Frit valg genoptræning

Sundhedsstrategisk Forum 21.3.2018

EnergiMetropol
ESBJERG

Esbjerg
Kommune

Hvad ved vi lige nu?

- Ret til frit valg hos en privat leverandør, som kommunen har indgået aftale med, hvis kommunalbestyrelsen ikke indenfor 7 kalenderdage fra udskrivelsesdagen kan tilbyde opstart af genoptræning
  - Uanset om det er jul eller påske.

- Loven forventes vedtaget april 2018
- Loven forventes igangsat 1. juli 2018

- Der er afsat 61 mio. kr. i 2018 og 50 mio. kr. i 2019 til at dække udgifter til frit valg af privat leverandør til patienter, der venter mere end 7 dage

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Hvad venter vi på at få svar på?

- Er det KL eller de enkelte kommuner, der indgår aftaler med de enkelte private leverandører?
  - I Sundheds og Ældreministeriets udkast til lovforslag foreslås, at det kan være KL. KL udtrykker dog, at de ikke har ønske om denne myndighedsopgave.
- Ansøgning fra klinikker? Hvordan bliver man frit valgs leverandør?
- Placering af tilsynsopgaven står uklart. Kommune eller andet?

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Hvad kan vi gå i gang med nu?

- **Gøre sig tanker om, hvad skal aftaler med leverandører indeholde:**
  - *Hvis det er den enkelte kommune, der skal lave aftaler.*
    Takst, standardpakker, krav om kvalitet (faglige standarder/retningslinjer), specialer på de enkelte klinikker?, ergoterapi? dokumentation, kommunikation elektronisk?, Fælles Sprog III kendskab?, slutstatus, SKS-kodning, kørsel, hvis borger ikke kommer til genoptræning (udeblivelse/afbud), tolkebistand, krav om koordinering og samarbejde ved avancerede genoptræningsplaner, hvor ofte skal aftaler genforhandles, mulighed for opsigelse mm.

- **At få aftalt de administrative forretningsgange internt i kommunen**
  - Udarbejde breve til borgere med dato for genoptræning i kommunen tilføjet tekst om frit valg.
  - OBS: De interne arbejdsgange skal være hurtige, herunder brug af E-boks til borger kommunikation. Borgere fritaget fra Digital Post /brug af telefonisk henvendelse.
  - Afregning.
  - *Senere skal hjemmesider, evt. pjecer om genoptræning mm. opdateres*

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Hvad kan vi gå i gang med nu?

- Kan kommunen optimere internt mhp. opstart inden 7 dage?
- Gøre sig tanker om kvalitet herunder prioritering af genoptræningsplaner? Hvis tilsyn? Samtykke fra borgere om kommunikation mellem kommune, praksis og kommune? Samarbejdsmøder mellem praksis og kommunen?
- Hvad skal de politiske udvalg tage stilling til?
- Aftaler med sygehusene?
  - F.eks. at GOP skal sendes til kommunen på udskrivelsesdagen
  - Hvad med GOP i forbindelse med ambulante undersøgelser/kontroller?

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Opmærksomhedspunkt

- Ventetidsstatistik er en udfordring, da den ikke er retvisende.

  Lige nu medregnes regime samt borgere, der ønsker at udsætte genoptræningen i ventetiden.

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Årsrapport 2017
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat (herefter Sekretariatet) har til opgave at understøtte Sundhedsstrategisk Forum, herunder styrke den strategiske udvikling af sundhedsområdet, formulere fælleskommunale holdninger og sikre de fælleskommunale interesser i det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

En grundlæggende opgave for Sekretariatet er at sikre kommunikation og videndeling mellem kommunerne. En måde hvorpå Sekretariatet er med til at understøtte de syddanske kommuners interessevaretagelse og indflydelse. Sekretariatet har i 2017 blandt andet udarbejdet fem fælleskommunale høringssvar på nye nationale såvel som regionale aftaler/indsatser.

Sekretariatet har i 2017 udarbejdet 150 sagsfremstillinger. Her ud over et mindre antal skrivelser og notater vedrørende tværkommunale og tværsektorielle sager. Sagsfremstillingerne er indeholdt i ca. 30 dagsordener, som Sekretariatet alene, eller i samarbejde med andre, har udarbejdet. Sekretariatet har deltaget i mere end 200 større og mindre møder i løbet af 2017.

Det blev primo 2017 besluttet, at Sekretariatet løbende skal arbejde for at styrke deres kendskab til, hvad der rører sig i de 22 kommuner. Dette for at sikre, at Sekretariatet kan understøtte de syddanske interesser på sundhedsområdet. Sekretariatet vil derfor løbende kommer på besøg i de syddanske kommuner. For dels at få kendskab til, hvad der rører sig i den pågældende kommune. Fx ved at deltage på et chefmøde, udvalgsmøde eller lign. Men derudover ligeledes for at styrke det uformelle netværk med de kontaktpersoner, som den pågældende kommune har ift. sundhedsaftalear-

bejdet. Herudover er Sekretariatet i 2017 begyndt løbende at afholde netværksmøder for konsulenter i de 22 kommuner. Formålet med disse møder er ligeledes at sikre indsigt i, hvad der rører sig i kommunerne, men også at kunne sparre og videndele med konsulenterne fra kommunerne. En anden styrke ved disse møder er, at konsulenterne får mulighed for at sparre på tværs af kommunerne om de opgaver, som de er fælles om.

Sundhedsstrategisk Forum

Sundhedsstrategisk Forum (SSF) består af repræsentanter på chef- og/eller direktørniveau fra de 22 kommuner. SSF er etableret med henblik på at formalisere samarbejdet mellem de 22 syddanske kommuner med udgangspunkt i den pågældende sundhedsaftale, etablere et bagland for de kommunale medlemmer af Det Administrative Kontaktforum samt drøfte og formulere kommunale strategier på sundhedsområdet. Der blev i 2017 afholdt fem møder.

Dagsordenen til møderne i SSF består dels af dagsordenspunkterne til møderne i DAK samt kommunale sagsfremstillinger. SSF behandlede i løbet af 2017 33 kommunale sagsfremstilling – alle udarbejdet af Sekretariatet. Derudover har Sekretariatet løbende arbejdet for at tilrettet dagsordenerne iht. ønskerne om større gennemsigtighed og understøttelse af indstillingerne. Det har frigivet plads til de fælleskommunale drøftelser, der har været efterspurgt i SSF.

SSF har udpeget et formandskab, der følger kommunalvalget og består af fem kommuner. Formandskabet bestod ved udgangen af 2017 af direktører fra hhv. Aabenraa (formand), Esbjerg, Vejen, Odense og Fredericia kommuner. Der blev i 2017 afholdt fem møder i Formandskabet, hvor særligt dagsordnerne til møderne i SSF gennemgås, og det besluttes, hvilke punkter der er brug for, at SSF involveres særligt i.
Formandskabet sekretariatsbetjenes ligeledes af Sekretariatet.

Netværk for sundhedsdirektører

SSF blev i 2017 enige om, at der, udover møderne i Sundhedsstrategisk Forum, var behov for at nedsætte et netværk bestående af de syddanske direktører på sundhedsområdet. Dette for at give direktørerne en mulighed

for at have strategiske drøftelser og sparring med hinanden. Formålet med netværket er ligeledes at understøtte, at kommunerne kan sætte en tydeligere strategisk retning, som ikke tager afsæt i en allerede fastsat dagsorden for møderne i Det Administrative Kontaktforum (beskrives nedenfor). Netværket gør det muligt for direktørerne at videndele om, hvordan der skabes mærkbare ændringer for borgerne i det nære sundhedsvæsen. Netværket skal mødes fire gange om året, og de vil blive sekretariatsbetjent af Sekretariatet.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum (herefter DAK) er det styrende administrative organ for sundhedsaftalen og består af repræsentanter fra Region Syddanmark og de syddanske kommuner samt repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation i Syddanmark. SSF har besluttet, at kommunerne repræsenteres ved Formandskabet.

Mødeforberedelse og understøttelse af beslutningerne i DAK er et centralt omdrejningspunkt for mange af Sekretariatets opgaver. DAK afholdte i 2017 fem møder.

Sekretariatet udarbejder i fællesskab med konsulenter fra Regionshuset en væsentlig del af sagerne til DAK, og de forestår i fællesskab en del kvalitetssikring af de øvrige sager på dagsordenen.

Sundhedskoordinationsudvalget

Sekretariatet betjener i samarbejde med KKR Sekretariatet de fem kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget (herefter SKU) i Syddanmark.

SKU er det politiske styrende organ for sundhedsaftalen, og udvalget består af kommunale og regionale politikere (fem medlemmer) samt repræsentanter PLO Syddanmark (to medlemmer). De fem kommunale medlemmer er udpeget af KKR Syddanmark og i 2017 var det politikere fra hhv. Esbjerg (kommunal medformand), Middelfart, Nyborg, Odense og Aabenraa. Udvalget afholdte i løbet af 2017 fem møder.

Udover dagsordensproduktion var sekretariatet i 2017 ligeledes involveret i udarbejdelsen af en henvendelse til Sundhedsministeren på vegne af SKU, samt div. oplæg og præsentationer i udvalget.

Praksisplanudvalget

Sekretariatet betjener i lighed de fem kommunale politikere i Praksisplanudvalget i samarbejde med KKR Sekretariatet. Udvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter fra PLO Syddanmark. De fem kommunale medlemmer er udpeget af KKR Syddanmark og i 2017 var det politikere fra hhv. Esbjerg (kommunal medformand), Vejen, Odense, Nyborg og Faaborg Midtfyn. Praksisplanudvalgets opgave er at udmønte de dele af sundhedsaftalen, som vedrører almen praksis. Udvalget afholdte i 2017 fem møder.

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

Sekretariatet betjener de to kommunale politikere, der af KKR er udpeget til at sidde i Samarbejdsudvalget for fysioterapi. Udvalget består herudover af to regionale medlemmer samt fire repræsentanter fra Danske Fysioterapeuter i Syddanmark. I 2017 var det hhv. en politiker fra Kolding og Vejle. Sekretariatet er med til at udarbejde de sager, der har kommunal interesse i udvalget. Der blev i 2017 afholdt syv møder.
Derudover repræsenterer Sekretariatet de kommunale interesse i en arbejdsgruppe under udvalget, der arbejder med kvalitetsudviklingen inden for fysioterapi i Region Syddanmark. Udvalget mødes to gange om året, hvor de første behandlinger ansøgninger til den nationale Praksisfond.

ØVRIGE SAGER MED SÆRLIGT FOKUS I 2017

Deltaget i sekretariatsbetjeningen af Sammen om Velfærd

Sekretariatet har i årets løb, sammen med Fælleskommunalt Socialsekretariat, Sekretariatet for KKR Syddanmark og HR-afdelingen i Region Syddanmark, deltaget i sekretariatsbetjeningen af det fælles kompetenceudviklingsprojekt '*Sammen om Velfærd*' (www.sammenomvelfaerd.nu). Sammen om velfærd er et partnerskab mellem Regionen, kommunerne og uddannelsesinstitutionerne i Syddanmark med fokus på fælles kompetenceudvikling

af nuværende og kommende medarbejdere på tværs af sektorerne. Projektet er det første af sin slags i Danmark. Der har i 2017 blandt andet været afholdt en stor konference og afviklet fire 3-dages kurser for praktikvejledere og undervisere.

Ny kommunikationsplatform- hjemmeside for Sundhedsstrategisk Forum og Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
Sekretariatet er i 2017 overgået til hovedsageligt at kommunikere til kommunerne gennem hjemmesiden: www.faelleskommunalsundhed.dk. Nyheder, aftaler mv. lægges på hjemmesiden, som alle interesserede, samarbejdspartnere mv. kan abonnere på at få nyheder fra.

ØKONOMI
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat finansieres af kommunerne ud fra en fordelingsnøgle baseret på indbyggertal (opgjort 1. januar i budgetåret). Betalingen udgjorde i 2017 ca. 1,20 kr. pr. borger. Budgettet for 2017 var på ca. 1,64 mio. kr. Regnskabet viser et forbrug på ca. 1,48 mio. kr.

651058 Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Regnskab 2017

	Budget 2017	Regnskab 2017	Budget 2018	Budget 19-forslag
Løn	1.258.457	1.068.123	1.288.660	1.288.660
Efteruddannelse	46.240	400	47.350	47.350
Tjenestekørsel	46.240	22.563	47.350	47.350
Personaleudgifter i alt	**1.350.937**	**1.091.086**	**1.383.360**	**1.383.360**
Møder, rejser og repræsentation		57.952		60.000
Kontorhold	5.417	17.432	5.547	5.547
Fælleskommunal mødevirksomhed	112.168	43.652	114.860	50.000
Pulje til Fælleskommunal medfinansiering	100.000	138.791	102.400	150.000
Materiale og aktivitetsudgifter i alt	**217.585**	**257.828**	**222.807**	**265.547**
Udgifter til IT	5.000	1.000	5.120	5.120
Drift af hjemmeside	28.500	37.913	29.184	37.913
Abonnement edagsorden/First Agenda	42.600	42.600	43.622	43.622
Inventar	0	0	0	
Kapacitetsudgifter i alt	**76.100**	**81.513**	**77.926**	**86.655**
Husleje	50.000	50.000	51.200	51.200
Grunde og Bygninger i alt	**50.000**	**50.000**	**51.200**	**51.200**
Udgifter i alt	**1.694.622**	**1.480.427**	**1.735.293**	**1.786.762**
Planlagt forbrug af opsparede midler	-248.332			
Overførsel fra 2016		-680.269		
Kommunebetaling	-1.446.290	-1.472.841	-1.735.293	-1.786.762
Indtægter i alt	**-1.694.622**	**-2.153.110**	-1.735.293	-1.786.762
Opsamlet resultat	**0**	**-672.684**	0	0

Kommunebetaling pr. indbygger i kr*		1,2		1,43		1,46

* Kommunebetaling pr. borger i budget 2019 er baseret på befolkningstal 1. kvartal (befolkning: 1.220.763)

Orientering om databeskyttelsesforordningen

Sundhedsstrategisk Forum

Onsdag den 21. marts 2018

EnergiMetropol
ESBJERG

Esbjerg
Kommune

Kort om mig…

- Marie Brodde, Databeskyttelsesrådgiver i Esbjerg Kommune
  - Digitalisering & It, Stab
- Kultursociolog (cand. soc.) ved Syddansk Universitet
- Certifikat i persondataret ved Syddansk Universitet
- Diplomkursus i Informationssikkerhed – ISO/IEC 27001

DANSK STANDARD

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Introduktion til databeskyttelsesforordningen

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Baggrund og formål

- Persondataloven erstattes af databeskyttelsesforordningen (og databeskyttelsesloven)
  - Forordning vs. Direktiv
- Beskyttelse af personoplysninger som **grundlæggende rettighed**
- Modernisering
- Harmonisering
- Fri udveksling af personoplysninger
- Højt beskyttelsesniveau

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Det handler om tillid…

- *"Den **hastige teknologiske udvikling** og **globaliseringen** har skabt **nye udfordringer,** hvad angår beskyttelsen af personoplysninger. Omfanget af indsamlingen og delingen af personoplysninger er steget betydeligt. Teknologien giver både private selskaber og offentlige myndigheder mulighed for at udnytte personoplysninger i et hidtil uset omfang, når de udøver deres aktiviteter. […]"*
  (DBF, præambel 6)

- *Denne udvikling kræver en stærk og mere sammenhængende databeskyttelsesramme i Unionen, som understøttes af effektiv håndhævelse, fordi det er vigtigt at skabe den **tillid,** der gør det muligt, at den digitale økonomi kan udvikle sig på det indre marked. Fysiske personer **bør have kontrol** over deres personoplysninger. […]"*
  (DBF, præambel 7)

Fysisk person = et menneske som individuel person

Esbjerg Kommune

Hvad betyder det i praksis?

- Generel skærpelse af krav og sanktioner
- Større forpligtelser for den ”dataansvarlige” (kommunen)
  - Ansvar for efterlevelse af regler og principper
  - OG *dokumentere* efterlevelse
- Udvidede rettigheder for ”den registrerede” (borgere/medarbejdere)
- Skærpede håndhævelsesmuligheder hos Datatilsynet
  - Øgede ressourcer og beføjelser
- Risikobaseret tilgang til databeskyttelse

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Dokumentationskrav

- Generel overholdelse af principper
- Samtykke
- Krav til indhold i databehandleraftaler
- Fortegnelseskrav
- Brud på persondatasikkerheden
- Konsekvensanalyser
- Procedurer for håndtering af registreredes rettigheder

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Databeskyttelsesrådgiver (DPO)

- Alle **offentlige myndigheder,** offentlige organer og visse private virksomheder er forpligtede til at udpege en databeskyttelsesrådgiver
- Underrette og rådgive om databeskyttelsesretlige forpligtelser
  - Herunder konsekvensanalyse
- Overvåge (føre tilsyn med) overholdelse af databeskyttelsesregler og -politikker
- Kontaktperson for Datatilsynet
- Kontaktperson for ”registrerede” (borgere og medarbejdere)

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

DPO'ens uafhængighed

- Rapporterer til den øverste ledelse, dvs. kommunalbestyrelsen
- Må ikke modtage instrukser
- Beskyttet mod afskedigelse pga. udførelsen af DPO-opgaver
- Skal inddrages tilstrækkeligt og rettidigt i alle spørgsmål vedrørende databeskyttelse
- Skal have tilstrækkelige ressourcer og tid
- Underlagt tavshedspligt

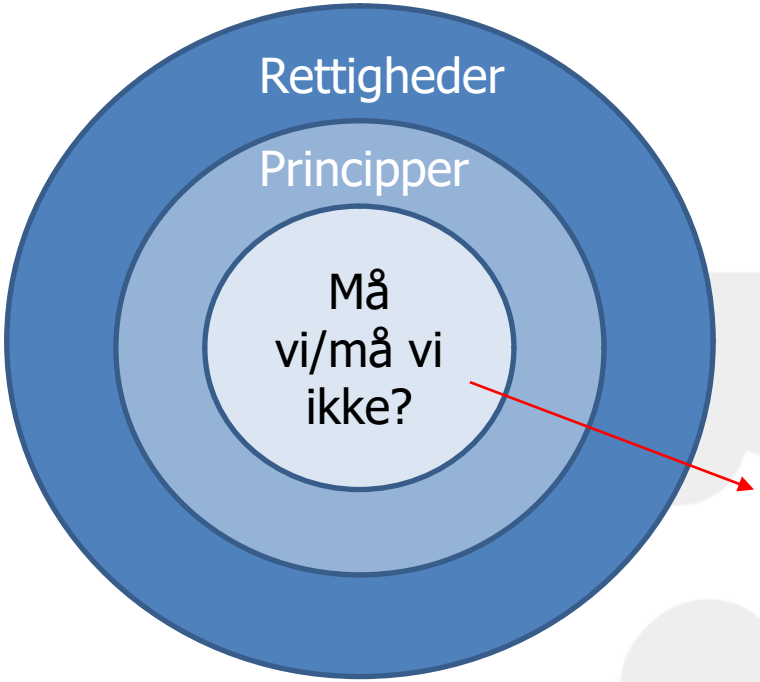
EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

”Elefanten” GDPR

- Skal spises i små bidder

- Dokumentation
- Tilsyn og kontrol
- Sanktioner
- Organisation



Hjemmel/ behandlings-betingelse

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Behandlingsprincipper

- Lovlighed, rimelighed og gennemsigtighed
- Formålsbegrænsning
- Dataminimering
- Rigtighed
- Opbevaringsbegrænsning
- Integritet og fortrolighed
- Ansvarlighed

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Den registreredes rettigheder

- **Oplysningspligt**
  - Indsamlet hos den registrerede
  - Ikke indsamlet hos den registrerede
- Indsigtsret
- Ret til berigtigelse
- Ret til sletning (”Retten til at blive glemt”) - NY
- Ret til begrænsning - NY
- Ret til dataportabilitet - NY
- Ret til indsigelse
- Ret til menneskelig indgriben

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

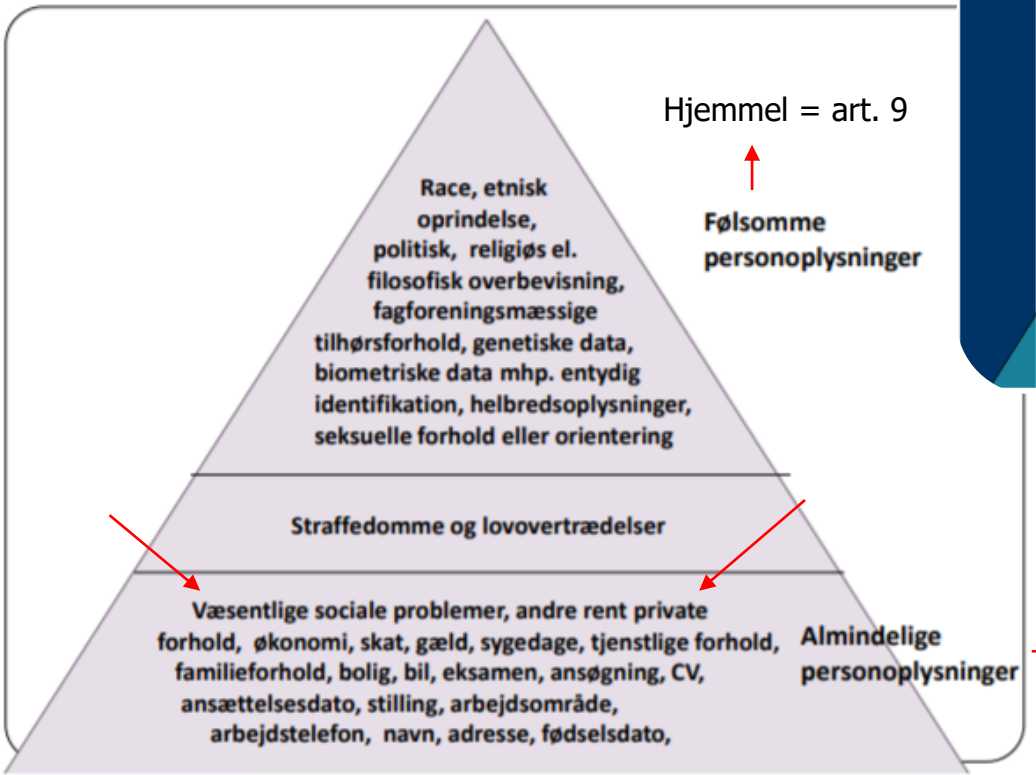
Hvad er ”personoplysninger”?

- En personoplysning er enhver form for information, der *direkte eller indirekte* kan henføres til bestemte personer
- Pseudonymiserede oplysninger er også personoplysninger
- En subjektiv vurdering af/en forkert oplysning om en person er også en personoplysning!
- Der skelnes mellem almindelige og følsomme oplysninger

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Almindelige vs. følsomme personoplysninger



EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Hvad er en ”behandling” af personoplysninger?

- Enhver form for håndtering, fx:
  - Indsamling
  - Registrering
  - Systematisering
  - Opbevaring
  - Søgning
  - Brug
  - Videregivelse
  - Sletning
- Selv det at kigge i personoplysninger er altså en behandling!

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Implementering af databeskyttelsesforordningen i Esbjerg Kommune

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Projektet (2. marts – 25. maj 2018)

- Godkendt i Direktionen
- Formålet er
  - at Esbjerg Kommune pr. 25. maj 2018 er i stand til at udvise og dokumentere ”god vilje”
  - at øge bevidstheden blandt ledere og medarbejdere om reglernes konsekvenser for deres arbejde
- Ressourcekrævende og tværgående
- Hovedleverancen er overordnede handlingsplaner
- Direktørerne bærer ansvaret for implementering
- Projektorganisation – består fortsat efter 25. maj

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Opgaver og milepæle

Opgave	Milepæl	Dato
Gennemføre gap-analyse	**Største ”gaps” identificeret**	**23. marts**
Identificere indsatsområder	Indsatsområder fastlagt	30. marts
Udarbejde fortegnelser over behandlingsaktiviteter	Der er skabt overblik over kommunens behandlingsaktiviteter	30. april
Beskrive nødvendige tiltag og procedurer	Handlingsplaner udarbejdet	21. maj
Overdrage ansvar for implementering af handlingsplaner	Ansvar for implementering overdraget	22. maj

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Spørgsmål?

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

LÆRINGS- OG KVALITETSTEAMS

Om de nationale lærings- og kvalitetsteams – en kort introduktion

Hvad er et lærings- og kvalitetsteam?
Et lærings- og kvalitetsteam (LKT) er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer inden for et konkret område. Et lærings- og kvalitetsteam består af:

- Tværfaglige lokale forbedringsteams med fagpersoner og ledere fra relevante afdelinger og enheder
- En ekspertgruppe med kliniske eksperter m.fl. der formulerer målene for forbedringerne på det valgte område

Ekspertgruppen og de lokale forbedringsteams danner tilsammen det netværk, der udgør et lærings og kvalitetsteam.

Det er regionerne, som er ansvarlige for at drive lærings- og kvalitetsteams. Konkret vil én region påtage sig det overordnede driftsansvar for et givent LKT – eventuelt i samarbejde med en kommunal samarbejdspart. Valg af afdelinger og enheder til at deltage i et LKT sker i de enkelte regioner/sygehuse og kommuner, ligesom de enkelte regioner/sygehuse og kommuner selv understøtter de afdelinger, som deltager i et LKT.

Hvordan arbejder et lærings- og kvalitetsteam?
Et lærings- og kvalitetsteam vil som udgangspunkt fungere og arbejde med forbedringerne i to år. I løbet af de to år mødes de teams, som indgår i lærings- og kvalitetsteamet, ca. tre gange til læringsseminarer. Imellem læringsseminarerne arbejder de enkelte teams med at skabe forbedringer lokalt. Teamene arbejder altså med, hvilke lokale kliniske- og organisatoriske processer og arbejdsgange, der skal forbedres for at opfylde målene for det enkelte LKT. Teamene anvender de metoder til at skabe forbedringer, som er besluttet lokalt eksempelvist Forbedringsmodellen, Virginia Mason Production System, Lean osv.

Hvad er baggrund og formål?
I regionernes økonomiaftale for 2016 blev det aftalt, at der skal etableres et antal lærings- og kvalitetsteams på udvalgte sygdomsområder. De nationale lærings- og kvalitetsteams udgør en af grundpillerne i det nationale kvalitetsprogram. Formålet med et lærings- og kvalitetsteam er, at
- løfte områder med utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation
- bidrage til opfyldelse af nationale mål

- skabe tværregionale læringsfælleskaber
- skabe klinisk ejerskab til og understøtte det kliniknære forbedringsarbejde

Hvordan etableres et lærings- og kvalitetsteam?
Der etableres to til tre nye lærings- og kvalitetsteams om året. Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam vælger områder, hvor der igangsættes lærings- og kvalitetsteams.

Et lærings- og kvalitetsteam kan etableres på et sygdomsområde eller for en specifik diagnose. Det kan også være en tværgående indsats som vedrører pleje og behandling og/eller organiseringen af et forløb. Et lærings-og kvalitetsteam kan arbejde med problemstillinger, som går på tværs af sektorer. Det væsentlige er, at der med en indsats på et givent område kan opnås en forbedring af den kliniske kvalitet og af patientens oplevelse af resultat og forløb.

Hvad er ekspertgruppens opgaver?
I ekspertgruppen indgår der kliniske eksperter fra alle regioner og evt. tværsektorielt (kommuner og praksissektor), patient- og pårørenderepræsentanter, forbedringseksperter og peer-eksperter (klinikere/ledere som har demonstreret resultater med forbedringer på området). Der kan også indgå dataeksperter i gruppen, eksempelvist fra en klinisk kvalitetsdatabase, hvis arbejdet i et lærings- og kvalitetsteam tager afsæt i en klinisk kvalitetsdatabase. Ekspertgruppen har som sine primære opgaver, at:

- Fastlægge det faglige, kliniske indhold i LKT (projektbeskrivelsen)
- Fastsætte mål for forbedringerne for LKT
- Fastlægge indikatorer og hvordan man får/indsamler data som kan vise udvikling
- Understøtte og vejlede de lokale teams i at implementere det kliniske indhold og nå forbedringsmålene.

Hvad er opgaven for de lokale forbedringsteams?
De lokale forbedringsteams består typisk består af 3-5 sundhedsprofessionelle eller andre faggrupper, der inden for egen organisation fokuserer på at opfylde målene, samle data og teste forandringer og derved medvirke til at nå målsætningerne for det samlede lærings- og kvalitetsteam.

De lokale forbedringsteams er gensidigt forpligtede til åbenhed om resultater, deling af viden og erfaringer samt at lære af hinanden. Samarbejdsprocessen mellem de lokale forbedringsteams indebærer en række strukturerede aktiviteter inden for en given tidsramme, f.eks. deltagelse i læringsseminarer.

Hvor kan jeg læse mere?
På hjemmesiden http://www.kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams findes mere materiale om de nationale lærings- og kvalitetsteams.

Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Status på KOL-programmet

Ved Irene Ravn Rossavik, Chef for Sundhedscentrene, Sundhed & Omsorg, Esbjerg kommune

Marts 2018

EnergiMetropol
ESBJERG

Esbjerg
Kommune

Kontaktoplysninger:
irr@esbjergkommune.dk
27741157

Hvordan er det opstået?

- Økonomiaftalerne 2016 – Regeringen indgik aftaler med Danske regioner og KL om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL
- Skal være implementeret nationalt inden udgangen af 2019

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Formålet med telemedicinsk KOL

- Understøttelse af behandling til borgere med KOL
- Medvirke til en positiv effekt af både sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk karakter
- Den enkelte borger skal forstå og handle på egne symptomer
- Opnåelse af øget livskvalitet, tilfredshed og tryghed
- Opnåelse af færre/kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

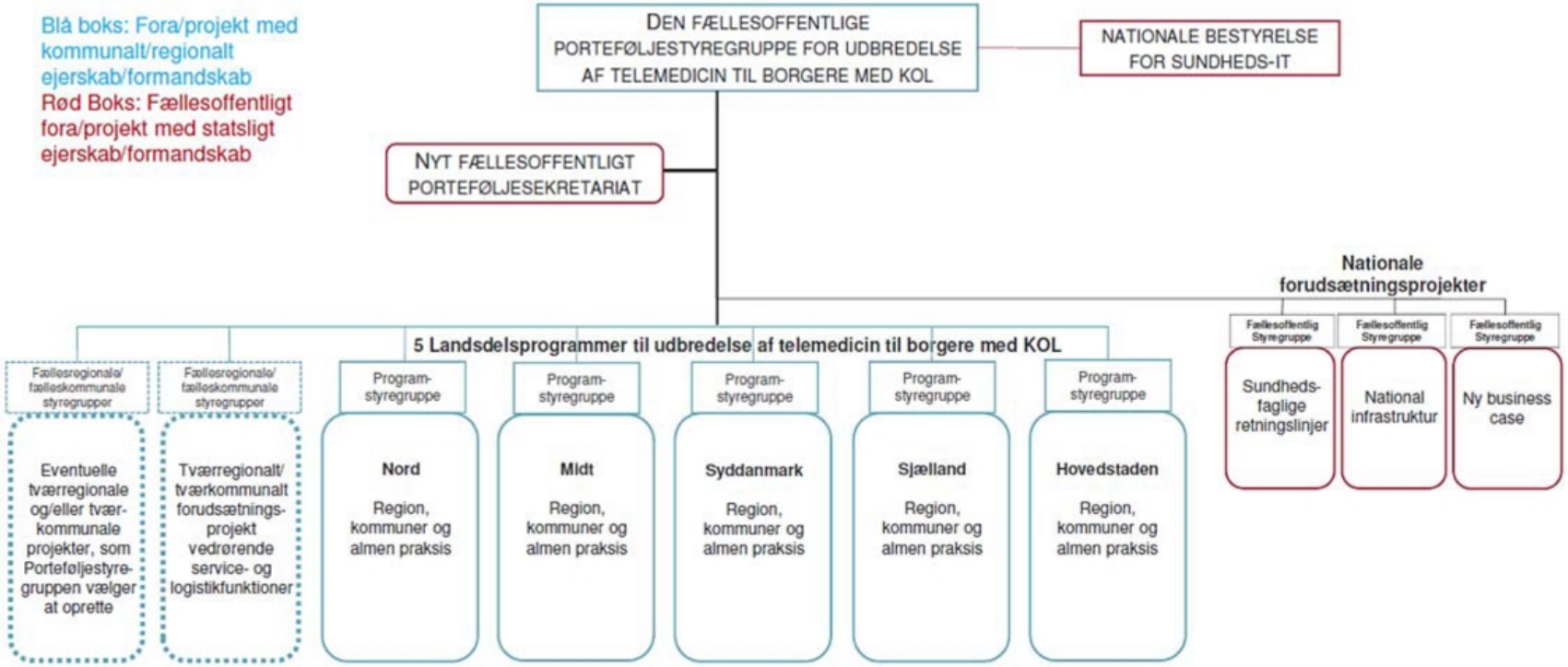
Tager afsæt i:

- Sundhedsstyrelsens vejledende anbefalinger – ***Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL 2016***
- Indenfor rammerne af sundhedsaftalerne – ***Sundhedsaftalen 2015-2018 Region Syddanmark og de 22 kommuner***
- Regionale forløbsprogrammer – ***Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation 2017***

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

National organisering



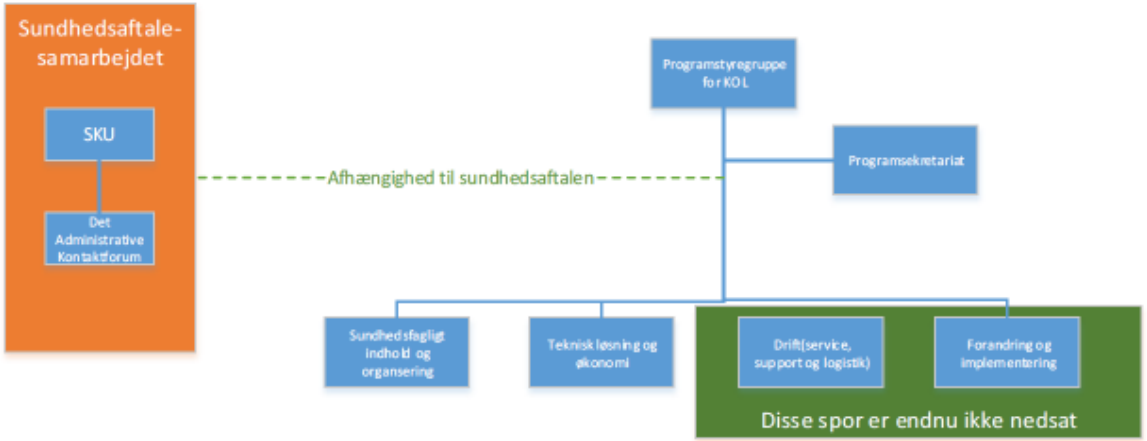
EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Organisering af Landsdelsprogram SYD

6 PROGRAMORGANISERING

KOL programmet i Syddanmark er etableret som et fælles regionalt/kommunalt program med en programstyregruppe, et programsekretariat og på sigt fire underliggende projektspor. Programmet vil løbende afgive status til DAK og SKU.



EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Det Sundhedsfaglige spor – Arbejdsgruppens opdrag

- 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, hospital) 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, hospitaler og almen praksis.

EnergiMetropol Esbjerg

Esbjerg Kommune

Arbejdsgruppens 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

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Det telemedicinske KOL-tilbud består af

1. Målinger og registreringer i hjemmet

2. Information og vejledning

3. En fælles oversigt over borgerens stamdata, forløb og indsatser

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

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.

EnergiMetropol

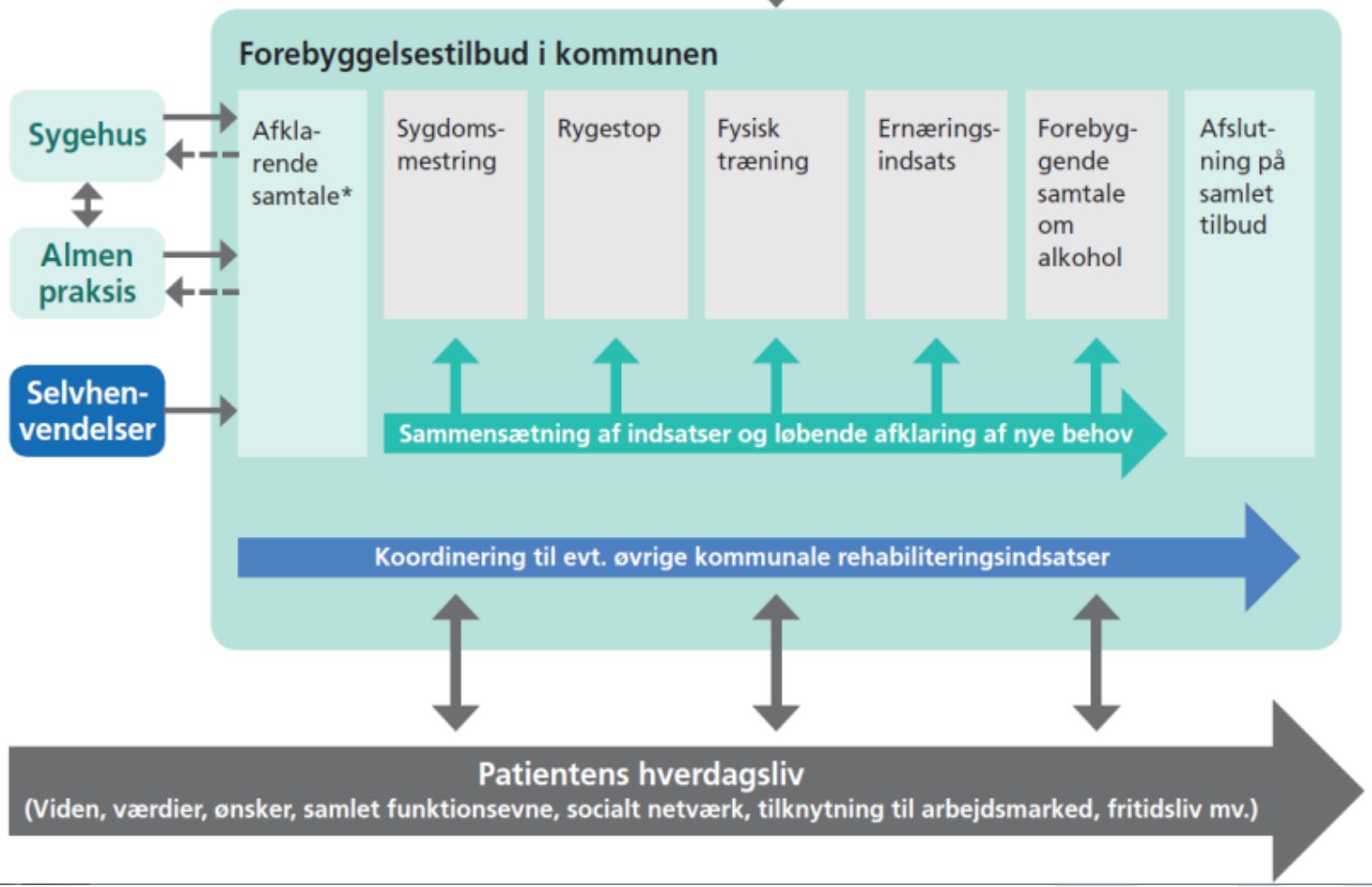
Esbjerg Kommune

Det telemedicinske KOL-tilbud

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.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune



EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Målgruppe

Arbejdsgruppen har anbefalet, at man lægger sig op ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Svarer til Gold Gruppe D.

Med mulighed for at inkludere patienter som *ikke opfylder* inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Inklusionskriterier

- 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.
- Borgere med palliative behov vil også kunne inkluderes.

Derudover bør det være muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Volumen

- Data er fra den genberegnede business case
- Antallet af borgere i Gold gruppe D estimeres til 4.650
- Antal praktiserende læger i RSD er 800
- Antal ptt. pr. læge: 4.650 : 800 = 5,8
- Antagelsen er, at 50% vil takke ja til tilbuddet, således at det er knap 3 ptt. pr. 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.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Indhold i tilbuddet - målinger

- Saturation - iltmætning af blodet
- Puls
- Vægt
- *Video bliver en option*

Desuden kan tilvælges måling af lungefunktion når monitoreringsansvaret er placeret ved sygehuset, såfremt det vurderes at være relevant for den enkelte borger.
Det vil være den behandlingsansvarlige læge, der afgør dette.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Registreringer

- Symptomscore (sygdomsspecifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim- og spyttest, funktionsbegrænsning m.v.)

- Rejse-sættes-sig-test

Det sundhedsfaglige spor anbefaler udover ovenstående målinger og registreringer, at borgere tilbydes mulighed for løbende tjek af deres inhalationsteknik via videokonference → *Option*

EnergiMetropol Esbjerg

Esbjerg Kommune

Information og vejledning

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.

Bygge videre på / kvalificere allerede udviklet materiale. (Helbredsprofilen.dk)

Det anbefales, at information- og vejledningsmoduler integreres i den telemedicinske borgerløsning.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Sygeplejefaglige kompetencekrav

- Viden, forståelse for og erfaring med KOL inden for pleje, behandling, træning, rehabilitering og palliation
- Bred medicinsk viden – særligt i forhold til multisygdom
- Viden om øvrige tilbud der kan være relevant for borgeren
- Opdateret på viden om behandling af KOL patienter
- Viden om inhalationsmedicin og teknikker hertil
- Gerne efteruddannelse indenfor lungespecialet

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Sundhedspædagogiske kompetencer

- Skal kunne tage afsæt i den enkelte patients behov og forudsætninger
- Skal kunne agere som katalysator for borgerens/patientens aktive deltagelse og involvering med henblik på compliance

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Pædagogiske kompetencer

- Skal have evnen til at oplære og instruere borgeren i brug af det telemedicinske udstyr
- Skal have evnen til at instruere borgeren i forståelse af egne monitoreringsdata

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Tekniske kompetencer

- Kendskab til telemedicin og erfaring med funktion og anvendelse af det tekniske udstyr
- Kendskab til de anbefalede målinger og deres betydning
- Kendskab til borgerens brugerflade samt hyppigste udfordringer – herunder tekniske fejl i systemet
- Kendskab til videoudstyr og praktisk erfaring med brugen heraf – herunder at kunne vejlede og observere via skærm

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Det skal vi arbejde med:

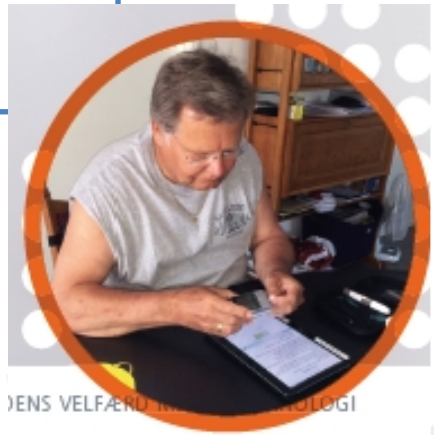
- Hvordan får vi kompetenceudviklet vores sygeplejersker?
- Hvor meget uddannelse skal der til? TeleCare Nord modellen?
- Hvem skal uddanne sygeplejerskerne?
- Skal der laves lokal instrukser i regi af SOF-SVS?
- Hvem skal sidde i arbejdsgruppen? Er vi de rigtige medlemmer til denne opgave?
- Formandskab for gruppen

EnergiMetropol ESBJERG

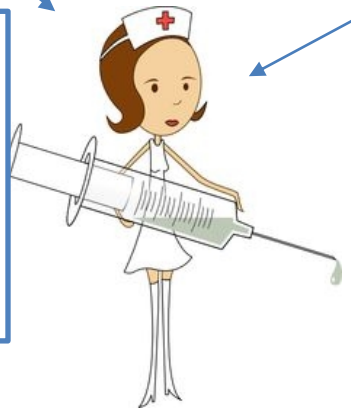
Esbjerg Kommune

Eksempel på et driftsscenarie

Sundhedsteknologi er ansvarlig for telemonitorering af borgerne uanset hvilke grupper monitoreringen omhandler



Får borgeren visiteret ydelser i for af praktisk eller personlig hjælp er Sundhedsteknologi ansvarlig for at advisere Sygeplejen, såfremt der kommer ændringer i borgerens data



Sygeplejersken er ansvarlig for borger kontakten hos borgere der får visiteret ydelser

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL

Status på KOL-programmet

Marts 2018

EnergiMetropol
ESBJERG

Esbjerg
Kommune

Kontaktoplysninger:
irr@esbjergkommune.dk
27741157

Hvordan er det opstået?

- Økonomiaftalerne 2016 – Regeringen indgik aftaler med Danske regioner og KL om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL
- Skal være implementeret nationalt inden udgangen af 2019

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Formålet med telemedicinsk KOL

- Understøttelse af behandling til borgere med KOL
- Medvirke til en positiv effekt af både sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk karakter
- Den enkelte borger skal forstå og handle på egne symptomer
- Opnåelse af øget livskvalitet, tilfredshed og tryghed
- Opnåelse af færre/kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

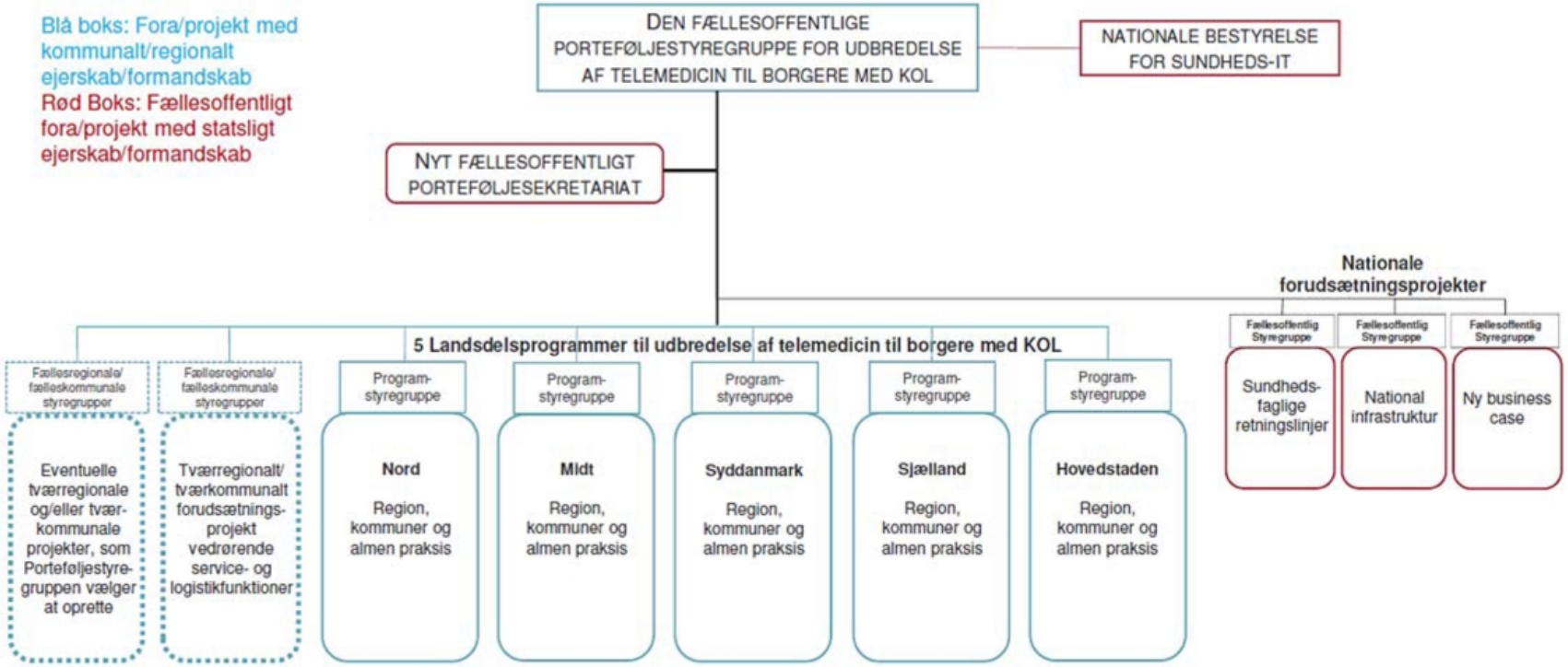
Tager afsæt i:

- Sundhedsstyrelsens vejledende anbefalinger – ***Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL 2016***
- Indenfor rammerne af sundhedsaftalerne – ***Sundhedsaftalen 2015-2018 Region Syddanmark og de 22 kommuner***
- Regionale forløbsprogrammer – ***Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation 2017***

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

National organisering



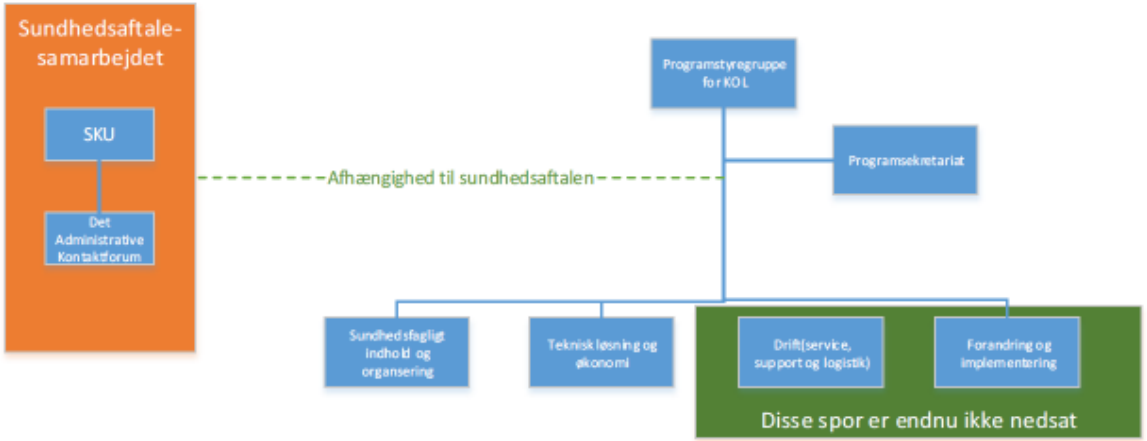
EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Organisering af Landsdelsprogram SYD

6 PROGRAMORGANISERING

KOL programmet i Syddanmark er etableret som et fælles regionalt/kommunalt program med en programstyregruppe, et programsekretariat og på sigt fire underliggende projektspor. Programmet vil løbende afgive status til DAK og SKU.



EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Det Sundhedsfaglige spor – Arbejdsgruppens opdrag

- 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, hospital) 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, hospitaler og almen praksis.

EnergiMetropol Esbjerg

Esbjerg Kommune

Arbejdsgruppens 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

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Det telemedicinske KOL-tilbud består af

1. Målinger og registreringer i hjemmet

2. Information og vejledning

3. En fælles oversigt over borgerens stamdata, forløb og indsatser

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

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.

EnergiMetropol

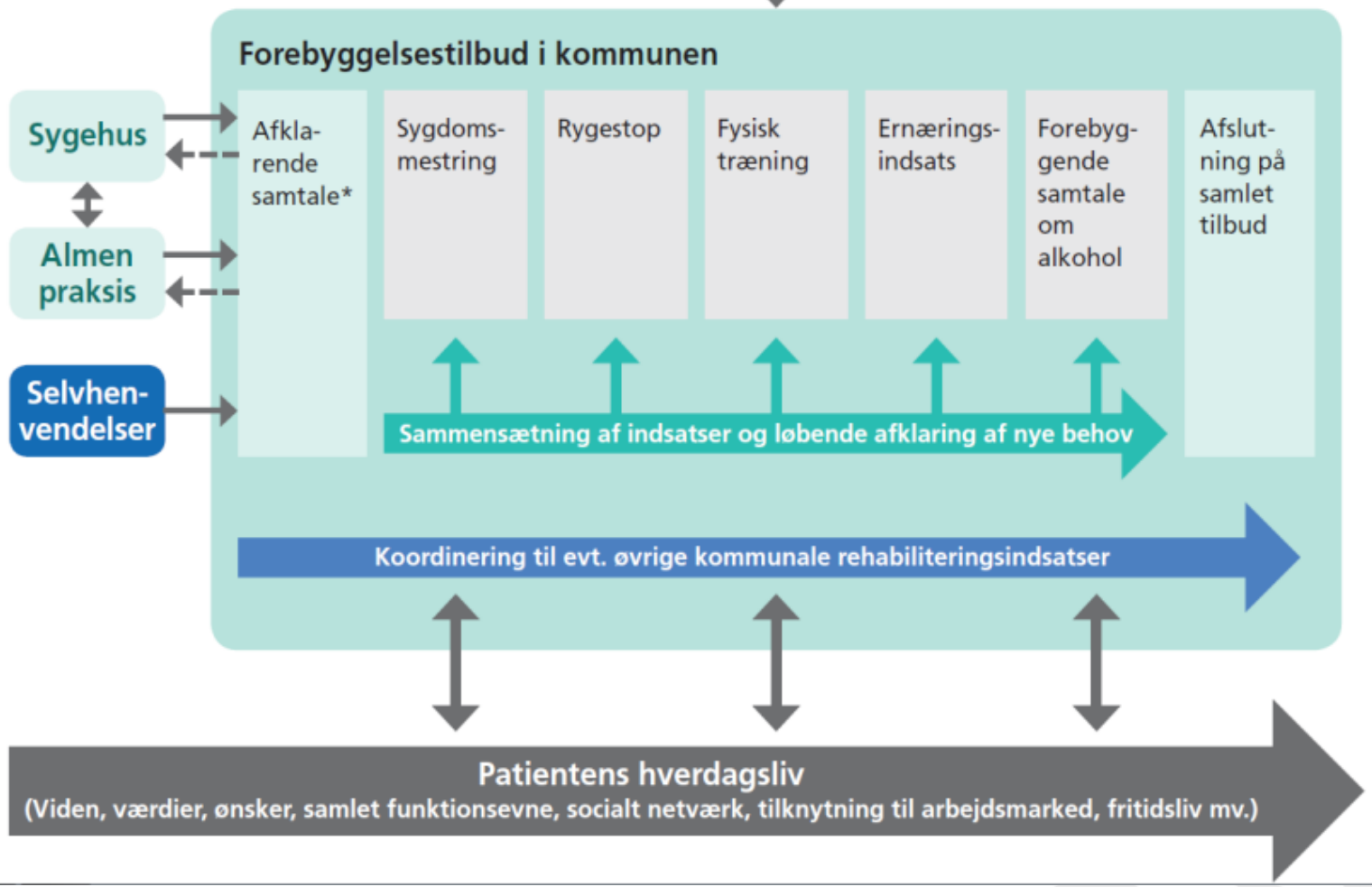
Esbjerg Kommune

Det telemedicinske KOL-tilbud

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.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune



EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Målgruppe

Arbejdsgruppen har anbefalet, at man lægger sig op ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Svarer til Gold Gruppe D.

Med mulighed for at inkludere patienter som *ikke opfylder* inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Inklusionskriterier

- 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.
- Borgere med palliative behov vil også kunne inkluderes.

Derudover bør det være muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Volumen

- Data er fra den genberegnede business case
- Antallet af borgere i Gold gruppe D estimeres til 4.650
- Antal praktiserende læger i RSD er 800
- Antal ptt. pr. læge: 4.650 : 800 = 5,8
- Antagelsen er, at 50% vil takke ja til tilbuddet, således at det er knap 3 ptt. pr. 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.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Indhold i tilbuddet - målinger

- Saturation - iltmætning af blodet
- Puls
- Vægt
- *Video bliver en option*

Desuden kan tilvælges måling af lungefunktion når monitoreringsansvaret er placeret ved sygehuset, såfremt det vurderes at være relevant for den enkelte borger.
Det vil være den behandlingsansvarlige læge, der afgør dette.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Registreringer

- Symptomscore (sygdomsspecifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim- og spyttest, funktionsbegrænsning m.v.)

- Rejse-sættes-sig-test

Det sundhedsfaglige spor anbefaler udover ovenstående målinger og registreringer, at borgere tilbydes mulighed for løbende tjek af deres inhalationsteknik via videokonference → *Option*

EnergiMetropol Esbjerg

Esbjerg Kommune

Information og vejledning

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.

Bygge videre på / kvalificere allerede udviklet materiale. (Helbredsprofilen.dk)

Det anbefales, at information- og vejledningsmoduler integreres i den telemedicinske borgerløsning.

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Sygeplejefaglige kompetencekrav

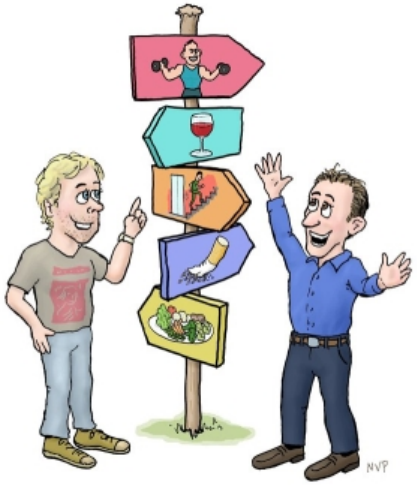
- Viden, forståelse for og erfaring med KOL inden for pleje, behandling, træning, rehabilitering og palliation
- Bred medicinsk viden – særligt i forhold til multisygdom
- Viden om øvrige tilbud der kan være relevant for borgeren
- Opdateret på viden om behandling af KOL patienter
- Viden om inhalationsmedicin og teknikker hertil
- Gerne efteruddannelse indenfor lungespecialet

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Sundhedspædagogiske kompetencer

- Skal kunne tage afsæt i den enkelte patients behov og forudsætninger
- Skal kunne agere som katalysator for borgerens/patientens aktive deltagelse og involvering med henblik på compliance



EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Pædagogiske kompetencer

- Skal have evnen til at oplære og instruere borgeren i brug af det telemedicinske udstyr
- Skal have evnen til at instruere borgeren i forståelse af egne monitoreringsdata

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Tekniske kompetencer

- Kendskab til telemedicin og erfaring med funktion og anvendelse af det tekniske udstyr
- Kendskab til de anbefalede målinger og deres betydning
- Kendskab til borgerens brugerflade samt hyppigste udfordringer – herunder tekniske fejl i systemet
- Kendskab til videoudstyr og praktisk erfaring med brugen heraf – herunder at kunne vejlede og observere via skærm

EnergiMetropol Esbjerg

Esbjerg Kommune

Det skal vi arbejde med:

- Hvordan får vi kompetenceudviklet vores sygeplejersker?
- Hvor meget uddannelse skal der til?
- TeleCare Nord modellen?
- Hvem skal uddanne sygeplejerskerne?
- Skal der laves lokal instrukser i regi af SOF-SVS?

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

FUT gennemfører 2 udbud

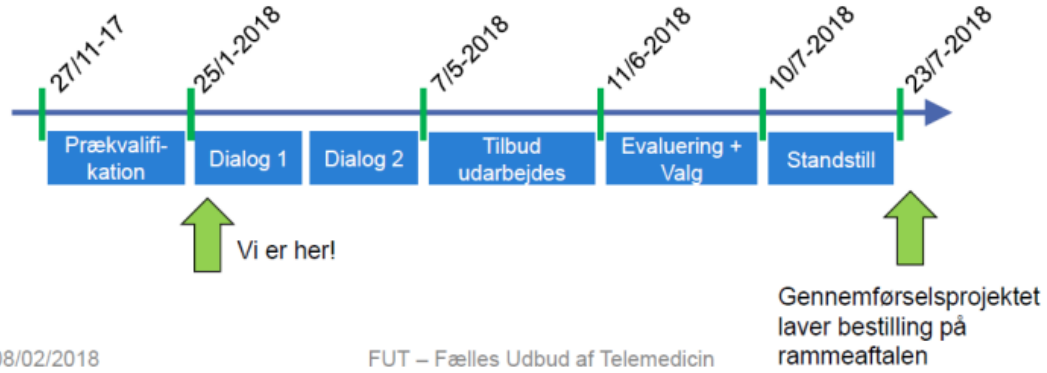
- Udbud 1 – telemedicinsk infrastruktur
  - ”Konkurrencepræget dialog”
  - Dvs. FUT får input til kravspecifikationen
  - Når FUT har kravspecifikationen klar, udarbejder de tre leverandører hvert et tilbud, som FUT evaluerer
- Udbud 2 – telemedicinske løsninger
  - ”Udbud med forhandling”
  - Som almindeligt udbud, men med forhandlingsrunde så vi sikrer bedre tilbud
  - Efter opdatering af tilbuddene fra leverandørerne, på baggrund af input fra forhandlingsrunden, evaluerer FUT dem

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Udbud 1 – Infrastrukturen

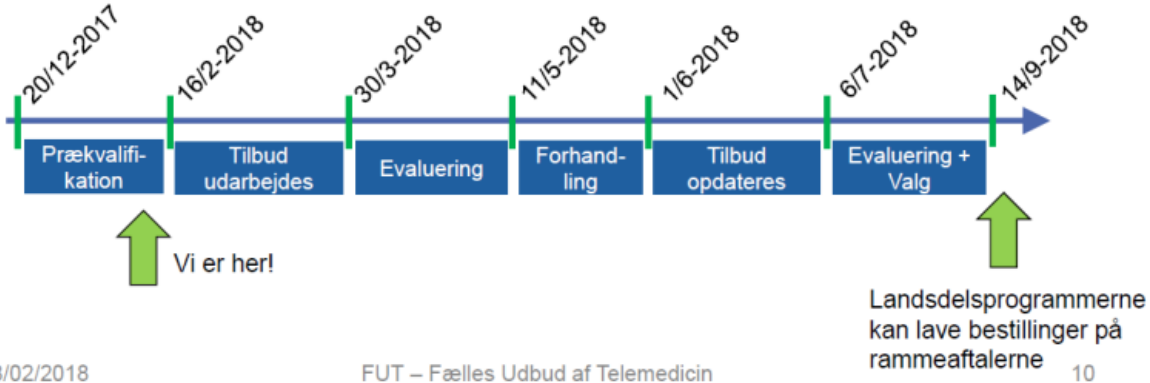
- Materiale udsendt 27/11-17
- Tre ansøgere prækvalificeret: Systematic, Imatis, KMD
- Informationsmøde med de tre leverandører 30/1
- Leverandørerne forbereder løsningsforslag til dialog 1



Esbjerg Kommune

Udbud 2 – Løsningerne

- Materiale udsendt 20/12-17 (59 dokumenter)
- 12 (medarbejder) og15 (borger) ansøgninger modtaget d. 22/1 – der skal vælges 5 og 8 til prækvalifikation
- FUT i gang med at evaluere ansøgninger



Esbjerg Kommune

Infrastrukturens leverancer

- Delleverance 1 – 15/9-2018
  - Snitflader til løsninger
  - Simpelt testmiljø til stubbe til snitflader
- Delleverance 2 – 1/12-2018
  - Basal infrastruktur til integrationsprøven
  - Testmiljø(er) til integrationsprøven
- Endelig leverance – 24/4-2019
  - Færdig infrastruktur til produktion
  - Testmiljø(er)
  - Produktionsmiljø

Forudsætter omgående bestilling

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Borgerløsningens leverancer

- Integrationsleverancen – 10/12-2018
  - Leverance til prøve: 3/12
  - Integrationsprøven: 4/12 – 10/12
- Endelig leverance: 30/4-2019
  - Leverance til prøve: 23/4
  - Overtagelsesprøve: 24/4 – 30/4
- Test: 1/5 – 28/6
- Pilot: 1/7 – 30/8

Forudsætter omgående bestilling

EnergiMetropol ESBJERG

Esbjerg Kommune

Medarbejderløsningens leverancer

- Delleverance 1 (integration) – 17/12-2018
  - Leverance til prøve: 10/12
  - Delleveranceprøve: 10/12 – 17/12

- Endelig leverance: 30/4-2019
  - Leverance til prøve: 23/4
  - Overtagelsesprøve: 24/4 – 30/4

- Test: 1/5 – 28/6
- Pilot: 1/7 – 30/8

Forudsætter omgående bestilling

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Tænkt tidsplan inkl. milepæle fra udbuddene

Dato	Milepæl	Hvem
Ca. 15/6-2018	**Bindende tilmelding til bestilling af en fælles infrastruktur**	**LDP**
23/7-2018	Bestilling af infrastrukturen	FUT
17/9-2018	**Tidligste bestilling af løsninger (f.eks. medarbejderløsning)**	**LDP**
17/9-2018	Bestilling af integrationsleverancen til borgerløsning	FUT
1/12-2018	Infrastruktur Delleverance 2 klar	FUT
10/12-2018	Borgerløsning Integrationsprøve bestået	FUT
10/12-2018	**Bestilling af borgerløsning til KOL**	**LDP**
17/12-2018	Medarbejderløsning Delleverance 1	FUT
Ca. 1/4-2019	**Landsdele klar til test (inkl. udstyr)**	**LDP**
23/4-2019	Infrastruktur endelig leverance klar	FUT
30/4-2019	Borger- og medarbejderløsning endelig leverance klar	FUT
1/5-2019	Test begynder	FUT
Ca. 1/5-2019	**Landsdele klar til pilot (inkl. udstyr)**	**LDP**
1/7-2019	Pilot begynder	FUT

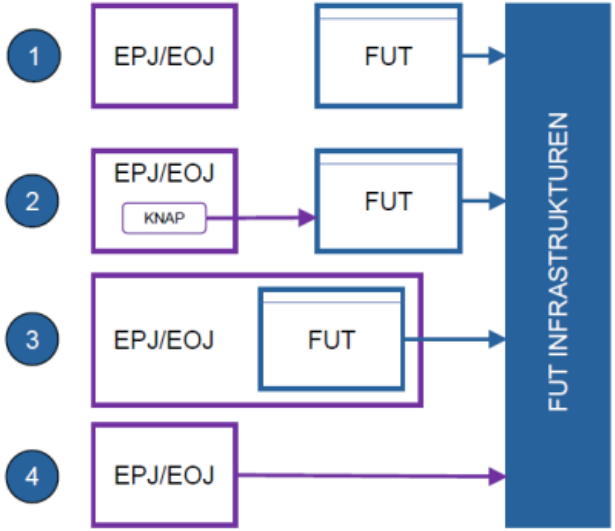
EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

Opgaver til landsdelsprogrammer

Vælg scenarie i eget systemlandsskab

1. Standalone
2. Knap-integration
3. Indlejret
4. Fuldfed integreret



1-3 bruger FUT løsningen

Esbjerg Kommune

FUT

Fælles Udbud af Telemedicin
Kommuner og Regioner i Danmark

Fælles Udbud af Telemedicin gennemfører et udbud af borgerrettede- og medarbejderrettede telemedicinske løsninger og en telemedicinsk infrastruktur hertil.

Projektet er et forudsætningsprojekt under den landsdækkende udbredelse af telemedicin til borgere med KOL senest med udgangen af 2019.

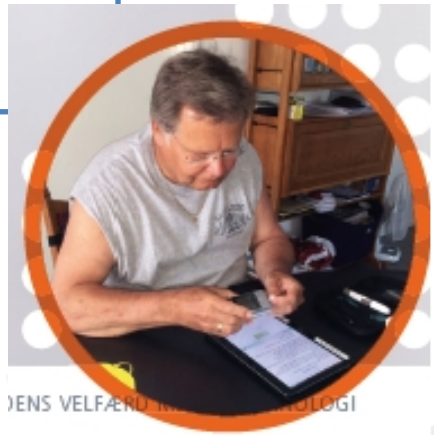
Læs mere her:
https://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Udbredelse-af-telemedicin-til-borgere-med-KOL/Forudsaetningsprojekter/Faelles-rammeudbud

EnergiMetropol

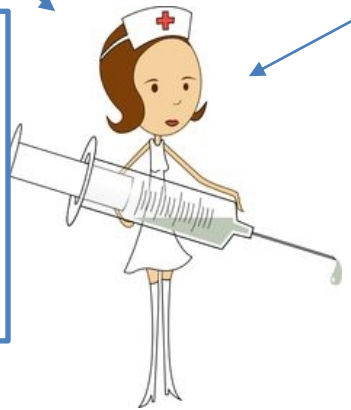
Esbjerg Kommune

Eksempel på et driftsscenarie

Sundhedsteknologi er ansvarlig for telemonitorering af borgerne uanset hvilke grupper monitoreringen omhandler



Får borgeren visiteret ydelser i for af praktisk eller personlig hjælp er Sundhedsteknologi ansvarlig for at advisere Sygeplejen, såfremt der kommer ændringer i borgerens data



Sygeplejersken er ansvarlig for borger kontakten hos borgere der får visiteret ydelser

EnergiMetropol

Esbjerg Kommune

SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 23-02-2018 PLAN
Sagsnr. 4-1010-336/1 plan@sst.dk

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1 Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. xx af xx. xxxx 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den xx. xxxx 2018 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2013.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende, vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og dermed at bidrage til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende udarbejdelse af sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angives procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens og vejledningens krav til aftalernes indhold.

Målgruppen for vejledningen er politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler. Patientinddragelsesudvalgene, som i henhold til sundhedslovens § 204 skal inddrages i sundhedskoordinationsudvalgenes drøftelser, indgår ligeledes i vejledningens målgruppe.

Sundhedsaftalen omfatter både det somatiske og psykiatriske område.

1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning

Vejledningen er tilrettet på baggrund af ændringer i bekendtgørelsen, herunder at det enkelte sundhedskoordinationsudvalg i sundhedsaftalerne fremover opstiller fælles, forpligtende målsætninger for sundhedsområdet generelt i regionen og for de områder og/eller målgrupper, som sundhedskoordinationsudvalget vælger at indgå aftale om, jf. afsnit 2.2. Dermed udgår de obligatoriske indsatsområder.

Endvidere opstiller vejledningen en ramme for samarbejdsaftaler bestående af en række delelementer, som parterne bør tage stilling til, når der indgås aftaler om samarbejde om indsatser eller opgaveløsning i regi af sundhedsaftalen. Rammen og deleelementerne fremgår af afsnit 3.2.

Endelig beskriver vejledningen opfølgning på og afrapportering af sundhedsaftalen (kapitel 5). Formålet hermed er at betone sundhedskoordinationsudvalgets pligt til at gøre status på sundhedsaftalens resultater og følge op på de fælles, forpligtende målsætninger, som er aftalt.

HØRINGSUDKAST

Til sidst er vejledningens gyldighedsperiode beskrevet, jf. afsnit 2.5.

Ændringerne i vejledningen tager udgangspunkt i anbefalingerne fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor det blev anbefalet, at sundhedsaftalerne fremover skal være mindre bureaukratisk tunge og give mere plads til lokale, politiske prioriteringer. Den lokale fastlæggelse af målsætninger forventes at give rum for mere fokuserede sundhedsaftaler, der har et stærkere lokalpolitisk ophæng. Ligeledes blev der i anbefalingerne oplistet en række punkter, som sundhedsaftalerne skal skabe klarhed om. Punkterne indgår i de delementer, som skal beskrives, når der indgås samarbejdsaftaler.

2 Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er en aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne inden for de områder eller de målgrupper, som sundhedskoordinationsudvalget beslutter at indgå aftale om. Sundhedsaftalen fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på de områder eller for de målgrupper, der indgås aftale om.

2.1 Formål

Sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb, der går på tværs af regioner og kommuner, med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats af høj og ensartet kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Herudover er sigtet med sundhedsaftalen at understøtte lighed i sundhed, som blandt andet opnås gennem et fokus på at tilrettelægge differentierede indsatser, som svarer til borgerens behov, ressourcer og præferencer, samt at understøtte, at parterne inddrager borgere og pårørende i beslutninger om egen sundhed og behandling, ligesom borgernes og pårørendes perspektiv inddrages i udvikling af samarbejdet om indsatser i sundhedsaftalen.

Endelig skal sundhedsaftalen understøtte en effektiv og bæredygtig anvendelse af ressourcer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalen omfatter samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren, herunder særligt almen praksis.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at understøtte sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne velfærdsområder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb.

2.2 Fastlæggelse af fælles, forpligtende målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2, i sundhedsaftalen opstille fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen

HØRINGSUDKAST

samt for de områder og/eller målgrupper, sundhedskoordinationsudvalget beslutter at indgå aftale om.

Målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet. De nationale mål sætter en retning for sundhedsvæsnets arbejde med højere kvalitet.

Formålet med fastlæggelse af fælles målsætninger er at bidrage til en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne. Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til en løbende opfølgning og justering af indsatsen.

I tillæg til de overordnede målsætninger, kan sundhedskoordinationsudvalget fastlægge mål, delmål og succeskriterier for specifikke indsatser målrettet en gruppe eller inden for et givent område.

Sundhedskoordinationsudvalget har ansvar for, at der er sammenhæng mellem de nationale mål for sundhedsvæsenet, de overordnede målsætninger for sundhedsaftalen og konkrete mål, delmål og succeskriterier i sundhedsaftalen.

2.3 Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser

Sundhedsaftalen omfatter borgere i alle aldre, der har behov for en sammenhængende, tværfaglig indsats fra aktører på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden.

Det anbefales, at en differentieret og proaktiv tilgang til det tværsektorielle samarbejde om borgernes forløb før, under og efter sygdom udgør grundlaget for parternes samarbejde om indsatser og målgrupper i regi af sundhedsaftalen. Det betyder, at indsatser tilrettelægges og målrettes ud fra behov, ressourcer og præferencer hos en given målgruppe på baggrund af fx risikostratificering af den befolkning, som er omfattet af sundhedsaftalen i den pågældende region.

Tilgangen fordrer endvidere, at sundhedsaftalen ikke kun omfatter indsatser målrettet behandling af sygdom, men også indsatser, der har til formål at forebygge sygdom eller forværring i helbredet. Hermed lægges der vægt på, at sundhedsaftalen understøtter en proaktiv tilgang i det tværsektorielle samarbejde om borgernes generelle sundhed.

Grundlaget for fastlæggelse af målgrupper og indsatser i regi af sundhedsaftalen har til formål at understøtte, at parterne samarbejder om at skabe mest mulig sundhed for den fælles gruppe af borgere.

I udvikling og tilrettelæggelse af samt opfølgning på sundhedsaftalen er det vigtigt, at de udvalgte målgrupper og aftalte indsatser er baseret på viden og forskning samt – så vidt det er muligt – data, der kan vise, hvor der er behov for særlig indsats i det tværsektorielle samarbejde samt, hvad effekten af indsatserne er.

Datakilderne kan eksempelvis være de kommunale og regionale sundhedsprofiler, øvrige lokale og nationale data samt resultater fra lokale og nationale indsatser på sundhedsområdet. Data og viden bør omfatte den målgruppe, der indgås aftale om. Herudover bør forskningsresultater, evalueringer og monitorering inddrages i udvikling og tilrettelæggelse af indsatser i regi af sundhedsaftalen.

HØRINGSUDKAST

2.4 Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedskoordinationsudvalget kan selv beslutte, om det vil beskrive aftalen samlet eller opdelt i flere dokumenter. Omfanget af sundhedsaftalen forventes at afspejle, at sundhedsaftalen er en overordnet, generel ramme for samarbejdet mellem parterne.

2.5 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

Sundhedsaftalen er indgået, når den er godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen og indsendt til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

Det skal fremgå af aftalen, hvornår den træder i kraft. Ikrafttræden behøver ikke at afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Sundhedsaftalen er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.

3 Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen

Som led i sundhedsaftalen kan der indgås samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører, fx i relation til en konkret målgruppe. Det kan være relevant at udarbejde samarbejdsaftaler i forhold til målgrupper, hvor der er en tværsektoriel udfordring.

3.1 Nye modeller for samarbejde

Med henblik på at styrke udviklingen af fælles løsninger, der går på tværs af sektorerne, anbefales det, at parterne i regi af sundhedsaftalen etablerer og afprøver nye modeller for samarbejde. Der kan eksempelvis være tale om at afprøve nye modeller for organisering af samarbejdet om udvalgte målgrupper, blandt andet gennem fælles ledelse og fælles finansiering, samt øvrige former for incitamenter.

3.2 Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning

I det følgende beskrives en ramme for indgåelse af konkrete samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning i sundhedsaftalen, jf. bekendtgørelsens § 3 stk. 3 og § 8. Rammen består af en række delelementer, som fremgår nedenfor, og har til formål at understøtte samarbejdet om indsatser i regi af sundhedsaftalen på tværs af regioner og kommuner.

For nogle samarbejdsaftaler vil det være relevant, at parterne tager stilling til alle nedenstående delementer, mens det for andre kun vil være relevant at tage stilling til enkelte delelementer. Parterne vurderer for hver konkret aftale om indsats eller aftale om opgaveløsning, hvilke af delelementerne som er relevante for den givne aftale.

Der tages stilling til følgende delelementer:

Opgaveløsning og opgavefordeling
Der er klarhed over, hvor indsatsen mest hensigtsmæssigt løses og hos hvilke(n) faggruppe(r). Herunder at der er klarhed over ansvarsfordelingen i forhold til levering af indsatsen.

Mål for indsatsen

HØRINGSUDKAST

Mål for indsatsen er klare, konkrete og operationelle for de involverede parter. Målene bør primært omhandle effekt og kvalitet, herunder den patient-/borgeroplevede kvalitet, og, så vidt muligt, være dataunderstøttede. Målene kan suppleres af delmål og succeskriterier med henblik på at understøtte operationalisering, implementering og opfølgning.

Kapacitet
Parterne koordinerer, aftaler og afstemmer løbende, hvilken kapacitet der er nødvendig hos de enkelte parter for at kunne levere og samarbejde om den pågældende indsats, samt om (og eventuelt hvornår) der er behov for opfølgning på kapaciteten, eksempelvis i en opfølgningsplan.

Ansvar for borgerens/patientens forløb, herunder det lægelige behandlingsansvar
Der er klarhed over, hvilke aktører som har ansvar for borgerens/patientens forløb samt, hvornår ansvaret herfor overdrages i forbindelse med sektorovergange fx i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til eget hjem eller til et kommunalt tilbud.

Adgang til kompetencer og rådgivning
Der er klarhed over behovet og muligheden for adgang til rådgivning og sparring på tværs af sektorer, fx fra sygehus til kommune eller fra almen praksis til kommune. Herudover at der er klarhed over, hvilke kompetencer som bør være til stede for at løse en given indsats, samt om der i den forbindelse er behov for (fælles) kompetenceudvikling.

Adgang til it, udstyr og lignende
Der er klarhed over, om der på tværs af sektorer er behov for adgang til udstyr eller lignende for at kunne levere indsatsen. Det kan fx vedrøre, om kommunen har adgang til specifik medicin og/eller udstyr på sygehusene, samt i hvilket omfang der er behov for digital understøttelse af en indsats. I så fald indgås aftale mellem aktørerne herom.

Implementering af og opfølgning på indsatsen
Der er udarbejdet en plan for implementering af og opfølgning på indsatsen. Herunder bør der være klarhed over, hvordan data, viden og forskning kan anvendes i opfølgningen på de fastlagte mål, delmål og succeskriterier for indsatsen.

Vilkår for ændret opgaveløsning og arbejdsdeling, herunder økonomi
Der er klarhed over parternes vilkår, hvis der sker ændringer i opgaveoverdragelse eller arbejdsdeling mellem sektorerne, herunder økonomi, i de aftalte indsatser.

3.3 Forløbsprogrammer

For at understøtte samarbejdet om sammenhæng i tværsektorielle forløb, kan der, som led i sundhedsaftalen hensigtsmæssigt aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset målgruppe og kan således fastlægge samarbejdet om de indsatser eller målgrupper, der indgås aftale om i regi af sundhedsaftalen. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer, når en større målgruppe har forløb på tværs af sektorer, der kræver koordination.

Endvidere kan der eksempelvis udarbejdes snitfladekataloger og casekataloger til håndtering af udvalgte områder.

HØRINGSUDKAST

4 Godkendelse af sundhedsaftalen

4.1 Indsendelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse, jf. sundhedslovens § 205 stk. 3, og bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler § 6.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 6, at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende den indgåede sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelsens § 6 fastlægger fristen for indsendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår heraf, at aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. Det vil sige, at sundhedsaftalerne for valgperioden 2018-2021 skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli 2019.

Bekendtgørelsens § 6 fastlægger frister for Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalen.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen inden indsendelsen. Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalen: aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, samt ikrafttrædelsesdato.

Bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af sundhedsaftalen, skal medsendes.

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet, kommunalbestyrelsen og sundhedskoordinationsudvalget en kvitteringsskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen.

4.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalen forudsætter:

- At der er formuleret overordnede målsætninger for sundhedsaftalen, som viser sammenhæng med de nationale mål for sundhedsvæsenet, og
- At det er dokumenteret, at sundhedsaftalen er udarbejdet med afsæt i det fælles grundlag for samarbejde om målgrupper og indsatser i sundhedsaftalen, jf. vejledningens afsnit 2.2

Såfremt det er nødvendigt at indhente supplerende information i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til det pågældende sundhedskoordinationsudvalg. Det påhviler herefter sundhedskoordinationsudvalget at tilvejebringe de fornødne oplysninger hurtigst muligt, og således at Sundhedsstyrelsen kan overholde fristen for godkendelse af sundhedsaftalen.

4.3 Godkendte aftaler

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet skriftligt herom.

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding vil omfatte meddelelse om godkendelse samt rådgivning om udviklingspotentialer i henhold til relevante anbefalinger og retningslinjer, herunder styrelsens generelle sundhedsfaglige anbefalinger.

4.4 Ikke godkendte aftaler

HØRINGSUDKAST

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skriftligt herom. Af meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse skal fremgå, hvilke(t) krav der ikke er opfyldt samt fristen for indsendelse af en revideret aftale. Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 4.2.

Forud for Sundhedsstyrelsens eventuelle beslutning om ikke at godkende en aftale, drøfter Sundhedsstyrelsen problemstillingen med sundhedskoordinationsudvalget samt eventuelt regionsrådet og kommunalbestyrelser, og der kan gives mulighed for at indsende en tilrettet aftale med en senere frist.

4.5 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider.

Parterne skal derudover aftale yderligere formidling af aftalen, således at ledere, medarbejdere, borgere og relevante aktører nemt og hurtigt kan få kendskab til den. Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendte sundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside.

4.6 Rådgivning

Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalens udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen. Ligesom Sundhedsstyrelsen yder rådgivning om kvalitet og udvikling af sundhedsaftalen, samt giver meddelelse om godkendelse af sundhedsaftalen.

Sundhedsstyrelsen kan ikke give en forhåndsgodkendelse forud for indsendelsen af sundhedsaftalen.

5 Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus

Sundhedskoordinationsudvalget har ansvar for, at der følges op på sundhedsaftalen, både løbende og ved sundhedsaftalens udløb.

I henhold til bekendtgørelsens § 7 er sundhedskoordinationsudvalget ansvarlig for, at der midtvejs i aftaleperioden udarbejdes en midtvejsstatus med henblik på at understøtte videndeling på tværs af regioner og kommuner om sundhedsaftalen. Midtvejsstatus indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering senest 2 år inde i aftaleperioden. Herudover anbefales det, at sundhedskoordinationsudvalget, med afsæt i midtvejsstatus, orienterer de øvrige sundhedskoordinationsudvalg om status på arbejdet med sundhedsaftalen.

I henhold til bekendtgørelsens § 7 er sundhedskoordinationsudvalget endvidere ansvarlig for, at resultatet af sundhedsaftalen præsenteres i en slutstatus. Slutstatus indeholder en opfølgning på de igangsatte indsatser og en status på opfyldelse af de fastlagte målsætninger, herunder midtvejsstatus. Der bør, så vidt muligt, inddrages relevante data, som præsenteres i slutstatus. Slutstatus sendes til Sundhedsstyrelsen til orientering inden udløb af sundhedsaftalen. Slutstatus skal i øvrigt demonstrere, at de igangsatte indsatser tager afsæt i eksisterende lovgivning, faglige anbefalinger og retningslinjer.

HØRINGSUDKAST

Midtvejsstatus og slutstatus anvendes som grundlag for udarbejdelse af næste generation af sundhedsaftaler.

Sundhedskoordinationsudvalget er endvidere forpligtet til at dele resultaterne fra slutstatus med de øvrige sundhedskoordinationsudvalg.

6 Sundhedskoordinationsudvalg

Mange borgere/patienter har behov for indsatser i både kommunen og på sygehuset og nogle gange samtidigt. Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende forløb på tværs af myndighederne: kommuner og regioner, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Borgere vil i mange sammenhænge i forhold til sundhedsaftalen også være patienter. I vejledningen omfatter begrebet borgere også denne gruppe.

Bekendtgørelsens §§ 1-5 beskriver sundhedskoordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde og en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget. Det fremgår heraf, at udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

Det er således ikke alle kommuner, der har direkte repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og de enkelte kommuner kan have forskellige ønsker til samarbejdet med regionen. Dette understreger behovet for, at kommunerne på tværs lægger en fælles linje, fx via KKR, og drøfter og koordinerer deres arbejde i forhold til sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget kan, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 4, nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra sygehuse, almen praksis eller kommuner. I den forbindelse er det relevant også at inddrage andre aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor samt andre tilgrænsende velfærdsområder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, ligesom borgere bør inddrages i relevante arbejdsgrupper.

Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. sundhedslovens § 204, stk. 3, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

Endvidere bør sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis, se nærmere herom i kapitel 7.

Endelig kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte større udviklingstendenser på sundhedsområdet, herunder udviklingen i sygehusstrukturen og borgernære sundhedstilbud samt kapaciteten på både det psykiatriske og somatiske område.

6.1 Udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale

Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder, jf. bekendtgørelsens § 3, udkast til sundhedsaftalen og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

HØRINGSUDKAST

6.2 Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. bekendtgørelsens § 3, følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at der i økonomiforhandlingerne og andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav, som influerer på sundhedsaftalen, og som skal indarbejdes i en revideret aftale.

Der udarbejdes en plan for implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen. Formålet med planen er opfølgning og justering på målsætninger i forhold til at sikre den fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne og den ønskede effekt heraf.

For øvrige krav til sundhedskoordinationsudvalget om opfølgning på og slutstatus for sundhedsaftalen, se kapitel 5.

6.3 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

Sundhedskoordinationsudvalget er, jf. bekendtgørelsens § 7, høringspart i forhold til kommentering af udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal, jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2, inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik og sundhedsplaner i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

6.4 Drøftelse af øvrige relevante emner

Sundhedskoordinationsudvalget drøfter, jf. bekendtgørelsens § 4, i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

Udvalget drøfter derudover koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

6.5 Videndeling mellem sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget informerer, jf. bekendtgørelsens § 5, sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

HØRINGSUDKAST

Sundhedskoordinationsudvalget er endvidere forpligtet til at dele erfaringer og viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne med de øvrige sundhedskoordinationsudvalg, jf. kapitel 5 om opfølgning og slutstatus.

7 Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Regionsrådet har myndighedsansvaret for sygehusene og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har regionsrådet ansvaret for at kunne levere en række specialiserede opgaver på social- og undervisningsområdet, som inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for flere af de øvrige velfærdsområder, herunder social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Der er – for så vidt angår almen praksis' rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen – en tæt sammenhæng med praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Almen praksis er, i henhold til sundhedslovens § 57 c, stk. 2, forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis, jf. sundhedsaftalen, forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og eventuelt ressourcer aftales.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte områder.

Private sygehuse og andre private leverandører mv. er ikke en aftalepart, men skal være omfattet af relevante dele af sundhedsaftalen, når de leverer offentligt finansieret behandling. Når regionsrådet og/eller en kommunalbestyrelse indgår en aftale med en privat aktør om varetagelse af sundhedsopgaver, skal det sikres, at den private aktør gennem (leverandør)aftalen forpligtes af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

HØRINGSUDKAST

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har hver især et ansvar for at sikre, at alle aktører i egne organisationer samt hos private leverandører m.fl. forpligtes til at efterleve relevante dele af aftalens indhold efter dens godkendelse.

7.1 Aktører

En række aktører leverer sundhedsydelser til de målgrupper eller inden for de områder, som vil være omfattet af sundhedsaftalen. Ved aktører forstås i denne sammenhæng organisatoriske enheder og deres medarbejdere.

Det er inden for de enkelte målgrupper og områder forskelligt, hvilke aktører som er relevante at omfatte i sundhedsaftalen. *Sygehuse*, *kommunale tilbud* og *almen praksis* er dog gennemgående aktører. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at sygehuse omfatter både stationære, ambulante og udgående funktioner, og at kommunale sundhedstilbud omfatter en række forskellige funktioner inden for både forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering og palliation.

Den øvrige praksissektor er relevant i forhold til dele af sundhedsaftalen. Det gælder særligt for praktiserende fysioterapeuter, praktiserende speciallæger og praktiserende psykologer.

Aktører på tilgrænsende velfærdsområder, eksempelvis social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, omfattes af sundhedsaftalen, når dette er relevant for kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

Derudover inddrages i relevant omfang fx specialiserede institutioner inden for *social- og undervisningsområdet* samt kliniske funktioner, sundhedskoordinatorer og rehabiliteringsteam, som kommuner og regioner har etableret med henblik på at understøtte borgeres tilbagevenden til arbejde.

Endelig kan *bruger- og patientforeninger* og *civilsamfundet* være relevante at inddrage i arbejdet med implementering af sundhedsaftaler. Disse aktører er kendetegnet ved, at de typisk leverer eller indgår i borger- og patientrettede aktiviteter, som kan udgøre en del af sundhedsaftalen.

Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf. Aktører, der besidder faglig, praktisk eller borgeroplevet viden om de indsatser eller målgrupper, der indgås aftale om, kan hensigtsmæssigt inddrages ved udarbejdelsen af aftalen.

Sundhedsstyrelsen, den xx. xxxx 2018

HØRINGSUDKAST

KKR SYDDANMARK

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION
PLO Syddanmark

Region Syddanmark

Høringssvar til Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"

Sundhedsstyrelsen har den 23. februar 2018 fremsendt høringsudkast til "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler". Region Syddanmark, PLO Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har valgt at udforme vores bemærkninger til vejledningen i et fælles tværsektorielt høringssvar. Dette fordi vi anser det for helt centralt, at vi i fællesskab er enige om, hvordan vejledningen skal forstås, og hvilken betydning den får udformningen af vores kommende sundhedsaftale. Derudover falder det os naturligt, fordi vi grundlæggende er enige om, hvad vi mener, at vejledningen bør indeholde, og det underbygger et fælles høringssvar.

Der skal indledningsvis lyde en stor ros til Sundhedsstyrelsen og den nedsatte arbejdsgruppe for det store arbejde, der ligger til grund for vejledningen. Alle parter i regionen har følt sig inkluderet i udarbejdelsen, og det er oplevelsen, at der er blevet lyttet til de input, vi har givet undervejs.

Der er stor opbakning til, at vejledningen indeholder færre krav end den nuværende, og at den giver større rum for lokale politiske prioriteringer. Det anses som meget positivt, at Sundhedskoordinationsudvalget vil få et større råderum til at formulere mål og indsatser for den kommende sundhedsaftale.

Vi har nogle bemærkninger af generel karakter samt forslag til tekstnære rettelser som vi vurderer, kan være med til at skærpe vejledningen yderligere.

Afsnit 2.3 Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser
Det anbefales, at indikatorerne for de otte nationale mål for sundhedsvæsenet tilføjes som mulige datakilder i det sidste afsnit, som begynder med "Datakilderne kan eksempelvis være….".

Afsnit 2.5 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode
Det står ikke anført i vejledningen, hvor lang en periode sundhedsaftalen løber over. Dette præciseres heller ikke i høringsversionen af bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Da det således er uklart, hvor lang tid den nye sundhedsaftale løber, er vurderingen i Syddanmark, at det vil vanskeliggøre en fastsættelse af målsætninger for vores politikere (hvornår skal der udarbejdes en midtvejsstatus, og hvornår forventes der en slutstatus?). Anbefalingen er derfor, at sundhedsaftalens varighed tilføjes både vejledningen og bekendtgørelsen.

Afsnit 3.1 Nye modeller for samarbejde
I Syddanmark vil vi gerne udfordre den traditionelle opgaveløsning og afprøve nye samarbejdsformer til gavn for både patienter og pårørende, men også medarbejdere og samfundsøkonomi. Det er vi glade for, at der sættes fokus på i den nye vejledning, men det bemærkes, at der fortsat er en række

lovgivningsmæssige barrierer, som hindrer både opgaveoverdragelse, fælles finansiering og fælles ledelse. Det drejer sig eksempelvis om udveksling af helbredsoplysninger, udfordringer med dobbelt ansættelsessted og økonomi.

Der er behov for en ny finansieringsmodel, som i højere grad forpligter sundhedsaftaleparterne økonomisk og understøtter udviklingen i retning af et mere integreret samarbejde. Vurderingen i Syddanmark er, at Vejledningen ikke i tilstrækkelig grad løser de økonomiske udfordringer parterne imellem med en beskrivelse af, at der skal være klarhed over parternes vilkår, herunder økonomi.

I Syddanmark håber vi, at vejledningens gode takter ift. nye modeller for samarbejde følges op af nødvendige nationale tiltag. Eksempelvis opfordres Sundhedsstyrelsen til i endnu højere grad at opslå puljer, som kræver fælles ansøgninger fra kommuner, regioner og eventuelt almen praksis eller alternativt fra et Sundhedskoordinationsudvalg.

Afsnit 5 Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus
I andet sidste afsnit står det beskrevet, at slutstatus anvendes som grundlag for næste generation af sundhedsaftaler. Det vurderes ikke realistisk, da slutstatussen sandsynligvis først vil blive udarbejdet, når næste generation af sundhedsaftaler er igangsat. Det anbefales derfor, at slutstatussen tages ud af afsnittet.

Afsnit 6 Sundhedskoordinationsudvalg
Det fremgår, at *"sundhedskoordinationsudvalgets arbejde skal koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis",* og at dette er præciseret i afsnit 7. Dette vurderes ikke tilfældet, og da det er en udfordring, vi har haft svært ved at løse i Syddanmark, er anbefalingen, at samarbejdet skal uddybes i afsnit 7.

Afsnit 6.5 Videndeling mellem sundhedskoordinationsudvalg
Videndeling mellem de fem sundhedskoordinationsudvalg er et område, der med fordel kan udvikles og styrkes. Vejledningen kunne skærpes ift. at præcisere ansvaret for at sikre denne videndeling. Eksempelvis kunne Sundhedsstyrelsen være ansvarlig for at sikre temadage for sundhedskoordinationsudvalgene eller sikre, at ansvaret blev placeret skiftevis hos de fem regioner og kommuner.

En præcisering af ovenstående nødvendiggøres yderligere af, at det i afsnit 5 fremgår at *"sundhedskoordinationsudvalget er endvidere forpligtet til at dele resultaterne for slutstatus med de øvrige sundhedskoordinationsudvalg"*. Der er behov for en uddybning af, hvad det indebærer, så der sikres en ensretning af videndeling mellem de fem udvalg.

Afsnit 7 Sundhedsaftalens parter
De praktiserende læger er en vigtig del af det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde. Samarbejdet er

dog fortsat komplekst, og det kan være svært at forpligte de praktiserende læger i sundhedsaftalesamarbejdet. Vejledningen løser ikke denne udfordring, og som tidligere beskrevet er der behov for, at sammenhængen mellem sundhedskoordinationsudvalget og praksisplansudvalget uddybes.

På vegne af Region Syddanmark, PLO Syddanmark og de 22 syddanske kommuner

Syddanske bemærkninger til KL's høringssvar på 'Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

De 22 syddanske kommuner har i samarbejde med Region Syddanmark og PLO Syddanmark valg at udforme vores bemærkninger til vejledningen i et fælles tværsektorielt høringssvar. Dette er blandt andet gjort med afsæt i en henvendelse, som Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark sendte til Sundhedsministeren i september 2017, hvor der blev udtrykt enighed på tværs af sektorerne om, hvad vejledningen bør indeholde. Der er ligeledes udarbejdet et fæles tværsektorielt høringssvar, fordi vi anser det som centralt, at vi i fællesskab er enige om, hvordan vejledningen skal forstås, og hvilken betydning den får for udformningen af den kommende sundhedsaftale.

Ud over det fælles tværsektorielle høringssvar har de syddanske kommuner nogle bemærkninger af mere kommunal karakter, som forhåbentlig kan indarbejdes i KL's høringssvar. Forventningen er, at det kan være med til at skærpe vejledningen yderligere.

2.2 Fastlæggelse af fælles, forpligtigende målsætninger

Det anbefales, at vejledningen suppleres med en beskrivelse af, at de otte nationale mål i overvejende grad er målrettet regionale indikatorer. Det er ikke noget, vejledningen kan ændre på, men det bør påpeges, da kommunerne og regionerne har forskellige udgangspunkt for arbejdet med de otte nationale mål. Vurderingen er, at det kan have en afsmittende effekt på udarbejdelsen af målsætningerne i sundhedsaftalen, og derfor bør det påpeges.

2.3 Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser

Det bør påpeges overfor Sundhedsstyrelsen, at en væsentlig forudsætning for, at der kan arbejdes databaseret er, at det lovgivningsmæssigt er muligt at dele data på tværs af sektorer og lovgivninger.

2.5 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

Det anbefales, at det bliver indskærpet i både vejledningen og bekendtgørelsen, hvor længe sundhedsaftale er gældende (varighed). Vurderingen er, at det ellers vil være vanskeligt for politikerne i Sundhedskoordinationsudvalget at opstille realistiske målsætninger.

3.2 Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning

Kapacitet

Anbefalingen fra de syddanske kommuner er, at det skrives tydeligere ind i afsnittet, at vurderingen af kapaciteten alene beror på en vurdering i egen sektor/organisation. Det skal indgå i en samlet vurdering iht. opgaven, men selve vurderingen af kapaciteten kan ikke ske i et samspil mellem parterne.

Vilkår for ændret opgaveløsning og arbejdsdeling, herunder økonomi

Det skal bemærkes, at der fortsat er en række lovgivningsmæssige barriere, som hindrer både opgaveoverdragelse, fælles finansiering og fælles ledelse. Det drejer sig blandt andet om udveksling af helbredsoplysninger, udfordringer med dobbelt ansættelsessted og økonomi.

Det er vurderingen fra de syddanske kommuner, at det skal påpeges overfor Sundhedsstyrelsen at der er behov for en ny finansieringsmodel som i højere grad forpligter sundhedsaftalens parter økonomisk og understøtter udviklingen i retning af et mere integreret samarbejde.

5. Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus

Det anbefales, at slutstatus skrives ud iht. grundlaget for udarbejdelsen af næste generation af sundhedsaftaler. Det vil ikke være muligt at praktisere i virkeligheden, da udarbejdelsen af næste generation af sundhedsaftaler påbegyndes længe før, at der udarbejdes en slutstatus.

Det anbefales, at det præciseres, hvordan sundhedskoordinationsudvalget er forpligtet til at dele resultater fra slutstatus med de øvrige sundhedskoordinationsudvalg.

De syddanske kommuner ønsker at opfordre Sundhedsstyrelsen til i højere fra grad at opslå puljer, der kræver fælles ansøgninger, fx fra et Sundhedskoordinationsudvalg.

6. Sundhedskoordinationsudvalg

De syddanske kommuner vurderer, at beskrivelsen omkring kommunernes rolle i sundhedskoordinationsudvalget skal skrives ud af vejledningen. Der opleves ingen problemer med repræsentationen i KKR Syddanmark, og der kan ikke findes noget belæg for, at det skal beskrives i vejledningen.

Det har i Syddanmark været vanskeligt at sikre koordineringen mellem Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde og Praksisplanudvalgte for almen praksis. Det fremhæves i afsnit 6, at det står nærmere beskrevet i kapitel 7, hvordan det sikres. Dette vurderes ikke at være tilfældet, og da det er en væsentlig udfordring anbefales det, at det skrives tydeligere ind i vejledningen, hvordan denne koordinering kan sikres.

7. Sundhedsaftalens parter

Almen praksis

De praktiserende læger anerkendes som en væsentligt del af det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde. Samarbejdet er dog fortsat udfordret i Region Syddanmark, og derfor ønsker de syddanske kommuner at påpege, at almen praksis i højere grad bør forpligtes ind i samarbejde, end de er i det nuværende høringsudkast. Det vurderes, at det ligeledes kan være med til at løse udfordringerne med at sikre sammenhængen mellem sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget for almen praksis.

Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet
Mail jkr@sst.dk og shm@sum.dk

Dato: 21. marts 2018

Sags ID: SAG-2017-03930
Dok. ID: 2501201

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Høring om bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

KL har modtaget høring om bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler med frist den 23. marts 2018.

KL finder, at bekendtgørelse og vejledning afspejler en god proces og inddragelse af aktørerne og ønske om at justere lovgivningen herfor for at give regioner, kommuner og almen praksis nogle bedre rammer til at udarbejde nogle gode sundhedsaftaler.

KL forventer, at den nye ramme vil skabe mere plads til at udarbejde fokuserede politiske sundhedsaftaler, som tager afsæt i de udfordringer, som aktørerne især finder, at der er behov for at sætte et særligt tværsektorielt fokus på. KL er derfor overordnet meget tilfredse med udkast til bekendtgørelse og vejledning om SKU og sundhedsaftaler.

Det ligger dog KL og kommunerne meget på sinde, at der skabes nogle klare rammer for opgaveoverdragelse, så vi undgår, at nye opgaver glider ud, uden at det er aftalt, hvordan opgaven løses og finansieres. Både så vi sikrer kvaliteten i indsatsen, men også for at sikre enighed om det hensigtsmæssige i, at opgaven løses i det nære sundhedsvæsen.

KL har følgende overordnede bemærkninger:

For det første bør det af bekendtgørelse og vejledning fremgå, at en eventuel overdragelse af opgaver mellem sektorerne sker planlagt og koordineret. Aftalen bør tage stilling til alle de i pkt. 3.2. i vejledningen nævnte elementer. Det drejer sig bl.a. om at sikre, at der i forbindelse med, at nye opgaver flyttes til kommunerne, er en aftale om det økonomiske grundlag.

Ift. bekendtgørelsens §3, stk. 3 bør det fremgå, at der skal indgås aftaler i forbindelse med overdragelse af opgaver, som tager stilling til de i vejledningen pkt. 3.2 nævnte delementer.

For det andet bør der på nationalt niveau systematisk følges op på den opgaveudvikling, der aftales i regi af sundhedsaftalerne, ligesom der bør udarbejdes en egentlig udviklingsplan for flytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen, jf. KL´s mindretalsudtalelser til anbefaling 7 og 13 i den nationale afrapportering fra udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Dato: 21. marts 2018

Sags ID: SAG-2017-03930
Dok. ID: 2501201

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

For det tredje finder KL ikke, at det er parternes opgave at koordinere kapaciteten i de enkelte sektorer. Det er op til den enkelte kommune (og region) at sørge for, at den fornødne kapacitet er til stede og vil også ske på baggrund af en politisk vurdering (og prioritering) i den enkelte kommune.

For det fjerde finder vi fortsat, at det ville være relevant at sammenlægge SKU og Praksisplanudvalget for at skabe en bedre sammenhæng.

Sidst men ikke mindst mener KL ikke, at det bør fremgå af vejledningen, at kommunerne skal sikre en fælles linje ift. Sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftalerne. Det er væsentligt, men et anliggende, som fastlægges og sker via kommunernes KKR samarbejde.

Der tages forbehold for politisk behandling i KL's bestyrelse.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

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

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

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

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

Område:

Kateteranlæggelse og -pleje

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen den 20. februar 2018

Opdrag:

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger et formaliseret samarbejde mellem sygehus og kommune om kateteranlæggelse og -pleje. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

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

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for kateteranlæggelse og -pleje i kommunale akutfunktioner.

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejerske, Fredericia Kommune
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Allan Vittrup Pedersen (medsekretær), Chefkonsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Kateteranlæggelse og -pleje i kommunale akutfunktioner.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, almen praksis og sygehusene om kateteranlæggelse og -pleje.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Der findes forskellige former for kateter, men de oftest anvendte er blærekateter (kateter à demeure – KAD), engangskateterisation og topkateter (suprapubiskkateter). Alle tre katetre anlægges efter lægelig ordination som en delegeret opgave. Blærekateteret anlægges igennem urinvejen, og det er en opgave, som i dag varetages af de fleste syddanske kommuner – dog kan anlæggelse af blærekateter hos mænd være en udfordring og kræve ekstra oplæring. Topkateteret anlægges på sygehuset ved operation, men de fleste kommuner har praksis for at skifte topkateter. Dog foretages de første skift almindeligvis på sygehuset. Pleje af begge former for kateter er standard praksis.

Samarbejdet om kateteranlæggelse og -pleje foregår typisk ved, at patienten tilses af egen læge pga. af mistanke om fx akut obstruktion af nedre urinveje eller inkontinens, hvorfor lægen ordinerer kateteranlæggelse. Lægen kan enten selv vælge at anlægge kateteret eller bede den kommunale sygepleje gøre det. Typisk vil lægen bede den kommunale sygepleje forestå fremadrettede skift og pleje af kateteret. Hvis hverken lægen eller sygeplejersken kan anlægge kateteret enten pga. manglende kompetence eller problemer med kateteranlæggelsen, vil patienten typisk blive henvist til sygehuset for at få anlagt kateteret. Alternativt kommer patienten hjem med kateter efter en indlæggelse på sygehuset, og den kommunale sygepleje anmodes via. plejeforløbsplanen om at forestå den videre kateterpleje samt eventuelle skift. Dette vil altid være praksis ift. topkateter, medmindre patienten selv er oplært i pleje heraf.

Region Syddanmarks sygehusenheder har udarbejdet instrukser for kateter à demeure, engangskateterisation og topkateter, som findes på http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

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

Målgruppen for samarbejdsaftalen er kvinder og mænd, som behandles med blærekateter, engangskateterisation eller topkateter.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Størstedelen af 22 kommuners sygepleje har allerede i dag erfaring med kateteranlæggelse og -pleje. I en rundspørge fra foråret 2017 angav 20 ud af 22 kommuner, at de varetager kateteranlæggelse og pleje.

Arbejdsgruppen bemærker, at der allerede er en velimplementeret praksis for samarbejdet om kateteranlæggelse og -pleje.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder definerer, at de kommunale akutfunktioner skal kunne varetage kateteranlæggelse og -pleje.

Arbejdsgruppen anbefaler, at samarbejdsaftalen er gældende for blærekateter, engangskateterisation og topkateter. Blærekateteret kan anlægges, skiftes og plejes af den kommunale sygepleje, mens topkateteret skal anlægges under operation på syghuset, men kan skiftes og plejes af den kommunale sygepleje.

Nedenfor beskrives det tværsektorielles samarbejde om kateteranlæggelse ved ordination af hhv. praktiserende læge og læge på sygehus:

Hvis kateteret anlægges i samarbejde med patientens praktiserende læge, er lægen ansvarlig for, at patienten har et velfungerende kateter. Kommunen er ansvarlig for at de nødvendige remedier er til rådighed.

Derudover er den praktiserende læge ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om behandlingen
- At den kommunale sygepleje har de fornødne kompetencer til at varetage den videre pleje og eventuelle skift.

Hvis kateteret anlægges på sygehuset, er sygehuset ansvarlig for, at patienten sendes hjem med et velfungerende kateter, og at der medsendes remedier til opstart, hvis ikke den kommunale sygepleje har disse til rådighed.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandlingen
- At udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen

I begge tilfælde gælder det, at kommunen har ansvaret for, at det er kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer, der har ansvaret for at administrere den videre kateteranlæggelse (skift) og -pleje i borgerens nærmiljø. Samt at den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordinerede behandlingsplan og regional instruks samt en kommunal instruks om kateteranlæggelse og -pleje.

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

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Anlæggelse af kateter er en lægefaglig opgave, men der er ikke lovmæssigt forbud mod delegation af kateteranlæggelse og -pleje. Sundhedsstyrelsen har defineret, at opgaverne skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner.

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

SIKKERHED

Arbejdsmiljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald ifm. kateteranlæggelse og -pleje, da det kan kasseres som alm. dagrenovation.

Remedier og tekniske aspekter

Jf. kvalitetstandarderne skal kommunerne købe katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.

Hvis kateteret anlægges på sygehuset som en del af et udredningsforløb, er det iht. afgrænsningscirkulæret, sygehuset, der afholder udgiften til katetre og udstyr indtil patienten er udredt og færdigbehandlet. Det kan dreje sig om:

- Katetre
- Færdigpakket kateterisationssæt med sterile handsker, afdækningsstykke, kapsel, vattamponer til afvaskning og engangspincet, katetersmøremiddel og saltvand til afvaskning samt glycerinopløsning 10 % I sprøjte til ballonfyldning.
- Eventuelt kateterventil

- Drænagesystem
- Urinposer
- Urinposeholder
- Urinfiksering
- Fikseringsbånd
- Fikseringstape

En samarbejdsaftale bør beskrive ansvaret samt de praktiserende foranstaltninger for rekvirering og levering af remedier.

Det gælder også ift. de praktiserende foranstaltninger for rekvirering og levering af remedier.

Hygiejne

Brug af urinvejskateter medfører en risiko for udvikling af urinvejsinfektioner, idet enhver indføring af et kateter kan introducere bakterier i urinblæren. Infektionsrisikoen er dog meget lavere ved intermitterende steril eller ren kateterisering end ved kronisk permanent kateter.

Ved anvendelsen af kateter i få dage kan risikoen for bakterier i urinen reduceres ved at efterleve forbyggende retningslinjer, såsom at alle anvendte urinposer og kateterventiler er sterile. Ved anvendelse af kateter i længere tid en tre uger kan det ikke undgås, at patienten får bakterier i urinen. Sigtet er derfor at forebygge/undgå, at patienten udvikler en symptomatisk infektion.

God hygiejne er derfor vigtig i forbindelse med kateteranlæggelse og -pleje, og grundig beskrivelse af praksis herfor bør indgå i den lokale kommunale instruks. Der henvises til National Infektionshygiejnisk Retningslinje (NIR) på området.

Statens Serum Institut har udviklet et e-læringsprogram om kateterrelaterede infektioner, som med fordel kan indgå i uddannelsen af personale, som skal varetage eller bidrage til kateteranlæggelse og -pleje - https://ssi.essenslms.com/public/vav_uvi/index.html#/

I henhold til den gældende vejledning om hjemmesygepleje er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold kateteranlæggelse og -pleje, som ikke kan løses af en kommunal sygeplejerske. Der kan dog være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med kateter. Er dette tilfældet, bør den ordinerende læge og den kommunale sygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Med det rette samarbejdsaftalegrundlag, den nødvendige oplæring af kommunale personale og den rette organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, at kommunale akutfunktioner kan varetage kateteranlæggelse og -pleje.

Det er vigtigt, at det kommunale personale har de fornødne kompetencer til at varetage opgaven og er uddannet i en god hygiejne praksis.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende læge (sygehus, praktiserende læge eller vagtlæge), der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansvaret indebærer:

- At ordinere og forberede den relevante behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen og informere den kommunale sygepleje herom
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med behandling med kateter

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal besidde grundlæggende viden og kompetencer relateret til kateteranlæggelse og -pleje. Det drejer sig mere specifikt om følgende kompetencer:

- Anlæggelse af engangskateter og blærekateter
- Skift af blærekateter og topkateter
- Pleje af blærekateter og topkateter
- Forebyggelse af komplikationer

Såfremt der indgår andet personale i opgaveløsningen, skal de ligeledes besidde ovenstående kompetencer.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om kateteranlæggelse – denne oplæring kan foregå ved intern oplæring i kommunerne eller i regi af de lokale samarbejdsfora i samarbejde med sygehusene.

Arbejdsgruppen bemærker dog, at anlæggelse af blærekateter på mænd kan være udfordrende, og ikke alle kommuner udfører denne opgave. Arbejdsgruppen anbefaler, at de kommuner, som ikke varetager kateteranlæggelse på mænd, kompetenceudvikler deres personale til at kunne udføre opgaven – evt. med bistand fra Region Syddanmarks sygehusenheder.

Arbejdsgruppen bemærker yderligere, at Odense Kommune og Urinvejskirurgisk Afdeling OUH er ved at udvikle et e-læringsprogram om kateterisation, som kan bruges i forbindelse med kompetenceudvikling af sundhedspersonale.

Videredelegation

Opgaven med at anlægge og skifte kateter må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

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

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

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

De syddanske kommuner har en velimplementeret praksis for anlæggelse og pleje af kateter, som rummer potentiale for såvel forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner – heraf mindske brugen af antibiotika, sparet transporttid for patienten og et styrket tværsektorielt samarbejde mm.

Ved at patienten forbliver i eget hjem vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil sparres for en tur på sygehuset.

Patientens økonomi

Når den kommunale akutfunktion anlægger og plejer et kateter i patientens nærmiljø, vil det i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da kommunen eller sygehuset stiller med det nødvendige udstyr og remedier. Der kan dog være udgifter forbundet med borgerens transport il kommunale sygeplejeklinikker, som dækkes af borgeren selv.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Patienter og pårørende kan oplæres i at anlægge og passe katetre. Denne praksis vil naturligvis fortsætte, selvom en samarbejdsaftale implementeres. Samarbejdsaftalen bør således gælde for de patienter, som ikke kan oplæres, og som ikke har pårørende, der kan oplæres i behandlingen.

For at vurdere et forventet antal patienter, har Fredericia, Odense og Aabenraa Kommune trukket data på, hvor mange patienter de øjeblikkeligt har i behandling med kateter i eget hjem. I februar 2018 havde Fredericia Kommune 99 patienter og Odense Kommune havde 134 patienter (dækker dog i Odense over kateter/eller dræn), der modtog hjælp til behandling med kateter i eget hjem.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Fredericia og Odense Kommune beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 20 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er således tale om et skøn, og der er ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjebliksbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

Aabenraa Kommune har trukket data på, hvor mange patienter de har hjulpet med at anlægge kateter i fjerde kvartal 2017. I alt anlagde den kommunale sygepleje kateter på 46 mænd og 40 kvinder.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	77

Assens	54
Billund	35
Esbjerg	152
Faaborg-Midtfyn	67
Fanø	4
Fredericia	67
Haderslev	73
Kerteminde	31
Kolding	120
Langeland	16
Middelfart	50
Nordfyns	38
Nyborg	42
Odense	261
Svendborg	76
Sønderborg	98
Tønder	50
Varde	66
Vejen	56
Vejle	147
Ærø	8
I alt	**1591**

Udgifter og omkostninger

Udgifter og omkostninger til kateteranlæggelse og -pleje vil variere meget, da der er stor forskel på, hvor længe patienter vil have brug for et kateter. Som nævnt i afsnittet ovenfor medsender sygehusene remedier, hvis det er en del af et behandlingsforløb, men når patienten er færdigbehandlet medbringer den kommunale sygepleje de nødvendige remedier.

Nedenfor gives eksempler på de kommunale udgifter til kateteranlæggelse og -pleje af hhv. en kommunal sygeplejerske og social- og sundhedsassistent.

Anlæggelse/skift af kateter i eget hjem ved sygeplejerske:
I Fredericia Kommune får en typisk KAD kateterbruger skiftet sit kateter én gang om måneden. Kommunen estimerer, at det i gennemsnit tager 30 minutter for en sygeplejerske at anlægge eller skifte et kateter. Hertil kommer transport i dette tilfælde sat til 2 x 15 min. - samlet 1 time. Det giver en kommunale udgift per kateteranlæggelse/skift på 356 kr.

Hertil kommer udgiften til remedier til kateteranlæggelse/skift. Nedenfor udregnet som udgift pr. måned for en borger med skift hver måned med og uden brug af skyllevæsker

Udgift til remedier pr. måned for borger med skift hver måned uden brug af skyllevæsker/urotainer

Katerisationssæt	23 kr.
Kateter	15 kr.
Dagspose (skift hver uge)	24 kr.
Natpose (skift hver dag)	59 kr.
Urinposeholder til ben	5 kr.

Uripose stativ til seng	1 kr.
Samlet udgift til remedier pr. måned	127 kr.

Udgift til remedier pr. måned for borger med skift hver måned med brug af skyllevæsker/urotainer

Katerisationssæt	23 kr.
Kateter	15 kr.
Dagspose (skift ved skylning)	120 kr.
Natpose (skift hver dag)	59 kr.
Urinposeholder til ben	5 kr.
Uripose stativ til seng	1 kr.
Skyllevæske	90 kr.
Urotainer	322 kr.
Samlet udgift til remedier pr. måned	635 kr.

Pleje af kateter i eget hjem foretages ofte af social og sundhedsassistenter eller hjælpere. Daglig morgenpleje tager ca. 15 minutter. Hertil kommer udgift til transport på to gange 15 minutter – samlet 45 minutter. Det giver en månedlig kommunale udgift til kateterpleje per borger på (3/4 * 167 kr. pr. time * 30) = 3757,5 kr.
Det bemærkes, at hvis borgeren i forvejen får hjælp til nedre toilet afsættes der ikke yderligere tid.

Regionen har udgifter til diagnosticering af patienten, evt. anlæggelse af kateter, rådgivning af den kommunale sygepleje i forbindelse med kateterisation mm.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

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

Område:

Kateteranlæggelse og -pleje

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 20. februar 2018 og behandlet af Følgegruppen for opgaveoverdragelse den 28. februar 2018.

Beskrivelse af opgaven

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen definerer, at kommunerne fra januar 2018 skal kunne varetage kateteranlæggelse og -pleje.

Der findes forskellige former for kateter, men de hyppigst anvendte, er:

- engangskateterisation
- blærekateter (kateter à demeure – KAD)
- topkateter (suprapubiskkateter).

Alle tre katetre anlægges efter ordination fra en læge. Blærekateter og engangskateterisation anlægges igennem urinvejen og er en opgave, som i dag varetages af de fleste syddanske kommuner, mens topkateteret anlægges på sygehuset ved operation, men de fleste kommuner har praksis for at skifte topkateter.

Følgegruppen bemærker, at engangskateterisation og anlæggelse af blærekateter hos mænd kan være en udfordring og kræve ekstra oplæring. Der bør være fokus herpå i forbindelse med udarbejdelse af en samarbejdsaftale.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, almen praksis og sygehusene om kateteranlæggelse og -pleje.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Følgegruppen bemærker, at der allerede eksisterer en velimplementeret praksis for samarbejdet om kateteranlæggelse og -pleje mellem kommuner, sygehuse og almen praksis i Syddanmark.

Størstedelen af 22 kommuners sygepleje har allerede i dag erfaring med kateteranlæggelse og -pleje. I en rundspørge fra foråret 2017 angav 20 ud af 22 kommuner, at de varetager kateteranlæggelse og pleje.

Region Syddanmarks sygehusenheder har udarbejdet instrukser for kateter à demeure, engangskateterisation og topkateter, som findes på http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/ .

Statens Serum Institut har udviklet et e-læringsprogram om kateterrelaterede infektioner, som med fordel kan indgå i uddannelsen af personale, som skal varetage eller bidrage til kateteranlæggelse og -pleje - https://ssi.essenslms.com/public/vav_uvi/index.html#/

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

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

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

De syddanske kommuner har en velimplementeret praksis for anlæggelse og pleje af kateter, som rummer potentiale for såvel forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner – samt reduceret brug af antibiotika, sparet transporttid for patienten og et styrket tværsektorielt samarbejde mm.

Ved at patienten forbliver i eget hjem, vil denne have mulighed for at drage nytte af sit sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil sparres for en tur på sygehuset.

Forventet antal patienter pr. år

Patienter og pårørende kan oplæres i at anlægge og passe katetre. Denne praksis vil naturligvis fortsætte, selvom en samarbejdsaftale implementeres. Samarbejdsaftalen bør således gælde for de patienter, som ikke kan oplæres, og som ikke har pårørende, der kan oplæres i behandlingen.

For at vurdere et forventet antal patienter, har Fredericia, Odense og Aabenraa kommune trukket data på, hvor mange patienter de øjeblikkeligt har i behandling med kateter i eget hjem. I februar 2018 havde Fredericia kommune 99 patienter og Odense kommune havde 134 patienter, der modtog hjælp til behandling med kateter i eget hjem. Det bemærkes, at tallene for Odense Kommune også indeholder gruppen af patienter, som modtager hjælp til pasning af dræn, da det ikke har været muligt at adskille.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Fredericia og Odense kommune beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 20 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjebliksbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

Aabenraa Kommune har trukket data på, hvor mange patienter de har hjulpet med at anlægge kateter

i fjerde kvartalt 2017. I alt anlagde den kommunale sygepleje kateter på 46 mænd og 40 kvinder.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	77
Assens	54
Billund	35
Esbjerg	152
Faaborg-Midtfyn	67
Fanø	4
Fredericia	67
Haderslev	73
Kerteminde	31
Kolding	120
Langeland	16
Middelfart	50
Nordfyns	38
Nyborg	42
Odense	261
Svendborg	76
Sønderborg	98
Tønder	50
Varde	66
Vejen	56
Vejle	147
Ærø	8
I alt	**1591**

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Der er stor forskel på, hvor længe patienter vil have brug for et kateter. I trin 1 beskrives et prisek-sempel på månedlige udgifter og omkostninger forbundet med hhv. blærekateteranlæggelse/skift og -pleje.

Blærekateteranlæggelse/skift

Patienter får typisk skiftet blærekateter med 1-3 måneders mellemrum. Eksemplet i trin 1 tager ud-gangspunkt i én månedlig anlæggelse/skift ved en kommunal sygeplejerske. I den sammenhæng vil det koste kommunen mellem 483 – 991 kr. afhængigt af om borgeren skal have skyllet sit kateter med skyllevæsker/urotainer.

Pleje af blærekateter

Pleje af blærekateter foretages ofte af social og sundhedsassistenter eller hjælpere. Eksemplet i trin 1 tager udgangspunkt i månedlige udgifter og omkostninger til daglig morgenpleje af et blærekateter, som opgøres til ca. 3757,5 kr.

Regionen har udgifter til diagnosticering af patienten, evt. anlæggelse af kateter, rådgivning af den kommunale sygepleje i forbindelse med kateterisation mm.

Plan for monitorering og evaluering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse anbefaler på nuværende tidspunkt ikke, at en eventuel samarbejdsaftale skal monitoreres. Dette fordi, at der er tale om et allerede eksisterende samarbejde og velimplementeret praksis, men også fordi, at kommunerne skal investere ressourcer i at monitorere flere af de andre samarbejdsaftaler, som er indgået i regi af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder.

Følgegruppen anbefaler i stedet, at samarbejdet evalueres to år efter implementering af en samarbejdsaftale.

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

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

I kvalitetstandarderne for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er kateteranlæggelse og -pleje defineret som en opgave, der lokalt skal udarbejdes en samarbejdsaftale for.

Følgegruppen bemærker, at der allerede eksisterer en velimplementeret praksis for samarbejdet om kateteranlæggelse og -pleje mellem kommuner, sygehuse og almen praksis i Syddanmark.

Følgegruppen anbefaler, at en kommende samarbejdsaftale er gældende for blærekateter, engangskateterisation og topkateter. Blærekateteret kan anlægges, skiftes og plejes af den kommunale sygepleje, mens topkateteret skal anlægges under operation på syghuset, men kan skiftes og plejes af den kommunale sygepleje.

Følgegruppen bemærker, at engangskateterisation og anlæggelse af blærekateter hos mænd kan være en udfordring og kræve ekstra oplæring. Kompetenceudviklingen kan med fordel foregå i regi af de lokale samordningsfora og bør indgå i en evt. samarbejdsaftale. I den sammenhæng gøres opmærksom på, at Odense Kommune og Urinvejskirurgisk Afdeling OUH er ved at udvikle et e-læringsprogram om kateterisation, som kan bruges i forbindelse med kompetenceudvikling af sundhedspersonale.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum, at gå videre med at udarbejde en samarbejdsaftale om kateteranlæggelse og -pleje.

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

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

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

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

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

Område:

Pasning af dræn

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen den 21. februar 2018

Opdrag:

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger et formaliseret samarbejde mellem sygehus og kommune om pasning af dræn. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

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

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for pasning af dræn i kommunale akutfunktioner.

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune

Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejerske, Fredericia Kommune
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Allan Vittrup Pedersen (medsekretær), Chefkonsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Pasning af dræn i kommunale akutfunktioner.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, almen praksis og sygehusene om pasning af dræn.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Når der er behov for at anlægge et dræn, sker det primært ved operation på sygehuset samt i mindre udstrækning ved operation hos praktiserende speciallæger. Dræn bruges blandt andet i forbindelse med forskellige typer af operationer og til at sikre afløb for blod, væskeansamling og luft. Dræn kan anlægges mange forskellige steder på kroppen fx 12-fingertarmen, lunger, sår, central nervesystemet, bughulen m.fl. Der findes også mange forskellige dræn typer såsom ascitesdræn, pleuradræn m.fl. Dræn anvendes på patienter i alle aldre, men principperne for pasning af dræn er ens.

I dag udskrives patienter med dræn, når de vurderes færdigbehandlet på sygehuset eller i forbindelse med aflastning efter en operation. Nogle patienter og pårørende oplæres i at passe drænet selv, men i de fleste tilfælde skal det varetages af den kommunale sygepleje. Opgaven består i at føre tilsyn med indstiksstedet for infektionstegn, forbindingsskift og eventuelt tømning af drænagesystemet.

Der eksisterer allerede i dag et velfungerende samarbejde om pasning af dræn.

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Målgruppen defineres med afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Det vil sige *"patienter med somatiske sygdomme, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, som bedst varetages tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det kan være ældre medicinske patienter, patienter med organisk delir, patienter med kronisk sygdom, patienter med demens, patienter med psykiatrisk komorbiditet, patienter i en terminal fase eller patienter med akut nedsat funktionsevne, fx ifm sygdom, og et manglende eller svagt net-*

værk."

Målgruppen for en samarbejdsaftale bør være patienter med dræn, som har brug for hjælp til at passe drænet.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Dræn defineres som medicinsk udstyr, der anlægges gennem huden til at dybereliggende væv og hulrum til evakuering af blod og vævsvæsker og sikring af fri passage af sekreter og ekskreter fra organer, abcesser samt monitorering.

Størstedelen af 22 kommuners sygepleje har allerede i dag erfaring med pasning af dræn. I en rundspørge fra foråret 2017 angav 18 ud af 22 kommuner, at de varetager pasning af dræn.

Arbejdsgruppen bemærker, at der allerede er en vel implementeret praksis for samarbejdet om pasning af dræn.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder definerer, at de kommunale akutfunktioner skal kunne varetage pasning af dræn.

Nedenfor beskrives det tværsektorielles samarbejde om pasning af dræn ved ordination/anlæggelse på hhv. sygehus og praktiserende speciallæge:

Hvis drænet anlægges på sygehuset, er sygehuset ansvarlig for, at patienten udskrives med et velfungerende dræn, og at der medsendes remedier til pasningen af drænet i eget hjem. Den kommunale sygepleje stiller med almene remedier, såsom værnemidler, skiftesæt osv. Dette er uddybet i et følgende afsnit.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandlingen
- At udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig afdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen

Hvis drænet anlægges hos en privat praktiserende speciallæge, er lægen ansvarlig for, at patienten har et velfungerende dræn, og at der medsendes remedier til pasning af drænet i eget hjem. Den kommunale sygepleje stiller med almene remedier, såsom værnemidler, skiftesæt osv. Dette er uddybet i et følgende afsnit.

Derudover er den praktiserende speciallæge ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandlingen
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen
- At medsende kontaktoplysninger

I begge tilfælde gælder det, at kommunen har ansvaret for, at det er kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer, der har ansvaret for at administrere den videre pasning af drænet i borge-

rens nærmiljø. Samt at den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordinerede behandlingsplan og regional instruks samt en kommunal instruks om pasning af dræn.

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

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Der er ikke lovmæssigt forbud mod delegation af pasning af dræn. Sundhedsstyrelsen har defineret, at opgaven skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner.

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

SIKKERHED

Arbejdsmiljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald ifm. pasning af dræn, da det kan kasseres som almindelig dagrenovation.

Remedier og tekniske aspekter

Jf. "Casekatalog – Behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark – Regionens og kommunernes vejledning om ansvarsfordeling", leverer regionen de nødvendige remedier til pasning af drænet i eget hjem. Remedierne varierer afhængigt af typen af dræn, men omfatter selve tapningsmateriet og fiksering af drænet. Produkterne leveres i en samlet pakke (et kit).

Kommunen leverer almene hjælpemidler til varetagelse af hygiejnisk pasning af drænet, såsom værnemidler, skiftesæt mm.

Arbejdsgruppen bemærker, at der fra tid til anden opstår spørgsmål om fordeling af udgifter til remedier til brug ved pasning af dræn. En samarbejdsaftale skal sikre klare linjer på dette område. Det gælder også ift. de praktiserende foranstaltninger for rekvirering og levering af remedier.

Hygiejne

Et dræn er et fremmedlegeme, som kan være indgangsport for mikroorganismer, specielt patientens egen hudflora. Brug af dræn indebærer en risiko for infektion, og derfor er hygiejne vigtig både ved anlæggelse og pasning af dræn. Nærmere vejledning for hygiejne ifm. pasning af dræn er beskrevet i regionale instrukser på Region Syddanmarks infonet (http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/) og

i lokale kommunale instrukser.

I henhold til den gældende vejledning om hjemmesygepleje er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til pasning af dræn, som ikke kan løses af en kommunal sygeplejerske.

Patientsikkerhed

Som tidligere nævnt eksisterer der allerede et veludviklet samarbejde mellem størstedelen af de syddanske kommuner og sygehusene i Region Syddanmark om pasning af dræn efter udskrivelse fra sygehuset. Arbejdsgruppen vurderer, at med det rette samarbejdsaftalegrundlag og organisering er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, at kommunale akutfunktioner kan varetage pasning af dræn.

Det er vigtigt, at det kommunale personale har de fornødne kompetencer til at varetage opgaven og er uddannet i en god hygiejne praksis.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende læge (sygehus eller privatpraktiserende speciallæge), der har det lægefaglige behandlingsansvar, som omfatter:

- At sikre, at patienten har et velfungerende dræn og ordinere den relevante behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen og informere den kommunale sygepleje herom
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med behandling med dræn
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7
  I enkelte tilfælde anlægges dræn hos privatpraktiserende speciallæger. I de tilfælde skal lægen vejlede patienten og den kommunale sygepleje, om hvor de kan rette henvendelse ved komplikationer.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal besidde grundlæggende viden og kompetencer relateret til pasning af dræn. Det drejer sig mere specifikt om følgende kompetencer:

- Viden om infektionstegn
- Viden om hygiejne og anvendelsen af aspektisk teknik
- Viden om pasning af dræn, herunder tømning af drænagesystem, forbindingsskift mm.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om pasning af dræn – denne oplæring foregår ved intern oplæring i kommunerne, evt. med bistand fra Region Syddanmarks sygehusenheder. Hvis der implementeres nye drænsystemer kan Region Syddanmarks sygehusenhe-

der bidrage til kompetenceudviklingen.

Videredelegation

Opgaven kan ikke videredelegeres fra sygeplejersken i den kommunale sygeplejerske.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

De fleste patienter, som får anlagt dræn, vil kort efter operation være færdigbehandlet og kunne udskrives til eget hjem evt. med hjælp til pasning af drænet fra den kommunale sygepleje.

De syddanske kommuner har en velimplementeret praksis for pasning af dræn, som rummer potentiale for såvel forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner – heraf mindske brugen af antibiotika, sparet transporttid for patienten mm.

Ved at patienten forbliver i eget hjem vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil sparres for en tur på sygehuset.

Patientens økonomi

Når den kommunale akutfunktion passer drænet i patientens eget hjem, vil det i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da kommunen eller sygehuset stiller med det nødvendige udstyr og remedier. Hvis kommunen tilbyder pasning af dræn eksempelvis på en sundhedsklinik, kan det være forbundet med udgifter til transport for patienten.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Enkelte patienter og pårørende kan oplæres i at passe et dræn, men som udgangspunkt har patienter brug for hjælp fra den kommunale sygepleje. Der er dog tale om en relativt lille patientgruppen, men varigheden af behovet for hjælp varierer fra patient til patient.

For at vurdere et forventet antal patienter har Fredericia kommune trukket data på, hvor mange patienter, de øjeblikkeligt passer dræn for i eget hjem. Den 19. februar 2018 havde Fredericia kommune 10 patienter, der modtog hjælp pasning af dræn i eget hjem. Tallene stemmer overens med data fra Aabenraa, som i fjerde kvartal 2017 havde i alt 9 patienter, som fik hjælp til pasning af dræn. Syv patienter fik hjælp til pasning af ascitesdræn og to fik hjælp til pasning af lungedræn.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Fredericia beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at

data baserer sig på et øjebliksbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	12
Assens	8
Billund	5
Esbjerg	23
Faaborg-Midtfyn	10
Fanø	1
Fredericia	10
Haderslev	11
Kerteminde	5
Kolding	18
Langeland	2
Middelfart	7
Nordfyns	6
Nyborg	6
Odense	39
Svendborg	11
Sønderborg	15
Tønder	7
Varde	10
Vejen	8
Vejle	22
Ærø	1
I alt	**239**

Udgifter og omkostninger

Fordelingen af udgifter og omkostninger til remedier i forbindelse med pasning af dræn er beskrevet ovenfor og følger den allerede eksisterende praksis.

Da der er tale om en relativt lille og heterogen patientgruppe, vurderer arbejdsgruppen ikke, at det vil give mening at opstille et regnestykke for udgifter og omkostninger.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

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

Område:

Pasning af dræn

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 21. februar 2018 og godkendt af Følgegruppen for opgaveoverdragelse den 2. marts 2018.

Beskrivelse af opgaven

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen definerer, at kommunerne fra januar 2018 skal kunne varetage pasning af dræn.

Når der er behov for at anlægge et dræn, sker det primært ved operation på sygehuset samt i få tilfælde ved operation hos praktiserende speciallæger. Dræn bruges blandt andet i forbindelse med forskellige typer af operationer og til at sikre afløb for blod, væskeansamling og luft.

Patienter med dræn udskrives, når de vurderes færdigbehandlet på sygehuset. Nogle patienter og pårørende oplæres i at passe drænet selv, men i de fleste tilfælde skal det varetages af den kommunale sygepleje. Opgaven består i at føre tilsyn med indstiksstedet for infektionstegn, forbindingsskift og eventuelt tømning af drænagesystemet.

Følgegruppen bemærker, at der allerede eksisterer i dag eksisterer et velfungerende samarbejde om pasning af dræn. En samarbejdsaftale kan med fordel understøtte dette samarbejde yderligere.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, sygehusene (primært) og privatpraktiserende speciallæger (få tilfælde) om pasning af dræn.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Følgegruppen vurderer, at der i løbet af de seneste år er oparbejdet et solidt videns- og erfaringsgrundlag for pasning af dræn i den kommunale sygepleje. I en rundspørge fra foråret 2017 angav 18 ud af 22 kommuner, at de varetager pasning af dræn, som Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder foreskriver.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i

hjemmesygeplejen". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden for tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. Pasning af dræn er angivet som en opgave, der lokalt skal indgås samarbejdsaftale om.

Region Syddanmarks sygehusenheder har udarbejdet instrukser pasning af dræn, som findes på http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/ .

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

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

Følgegruppen vurderer, at med den rette kompetenceudvikling, kvalitetssikring og et struktureret samarbejde mellem primært sygehusene og i få tilfælde privatpraktiserende speciallæger, at pasning af dræn er en opgave, som kan varetages af de kommunale akutfunktioner.

For patienterne vil betyde, at de kan forblive i eget hjem/nærmiljø og dermed vil have mulighed for at drage nytte af deres sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil undgå konfusion.

Forventet antal patienter pr. år

Enkelte patienter og pårørende kan oplæres i at passe et dræn, men som udgangspunkt har patienter brug for hjælp fra den kommunale sygepleje. Der er dog tale om en relativt lille patientgruppe, hvor behandlingsvarigheden og deraf behovet for hjælp varierer fra patient til patient.

For at vurdere et forventet antal patienter har Fredericia kommune trukket data på hvor mange patienter, de øjeblikkeligt passer dræn for i eget hjem. Den 19. februar 2018 havde Fredericia kommune 10 patienter, der modtog hjælp pasning af dræn i eget hjem. Tallene stemmer overens med data fra Aabenraa, som i fjerde kvartal 2017 havde i alt 9 patienter, som fik hjælp til pasning af dræn. Syv patienter fik hjælp til pasning af ascitesdræn og to fik hjælp til pasning af lungedræn.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Fredericia beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjebliksbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	12
Assens	8
Billund	5
Esbjerg	23
Faaborg-Midtfyn	10
Fanø	1
Fredericia	10
Haderslev	11
Kerteminde	5

Kolding	18
Langeland	2
Middelfart	7
Nordfyns	6
Nyborg	6
Odense	39
Svendborg	11
Sønderborg	15
Tønder	7
Varde	10
Vejen	8
Vejle	22
Ærø	1
I alt	**239**

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Fordelingen af udgifter og omkostninger til remedier i forbindelse med pasning af dræn er beskrevet i trin 1. Udgangspunktet er, at regionen leverer de nødvendige remedier til pasning af drænet. Kommunen leverer almene værnemidler til varetagelse af den hygiejniske pasning af drænet, såsom værnemidler, skiftesæt mm.

Følgegruppen bemærker, at der fra tid til anden opstår spørgsmål om fordeling af udgifter til remedier til brug ved pasning af dræn. En samarbejdsaftale skal sikre klare linjer på dette område. Det gælder også ift. de praktiserende foranstaltninger for rekvirering og levering af remedier.

Da der er tale om en relativt lille og heterogen patientgruppe, vurderer følgegruppen ikke, at det vil give mening at opstille et regnestykke for udgifter og omkostninger.

Plan for monitorering og evaluering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse anbefaler på nuværende tidspunkt ikke, at en eventuel samarbejdsaftale skal monitoreres. Dette fordi, at der er tale om et allerede eksisterende samarbejde og velimplementeret praksis, men også fordi, at kommunerne skal investere ressourcer i at monitorere flere af de andre samarbejdsaftaler, som er indgået i regi af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder.

Følgegruppen anbefaler i stedet, at samarbejdet evalueres to år efter implementering af en samarbejdsaftale.

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

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

I kvalitetstandarderne for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er pasning af dræn defineret som en opgave, der lokalt skal udarbejdes en samarbejdsaftale for i regi af sundhedsaftalen.

Følgegruppen bemærker, at der allerede eksisterer et velimplementeret samarbejde om pasning af dræn. En samarbejdsaftale kan med fordel understøtte dette samarbejde yderligere.

Følgegruppen vurderer, at pasning af dræn med den rette kompetenceudvikling, kvalitetssikring og et struktureret samarbejde mellem primært sygehusene og i få tilfælde privatpraktiserende speciallæger er en opgave, som kan varetages af de kommunale akutfunktioner.

Følgegruppen bemærker, at der er tale om en relativt lille heterogen patientgruppe, som varierer i både behandlingsvarighed og plejebehov.

Følgegruppen bemærker, at det ændrede samarbejde ikke vil ændre ved den nuværende fordeling af udgifter til eksempelvis remedier, men at der fra tid til anden opstår spørgsmål om fordeling af disse udgifter. En samarbejdsaftale skal sikre klare linjer på dette område.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum, at gå videre med at udarbejde en samarbejdsaftale om pasning af dræn.

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 ift. socialpsykiatri	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle 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 var 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 2017 samt i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Den 19. december 2017 godkendte SKU de tre nye forløb samt implementaringsplan. Der blev afholdt et indledende informationsmøde med kommunerne den 18. januar 2018.	20-8-18: Følgegruppen forelægges status på implementeringsarbejdet.			Der udarbejdes et genereisk dagsordenspunkt til understøttelse af implementeringsarbejdet i PSOF´erne.
Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkeds-området	DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsmarkedsområdet. Følgegruppen fik den 19. februar 2018 forelagt en sag om udpegning af repræsentanter til den nye arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen inviteres til to workshops, der skal munde ud i et kommissorium samt tids- og procesplan, der forventes forelagt for Følgegruppen i august 2018.	20-08-18: Godkendelse af kommissorium og procesplan vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet			
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				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. Der lægges aktuelt op til en drøftelse i SOF´erne omkring håndtering af drøftelser omkring FMK i relvante lokale netværk/fora.	09-04-17: Status fra Tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe. 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. Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2017 reviderede anbefalinger for den palliative indsats. Følgegruppen besluttede på møde 19-02-18 at indstille til DAK, at Samarbejdsaftalen for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid revideres med henblik på at leve op til de reviderede anbefalinger. Der udarbejdes kommissorium til godkendelse i Følgegruppen 09-04-18 med henblik på efterfølgende godkendelse i DAK 14-05-18.	Der gives helårlig status til Følgegruppen for Behandling og pleje (maj). 09-04-18: Godkendelse af kommissorium for revidering af Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid.	14-05-18: Godkendelse af kommissorium for revidering af Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i DAK.		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.
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 årlig status på implementering/data på rapporttyper i oktober.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017, og implementering er gennemført i tredje kvartal 2017. Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe, som er nedsat som underarbejdsgruppe under Følgegruppen, afholdt sit første møde den 31. oktober 2017. Arbejdsgruppen mødes efter behov. Arbejdsgruppens første opgave var at afklare kommunernes behov for overskrifter i korrespondancemeddelelser. Følgegruppen har på møde 19-02-18 godkendt oplæg, som er udarbejdet på baggrund af input fra kommunerne.				
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.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Audit/evaluering af SAM:BO	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. I den kommende periode arbejdes der på en afklaring af, hvilken betydning ændringen af sundhedsloven har ift. audit af SAM:BO.	09-04-18: Status på arbejdet vedr. audit/evaluering af SAM:BO jf. lovændring.			
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder, om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	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. Udfordringen omkring underrepræsentation af etniske minoriteter i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af demens vil blive løftet ind i forbindelse med arbejdet med øvrige initiativer i demenshandlingsplanen. Bl.a. når de nationale anbefalinger for tværfaglige forløb for mennesker med demens foreligger, og der skal arbejdes med en revision af samarbejdsaftalen.				
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).				
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	DAK godkendte den 23. november 2017 Regional Vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange, hvor DAK også godkendte, at der udarbejdes et oplæg om læringsinitiativer med henblik på forelæggelse for Det Administrative Kontaktforum 1. halvår af 2018.	09-04-18: Program for temaeftermiddag vedr. læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange forelægges til godkendelse i Følgegruppen.	14-05-18: Program for temaeftermiddag vedr. læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange forelægges til godkendelse i DAK.	1. 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 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.	09-04-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje.		3. kvartal 2018	
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. Følgegruppen indhenter data i forhold til monitorering af samarbejdsaftalen. Data forelægges Følgegruppen den 9. april 2018.	09-04-18: Følgegruppen for behandling og pleje forelægges data ift. monotorering af aftalen. Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (dec.)		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der er nedsat 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.	20-08-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje.			Arbejdet afventer aktuelt svar fra Sundhedsministeriet vedr. en opklaring på ansvarsfordelingen under indlæggelse ift. hjælp efter serviceloven.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	DAK godkendte den 22. juni 2017, at der ikke længere er behov for en særskilt samarbejdsaftale for det psykiatriske område, når SAM:BO for Socialpsykiatrien er implementeret. Godkendelsen skete med det forbehold, at underaftaler til samarbejdsaftalen kan stå alene, inden man kan udfase den overordnede samarbejdsaftale. Følgegruppen godkendte den 19. februar 2018 redaktionelle justeringer af følgende 3 underaftaler: - Samarbejdsaftale om retspsykiatriske patienter, 2015 - Samarbejdsaftalen om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet, 2015 - Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug og alkoholmisbrug, 2015 Da justeringerne alene er af redaktionel karakter forelægges de ikke DAK til godkendelse.				Med ganske få redaktionelle ændringer er ophænget til Sundhedsaftalen 2015-18 og SAM:BO-aftalen sikret. Da der er planlagt justering af de øvrige underaftaler inden udgangen af 2019, kan samarbejdsaftalen for det psykiatriske område derfor udfases, når SAM:BO indenfor socialpsykiatrien træder i kraft pr. 23-10-18.
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF´erne. Der er afholdt temadag i 2017.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (april). 09-04-18: Årlig afrapportering til Følgegruppen for behandling og pleje.			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF´erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (feb.).			
Aftale om sårbare gravide	DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017. Aftalen implementeres via SOF´erne i 1.kvartal af 2018.	Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. 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 gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS	Den reviderede samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark blev godkendt af DAK den 25. januar 2018 med en tilføjelse om monitorering på udviklingen af antal familier i Familieambulatoriet, samt antal besøg pr. familie. Aftalen implementeres via SOF´erne i 1.kvartal af 2018.	Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der blev nedsat en arbejdsgruppe, til at understøtte 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.				

[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 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. Der er nedsat en arbejdsgruppe, hvor alle tekniske løsninger er repræsenteret, som har til opgave at beskrive løsninger til identificerede udfordringer.	1. Afdækning af tekniske løsninger i kommunerne (gennemført). 2. Nedsættelse af arbejdsgruppe (gennemført) 3. Møderække planlagt og indkaldt.	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 implementering, som varetages af SOF'erne og et spor for videndeling, som varetages af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.	Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har gennemført 3 interviews med repræsentanter for SOF'erne. Med afsæt i de gennemført interviews udarbejdes et spørgeskema, som besvares af de resterende SOF'er. På baggrund heraf nedsættes en mindre arbejdsgruppe, som får til opgave at udarbejde forslag til handleplan for vidensdeling.		14. maj 2018		
Telemedicinsk sårvurdering.	Forslag til forlængelse af projektperioden med		September 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 2017 blev det besluttet, at telemedicinsk sårvurdering fremadrettet forankres i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.	regional finansiering godkendt på mødet 25. januar 2018. Beslutningsoplæg om fælles forvaltning med virkning fra 2019 udarbejdes.				

Porteføljestyringsværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

Februar 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 september-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.					
Opfølgning på materialet til understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter	Opfølgningsindsats planlægges i første halvår af 2018. Data til opfølgningen forventes indsamlet i andet halvår af 2018		Resultaterne af opfølgningen forventes forelagt DAK ultimo 2018/primo 2019		
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	SKU godkendte opfølgningen den 19 december 2017.				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,	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	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
	(som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondan-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		implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora		
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. Indsatsen afsluttes med en konference 7. juni		Afsluttende opsamling på arbejdet med samarbejdsaftalen forventes forelagt DAK på september-mødet i 2018.		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe.				
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.	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	Der arbejdes stadig på et specifikt oplæg til et forskningsprojekt og den dermed forbundne økonomiske ramme.	Det videre arbejde med et oplæg blev drøftet 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 stress-ramte og langtidssyge-meldte 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 den 23/11 2017. M2: Identifikation af kommuner til pilotprojekt primo 2018. M3: Pilotafprøvning i 2-3 kommuner igangsættes medio 2018. M4: Modellens Evt. Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK medio 2019. M5: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet medio 2019.	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 væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: 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: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	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.
	- Akutte bed-side blodprøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	M1: Samarbejdsaftalen evalueres i maj 2020.	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK d. 25/1 2018	Samarbejdsaftalen er primo 2018 sendt til implementering i de lokale samordningsfora samt kommunal lægelige udvalg med effekt fra 1/5 2018.	
	- Pasning af dræn - Kateteranlæggelse og pleje	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i den 21/3 2018 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK 14/5 2018		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	Det er aftalt at samarbejdsaftalen skal evaluereres to år efter implementering, dvs. september 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
				blodprøvetagning i eget hjem.	
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 kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres halvårligt. I perioden d. 1/7– 31/12 2017 har 5 patienter modtaget behandling med cytosar i eget 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 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 behandlede den 23. november 2017 en sag om monitoreringen af indsatsen i forlængelse af patientforløbsprogrammet. DAK besluttede ved den lejlighed, at der i regi af Følgegruppen for forebyggelse skal udarbejdes et mere detaljeret monitoreringsforslag. **Diabetes** Den 4.december 2017 behandlede Følgegruppen for Forebyggelse det endelige 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. **Diabetes** Den 26. januar 2018 godkendte DAK udkast til forløbsprogram med henblik på forelæggelse på førstkommende møde i SKU. **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 efter førstkommende møde i SKU. **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) og Region Syddanmarks samarbejde om at udarbejde sundhedsprofilen forløber planmæssigt. Regionen afholder to arrangementer ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen. Begge arrangementer ser ud til at blive godt besøgt med pt. ca. 70 tilmeldte til hvert arrangement. Region Syddanmark har fået udarbejdet kommunespecifikke resultatoversigter, så kommunerne hurtigt får overblik over resultaterne for egen kommune. Disse udleveres allerede i uge 6, så kommunerne har god tid til at forberede pressehåndtering, sagsfremstillinger mv. Resultaterne udleveres klausuleret – bl.a. må data ikke bruges aktivt i sundhedsplanlægning og være offentligt tilgængelige før regionen har offentliggjort sundhedsprofilen. Forberedelse af kommunikationsindsatsen ifm. offentliggørelsen af Sundhedsprofilen skrider frem planmæssigt.	**Primo februar 2018:** Regionen sender materiale til kommunerne som hjælp til kommunikationsindsats mv. ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen. Kommunerne i regionen modtager en kommunespecifik dataoversigt (klausuleret). **Marts 2018:** *6. marts:* National 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. **April 2018:** Regionen står til rådighed for oplæg om sundhedsprofilens resultater. Data til videre analyser mv. kan udleveres til kommunerne.	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 blev drøftet på møde i Følgegruppen for Forebyggelse d. 4. december 2017. Her blev det besluttet, at sagen skulle genoptages, når der havde været afholdt møde med de regionale repræsentanter i gruppen. Der er planlagt en drøftelse af gruppens fremtidige kommissorium og arbejdsopgaver på møde den 6. februar 2018.	**Vinter/forår 2018:** Udarbejde monitoreringsoplæg for KOL i samarbejde med Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom.	**1. halvår 2018:** DAK præsenteres for forslag til monitorering af forløbsprogrammet (præsenteres af *arbejdsgruppen for 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
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 forelagt 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 medio 2018. Der foretages i øjeblikket formidlingsbesøg på relevante uddannelsesinstitutioner. 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 fire møder i perioden november 2017 til februar 2018 og afholder forventeligt 1-2 møder mere i perioden marts-april 2018.	**25. januar 2018:** Der afholdtes formandsmøde mellem Følgegruppeformandskabet og arbejdsgruppeformandskabet, hvor 1. leverance vedr. målgruppe, disposition og aktørliste blev godkendt. **5. april 2018:** Følgegruppen for Forebyggelse præsenteres for høringsudkast **5. april 2018:** Frist for indsendelse af fælles ansøgning om satspuljemidler. **24. maj 2018:** Det Administrative Kontaktforum godkender høringsudkast til Aftale på børne- og ungeområdet	**21. marts 2018:** Det er forventningen, at der på møde i DAK vil kunne behandles en fælles ansøgning om satspuljemidler til implementering af de tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser. Opgaven ligger i denne gruppe, da der vurderes at være stor synergi mellem forløbsprogrammerne og indholdet i en kommende Aftale på børne- og ungeområdet. **Medio 2018:** Der forventes at foreligge et høringsudkast til en aftale.	Ultimo 2018.	Det Administrative Kontaktforum besluttede på møde den 25. januar, at der kunne udformes en fælles ansøgning på tværs af regionen og de 22 kommuner om satspuljemidler til implementering af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen udarbejder en ansøgning, som forventes behandlet på DAK den 21. marts med ansøgningsfrist senest 5. april 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
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.	
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 – vedr. 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, samt kompetenceudvikling, når sidstnævnte aftale foreligger.

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 1. Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (Sundhedsaftalen pkt. 6.1.6.)

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	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
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
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 - 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 arbejder med lokal business case og gevinstrealisering etc. Arbejdsgruppen rapporterer direkte til programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet, selvom arbejdsgruppen formelt ligger under følgegruppen. Følgegruppens sekretariat indgår i arbejdsgruppen for at holde FØKE orienteret.				Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.
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 udbud / tværkommuna-	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
le 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 Bekendtgørelse af ud-	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
bud af telemedicinske løsninger Milepælen er gennem-ført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammer-nes milepæl.				
Milepæl 6.1B Tildeling af leverandør på telemedicinsk infra-struktur og afslutning af udbuddet Milepælen er gennem-ført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en leverandør.	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammer-nes 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 leverandø-rer på telemedicinske løsninger og afslutning af udbuddet Milepælen er gennem-ført når udbuddet er	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammer-nes 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 landsdelsprogrammet før,

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
gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en eller flere leverandør (er)					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.
Milepæl 6.6	Ej igangsat			Januar 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
Anskaffelsesstrategi for udstyr til borgere fastlagt Milepælen er gennemført, når der er truffet beslutning om indkøb af relevant teknisk udstyr					
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 / operationalisering af uddannelsen er	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
godkendt i programsty-regruppen					
Milepæl 8.2: Koncept, plan og mate-riale for uddannelse af borgere er klart Milepælen er gennem-ført når det overordne-de koncept for uddan-nelse af borgere samt uddannelsesmateriale og den videre proces for etablering / opera-tionalisering af uddan-nelsen er godkendt i programstyregruppen	Ej igangsat			Marts 2019	Der er nedsat et tværgående udvalg for uddannelse og kom-petenceudvikling.
Milepæl 8.3: Uddannelsestilbud til borgere og sundheds-faglige er sat i drift Milepælen er gennem-ført, når de godkendte uddannelsestilbud, jf. milepæl 8.1 og 8.2 er i drift. Drift er efter pilot og eventuel revidering	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
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.
Milepæl 9.2:	Ej igangsat			November 2018	Det er op til den enkelte aktør

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
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					(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					
Milepæl 10.1	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
Fastlægge rammer for driftsorganisation (governance, sysemforvaltning og sundhedsfagligt indhold) Milepælen er gennemført, når rammerne for driftsorganisationen er fastlagt og godkendt					
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					
Milepæl 11.1	Ej igangsat			Januar 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
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)					
Milepæl 11.2 10 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram Hver landsdel fastlægger forventet antal inkluderede borgere på et givent tidspunkt.	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 afhænger af A.P henviser en stor del

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
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.					af brugerne (risikolog)
Milepæl 11.3 50 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram Hver landsdel fastlægger forventet antal inkluderede borgere på et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx GOLD gr. D), der kan identificeres og som	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
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)

Meldeprocedure sygehus-kommune ved EDI-nedbrud/planlagt nedlukning

Denne procedure er gældende ved akutte nedbrud og planlagt nedlukning alle dage mellem kl. 08.00 og 22.00

Akutte nedbrud

Ved akutte nedbrud, som ikke vurderes løst umiddelbart, sender henholdsvis kommunens EOJ systemansvarlige og Regional IT meddelelse via web-formularen

Link til formular: EDI-nedbrud/nedlukning

Der skal beskrives følgende:

- Årsag til fejl
- Berørte meddelelser
- Forventet nedetid
- Kontaktperson

I tilfælde, hvor nedbruddet også omfatter web-formularen på internettet, skal der ved udskrivelse tages kontakt til kommunen via vagttelefonen (VisInfoSyd).

Hvis formularen anvendes efter kl. 22.00, bliver den først håndteret den efterfølgende morgen kl. 08.00.

Planlagt nedlukning

Ved planlagt nedlukning på mere end 2 timer skal det meldes via

Link til formular: EDI-nedbrud/nedlukning

Det er henholdsvis kommunens EOJ systemansvarlige og Regional IT, som sender meddelelser via webformularen med oplysning om

- Årsag til fejl
- Berørte meddelelser
- Forventet nedetid
- Kontaktperson

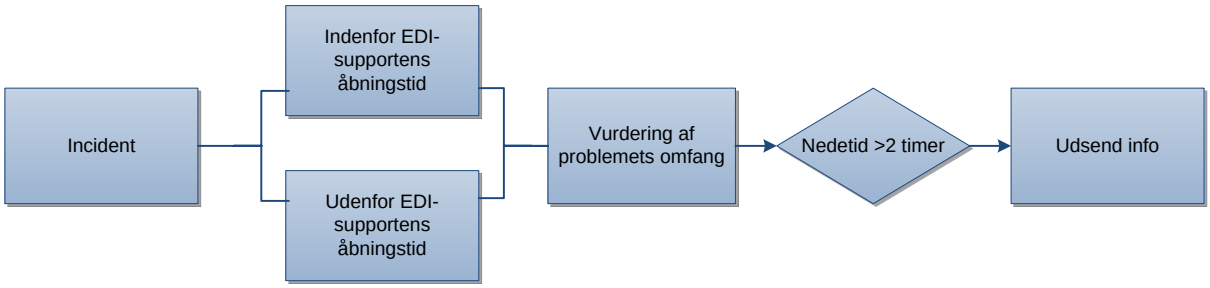
Hvis formularen anvendes efter kl. 22.00, bliver den først håndteret den efterfølgende morgen kl. 08.00.

Intern procedure for kommuner og sygehuse

Det enkelte sygehus har ansvar for at tilrettelægge intern procedure for nedlukning samt indføre arbejdsgange, der sikrer, at meddelelser om nedbrud læses på intranettet. De enkelte kommuner/sygehuse skal ligeledes sikre, at information om nedbrud informeres ud til relevante medarbejdere i egen organisation..

De enkelte kommuner/sygehuse har tillige ansvaret for at sikre, at der er en funktionspostkasse til hver organisation og til at melde ændringer i mailadresser til EDI-servicedesk: edi@rsyd.dk.

Beskrivelse af håndtering af meddelelser om nedbrud i Regional IT



Flowmodel, Regional IT.

Forklaring til indhold i flowmodel	
Incident	Kan være en hændelse internt i eksempelvis Cosmic eller Cloverleaf. Hændelsen kan også være en følge af en udefra kommende påvirkning. Det kan eksempelvis skyldes problemer hos KMD.
Indenfor EDI-supportens åbningstid	Åbningstiden er mandag – torsdag fra 8:00 til 15:45 og fredag fra 8:00 til 14:00. Tlf. til EDI-support: 24 90 87 31. Mail til EDI-support: edi@rsyd.dk.
Udenfor EDI-supportens åbningstid indtil kl. 22.00 og weekend	Drifts- og ledelsesvagten sikrer den fornødne kommunikation. Mandag – torsdag kl. 15:45 – kl. 22:00 Fredag kl. 14:00 – kl. 22.00 og weekend Tlf. 76 73 10 10
Vurdering af problemets omfang	Her finder, analyserer og udbedrer man fejlen og melder forventet nedetid tilbage til den, der har meldt fejlen ind. Dette gentages, når problemet er løst.
Nedetid	Ved nedetid <2 timer udsendes ingen information. Ved nedetid >2 timer udsender EDI-supporten information.
Udsend info	Der udsendes information på mail via distributionslister til hhv. sygehusene og kommunerne afhængig af berørte områder. Desuden lægger Regional IT information på intranettet på alle lokationer. I informationen anføres foruden problemets omfang også tidshorisont for løsning af problemet samt oplysning om, hvornår næste status udsendes. Endvidere vil der i givne tilfælde foretages opslag på sundhed.dk via VisInfoSyd. Når problemet er løst informeres igen.

Region Syddanmark

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde

Udarbejdet af: Karina Andersen og Christine Lund Momme

Journal nr.: 18/7954
Dato: 5. februar 2018

Kommissorium
Arbejdsgruppe vedr. revision af regionens frivillighedsstrategi

Baggrund og formål
I Aftale om budget for 2018 for Region Syddanmark fremgår det:

Frivillige har gennem flere år bidraget med værdifulde initiativer på sygehusene i form af nærvær, arrangementer, oplysninger, caféer m.m., og Region Syddanmark har siden 2016 haft en frivillighedsstrategi. Den frivillige indsats er ikke en erstatning for personalets pleje, behandling og omsorg. Den frivillige indsats er et supplement af praktisk og medmenneskelig karakter, der ikke umiddelbart indgår i den behandling, pleje og rehabilitering, som regionen tilbyder. Aftaleparterne ønsker på baggrund af de første erfaringer at sætte fornyet fokus på et endnu stærkere samarbejde med de frivillige, i særdeleshed i overgangene mellem sektorer, men også som styrkelse og udbredelse af de gode erfaringer og indsatser, der allerede er i gang.

Som en del af Sundhedsplanen skal der indarbejdes en visionær frivillighedsstrategi med henblik på stærkere partnerskaber med civilsamfundet til gavn for både borgere, patienter og de sundhedsprofessionelle.

Koncerndirektionen nedsætter på den baggrund en arbejdsgruppe, som skal revidere regionens Frivillighedsstrategi og sikre en ambitiøs og vidtfavnende strategi for frivillighedsområdet fremadrettet med fokus på frivillighed i sektorovergange. Strategien skal herudover understøtte den igangværende indsats samt sikre videndeling og udbredelse af de gode erfaringer og indsatser, der allerede er i gang.

Organisering
Koncernledelsesforum er styregruppe for arbejdet med revisionen af Frivillighedsstrategien. Under styregruppen nedsættes en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra regionens relevante områder samt andre relevante parter, herunder repræsentanter fra kommunerne og frivillighedsorganisationerne. Formanden for arbejdsgruppen udpeges af Koncernledelsesforum. Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Tværsektorielt Samarbejde.

Arbejdsgruppen består af:

- Fem ledelsesrepræsentanter fra sygehusene, herunder en formand, udpeget af Koncernledelsesforum
- Fire kommunale ledelsesrepræsentanter, udpeget af Sundhedsstrategisk Forum
- To frivilligrepræsentanter
- To medarbejderrepræsentanter (somatik og psykiatri)
- En ledelsesrepræsentant fra Sundhedsplanlægning
- En ledelsesrepræsentant fra HR
- En ledelsesrepræsentant fra Socialområdet
- En ledelsesrepræsentant fra Tværsektorielt Samarbejde
- En jurist fra Råds- og direktionssekretariatet
- To sekretærer fra Tværsektorielt Samarbejde

Center for Frivilligt Socialt Arbejde, som er en selvejende institution under Børne- og Socialministeriet, involveres i det løbende arbejde som bl.a. oplægsholder og sparringspart. Herudover vil Region Syddanmarks Ledelsesakademi understøtte processen og den efterfølgende implementering.

Tids- og procesplan
Vedlagt kommissoriet er en tids- og procesplan for arbejdet med revisionen af frivillighedsstrategien. Tids- og procesplanen viser, at der forventes afholdt tre møder i 2018 (et til to møder mere, hvis man vælger en mere inddragende proces). Derudover forventes afholdt en workshop (to, hvis man vælger en mere inddragende proces) for borgere, frivillige m.fl. samt et inspirationsseminar med kommunale nøglepersoner. Afhængigt af valget af proces forventes den reviderede strategi klar til implementering i enten marts 2019 eller i sommeren 2019.

Ovenstående konsekvensrettes, når der er truffet endelig beslutning om processen.

Implementering
Arbejdsgruppen vil blive tildelt en særlig opgave i forhold til implementeringen af den reviderede strategi, når denne er færdigudarbejdet. Der lægges op til, at arbejdsgruppen som en delleverance i forhold til den samlede leverance skal udarbejde en implementeringsplan.

Det er således forventningen, at der, når strategien udsendes til implementering, medfølger en handlingsanvisende implementeringsplan, som kan omsættes til praksis i alle dele af organisationen, og som tager højde for, at der skal arbejdes forskelligt med den reviderede strategi afhængigt af, hvilke dele af organisationen det drejer sig om.

Evaluering
Koncernledelsesforum følger halvårligt status med at implementere strategien. Dette sker som et punkt på Koncernledelsesforums møder i form af en kort tilbagemelding fra sygehusene og socialområdet.

To år efter den reviderede Frivillighedsstrategi er godkendt til implementering vil der blive foretaget en evaluering af strategien, herunder bl.a. i forhold til, hvor udbredt den er, i hvor høj grad der er kendskab til indholdet i strategien, om den efterleves, samt om der er andet eller mere, en strategi kan indeholde for at sikre, at frivillighedsområdet i Region Syddanmark fortsat er et højt prioriteret indsatsområde.

Koncernledelsesforum vil blive forelagt evalueringsresultatet, når det er færdigudarbejdet.