarbejdsaftale vedr. sårbare gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark**. Derved opnår man en klar markering af forbindelsen og forskellen mellem dem.	”Samarbejdsaftale om sårbare gravide” dækker målgruppen af gravide, hvor der er foretaget en underretning. Dette kan være gravide i basistilbud, gravide i Fam. Am. Eller gravide i Fam. Am. Plus. Derfor kan den foreslåede navneændring ikke imødekommes.
3	1		Sønderborg Kommune	9	Det anbefales, at formuleringen *”…og børn, der i fostertilstanden har været eksponeret for*	Imødekommes

					afhængighedsskabende medicin…." omformuleres til *"….og børn indtil skolealderen, der i forstertilstanden…"* med henblik på at sætte rammen for aftalen så tidligt så muligt.	
3	2		Sønderborg Kommune	10	Der er i afsnittet en klar rammesætning af, at det er kommunen som er myndighed på området, og at Familieambulatoriet Plus er et supplement. Det anbefales, at det indskrives, at Familieambulatoriet Plus har indberetningspligt, når der forekommer viden, der kan bidrage til at styrke indsatsen i forhold til barnet. Det skal sikre, at barnet får de bedste muligheder for sundhed og trivsel.	Hører ikke til under formål. Skærpet underretningspligt er beskrevet i afsnit 8,3. Det forpligtende og ansvarlige samarbejde beskrives i afsnit 6.
4	4		OUH, familieambulatoriet	11	i stedet for føde- og barselsafsnit – kan man måske skrive gynækologisk obstetriske afdelinger, idet alle afsnit herunder kan være relevante – inklusiv ultralydsafdelingerne, svangreafsnit, gynækologisk afsnit i forbindelse med aborter, præventionsanlæggelse etc.	Imødekommes
4	4		Sønderborg Kommune	12	Det er positivt med en oversigt over aktørerne på området, samt at sundhedsplejen og Pædagogisk/Psykologisk rådgivning er indtænkt – det vil give den brede faglige vinkel. Det kan tilføjes, at det for kommunerne også kan være socialpsykiatrien. Det vil ligeledes være hensigtsmæssigt at opstille de kommunale aktører i forhold til hvem der har myndig for det ufødte barn, således at Familieafdelingen står øverst. Rusmiddelbe-handlingen kan tilbyde den gravide en indsats, men siger den gravide fra er det Familieafdelingen, som har myndighed og handlemuligheder i deres lovramme i forhold til det ufødte barn.	Imødekommes
5	1		OUH, familieambulatoriet	13	"Gravide i substitutionsbehandling eller behandling herfor" – her skal stå:" gravide i substitutionsbehandling og/ eller i medicinsk behandling for misbrug".	Imødekommes
5	5		Assens Kommune	14	**Forholdet mellem denne samarbejdsaftale og den foregående kunne med fordel uddybes**.	Imødekommes
5	5		Sønderborg Kommune	15a	Det er Sønderborg Kommunes vurdering, at det vil fremme læsevenligheden, at afsnit 4 og 5 bytter plads. Det begrundes med, at når målgruppen er beskrevet, er det mere overskueligt at forholde sig til, hvem der kan være aktører på området.	Imødekommes
5	5		Sønderborg Kommune	15 b	Vedr. inklusion i gruppen ved tidligere brug af cannabis – Der henledes til, at der i praksis har været tale om, at fertile kvinder med forbrug af cannabis i op til 2 år før erkendt graviditet har været potentielle i målgruppen. Denne inklusion fremgår ikke af samarbejdsaftalen. Sønderborg Kommune stille spørgsmål, hvorvidt dette er bevidst?	Kvinder med forbrug af cannabis i op til 2 år før erkendt graviditet følges ikke Familieambulatoriet Plus, da børnene ikke føles Denne målgruppe følges fortsat i Familieambulatoriet.
5	5		Psykiatrien i Region Syddanmark	16	Målgruppeafgrænsningen virker til at være ret bred – f.eks. kunne centralstimulerende medicin under graviditet, samt hash og mange genstande medføre tilknytning til FAP.	Ja, målgruppeafgrænsningen er bred, og det er netop personer som de, der nævnes i eksemplerne, der bliver tilbudt forløb i Familieambulatoriet Plus.
6	6		Assens Kommune	17	**Sidesundhedsplejen burde også kunne henvise** – og det bør præciseres. 'Modtager henvisninger på børn under skolealderen' – hvem kan lave de henvisninger**? Det skal præciseres hvem der kan henvise.**	Imødekommes
6	6		Sønderborg Kommune	18	Det fremgår af afsnittet, at Familieambulatoriet modtager henvisninger på børn under skolealderen. Det anbefales, at det fremgår tydeligere, hvorvidt det gør sig gældende for Familieambulatoriet generelt eller om det er Familieambulatoriet Plus. *"Gennem hele processen lægges der vægt på det gode og ansvarlige samarbejde, så alle*	Imødekommes

					parter er med til at motivere for at borgeren/patienten tager imod relevante tilbud. Det forpligtende samarbejde betyder også, at der skal være en opfølgning på, om der har været fremmøde på det pågældende tilbud, og handle hvis dette ikke er tilfældet." Der refereres i første sætning til det gode og ansvarlige samarbejde – og i næste sætning til det forpligtende samarbejde. Det anbefales, at dette omformuleres til *"….vægt på det gode, ansvarlige og forpligtende samarbejde…"* Alle tre parametre er vigtige og kan understøtte samarbejdsfladerne på tværs og sikre konkretisering blandt de involverede aktører.	
7	7.1		OUH, familieambulatoriet	19	"Såfremt den gravide eller parret umiddelbart fremstår med svær misbrugsproblematik" foreslås ændret til: "Såfremt den gravide og/ eller parret umiddelbart fremstår med et skadeligt for brug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler"	Imødekommes
7	7.1		Sønderborg Kommune	20	Det anbefales, at begrebet "Realitetssættende samtale" defineres/beskrives nærmere.	Imødekommes
7	7.2		Sønderborg Kommune	21	Det anbefales, at overskriften ændres til "Under og efter graviditet". Det begrundes i, at afsnittet også omhandler planlægning af fremtidig prævention, opsporing af børn, hvor der er mistanke om eksponering af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen m.m.	Imødekommes. Overskriften bibeholdes. Punkt ang. opsporing slettes og under psykiatrien omformeres afsnittet.
7	7.2	Fam.amb pkt.2	Sønderborg Kommune	22	er det Familieambulatoriet eller Familieambulatoriet Plus, der indhenter samtykke?	Imødekommes
7	7.2	Fam.amb	Vejle Kommune	23	**Pkt. 2 :** til den kommunale forvaltning. Pkt. 5 **:** underrettes til Familieafdelingen (myndigheden) Der bør **konsekvensrettes ift. hvortil i kommunen man underretter**. Det fremkommer også andre steder i dokumentet. Vi forslår, at man anvender **underrettes til Familieafdelingen (myndigheden)** .	Imødekommes
7	7.2	Fam.amb - pkt. 3	Tønder Kommune	24	ønskes en **mere konkret formulering**. "vurderes også om dette danne grundlag for en underretning til er der grundlag for en underretning".	Imødekommes
7	7.2	Fam.amb pkt.3	Sønderborg Kommune	25	Punkt*"…vurderes også om dette danner grundlag for en underretning."* Der bør være en opmærksomhed på, at den beskrevne praksis kan begrænse kommunens mulighed for at tilbyde støtte eller andre indsatser til den gravide og det ufødte barn, såfremt det vurderes, at der ikke er grundlag for en underretning – hvis den gravide ikke ønsker at give samtykke til kommunen/andre aktører eller et forløb i Familieambulatoriet Plus. Målgruppen taget i betragtning og med viden om, at hver dag tæller, opfordres der til, at Familieambulatoriet i en sådan situation udarbejder en underretning.	Familieambulatoriet er et tilbud, som man kan vælge at takke ja eller nej til. Der kan sagtens være situationer, hvor en gravid, der i første omgang er henvist til Fam. Am. Plus, men i stedet vælger forløb i basis svangreforløb, hvor der ikke er bekymring eller grundlag for en underretning, derfor kan det ikke skrives ind som standard at der SKAL underrettes, hvis et andet tilbud vælges.
7	7.2	Fam.amb – pkt 6	OUH, familieambulatoriet	26	"Så snart der er tilbagemelding fra den kommunale forvaltning vedrørende, hvilken sagsbehandler den gravide er tildelt, skal dette noteres i patientens journal" -. Patientens journal skal rettes til den gravides journal	Imødekommes
7	7.2	Fam.amb - pkt. 7	Tønder Kommune	27	*"orientering til Sundhedsplejen med henblik på eventuelt tidligkontakt i graviditeten".* **Rettes til med henblik på tidlig kontakt i graviditeten.**	Det er ikke alle kommuner, der som standard tilbyder graviditetsbesøg til alle gravide i Familieambulatoriet Plus. Sundhedsplejen kontaktes og informeres om forventet fødsel, og jordemoder kan anbefale graviditetsbesøg ved behov.
7	7.2	Kommunen	Assens Kommune	28a	**Sidehvem er det i kommunen**, det bør præciseres hvilke faggrupper der er tale om?	Imødekommes

					Kommunen er en mærkelig størrelse. 'Specialiserede medarbejdere i kommunen' – hvem er det? Man kan ikke kræve, at der skal være en række kvalificerede medarbejdere.	
8	7.2	Kommunen	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	28b	Behov for tilføjelse af punkt: Der skal under "Kommunen", noteres et ansvarsområde omhandlende urinscreening. Vi hørte på Temadag d. 9. november 2017, at kommunerne frustreres over, at Misbrugscentrene urinscreener ud fra forskellige synspunkter. Overvåget/ikke overvåget - hvilket besværliggør samarbejdet med Familierne, Socialforvaltningen, Familieambulatorierne mv. Afsnittet vil være afgørende for arbejdsfordelingen og har ligeledes været drøftet i den regionale arbejdsgruppe.	Der arbejdes videre med problemstillingen, særligt i forhold til implementering i regi af SOF'erne.
8	7.2	kommunen pkt. 6	OUH, familieambulatoriet	29	Foreslås ændret til" såfremt den gravide ikke ønsker, at komme i Familieambulatoriet, vil kommunen såfremt der er modtaget en underretning sørge for opfølgning på sagen". Det kan jo være, at der ikke er bekymring – Familieambulatoriet er et tilbud, som man godt kan tanke nej til	Imødekommes
8	7.2	Kommunen pkt.7	Fredericia Kommune	30	**D**et anbefales at gravide og børn i Familieamb**. Samles hos specialiserede medarbejdere**... **Hvad betyder/ligger der i det?**	Imødekommes
8	7.2	Kommune pkt 8	Sønderborg Kommune	31	Teksten *"…vil kommunen på baggrund af en underretning fra Familieambulatoriet sørge for opfølgning på sagen"* kan med fordel skærpes til *"er kommunen på baggrund af en underretning fra Familieambulatoriet forpligtet til at følge op på sagen".* Der ønskes tilføjet et punkt vedr. de gravide, hvor der er iværksat eller behov for iværksættelse af substitutionsbehandling. Forslag til tekst kunne være: *"Ved iværksat eller behov for iværksættelse af substitutionsbehandling er der behov for koordinering mellem den behandlende kommunallæge og Familieambulatoriet Plus om den medicinske behandling.*	Imødekommes
8	7.2	Kommunen	Sønderborg Kommune	32	Det foreslås, at der tilføjes et punkt med teksten *"Der opfordres til, at kommunen deltager med relevante aktører i de kvartalsvise møder i Familieambulatoriet".*	Dette gøres efter behov i hver enkelt sag, hvor familierne selv er til stede.
8	7.2	Kommunen pkt. 7	OUH, familieambulatoriet	33	**Linje 9:** kan vi slette ordet :" række"?	Imødekommes og omformuleres
8	7.2	Almen praksis - pkt 7	Vejle Kommune	34	Egen læge modtager indkaldelse til og referat af alle koordinerende møder afholdt med patienten, (….) Praktiserende læge bør **prioritere deltagelse i de koordinerende møder**. Ambitionen om deltagelse af praktiserende læger bør være højere end beskrevet her.	Vi kender ikke den enkelte praktiserende læges arbejds- og ansvarsområder, og kan derfor heller prioritere bredt på vegne af de praktiserende læger.
8	7.2	AP og Pskykiatrien	Sønderborg Kommune	35	Det anbefales, at der under afsnittet for almen praksis og psykiatrien kan tilføjes *"Almen praksis/Psykiatrien skal medvirke til opsporing af børn, hvor der er mistanke om eksponering af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen. Såfremt Almen praksis/Psykiatrien identificerer disse børn, informeres den gravide om Familieambulatoriets tilbud, og Almen praksis/Psykiatrien sikrer eventuel henvisning til Familieambulatoriet."*	Imødekommes
8	7.2	Psykiatrien	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	36	Behov for tilføjelse af punkt: Der bør under "Psykiatrien" udspecificeres at Psykiatrien har skærpet underretningspligt jf. Servicelovens §153, sideløbende med de andre fagpersoners	Den skærpede underretningspligt er beskrevet under lovgivningsafsnittet i aftalen. Vi har valgt ikke at skrive

					underretningspligt. Underretning afsendt af EL eller Familieambulatoriet erstatter ikke denne specifikke forpligtelse af Psykiatrien.	skærpet underretningspligt ind som del af den løbende indsatsbeskrivelse, da den jo gælder alle faggrupper i alle faser.
8	7.2	pskyk	OUH, familieambulatoriet	37	Bør det tilføjes, at den gravides kontaktpersoner i psykiatrien kan modtage indkaldelse til og referat af koordinerende møder/ netværksmøder, hvis det skønnes relevant og den gravide har givet sit samtykke hertil	Imødekommes med psykiatriens egen formulering.
8	7.2	tværsektoriel koordinering	Assens Kommune	38	**'det tilstræbes': det er en meget svag formulering** – vi foreslår, at man skriver 'der skal afholdes tværsektorielle koordinationsmøder'.	Imødekommes, men omformuleres
9	7.2	Tværsektoriel koordinering– lin 1	Vejle Kommune	39	Indkaldelsen…..(…): Skal, for at sikre, at så mange aktører som muligt kan deltage.	Imødekommes
8	7.2	Psykiatrien	Psykiatrien i Region Syddanmark	40	Formuleringen om "…at behandlingspsykiatrien orienteres om gravide patienters tilknytning til FAP" kunne måske optimeres så det fremgår at behandlingspsykiatrien orienteres om at patienter der i forvejen har et behandlingsforløb i dette regi også tilknyttes FAP.	Imødekommes
8	7.2	Psykiatrien	Psykiatrien i Region Syddanmark	41	I udkastet opfordres der til, at voksenpsykiatrien deltager i de kvartalsvise møder i Familieambulatoriet".	Imødekommes
8	7.2	Psykiatrien	Psykiatrien i Region Syddanmark	42	Psykiatrisygehuset anbefaler at dette justeres, således at det fremgår, at psykiatrien kan indkaldes og deltage efter behov i konkrete sager og at psykiatrien skal orienteres, hvis en af deres patienter er gravide så der kan træffes forholdsregler i forhold til medicineringen, hvor det er relevant. Spæd og småbørnsfunktionen deltager i møder i Familieambulatorium Plus, i forhold til opfølgningen på børnene. Det er ikke hensigtsmæssigt, at voksenpsykiatrien altid skal deltage.	Imødekommes
9	7.2	øverst	Assens Kommune	43	'indkaldelsen kan eller skal **ske?** med 14-dages varsel' – det er en fejl – rettes til 'indkaldelsen skal ske med…'	Imødekommes
9	7.2	Linje 1	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	45	"Indkaldelsen kan ske med 14 dages varsel"	Imødekommes
9	7.2	Tværsektoriel koordinering	Sønderborg Kommune	46	Det ses som en fordel med tidsangivelse i forhold til indkaldelse til koordinerende møder. Der kan med fordel stå: *"Der indkaldes med 14 dages varsel*	Imødekommes
9	7.2	Plan for graviditet, fødsel og barsel	Sønderborg Kommune	47	Det fremgår at: *"Planen for, hvad der skal ske umiddelbart efter fødslen og i forbindelse med udskrivelsen, skal foreligge en god plan inden fødslen."* Det anbefales, at begrebet god tid defineres, idet det kan forstås meget forskelligt. Den uvished for hvad der venter den vordende mor/famile efter fødsel kan være forbundet med frustration og stress, og derfor vil det være hensigtsmæssigt med en mere præcis formulering. Der kunne med fordel stå *"…skal foreligge i god tid inden fødsel og senest fire uger inden fødsel."*	Det er ikke muligt med nærmere definition for tidsrammen. Hvis der sættes en konkret deadline på fx 4 uger vil den ikke kunne overholdes i de tilfælde hvor graviditeten først er kendt 3 uger før fødsel. Det har været intentionen at lave en realistisk aftale, der tager afsæt reelle situationer.
10	7.2	2.afsnit	Tønder Kommune	48	Et stort dilemma at **sygehusene kan frasige sig anmodninger om mor/barn observationer og vurdering** af forældreevne. Blandt andet derfor de skal være indlagt den første tid efter fødslen, hvor der er mulighed for en faglig observation og vurdering af mor/barn relation.	Der henvises til den nye samarbejdsaftale om sårbare gravide, hvor det tydeliggøres at barselsafdelingerne ikke skal lave mor/barn observationer og vurdering af forældreevne. Indlæggelse kan heller ikke garanteres, men tilbydes på baggrund af bestemmelserne i Fødeplanen s. 23: *"Kvinder og*

						nyfødte med behov for indlæggelse, herunder på grund af medicinske, obstetriske, sociale og/ eller psykologiske forhold, skal på baggrund af en faglig vurdering tilbydes indlæggelse."
10	7.2	linje 1	Vejle Kommune	49	Formålet med anmodningen "kun": unødvendigt ord - bør helt udelades!	Imødekommes
10	7.2	lin 4-5	Vejle Kommune	50	disse to linjer bør udelades **Unødvendig sætning,** selvfølgelig kan ethvert sygehuspersonale lave observationer på deres umiddelbare iagttagelser af relation mellem mor og barn.	Afvises. Der henvises til netop vedtaget samarbejdsaftale om sårbare gravide for uddybning.
10	7.2	Linje 5	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	51	Tilføjelse til afsnit: Sygehusene er ikke forpligtet til at imødekomme anmodninger om specifikke indlæggelsesvarigheder.	Imødekommes
10	7.3	Fam.amb – pkt 3	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	52	Omformulering: "Fødestedet orienterer psykiatrien om udskrivelsen, hvis det vurderes relevant, eller såfremt det er noteret i den kommunale anmodning om tiden i forbindelse med fødslen."	Imødekommes, omformuleres og delvist afvises: Hvorvidt psykiatrien skal informeres om udskrivelsen baseres ikke på en kommunal anmodning.
10	7.3	kommunen	Assens Kommune	53	**Sidedet bør præciseres** hvem det er i kommunen, hvilke faggrupper eller områder?	Imødekommes
10	7.3	Kommunen	Kolding kommune	54	Vi undrer os over, at vi/**sundhedsplejen ikke skal modtage et udskrivningsbrev ved udskrivelsen (s.10)** men blot deltage ved udskrivningskonf. efter behov.	Imødekommes
10	7.3	Kommune	Tønder Kommune	55	**Her mangler sundhedsplejens indsats.** Sundhedsplejen modtager epikrise og yder barselsbesøg, samt yder hjemmebesøg ifølge SST?s anbefalinger.	Imødekommes
10	7.3	kommunen	Sønderborg Kommune	56	De fremgå at: *"Kommunen iværksætter nødvendige indsatser, herunder rusmiddelbehandling, så dette er etableret, når moderen og barnet udskrives fra hospitalet."* For at undgå misforståelser omkring, hvornår rusmiddelbehandling kan iværksættes og for at undgå, at rusmiddelbehandling kommer til at stå alene, kunne ovenstående sætning præciseres eller alternativt opdeles. Forslag til tekst kunne være: *"Kommunen iværksætter nødvendige indsatser, så dette er etableret, når moderen og barnet udskrives fra hospitalet. Rusmiddelbehandling iværksættes ved identificeret behov og gerne så tidligt i graviditeten, som muligt."*	Imødekommes . tilføjelsen flyttes til afsnit 7.2 – under graviditet, kommunen.
10	7.3	Psykiatrien – pkt 2	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	57	Omformulering: "Behandler fra psykiatrien modtager epikrise/notifikation efter udskrivelse, hvis det er indskrevet i den kommunale anmodning om tiden i forbindelse med fødslen, eller såfremt det vurderes relevant". OBS - I praksis vil dette ikke kunne imødekommes, hvis omstændighederne ikke noteres i samarbejdsaftalen. Hvem ville skulle huske at gøre det? Hvilket personale på sengeafsnittet ville skulle holde styr på det forudgående samtykke af patienten? Hvilket lægefagligt personale ville skulle vurdere hvilket indhold i epikrisen, der er relevant for psykiatrien?	Imødekommes, men omformuleres
12	7.4	pkt. 3	Fredericia Kommune	58	s"Kommunen skriver opfølgende børneundersøgelser ind i en handleplan, når barnet følges i familieambulatoriet". **Såfremt der findes en handleplan.** Der vil være familier der ikke er kendte i familieafdelingen eller hvor deres familie sag er lukket.	Tilføj såfremt der er en aktiv børnesag skriver kommenen…

11	7.4	Fam.amb – pkt 4	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	59	Behov for tilføjelse af punkt: "Af hensyn til barnet, deltager ét sæt primære omsorgspersoner under konsultationerne i Familieambulatoriet."	
11	7.4	pkt. 8	Tønder Kommune	60	I*"udveksles oplysninger med de, for det pågældende barn relevante samarbejdspartner".* Hvem afgør **hvem der er relevante samarbejdspartner**. Ønsker her en **konkret beskrivelse**, - de som har kontakt med barnet som sundhedsplejerske, socialrådgiver?.	Imødekommes ved henvisning til bilag
11	7.4		Assens Kommune	61	dette grænser til en arbejdsgangsbeskrivelse, der bør luges ud – detaljegraden er alt for høj. I en samarbejdsaftale er det alt for konkret beskrivelse af denne arbejdsgang.	Evt. gennemskrivning af dette.
12	7.4	Kommunen – pkt 4	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	62	bør tilføjes ordet skole. Det har betydning for kommunernes forventning til Familieambulatoriets rolle ved afslutning af børnene i Familieambulatoriet. Det er PPR el. lign., der vurderer, hvilket dag- eller skoletilbud barnet matches til, og det er ligeledes PPR el. lign., der vurderer, hvorvidt der er behov for ekstra ressourcer i dag/skole tilbuddet.	Imødekommes
12	7.4	Almen praksis	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	63	Behov for tilføjelse af punkt: "Egen læge prioriterer deltagelse i Netværksmøderne, arrangeret med familierne og fagpersonerne omkring barnet."	Imødekommes, let omformulering
12	7.4		Psykiatrien i Region Syddanmark	64	"Den regionale spæd- og småbørnspsykiatri deltager i formaliseret liaison-møde med det regionale Familieambulatorie Plus en gang i kvartalet, med henblik på drøftelse af børn med mulige børnepsykiatriske problemstillinger". Det giver god mening, det er et liaison møde, hvor børn drøftes anonymt, og hvor der drøftes tegn på udvikling af psykisk sygdom, tilknytningsforstyrrelser, differential diagnostiske sygdomme mm. Det ligger godt i tråd med specialplanen at have et sådan formelt samarbejde. For at kunne tilbyde denne service i hele regionen bør det nævnes, at møderne bør afholdes via videokonference.	Imødekommes
13	8	sidste sætning	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	65	Omformulering: Vi forstår ikke følgende sætning, hvorfor den med fordel kan slettes/omformuleres/uddybes: "Det er således relevant at foretage en konkret vurdering af den enkeltes funktion og rolle i forbindelse med patientbehandlingen."	Tilføj at der er tale om socialrådgiver på Fam Am.
14	8.3		Sygehus Lillebælt (famlieamb)	66	Behov for tilføjelse af punkt: Der var i den regionale arbejdsgruppe enighed om at tilføje et afsnit såsom; "Der skal kunne kommunikeres på skrift eller mundtligt, uden myndighed registrerer kommunikationen som en underretning, uden forudgående accept af fagpersonen der kommunikerer med myndighed. Dette da fagpersonen har samtykke af patienten, til at kommunikere, men ikke har orienteret om underretning jf. Servicelovens §153. "	Det tilføjes i stedet: *Det er muligt for fagpersoner at få anonym råd og vejledning fra et myndighedsafsnit. Myndigheden har notatpligt på alle henvendelser, der er personhenførbare.*
15	9		Haderslev Kommune	67	Indgangen til **kontaktoplysninger på Sundhed.dk er tung og besværlig. Denne kunne ønskes lettere tilgængelig.**	Imødekommes
15	9		Almen praksis (praksiskonsulent)	68	Jeg kunne savne, at man i aftalen også **klart fastsatte kommunikationsvejen** mellem de enkelte aktører til at **være den normale henvisningsstandard og korrespondancemodul**. Referater fra møder er nemmest integrerbare i lægesystemerne, hvis de sendes som alm. korrespondance, som samtidig jo er en sikker form for kommunikation = maksimal datasikkerhed.	Det er noteret at praktiserende læger ønsker at kommunikere med både sygehus og kommune via henvisningsstandarder og korrespondancemodul. På nuværende tidspunkt er det ikke alle kommuner, der har mulighed for dette. Sundhedsplejen vil ofte have en etableret platform, men de kommunale myndighedsafdelinger på det sociale område har ikke. Derfor

					Jeg ved, at vi i Tønder kommune kan kommunikere med sundhedsplejerskerne via korrespondancemodul, men jeg ved ikke om dette gælder for alle kommunerne i Region Syddanmark. Og det gælder formentlig ikke ret mange steder for kommunikations til myndighedsafdelinger/ alm. sagsbehandlere. Dette bør vi tilstræbe på sigt, men jeg erkender og anerkender at nuværende aftale må tage afsæt i de redskaber vi p.t. har til rådighed.	kan dette ikke fastsættes i aftalen.
16		Bilag 1	Psykiatrien i Region Syddanmark	69	Det vil være anbefales værdigt, hvis oplysningerne i Bilag 1 "Arbejdsgruppens medlemmer" var struktureret på en måde så der fremgik titel under "Titel og organisation".	Hvis forslaget er forstået korrekt (at de to kolonner med titel og organisation i stedet skal skrives sammen til en kolonne) imødekommes forslaget ikke. Det vurderes at skemaet i sin nuværende form giver et passende overblik.
18		bilag 6	Esbjerg kommune	70	Bilaget **vedrørende samtykke** ville Esbjerg kommune gerne kunne se, at misbrugsbehandlingen er en aktiv del af det tværsektorielle samarbejde. I forslaget til **samtykke fremgår misbrugsbehandlingen ikke og skal således henføres til andet, hvilket ikke er tilfredsstillende** set med Esbjerg kommunes øjne, når der er tale om misbrugende gravide.	Imødekommes
18		bilag 3	Aabenraa Kommune	71	Aabenraa Kommune, Børn og Familie finder at bilag 3 er et væsentligt dokument for at sikre en tydelig og ensartet proces. Aabenraa Kommune, Børn og Familie **anbefaler at skabelonen fremadrettet bruges som henvisningsskema**, så alle relevante oplysninger i fht. den gravide er samlet et sted.	I udarbejdelse af implementerings strategi kan der opfordres til at bilaget tages med.
18		Bilag 6	Sønderborg Kommune	72	Det forslås, at kommunal rusmiddelbehandling tilføjes til samtykkeerklæringen. Det vil understøtte den medarbejder, som indhenter samtykke, fremfor at det skal tænkes ind under "Andre".	Imødekommes
27		Regionale aktører	Sygehus Lillebælt (famlieamb)	73	Oplysning: Familieambulatoriet i Koldings sikre mail: Slb-familieambulatorium@rsyd.dk	Imødekommes

Konference-oplæg

Samarbejde omkring borgere med psykiske lidelser og samtidig misbrugsproblematik

Tid: Den 7. juni 2018, kl. 9.00-15.30
Sted: Torvehallerne i Vejle
Deltagerantal: max 200

Formål med dagen:
Konferencen er primært en regional konference, der skal skabe fælles læring om det tværsektorielle samarbejde/forløbskoordinering omkring borgere og patienter med psykiske lidelser og samtidig misbrugsproblematik (dobbeltdiagnosticerede).

Foreløbigt program

9.00	Morgenbrød og indtjekning
9.30	**Velkomst** Regionsrådsformanden for Region Syddanmark Formand for KKR (endnu ikke bekræftet)
9.45	**Koordinerende indsatsplaner, barrierer og muligheder** Erik Høyer, funktionsansvarlig overlæge, ambulatorium for misbrug, Aalborg Universitetshospital
10.30	**Borgerens stemme – hvad er vigtigt for borgeren og patienten med psykisk lidelse og misbrugsproblematik?** Fortællinger fra borgerne – gennem interviews og korte videoklips
10.35	Pause
10.50	**Recovery og mennesker med dobbeltdiagnose** Jeppe Oute, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
11.35	**Koordinerende indsats for borgere med psykisk lidelse og samtidig misbrug** Ambitioner og erfaringer fra det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark. Ole Ryttov, sygeplejefaglig direktør, Psykiatrien i Region Syddanmark og Gitte Fisker, Institutionschef, Kolding Kommune (*endnu ikke bekræftet*)
11.45	**Tracerforløb - hvad har vi lært af forløbet?** Jeanette Hounsgaard, Center for Kvalitet, Region Syddanmark, der har haft ansvar for at gennemføre tre tracerforløb i det syddanske samarbejdsprojekt.
12.15	Frokost og netværk
13:00	**OUH-revyholdet** sætter det tværsektorielle samarbejde på spidsen (*endnu ikke bekræftet)*

13.15	**Workshop-runde med fire sessioner:** Workshop 1: Forløbskoordinatorernes rolle og erfaringer på tværs af afdelinger Workshop 2: Din indgang – Fredericia Kommune Workshop 3: Recovery og peer-to-peer *(endnu ikke bekræftet)* Workshop 4: Nærvær i kontakten med borgerne, v. Ole Sørensen 'Rebellen fra Langeland'
14.30	Pause
14.45	**Fortællinger og sange v** Mathilde Falch, der synger og fortæller om egen recovery-proces og erfaringer med psykisk lidelse og misbrug.
15.20- 15.30	**Farvel og tak** Formandskabet for den tværsektorielle arbejdsgruppe samler op på dagen.

Psykiatrien i
Region Syddanmark

Afdeling: Økonomi og planlægning
Journal nr.: 17/8530
Dato: 8. december 2017
Udarbejdet af: Christina Qvist og Dorte Dalkjær
E-mail: cq@rsyd.dk
Telefon: 9944 4914

Overslag til budgetramme for konference om ”Fælles indsats for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug”

	udgifter	**indtægter**
Deltagerbetaling 550 kr./deltager (200 stk.)		110.000 kr.
Lokaleleje og forplejning 550 kr./deltager	110.000 kr.	
CoLab – procesdesign og konferenceplanlægning 70 timer á 600, moderator på dagen + facilitering af workshops	42.000 kr.	
Eksterne oplægsholdere Jeppe Oute: 7.000 + transport Mathilde Falch: 7.500 + transport Erik Høyer: 7.000 + transport OUH Revy: ca. 2.400 + transport	35.000 kr.	
Grafisk design/invitationer	15.000 kr.	
Filmproduktion	20.000 kr.	
Ekstra leje af grupperum	8.000 kr.	
Diverse	5.000 kr.	
Sum	235.000 kr.	110.000 kr.
Difference, udgifter i alt, deles mellem region og kommune	**125.000 kr.**	

Telemedicinsk sårvurdering – monitorering af udbredelse

Indledende forklaring

Baggrund
Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL) tog i juni 2012 initiativet til et fælles projekt (”National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering”) for implementering af telemedicinsk sårvur-dering inden for diabetiske fodsår og venøse bensår. Formålet med projektet var at udbrede telemedicinsk sårvurdering i alle kommuner og regioner, at effektivisere behandlingen og at forbedre kvaliteten af be-handlingen. Projektet blev gennemført i perioden 1. september 2012 til 31. december 2015 og er overgået til fælles offentlig drift samt fortsat opfølgning på udbredelse i den nationale bestyrelse for sundheds-it.

Hvorfor denne statistik?

Formålet med denne statistik er at kunne følge udbredelsen af telemedicinsk sårvurdering. Statistikken skaber et hurtigt overblik over antallet af inkluderede sår i den fælles sårjournal Pleje.net samt hvorvidt regioner og kommuner inkluderer det forventede antal sår.

Regeringen, Danske Regioner og KL fastsatte i 2013 målsætninger for udbredelse af telemedicinsk sårvur-dering efter projektperiodens udløb. Det er målsætningen, at 67,9% af alle relevante sår skal være inklude-ret ved udgangen af 2017.

Hvor kommer data fra?

Statistikken bygger på data fra den fælles sårjournal Pleje.net. Al data er renset for kendte testpatienter, testsår samt patienter og sår oprettet af testbrugere.

Hvad beskriver statistikken?

Statistikken, som udkommer månedligt, viser antallet af inkluderede diabetiske fodsår og venøse bensår som en andel af det forventede antal inkluderede diabetiske og venøse sår i den pågældende måned. I vis-ningen 3/7 viser det første tal således, hvor mange sår af den pågældende sårtype, som der - fra årets start og frem til det aktuelle tidspunkt - har været tværsektoriel aktivitet på, hvor der med tværsektoriel aktivitet menes, at både kommune og hospital har skrevet notater på såret i den foregående, den pågældende eller den efterfølgende måned. Målsætningstallet er beregnet ud fra indbyggertal og stiger gradvist i de enkelte måneder, jf. nedenstående:

	2016	2017
Januar	4,5%	5,7%
Februar	9,1%	11,3%
Marts	13,6%	17,0%
April	18,1%	22,6%
Maj	22,6%	28,3%
Juni	27,2%	34,0%
Juli	31,7%	39,6%
August	36,2%	45,3%
September	40,7%	50,9%
Oktober	45,3%	56,6%
November	49,8%	62,2%
December	54,32%	67,90%

Baggrundsfarven i statistikken indikerer, om målet i den pågældende måned er opnået. Grøn indikerer, at målet er opnået, gul indikerer, at regionen/kommunen har inkluderet minimum 50% af det forventede måltal og lilla farve indikerer, at region/kommune har inkluderet mindre end 50% af det forventede måltal.

Statistikken viser statistik tilbage fra projektstart (september 2012). Da antallet af sår forventes at stige gradvist i årene 2012-2017, betyder det, at der i 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017 forventes inklusi-on af henholdsvis 0% / 13,6% / 27,2% / 40,8% / 54,3% / 67,9%. Statistikken viser for hvert år (2012-2014) - ligeledes med trafiklysfarver - hvorvidt region/kommune har opnået målet.

I statistikken er - som en ekstra service - medtaget tallene for tryksår, arterielle sår og traumesår, da flere kommuner og regioner gør indsatser inden for disse sårtyper. De projektspecifikke sårtyper, diabetiske fodsår og venøse bensår, udgør omkring 40% af sårene i Pleje.net.

Bemærkning vedr. antal venøse bensår

Fald i antal venøse sår fra oktober 2015 og fremefter skyldes en ændring i diagnosegrupperne i sårjourna-len Pleje.net. Ændringerne i diagnosegrupperne er vedtaget af overlægegruppen i MedComs klinikergruppe år 2015.

Hvem kontakter jeg, hvis jeg har spørgsmål til statistikken?

Har du spørgsmål til statistikken, er du velkommen til at kontakte projektteamet i MedCom eller Dansk Telemedicin.

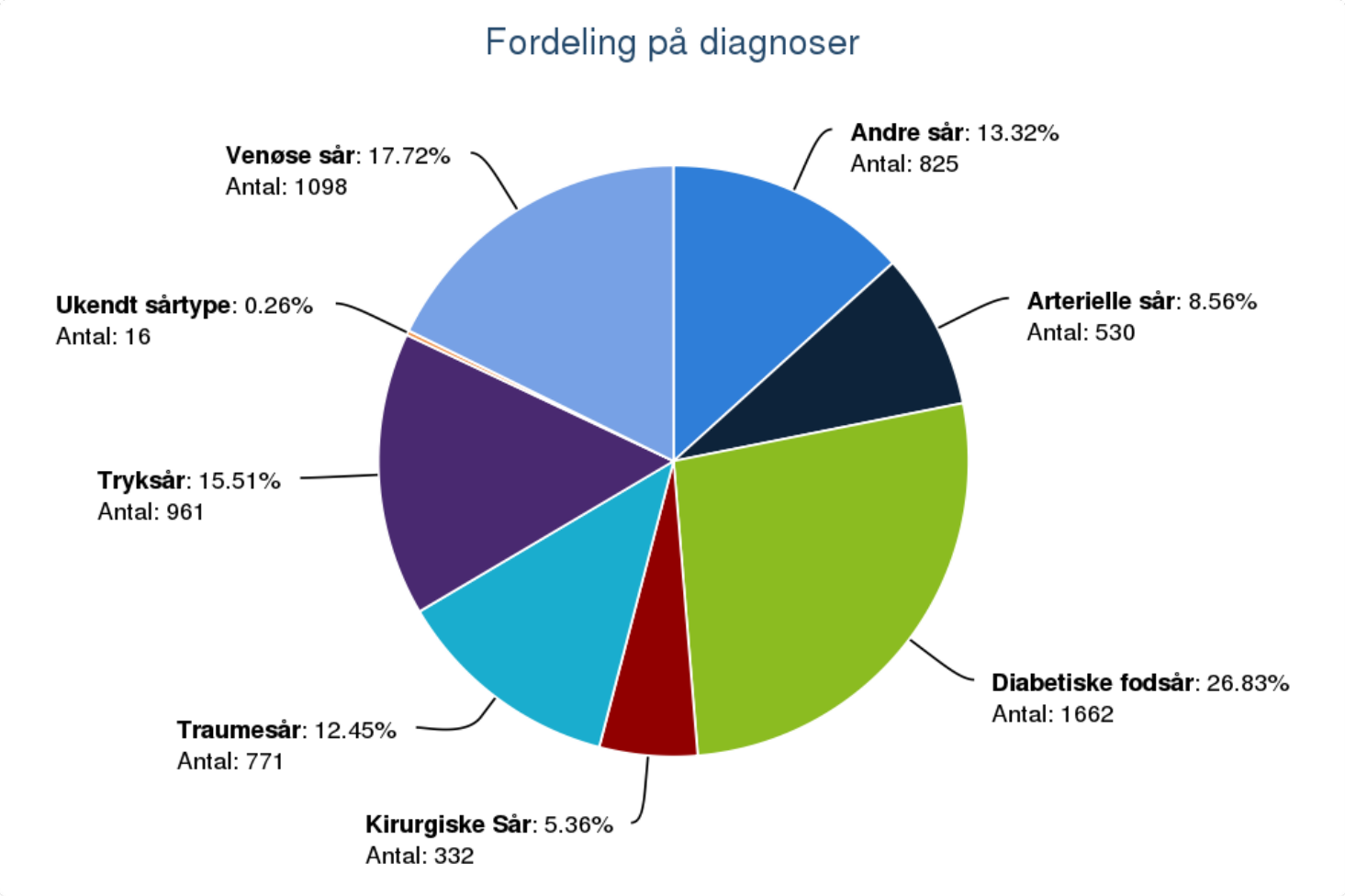
Dorthe Skou Lassen, MedCom, tlf: 40405402, mail: dsl@medcom.dk
Mie Borch Dahl Kristensen, MedCom, tlf.: 28766778, mail: mbk@medcom.dk
Kristoffer Karlsen, Dansk Telemedicin, tlf: 49252565, mail: kk@telemed.dk

Se også:

Pleje.nets online nationale statistik, som er baseret på aktivitet for alle sårtyper: https://www.pleje.net/Stats3_Diags.dt

MedCom sårmonitorering for diabetiske fodsår og venøse bensår, som er baseret på denne projektstatistik: http://medcom.dk/wm112895

januar - november 2017



Målet i november 2017 er at der inkluderes 62.2% af sårene og 67.9% i december 2017.

Regioner

Region	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Region Hovedstaden	553 / 580	325 / 870	340	139	204
Region Midtjylland	759 / 425	384 / 636	299	219	234
Region Nordjylland	77 / 194	127 / 289	82	51	83
Region Sjælland	147 / 272	171 / 406	90	48	127
Region Syddanmark	126 / 402	91 / 597	150	73	123

Region Hovedstaden

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Bispebjerg Hospital	426	269	262	105	144
Bornholm Sygehus	21	15	16	12	7
Herlev Hospital	17	8	20	8	9
Hillerød Hospital	64	31	18	10	11
Hvidovre Hospital	33	5	17	4	4

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Albertslund Kommune	6 / 9	8 / 14	4	1	2
Allerød Kommune	4 / 8	3 / 12	2	1	3
Ballerup Kommune	18 / 16	12 / 24	8	12	8
Bornholms Regionskommune	21 / 13	17 / 20	16	12	7
Brøndby Kommune	19 / 12	8 / 17	14	1	4
Dragør Kommune	3 / 5	4 / 7	2	0	3
Egedal Kommune	15 / 14	8 / 21	9	3	5
Fredensborg Kommune	7 / 13	3 / 20	1	0	2
Frederiksberg Kommune	18 / 34	15 / 51	5	5	3
Frederikssund Kommune	16 / 15	5 / 22	1	2	2
Furesø Kommune	3 / 13	2 / 19	4	4	3
Gentofte Kommune	7 / 25	23 / 37	22	4	4
Gladsaxe Kommune	6 / 22	16 / 33	9	7	3
Glostrup Kommune	3 / 7	4 / 11	1	0	3
Gribskov Kommune	4 / 14	0 / 20	1	1	2
Halsnæs Kommune	17 / 10	10 / 15	6	2	5
Helsingør Kommune	14 / 20	12 / 31	5	6	6
Herlev Kommune	9 / 9	4 / 14	6	1	3
Hillerød Kommune	7 / 16	9 / 24	6	3	2
Høje-Taastrup Kommune	8 / 16	6 / 24	6	1	6
Hørsholm Kommune	4 / 8	4 / 12	0	0	1
Hvidovre Kommune	3 / 17	7 / 26	6	2	3
Ishøj Kommune	1 / 7	2 / 11	1	0	1
Københavns Kommune	286 / 190	120 / 284	165	50	94
Lyngby-Taarbæk Kommune	4 / 18	8 / 27	13	2	4
Rødovre Kommune	22 / 12	9 / 19	5	11	7
Rudersdal Kommune	11 / 18	2 / 27	10	2	10
Tårnby Kommune	16 / 14	3 / 21	9	5	2
Vallensbæk Kommune	1 / 5	1 / 7	3	1	6

Region Midtjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Universitetshospital	573	210	96	61	66
Horsens Sygehus	48	17	28	12	20
Hospitalsenheden Vest	65	19	25	17	25
Regionshospitalet Hammel	1	0	0	0	0
Regionshospitalet Randers - Ortopædkirurgisk afd.	37	33	39	24	18
Regionshospitalet Silkeborg	18	74	61	24	66
Regionshospitalet Viborg	241	116	80	111	60

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Kommune	259 / 107	99 / 161	66	42	37
Favrskov Kommune	12 / 16	7 / 23	10	4	3
Hedensted Kommune	21 / 15	7 / 23	9	2	18
Herning Kommune	38 / 29	21 / 43	13	11	13
Holstebro Kommune	18 / 19	9 / 29	6	15	6
Horsens Kommune	20 / 29	24 / 43	13	8	8
Ikast-Brande Kommune	33 / 14	13 / 20	6	11	10
Lemvig Kommune	9 / 7	5 / 10	3	4	4
Norddjurs Kommune	19 / 13	11 / 19	8	4	6
Odder Kommune	20 / 7	17 / 11	8	0	2
Randers Kommune	38 / 32	24 / 48	18	12	8
Ringkøbing-Skjern Kommune	20 / 19	14 / 28	9	13	9
Samsø Kommune	1 / 1	0 / 2	1	0	1
Silkeborg Kommune	59 / 30	41 / 45	51	27	56
Skanderborg Kommune	20 / 19	4 / 29	5	4	3
Skive Kommune	41 / 16	39 / 23	21	20	12
Struer Kommune	13 / 7	2 / 11	7	2	3
Syddjurs Kommune	47 / 14	12 / 21	18	11	10
Viborg Kommune	71 / 31	35 / 47	27	29	25

Region Nordjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Universitetshospital	72	106	64	48	71

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Kommune	28 / 68	47 / 102	39	17	31
Brønderslev Kommune	2 / 12	2 / 18	4	2	1
Frederikshavn Kommune	5 / 20	10 / 30	2	6	5
Hjørring Kommune	10 / 22	15 / 33	2	1	7
Jammerbugt Kommune	9 / 13	17 / 19	15	5	6
Læsø Kommune	1 / 1	0 / 1	0	1	1
Mariagerfjord Kommune	0 / 14	16 / 21	5	4	10
Morsø Kommune	9 / 7	4 / 10	8	4	8
Rebild Kommune	2 / 10	9 / 14	4	2	6
Thisted Kommune	9 / 15	2 / 22	3	6	5
Vesthimmerlands Kommune	2 / 12	5 / 19	0	3	3

Region Sjælland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Holbæk Sygehus	0	0	1	0	0
Køge Sygehus	10	1	0	1	4
Næstved Sygehus	0	0	0	0	0
Nykøbing Falster Sygehus	81	74	55	26	90
Roskilde Sygehus	11	96	18	18	24
Slagelse Sygehus	44	12	10	6	8

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Faxe Kommune	5 / 12	2 / 17	0	1	1
Greve Kommune	6 / 16	6 / 24	1	2	6

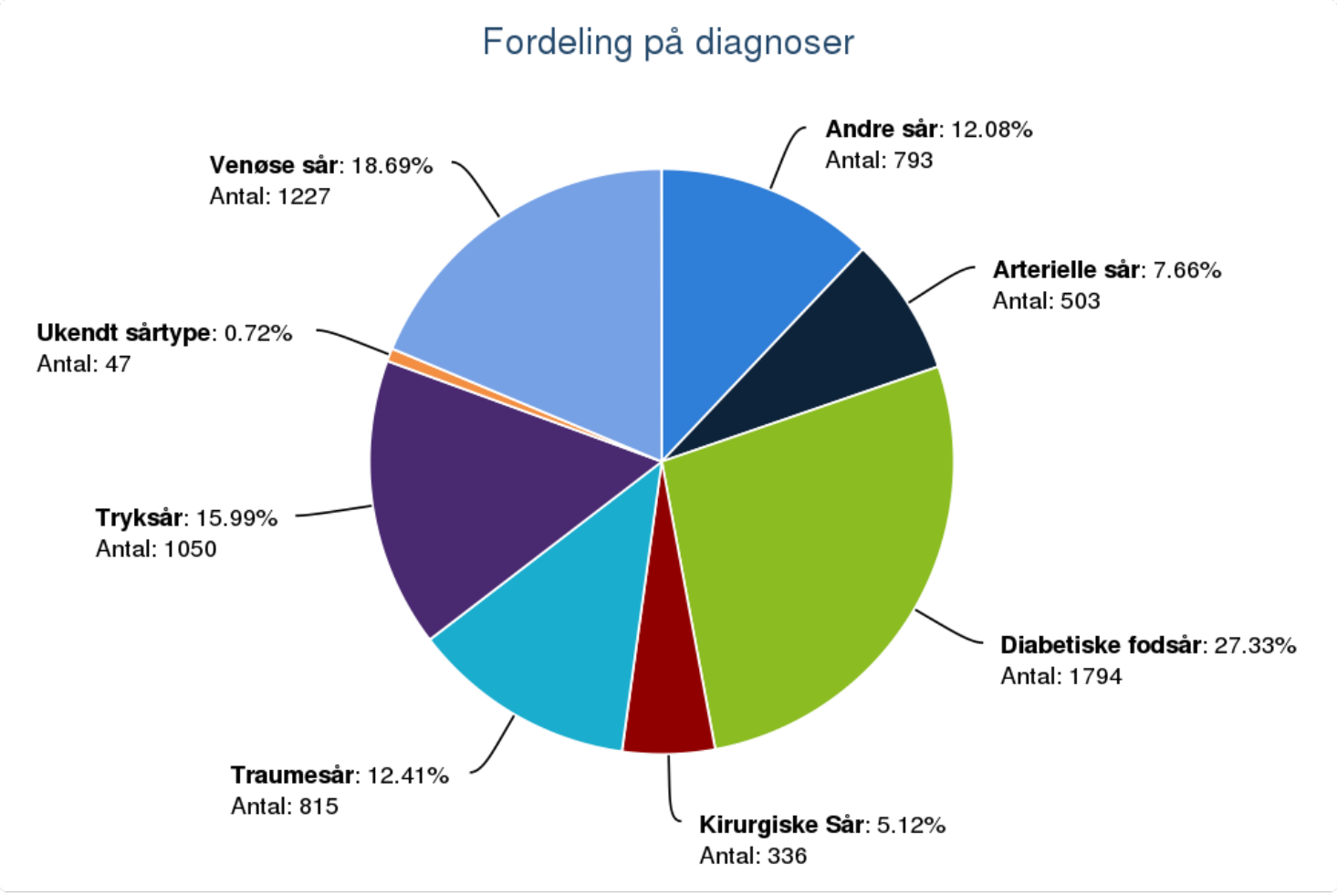
Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Guldborgsund Kommune	41 / 20	35 / 30	20	9	40
Holbæk Kommune	2 / 23	4 / 34	3	2	4
Kalundborg Kommune	11 / 16	12 / 24	0	1	2
Køge Kommune	6 / 20	11 / 29	0	3	5
Lejre Kommune	1 / 9	9 / 13	1	1	1
Lolland Kommune	33 / 14	33 / 22	29	11	30
Næstved Kommune	5 / 27	9 / 40	6	4	8
Odsherred Kommune	14 / 11	5 / 16	0	2	2
Ringsted Kommune	5 / 11	4 / 17	1	0	1
Roskilde Kommune	1 / 28	5 / 42	2	3	1
Slagelse Kommune	1 / 26	1 / 38	1	1	2
Solrød Kommune	0 / 7	0 / 11	0	0	0
Sorø Kommune	6 / 10	5 / 15	6	1	4
Stevns Kommune	0 / 7	5 / 11	2	1	2
Vordingborg Kommune	10 / 15	25 / 23	18	6	18

Region Syddanmark

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Sygehus	0	0	0	0	1
Kolding Sygehus	7	1	25	5	10
Odense Universitetshospital	12	49	48	26	18
Svendborg Sygehus	0	0	0	0	0
Sydvestjysk Sygehus	10	7	8	1	21
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	1	0	0	0	0
Sygehus Sønderjylland	124	32	58	39	57

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Kommune	37 / 20	5 / 29	14	11	17
Assens Kommune	0 / 14	4 / 20	3	3	2
Ærø Kommune	0 / 2	0 / 3	2	4	3
Billund Kommune	1 / 9	3 / 13	2	0	4
Esbjerg Kommune	5 / 38	9 / 57	12	1	16
Faaborg-Midtfyn Kommune	3 / 17	11 / 25	7	4	2
Fanø Kommune	0 / 1	0 / 2	1	0	2
Fredericia Kommune	0 / 17	0 / 25	4	1	3
Haderslev Kommune	25 / 19	5 / 28	10	0	5
Kerteminde Kommune	0 / 8	1 / 12	3	2	2
Kolding Kommune	3 / 30	2 / 45	20	2	5
Langeland Kommune	0 / 4	4 / 6	0	1	1
Middelfart Kommune	1 / 13	0 / 19	8	4	2
Nordfyns Kommune	1 / 10	1 / 14	5	3	4
Nyborg Kommune	2 / 10	5 / 16	5	0	2
Odense Kommune	1 / 65	29 / 97	12	12	9
Sønderborg Kommune	29 / 25	6 / 37	13	11	17
Svendborg Kommune	1 / 19	0 / 29	6	1	1
Tønder Kommune	15 / 13	1 / 19	14	11	10
Varde Kommune	0 / 17	2 / 25	1	0	8
Vejen Kommune	0 / 14	1 / 21	1	0	3
Vejle Kommune	2 / 37	2 / 55	7	2	5

2016



Målet i 2016 er at der inkluderes 54% af sårene

Regioner

Region	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Region Hovedstaden	686 / 508	454 / 760	445	133	281
Region Midtjylland	786 / 371	411 / 553	312	215	232
Region Nordjylland	100 / 169	140 / 251	80	45	87
Region Sjælland	92 / 236	128 / 354	62	31	65
Region Syddanmark	130 / 350	94 / 523	151	79	150

Region Hovedstaden

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Bispebjerg Hospital	559	383	355	92	210
Bornholm Sygehus	16	11	11	6	10
Herlev Hospital	22	1	24	11	9
Hillerød Hospital	70	52	37	10	21
Hvidovre Hospital	24	2	9	7	2

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Albertslund Kommune	9 / 8	5 / 12	4	1	5
Allerød Kommune	6 / 7	6 / 11	2	2	4
Ballerup Kommune	13 / 14	15 / 21	8	9	7
Bornholms Regionskommune	18 / 12	12 / 17	12	9	11
Brøndby Kommune	29 / 10	13 / 15	11	3	6
Dragør Kommune	4 / 4	6 / 6	1	0	6
Egedal Kommune	11 / 12	9 / 18	9	5	7
Fredensborg Kommune	7 / 12	5 / 17	9	0	4
Frederiksberg Kommune	35 / 30	11 / 44	8	6	8
Frederikssund Kommune	13 / 13	6 / 19	4	1	4
Furesø Kommune	11 / 11	6 / 17	10	2	5
Gentofte Kommune	5 / 22	18 / 32	19	4	9
Gladsaxe Kommune	10 / 19	24 / 29	9	9	8
Glostrup Kommune	8 / 6	7 / 10	4	0	1
Gribskov Kommune	6 / 12	4 / 18	0	0	3
Halsnæs Kommune	16 / 9	8 / 13	4	2	4
Helsingør Kommune	15 / 18	19 / 27	10	6	11
Herlev Kommune	14 / 8	5 / 12	11	0	4
Hillerød Kommune	12 / 14	21 / 21	9	2	3
Høje-Taastrup Kommune	14 / 14	7 / 21	11	4	5
Hørsholm Kommune	7 / 7	6 / 11	3	3	4
Hvidovre Kommune	5 / 15	4 / 23	3	0	6
Ishøj Kommune	1 / 6	0 / 9	0	0	1
Københavns Kommune	376 / 166	197 / 248	227	48	126
Lyngby-Taarbæk Kommune	7 / 16	17 / 24	24	3	8
Rødovre Kommune	5 / 11	7 / 16	4	2	3
Rudersdal Kommune	8 / 16	1 / 24	8	2	7
Tårnby Kommune	16 / 12	13 / 18	18	9	5
Vallensbæk Kommune	5 / 4	2 / 7	3	1	6

Region Midtjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Universitetshospital	622	236	105	55	84
Horsens Sygehus	51	27	44	15	23
Hospitalsenheden Vest	58	18	30	30	27
Regionshospitalet Hammel	0	0	0	0	1
Regionshospitalet Randers - Ortopædkirurgisk afd.	37	42	30	19	12
Regionshospitalet Silkeborg	55	62	59	30	67
Regionshospitalet Viborg	205	103	78	99	63

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Kommune	296 / 94	121 / 140	75	32	44
Favrskov Kommune	20 / 14	4 / 20	8	6	4
Hedensted Kommune	19 / 13	15 / 20	9	3	7
Herning Kommune	28 / 25	22 / 38	19	12	16
Holstebro Kommune	16 / 17	11 / 25	11	12	3
Horsens Kommune	30 / 25	26 / 37	26	8	18
Ikast-Brande Kommune	19 / 12	16 / 18	6	8	11
Lemvig Kommune	11 / 6	3 / 9	1	15	5
Norddjurs Kommune	25 / 11	19 / 16	4	5	4
Odder Kommune	11 / 6	9 / 9	11	3	2
Randers Kommune	43 / 28	30 / 42	21	11	6
Ringkøbing-Skjern Kommune	18 / 17	7 / 25	7	12	3
Samsø Kommune	4 / 1	0 / 2	1	1	1
Silkeborg Kommune	54 / 26	30 / 39	42	30	47
Skanderborg Kommune	20 / 17	8 / 25	8	0	5
Skive Kommune	56 / 14	34 / 20	24	23	18
Struer Kommune	12 / 6	1 / 9	3	7	2
Syddjurs Kommune	45 / 12	18 / 18	9	4	11
Viborg Kommune	59 / 27	37 / 41	27	23	25

Region Nordjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Universitetshospital	83	122	63	38	73

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Kommune	42 / 60	61 / 89	48	25	33
Brønderslev Kommune	1 / 10	5 / 15	2	0	3
Frederikshavn Kommune	9 / 18	14 / 26	5	4	6
Hjørring Kommune	10 / 19	20 / 28	0	1	10
Jammerbugt Kommune	12 / 11	10 / 17	10	4	5
Læsø Kommune	2 / 1	0 / 1	0	0	1
Mariagerfjord Kommune	0 / 12	13 / 18	4	1	8
Morsø Kommune	9 / 6	6 / 9	6	2	10
Rebild Kommune	3 / 8	7 / 13	1	0	6
Thisted Kommune	10 / 13	2 / 19	3	8	4
Vesthimmerlands Kommune	2 / 11	2 / 16	1	0	1

Region Sjælland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Holbæk Sygehus	0	0	2	0	1
Køge Sygehus	6	0	1	2	6
Næstved Sygehus	3	0	0	1	0
Nykøbing Falster Sygehus	43	40	23	17	35
Roskilde Sygehus	11	64	20	10	9
Slagelse Sygehus	19	9	5	2	2

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Faxe Kommune	3 / 10	4 / 15	5	1	1
Greve Kommune	2 / 14	5 / 21	2	0	2

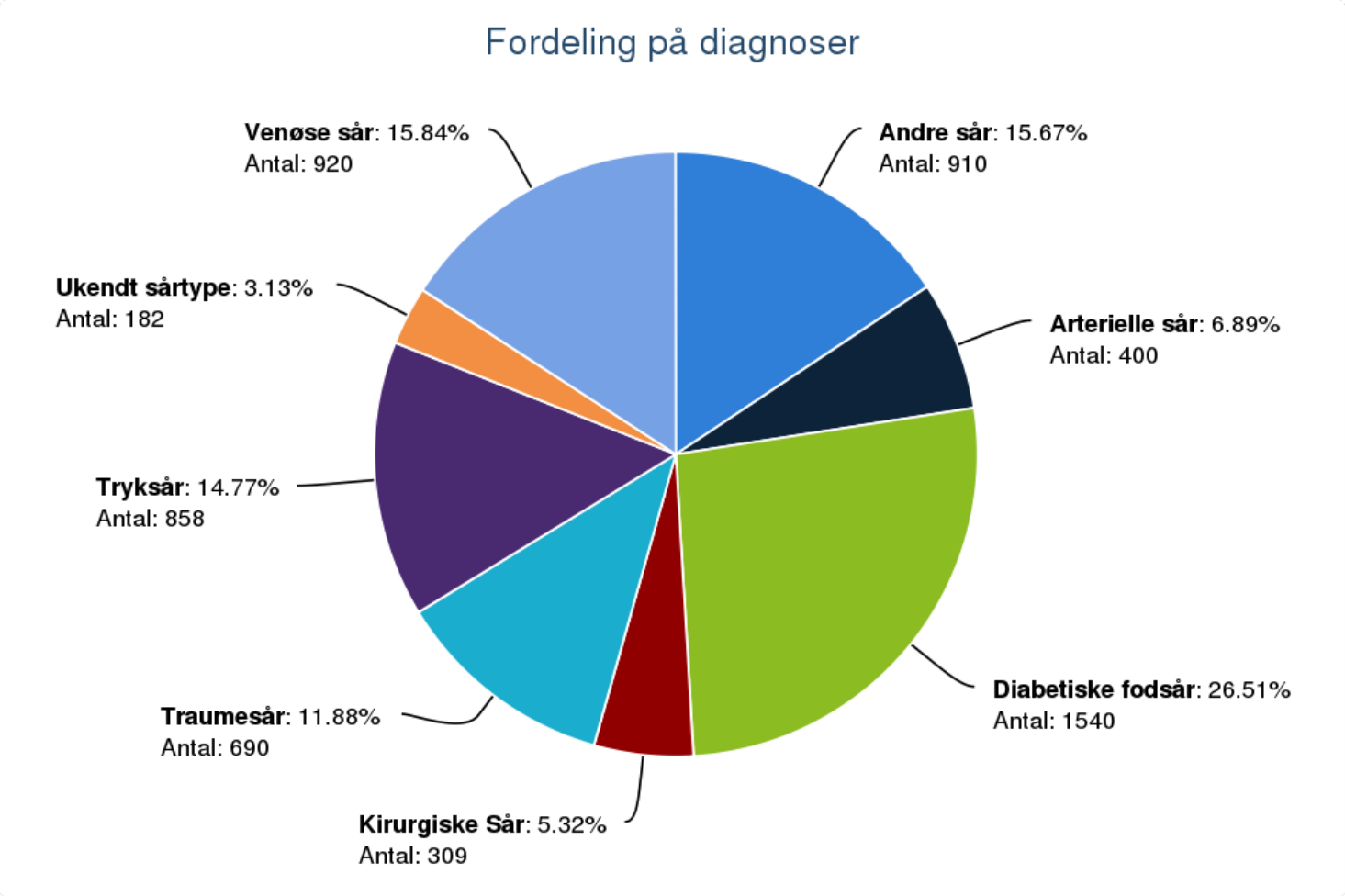
Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Guldborgsund Kommune	19 / 18	32 / 26	10	9	16
Holbæk Kommune	0 / 20	2 / 30	1	2	1
Kalundborg Kommune	11 / 14	7 / 21	11	0	2
Køge Kommune	1 / 17	3 / 25	1	2	4
Lejre Kommune	0 / 8	3 / 12	0	0	1
Lolland Kommune	27 / 13	30 / 19	11	7	22
Næstved Kommune	5 / 24	6 / 35	2	0	2
Odsherred Kommune	0 / 9	0 / 14	0	0	0
Ringsted Kommune	1 / 10	3 / 15	0	0	1
Roskilde Kommune	0 / 24	0 / 37	0	2	3
Slagelse Kommune	2 / 22	6 / 33	5	4	1
Solrød Kommune	0 / 6	0 / 9	0	0	0
Sorø Kommune	8 / 8	7 / 13	3	0	3
Stevns Kommune	0 / 6	2 / 9	2	2	2
Vordingborg Kommune	13 / 13	18 / 20	9	2	4

Region Syddanmark

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Sygehus	0	0	0	0	0
Kolding Sygehus	13	4	28	3	10
Odense Universitetshospital	21	39	29	42	33
Svendborg Sygehus	0	0	0	0	0
Sydvestjysk Sygehus	5	11	11	2	26
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	1	0	0	0	0
Sygehus Sønderjylland	120	26	70	52	77

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Kommune	32 / 17	12 / 26	19	15	19
Assens Kommune	1 / 12	4 / 18	2	2	8
Ærø Kommune	0 / 2	0 / 3	3	1	5
Billund Kommune	0 / 8	4 / 11	3	0	4
Esbjerg Kommune	3 / 33	5 / 50	8	1	18
Faaborg-Midtfyn Kommune	4 / 15	6 / 22	9	7	8
Fanø Kommune	1 / 1	0 / 1	2	0	1
Fredericia Kommune	0 / 15	0 / 22	4	1	5
Haderslev Kommune	25 / 16	5 / 24	18	3	17
Kerteminde Kommune	3 / 7	4 / 10	1	1	2
Kolding Kommune	4 / 26	2 / 39	14	2	3
Langeland Kommune	0 / 4	1 / 5	0	7	2
Middelfart Kommune	7 / 11	5 / 16	10	0	3
Nordfyns Kommune	3 / 8	4 / 13	4	0	3
Nyborg Kommune	5 / 9	3 / 14	3	1	2
Odense Kommune	3 / 57	28 / 85	13	19	10
Sønderborg Kommune	18 / 22	3 / 33	11	6	11
Svendborg Kommune	2 / 17	0 / 25	1	0	4
Tønder Kommune	12 / 11	3 / 17	19	11	12
Varde Kommune	1 / 15	4 / 22	3	0	7
Vejen Kommune	4 / 12	1 / 19	2	1	4
Vejle Kommune	2 / 32	0 / 48	2	1	2

2015



Målet i 2015 er at der inkluderes 41% af sårene

Regioner

Region	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Region Hovedstaden	602 / 383	439 / 571	371	115	249
Region Midtjylland	688 / 280	280 / 415	280	165	222
Region Nordjylland	126 / 126	99 / 190	75	48	82
Region Sjælland	28 / 179	44 / 267	19	10	31
Region Syddanmark	96 / 262	58 / 390	113	62	106

Region Hovedstaden

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Bispebjerg Hospital	477	397	282	73	178
Bornholm Sygehus	16	7	7	4	9
Herlev Hospital	18	1	25	7	8
Hillerød Hospital	72	36	41	16	22
Hvidovre Hospital	13	1	9	5	5

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Albertslund Kommune	10 / 6	6 / 9	5	0	4
Allerød Kommune	10 / 5	5 / 8	5	1	4
Ballerup Kommune	13 / 11	20 / 16	14	7	5
Bornholms Regionskommune	19 / 9	7 / 13	8	10	14
Brøndby Kommune	17 / 8	11 / 11	7	2	5
Dragør Kommune	5 / 3	9 / 5	0	1	7
Egedal Kommune	24 / 9	11 / 14	7	6	4
Fredensborg Kommune	14 / 9	6 / 13	8	1	5
Frederiksberg Kommune	21 / 22	10 / 33	9	3	6
Frederikssund Kommune	15 / 10	4 / 14	4	3	4
Furesø Kommune	7 / 8	6 / 13	12	1	6
Gentofte Kommune	11 / 16	16 / 24	18	5	6
Gladsaxe Kommune	8 / 15	23 / 22	6	7	9
Glostrup Kommune	4 / 5	4 / 7	4	1	3
Gribskov Kommune	0 / 9	3 / 13	0	0	1
Halsnæs Kommune	15 / 7	3 / 10	8	2	2
Helsingør Kommune	19 / 13	13 / 20	12	5	11
Herlev Kommune	9 / 6	7 / 9	13	0	3
Hillerød Kommune	6 / 11	17 / 16	12	4	2
Høje-Taastrup Kommune	9 / 11	1 / 16	5	2	3
Hørsholm Kommune	4 / 5	6 / 8	2	4	4
Hvidovre Kommune	7 / 11	9 / 17	5	0	7
Ishøj Kommune	2 / 5	1 / 7	3	0	1
Københavns Kommune	317 / 125	195 / 186	160	39	104
Lyngby-Taarbæk Kommune	12 / 12	18 / 18	18	3	9
Rødovre Kommune	3 / 8	7 / 12	7	0	3
Rudersdal Kommune	3 / 12	4 / 18	1	3	3
Tårnby Kommune	12 / 9	16 / 14	15	5	7
Vallensbæk Kommune	6 / 3	1 / 5	3	0	7

Region Midtjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Universitetshospital	603	139	57	47	53
Horsens Sygehus	40	17	31	22	31
Hospitalsenheden Vest	36	2	15	8	8
Regionshospitalet Hammel	0	0	0	0	1
Regionshospitalet Randers - Ortopædkirurgisk afd.	34	27	36	11	18
Regionshospitalet Silkeborg	53	59	79	42	69
Regionshospitalet Viborg	123	82	66	69	53

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Kommune	313 / 70	71 / 105	42	27	34
Favrskov Kommune	18 / 10	6 / 15	6	2	6
Hedensted Kommune	9 / 10	4 / 15	3	3	10
Herning Kommune	5 / 19	8 / 28	9	0	4
Holstebro Kommune	9 / 13	4 / 19	11	8	2
Horsens Kommune	27 / 19	12 / 28	21	10	26
Ikast-Brande Kommune	20 / 9	14 / 13	15	8	8
Lemvig Kommune	12 / 5	3 / 7	0	5	5
Norddjurs Kommune	15 / 8	14 / 12	11	4	3
Odder Kommune	21 / 5	2 / 7	4	12	6
Randers Kommune	42 / 21	17 / 31	26	9	16
Ringkøbing-Skjern Kommune	12 / 12	2 / 19	3	3	1
Samsø Kommune	5 / 1	0 / 1	0	0	0
Silkeborg Kommune	38 / 20	47 / 29	52	35	47
Skanderborg Kommune	13 / 13	4 / 19	11	4	3
Skive Kommune	38 / 10	28 / 15	33	9	16
Struer Kommune	8 / 5	1 / 7	0	4	2
Syddjurs Kommune	32 / 9	15 / 14	11	0	4
Viborg Kommune	51 / 21	28 / 31	22	22	29

Region Nordjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Universitetshospital	110	95	78	46	70

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Kommune	58 / 45	31 / 67	34	21	30
Brønderslev Kommune	8 / 8	5 / 12	1	0	4
Frederikshavn Kommune	12 / 13	16 / 20	7	6	9
Hjørring Kommune	11 / 14	19 / 21	2	1	8
Jammerbugt Kommune	14 / 8	8 / 13	12	4	6
Læsø Kommune	0 / 0	0 / 1	0	0	0
Mariagerfjord Kommune	4 / 9	8 / 14	4	4	4
Morsø Kommune	5 / 5	3 / 7	5	3	10
Rebild Kommune	5 / 6	6 / 9	1	0	2
Thisted Kommune	8 / 10	1 / 14	5	7	8
Vesthimmerlands Kommune	1 / 8	2 / 12	4	2	1

Region Sjælland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Holbæk Sygehus	0	0	0	0	2
Køge Sygehus	0	0	0	0	0
Næstved Sygehus	1	0	0	0	0
Nykøbing Falster Sygehus	4	2	1	0	5
Roskilde Sygehus	2	26	11	5	10
Slagelse Sygehus	5	0	0	1	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Faxe Kommune	3 / 8	4 / 11	3	1	1
Greve Kommune	0 / 11	0 / 16	0	0	1

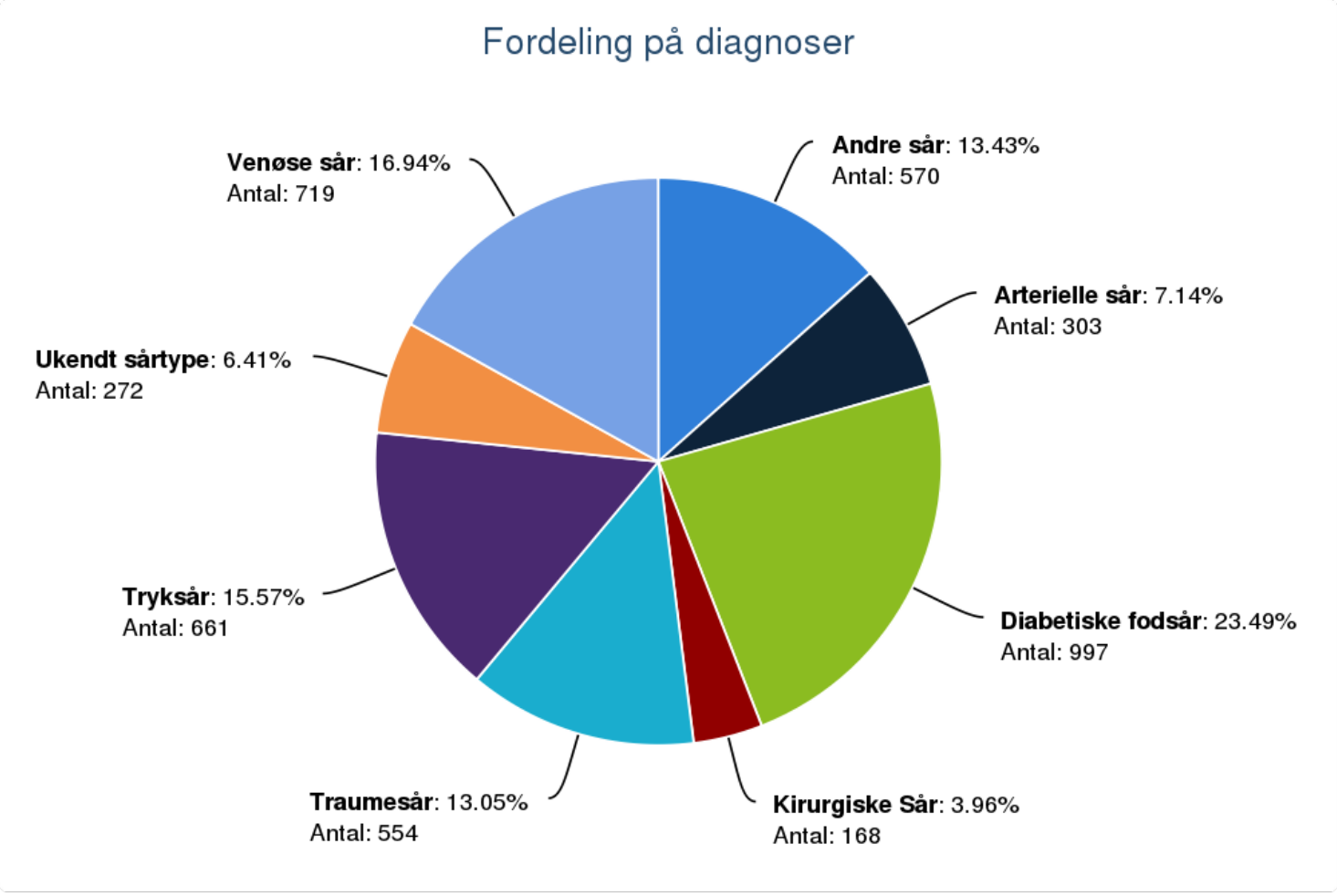
Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Guldborgsund Kommune	5 / 13	4 / 20	2	0	3
Holbæk Kommune	0 / 15	4 / 22	1	3	2
Kalundborg Kommune	1 / 11	4 / 16	3	1	3
Køge Kommune	0 / 13	2 / 19	0	0	1
Lejre Kommune	0 / 6	0 / 9	0	0	1
Lolland Kommune	11 / 9	9 / 14	3	2	7
Næstved Kommune	2 / 18	2 / 27	0	0	1
Odsherred Kommune	0 / 7	0 / 11	0	0	0
Ringsted Kommune	0 / 7	0 / 11	0	0	1
Roskilde Kommune	0 / 18	0 / 27	1	0	1
Slagelse Kommune	0 / 17	1 / 25	4	2	2
Solrød Kommune	0 / 5	1 / 7	0	0	3
Sorø Kommune	4 / 6	2 / 10	1	0	2
Stevns Kommune	0 / 5	0 / 7	0	1	1
Vordingborg Kommune	2 / 10	11 / 15	1	0	1

Region Syddanmark

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Sygehus	0	0	0	0	0
Kolding Sygehus	9	7	28	8	14
Odense Universitetshospital	6	8	12	12	14
Svendborg Sygehus	0	0	0	0	0
Sydvestjysk Sygehus	11	16	5	2	25
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	1	0	0	0	0
Sygehus Sønderjylland	82	27	74	52	59

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Kommune	29 / 13	5 / 19	16	19	10
Assens Kommune	1 / 9	3 / 13	0	0	2
Ærø Kommune	0 / 1	0 / 2	1	2	1
Billund Kommune	1 / 6	1 / 9	1	0	0
Esbjerg Kommune	7 / 25	9 / 38	5	1	19
Faaborg-Midtfyn Kommune	2 / 11	1 / 17	2	2	3
Fanø Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Fredericia Kommune	1 / 11	2 / 16	6	0	6
Haderslev Kommune	26 / 12	6 / 18	23	3	12
Kerteminde Kommune	0 / 5	1 / 8	0	1	0
Kolding Kommune	2 / 20	2 / 29	14	4	4
Langeland Kommune	0 / 3	0 / 4	0	3	1
Middelfart Kommune	4 / 8	2 / 12	8	1	6
Nordfyns Kommune	1 / 6	0 / 9	3	0	1
Nyborg Kommune	0 / 7	0 / 10	0	0	2
Odense Kommune	3 / 43	13 / 64	7	7	7
Sønderborg Kommune	4 / 16	5 / 24	12	8	11
Svendborg Kommune	1 / 13	0 / 19	0	0	2
Tønder Kommune	5 / 8	0 / 12	14	8	9
Varde Kommune	5 / 11	6 / 16	0	0	7
Vejen Kommune	3 / 9	1 / 14	1	2	2
Vejle Kommune	1 / 24	1 / 36	0	1	1

2014



Målet i 2014 er at der inkluderes 27% af sårene

Regioner

Region	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Region Hovedstaden	350 / 255	382 / 382	305	75	227
Region Midtjylland	450 / 185	147 / 279	173	133	170
Region Nordjylland	63 / 84	98 / 126	57	23	49
Region Sjælland	17 / 119	10 / 178	3	4	11
Region Syddanmark	117 / 173	82 / 261	123	68	97

Region Hovedstaden

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Bispebjerg Hospital	279	317	254	46	151
Bornholm Sygehus	2	1	1	4	4
Herlev Hospital	13	0	11	2	7
Hillerød Hospital	51	44	37	14	32
Hvidovre Hospital	3	0	1	0	1

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Albertslund Kommune	9 / 4	8 / 6	3	0	4
Allerød Kommune	2 / 4	2 / 5	5	1	8
Ballerup Kommune	6 / 7	15 / 11	6	2	6
Bornholms Regionskommune	3 / 6	2 / 9	1	6	9
Brøndby Kommune	4 / 5	10 / 8	15	0	4
Dragør Kommune	0 / 2	1 / 3	2	0	2
Egedal Kommune	16 / 6	11 / 9	1	2	3
Fredensborg Kommune	10 / 6	11 / 9	8	3	7
Frederiksberg Kommune	15 / 15	19 / 22	8	1	11
Frederikssund Kommune	11 / 6	6 / 10	4	3	3
Furesø Kommune	6 / 6	3 / 8	7	1	9
Gentofte Kommune	8 / 11	13 / 16	7	1	3
Gladsaxe Kommune	2 / 10	28 / 15	10	6	5
Glostrup Kommune	1 / 3	2 / 5	4	0	2
Gribskov Kommune	1 / 6	0 / 9	0	0	1
Halsnæs Kommune	6 / 4	8 / 7	5	0	3
Helsingør Kommune	6 / 9	9 / 13	4	2	8
Herlev Kommune	7 / 4	2 / 6	4	3	2
Hillerød Kommune	10 / 7	15 / 11	6	2	9
Høje-Taastrup Kommune	1 / 7	1 / 11	2	1	3
Hørsholm Kommune	2 / 4	0 / 5	3	3	4
Hvidovre Kommune	4 / 8	4 / 11	3	0	5
Ishøj Kommune	2 / 3	1 / 5	3	0	3
Københavns Kommune	198 / 83	183 / 124	177	32	96
Lyngby-Taarbæk Kommune	13 / 8	14 / 12	5	2	6
Rødovre Kommune	0 / 5	0 / 8	2	1	2
Rudersdal Kommune	1 / 8	3 / 12	3	2	2
Tårnby Kommune	5 / 6	9 / 9	7	1	5
Vallensbæk Kommune	1 / 2	2 / 3	0	0	2

Region Midtjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Universitetshospital	382	85	41	48	32
Horsens Sygehus	32	10	22	14	12
Hospitalsenheden Vest	18	0	6	5	4
Regionshospitalet Hammel	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Randers - Ortopædkirurgisk afd.	20	8	14	6	11
Regionshospitalet Silkeborg	53	46	69	35	81
Regionshospitalet Viborg	55	29	30	42	30

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Kommune	225 / 47	56 / 70	31	37	23
Favrskov Kommune	8 / 7	1 / 10	2	3	3
Hedensted Kommune	13 / 7	2 / 10	1	1	2
Herning Kommune	1 / 13	0 / 19	0	0	1
Holstebro Kommune	6 / 8	1 / 12	8	4	1
Horsens Kommune	19 / 12	6 / 19	17	10	10
Ikast-Brande Kommune	5 / 6	10 / 9	2	2	3
Lemvig Kommune	5 / 3	1 / 5	0	3	2
Norddjurs Kommune	0 / 5	1 / 8	1	0	1
Odder Kommune	25 / 3	2 / 5	8	4	5
Randers Kommune	24 / 14	7 / 21	12	7	12
Ringkøbing-Skjern Kommune	6 / 8	0 / 12	1	0	1
Samsø Kommune	1 / 1	0 / 1	0	0	0
Silkeborg Kommune	39 / 13	27 / 20	52	33	69
Skanderborg Kommune	15 / 8	4 / 13	9	4	7
Skive Kommune	14 / 7	13 / 10	11	5	4
Struer Kommune	3 / 3	0 / 5	1	2	1
Syddjurs Kommune	6 / 6	4 / 9	4	0	1
Viborg Kommune	35 / 14	12 / 21	13	18	24

Region Nordjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Universitetshospital	59	108	52	20	42

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Kommune	21 / 30	32 / 45	18	10	14
Brønderslev Kommune	2 / 5	13 / 8	1	1	2
Frederikshavn Kommune	3 / 9	12 / 13	3	0	2
Hjørring Kommune	6 / 10	7 / 14	2	0	5
Jammerbugt Kommune	11 / 6	13 / 8	9	1	7
Læsø Kommune	0 / 0	3 / 0	7	0	1
Mariagerfjord Kommune	3 / 6	5 / 9	1	2	1
Morsø Kommune	4 / 3	5 / 5	8	4	10
Rebild Kommune	0 / 4	1 / 6	0	0	1
Thisted Kommune	12 / 6	6 / 10	7	3	5
Vesthimmerlands Kommune	1 / 5	1 / 8	1	2	1

Region Sjælland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Holbæk Sygehus	0	0	0	0	0
Køge Sygehus	0	0	0	0	0
Næstved Sygehus	0	0	0	0	0
Nykøbing Falster Sygehus	0	0	0	0	0
Roskilde Sygehus	0	3	0	2	2
Slagelse Sygehus	0	0	0	0	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Faxe Kommune	0 / 5	1 / 8	2	1	1
Greve Kommune	0 / 7	0 / 11	0	0	1

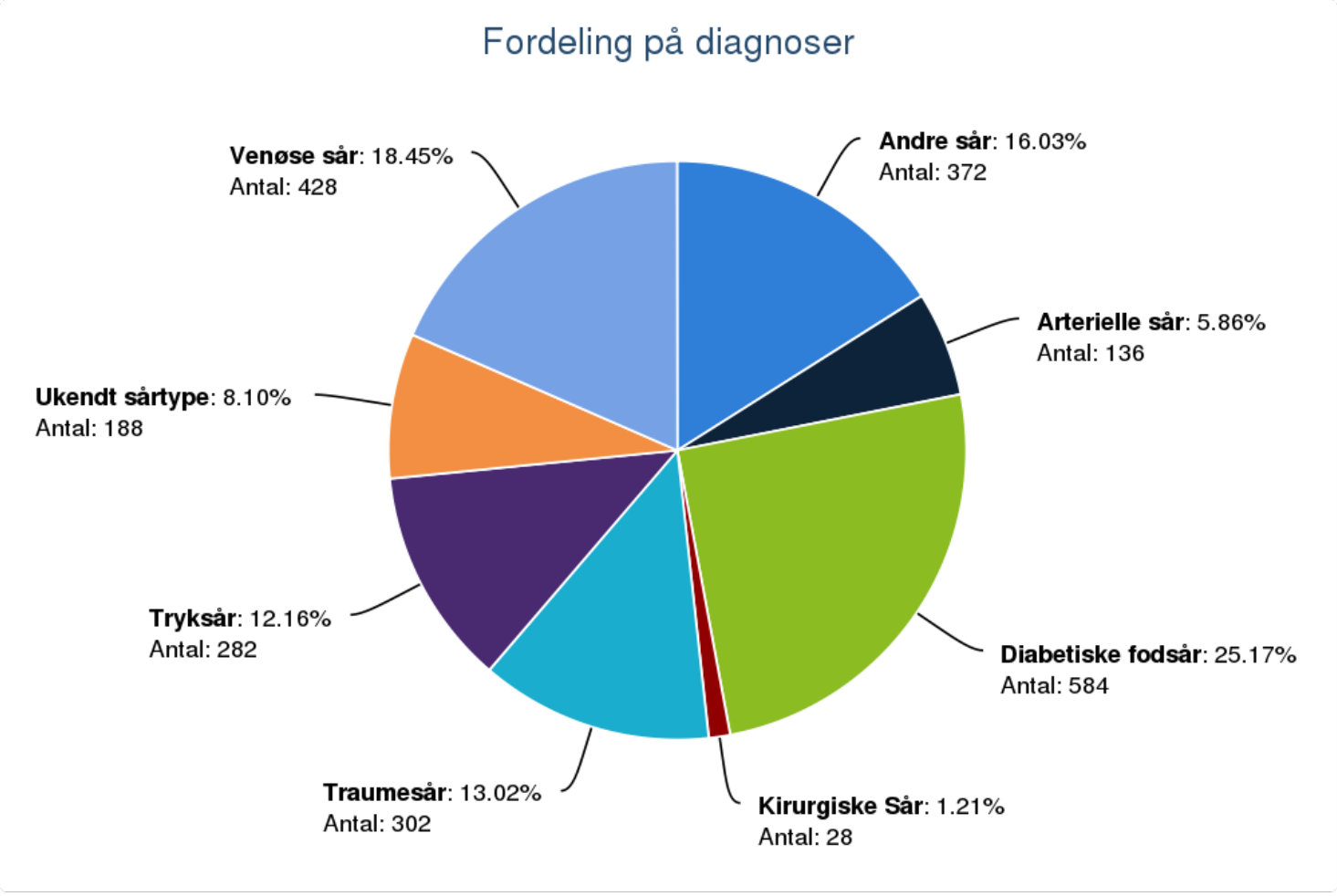
Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Guldborgsund Kommune	1 / 9	0 / 13	0	0	1
Holbæk Kommune	0 / 10	0 / 15	0	0	0
Kalundborg Kommune	0 / 7	0 / 10	0	1	2
Køge Kommune	0 / 9	1 / 13	0	0	0
Lejre Kommune	0 / 4	1 / 6	0	0	1
Lolland Kommune	15 / 6	5 / 9	1	2	3
Næstved Kommune	0 / 12	0 / 18	0	0	0
Odsherred Kommune	0 / 5	0 / 7	0	0	0
Ringsted Kommune	0 / 5	0 / 7	0	0	0
Roskilde Kommune	0 / 12	0 / 18	0	0	0
Slagelse Kommune	0 / 11	0 / 17	0	0	0
Solrød Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Sorø Kommune	1 / 4	1 / 6	0	0	1
Stevns Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Vordingborg Kommune	0 / 7	1 / 10	0	0	1

Region Syddanmark

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Sygehus	0	0	0	0	0
Kolding Sygehus	14	20	21	22	9
Odense Universitetshospital	21	20	5	7	15
Svendborg Sygehus	0	0	0	0	2
Sydvestjysk Sygehus	8	11	7	2	8
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	1	1	2	1	2
Sygehus Sønderjylland	103	52	92	47	73

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Kommune	28 / 9	15 / 13	24	14	15
Assens Kommune	4 / 6	6 / 9	0	2	3
Ærø Kommune	0 / 1	2 / 1	0	0	2
Billund Kommune	0 / 4	0 / 6	0	0	0
Esbjerg Kommune	4 / 17	9 / 25	6	3	8
Faaborg-Midtfyn Kommune	1 / 7	0 / 11	1	0	2
Fanø Kommune	0 / 0	0 / 1	0	0	0
Fredericia Kommune	2 / 7	4 / 11	6	4	4
Haderslev Kommune	30 / 8	7 / 12	24	8	12
Kerteminde Kommune	0 / 3	1 / 5	1	0	2
Kolding Kommune	2 / 13	7 / 20	12	5	5
Langeland Kommune	0 / 2	0 / 3	0	1	1
Middelfart Kommune	6 / 5	3 / 8	6	1	2
Nordfyns Kommune	2 / 4	2 / 6	0	0	1
Nyborg Kommune	1 / 5	0 / 7	1	0	1
Odense Kommune	13 / 28	6 / 42	5	9	8
Sønderborg Kommune	9 / 11	5 / 16	16	7	15
Svendborg Kommune	1 / 8	0 / 13	0	1	1
Tønder Kommune	7 / 6	5 / 8	14	7	10
Varde Kommune	3 / 7	4 / 11	2	0	2
Vejen Kommune	2 / 6	5 / 9	2	1	2
Vejle Kommune	2 / 16	1 / 24	3	5	1

2013



Målet i 2013 er at der inkluderes 14% af sårene

Regioner

Region	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Region Hovedstaden	80 / 130	267 / 190	124	41	127
Region Midtjylland	263 / 92	87 / 135	69	48	76
Region Nordjylland	4 / 43	12 / 63	9	3	6
Region Sjælland	16 / 60	11 / 88	5	5	21
Region Syddanmark	221 / 87	51 / 129	75	39	72

Region Hovedstaden

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Bispebjerg Hospital	63	236	106	38	96
Bornholm Sygehus	0	0	1	0	1
Herlev Hospital	1	0	1	0	3
Hillerød Hospital	17	14	11	4	9
Hvidovre Hospital	0	0	0	0	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Albertslund Kommune	0 / 2	2 / 3	0	0	3
Allerød Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	0
Ballerup Kommune	1 / 4	14 / 5	2	6	6
Bornholms Regionskommune	2 / 3	1 / 4	3	1	2
Brøndby Kommune	0 / 3	9 / 4	3	0	5
Dragør Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	1
Egedal Kommune	7 / 3	5 / 5	2	2	3
Fredensborg Kommune	3 / 3	8 / 4	4	0	1
Frederiksberg Kommune	9 / 7	11 / 11	4	5	10
Frederikssund Kommune	5 / 3	2 / 5	4	2	2
Furesø Kommune	5 / 3	2 / 4	3	1	6
Gentofte Kommune	1 / 5	14 / 8	3	0	2
Gladsaxe Kommune	0 / 5	30 / 7	6	6	7
Glostrup Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Gribskov Kommune	0 / 3	1 / 4	0	0	0
Halsnæs Kommune	1 / 2	1 / 3	0	0	0
Helsingør Kommune	0 / 4	1 / 7	1	0	2
Herlev Kommune	2 / 2	3 / 3	7	2	5
Hillerød Kommune	3 / 4	4 / 5	1	0	3
Høje-Taastrup Kommune	0 / 4	0 / 5	1	0	2
Hørsholm Kommune	1 / 2	1 / 3	0	0	3
Hvidovre Kommune	0 / 4	0 / 6	0	0	0
Ishøj Kommune	0 / 2	6 / 2	3	0	4
Københavns Kommune	40 / 42	138 / 62	72	16	58
Lyngby-Taarbæk Kommune	0 / 4	14 / 6	5	0	2
Rødovre Kommune	0 / 3	0 / 4	0	0	0
Rudersdal Kommune	0 / 4	0 / 6	0	0	0
Tårnby Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Vallensbæk Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0

Region Midtjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Universitetshospital	274	55	18	19	14
Horsens Sygehus	0	0	0	0	0
Hospitalsenheden Vest	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Hammel	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Randers - Ortopædkirurgisk afd.	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Silkeborg	33	33	37	24	52
Regionshospitalet Viborg	27	12	16	9	13

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Kommune	205 / 23	44 / 35	11	18	8
Favrskov Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Hedensted Kommune	0 / 3	0 / 5	0	1	0
Herning Kommune	0 / 6	0 / 9	0	0	0
Holstebro Kommune	0 / 4	1 / 6	0	0	1
Horsens Kommune	0 / 6	0 / 9	0	0	0
Ikast-Brande Kommune	2 / 3	2 / 4	0	0	1
Lemvig Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Norddjurs Kommune	0 / 3	0 / 4	0	0	0
Odder Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Randers Kommune	0 / 7	0 / 10	0	0	0
Ringkøbing-Skjern Kommune	0 / 4	0 / 6	0	0	0
Samsø Kommune	0 / 0	0 / 0	0	0	0
Silkeborg Kommune	32 / 7	29 / 10	35	20	50
Skanderborg Kommune	2 / 4	0 / 6	0	0	0
Skive Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Struer Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Syddjurs Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Viborg Kommune	22 / 7	11 / 10	23	9	16

Region Nordjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Universitetshospital	3	12	10	3	4

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aalborg Kommune	1 / 15	2 / 22	0	0	1
Brønderslev Kommune	0 / 3	3 / 4	0	0	0
Frederikshavn Kommune	0 / 4	0 / 7	0	0	0
Hjørring Kommune	0 / 5	0 / 7	0	0	0
Jammerbugt Kommune	0 / 3	5 / 4	1	0	1
Læsø Kommune	0 / 0	0 / 0	0	0	0
Mariagerfjord Kommune	0 / 3	0 / 5	0	0	0
Morsø Kommune	1 / 2	0 / 2	0	1	0
Rebild Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	0
Thisted Kommune	2 / 3	2 / 5	8	2	4
Vesthimmerlands Kommune	0 / 3	0 / 4	0	0	0

Region Sjælland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Holbæk Sygehus	0	0	1	1	0
Køge Sygehus	0	0	0	0	0
Næstved Sygehus	0	0	0	0	0
Nykøbing Falster Sygehus	0	0	0	0	0
Roskilde Sygehus	0	9	2	2	4
Slagelse Sygehus	0	0	0	0	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Faxe Kommune	0 / 3	0 / 4	1	0	1
Greve Kommune	0 / 4	0 / 5	0	0	1

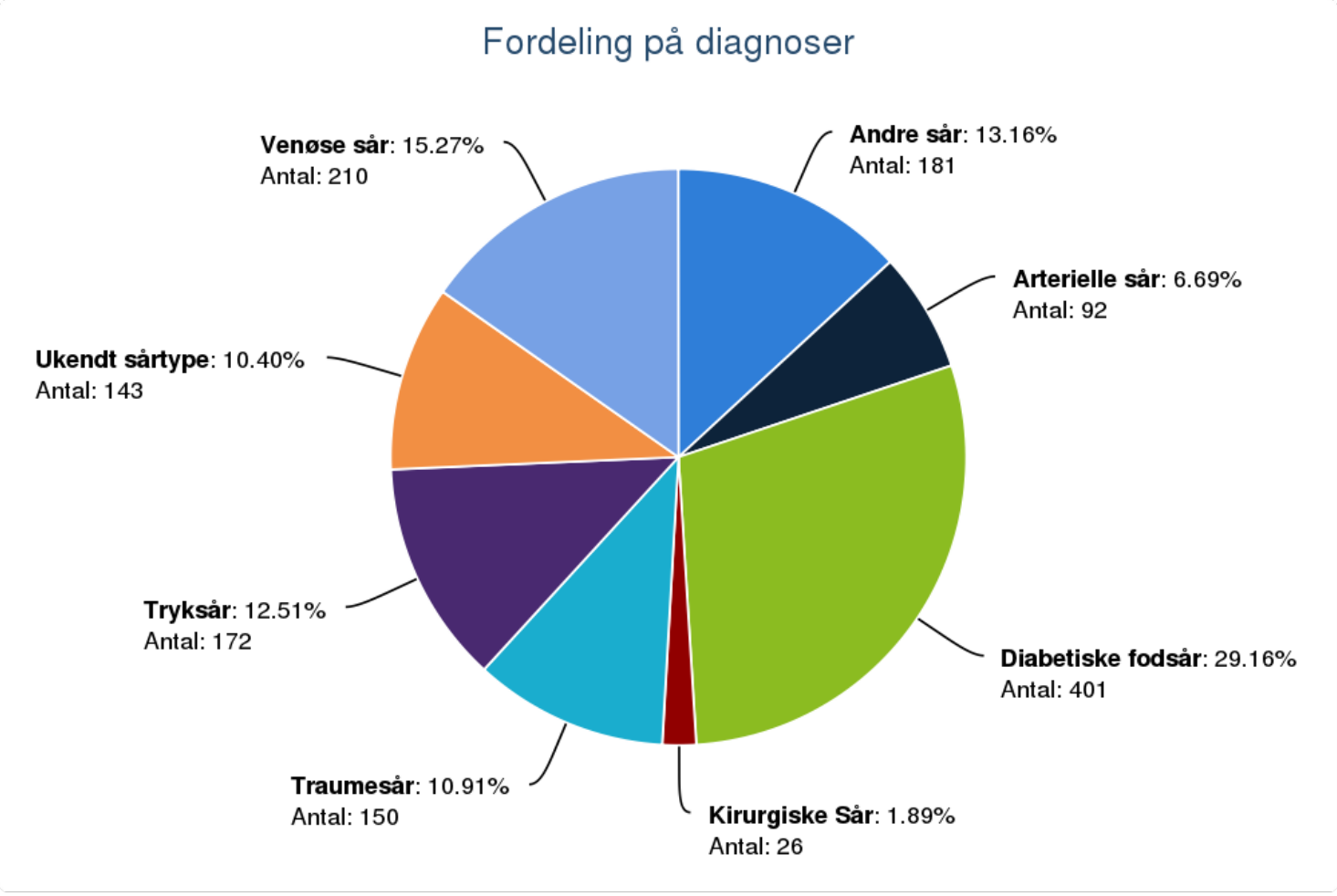
Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Guldborgsund Kommune	1 / 4	0 / 7	0	0	1
Holbæk Kommune	0 / 5	1 / 7	0	0	1
Kalundborg Kommune	0 / 4	0 / 5	0	3	3
Køge Kommune	0 / 4	1 / 6	0	0	0
Lejre Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	0
Lolland Kommune	10 / 3	2 / 5	2	1	2
Næstved Kommune	0 / 6	0 / 9	0	0	0
Odsherred Kommune	2 / 2	0 / 4	0	0	1
Ringsted Kommune	0 / 2	0 / 4	0	0	0
Roskilde Kommune	0 / 6	0 / 9	0	0	0
Slagelse Kommune	0 / 6	4 / 8	1	1	2
Solrød Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Sorø Kommune	2 / 2	1 / 3	0	0	8
Stevns Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Vordingborg Kommune	1 / 3	2 / 5	1	0	1

Region Syddanmark

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Sygehus	0	0	0	0	0
Kolding Sygehus	16	2	3	1	3
Odense Universitetshospital	58	1	0	0	1
Svendborg Sygehus	9	0	0	0	1
Sydvestjysk Sygehus	19	2	1	0	3
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	0	0	0	1	1
Sygehus Sønderjylland	115	52	78	41	57

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Kommune	42 / 4	12 / 6	19	16	13
Assens Kommune	7 / 3	0 / 4	0	0	1
Ærø Kommune	4 / 0	0 / 1	0	0	1
Billund Kommune	2 / 2	0 / 3	0	0	1
Esbjerg Kommune	7 / 8	0 / 13	1	1	3
Faaborg-Midtfyn Kommune	3 / 4	0 / 6	0	0	0
Fanø Kommune	0 / 0	0 / 0	0	0	0
Fredericia Kommune	3 / 4	0 / 5	1	0	1
Haderslev Kommune	32 / 4	15 / 6	15	7	11
Kerteminde Kommune	3 / 2	0 / 3	0	0	1
Kolding Kommune	5 / 7	1 / 10	3	0	2
Langeland Kommune	3 / 1	0 / 1	0	0	0
Middelfart Kommune	4 / 3	0 / 4	0	1	2
Nordfyns Kommune	3 / 2	0 / 3	0	0	0
Nyborg Kommune	5 / 2	0 / 3	0	0	0
Odense Kommune	19 / 14	0 / 21	0	0	1
Sønderborg Kommune	15 / 5	16 / 8	17	6	20
Svendborg Kommune	35 / 4	0 / 6	0	0	1
Tønder Kommune	12 / 3	2 / 4	14	7	10
Varde Kommune	5 / 4	3 / 5	1	0	2
Vejen Kommune	8 / 3	2 / 5	1	0	1
Vejle Kommune	4 / 8	0 / 12	3	1	1

2012



Målet i 2012 er at der inkluderes 5% af sårene

Regioner

Region	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Region Hovedstaden	32 / 46	95 / 72	46	24	48
Region Midtjylland	114 / 36	48 / 52	27	29	36
Region Sjælland	14 / 23	10 / 31	11	3	9
Region Syddanmark	241 / 31	57 / 49	88	36	57

Region Hovedstaden

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Bispebjerg Hospital	26	87	35	18	36
Bornholm Sygehus	0	0	0	1	0
Herlev Hospital	0	0	0	0	0
Hillerød Hospital	6	6	8	4	4
Hvidovre Hospital	0	0	0	0	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Albertslund Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Allerød Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Ballerup Kommune	0 / 1	2 / 2	1	4	1
Bornholms Regionskommune	0 / 1	3 / 2	2	2	3
Brøndby Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	1
Dragør Kommune	0 / 0	0 / 1	0	0	0
Egedal Kommune	0 / 1	1 / 2	1	0	1
Fredensborg Kommune	2 / 1	3 / 2	3	0	2
Frederiksberg Kommune	0 / 3	0 / 4	0	0	0
Frederikssund Kommune	1 / 1	2 / 2	3	3	1
Furesø Kommune	1 / 1	1 / 2	0	0	1
Gentofte Kommune	0 / 2	2 / 3	0	0	1
Gladsaxe Kommune	0 / 2	5 / 3	2	3	2
Glostrup Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Gribskov Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Halsnæs Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Helsingør Kommune	1 / 2	0 / 2	0	1	0
Herlev Kommune	0 / 1	1 / 1	0	0	3
Hillerød Kommune	1 / 1	0 / 2	1	0	0
Høje-Taastrup Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Hørsholm Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	1
Hvidovre Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Ishøj Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Københavns Kommune	26 / 15	75 / 23	33	11	31
Lyngby-Taarbæk Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Rødovre Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Rudersdal Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Tårnby Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Vallensbæk Kommune	0 / 0	0 / 1	0	0	0

Region Midtjylland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Universitetshospital	109	35	8	20	3
Horsens Sygehus	0	0	0	0	0
Hospitalsenheden Vest	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Hammel	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Randers - Ortopædkirurgisk afd.	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Silkeborg	33	17	25	14	38
Regionshospitalet Viborg	0	0	0	0	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aarhus Kommune	79 / 9	33 / 13	4	17	3
Favrskov Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Hedensted Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Herning Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	0
Holstebro Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Horsens Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	0
Ikast-Brande Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Lemvig Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Norddjurs Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Odder Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Randers Kommune	0 / 3	0 / 4	0	0	0
Ringkøbing-Skjern Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Samsø Kommune	0 / 0	0 / 0	0	0	0
Silkeborg Kommune	31 / 2	15 / 4	22	12	31
Skanderborg Kommune	4 / 2	0 / 2	1	0	1
Skive Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Struer Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Syddjurs Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Viborg Kommune	0 / 3	0 / 4	0	0	1

Region Sjælland

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Holbæk Sygehus	0	0	0	0	0
Køge Sygehus	0	0	0	0	0
Næstved Sygehus	0	0	0	0	0
Nykøbing Falster Sygehus	0	0	0	0	0
Roskilde Sygehus	3	10	11	1	2
Slagelse Sygehus	0	0	0	0	0

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Faxe Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Greve Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Guldborgsund Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Holbæk Kommune	0 / 2	4 / 3	0	0	1
Kalundborg Kommune	1 / 1	2 / 2	2	0	3
Køge Kommune	0 / 2	0 / 2	0	0	0
Lejre Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Lolland Kommune	10 / 1	1 / 2	4	1	1
Næstved Kommune	0 / 2	0 / 3	0	1	0
Odsherred Kommune	1 / 1	0 / 1	0	0	0
Ringsted Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Roskilde Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	0
Slagelse Kommune	0 / 2	0 / 3	0	0	1
Solrød Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Sorø Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	2
Stevns Kommune	0 / 1	0 / 1	0	0	0
Vordingborg Kommune	2 / 1	3 / 2	5	1	1

Region Syddanmark

Hospital	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Sygehus	0	0	0	0	0
Kolding Sygehus	13	0	3	0	4
Odense Universitetshospital	65	1	0	0	1
Svendborg Sygehus	4	0	0	0	1
Sydvestjysk Sygehus	16	0	1	0	1
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	2	0	0	0	1
Sygehus Sønderjylland	117	56	82	38	44

Kommune	Diabetiske fodsår	Venøse sår	Tryksår	Arterielle sår	Traumesår
Aabenraa Kommune	43 / 2	11 / 2	17	9	9
Assens Kommune	4 / 1	0 / 2	0	0	0
Ærø Kommune	1 / 0	0 / 0	0	0	1
Billund Kommune	2 / 1	0 / 1	0	0	0
Esbjerg Kommune	8 / 3	0 / 5	0	0	0
Faaborg-Midtfyn Kommune	4 / 1	0 / 2	0	0	0
Fanø Kommune	0 / 0	0 / 0	0	0	0
Fredericia Kommune	4 / 1	0 / 2	0	0	1
Haderslev Kommune	35 / 1	18 / 2	21	5	11
Kerteminde Kommune	4 / 1	0 / 1	0	0	0
Kolding Kommune	2 / 2	0 / 4	3	0	3
Langeland Kommune	2 / 0	0 / 1	0	0	0
Middelfart Kommune	1 / 1	0 / 2	0	0	2
Nordfyns Kommune	2 / 1	0 / 1	0	0	0
Nyborg Kommune	4 / 1	0 / 1	0	0	0
Odense Kommune	25 / 5	0 / 8	0	0	0
Sønderborg Kommune	23 / 2	21 / 3	31	12	17
Svendborg Kommune	57 / 2	0 / 2	0	0	1
Tønder Kommune	9 / 1	7 / 2	13	10	10
Varde Kommune	5 / 1	0 / 2	1	0	0
Vejen Kommune	0 / 1	0 / 2	0	0	0
Vejle Kommune	6 / 3	0 / 4	2	0	2

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/arbejdsmarkedet	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som videreudvikler SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. DAK godkendte den 22. juni 2017 det forelagte høringsudkast til tre nye SAM:BO forløb, der omhandler kommunikation og samarbejde mellem både det somatiske og det psykiatriske sygehus og socialpsykiatrien i kommunerne. Forløbene varr sendt i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017. Forløbene blev endeligt godkendt i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober samt i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Det samlede materiale vedr. SAM:BO forelægges SKU til godkendelse den 19. december 2017. DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsmarkedsområdet. Når beslutningen er godkendt i SKU den 19. december 2017, vil Følgegruppen få forelagt kommissorium og procesplan vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet til godkendelse på møde den 22. februar 2018.	22-02-18: Godkendelse af kommissorium og procesplan vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet. 22-02-18:Orientering om status på implementeringsplan ift. forløb indenfor Socialpsykiatrien.	19-12-17: Endeligt materiale til godkendelse i SKU.		
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.	22-02-18: Godkendelse af model for nedsættelse af lokale netværksgrupper.			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.

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
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. Arbejdsgruppen oplyste til følgegruppen den 17. august 2017, at der arbejdes videre med dannelse af netværksgrupper, som knyttes til de 5 sygehusenheder.	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. Implementeringen forløber planmæssigt. Sundhedsstyrelsen arbejder med at revidere deres anbefalinger for den palliative indsats. Arbejdet forventes færdigt i efteråret 2017. Herefter vurderer Kontaktgruppen (bestående af regionale SOF sekretærer), om der er behov for opdatering af samarbejdsaftalen . Følgegruppen informeres herom - evt. med forslag til kommissorium for en arbejdsgruppe. Er der ikke behov for at opdatere samarbejdsaftalen, foreslås det, at behovet igen vurderes i juni 2019, hvor samarbejdsaftalen er tre år gammel.	Der gives helårlig status til Følgegruppen for Behandling og pleje (maj). 22-02-18: Drøftelse vedr. anbefalinger for den palliative indsats.			DAK besluttede den 22. juni 2017 (pkt. 23 vedr. udmøntning af Kræftplan IV), at Følgegruppen ser på behovet for tværsektoriel opfølgning i Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en palliativ indsats, når den foreligger i revideret udgave.

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
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	Psykiatriområdet i Region Syddanmark arbejder ud fra SAM:BO aftalen på lige fod med det somatiske område. I det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje, anvendes de MedCom-standarder, som fremgår af den reviderede SAM:BO (implementeret den 3. oktober 2017). Psykiatrisygehuset deltager ligeværdigt i den auditering, som fremgår af tids- og procesplanen for impementering af den reviderede SAM:BO.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper. 22-02-18: 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. Den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe afholder sit 1. møde den 31. oktober 2017.			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.	

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
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 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). DAK besluttede den 22. juni 2017, at udarbejdelse af et ramme- og retningspapir skal afvente denne proces.	Udarbejdelse af ramme- og retningspapair afventer. Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.			
Audit/evaluering af SAM:BO	Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet. Der er dog fortsat usikkerhed om, hvordan lovændringen skal tolkes, og hvilken betydning det har for gennemførsel af audit vedr. SAM:BO. Sundhedsdirektørkredsen har 2. halvår 2017 vedtaget nedsættelsen af en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en konkret/praktisk fortolkning af lovændringen.	22-02-18: Der orienteres om status på arbejdet vedr. audit/evaluering af SAM:BO jf. lovændring.			

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
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.	Status gives helårligt i august.			
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.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i Region Syddanmark har haft nedsat en underarbejdsgruppe, der har arbejdet med at afdække de udfordringer, der er i forhold til underrepræsentation af etniske minoriteter i opsporing, udredning og behandling af demens. Det lægges i forlængelse af arbejdet op til DAK, at det videre arbejde med kompetenceudvikling indenfor opsporing, behandling, pleje og omsorg af borgere med demens herunder borgere af anden etnisk herkomst lægges ind i en fælles ansøgning til Sundhedsstyrelsen om puljemidler til kompetenceudvikling, som udmøntes som del af den nationale demenshandlingsplan i 2018.	22-02-18: Status på arbejdet med oplæg til kompetanceudvikling.	1. halvår 2018: Forslag til fælles (tværsektoriel) ansøgning vedr. kompetenceudvikling indenfor demensområdet		
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der har været udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb, som viste sig ikke at være hensigtsmæssigt. 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.	22-02-18: Status på arbejdet med oplæg til kompetanceudvikling.	1. halvår 2018: Forslag til fælles (tværsektoriel) ansøgning vedr. kompetenceudvikling indenfor demensområdet		
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					

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
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 forelægges på møde i DAK i november 2018.	22-02-18: Oplæg vedr. læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange.	21-03-18: Oplæg vedr. læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange.		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17.	22-02-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje og herefter på førstkommende møde i DAK.		2. 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
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. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven.	09-04-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje og herefter på førstkommende møde i DAK.			Aktuelt afventes udpegning af kommunal medformand. Arbejdet bliver derfor forsinket ift. den oprindelige tidsplan.
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	DAK godkendte den 22. juni 2017, at det skal forelægges til beslutning i DAK at nedlægge samarbejdsaftalen på det psykiatriske område, når dette er muligt. Det skal desuden sikres, at tillægsaftaler til samarbejdsaftalen kan stå alene, inden man kan udfase den overordnede samarbejdsaftale. Der nedsættes en lille tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal danne overblik over, hvor store konsekvensrettelser det vil medføre for de enkelte tillægsaftaler. Der gives en status på arbejdet til Følgegruppen herom i oktober 2017.	22-02-18: Reviderede underaftaler på det psykiatriske område.	21-03-17: Reviderede underaftaler på det psykiatriske område.		

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 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 på arbejdet (april).			
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 på arbejdet (nov.). 22-02-18: Årlig afrapportering.			
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 2017og 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.				

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 om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet	Arbejdsgruppen har i perioden 15. august - 18. september 2017 afholdt tre møder med det formål at redigere, opdatere og ændre aftalen i det omfang, det har været vurderet hensigtsmæssigt. Derudover er det så vidt muligt sikret, at snitfladerne til Aftale om sårbare gravide er tydelige samt, at der er overensstemmelse mellem indholdet i de to aftaler, på de områder, hvor der er overlap. Aftalen foreligger nu i en høringsversion, som er behandlet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 12. oktober 2017. Aftalen er i administrativ høring den 13. oktober- 16. november 2017.		25-01-18: 2018: Endelig godkendelse i DAK	Den reviderede aftale forventes klar til implementering i SOF'erne primo 2018 umiddelbart efter godkendelse i DAK.	
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016. Alle kommuner i Region Syddanmark kan nu modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Arbejdsgruppen er derfor nedlagt. Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF´erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.				Det blev besluttet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 17. august 2017, at monitoreringen ikke videreføres. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses over for Følgegruppen.
Patientoplevet kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevet kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

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

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen
Blå = Afventer igangsættelse

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

Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					

[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 vedr. nye rammer for kronisk sygdom	Arbejdet med udviklingen af de nye forløbsprogrammer forløber planmæssigt.	**KOL** DAK fik den 23. november 2017 forelagt et første oplæg til monitoreringen af indsatsen i forlængelse af patientforløbsprogram-met. **Diabetes** Den 4/12: Følgegruppen for Forebyggelse gennemgik endeligt udkast til forløbsprogram på baggrund af de indarbejdede høringssvar. **Kommende forløbsprogrammer** DAK har den 23. november 2017 godkendt, at det næste forløbsprogram, der skal udarbejdes, er for hjertesygdom. I den forbindelse blev tidsplan og budget for arbejdet også godkendt	**KOL** Et mere detaljeret forslag til monitorering af indsatsen forventes forelagt DAK i første halvår 2018, hvori DAKs kommentarer pr. 23/11 2017 indarbejdes. **Diabetes** Primo 2018: DAK og SKU behandler det endelige forløbsprogram mhp. godkendelse **Kommende forløbsprogrammer** Det forventes, at DAK vil få forelagt et endeligt forslag til forløbsprogram på hjerteområdet på første møde i 2019.	**Diabetes** Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo/medio 2018 (efter første møde i SKU i 2018) **Kommende forløbsprogrammer** Det forventes, at forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom er klar til implementering primo/medio 2019 (efter første møde i SKU i 2019).	Følgegruppen for forebyggelse anmoder årligt (ultimo) Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom om at gennemgå og evt. opdatere de udarbejdede forløbsprogrammer

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 for sundhedsprofilen 2017	Statens Institut for Folkesundhed (SIF) udarbejder i oktober-december 2017 Sundhedsprofilrapporten i tæt dialog med Region Syddanmark. Arbejdet forløber planmæssigt. Regionen inviterer til to arrangementer ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen: Den 12. marts kl. 16.00 – 18.30: Offentliggørelse af sundhedsprofilen for kommunale og regionale politikere og direktører/chefer. Den 22. marts (heldags): Præsentation af sundhedsprofilen primært for konsulent- og sundhedschefniveauet i kommunerne med fokus på temaerne "De pressede unge", "De usunde voksne" og "De syge voksne". Data perspektiveres og fremtidig indsats drøftes. I december-februar forbereder Region Syddanmark den regionale kommunikationsindsats ifm. offentliggørelsen af profilen og udarbejder materiale, der kan understøtte kommunernes kommunikationsindsats, herunder fx fælles materiale om undersøgelsen, forslag til svar på nogle af de "historier", der kan dukke op i kølvandet på offentliggørelse af data mv.	**Januar 2018:** Region Syddanmark udsender materiale til kommunerne som hjælp til kommunikationsindsats og håndtering af medier ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen. **Februar 2018:** Kommunerne i regionen modtager en kommunespecifik dataoversigt (i fortrolighed). **Marts 2018:** 6. marts: Den nationale sundhedsprofil offentliggøres. 12. marts: Den syddanske profil offentliggøres for politikere og ledende embedsmænd. 22. marts: Temadag om sundhedsprofilen for konsulent- og sundhedschefniveauet i de syddanske kommuner.	Resultatet af undersøgelsen offentliggøres i marts 2018. DAK og SKU orienteres på førstkommende møder derefter.	Kommuner, SOF'er mv. tilbydes oplæg om sundhedsprofilen og rådgivning ifm. anvendelse af sundhedsprofilens data mv.	

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	Arbejdsgruppen bistår i udarbejdelse af monitoreringsoplæg på KOL området. Arbejdsgruppens ønsker om ændringer i arbejdsgruppens kommissorium drøftedes i Følgegruppen for Forebyggelse d. 4. december 2017. Der forventes tilbagemelding til arbejdsgruppen hurtigst muligt.	**Efterår 2017:** Udarbejdet monitoreringsoplæg for KOL i samarbejde med Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk syge.	**25. januar 2018:** DAK præsenteres for forslag til monitorering af forløbsprogrammet for KOL med udgangspunkt i principperne for monitorering, som blev godkendt i Det Administrative Kontaktforum (præsenteres af *arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk syge*)		

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 livsstilsygdomme hos mennesker med en sindslidelse	**Feb.-mart 2017:** 4 orienteringsmøder målrettet kursisternes nærmeste ledere er afholdt. 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**: Projektevalueringen er udarbejdet og forelægges styregruppen den 29.11.17. Evalueringen blev forelagt Følgegruppen for Forebyggelse ved mødet den 04.12.17. Forankringsarbejdet er i gang, herunder planlægning af formidlingsbesøg, etablering af e-læring og videreudvikling af projektet. **1. halvår 2018:** Forankring og udvikling	Den oprindelige proces- og milepælsplan følges med få undtagelser, herunder tilføjelse af planlægning og afholdelse af lederorienteringsmøder. Desuden fortsætter forankringsarbejdet ind i 2018. Det være sig primært formidling til relevante uddannelsesinstitutioner og færdiggørelse af e-læring. Endvidere arbejdes der i øjeblikket med videreudvikling af projektet. Det er uafklaret, hvorvidt nærværende projektperioden skal afsluttes med et seminar. Relevansen af og rammen for et evt. seminar skal afklares.		PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	Projektevalueringen er udarbejdet og forelægges styregruppen den 29.11.17 og Følgegruppen for forebyggelse den 04.12.17. Det sundhedspædagogiske koncept og nogle af projektets resultater er præsenteret ved Nordisk Folkesundhedskonference i august 2017. Der etableres e-læring målrettet professionelle. Arbejdet er i gang. Modulerne forventes tilgængelige primo/medio 2018. Der planlægges formidlingsbesøg på relevante uddannelsesinstitutioner. Tre aftaler er indgået. Mulighederne for videreudvikling af projektet afdækkes i øjeblikket.

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: **Ny aftale på børne- og ungeområdet**	Der er nedsat en arbejdsgruppe med Koncerndirektør Kurt Espersen og Sundheds- og forebyggelseschef i Odense kommune, Sonja Seerup Hansen som formænd. Arbejdsgruppen har afholdt tre møder i perioden november til december 2017 og har besluttet at afholde yderligere tre møder i perioden januar til marts 2018.	**25. januar 2018:** Der afholdes formandsmøde mellem Følgegruppeformandskabet og arbejdsgruppeformandskabet. **5. april 2018:** Følgegruppen for Forebyggelse præsenteres for høringsudkast **24. maj 2018:** Det Administrative Kontaktforum godkender høringsudkast til Aftale på børne- og ungeområdet	**Medio 2018:** Der forventes at foreligge et høringsudkast til en aftale.	Ultimo 2018.	Der er planlagt tre nye møder i arbejdsgruppen i første kvartal 2018, da arbejdsgruppen vurderer, at opgaven er så omfattende, at dette er nødvendigt.
Aftale om **kompetenceudvikling og videndeling – vedr. "lead" model i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer**	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen om kompetenceudvikling og videndeling. I rammeaftalen beskrive en model, hvor et SOF skal være "lead" på et kompetenceudviklingsforløb i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer. Modellen afprøves på det kommende diabetesforløbsprogram, hvor SOF-Fyn tildeles "lead".			Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering i foråret 2018, jf. status for Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom.	

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**	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Afrapportering forelagdes DAK d. 23/11 2017. På baggrund af drøftelse i DAK d 23.11 2017, besluttede DAK, at der ikke var opbakning til at bede Følgegruppen for Forebyggelse om at udarbejde forslag til en videre proces, da tilgang og forventninger til en fælles børne- og ungeprofil var forskellige i hhv. kommuner og regionen. Sagen anses derfor som **afsluttet** for Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	**23/11 2017:** Behandlet på DAK.	Ej relevant	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om **kompetenceudvikling og videndeling inkl. samarbejde med Sammen om Velfærd**	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev behandlet i DAK d 22/6 2017, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, begrundet i, at man ønskede sagen drøftet i regi af Sammen om Velfærd en gang til. Efter drøftelse i Sammen om Velfærd besluttede Følgegruppen for Forebyggelse d 04.12.2017, at der ikke følges yderligere op på denne del af aftalen, da der allerede pågår en række tværsektorielle kompetenceudviklingsinitiativer lokalt, hvorfor det ikke giver mening at lave en regional aftale herom også. Denne del af aftalen anses dermed som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant			

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
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 kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, som er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget d. 15/8 2017. Udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen er sat i gang, og der er deadline for udpegning d 4/9 2017.	**22/6 2017:** Kommissoriet behandlet i Det administrative kontaktforum. **15/9 2017**: Kommissorium godkendt i Sundhedskoordination sudvalget **Efterår 2017:** Arbejdsgruppen nedsættes og opstarter arbejdet **Forår 2018:** Høringsudkast klar	**22/6 2017:** Behandlet på DAK. **15/8 2017:** Godkendt af 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 retningsliner 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**	**Milepæle**[1]	**Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK**	**Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne**	**Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses**
Arbejdsgruppe: **Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark"**.	Arbejdsgruppen 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 primo 2018, jf. nedenstående punkt.

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: **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 Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.)
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.

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
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.
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.

Porteføljestyringsværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

Januar 2018

Farvekoder:

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.

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	Udarbejdelse af hjælpemateriale er afsluttet og materialet blev forelagt på følgegruppens møde den 7. oktober 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
samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	DAK godkendte den 23. november 2017 den foreslåede model for den tværsektorielle opfølgning på indsatsen.		Der sigtes imod, at resultater fra opfølgningen kan forelægges DAK på maj-mødet i 2018.		
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet blev godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
genoptræning afklares.					
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	DAK godkendte den 23. november 2017, at opfølgningen og forslag til den fremtidige opfølgning forelægges SKU.		Opfølgningen forelægges SKU den 19. december 2017. Der lægges i den forbindelse op til, at opfølgningen gentages i efteråret 2018.		
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 af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-platform pauseres, 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-	Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge forelå i april 2017	DAK godkendte den 22. juni slutrapport med tilhørende bilag fra arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet, idet det fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora	Klar til implementering	

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
	cemeddelelse , 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				
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 medio 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe.		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		

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 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 er forelagt for følgegruppen møde den 9. maj 2017.	DAK godkendt den 22. juni 2017, at 1) følgegruppen udsender afrapporteringen til de lokale samordningsfora med henblik på drøftelse af den videre indsats samt 2) følgegruppen nedsætter en arbejdsgruppe med henblik på, at der medio 2018 kan foreligge et forslag til en revision af samarbejdsaftalen.		
Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af genoptræning	Mulige emner og designs af et forskningsprojekt er blevet drøftet af såvel følgegruppen som dens faglige arbejdsgruppe. Der forestår nu et arbejde med at formulere et specifikt oplæg til et forskningsprojekt og den dermed forbunde økonomiske ramme	Det videre arbejde med et oplæg drøftes på et møde mellem VIVE, følgegruppen og den faglige arbejdsgruppe den 9. januar 2018	Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		

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	DAK har besluttet, at følgegruppen kan igangsætte et pilotprojekt med 2-3 kommuner, hvor potentialet i et ændret samarbejde kan undersøges.	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet primo 2018. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet primo 2018. M4: Identifikation af kommuner til pilotprojekt. Primo 2018	Det forventes, at DAK kan orienteres om resultaterne fra pilotprojektet ultimo 2018.	En eventuel samarbejdsaftale afventer resultaterne af pilotprojektet.	

[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
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)	- Intravenøs væskebe-handling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/6 2017 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. M4: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo november 2017 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, førstegang op til mødet i DAK d. 27/9 2018.
	- 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	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo 2018 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, førstegang op til mødet i DAK d. 27/9 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
		behandles i SKU på mødet d. 19/12 2017. M4: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 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 2018 M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU primo 2018	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU primo 2018	Første kvartal 2018	
	- Anlæggelse og pasning af dræn - Kateteranlæggelse	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i den 21/3 2018 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK 14/5 2018 M3: Samarbejdsaftalen	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU medio 2018	Medio 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
		behandles i SKU medio 2018			
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af SKU d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9 2016, Forretningsudvalget d. 14/9 2016 og Regionsrådet d. 23/9 2016.			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.	Det er aftalt at samarbejdsaftalen skal evaluereres to år efter implementering, dvs. september 2018.
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 lavpotent kemoterapi i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK´s møde den 22. juni 2017 revideret og inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne information er	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres halvårligt. I perioden d. 1/7– 31/12 2017 har 5 patienter modtaget behandling med cytosar 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
				kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I hele 2017 modtog 11 patienter behandling med lavdosis cytosar i eget hjem.

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-under-støttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Tværsektoriel anvendelse af video DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: tværsektoriel anvendelse af video	Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har igangsat en afdækning af tilgængelige tekniske løsninger i kommunerne. Herefter nedsættes en arbejdsgruppe, hvor alle tekniske løsninger er repræsenteret, som får til opgave at beskrive løsninger til identificerede udfordringer.	1. Afdækning af tekniske løsninger i kommunerne (gennemført). 2. Nedsættelse af arbejdsgruppe i proces.	14. maj 2018		

[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
	På baggrund heraf udarbejdes forslag til handleplan.				
Videndeling DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: organisatorisk implementering og videndeling. Indsatsen deles i et spor for implemen-tering, som varetages af SOF'erne og et spor for videndeling, som varetages af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.	Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har igangsat en proces, som indledes med en række interviews med repræsentanter for SOF'erne med henblik på at identificere ønsker til og potentiale for vidensdeling. På baggrund heraf nedsættes en mindre arbejdsgruppe, som får til opgave at udarbejde forslag til handleplan for vidensdeling.		21. marts 2018		
Telemedicinsk sårvurdering.	Forslag til forlængelse af projektperioden med		Januar 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
På mødet i Det Administrative kontaktforum 22. september 2018 blev det besluttet, at telemedicinsk sårvurdering fremadrettet forankres i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.	regional finansiering behandles på selvstændigt dagsordenspunkt.				

Porteføljestyringsværktøj - Sundhedsaftalen 2015-2018

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/ første resultater af indsats
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt arbejder med at udvikle præsentationen af den kommende rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU.		Det forventes at Følgegruppen kan fremlægge præsentationen den 14. maj 2018 til DAK og 27.juni 2018 til SKU.		Der vil komme ny data fra sundhedsdatastyrelsen til foråret 2018. Her vil næste opdatering på de 8 nationale kvalitetsmål blive forelagt.
KOL-landsdelsprogrammet i Region Syddanmark. Beregning af lokal business case og gevinstrealisering.	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har udpeget en arbejdsgruppe der vil arbejde med lokal business case og gevinstrealisering etc. Følgegruppen har anmodet arbejdsgruppen om at rapportere direkte til programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet, selvom arbejdsgruppen formelt ligger under følgegruppen. Følgegruppens sekretariat vil indgå i arbejdsgruppen for at holde FØKE orienteret. Derudover har følgegruppen anbefalet arbejdsgruppen, at KOL-landsdelsprogrammet sekretariat også indgår i arbejdsgruppen.				Følgegruppen har rettet henvendelse til KOL-landsdelsprogrammet. Arbejdsgruppen har første leverance 15.januar 2018.
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 afsluttet de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af forskningsdesign er overdraget til følgegruppen for genoptræning or rehabilitering		
SPOT-projektet	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering arbejder med at integrerer SPOT spørgeskemaet i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.				

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
KOL programmet i Syddanmark (Landsdelsprogram Syd)					
Leveranceplan for 2018	Igangsat			Februar 2018	Programledelsen er pt. i gang med udarbejdelsen af en overordnet leveranceplan, så der giver en overblik over de leverancer der hører under de enkelte milepæle.
Leverancebeskrivelser til relevante følgegrup-per	Igangsat				
Milepæl 3: Behandlingstilbud inden for landsdelen er godkendt					
Milepæl 3.1: Behandlingstilbud in-den for landsdelen god-kendt (Sundhedsfagligt indhold, organisering og målgruppe) Milepælen er gennem-ført, når rammerne for	Afsluttet			November 2017	Programstyregruppen god-kendte det sundhedsfaglige grundlag på møde den 23. november 2017.

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
det telemedicinske behandlingstilbud er godkendt i relevante styregrupper. Behandlingstilbud omfatter det kliniske indhold af den telemedicinske ydelse, rolle- og ansvarsfordeling blandt sundhedsfaglige, målgruppen for tilbuddet.					
Milepæl 4: Aftaler indgået					
Milepæl 4.1: Behandlingstilbud indskrevet i Sundhedsaftalen Milepælen er godkendt når behandlingstilbud er indskrevet i sundhedsaftalen og godkendt i Sundhedsstyrelsen	Ej Igangsat			Medio 2019	Det er centralt besluttet, at godkendelsen af de kommende sundhedsaftaler i Sundhedsstyrelsen skydes med 6 måneder dvs. medio 2019.
Milepæl 4.2: Behandlingstilbud godkendt i Praksisplanen	Igangsat			Januar 2019	Indledede kontakt taget til Praksisafdelingen, som har tovholderfunktion på Praksisplanen. Den nuværende Prak-

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepælen er gennemført, når der er indgået aftale om behandlingstilbud med almen praksis					sisplan i Region Syddanmark er gældende fra 2015 - 2018.
Milepæl 4.3: Behandlingstilbud indskrevet i Forløbsprogrammet	Igangsat			2. kvartal 2018	Forløbesprogrammet i Region Syddanmark er udarbejdet og godkendt. På baggrund af arbejdet i landsdelsprogrammet vil der ske en revidering af forløbsprogrammet. Proces for indskrivning i forløbsprogrammet skal startes op snarest og er endnu ikke klarlagt. Landsdelsprogrammet er afhængig af proces i Sundhedsaftaleregi.
Milepæl 5: Koncept, etablering og idriftsættelse af Service, support og logistikfunktioner					
Milepæl 5.1: Fastlagt koncept for SSL Milepælen er gennemført, når den overordnede ramme/koncept Efor SSL i landsdelen ligger fast og er godkendt i programstyregruppen. Konceptet	Ej igangsat			Oktober 2018	

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
skal som minimum omfatte en beskrivelse af governance, finansieringsmodel, roller og ansvar for udførende funktioner/operationalisering, kontraktstyring, SLA samt den videre plan for selve etableringen af SSL-konceptet					
Milepæl 5.2: Udbud og tildeling/kontraktindgåelse gennemført Milepælen er gennemført, når eventuelle udbud af SSL-funktioner i landsdelen er gennemført og kontrakter indgået. Det er uanset om der gennemføres udbud af en total-løsning for SSL, udbud af enkelte SSL-funktioner og om der er tale om fælles	Ej igangsat			Marts 2019	Vi forventer at en evt. lokal udbudsproces forløber uden problemer og at kontrakter kan indgås senest marts 2019.

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
udbud / tværkommunale udbud / lokale udbud. Milepælen er kun aktuel, såfremt der skal gennemføres udbud af SSL-funktioner.					
Milepæl 5.3: SSL i drift Milepælen er gennemført, når alle nødvendige SSL-funktioner til understøttelse af den telemedicinske behandling fungerer i drift (operationalisering)	Ej igangsat			April 2019	Klar til pilot Vi er dog afhængig af at udbudsorganisationens tidsplan ikke ændres.
Milepæl 6: Teknisk løsning indkøbt og klar til drift					
Milepæl 6.1A Bekendtgørelse af udbud af telemedicinsk infrastruktur Milepælen er gennemført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			27-11-2017	
Milepæl 6.2A	Igangsat			18-12-2017	

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Bekendtgørelse af udbud af telemedicinske løsninger Milepælen er gennemført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.				
Milepæl 6.1B Tildeling af leverandør på telemedicinsk infrastruktur og afslutning af udbuddet Milepælen er gennemført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en leverandør.	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			31-07-2018	Landsdelsprogrammerne har på tværs igangsat arbejdet med at kvalificere en bruttoliste af tekniske forberedende aktiviteter og drøftelser der skal ske lokalt inden for landsdelsprogrammet før, under og efter udbuddene.
Milepæl 6.2B Tildeling af leverandører på telemedicinske løsninger og afslutning af udbuddet Milepælen er gennem-	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			15-09-2018	Landsdelsprogrammerne har på tværs igangsat arbejdet med at kvalificere en bruttoliste af tekniske forberedende aktiviteter og drøftelser der skal ske lokalt inden for

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
ført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en eller flere leverandør (er)					landsdelsprogrammet før, under og efter udbuddene.
Milepæl 6.3: Landsdelsprogram har indgået aftale med leverandør på rammeaftale Milepælen er gennemført, når kommuner og regionen i landsdelen har indgået relevante kontrakter på de fælles rammeaftaler. Det er (for de fleste landsdelsprogrammer) den enkelte kommuner og regionen, der skal indgå selvstændige kontrakter. Det er ikke et kriterium, at alle kommuner / regioner indgår kontrakter for borgerløsningen.	Ej igangsat				

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 6.4 Telemedicinsk infrastruktur og løsninger er idriftsat til national drift Milepælen er gennemført, når infrastruktur og TM-løsninger (borgere og medarbejdere) er klar til fuld drift. Det er således efter pilot med 1000 borgere og efterfølgende tilpasning.	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			01-09-2019	
Milepæl 6.5 Landsdelsspecifikke optioner og medarbejdervendt løsning sat i drift Milepælen er gennemført, når borgervendte løsninger inkl. tilvalgte optioner er i drift i landsdelen.	Ej igangsat			01-10-2019	Milepæl er afhængig af hvad der kommer til at være en del af udbuddene og hvad der bliver optioner samt potentielle leverandørers udviklingstid. Landsdelsprogrammet har derfor ikke mulighed for at angive en data for milepæl.

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 6.6 Anskaffelsesstrategi for udstyr til borgere fastlagt Milepælen er gennemført, når der er truffet beslutning om indkøb af relevant teknisk udstyr	Ej igangsat			Januar 2019	
Milepæl 6.7 Udstyr til borgere sat i drift Milepælen er gennemført, når relevant teknisk udstyr (fx tablets, måleudstyr) til borgere, der skal understøtte det telemedicinske behandlingstilbud er indkøbt og i drift	Ej igangsat			Juli 2019	Milepæl relateret til drift og ikke pilot.
Milepæl 7: Sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer udfærdiget					
Milepæl 7.1: Sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer udfærdiget	Igangsat			Juli 2018	

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepælen er gennemført, når relevante fælles sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer for landsdelen (men som kan kræve lokal tilpasning i kommuner og hospitalsafdelinger) er udarbejdet og godkendt af programstyregruppen					
Milepæl 8: Uddannelse og kompetenceudvikling					
Milepæl 8.1: Koncept, plan og materiale for uddannelse af sundhedsfaglige personale er klart Milepælen er gennemført, når det overordnede koncept for uddannelse af sundhedsfagligt personale samt uddannelsesmateriale og den videre proces for etablering / opera-	Ej igangsat			Marts 2019	Der er nedsat et tværgående udvalg for uddannelse og kompetenceudvikling.

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
tionalisering af uddannelsen er godkendt i programstyregruppen					
Milepæl 8.2: Koncept, plan og materiale for uddannelse af borgere er klart Milepælen er gennemført når det overordnede koncept for uddannelse af borgere samt uddannelsesmateriale og den videre proces for etablering / operationalisering af uddannelsen er godkendt i programstyregruppen	Ej igangsat			Marts 2019	Der er nedsat et tværgående udvalg for uddannelse og kompetenceudvikling.
Milepæl 8.3: Uddannelsestilbud til borgere og sundhedsfaglige er sat i drift Milepælen er gennemført, når de godkendte uddannelsestilbud, jf. milepæl 8.1 og 8.2 er i drift. Drift er efter pilot	Ej igangsat			April 2019	

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
og eventuel revidering af uddannelseskoncept og materiale					
Milepæl 9: Integrationer til IT-fagsystemer					
Milepæl 9.1: Snitfladekoncept og muligheder afklaret og informeret til lokale beslutningstagere Milepælen er gennemført, når landsdelsprogrammerne (programniveau) har drøftet og besluttet anbefaling til integrationer ml. lokale fagsystemer og hhv. national infrastruktur og infrastruktur jf. fælles telemedicinsk løsning. Der er tale om en anbefaling til de enkelte kommuner og regionen i landsdelen, eftersom programmet ikke kan beslutte om man lokalt ønsker integration.	Ej igangsat			Oktober 2018	Det er op til den enkelte aktør (kommune/region/Almen Praksis) at sikre integration til fagsystemer, såfremt dette måtte ønskes. FUT vil muliggøre at den indkøbte infrastruktur udstiller snitflader, som så kan understøtte/anvendes fra fagsystemerne.

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 9.2: Lokale (region, kommuner og almen praksis) beslutninger om snitflader truffet Milepælen er gennemført, når der fra programniveau er kommunikeret ud til region og kommuner omkring anbefaling / beslutning vedr. integrationer	Ej igangsat			November 2018	Det er op til den enkelte aktør (kommune/region/Almen Praksis) at sikre integration til fagsystemer, såfremt dette måtte ønskes. FUT vil muliggøre at den indkøbte infrastruktur udstiller snitflader, som så kan understøtte/anvendes fra fagsystemerne.
Milepæl 9.3: Integrationer sat i drift (data kan ses i fagsystemer) Milepælen er gennemført, når de kommuner og region, der ønsker integrationer ml. fagsystemer og infrastruktur har gennemført disse og sat i drift.	Ej igangsat			April 2019	Usikkerhed om hvorvidt fastsat deadline kan nås: vi kender ikke udviklingstid ved de enkelte leverandører samt hvor mange der er i gang med udbud af fagsystem, herunder leverandørernes pipeline for udviklingsønsker. Såfremt lokale integrationer skal testes, skal de være klar til pilottest Juli 2019.
Milepæl 10: Rammer for driftsorganisation					

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 10.1 Fastlægge rammer for driftsorganisation (governance, sysemforvaltning og sundhedsfagligt indhold) Milepælen er gennemført, når rammerne for driftsorganisationen er fastlagt og godkendt	Ej igangsat			April 2019	
Milepæl 10.2 Pilot 1 gennemført	Ej igangsat			Juni 2019	Forudsat at tidsplanen for FUT udbud overholdes.
Milepæl 10.3 Pilot 2 (Teknisk og organisatorisk afprøvning i produktionsmiljø) Dette er den egentlige pilot med op til 1000 borgere i alt landsplan. Milepælen er gennemført når der er sket en test, evaluering og justering af både teknik og organisering	Ej igangsat			August 2019	Milepæl er ajourført pba. FUTs orientering om forsinkelse i tidsplan på 9. porteføljestyregruppemøde
Milepæl 11: Implementering					

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 11.1 Implementeringsplan fastlagt og godkendt Milepælen er gennemført, når plan for implementering af det telemedicinske tilbud i landsdelen er fastlagt og godkendt i programstyregruppen. Planen skal som minimum omfatte tidsplan/eventuel bølgeplan (Implementering er her defineret ved "Go-live" / de første borgere er henvist til det telemedicinske tilbud)	Ej igangsat			Januar 2019	
Milepæl 11.2 10 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram Hver landsdel fastlægger forventet antal inkluderede borgere på	Ej igangsat			Juli 2019 – forventer 0-3 mdr's forsinkelser	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt af-

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx GOLD gr. D), der kan identificeres og som ønsker at deltage i det telemedicinske tilbud.					hænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)
Milepæl 11.3 50 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelspro-gram Hver landsdel fastlæg-ger forventet antal in-kluderede borgere på et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx GOLD gr. D), der kan	Ej igangsat			Oktober 2019 – forventer 0-3 mdr's forsinkelser	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
identificeres og som ønsker at deltage i det telemedicinske					
Milepæl 11.4: Mindst 95 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram	Ej igangsat			December 2019 Forventer forsinkelse på 0-3 måneder	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)

Indhold i Telemedicinsk KOL-tilbud i Syddanmark

RESUME **3**

1 | INDLEDNING **4**

2 | BAGGRUND FOR UDBREDELSE **5**

3 | OPDRAG **6**

4 | TILBUDDET I FORHOLD TIL DE EKSISTERENDE KOL-INDSATSER **8**

5 | MÅLGRUPPE **9**

5.1 INKLUSIONSKRITERIER 9
5.2 EKSKLUSIONSKRITERIER 10
5.3 VOLUMEN 10

6 | DET TELEMEDICINSKE KOL-TILBUD I SYDDANMARK **11**

6.1 FORMÅL 11
6.2 INDHOLD 11
6.2.1 Målinger i hjemmet *11*
6.2.2 Information og vejledning *12*
6.2.3 Generel information, vejledning og rehabilitering ..... ***Fejl! Bogmærke er ikke defineret.***
6.2.4 Supplerende indsatser *12*
6.3 VALG AF MÅLINGER OG REGISTRERINGER 13
6.3.1 Referenceværdier *14*
6.4 MÅLEHYPPIGHED 15
6.4.1 Målehyppighed under indkøring *15*
6.4.2 Målehyppighed efter indkøring (løbende) *15*
6.5 VARIGHED AF TILBUD, EVALUERING OG AFSLUTNING 15

7 | ROLLE- OG ANSVARSFORDELING MELLEM INVOLVEREDE SUNDHEDSPERSONER **17**

7.1 IDENTIFIKATION OG HENVISNING 18
7.1.1 Identifikation af borgere i kommunen *19*
7.1.2 Identifikation og henvisning af patienter i almen praksis *19*
7.2 OPSTART OG INKLUSION 19
7.3 MONITORERE OG HANDLE PÅ MONITORERINGSDATA 20
7.3.2 Kommunens opgaver og ansvar *21*
7.3.3 Sygehusets opgaver og ansvar *22*
7.3.4 Almen Praksis' opgaver og ansvar *22*
7.4 SKITSERING AF KONTAKTER MED BORGEREN I FORLØBET 23

8 | SUNDHEDSFAGLIGE KOMPETENCEKRAV **25**

8.1 KOMPETENCEKRAV - MONITORERINGSANSVARLIG 25
8.2 KOMPETENCEKRAV - BORGER 27
8.3 UDDANNELSE 28

9 | KRAV TIL TEKNISK UDSTYR OG DEVICES **29**

Resume

Regeringen, kommunerne og regionerne har i forbindelse med økonomi-aftalerne for 2016 indgået aftale om en national udbredelse af telemedicin til borgere med KOL frem mod udgangen af 2019. Udbredelsen organiseres nationalt som en fællesoffentlig portefølje, der består af fem landsdelsprogrammer.

I landsdelsprogrammet for udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i Syddanmark har Spor 1 vedr. sundhedsfagligt indhold udarbejdet anbefalinger til sundhedsfagligt indhold og organisering.

Udgangspunktet for beslutningsoplægget er:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for området: ”Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde”
- Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark
- Et overordnet mål om at styrke borgerens tryghed og højne mestringsevnen til aktivt at tage vare på egen helbredstilstand.

I forhold til målgruppe og indhold har arbejdsgruppen anbefalet, at det telemedicinske KOL-tilbud er et sundhedstilbud til borgere med KOL (primært GOLD gruppe D), hvor borgeren løbende foretager målinger og registreringer i hjemmet.
Det telemedicinske KOL-tilbud består desuden af information og vejledning samt en fælles oversigt over borgerens stamdata og forløb, herunder indsatser.

Det telemedicinske KOL-tilbud kan suppleres med et individuelt tilpasset indhold, fx en ernæringsindsats, tobaksafvænning eller øvrige supplerende indsatser – alt efter hvilke tilbud der findes lokalt.

Arbejdsgruppens anbefalinger skal – efter godkendelse i Det Administrative Kontaktforum – indskrives i Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark, når programmet revideres.

.

1 | Indledning

I forbindelse med den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL har landsdelsprogrammet for Syddanmark nedsat et projektspor som har haft ansvaret for at udarbejde anbefalinger til det telemedicinske tilbud i Syddanmark.

Nærværende beslutningsoplæg er sammenfatningen af de drøftelser, der er pågået i projektsporet vedrørende det sundhedsfaglige indhold samt overvejelser omkring organisering af tilbuddet.

Udgangspunktet for beslutningsoplægget er Sundhedsstyrelsens anbefalinger for *"Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde"* (december 2016) samt *"Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark".*

Projektsporets har taget udgangspunkt i at telemedicinsk hjemmemonitorering, skal ses som en del af det samlede tværsektorielle forløb for borgere med KOL.

De samlede anbefalinger skal behandles i Programstyregruppen for landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i Syddanmark. Når anbefalingerne fra det sundhedsfaglige spor er godkendt og landsdelsprogrammet for Syddanmark starter implementeringen, skal anbefalingerne være indarbejdet i Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark[1].

Projektsporet har i forbindelse med anbefalingerne især haft fokus på følgende præmisser:

- at støtte borgerens sygdomsmestring og handlingskompetence
- at øge borgerens tryghed i hverdagen
- at borgeren skal opleve sammenhæng i sit forløb
- at de målinger, der foretages, skal give mening for den enkelte borger
- at det altid skal være klart, hvor ansvaret er placeret
- at opgaverne – indenfor rammerne af det gældende forløbsprogram – placeres der, hvor man kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for
- at medvirke til at reducere indlæggelser og ambulatoriebesøg
- at den rehabiliterende tankegang er en væsentlig del af evnen til mestre egen sygdom.

[1] Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, Region Syddanmark og de 22 kommuner, august 2016 s. 9

2 | Baggrund for udbredelse

Regeringen, kommunerne og regionerne har i forbindelse med økonomiaftalerne for 2016 indgået aftale om en national udbredelse af telemedicin til borgere med KOL frem mod udgangen af 2019.

Formålet med den nationale udbredelse af telemedicin til understøttelse af behandlingen til borgere med KOL er at medvirke til mulige positive effekter af både sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk karakter. Det handler fx om, at den enkelte borger med KOL forstår og handler på egne symptomer for herved at kunne opnå en øget livskvalitet, tilfredshed og tryghed mv. og om deraf følgende færre og/eller kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser. Nedenfor fremgår de tre strategiske målsætninger:

Borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, oplever med telemedicinsk behandling færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg

Borgere med KOL, som modtager telemedicinsk behandling, skal opleve øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet og tryghed i hverdagen samt øget sygdomsmestering

Det skal være nemt for borgere med KOL og relevante medarbejdere at anvende de telemedicinske løsninger

3 | Opdrag

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

- Gennemføre en målgruppeanalyse og stille forslag til hvilke borgere med KOL, der skal tilbydes telemedicinsk hjemmemonitorering
- Udarbejde retningslinjer for inklusion såvel som eksklusion af borgere til telemedicinsk hjemmemonitorering med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- Fastlægge indholdet af det sundhedsfaglige tilbud, der udgør telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL
- Beskrive de kompetencekrav og læringsmål, som de sundhedsfaglige tilbud forudsætter. Både i forhold til de sundhedsprofessionelle såvel som borgerens kompetencer (egenomsorg).
- Fastlægge rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede sundhedspersoner (almen praksis, kommuner, sygehuse) i den telemedicinske hjemmemonitorering
af borgere med KOL
- Drøfte og forholde sig til hvilke informationer der bør deles mellem sundhedsfaglige, hvornår og hvordan skal de deles (fx målinger, tærskelværdier, sundhedsoplysninger relaterede til KOL, pårørende/netværk).
- Udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale vedr. telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, gældende for de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis.

I forhold til informationsbehovet aktører imellem, har arbejdsgruppen drøftet informationsbehovet på et overordnet niveau, men ikke konkret skitseret hvordan disse deles. Det vil efterfølgende blive udfoldet i en instruks.

Der udarbejdes ikke nogen selvstændig samarbejdsaftale, idet anbefalingerne efter godkendelse skal indarbejdes i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL.

Den nedsatte arbejdsgruppe har i perioden fra maj 2017 til oktober 2017 afholdt i alt 8 arbejdsmøder, hvor beslutningsoplæggets anbefalinger har været drøftet. Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1.

Læsevejledning

I dokumentet forholder vi os til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (SST 2016). I de enkelte afsnit vil disse fremgå i grå bokse. Afviges der fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger vil dette fremgå i selve afsnittet under. Der er udarbejdet en begrebsliste (se bilag x), der skal være med til at sikre en fælles forståelse.

4 | Tilbuddet i forhold til de eksisterende KOL-indsatser

I Region Syddanmark anbefales det, at tilbuddet benævnes som et telemedicinsk KOL-tilbud fremfor et behandlingstilbud. Behandling forstås ofte som en disciplin, der alene foretages på sygehusene eller hos den praktiserende læge. En borger med KOL vil forventeligt have brug for mere end behandling. Borgere kan have behov for følgende forskellige indsatser[2] ved tilknytning til tilbuddet:

- Sygdomsmestering
- Rygestop
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Andre lokale indsatser fx for sociale udsatte

Den rehabiliterende tankegang

En række undersøgelser har vist forbedret livskvalitet og et forbedret funktionsniveau hos KOL-patienter, der gennemgår et systematisk, individuelt sammensat rehabiliteringsprogram.

Formålet med KOL-rehabilitering er at give den enkelte KOL-patient mulighed for at opnå tryghed, livskvalitet og den højest mulige funktions-, mesteringsevne og livskvalitet i sin dagligdag.

Der er dokumentation for, at KOL-rehabilitering nedsætter åndenødsfornemmelse og udtrætning samt øger fysisk formåen, livskvalitet og patienternes evne til at mestre sygdommen.
Den rehabiliterende indsats supplerer således på bedste vis tankerne og principperne i det telemedicinske KOL-tilbud, hvorfor det sundhedsfaglige spor anbefaler, at man inddrager rehabiliteringsindsatsen i alle de tilfælde, hvor det kan lade sig gøre.

[2] Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, Region Syddanmark og de 22 kommuner, august 2016 s. 33.

5 | Målgruppe

Målgruppen for det telemedicinsk KOL-tilbud er borgere med KOL. Nedenfor beskrives henholdsvis inklusions- og eksklusionskriterier.

5.1 Inklusionskriterier

Det sundhedsfaglige spor anbefaler at lægge sig op af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for inklusion.

- diagnosen KOL er stillet ved spirometri mv.
- borgeren har mange symptomer, to eller flere eksacerbationer eller indlæggelse for KOL det sidste år eller FEV1 <50 pct. af forventet), og/eller borgeren kan være i iltbehandling
- borgeren er i behandling eller motiveret for behandling
- borgeren har fast bopæl og praktiserende læge i Region Syddanmark (dette kan dog fraviges lokalt efter aftale)
- borgeren er interesseret i at deltage – i forhold til det tekniske set-up og det sundhedsfaglige indhold og forventes på sigt at kunne forstå og handle på egne, målte værdier.[3]
- borgere med palliative behov vil også kunne inkluderes.

Derudover er det muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

Det kan eksempelvis dreje sig om borgere som ikke kan komme ud af eget hjem, psykisk sårbare eller hvor der er flere parametre, der tegner et billede af mulighed for forebyggelse i forhold til succes med borgerens egenmestring. Den kliniske vurdering heraf foretages af den behandlingsansvarlige læge.

Det sundhedsfaglige spor har taget udgangspunkt i GOLD-klassifikationen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Beskrivelsen af målgruppen tager afsæt i den beskrivende del af GOLD-klassifikationen. Begrundelsen herfor er, at der løbende forekommer ændringer i GOLD-klassifikationen (A-B-C-D)[4].

[3] Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2016 s. 8-9
[4] Jf. erfaringer fra Dansk Lungemedicinsk Selskab

5.2 Eksklusionskriterier

Eksklusionskriterier er forhold, der af forskellige grunde gør det telemedicinske KOL-tilbud uhensigtsmæssigt, ikke fagligt relevant og/eller praktisk umuligt at etablere og gennemføre. Det vil ofte være borgere, der ud fra en klinisk vurdering ikke vil have effekt af tilbuddet eller som har afprøvet tilbuddet og ikke kan anvende det.

Det sundhedsfaglige spor anbefaler følgende kriterier for eksklusion:

- multisygdom, hvor KOL *ikke* er den dominerende sygdom
- borgere, der ikke kan anvende det telemedicinske udstyr

5.3 Volumen

Oplysninger fra den genberegnede business case[5] viser, at vi i Region Syddanmark ifølge estimat har i alt 9.300 borgere i Gold-grupperne 3 og 4.

Er en borger klassificeret med GOLD D - ifølge de nye kriterier - vil den pågældende borger enten være klassificeret med GOLD 3 eller med GOLD 4 efter de gamle kriterier. Omvendt vil en række borgere (omkring halvdelen) klassificeret med GOLD 3 eller GOLD 4 ikke tilhøre GOLD D.

På baggrund af ovenstående estimeres antallet af borgere i Gold gruppe D at være 4.650 (50% af 9.300).

Antallet af praktiserende læger i Region Syddanmark er ca. 800, hvilket giver et gennemsnit på knap 6 patienter pr. praktiserende læge, under forudsætning af, at alle der opfylder inklusionskriterierne siger ja tak til tilbuddet. Antagelsen er dog, at ca. 50 % af målgruppen vil takke ja til tilbuddet, hvorfor målgruppen estimeres til 2.325 borgere dvs. knap 3 patienter pr. praktiserende læge.

Det er ikke forventningen, at inklusion af borgere med KOL, som ud fra en klinisk lægelig vurdering skønnes at ville have effekt af tilbuddet, vil øge volumen væsentligt.

[5] Se den genberegnede business case s. 31

6 | Det telemedicinske KOL-tilbud i Syddanmark

6.1 Formål

Formålet med det telemedicinske KOL-tilbud er at styrke borgerens tryghed og mesteringsevne. Den rehabiliterende tankegang er således styrende, og der arbejdes på, at borgeren selv bliver i stand til at forstå egne målinger og symptomer og derigennem bliver i stand til at tage ansvar for egen sygdom med støtte fra det sundhedsfaglige personale.

Tilbuddet har endvidere til formål at identificere en eventuel begyndende udvikling i sygdommen i negativ retning med henblik på at iværksætte eventuelle tiltag i tide til at bremse denne udvikling. At identificere forværringer inden de bliver behandlingskrævende er en opgave, som er relevant både når monitoreringsansvaret er placeret i kommunen og på sygehuset.

Det telemedicinske KOL-tilbud bør altid tilpasses behovet hos den enkelte borger, herunder baggrunden for at denne er blevet inkluderet i tilbuddet, fx ustabil sygdom, opfølgning på en indlæggelse eller et begrundet ønske om tryghed.
Dette behov bør afspejle sig i de målinger og registreringer borgeren skal foretage, hvilke referenceværdier der i den forbindelse sættes op, og hvor ofte målingerne og registreringer foretages.

6.2 Indhold

Borgerens egen praktiserende læge og sygehusets læge/sygeplejerske kan henvise til det telemedicinske tilbud, der som udgangspunkt kan være et livslangt tilbud.

Det telemedicinske KOL-tilbud består af:

- Målinger/registreringer i hjemmet
- Information og vejledning, herunder elementer af rehabilitering
- En fælles oversigt over borgerens stamdata, og forløb herunder indsatser.

6.2.1 Målinger/registreringer i hjemmet

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

6.2.2 Information og vejledning

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

De inkluderende borgere i det telemedicinske KOL-tilbud skal have tilbud om digital information og vejledning. Der er udviklet en lang række af forskellige informationer til borgere med KOL, informationsvideoer, pjecer og værktøjer.

6.2.4 Supplerende indsatser

I tråd med den rehabiliterende tankegang, kan det telemedicinske KOL-tilbud suppleres med et individuelt tilpasset indhold, fx en ernæringsindsats, tobaksafvænning, optimering af medicinsk behandling eller øvrige supplerende indsatser. De supplerende indsatser – er lokale tilbud – der tilbydes borgere med KOL afhængig af graden af deres sygdom, individuelle behov og hvilke tilbud der findes lokalt.
Det sundhedsfaglige spor anbefaler, at digital understøttelse af de supplerende indsatser kan tilbydes som lokale tilbud.

I figur 1 nedenfor ses indholdet af det telemedicinske tilbud og de lokale supplerende indsatser (stiplede bokse).

TELEMEDICINSK TILBUD	Målinger og monitorering	Tilbydes borgere med KOL, der opfylder krav til inklusion eller ved klinisk vurdering skønnes at have effekt af tilbuddet.
	Information og vejledning	Generel digital information og vejledning fx informations-videoer, pjece og værktøjer.
	Fælles oversigt	En fælles oversigt over relevant data, der kan tilgås af alle sundhedsaktører, der indgår i tilbuddet.
SUPPLERENDE INDSATSER	Rehabilitering	Tilbydes til borgere i målgruppen med behov.
	Træning	Tilbydes til borgere i målgruppen med behov.

Figur 1: Illustration af det telemedicinske KOL-tilbud

6.3 Valg af målinger og registreringer

Monitoreringen foretages dels gennem målinger og dels gennem registreringer i et elektronisk spørgeskema.

Det sundhedsfaglige spor anbefaler at følgende målinger bør indgå i hjemmemonitoreringen:

- Saturation - iltmætning af blodet
- Puls
- Vægt

Desuden kan tilvælges måling af lungefunktion når behandlings- og monitoreringsansvaret er placeret ved sygehuset, såfremt det vurderes at være relevant for den enkelte borger. Det vil være den behandlings-ansvarlige læge, der afgør dette.

Arbejdsgruppen anbefaler, at blodtryk ikke indgår i de mulige målinger.

De registreringer, borgeren indberetter via elektronisk spørgeskema bør omfatte:

- Symptomscore (sygdomsspecifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim- og spyttest, funktionsbegrænsning m.v.)
- Rejse-sættes-sig-test[6]

Det sundhedsfaglige spor anbefaler udover ovenstående målinger og registreringer, at borgere tilbydes mulighed for løbende tjek af deres inhalationsteknik via videokonference.

6.3.1 Referenceværdier

Før opstart af det telemedicinske KOL-tilbud fastlægges den enkelte borgers referenceværdier. Det er en klinisk opgave at vurdere referenceværdierne, og de fastlægges individuelt ud fra borgerens egne værdier.

Som udgangspunkt fastsættes forudindstillede referenceværdier for de borgere, der modtager det telemedicinske KOL-tilbud. Nedenfor ses Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forudindstillede referenceværdier, hvor grøn angiver normale forhold, gul angiver at man bør være opmærksom, og rød angiver ikke-normale forhold, hvor lægekontakt er påkrævet.

Saturation	≥92	≥88 og <92[18]	< 88[19]

Puls: (hvile)	≤50	>50 og <60	≥60 og <110	≥110 og <130[20]	≥130[21]

Vægt indstilles altid individuelt: I Telecare Nord indstilles vægt ud fra første vægtmåling eller vurderet vægt på baggrund af vægtmåling over 14 dage:

Vægt kg	+ 3	+ 2	÷ 2	÷ 3

Figur 2: Standard alarmgrænser s. 34, Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2016

Den behandlingsansvarlige læge (praktiserende læge eller læge på sygehuset) justerer grænseværdierne, hvis der findes indikation for det, jf. DSAMs vejledning.

---

[6] Sundhedsstyrelsen 2013: Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring s. 10

6.4 Målehyppighed

6.4.1 Målehyppighed under indkøring

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

6.4.2 Målehyppighed efter indkøring (løbende)

Efter 14 dage evalueres om borgerens habituelle tilstand (måleregime) kan fastsættes og herefter foretages målinger 2 x ugentligt, medmindre den monitoreringsansvarlige vurderer, at der er behov for anden målehyppighed. Udgangspunktet er, at kommunen ser på borgerens målinger to gange ugentligt. Borgeren skal derfor være instrueret om, at kontakte egen læge eller sygehus, såfremt der ved forværring skal reageres straks.

6.5 Varighed af tilbud, evaluering og afslutning

Det telemedicinske KOL-tilbud er som udgangspunkt et livslangt tilbud. Dette svarer også til Sundhedsstyrelsens anbefaling. Borgeren kan forblive i tilbuddet også selvom vedkommende i en periode ikke opfylder kriterierne for målgruppen.

Der bør løbende evalueres på borgerens gevinst af tilbuddet. Den første evaluering foretages efter 14 dage, hvor borgeren revurderes i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier.
Anden evaluering foretages efter 2 måneder, hvor det vurderes, hvorvidt borgeren er i stand til at anvende udstyret, ligesom der følges op på, om borger indsender målinger. Efterfølgende bør der ske løbende evalueringer. I øvrigt skal der som minimum ske evaluering af den behandlingsansvarlige læge i forbindelse med årskontrol[7].

Hvis borgeren efter oplæring ikke evner at benytte det telemedicinske tilbud og pårørende eller andre ikke kan hjælpe hermed, vurderes det, om tilbuddet skal stoppes. Det kan for eksempel være, at borgeren efter gentagen instruktion ikke foretager målinger og registreringer som aftalt eller

[7] Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, Region Syddanmark og de 22 kommuner, august 2016 s. 25.

ikke formår at benytte udstyret korrekt og derfor ikke kan monitorere sygdommen.

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske tager kontakt til den behandlingsansvarlige læge for at afklare hvorvidt borgeren bør afsluttes. Behandlingsansvarlig læge skal altid involveres ved afslutning.
Ved afslutning af tilbuddet skal det være aftalt mellem parterne og være tydeligt for alle aktører, hvem og hvad borgeren afsluttes til. Årsagen til afslutning og videre plan dokumenteres i journal.
Det telemedicinske tilbud kan genetableres, hvis dette på et senere tidspunkt bliver relevant.

7 | Rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede sundhedspersoner

I det følgende er opgave- og ansvarsfordelingen samt samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitaler beskrevet.
Princippet er, at opgaverne inden for rammerne af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL placeres der, hvor man kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for.

Det betyder, at der skelnes mellem behandlingsansvar for borgerens KOL og ansvar for opfølgning på borgerens monitoreringsdata (monitoreringsansvar). Monitoreringsansvaret placeres så vidt muligt i regi af kommunen og kun undtagelsesvist for specifikke patientkategorier i sygehusregi. Behandlingsansvaret følger det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark.

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

Nedenstående Tabel 1 giver et overblik over, hvilke aktører, der har ansvar for de forskellige opgaver i det telemedicinske KOL-tilbud. Flere af opgaverne kan varetages af flere aktører.

Opgave	Kommune	Almen praksis	Sygehus
Motivation/Identifikation	●	●	●
Henvisning		●	●
Opstart og inklusion	●		●
Monitorering	●		●
Supplerende forebyggelse og rehabilitering	●		●

Tabel 1: Opgavefordeling i det telemedicinske KOL-tilbud

Til forskel fra Sundhedsstyrelsens oprindelige anbefalinger, har det sundhedsfaglige spor besluttet, at skrive ”Løbende patientkontakt inkl. vurdering” samt ”Tilbud om årskontrol” ud af skemaet. Begrundelsen er, at disse opgaver vil forekomme naturligt jf. KOL forløbsprogrammet og afhænge af den enkelte borgers kliniske billede.

Rolle- og ansvarsfordelingen omfatter derfor følgende opgaver, som gennemgås i nedenstående afsnit:

- Identifikation og henvisning
- Opstart og inklusion
- Monitorere og handle på monitoreringsdata

Det sundhedsfaglige spor anbefaler, at vi med få afvigelser, følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

7.1 Identifikation og henvisning

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

Sundhedsstyrelsens anbefalinger ift. indhold i henvisning

Henvisning til det telemedicinske tilbud i kommunen fra almen praksis eller sygehus bør indeholde følgende oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning:

- Patientens stamdata (navn, cpr.nr., adresse, telefonnr.)
- Pårørende eller anden relation, samt kontaktoplysninger
- Information om afgivet informeret samtykke til dataudveksling mellem samarbejdspartnere (kommune, almen praksis, hospital)
- Kort sygehistorie, herunder andre rel evante sygdomme samt
- FEV1 – liter og procent af forventet – målt inden for det seneste år
- Antal forværringer (eksacerbationer) og indlæggelser på grund af KOL inden for seneste år
- MRC-score (5-trins dyspnøskala)
- Eventuel iltbehandling og saturation
- Højde/vægt og eventuelle allergier
- Oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning
- Selvbehandlingsplan (aktuel medicinsk behandling), hvis en sådan er aftalt
- Eventuelle oplysninger om særlige indsatsområder.

Henvisningen skal ske elektronisk via REF01 eller korrespondance, som det fremgår af forløbsprogrammet.

7.1.1 Identifikation af borgere i kommunen

Kommunen kan identificere og kontakte borgere med KOL, der kan have gavn af det telemedicinske KOL-tilbud, fx på sundheds- og forebyggelsescentre, i forbindelse med visitation til kommunens forskellige tilbud, ved hjemmesygeplejens kontakt med borgeren og i forbindelse med afholdelse af den afklarende samtale[8], i forbindelse med visitation til forebyggelsestilbud (Sundhedsstyrelsen 2016) eller på et forebyggende hjemmebesøg.

Hvis borgeren, efter at være nærmere informeret om tilbuddet, samtykker, opfordres borgeren til at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge eller hjælpes dertil, med henblik på at lægen kan foretage en nærmere vurdering af borgeren med henblik på eventuel henvisning til dette.
Ved henvisning skal der foregå en kommunikation mellem alle relevante aktører, så det sikres, at der er klarhed om, hvem der har ansvar for patienten, og at alle relevante oplysninger bliver givet videre.

7.1.2 Identifikation og henvisning af patienter i almen praksis

Den praktiserende læge identificerer borgere i forbindelse med konsultation (både KOL-relaterede og ved andre former for konsultationer) og ved kontroller i tilknytning til KOL-sygdom og kan i forbindelse hermed tilbyde henvisning til det telemedicinske tilbud hvis inklusionskriterierne er opfyldt eller patienten på andet måde skønnes egnet. Borgeren skal naturligvis give sit samtykke hertil.

Efter identifikation henviser praktiserende læge til kommunen. Henvisningen fremsendes til kommunen efter gældende national standard (se mere under afsnittet Kommunen sender kvittering[9]), når patienten er påbegyndt tilbuddet og ved eventuel afslutning. Kommunen eller anden aktør, hvis dette aftales lokalt, anvender oplysningerne til at bestille telemedicinsk udstyr samt ved oplæring og monitorering af patient.

7.2 Opstart og inklusion

Det er som udgangspunkt kommunen, der har ansvaret for opstartsfasen, men det kan også være sygehuset. Den sundhedsprofessionelle person der opstarter tilbuddet hos borger, indhenter samtykke til det telemedicinske tilbud og til videregivelse af kontaktdata til samarbejdspartnere, herunder evt. private samarbejdspartnere. Den ansvarlige sundhedsprofessionelle journalfører alle relevante oplysninger vedrørende information og samtykke, herunder videregivelse af helbredsoplysninger mv.

---

[8] Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, Region Syddanmark og de 22 kommuner, august 2016 s. 32
[9] Dette forventes at blive håndteret i forbindelse med udarbejdelse af samarbejdsaftalen.

Når borgeren har accepteret og givet samtykke til det telemedicinske KOL-tilbud, skal borgeren informeres om det videre individuelle forløb og det aftalte på skrift ved første kontakt.

Borgeren oprettes med telemedicinsk ydelse i det aktuelle it-system med referenceværdier, som er fastsat ud fra forudindstillede referenceværdier eller som den behandlingsansvarlige læge har fastsat.

Kommune eller sygehus er ansvarlig for, at monitoreringsudstyr visiteres og rekvireres hos den aktør, som står for logistik og support.
Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør reaktionstiden fra henvisning til opstart maksimalt være syv hverdage.

7.3 Monitorere og handle på monitoreringsdata

Opfølgning på monitoreringsdata er kommunens ansvar med undtagelse af de patienter, hvor sygehuset har vurderet, at ansvaret for opfølgning mest hensigtsmæssigt ligger på sygehuset, som beskrevet nedenfor.

Det er i udgangspunktet sygeplejersker med kompetencer og erfaring med KOL, som har ansvar for, og varetager opfølgningen af, monitoreringsdata. Opfølgningen indebærer, at borgernes data læses, tolkes og vurderes med henblik på, om der skal ske en intervention i forhold til borgeren.

7.3.1 Generelle retningslinjer for opfølgning på data

Følgende generelle principper for opfølgning på data anbefales:

Opfølgning på borgers målinger og registreringer er kommunens ansvar, under ordination fra behandlingsansvarlig læge, dog med undtagelse af de borgere, der jf. de opstillede kriterier, skal monitoreres på sygehuset (se afsnit 7.3.3)

Det er sygeplejersker med kompetencer og erfaring med KOL, som har ansvar for, og varetager opfølgningen på målinger og registreringer.

Opfølgningen indebærer, at borgernes målinger og registreringer læses, tolkes og vurderes med henblik på, om der skal ske en handling i forhold til borgeren.

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

Kontakten mellem borger og den monitoreringsansvarlige sygeplejerske kan foregå via telefon eller øvrige kommunikationsplatforme. Hvis det telemedicinske system giver mulighed for det, vil kontakten også kunne forgå via systemets beskedfunktion eller som videosamtale. Hvis video er tilgængelig er det en konkret vurdering hos den monitoreringsansvarlige sygeplejerske, hvornår de forskellige kontaktformer er hensigtsmæssige.

Opfølgningen på målinger og registreringer sker som udgangspunkt to dage om ugen, i hverdagene og i dagtimerne og efter aftale med borgeren.
Ved akut opstået forværring skal borgeren benytte de sædvanlige kontakter til egen læge, kommunens akutfunktion eller alarm 112.

Ved udeblevne målinger og registreringer kontaktes borgeren. Ved gentagne udeblevne målinger og registreringer vurderes det, om borgeren er motiveret for eller i stand til at forsætte sit telemedicinske forløb.
Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske tager kontakt til den behandlingsansvarlige læge for at afklare hvorvidt borgeren bør afsluttes. Behandlingsansvarlig læge skal altid involveres ved afslutning.

7.3.2 Kommunens opgaver og ansvar

Sundhedsstyrelsens anbefalinger ift. opgaver og ansvar

Det er som udgangspunkt kommunen, der har ansvaret for opfølgning på data.

Der følges systematisk op på borgerens måledata efter fastsatte intervaller. Ved afvigelser i data, som indikerer sygdomsudvikling i negativ retning, kontaktes borgeren med henblik på, at denne tager kontakt til KOL sygeplejerske, og ved tiltagende klinisk forværring egen læge, i overensstemmelse med sin eventuelle selvbehandlingsplan påbegynder en behandling eller ændrer sin behandling.

Det sundhedsfaglige spor anbefaler, at det præciseres i sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer, hvem der tages kontakt til og hvornår.

Den monitoreringsansvarlige følger op på borgerens målinger 2 gange ugentlig. Hvis der er afvigelser i data, som indikerer sygdomsudvikling i negativ retning, tager den monitoreringsansvarlige kontakt til borgeren med henblik på dialog om mulige tiltag, herunder påbegyndelse af selvbehandlingsplan.

Ved tiltagende klinisk forværring skal borgeren altid kontakte den behandlingsansvarlige læge.

Når der skiftes behandlingsansvarlig læge, skal der altid gå besked til den monitereringsansvarlige og patienten – og oplysningen om behandlingsansvarlig skal fremgå.

7.3.3 Sygehusets opgaver og ansvar

Sundhedsstyrelsens anbefalinger ift. opgaver og ansvar

Sygehuset har som udgangspunkt ansvaret for at følge monitoreringsdata på følgende patientkategorier:

- nystartede iltbrugere tilknyttet ambulatoriet
- patienter som, ud fra en lægelig vurdering, har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning, herunder patienter der har været indlagt to eller flere gange det seneste år på grund af KOL-forværring (eksacerbation).

Borgerne monitoreres således indledningsvist i sygehusregi, men kan efter aftale overgå til opfølgning i kommunen.

Borgere, der har behov for længere opfølgning i sygehusregi, vurderes løbende og minimum hver 6. måned for at se, om de er stabile nok til at overgå til opfølgning i kommunen.

Det sundhedsfaglige spor anbefaler, at nystartede iltbrugere som udgangspunkt kan håndteres i kommuner, da det allerede er fast praksis i de kommuner, der i dag tilbyder telemedicinsk hjemmemonitorering.

Det betyder, at sygehuset alene monitorerer patienter, som ud fra en lægelig vurdering, har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning – eksempelvis ifm. indlæggelser pga. flere forværringer.

7.3.4 Almen Praksis' opgaver og ansvar

Almen praksis har som udgangspunkt ingen opgaver i forbindelse med den direkte opfølgning på de telemedicinske data fra de borgere, der modtager den telemedicinsk understøttede behandling. Men almen praksis inddrages, når data udviser ændringer, der kræver lægelig vurdering. Dette vil ofte være ved, at borgeren efter opfordring fra den monitoreringsansvarlige selv

henvender sig til lægen, og derudover, hvis der lokalt er aftalt anden/supplerende kommunikation mellem almen praksis og kommunen.

Den praktiserende læge vurderer løbende patientens sygdomsgrad og almentilstand samt eventuelle samtidigt optrædende sygdomme. Her kan de telemedicinske målinger være et vigtigt supplement. Borgeren kan derfor med fordel medbringe sin tablet med måledata ved besøg hos lægen, ligesom det er vigtigt, at der sker en løbende kommunikation fra kommunen til almen praksis og omvendt med information om/evaluering af forløbet, herunder ændringer i behandlingen.
Det er også vigtigt at inddrage den praktiserende læge, hvis der er forhold omkring referenceværdier, der skal reageres på.

7.4 Skitsering af kontakter med borgeren i forløbet

Når borgeren er inkluderet, tages udgangspunkt i følgende typer af samtaler[10] mellem borgeren og den monitoreringsansvarlige:

- Opstartssamtale
- Evalueringssamtale
- Løbende vedligeholdelsessamtaler, dels i stabil fase og dels ved forværring
- Eventuel afslutningssamtale

Opstartssamtale

Opstartssamtalen er den første samtale, der finder sted mellem borgeren, evt. den pårørende og den monitoreringsansvarlige.
Det er et fysisk møde, som foregår hos borgeren, fordi borgeren skal introduceres til udstyret og foretage de første målinger/ score/ test under supervision.
Det anbefales, at samtalen afholdes med den person, der fremadrettet skal fungere som monitoreringsansvarlig, fordi det vægtes højt, at den personlige relation er et vigtigt grundlag for det videre samarbejde.

Evalueringssamtale

Evaluerings/opfølgningssamtale afholdes ca. 2 uger efter opstart. Da de første 14 dage betragtes som en indkøringsperiode, skal kvaliteten af målingerne vurderes med henblik på validitet af målingerne, herunder om borgerens grænseværdier skal ændres, eller om borgeren har brug for yderlig instruktion i at foretage korrekte målinger.
Evalueringssamtalen er som udgangspunkt en telefonisk samtale. Formålet med samtalen er, at spørge ind til om borgeren oplever en sammenhæng mellem målinger/test/score og tilstand.

---

[10] Det mere konkrete indhold i samtalerne mv. skal senere fastlægges i instrukser og retningslinjer.

Den monitoreringsansvarlige vurderer på baggrund af samtalen, om borgeren lever op til inklusionskriterierne og om borgerne kan overgå til at foretage målinger 2 gange ugentligt.

Vedligeholdelsessamtale

Vedligeholdelsessamtale afholdes løbende efter behov.
Samtalen kan komme i stand som en samtale den monitoreringsansvarlige har planlagt eller på borgerens initiativ.
Formålet med samtalen er især at sikre tryghed for borgeren og at opspore en forværring så tidligt som muligt og derved undgå en unødig indlæggelse, hvorfor den typisk er aktuel ifm. eller efter en forværring.

Afslutningssamtale

Der kan afholdes en eventuel afslutningssamtale.
Som udgangspunkt forventes det telemedicinske tilbud at fortsætte, så længe borgeren har behov for det og indrapporterer data i henhold til de aftaler, der er indgået, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
Borgeren kan afsluttes:

- efter eget ønske
- hvis inklusionskriterierne ikke længere opfyldes
- ved død

8 | Sundhedsfaglige kompetencekrav

8.1 Kompetencekrav - monitoreringsansvarlig

Det er den erfarne KOL sygeplejerske der varetager telemonitorering af borgere med KOL. Sygeplejersken har viden, færdigheder og kompetence til selvstændigt at tage ansvar for borgere med KOL.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Eksempler på sygeplejerskens opgaver i forbindelse med telemedicinsk understøttelse af tilbud om behandling af KOL:

Sygeplejerskens opgaver kan fx bestå i at tolke afvigende data ind i en sammenhæng med patientens øvrige sygdomme og symptombillede. Dette opnås ved at kontakte patienten og spørge uddybende ind til symptomer, varighed, mv. Sygeplejersken foretager andre observationer gennem spørgsmål, registrerer eventuelle ændringer i dagligt funktionsevneniveau, brug af medicin (ændring i adhærens), patientens egen oplevelse af den aktuelle situation mv. Alt dette resulterer i en samlet sygeplejefaglig vurdering og forslag til videre handling eller observationer for patienten.

Derudover vejleder sygeplejersken pårørende om, hvordan de kan yde bedst mulig støtte.

Hvis der ikke som udgangspunkt er tegn på sygdomsmæssig forværring, men måske begyndende fald i funktionsevneniveau, kan der være behov for at tale med patienten om hverdagen med KOL og vejlede om træning, rehabilitering, netværk, mv.

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske bør have følgende kompetencer:

Sygeplejefaglige kompetencer;

- Viden om, forståelse for og erfaring med KOL inden for pleje, behandling, træning, rehabilitering og palliation, herunder symptomatologi og håndtering af sygdommen i forbindelse med forværring samt evnen til aktivt at anvende denne viden og handle på den.
- Have bred medicinsk viden, da der hos denne patientgruppe ofte optræder multisygdom.
- Viden om øvrige tilbud, der kunne være relevante for borgeren (træning og rehabilitering), herunder tilbud i regi af patientforeninger, netværksskabelse mv
- Er opdateret på viden om behandling af KOL patienter, herunder viden om inhalationsmedicin og teknik.
- Har viden og indblik i de udfordringer KOL giver i hverdagen
- Har gerne en efteruddannelse inden for lungespecialet

Sundhedspædagogiske kompetencer;

- Sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til at kunne tage afsæt i den enkelte patients behov, forudsætninger og kompetencer og inddrage forskellige former for viden i den sammenhæng.
- Kan agere som katalysator for borgerens/patientens aktive deltagelse og involvering med henblik på at borgeren/patienten formår at handle på egen sygdom.

Pædagogiske kompetencer;

- Evnen til at oplære og instruere borgeren i brug af det telemedicinske udstyr og i forståelse af egne monitoreringsdata.

Tekniske kompetencer;

- Kendskab til telemedicin og erfaring med funktion og anvendelse af det tekniske udstyr og de anbefalede målinger og deres betydning.
- Kendskab til borgerens brugerflade og hyppigste udfordringer og tekniske fejl, som patienten støder på (fx log-in, opladning af udstyr, batteriskift).
- Kendskab til videoudstyr og praktisk erfaring med brugen heraf, herunder at kunne yde vejledning og observation via skærm.

Såfremt ovenstående kompetencer ikke er stede, følger det sundhedsfaglige spor Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. mulighed for kompetenceløft samt at dette sker tværsektoriel:

Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2016

- Der skal være mulighed for at få det nødvendige kompetenceløft, hvis kompetencerne ikke vurderes at være til stede.
- Tværsektoriel kompetenceudvikling kan være hensigtsmæssig i forhold til at understøtte samarbejdet på tværs af kommune, sygehus og almen praksis.

8.2 Kompetencekrav - borger

Borger skal;

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

Tilbuddet må ikke efterlade borgeren med en oplevelse af falsk tryghed i sit sygdomsforløb. Det er således afgørende, at borgeren har forståelse for, hvornår det er nødvendigt at tage kontakt til lægen, og at den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbuddet ikke erstatter den sædvanlige kontakt til almen praksis eller hospital.

8.3 Uddannelse

Det sundhedsfaglige spor har taget udgangspunkt i det uddannelsesprogram TeleCare Nord projektet har udarbejdet. Her skelnes der mellem forskellige aktører og den måde, hvorpå de indgår i tilbuddet.

Det sundhedsfaglige spor har udelukkende set på uddannelsesmaterialet i henhold til de sundhedsfaglige aktører samt borgeren.
I uddannelsesprogrammet er der fokus på både det brede uddannelsesløft (de aktører der skal have kendskab til tilbuddet) samt det dybe uddannelsesløft (de aktører der er en del af tilbuddet).

Om undervisningsmaterialet

TeleCare Nord projektet har udviklet undervisningsmaterialet i et samarbejde mellem forskellige sundhedsprofessionelle; sygeplejersker, læge, diætist samt fysioterapeut. Uddannelsesprogrammet er udviklet af projektet i tæt samarbejde med UCN Nordjylland, som også har stået for dele af undervisningen.

Undervisningen er udsprunget af et generelt ønske om et kompetenceløft inden for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og velfærdsteknologi for sundhedsfaglige i såvel kommunalt som regionalt regi. Hovedparten af materialet kan genbruges i andre sammenhænge[11].

Selve materialet er sammensat af forskellige uddannelsesaktiviteter: kurser, temabaserede webinarer, erfaringsopsamlinger, videoklip, brugervejledninger. Til hovedparten af aktiviteterne forelægger der instrukser, uddannelsesplaner og undervisningsmateriale udarbejdet i regi af projektet.

Som en del af projektet er uddannelsesprogrammet evalueret med henblik på erfaringsdannelse og fremtidige anbefalinger.

Det sundhedsfaglige spor anbefaler, at uddannelsesprogrammet samt materiale udarbejdet i regi af TeleCare Nord projektet videreudvikles, så dette bliver et generisk undervisningsværktøj der kan anvendes på tværs af de fem regioner
. Alt efter valg af telemedicinske løsninger, vil materialet dog skulle tilpasses, så det stemmer overens med det lokale tilbud.

[11] TeleCare Nord: Beskrivelse af medarbejderkursus Velfærdsteknologi og livet

9 | Krav til teknisk udstyr og devices

Der er endnu ikke truffet beslutninger omkring den tekniske understøttelse af tilbuddet.

Såfremt det er muligt, benytter borgeren egen vægt, computer/tablet og saturationsmåler til at foretage den telemedicinske monitorering. Det er vigtigt, at borgeren fast benytter det samme udstyr. Hvis borgeren ikke er i besiddelse af det relevante udstyr, eller udstyret ikke lever op til de medicotekniske krav, skal udstyret stilles til rådighed for borgeren.

Det sundhedsfaglige spor anbefaler, at den telemedicinske løsning skal kunne rumme følgende funktioner:

- Fælles oversigt over stamdata mm.
- Målinger og registreringer
- Informations- og vejledningsmoduler, der kan tilpasses borgerens behov
- Videokonference ved tjek af inhalationsteknik samt brug af PEP-fløjte og ved tjek af udførelse af rejse-sætte-sig-test.

Derudover skal der kunne fastsættes nogle grænseværdier, som angiver, hvis der skal reageres på data.

Endelig skal det være muligt at skelne mellem, om målingerne foretages under træning eller i hvile.

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

Bilag 1

Arbejdsgruppens medlemmer

Arbejdsgruppen for Sundhedsfagligt Indhold og Organisering (Spor 1) består af følgende medlemmer:

- Anne Sorknæs, forskningssygeplejerske, OUH, Svendborg (sporkoordinator)
- Charlotte Thysen, KOL sygeplejerske, Esbjerg Kommune
- Daniel Rotenberg, praktiserende læge, Lægehuset Bondovej
- Michael Hejmadi-Pedersen, praktiserende læge, Lægehuset Ferritslev
- Thilde Ellingsgaard, sygeplejerske, Sydvestjysk Sygehus
- Mette Schmidt Møller, specialeansvarlig sygeplejerske, Sygehus Lillebælt
- Eline Kirstine Gantzhorn, afdelingslæge, Svendborg Sygehus
- Tina Thingholm, sygeplejerske, Assens Kommune
- Camilla Storgaard, sygeplejerske, Vejle Kommune
- Lena Ellegaard, fysioterapeut, Odense Kommune
- Camilla Eggeling, sygeplejerske, Odense Kommune
- Pia Charlotte Johansen, ergoterapeut, Sygehus Sønderjylland
- Pia Ringkvist, Klinisk sygeplejespecialist, OUH, Lungemedicinsk afdeling J
- Annette Vestergaard Weng, konsulent, Tværsektoriel Samarbejde, Region Syddanmark
- Lise Døj-Bendixen, projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark
- Gitte Post-Lundgaard, projektleder, Esbjerg Kommune

Bilag 2

Ordliste og definitioner

Behandlingsansvar
Ansvaret for borgerens behandling i henhold til forløbsprogrammet. Behandlingsansvaret er et lægeligt ansvar.

Den fælles oversigt over borgerens stamdata
En fælles oversigt over relevant data, der kan tilgås af alle sundhedsaktører, der indgår i det telemedicinske KOL-tilbud (se nedenfor).

Det telemedicinske KOL-tilbud
Det telemedicinske KOL-tilbud er navnet på det tilbud, der tilbydes i landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i Syddanmark.
Det telemedicinske KOL-tilbud består af:

- Målinger/registreringer i hjemmet
- Information og vejledning, herunder elementer af rehabilitering
- En fælles oversigt over borgerens stamdata, og forløb herunder indsatser.

Eksacerbation
Akut forværring af sygdom eller symptom

Forløbsplan
En forløbsplan skal hjælpe patienter med en kronisk sygdom til at få overblik over sygdomsforløbet. Forløbsplanen indeholder data, fx lungefunktionstal fra almen praksis og oprettes af den praktiserende læge i samarbejde med patienten.

KOL
Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

Komorbiditet
Når en patient har flere sygdomme på samme tid.

Mestringsevne (egenmestring)
Sundhedsaktivitet som en patient eller anden borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed [Sundhedsstyrelsens begrebsbase]
Formålet er at opnå bedst mulig livskvalitet og sundhed med størst muligt ansvar for og indflydelse på eget helbred.

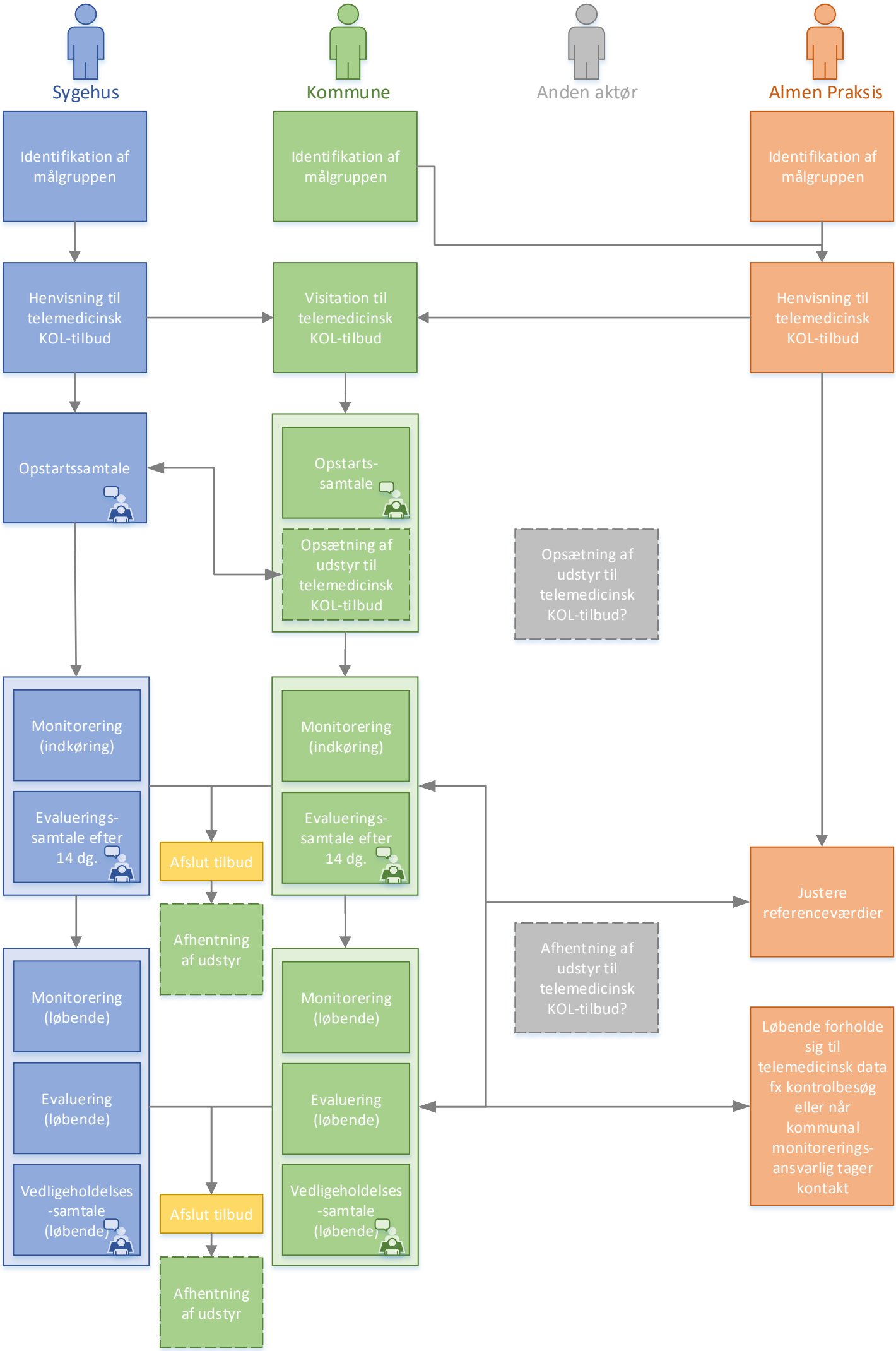
Monitoreringsansvar
Ansvaret for at overvåge og følge op på patientens monitoreringsdata (målinger og registreringer).

Monitoreringsdata
Borgerens/patientens målinger og registreringer af symptomer.

Palliation
At lindre de lidelser og problemer, som kan være forbundet med at få og leve med en alvorlig/livstruende sygdom.

Selvbehandlingsplan
Selvbehandlingsplanen er et sundhedspædagogisk redskab, der kan støtte borgere/patienter i at mestre egen sygdom

Videokonference
Konference der finder sted over et kommunikationsnet som fx internettet eller telefonnettet, og som ved hjælp af webkameraer, billedtelefoner el.lign. gør det muligt for deltagerne at se og tale med hinanden.


Sygehus
Kommune
Anden aktør
Almen Praksis
Identifikation af målgruppen
Identifikation af målgruppen
Identifikation af målgruppen
Henvisning til telemedicinsk KOL-tilbud
Visitation til telemedicinsk KOL-tilbud
Henvisning til telemedicinsk KOL-tilbud
Opstartssamtale
Opstarts-samtale
Opsætning af udstyr til telemedicinsk KOL-tilbud
Opsætning af udstyr til telemedicinsk KOL-tilbud?
Monitorering (indkøring)
Evaluerings-samtale efter 14 dg.
Afslut tilbud
Afhentning af udstyr
Monitorering (indkøring)
Evaluerings-samtale efter 14 dg.
Justere referenceværdier
Afhentning af udstyr til telemedicinsk KOL-tilbud?
Monitorering (løbende)
Evaluering (løbende)
Vedligeholdelses-samtale (løbende)
Afslut tilbud
Afhentning af udstyr
Monitorering (løbende)
Evaluering (løbende)
Vedligeholdelses-samtale (løbende)
Løbende forholde sig til telemedicinsk data fx kontrolbesøg eller når kommunal monitorerings-ansvarlig tager kontakt