


Følgegruppen for behandling og pleje				
Navn på indsats	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)
Videreudvikling af SAM:BO socialpsykiatri	<p>DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. 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 implementeringsplan.</p> <p>Implementeringsplanen følges planmæssigt, og de nye forløb er implementeret den 23. oktober 2018.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Videreudviklingsopgaven er afsluttet.</p> <p>Indsatsen er implementeret, og videreføres på lige fod med øvrige SAM:BO-forløb.</p> <p>Det er forudsat, at forløbene skal evalueres i løbet af 2019.</p> <p>Principielle spørgsmål og afklaringer løftes via Følgegruppen over i den tværsektorielle SAM:BO-gruppe.</p>	<p>Evalueringsopgaven er forudsat til at foregå i 2019.</p> <p>Drift og opfølgning vil finde sted i hele perioden.</p>	<p>Evalueringsopgaven er på nuværende tidspunkt ikke beskrevet, hvorfor det ikke er muligt at vurdere ressourceforbruget.</p>

<p>Videreudvikling af SAM:BO arbejdsområde</p>	<p>DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsområdet.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 3. december 2018 et kommissorium for det indledende arbejde vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsområdet. Der nedsættes en arbejdsgruppe inden årsskiftet 18/19. Arbejdsgruppen skal udarbejde et kommissorium samt tids- og procesplan for videreudvikling af SAM:BO på arbejdsområdet. Dette forventes forelagt for Følgegruppen i maj 2019.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen skal videreføres i den nye sundhedsaftale-periode.</p>	<p>Specielt i de to første år. Udvikling forventes at ske i løbet af 2019, medens der forventeligt vil være fokus på implementering i 2020.</p>	<p>Som det fremgår, er der endnu ikke udarbejdet et kommissorium for videreudvikling af SAM:BO på arbejdsområdet, hvorfor det ikke er muligt at vurdere ressourceforbruget.</p> <p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe yder ad hoc faglig rådgivning til Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på, at Følgegruppen for behandling og pleje kan træffe kvalificerede beslutninger ift. driften af SAM:BO. Forespørgsler til arbejdsgruppen kommer via Følgegruppen.</p>
<p>Samarbejdsaftale om FMK</p>	<p>DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.</p>	<p>Afvikles</p> <p>Indsatsen videreføres ikke.</p>		

<p>Tværasektoriel arbejdsgruppe</p>	<p>FMK</p> <p>Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværasektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje.</p> <p>Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværasektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Der er fortsat behov for at have fokus på retvisende FMK af hensyn til patientsikkerhed. Behovet er aktualiseret ved apotekernes snarlige opkobling på FMK.</p> <p>Hertil kommer central opmærksomhed på, at ajourføringsprocenten i almen praksis skal være væsentligt højere, i de situationer, hvor anden sundhedsfaglig person overtager patientbehandlingen og -omsorg.</p> <p>Der erindres om, at ajourført FMK fortsat er en indikator i de 8 nationale kvalitetsmål for sundhed.</p> <p>Det anbefales, at overvågningen af brug af FMK fortsætter, men at opgaven allokeres i en følgegruppe (mod 2 idag).</p>	<p>Der kan være behov for at sætte særligt fokus på FMK og brugen heraf, når apotekerne også anvender FMK, og hvis der kommer nye anvisninger for brug af dosisdispensering.</p> <p>Indsatsen vil ligge i hele perioden.</p>	<p>Det forventes, at behovet for opmærksom på området fortsat kan varetages af den tværasektorielle arbejdsgruppe, som er nedsat af DAK. Når apotekerne er koblet på FMK, kan der være behov for at samle interessenter om en fælles forståelse af brug af FMK.</p>
--	--	---	--	---

<p>Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark</p>	<p>Den foreliggende samarbejdsaftale er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2017 reviderede anbefalinger for den palliative indsats. Følgegruppen godkendte i forlængelse heraf den 9. april 2018 kommissorium for tværsektoriel arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Revideret samarbejdsaftale forventes forelagt til godkendelse i følgegruppen i første halvår af 2019.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
--	---	---	--	--

<p>Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje</p>	<p>Psykatriområdet i Region Syddanmark arbejder ud fra SAM:BO aftalen på lige fod med det somatiske område.</p> <p>I det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje anvendes de MedCom-standarder, som fremgår af den reviderede SAM:BO (implementeret den 3. oktober 2017).</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen er implementeret, og videreføres på lige fod med øvrige SAM:BO-forløb.</p> <p>Principielle spørgsmål og afklaringer løftes via Følgegruppen over i den tværsektorielle SAM:BO-gruppe.</p>		<p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe yder adhoc faglig rådgivning til Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på, at Følgegruppen for behandling og pleje kan træffe kvalificerede beslutninger ift. driften af SAM:BO. Forespørgsler til arbejdsgruppen kommer via Følgegruppen.</p>
---	--	--	--	---

<p>Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)</p>	<p>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. Følgegruppen besluttede den 3. december 2018, at kommissoriet for den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe justeres, så der nedsættes et formandsskab og socialpsykiatrien repræsenteres. Kommissorium forelægges følgegruppen til godkendelse i marts 2019.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen er implementeret, og videreføres på lige fod med øvrige SAM:BO-forløb.</p> <p>Principielle spørgsmål og afklaringer løftes via Følgegruppen over i den tværsektorielle SAM:BO-gruppe.</p>		<p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe yder adhoc faglig rådgivning til Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på, at Følgegruppen for behandling og pleje kan træffe kvalificerede beslutninger ift. driften af SAM:BO. Forespørgsler til arbejdsgruppen kommer via Følgegruppen.</p>
---	---	--	--	---

<p>Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom</p>	<p>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.</p> <p>Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer).</p>	<p>Afvikles</p> <p>Indsatsen videreføres forventeligt ikke da handlingsplanen udløber ved udgangen af 2019. Indsatserne i handlingsplanen videreføres i de organisationer, hvor de er implementeret.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Audit/evaluering af SAM:BO</p>	<p>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.</p> <p>Følgegruppen har den 8. oktober 2018 drøftet, at en audit af SAM:BO bør afvente, at SAM:BO Socialpsykiatri er implementeret og i drift. Følgegruppen vurderer derfor, at en audit af SAM:BO mest hensigtsmæssigt finder sted i den ny sundhedsaftaleperiode.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres i en ny aftaleperiode med henblik på en generel evaluering af SAM:BO.</p>	<p>Da opgaven har afventet implementering af SAM:BO Socialpsykiatri, vil det formentligt give mening at placere indsatsen i første halvdel af den ny aftaleperiode.</p>	<p>Da arbejdet endnu ikke er beskrevet, er det ikke muligt at vurdere ressourceforbruget.</p>
--	--	--	---	---

<p>Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler</p>	<p>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.</p> <p>Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.</p> <p>Status gives helårligt i oktober.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres, såfremt der med de nye nationale rammer for området, som forventes indenfor kort tid, stadig er brug for koordinering på det tværsektorielle område.</p>		<p>Indsatsen kræver en arbejdsgruppe (er etableret p.t.)</p>
--	--	--	--	--

<p>Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet</p>	<p>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.</p> <p>På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.</p> <p>Anbefalinger til organisering herunder rolle og ansvarsfordeling skal ligeledes indgå i arbejdet.</p> <p>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.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen skal videreføres i den nye sundhedsaftaleperiode, idet arbejdet ikke er kommet i gang indenfor den eksisterende sundhedsaftaleperiode. Anbefalingerne har netop været i høring, og de forventes udsendt umiddelbart før jul.</p>	<p>Revisionen forventes at skulle foregå i 2019.</p>	<p>Der er behov for nedsættelse af en arbejdsgruppe til at forestå arbejdet.</p> <p>Desuden forventes den nuværende tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i regionen at fortsætte sit arbejde, idet der er behov for en monitorering af de mange nye indsatser fra demenshandlingsplanen.</p>
--	---	---	--	---

<p>Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere demensenhederne</p>	<p>af 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.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres ikke, da arbejdet er afsluttet.</p> <p>Et eventuelt fremtidigt fokus forventes varetaget i forbindelse med initiativ 3 i den nationale demenshandlingsplan vedr. de tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder.</p>		
<p>Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens</p>	<p>til Der blev udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb. Da kurset blev udbudt, var der efterfølgende ikke tilslutning hertil. På den baggrund er opgaven vedr. kompetenceudvikling skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium.</p> <p>Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan (Initiativ 22).</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres ikke, da der ikke har været opbakning til en tværasektoriel indsats.</p> <p>I forbindelse med initiativ 22 i den nationale demenshandlingsplan har der ved flere lejligheder været taget initiativ til puljeansøgninger i forhold til en tværasektoriel uddannelsesindsats, hvilket der ikke har været kommunal opbakning til.</p>		

Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.	Afvikles Indsatsen videreføres ikke, da hjemmesiden er nedlagt.		
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	Den regionale vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange er blevet revideret og godkendt af DAK den 23. november 2017. DAK godkendte den 14. maj 2018 et oplæg til læringsinitiativer med den præcisering, at arbejdet med læringsinitiativer skal forankres lokalt. Der er uafholdt en temaeftersmiddag om læringsinitiativer vedr. UTH i sektorovergange den 15. november 2018. Opsamling på temaeftersmiddagen sendes til deltagerne og SOF-sekretariatene med henblik på lokal forankring af læringsinitiativer.	Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.		Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftalen om peritonealdialyse i eget hjem er blevet revideret og blev godkendt af DAK den 14. maj 2018. Den reviderede aftale er sendt til implementering i region og kommuner.	Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.		Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.


<p>Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr</p>	<p>Samarbejdsaftalen om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr er godkendt i SKU den 25. oktober 2016 og blev godkendt af regionsrådet den 28. november 2016.</p> <p>Følgegruppen har monitoreret samarbejdsaftalen. Der er nderuden edsat en ERFA-gruppe på området.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 3. december 2018, at samarbejdsaftalen revideres jf. ny organisering på området. Kommissorium for arbejdet forelægges formandskabet til godkendelse snarest pr. mail.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Det vurderes, at ERFA-gruppen skal fortsætte. Det vil forudsætte, at der afsættes ressourcer til at facilitere gruppen. Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
<p>Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp</p>	<p>Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp forventes revideret og godkendt i første halvår af 2018.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Samarbejdsaftalen videreføres med henblik på vurdering af behov for revision efter 3 år.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>

<p>Samarbejdsaftale for det psykiatriske område</p>	<p>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. Tre af underaftalerne er justeret. De øvrige tre vurderes at skulle justeres senest i 2019.</p>	<p>Afvikles Samarbejdsaftalen videreføres ikke.</p>		
<p>Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)</p>	<p>Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF'erne. Der er afholdt temadag i 2017. Der er sket mindre redaktionelle justeringer i 2018, der skal sikre ophæng til sundhedsaftalen og SAMBO, da det blev besluttet at Samarbejdsaftalen for det psykiatriske område kunne udfases jf. ovenstående.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>

<p>Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område</p>	<p>Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF'erne. Der er sket mindre redaktionelle justeringer af aftalen i 2018, der sikrer ophængen til sundhedsaftale og SAMBO jf. ovenstående.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
<p>Aftale om sårbare gravide</p>	<p>DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017. Aftalen er implementeret via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>

<p>Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS</p>	<p>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 er implementeret via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
<p>Ammepolitikken</p>	<p>Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.</p>	<p>Videreføres Ammepolitikken videreføres, men revideres forventeligt i forbindelse med arbejdet med udarbejdelse af ny fødeplan.</p>		<p>Da arbejdet endnu ikke er beskrevet, er det ikke muligt at vurdere ressourforbruget.</p>

<p>Nye sygehus-hjemmepleje-standarder</p>	<p>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.</p>	<p>Afvikles</p> <p>Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.</p>		
--	--	---	--	--

Følgegruppen for opgaveoverdragelse				
Navn på indsats	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	For at aflaste de praktiserende læger i Syddanmark, har Det Administrative Kontaktforum godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse kunne igangsætte et projekt, som har til formål at undersøge potentialet og effekten af at overdrage samtalestøtte til borgere sygemeldt af psykisk årsag fra almen praksis til kommunerne. Projektet er fortsat relevant, men afventer øvrige indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2023	Videreføres Eventuelt som en del af en øvrig række af indsatser målrettet mental helbred i Sundhedsaftalen 2019-2023. Erfaringerne med projekt recovery bør dog fremadrettet indtænkes i projektets.	2020	Et pilotprojekt i 2-3 kommuner. En tværsektoriel arbejdsgruppe. En projektorganisering, som samler understøtter projektet og evaluerer resultaterne.

<p>Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger):</p>				
<p>Intravenøs og subcutan medicinadministration</p>	<p>Kommunale akutfunktioner, skal jf. kvalitetsstandarderne kunne varetage intravenøs og subcutan medicinadministration.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen er, på baggrund af input fra kommuner, sygehuse og PLO Syddanmark, ved at afdække hvilke præparater, som rummer et potentiale for et ændret samarbejde. Følgegruppen vil herefter præsentere Det Administrative Kontaktforum for en udfyldt model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse</p>	<p>2019-2020</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe</p>
<p>Samarbejdsaftale om IV behandling med væske</p>	<p>Samarbejdsaftalen om IV-behandling med væske skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.</p>	<p>2019 2020 (revision)</p>	<p>Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe</p>

Samarbejdsaftale om IV behandling med antibiotika	Samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.	Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.	2019 2020 (revision)	Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om sondeernæring	Samarbejdsaftalen om sondeernæring skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.	Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.	2019 2020 (revision)	Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om parenteral ernæring	Samarbejdsaftalen om parenteral ernæring skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.	Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.	2019 2020 (revision)	Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	Samarbejdsaftalen om akutte bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser skal evalueres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden	Videreføres Samarbejdsaftalen skal evalueres i november 2019 og eventuelt revideres i aftaleperioden	2019 (evt. revision)	Følgegruppen varetager evalueringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om pasning af dræn af dræn	Samarbejdsaftalen om pasning af dræn skal evalueres to år efter implementering.	Videreføres Samarbejdsaftalen skal evalueres i september 2020 og evt. revideres.	2020 (evaluering)	En tværsektoriel arbejdsgruppe

<p>Samarbejdsaftale om kateteranlæggelse og pleje</p>	<p>Samarbejdsaftalen om kateteranlæggelse og pleje skal evalueres to år efter implementering. Følgegruppen arbejder med en tværsektoriel arbejdsgruppe om at udvikle et E-læringskursus målrettet kommunalt personale, som skal oplæres i kateteranlæggelse. Arbejdet forventes færdig i april 2019, men skal efterfølgende implementeres.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen skal evalueres i september 2020 og evt. revideres.</p>	<p>2019 (implementering af e-læringskursus) 2020 (evaluering)</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe</p>
<p>Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem</p>	<p>Samarbejdsaftalen beskriver rammerne for hvordan udgående blodprøvetagningsfunktioner kan rekvireres til borgere i eget hjem.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen vil i løbet af foråret 2019 evaluere den eksisterende samarbejdsaftale og vurdere behovet for at justere den.</p>	<p>Hvis samarbejdsaftalen skal justeres forventes arbejdet at skulle pågå medio 2019.</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe bør nedsættes. Det vil være oplagt at bruge den samme, som evaluere samarbejdsaftalen</p>
<p>Modellen for planlagt og aftalt overdragelse</p>	<p>Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse er et vigtigt redskab i Sundhedskoordinationsudvalget vision om at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Følgegruppen foreslår, at modellen fortsat anvendes i den kommende sundhedsaftaleperiode. Modellen evalueres og tilpasses løbende iht. den enkelte opgave.</p>	<p>Videreføres</p>	<p>Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse vil blive anvendt løbende over aftaleperioden</p>	

<p>Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem</p>	<p>I samarbejdsaftalen for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem beskrives, hvordan patienter fra Hæmatologisk afdeling på OUH kan modtage behandling i eget hjem. Følgegruppen foreslår, at samarbejdsaftalen i foråret 2019 udvides til at dække alle sygehusenheder og et nyt præparat.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen monitorer samarbejdsaftalen løbende og kommende løbende med forslag til revidering af samarbejdsaftalen iht. den medicinske udvikling.</p>	<p>2019 (revideres) 2020 (monitoreres)</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe</p>
--	--	---	--	---------------------------------------

Følgegruppen for forebyggelse	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for
	<p>Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område</p>	<p>Videreføres I forbindelse med udarbejdelsen af den kommende aftale på børne- og ungeområdet er det blevet tydeligt, at den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område ikke erstattes af den kommende tværsektorielle aftale. DAK har derfor godkendt, at der sættes en afdækning i gang af behovet for opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område.</p>	<p>Når afdækningen er tilendebragt, vil Følgegruppen for forebyggelse vurdere, om der kan ske administrative opdateringer eller om der er behov for at nedsætte en arbejdsgruppe. Det er forventningen, at arbejdet vil blive indledt i indeværende aftaleperiode. Såfremt der skal nedsættes en arbejdsgruppe, vil arbejdet formentligt strække sig ind i den nye aftaleperiode.</p>	<p>Det er endnu ikke afklaret, om der vil være behov for redaktionelle ændringer eller nedsættelse af arbejdsgruppe. Såfremt der nedsættes en arbejdsgruppe, vil denne få til opgave at vurdere det fremtidige ressourcetræk.</p>


	<p>Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom</p>	<p>Videreføres Dette arbejde videreføres som planlagt. DAK har tidligere godkendt en tidsplan, som lægger op til, at forløbsprogrammet for hjerte endeligt godkendes i februar 2019, at forløbsprogrammet for depression godkendes i december 2019, at forløbsprogrammet for ryglidelser godkendes i oktober 2020 og at forløbsprogrammet for leddegigt godkendes i august 2021.</p>	<p>Processen er blevet komprimeret, hvilket har medført, at der vil være særligt fokus på opgaven helt frem til godkendelsen af det sidste forløbsprogram.</p>	<p>Arbejdsgruppen er blevet tilført ekstra sekretærressourcer i forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogram for depression og det vil løbende blive vurderet, hvilket behov der er for ressourcer for at efterleve den skærpede tidsplan. DAK vil ligeledes blive forelagt budget for processen med det enkelte forløbsprogram, når de skal godkende igangsættelsen af arbejdet.</p>
	<p>Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen 2017</p>	<p>Videreføres Sundhedsprofilen skal videreføres i den kommende aftaleperiode. Dette begrundes med, at det er en del af en national beslutning, som vi ikke kan afvige på regionsplan.</p>	<p>Der vil være særligt fokus på indsatsen i 2021, hvor der indsamles data og i 2022, hvor den nye profilundersøgelse offentliggøres.</p>	<p>Der er allokeret 1-2 medarbejdere i Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde og det er vurderingen, at dette er tilstrækkeligt.</p>

	<p>Arbejdsgruppe: Ny aftale på børne- og ungeområdet</p>	<p>Aftalen forventes endeligt godkendt og klar til implementering i indeværende aftaleperiode. Indholdet i aftalen lever op til målsætningerne i den kommende sundhedsaftale og det anbefales derfor, at indsatsen videreføres som en implementeringsindsats. Det er den eksisterende arbejdsgruppes ønske, at der etableres en central implementeringsgruppe, som sikrer en ensartet implementering af aftalens forpligtelser og anbefalinger. Det er vigtigt, at implementeringsindsatsen tænkes sammen med implementeringen af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, som Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har fået fælles midler til at implementere.</p>	<p>Der vil være behov for et særligt fokus i aftaleperiodens første og andet år, da det er vigtigt, at aftalen bliver implementeret i bund.</p>	<p>Det anbefales, at der nedsættes en implementeringsgruppe, som består af de væsentligste aktører på området fordelt geografisk. De temadage og workshops, som forventes afholdt, vil blive afholdt i fællesskab med dem, som er planlagt i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne.</p>
	<p>Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning</p>	<p>Videreføres Aftalen anbefales videreført i den kommende aftaleperiode. Der er forespørgsel fra sygehusene om en mulig revidering af aftalen.</p>	<p>I aftalen fremgår det, at der skal foretages evaluering og tilpasning løbende, herunder i 2019 og 2021.</p>	<p>Det vil afhænge af evalueringens omfang, hvorvidt der er behov for tilførelse af ekstra ressourcer. Som udgangspunkt vil det være et sekretariat samt infektionshygiejnesygeplejersker fra de fire sygehuse.</p>

	Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Videreføres Følgegruppen vurderer løbende behovet for regional rådgivning til kommunerne om forebyggelse. Der vil i løbet af 2019 blive udarbejdet et forslag til forebyggelsesrådgivningsaktiviteter.	Der vil være fokus på området i løbet af 2019, hvorefter det vil blive vurderet, om der er behov for yderligere særligt fokus i den kommende aftaleperiode.	Der vil i forbindelse med arbejdet blive foretaget en vurdering af ressourcetræk.
	Arbejdsgruppe for monitorering	Videreføres Arbejdsgruppen er nedsat med det formål at monitorere de indsatser, der er igangsat i regi af Følgegruppen for forebyggelse. Det er forhåbningen, at man med den kommende sundhedsaftale kan etablere en organisering, som sikrer en central monitorering af alle igangværende indsatser på tværs af alle følgegrupper. Såfremt det sker, nedlægges Arbejdsgruppen vedr. monitorering.	Arbejdsgruppen arbejder løbende med tilrettelæggelse og udførelse af monitorering og der er således ikke tale om spidsbelastningssituationer. Dog er der en monitoreringspukkel, som skal afvikles over de kommende år, idet monitorering af KOL forløbsprogrammet er forsinket ca. 2 år.	Arbejdsgruppen består af 4 medlemmer, som flere gange har anmodet om at blive flere. Det er følgegruppens vurdering, at bemanningen er tilstrækkelig, men der efterspørges en generel monitoreringsorganisering for alle følgegrupper, som tildeles tilstrækkelige ressourcer til at varetage opgaven.
	Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Afvikles Indsatsen er tilendebragt med afsluttende konference den 4. december 2018. De udviklede metoder er overdraget til Steno Diabetescenter. Indsatsen skal derfor afvikles.	Der er ikke behov for særligt fokus. Dog er det følgegruppens ønske, at man iværksætter en indsats i regi af den kommende sundhedsaftale, som sikrer, at de udviklede metoder og erfaringer bringes i spil i det videre arbejde.	Der vil som udgangspunkt ikke være behov for ressourcer til dette.

	<p>Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. "lead" model i forbindelse med implementering af nye forløbsprogram</p>	<p>Afvikles Det foreslås, at denne indsats afvikles med den begrundelse af det ikke er vurderingen, at den har virket efter hensigten. Det sygehus, som jf. aftalen er blevet tildelt "lead" på kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af et givent forløbsprogram, har taget opgaven på sig, men de øvrige sygehuse har ikke ønsket at afvente det koncept, som "lead"-sygehuset har udviklet. Dette har skyldtes, at man gerne vil i gang med at implementere forløbsprogrammerne hurtigst muligt. Følgegruppen for forebyggelse anbefaler, at man overvejer, om der kan udarbejdes en aftale om, at man på tværs af SOF'erne mødes, allerede når forløbsprogrammet er i høring, og der i samråd når frem til en plan for, hvilken kompetenceudvikling der er behov for. Efter dette møde arbejder man selv på SOF-niveau og samler så i fællesskab op efter et år.</p>	<p>Hvis indsatsen afvikles, vil der ikke være behov for særligt fokus. Såfremt den videreføres ,vil der være behov for særligt fokus, når et forløbsprogram godkendes.</p>	<p>Det afhænger af, hvilken beslutning der bliver truffet.</p>
	<p>Arbejdsgruppe vedr. Syddansk Børne- og Ungesundhedsprofil</p>	<p>Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlig indsats.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.</p>
	<p>Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. samarbejde med Sammen om Velfærd</p>	<p>Afvikles Opgaven er tilendebragt og der var ikke opbakning til samtænkning af indsatserne.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlig indsats.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.</p>


	Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.
	Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark".	Afvikles Arbejdsgruppen er nedlagt og monitoreringsindsatsen er placeret hos Arbejdsgruppen vedr. monitorering	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.
	Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.
	Kortlægning af mental sundhed	Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.

<p>Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering</p>				
<p>Navn på indsats</p>	<p>Beskrivelse af indsatsen</p>	<p>Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles</p>	<p>Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)</p>	<p>Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)</p>
<p>Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale</p>	<p>Der er fastsat krav til leverandørerne, samarbejdsaftaler om konsulentbistand og forskningmæssig forankring samt indholdet i og formidlingen af de relevante genoptræningsplaner</p>	<p>Afvikles Indsatsen afsluttes, da det relevante materiale er udarbejdet</p>		
<p>Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau</p>	<p>DAK har godkendt en model for opfølgning i to trin. I første trin spørges kommunerne om, hvilke leverandører, de benytter. I andet trin spørges de udpegede leverandører om deres efterlevelse af de tværsektorielt fastsatte kvalitetskrav</p>	<p>Videreføres Indsatsen videreføres - en første opfølgning forventes forelagt DAK på andet møde i 2019, men som følge af kompleksiteten i opgavevaretagelsen vedr. rehabilitering på specialiseret niveau, vurderes der at være brug for at gentage opfølgningen i den nye sundhedsaftaleperiode</p>	<p>Den nærmere timing af en gentagelse af opfølgningen vil skulle vurderes nærmere - men den vil tidligst være relevant i 2020</p>	<p>Som udgangspunkt håndteres opgaven af følgegruppesekretariatet</p>


<p>Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter</p>	<p>Der er udarbejdet tværsektorielt materiale til understøttelsen, herunder en model, der skal tydeliggøre sondringen dels mellem behandling og genoptræning på området, dels mellem forskellige genoptræningsniveauer</p>	<p>Afvikles Indsatsen afsluttes, idet det relevante materiale er udarbejdet.</p>		
<p>Opfølgning på understøttelsen af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter</p>	<p>Data til en første opfølgning forventes indsamlet og bearbejdet i første halvdel af 2019 og resultaterne forventes forelagt DAK i anden halvdel af 2019</p>	<p>Videreføres Indsatsen videreføres - der vil fortsat være behov for understøttelse af indsatsen på området via monitorering og opfølgning på implementeringen</p>	<p>Den nærmere timing af en gentagelse af opfølgningen vil skulle vurderes nærmere - men den vil tidligst være relevant i 2020</p>	<p>Der er på nuværende tidspunkt nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe til varetagelse af opgaven i samspil med følgegruppesekretariatet</p>
<p>Evalueringsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning</p>	<p>DAK fik en første opfølgning på samarbejdsaftalen forelagt ultimo 2017, og det var planen, at en anden opfølgning skulle finde sted i efteråret 2018. Det viste sig imidlertid nødvendigt at udskyde denne til 2019</p>	<p>Afvikles Indsatsen afsluttes, da der er kommet ny lovgivning på området. Der udestår en koordinering i kommunerne af registreringerne af, hvornår borgerne opstarter deres genoptræningsforløb.</p>	<p>Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering og den stående arbejdsgruppe drøfter på førstkommande møde i 2019, den udestående koordinering i kommunerne i fht registreringer.</p>	

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	Afvikles Afsluttes, idet følgegruppen retter henvendelse til MEDCOM-gruppen vedr. ønskede forbedringer i korrespondancerne		
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet	Indsatsen har fokuseret på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og den tilhørende korrespondancemeddelelse	Afvikles Afsluttes, idet DAK den 22. juni 2017 godkendte slutrapport vedr. projektet. Det fortsatte implementeringsarbejde foregår herefter i regi af de lokale samordningsfora.		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Indsatsen har primært rettet sig mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis	Videreføres Videreføres i den administrative del af den kommende sundhedsaftale, idet det fortsatte arbejde med samarbejdsaftalen forankres i PSOF. En følgegruppe modtager årlig afrapportering på status fra PSOF	Årligt i aftaleperioden	Opgaven varetages af PSOF i samspil med følgegruppesekretariatet
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Indsatsen har primært rettet sig mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion	Afvikles Afsluttes, jf. særskilt sag til DAK-mødet den 24. januar 2019. Følgegruppen foreslår, at dele af den nuværende samarbejdsaftale samtænkes med nye indsater i Sundhedsaftalen 2019-2023, eksempelvis ift. arbejdsmarkedsområdet		

Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af genoptræning	Muligheder for gennemførelse af forskningsprojekt er afsøgt i forhold til VIVE og Center for Kvalitet	Afvikles Afsluttes, jf. særskilt sag til DAK-mødet den 24. januar 2019		
Nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskadeområdet	Følgegruppen følger arbejdet i en syddansk gruppe, som er nedsat i relation til projektet	Videreføres Videreføres, idet projektet afsluttes medio 2020	Projektet følges frem til dets afslutning	Projektet kræver ingen særskilt organisering ud over den allerede etablerede

Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin				
Navn på indsats	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)
Understøttelse af de øvrige følgegrupper arbejde	Behov for IT-understøttelse	Videreføres Der er en forventning om en øget digitalisering afspejlet i den kommende sundhedsaftale	Det afhænger af de øvrige følgegrupper	Følgegruppen kunne forestille sig en stående arbejdsgruppe, som kan deltage mere aktivt i de øvrige følgegrupper arbejde, når der nedsættes arbejdsgrupper. Dette med formål om, at identificere digitaliseringsbehov meget tidligere i forløbet.
Videndeling på tværs af SOF'er	Afholdelse af en årlig temadag (når det giver mening), mhp at styrke implementeringsarbejdet i forhold til tiltag omkring velfærdsteknologi og telemedicin	Videreføres Implementering af digitalisering kræver ofte lidt ekstra, da det kan ramme en kulturændring. Derfor bør der være et skærpet fokus så vi kommer hele vejen rundt.	En gang om året, når det giver mening. Det er ikke sikkert der er behov for det hvert år.	Temadagen kan indeholde workshops. Temadagen vil primært være SOF og implementeringsgrupperne under SOF, men afhængig af emne, kan der være andre interessenter

Telemedicinsk sår vurdering	Der vil være løbende evaluering af indsatsen, afrapportering på inklusion samt opfølgning i forhold til den lokale forvaltning	Videreføres Telemedicinsk sår vurdering er et område med fokus fremadrettet, hvorfor det må prioriteres som en fast opgave i gruppen	Løbende	Vil være et samarbejde med den lokale forvaltning, som kan defineres som en stående arbejdsgruppe for emnet.
Tværsektoriel anvendelse af video	Der er lavet en handleplan vedrørende tværsektoriel anvendelse af video indeholdende en vejledning, som indeholder fire spor: Best practice, infrastruktur og udstyr, kompetenceudvikling og vedligeholdelse samt support.	Videreføres Vejledningen for anvendelse af video er til godkendelse på DAK den 24. januar 2019. Vejledningen lægger op til, at der skal arbejdes videre med fælles support, kompetenceudvikling og implementering i SOF'erne, og anbefalingerne er endnu ikke implementeret.	Der planlægges en temadag i foråret 2019, hvor fokus er på implementering af tværsektoriel anvendelse af video. Arbejdet vil derfor formodentligt kræve ekstra opmærksomhed i 2019.	Afhænger af beslutninger omkring det videre arbejde på mødet i DAK den 24. januar 2019.

<p>Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt</p>				
<p>Navn på indsats</p>	<p>Beskrivelse af indsatsen</p>	<p>Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles</p>	<p>Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)</p>	<p>Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)</p>
<p>Bidrage til udvikling af det samlede ledelsesinformationsgrundlag</p>	<p>Bidrage til udviklingen af det samlede ledelsesinformationsgrundlag, som løbende skal give Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalg et et overblik over resultaterne af de igangsatte indsatser</p>	<p>Videreføres Der forventes i høj grad fokus på udvikling af ledelsesinformationsgrundlag i kommunernes og regionens fremtidige arbejde. Det er en opgave der fortsat skal udvikles på og med den kommende sundhedsaftale er der behov for at ledelsesinformationsgrundlaget understøtter arbejdet med de konkrete indsatser</p>	<p>Løbende fokus men særligt i relation til midtvejs- og slutevaluering af sundhedsaftalen.</p>	<p>Temadrøftelse i DAK og SKU i forlængelse af den endelige godkendelse af sundhedsaftalen og processen herfor.</p>

<p>Præsentation af resultater i forhold til de 8 nationale mål</p>	<p>Følgegruppen arbejder med at udvikle præsentationen af den årlige rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU. Herunder status og vurderinger af de udvalgte indikatorers resultater.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen vurderer, at der er behov for at arbejde for at synliggøre data fra de nationale mål endnu mere. Der skal være fokus på at udbrede kendskabet til data og den læring, der kan ligge i de lokale forskelle i data. Herunder fx. fokus på at dele de gode erfaringer på tværs af kommuner med afsæt i de lokale data fra de nationale mål.</p>	<p>Når den årlige nationale rapportering foreligger vil der være behov for et særligt fokus. Det forventes af være primo sommer. I 2018 blev den nationale rapport dog først offentliggjort i september og den regionale rapportering følger kadencen for den nationale statusrapportering.</p>	<p>Temadrøftelser i DAK og SKU, forvenligt primo efterår.</p>
<p>KOL-landelsprogram i Region Syddanmark</p>	<p>Beregning af lokalbusiness case og gevinst realisering</p>	<p>Afvikles Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.</p>		
<p>Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver</p>	<p>Vurdering af monitoreringsopgaver i regi af sundhedsaftalen.</p>	<p>Videreføres Det vil være en fortløbende opgave at afklare følgegruppens rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en underopgave i forhold til følgegruppens opgave med at udvikle ledelsesinformationsgrundlaget</p>		

Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Undersøgelse af muligheden for løbende tværsektoriel ledelsesinformation til primært kommunerne i Region Syddanmark.	Afvikles DAK besluttede på mødet 27. januar, at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformation. Denne specifikke opgave er således afsluttet men indgår i mere overordnet form i følgegruppens arbejde med at bidrage til det fremadrettede ledelsesinformationsgrundlag		
--	--	--	--	--

Koordinationsgruppens bemærkninger til følgegruppernes forslag til nuværende indsatser, der skal videreføres i Sundhedsaftalen 2019-2023

Koordinationsgruppen foreslår, at der primært er fokus på nedenstående forslag til indsatser i drøftelsen på mødet i Det Administrative Kontaktforum den 24. januar 2019. Både de regionale og kommunale formænd vil deltage under punktet, og de kan således justere, hvis der er noget, Koordinationsgruppen har mistolket ud fra deres indstillinger.

Følgegruppen for forebyggelse	
Indsats	Koordinationsgruppens bemærkninger (følgegruppens svar markeret med fed).
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	<p>Der er brug for at skærpe fokus på dette område. Det er ikke tydeligt, hvad kommunerne har fået ud af aftalen i indeværende aftaleperiode. Følgegruppen foreslår, at der udarbejdes en aktivitetsoversigt i starten af den kommende periode. Det kunne være relevant med en strategisk drøftelse af, hvad vi i fællesskab ønsker at få ud af en fælles aftale.</p> <p>Koordinationsgruppen har gjort følgegruppen opmærksom på, at der er brug for en strategisk drøftelse på DAK ift. regionens rådgivningsforpligtigelse i den kommende aftaleperiode.</p>
Livsstilsguide i praksis	<p>Der stilles spørgsmålstegn ved følgegruppens overvejelser ift. at koble Livsstilsguide i praksis til SDCO.</p> <p>Det begrundes i, at involveringen af SDCO ikke er stringens med placeringen af de øvrige samarbejdsaftaler/indsatser i sundhedsaftalereg.</p> <p>Følgegruppens sekretariat understreger, at det er vigtigt, at de redskaber, der er udviklet som en del af Livsstilsguide i praksis huskes og anvendes i andre sammenhænge.</p>
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge samt kortlægning af mental sundhed	<p>Der bør være en særlig opmærksomhed på, at erfaringer fra disse indsatser videreføres i arbejdet med mental sundhed</p> <p>Følgegruppen er opmærksom på at inddrage erfaringerne i deres videre arbejde, men mener</p>

	<p>samtidig, at der er brug for at opdatere oversigterne, da der er igangsat mange nye indsatser lokalt.</p>
<p>Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering</p>	
<p>Indsats</p>	<p>Koordinationsgruppens bemærkninger (følgegruppens svar markeret med fed).</p>
<p>Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning</p>	<p>Der vurderes ikke at være sammenhæng mellem deres konklusion om at afvikle aftalen, når den endnu ikke er evalueret. Samarbejdsaftalen fremgår ikke af oversigten, hvilket ligeledes bør drøftes med følgegruppen.</p> <p>Følgegruppen planlægger en drøftelse af, hvorvidt indsatsen skal afvikles den 6. februar, hvor der afholdes fællesmøde mellem følgegruppen og en arbejdsgruppe, som vejleder følgegruppen.</p>
<p>Implementering af G-GOP ny teknisk standard for genoptræningsplaner</p>	<p>Følgegruppen foreslår, at indsatsen afvikles med en begrundelse om, at der rettes henvendelse til MEDCOM. Det er uklart, hvad status er for arbejdet, og hvorfor følgegruppen foreslår, at indsatsen afvikles.</p> <p>Følgegruppen har meldt tilbage, at G-GOP er implementeret, men at der er nogle problemer med datoangivelsen i G-GOP. Det vil følgegruppen rette henvendelse til MEDCOM om.</p>
<p>Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet</p>	<p>Følgegruppen bemærker, at det fortsatte implementeringsarbejde vil foregå i regi af SOF'erne, men at der fortsat vil være et behov for at opdatere forløbsprogrammet, hvorfor følgegruppens opgave ikke vurderes at kunne afsluttes, som de ellers foreslår.</p> <p>Følgegruppen understreger, at implementeringsopgaven er afsluttet, men at forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet vil fortsætte i den kommende sundhedsaftale, som en ny indsats.</p>
<p>Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner</p>	<p>Afhængigt af drøftelsen på mødet (punkt 8 på DAK-dagsordenen) bør der spørges ind til, hvordan følgegruppen tænker, at samarbejdsaftalen skal samtænkes med nye indsatser.</p>

	<p>Følgegruppen vurderer, at samarbejdsaftalen bliver anvendt i mindre grad. Det er dog uklart om følgegruppen ønsker at afvikle samarbejdsaftalen, eller om den skal videreføres, indtil de relevante områder er indarbejdet i indsatser i den kommende sundhedsaftale.</p>
<p>Tværasektoriel samarbejdsaftale om cerebral parese (CPOP)</p>	<p>Samarbejdsaftalen fremgår ikke af oversigten, hvilket bør drøftes med følgegruppen.</p> <p>Følgegruppens sekretariat er gjort opmærksom på, at samarbejdsaftalen ikke fremgår af oversigten. Sekretariatet vurderer, at samarbejdsaftalen er relevant at videreføre i den kommende sundhedsaftale.</p>
<p>Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin</p>	
<p>Indsats</p>	<p>Koordinationsgruppens bemærkninger (følgegruppens svar markeret med fed).</p>
<p>Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde</p>	<p>Det har været svært for følgegruppen, at sikre fokus på digitalisering i de andre følgegruppers opgaver. For at sikre større fokus herpå i den kommende aftaleperiode, foreslår følgegruppen en stående arbejdsgruppe, som kan træde ind i de øvrige følgegruppers arbejde. Det bør drøftes nærmere med følgegruppen, hvad der ligger til grund for dette forslag (er en stående arbejdsgruppe den rigtige løsning?).</p> <p>Følgegruppens påpeger, at det ikke er nødvendigt med en egentlig arbejdsgruppe, men at det drejer sig om, at få identificeret et "beredskab", som kan stå klar, når følgegrupperne har brug for hjælp.</p>
<p>IT-understøttelse af svangreområdet</p>	<p>Indsatsen fremgår ikke af følgegruppens oversigt. De har tidligere orienteret DAK om, at der afventes en tilbagemelding fra MedCom. Det bør drøftes med følgegruppen, hvad status er, da det vurderes relevant for den kommende aftaleperiode.</p> <p>Følgegruppens påpeger, at opgaven er overdraget til MEDCOM, som vil udvikle en standard, der efterfølgende skal implementeres i det tværasektorielle arbejde. Syddansk Sundhedsinnovation har været involveret i arbejdet, som skal danne grundlag for udvikling af den tekniske løsning. Udviklingen af den tekniske</p>

	<p>løøsning forventes igangsæt i løbet af 2019, og det forventes, at vi i Syddanmark fortsat vil få en rolle i udviklingen af området.</p>
<p>Følgegruppen for behandling og pleje</p>	
<p>Indsats</p>	<p>Koordinationsgruppens bemærkninger (følgegruppens svar markeret med fed).</p>
<p>Tværasektoriel FMK-arbejdsgruppe</p>	<p>Det bør drøftes med følgegruppen, hvordan arbejdet i denne arbejdsgruppe forventes at forløbe. Der arbejdes med FMK og særligt ajourføringen i flere forskellige sammenhæng, og hvis arbejdsgruppen forventes at skulle have et samlet overblik over disse, bør det præciseres overfor gruppen, og i den sammenhæng skal der evt. ses på, om der er den rette sammensætning af repræsentanter i gruppen. Det er Koordinationsgruppens vurdering, at den nuværende arbejdsgruppe ikke konkret har arbejdet med de udfordringer, der er beskrevet. Fortsættelsen af gruppen kan evt. afhænge af høringsvarene af Sundhedsaftalen 2019-2023 og Praksisplanen, da kommunerne formentlig vil opstille forslag til, at der opstilles en målsætning om ajourføring af FMK.</p>
<p>Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet</p>	<p>Det er uklart, hvorvidt følgegruppen foreslår, at der skal nedsættes to arbejdsgrupper. Det bør drøftes med følgegruppen, da det synes uhensigtsmæssigt, hvis der skal nedsættes to grupper.</p> <p>Følgegruppen understreger, at man afventer Sundhedsstyrelsens tværasektorielle anbefalinger for mennesker med demens. Herefter vil man tage stilling til, om det er den eksisterende arbejdsgruppe eller en ny, der skal forestå revisionen af samarbejdsaftalen for demensområdet.</p>

Koordinationsgruppen har derudover gennemgået implementeringsplanen for Sundhedsaftalen 2015-18 og fundet frem til følgende indsats, der ikke er igangsæt af Det Administrative Kontaktforum. Det fremgår af følgende skema, hvad Koordinationsgruppens anbefaling er til den enkelte indsats:

Indsatser fra Sundhedsaftalen 2015-18 der ikke er igangsat	
Indsats	Koordinationsgruppens anbefaling
Aftale om samarbejde om økonomi, aktivitet og koordinering	Det vurderes, at en del af denne indsats er indeholdt i afrapporteringen for de 8 nationale mål (særligt set i lyset af den kommende sundhedsaftales kobling til målene). Ligeledes vurderes det, at der også er indeholdt en del i arbejdet omkring løbende afrapportering af KMF (aktivitet og økonomi). Derfor er vurdering, at denne indsats ikke er relevant at videreføre.
Aftale om faldforebyggelse	Det vurderes relevant at Følgegruppen for behandling og pleje forholder sig til denne indsats , når de skal finde indsatser, der kan sikre målopfyldelse på forebyggelse af indlæggelser.
Aftale om forebyggelse forud for operation	Det vurderes relevant at Følgegruppen for forebyggelse undersøger , hvorvidt der er et potentiale for at styrke samarbejdet forud for operation, når de skal forholde sig til, hvilke indsatser der skal til for at sikre målopfyldelse i den kommende sundhedsaftale periode.
Fælles arbejdsgange mellem kontakthjælpsmodtagere og psykiatrien	Det vurderes relevant at Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering er opmærksomme på dette afsnit , når de skal beskrive indsatser, der kan sikre målopfyldelse for de målsætninger, der vedrører arbejdsmarkedet.
Forsknings- og udviklingsprojekter, der skaber ny viden om effekten af træning frem for operation	Det vurderes, at denne indsats kalder på en strategisk drøftelse i Det Administrative Kontaktforum af det fortsatte behov for at igangsætte forsknings- og udviklingsprojekter, der kan afdække eksisterende viden og skabe ny viden om effekten af træning frem for operation.
Aftale om dosisdispensering	Der er en del kommuner, der har udtryk ønske om, at der arbejdes med området. Ligeledes har regionen igangsat udarbejdelsen af en ny vejledning, der skal sikre bedre brug af dosisdispensering på sygehusene. Det vurderes derfor relevant, at Følgegruppen for behandling og pleje se på behovet for en samarbejdsaftale i den kommende aftaleperiode.



Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom – samarbejde og kommunikation

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom
– samarbejde og kommunikation

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

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og træder i kraft den xx.xx.2019.

Emneord

Hjertesygdom, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering,
tidlig opsporing

Version 1.0
November 2018

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Helle Holm, Grafisk Service, Region Syddanmark, 15645

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-55-4

Forord

Tekst kommer senere.

XXXXXX XXXXXXXXXXXX

Titel

XXXXXX XXXXXXXXXXXX

Titel

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1 INTRODUKTION	6
Baggrund	6
Formål med forløbsprogrammet	6
Målgruppen for forløbsprogrammet	7
Forløbsprogrammets anvendelse	7
Udarbejdelse af forløbsprogrammet	8
Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet	8
Komorbiditet og parallelle indsatser	9
Inddragelse af borgere og pårørende	9
Begrebsafklaring – Rehabilitering, forebyggelsestilbud og funktionsevne	11
Henvisning til genoptræning og rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	11
2 BORGERRETTET FOREBYGGELSE I KOMMUNEN	12
Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud	13
3 TIDLIG OPSPORING AF HJERTESYGDOM	14
Almen praksis	14
Kommunen	16
Sygehuset	16
4 BEHANDLINGSANSVAR SAMT VURDERING AF BEHOV FOR REHABILITERING OG SÆRLIG STØTTE	17
Vurdering af rette behandler ved hjertesygdom	17
Vurdering af behov ved rehabilitering	18
Vurdering af behov for særlig støtte	18
5 UDREDNING OG DIAGNOSTICERING I ALMEN PRAKSIS OG PÅ SYGEHUSET	21
Indledende vurdering og henvisning	21
Henvisning til ambulant udredning og behandling	22
Udredning og diagnosticering på sygehuset	22
Opgaver ved diagnosticering af hjertesygdom	23
Igangsætning af behandling og vurdering af patientens behov	23
6 Ambulant behandling og kontrol på sygehuset	25
Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	25
Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	27
Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen	27
7 Opfølgning og kontrol i almen praksis	28
Medicinsamtaler på apotek	29

8 Genoptræning	30
Risikovurdering	30
Genoptræningsplanen	31
Genoptræning i kommunerne	31
9 Påbegyndelse og afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	34
Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i kommunen	34
Afklarende samtale i kommunen	34
Afslutning på samlet forløb	36
10 Sygdomsmestring	37
Tilgang og timing i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	37
Indhold i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	38
Sundhedsfaglige kompetencer	39
Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring	39
11 Fysisk træning	40
Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring	40
12 Rygestop i kommunen	42
Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rygestop i kommunen	42
13 Ernæringsindsatser	43
Ernæringsindsatser på sygehuset	43
Ernæringsindsatser i kommunen	43
Kostvejledning	43
Diætbehandling	43
Henvisning til ernæringsindsats i kommunen	43
Henvisning til mennesker med hjertesygdom	44
14 Forebyggende samtale om Alkohol i kommunen	45
15 Indlæggelse på sygehuset	46
Almen praksis	46
Kommunen	46
Den Ældre Medicinske Patient	46
16 Udskrivelse fra sygehuset	48
Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	48
Plejeforløbsplan	48
Henvisning til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	49
Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	49
Den Ældre Medicinske Patient	50
17 Plejeindsats i kommunen	52
Håndtering af medicin og hjælpemidler	52
18 Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuse	53
Litteratur	54
Bilag 1 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud	57

1 | Introduktion

Baggrund

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

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

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med hjertesygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet **en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom¹, National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering², Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom³ samt Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom⁴**. Nærværende forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Derudover er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorerne og kommunikation i sektorovergangene, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste sundhedsaftale for perioden 2015-2018 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgerens hverdagsliv, så indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte.

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

Formål med forløbsprogrammet

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

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for patienter med hjertesygdomme i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Målgruppen for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom og hjertesvigt uanset sygdommens sværhedsgrad. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "mennesker med hjertesygdomme". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom og hjertesvigt, nævnes de separat.

Mennesker med hjertesygdomme har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det patientens individuelle situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats. I dette forløbsprogram er det derfor valgt ikke at benytte de 3 faser i hjerterehabiliteringen, som tidligere har været anvendt. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom 2018.

Programmet gælder i alle 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset. Forløbsprogrammet henvender sig til de sundhedsprofessionelle og ledere i kommunerne, i almen praksis, på sygehuse og apotekere, der i deres arbejde er i kontakt med mennesker med (eller i risiko for) hjertesygdomme.

Forløbsprogrammet gælder både sundhedsprofessionelle, der har mennesker med hjertesygdomme som primær målgruppe, og for sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder mennesker med hjertesygdomme.

Forløbsprogrammets anvendelse

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

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

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

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

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS



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

² Sundhedsstyrelsen (2013) – **National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering**

³ Sundhedsstyrelsen (2018) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom**

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

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de allerede godkendte forløbsprogrammer for mennesker med KOL og diabetes, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet en workshop, hvor patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner har været i tæt dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering og behandling af mennesker med hjertesygdom.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter/pårørende samt systematisk inddragelse af patienter/pårørende i eget forløb. Til inspiration og hjælp til dette er kommunikationspakken udviklet, med fokus på timing af kommunikationen, hvor patienternes anbefalinger har vægtes højt i prioriteringen af emner.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan som findes på Region Syddanmarks hjemmeside ([link indsættes, til implementeringsplanen](#)). Følgegruppen for Forebyggelse udvikler et monitoreringsredskab, med henblik på at afdække forløbsprogrammets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget en gang om året.

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

Da forløbsprogrammet ikke gennemgår de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, vil disse heller ikke blive monitoreret som en del af forløbsprogrammet. Ansvar for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

Der er i efteråret 2017 indgået en ny overenskomst for almen praksis 2018-20 (OK18). OK18 indebærer ikke umiddelbare ændringer på hjerteområdet. De generelle ændringer, der følger af OK18, og som kræver en betydelig udviklingsindsats, før de er klar til implementering, er ikke integreret i forløbsprogrammet. Det gælder fx epikriser, der skal markeres med rødt, gult eller grønt flag for at markere behovet for opfølgning hos almen praksis. Forløbsprogrammet tilpasses hertil, når løsningerne er udviklet og klar til implementering.

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

Patientrapporterede oplysninger (PRO-data):

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

Telemedicin og digitale løsninger:

Telemedicinske og øvrige digitale løsninger betragtes som vigtige elementer i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med hjertesygdomme. Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektor og aktører.

Digitale sundhedscentre:

Der er i regi af Det Digitale Sundhedscenter udviklet Digital Patientuddannelse til borgere med hjertesygdomme, og der forefindes således e-læringsmoduler.

Varde og Kerteminde kommuner har været sammen om at udvikle og afprøve hjertetilbudet, men af forskellige årsager har det svært at rekruttere patienter hertil. Hjerteforløbsprogrammet giver en ny situation, hvor opgaven i kommunerne bliver anderledes, og det digitale tilbud vil give god mening at have som et supplement til patientuddannelsen.

Komorbiditet og parallelle indsatser

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

Komorbiditet stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har desuden fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse – ved behov – skal igangsætte indsatser parallelt i forbindelse med behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med hjertesygdomme.

Inddragelse af patienter og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at patienter og pårørende inddrages under hele forløbet. Inddragelse af patienternes viden og ressourcer – både i udviklingen af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb – kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed.⁵

Den enkelte patient har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine egne behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, hvorvidt en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver patientens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til patientens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicin tages korrekt, behandlingsanvisninger overholdes, og at patienten kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer. Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at patienter, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:^{6,7}

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

Desuden kan patient- og pårørendeinddragelse medvirke til at sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt.^{8,9} Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages i egen behandling, i højere grad vælger mindre indgribende behandling.¹⁰ Ved behandling af patienter med hjertesygdomme er inddragelse særlig relevant, dels fordi hjertesygdomme er kroniske sygdomme, som patienten normalt lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af hjertesygdomme foretages af patienten selv eller dennes pårørende i eget hjem.

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

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

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

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

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

¹⁰ Coulter A. (2012) Patient Engagement – What Works? The journal of Ambulatory Care Management. 35(2):80-89



Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse skal patienter med hjertesygdomme og deres pårørende – så vidt det er muligt – være med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag de bør tilbydes. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsesindsats som rygestop, ernæringsindsats og træning eller valg af medicinsk behandling, hvor der fx findes flere forskellige typer behandling med god forventet effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på patientens hverdag.

Sundhedsprofessionelle og patienter har ikke nødvendigvis den samme oplevelse af, hvad der er vigtigt at tale om i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For patienten og de pårørende kan det være svært at modtage og rea-

gere på information, hvis patienten ikke oplever, at det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage patienter og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med hjertesygdomme er i kontakt med sundhedsvæsenet. Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra patienter med hjertesygdomme og deres pårørende.

Kommunikationspakken fokuserer desuden på timing af kommunikation, og baserer sig til dels på hvad patienter og pårørende har givet udtryk for på workshoppen i tilbliveseprocessen af forløbsprogrammet.

Begrebsafklaring – Rehabilitering, forebyggelsestilbud og funktionsevne

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsniveau, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund. Rehabilitering kan være fysisk træning, sygdomsmestring, ernæringsindsatser, støttende og kompenserende indsatser samt indsatser på social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvendes om de tilbud, der indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet. Forebyggelse skal her forstås som en delmængde af rehabilitering.¹¹

Funktionsevne anvendes jf. WHO's model for "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)" som forståelsesramme for rehabilitering. Modellen er en biopsykosocial model. Funktionsevnen som det centrale i modellen indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer). Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.

Henvielse til genoptræning og rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Patienterne kan henvises til både genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2. Har patienten behov for genoptræning, sker henvisningen via en genoptræningsplan (GGOP). Har patienten behov for et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud sker henvisningen via XREF15 (tidligere REF01).

Har patienten behov for både genoptræning og et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, skal der udarbejdes både en GGOP og XREF15 (tidligere REF01).

¹¹ Sundhedsstyrelsen, 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

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

Iskæmisk hjertesygdom kan til dels forebygges. Tobaksrygning er den faktor, som har størst indflydelse på udviklingen af en iskæmisk hjertesygdom. Det hænger sammen med, at rygning øger risikoen for åreforkalkning og blodpropper. Derudover har også passiv rygning betydning for udviklingen af iskæmisk hjertesygdom. Udsættes man for passiv rygning, øges risikoen for iskæmisk hjertesygdom med 20-30%. Forebyggelse af rygning samt rygestop er derfor en vigtig del af at forebygge iskæmisk hjertesygdom.¹²

Risikofaktorer som forhøjet blodtryk, for højt kolesteroltal eller diabetes øger også risikoen for udvikling af iskæmisk hjertesygdom. For at forebygge disse tilstande skal der sættes fokus på kost¹³ og motion¹⁴ samt på at undgå overvægt. Læs mere om forebyggelse på hjerteforeningens hjemmeside.¹⁵

Kommunen har med sin borgerrettede forebyggelsesindsats en vigtig opgave i at støtte borgerne til at skabe sunde vaner tidligt i livet og til at ændre og fastholde nye sunde vaner senere i livet, således at iskæmisk hjertesygdom og andre livsstilsrelaterede sygdomme kan forebygges.

For at sikre en solid indsats for at forebygge iskæmisk hjertesygdom bør kommunerne leve op til anbefalingerne på grundniveau i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om henholdsvis fysisk aktivitet¹⁶, mad og måltider¹⁷, overvægt¹⁸, tobak¹⁹ samt alkohol²⁰.

Det er kendt, at risikofaktorer er ulige fordelt i samfundet. Uligheden hænger sammen med uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, køn, civilstatus, bopæl, etnicitet mv.²¹ Kommunen skal derfor tilrettelægge sin forebyggende indsats, så den tager særligt højde for denne sociale ulighed.



Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud

Mange kommuner tilbyder gratis forebyggende tilbud til borgere, der er i risiko for fx at udvikle en iskæmisk hjertesygdom – fx tilbud om motion, kost, vægttab og rygestop. Tilbuddene fremgår af www.sundhed.dk. Kommunernes beskrivelser af tilbuddene er fagligt opdaterede og retvisende.

For borgere med iskæmisk hjertesygdom og andre kroniske sygdomme kan det være en stor beslutning at takke ja til et kommunalt forebyggelsestilbud. De sundhedsprofessionelle på sygehusene skal derfor tale med borgeren

om muligheden for deltagelse og om borgernes motivation herfor. Ligeledes er det en stor hjælp, hvis også læger og praksispersonale i almen praksis gør dette. De sundhedsprofessionelle kan involvere borgere og deres pårørende efter behov med værktøjer som fælles beslutningstagning og lignende.

Henvisningen fra sygehus og almen praksis sker elektronisk og skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Der kan være enkelte tilbud i kommunerne, som ikke kræver en lægehenvielse, eks. rygestop. Her kan borgerne selv henvende sig.

¹² Hjerteforeningen – **Rygning**

¹³ Hjerteforeningen – **Forebyggelse kost**

¹⁴ Hjerteforeningen – **Forebyggelse motion**

¹⁵ Hjerteforeningen – **Forebyggelse**

¹⁶ Sundhedsstyrelsen – **Forebyggelsespakke fysisk aktivitet**

¹⁷ Sundhedsstyrelsen – **Forebyggelsespakke mad og måltider**

¹⁸ Sundhedsstyrelsen – **Forebyggelsespakke overvægt**

¹⁹ Sundhedsstyrelsen – **Forebyggelsespakke tobak**

²⁰ Sundhedsstyrelsen – **Forebyggelsespakke alkohol**

²¹ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser, kap. 1-3**

Patienterne anbefaler

- Styrk samarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger
- Udbyd forebyggelsen der, hvor vi allerede kommer i forvejen
- Husk pårørende i de forebyggende samtaler



3 | Tidlig opsporing af hjertesygdom

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

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

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

Almen praksis

Når man i almen praksis mistænker hjertesygdom, foretager den praktiserende læge en indledende klinisk vurdering af, hvor akut/alvorlig tilstanden er. Den kliniske vurdering indeholder følgende undersøgelser:

- Blodtryk
- Puls
- Respiration
- Stetoskopi af hjerte og lunger
- Eventuelt blodprøver
- Eventuelt EKG

Patienten inddrages i mistanken om hjertesygdom og i resultatet af de indledende undersøgelser, således at patienten kan være med til at tage beslutning om det videre forløb. Afhængigt af vurderingen er det den praktiserende læges beslutning, om patienten skal indlægges akut eller henvises til et ambulante udrednings- og behandlingsforløb. Læs mere herom i kapitel 5 vedr. udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset.

²² Dansk Cardiologisk Selskab – [Stabil iskæmisk hjertesygdom](#)



Kendetegn og risikofaktorer iskæmisk hjertesygdom²²

Kendetegn

Ved iskæmisk hjertesygdom forstås en tilstand med nedsat blodforsyning til hjertemusklen i et sådant omfang, at der opstår iskæmi (iltmangel i hjertemusklen).

Typiske symptomer er brystmerter som eks. trykkende, pressende eller klemmende smerter og ubehag. Undertiden beskrives svien eller tungthed. Mere atypiske symptomer kan være åndenød, kvalme eller træthed.

Risikofaktorer

- Forhøjet blodtryk (Hypertension)
- Forhøjet kolesterol (hyperkolesterolæmi), familiær hyperkolesterolæmi er en stærk arvelig risikofaktor for tidlig udvikling af iskæmisk hjertesygdom, og nyere studier har påvist en højere forekomst end tidligere antaget samt en betydelig underdiagnosticering i Danmark.
- Rygning
- Alder
- Mænd har øget risiko
- Diabetes
- Arvelighed
- Overvægt som led i metabolisk syndrom
- Visse nyresygdomme

Der ses en betydelig social ulighed i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom, og den sociale ulighed gør sig også gældende i forhold til dødelighed.



Kendetegn og risikofaktorer hjerterytmeforstyrrelser^{23,24,25}

Kendetegn

Hjerterytmeforstyrrelse (arytmi) er en forstyrrelse i hjertets elektriske ledningssystem. Nogle rytmeforstyrrelser vil være asymptomatiske, mens andre kan have symptomer som træthed, åndenød, hjertebanken og brystmerter.

Risikofaktorer

- Alder
- Arteriel hypertension
- Hjertesvigt
- Takykardiomyopati
- Klapsygdomme
- Kardiomyopati og ion-kanal sygdomme
- Atrioseptumdefekt
- Andre medfødte hjertesygdomme
- Iskæmisk hjertesygdom
- Hyperthyreose, også subkliniske tilstande
- Svær overvægt
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom
- Søvnapnø
- Nyresvigt

²³ Dansk Cardiologisk Selskab – [Atrieflimren og atrieflagren](#)

²⁴ Hjerteforeningen – [Atrieflimren-og-atrieflagren](#)

²⁵ Hjerteforeningen – [Arytmi-rytmeforstyrrelser](#)

²⁶ Hjerteforeningen – [Hjerteinsufficiens/Hjertesvigt](#)

²⁷ Dansk Cardiologisk Selskab – [Akut hjertesvigt](#)

²⁸ Dansk Cardiologisk Selskab – [Kronisk hjertesvigt](#)



Kendetegn og risikofaktorer hjertesvigt^{26,27,28}

Kendetegn

Hjertesvigt opstår, når hjertet ikke er i stand til at pumpe nok blod rundt i kroppen. Sygdommen kan være forårsaget af mange forskellige hjertekarsygdomme, og udvikler sig som regel over mange år, men kan i sjældne tilfælde opstå pludseligt og være akut livstruende. Symptomerne er åndenød, øget træthed og/eller væskeophobning i kroppen.

Risikofaktorer

- Omkring halvdelen af mennesker med hjertesvigt har andre kroniske sygdomme, og nogle kombinationer af sygdomme er mere udbredte end andre
- Ca. 25 pct. af mennesker med hjertesvigt har samtidig Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og/eller type 2-diabetes, hvilket især skyldes, at hjertesygdom er en hyppig følgesygdom til KOL og type 2-diabetes
- Den hyppigste årsag til hjertesvigt er iskæmisk hjertesygdom/blodprop i hjertets kranspulsårer med tab af hjertemuskulærvæv. Andre årsager er blandt andet hypertension, sygdomme i hjertemuskulaturen (kardiomyopati) og atrieflimren.

Der er observeret en social ulighed ved hjertesvigt, hvor der ses en øget dødelighed blandt mennesker med kort uddannelse.



Kendetegn og risikofaktorer hjerteklapsygdom^{29,30}

Kendetegn

Hjerteklapsygdom er en fællesbetegnelse for tilstande med dysfunktion af hjerteklapperne i form af stenose (forsnævring) og/eller insufficiens (utæthed).

Fællessymptomet for alle klapsygdomme er åndenød ved fysisk aktivitet. Øvrige symptomer afhænger af, hvilken klap, der er påvirket af sygdommen. Fx kan aortastenose give angina pectoris og synkoper.

Risikofaktorer

- Forekomsten af hjerteklapsygdom er højere blandt mænd i alle aldersgrupper – dog på nær de +85 årige, hvor der er en højere forekomst blandt kvinder
- Hjerteklapsygdom kan skyldes flere ting som fx lokal degeneration eller forkalkning af hjerteklapperne, medfødte forandringer, som følge af infektionssygdomme eller iskæmisk hjertesygdom.

Der ses en social ulighed i forekomsten, hvor mennesker med kort uddannelse har højere forekomst af hjerteklapsygdom end mennesker med lang uddannelse.

Kommunen

Kommunen spiller, ligesom almen praksis, en vigtig rolle i tidlig opsporing af hjertesygdom – herunder også opsporing af de risikofaktorer, der kan føre til hjertesygdom.

Kommunen har en stor kontaktflade til borgerne på tværs af flere forvaltninger. Der er derfor et stort potentiale for at udvikle og forbedre opsporingsprocedurer i kommunerne og sikre samspillet med almen praksis.

Ved mistanke om hjertesygdom skal borgeren altid anbefales at kontakte egen læge med henblik på videre undersøgelse.

Vurderes det, at borgeren er i risiko for at udvikle en hjertesygdom på grund af uheldig livsstil, kan kommunen med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud – fx kost- og motionsvejledning, rygestop, alkoholbehandling mv.

Sygehuset

Der skal på sygehusene være en særlig opmærksomhed på kliniske symptomer på og risikofaktorer for hjertesygdom. Det kan også gælde fx i forbindelse med skadestuebesøg, akutte indlæggelser og ved undersøgelser forud for kirurgiske indgreb.

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

Sygehuset skal tilbyde patienter med uheldig livsstil, der kan påvirke den generelle helbredstilstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder, og efter aftale med patienten henviser til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud som fx kostvejledning og rygestoptilbud. Henvisning til kommunernes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01) (bilag 1).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

4 | Behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte

Vurdering af rette behandler ved hjertesygdom

Behandlings- og rehabiliteringsansvaret for patienter med hjertesygdom indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om og hvornår patienten har behov for rehabilitering og særlig støtte i sit forløb.

Behandlingsansvar i ventetiden frem til begyndelse af udredning

Fra den praktiserende læge afsender henvisningen og til patienten ses første gang på kardiologisk afdeling eller i kardiologisk speciallægepraksis, er patientens egen læge ansvarlig for den fortsatte behandling. Dette er også tilfældet, hvis kardiologisk afdeling/speciallægepraksis efterspørger yderligere information for at gennemføre udredningen, end hvad der fremgår af henvisningen. I perioden frem til patienten ses på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis, bør der fortsat fokuseres på behandling af risikofaktorer og eventuel komorbiditet.

Egen læge skal informere patienten om de alarmsymptomer og forholdsregler, der måtte være i en eventuel ventetid, og som bør give anledning til at kontakte praktiserende læge/lægevagt eller ringe 1-1-2. Derudover skal patienten instrueres i eventuel brug af medicin i ventetiden. Patienten orienteres endvidere om at henvende sig til praktiserende læge, såfremt patienten ikke modtager en indkaldelse til undersøgelse eller behandling på sygehus inden for 8 kalenderdage.

Behandlingsansvar i forbindelse med ambulante forløb og indlæggelse

For ambulante patienter er almen praksis normalt tovholder for den samlede sundhedsfaglige indsats. Ved patienter i ambulante forløb på

kardiologisk afdeling på sygehus eller i kardiologisk speciallægepraksis betyder det, at almen praksis normalt vil have behandlingsansvaret for behandling af komorbiditet, mens kardiologisk afdeling/speciallægepraksis har ansvaret for behandling af hjertesygdommen. Dette skal dog afpasses efter omstændighederne og tydeligt aftales for hver enkel patient.

For patienter, der udredes i almen praksis, men henvises til kardiologisk afdeling/speciallægepraksis for at få foretaget enkelte supplerende undersøgelser, ligger behandlingsansvaret gennem hele forløbet i almen praksis.

Som tovholder bør almen praksis også foranstalte forebyggende, rehabiliterende og andre opfølgende indsatser i samarbejde med kommunen og sygehuset, såfremt det vurderes, at patienten har behov herfor.

Ved indlæggelse overgår hele behandlingsansvaret fra den praktiserende læge til sygehuset.

Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation

For patienter, der henvises til invasiv behandling på sygehus med specialiseret funktion, ligger behandlingsansvaret i ventetiden som udgangspunkt hos den udredende afdeling. Ansvar omfatter præoperativ optimering, herunder optimering af den medicinske behandling, risikofaktormodificering og planlægning af rehabiliteringsforløb for den invasive behandling samt fremskyndelse af den invasive behandling, hvis dette vurderes nødvendigt. Såfremt der er flere kardiologiske afdelinger involveret i udredningen (sygehus med hovedfunktion og sygehus med specialfunktion) eller kardiologisk speciallægepraksis, skal det tydeligt aftales, hvilken afdeling der har behandlingsansvaret i ventetiden frem til invasiv behandling.

²⁹ Hjerteforeningen – Hjerteklapsygdom

³⁰ Dansk kardiologisk Selskab – Hjerteklapsygdom

Vurdering af behov ved rehabilitering

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

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

For at understøtte patientens deltagelse og fastholdelse i det kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er det vigtigt, at den henvisende læge og/eller sygeplejerske taler med patienten om vigtigheden af rehabilitering og forebyggelse, således at rehabilitering og forebyggelse italesættes som en integreret del af behandlingen for hjertesygdommen.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende. Hos almen praksis og på sygehusene skal der løbende være opmærksomhed på muligheden for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Henvisningen skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01). Henvisningen sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Man bør ved henvisning være opmærksom på kendte barrierer (alder, socioøkonomisk status, etnicitet, køn, komorbiditet, misbrugsproblemer, psykisk sygdom) for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og aktivt håndtere disse med henblik på at fastholde deltagere i hjerterehabilitering³¹.

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

Tidsperspektiv for henvisning til rehabilitering

Det er vigtigt, at den praktiserende læge eller kardiologisk afdeling/speciellægepraksis hurtigst muligt sender en henvisning til et rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud (XREF 15) i kommunen for at undgå tab af patientens rehabiliteringspotentiale. Det skal bemærkes, at henvisning til kommunal rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud kan ske sideløbende med, at patienten afventer en eventuel arbejdstest i forhold til træning. For patienter, der har været akut indlagt i forbindelse med hjertesygdom, kan det desuden bidrage til patientens oplevelse af tryghed, at de hurtigt følges op på i kommunalt regi.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle patienter har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for patientens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at patienten tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved hjertesygdom, så de støttes i at håndtere deres sygdom hensigtsmæssigt. Der henvises til kapitel 15 angående patienter, som har behov for en egentlig plejeindsats i kommunen.

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

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for særlig støtte hos en patient med hjertesygdom, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse. Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med patienten og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.

Sundhedsstyrelsen³² anbefaler, at patienter med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination for at fastholde patienten i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination kan foregå både på sygehuset og i kommunen. Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med hjertesygdom gennem en kontaktpersonordning eller forløbskoordinerende funktion.

Forløbskoordination på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at kombinere ambulante indkaldelser og undgå konfliktende tider, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Tilstrækkelig information om patientens særlige forhold i epikriser og korrespondancemeddelelser til patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i hjerteambulatoriet
- Tilstrækkelig information til kommunen om patientens særlige forhold ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats – og forebyggelsesindsats³³

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

Forløbskoordination i kommunen skal sikre:

- Kommunen skal gå i dialog med patienter med behov for særlig støtte for at tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte patients livssituation og behov.
- Kommunen skal være særlig opmærksom på at sikre den nødvendige koordinering på tværs af fagområder for at give nødvendig og individuel tilrettelagt støtte – fx mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til patienter med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i *serviceloven*, *lov om aktiv beskæftigelsesindsats* eller *sundhedsloven*. Generelt bør alle sundhedsprofessionelle have fokus på, hvorvidt patienterne har et behov for støtte i forhold til arbejdsmarkedstilknytning. Nyere undersøgelser viser eksempelvis, at flere hjertepatienter oplever arbejdsrelaterede eller økonomiske udfordringer, efter de er blevet hjertesygge. Blandt andet er usikkerhed om sygedagpengemuligheder og regler på beskæftigelsesområdet fremhævet som et opmærksomhedspunkt, ligesom hjertepatienter kan have overvejelser om, hvornår (og om) de kan begynde at arbejde på samme niveau, som før de blev hjertesygge^{34,35}.

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

Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliterings- og forebyggelsesindsats. Henvisningen sker elektronisk og skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01). Kommunen skal i en korrespondancemeddelelse kvittere for modtagelse af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter patienten for en dialog om dennes behov mv.

³¹ Dansk Cardiologisk Selskab 2017 – [Hjerterehabilitering](#)

³² Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#)

³³ Jævnfør SAM:BO – [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region og borger/patientforløb i Region Syddanmark](#)

³⁴ Hjerteforeningen og Bisbebjerg Hospital 2016.

[Hjerteforeningens rådgivning. En undersøgelse af behov for rådgivning blandt hjertepatienter og pårørende](#)

³⁵ Rådgivende sociologer 2012. [Hjertesygges ønsker og behov](#)



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

- Patienter med flere kroniske sygdomme
- Patienter med en psykiatrisk diagnose, fx depression
- Patienter med demens
- Patienter med fysisk eller psykisk handicap
- Patienter med et misbrug
- Patienter, der er ensomme eller uden socialt netværk
- Patienter med behov for hjælp til at føle sig trygge
- Patienter, der er socialt udsatte
- Patienter, der har meget svære eller pludseligt ændrede økonomiske vilkår
- Patienter, der har øget behov for støtte i forhold til arbejdsmarkedstilknytning
- Patienter med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå dansk
- Patienter med lav egenomsorgsevne

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

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

- Sprogbarrierer
- Sygdomsforståelse
- Kostvaner
- Motionsvaner

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

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

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

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

Indledende vurdering og henvisning

Når mistanken om hjertesygdom opstår, har almen praksis følgende opgaver:

- At foretage en indledende vurdering, herunder basale undersøgelser
- At inddrage patienten i sygdomsmistanken og beslutning om plan for forløbet
- At henvise til videre udredning og behandling (ved behov herfor)
- At påbegynde tidlig behandling (ved behov herfor)

Den praktiserende læge foretager en indledende klinisk vurdering³⁶ af, hvor akut/alvorlig tilstanden er. Afhængigt af denne vurdering beslutter den praktiserende læge, om patienten skal indlægges akut eller henvises til et ambulans udrednings- og behandlingsforløb.

Behov for akut udredning og behandling

Et mindretal af patienter, der får foretaget en vurdering ved almen praksis, henvises akut til udredning og behandling under indlæggelse på sygehus. Ved akutte medicinske tilfælde, fx akut koronart syndrom (AKS), er umiddelbar transport til sygehus med ambulance væsentlig. Ambulancetransporten skal rekvireres som udrykningskørsel (kørsel1). Ved behov for akut indlæggelse bør praktiserende læge informere modtagende afdeling om hjerteanamnese, komorbiditet og andre væsentlige oplysninger. Generelt gælder det for akutte tilstande i almen praksis, at lægen skal forblive hos patienten til ambulansens ankomst, og patientens behov for ledsagelse af læge skal vurderes i det enkelte tilfælde³⁷.

Behov for ambulans udredning og behandling

Hovedparten af patienterne kan imidlertid udredes ambulans enten på sygehusambulatoriet, hos praktiserende speciallæge i kardiologi eller i almen praksis suppleret med undersøgelser på sygehus eller hos praktiserende kardiolog. Fælles for alle forløb er, at kommunikationen mellem almen praksis, sygehus, kommune og øvrig praksissektor er afgørende for et sammenhængende og godt patientforløb. I den indledende fase er det særligt kommunikationen fra almen praksis til sygehuset, og den gensidige forståelse og ansvarsdeling, som spiller en stor rolle.

Det gælder særligt for hjertesygdomme, at de kan opstå akut eller pludselig kan ændre karakter til at være livstruende, hvormed tiden bliver en central faktor for patientens prognose. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge i sin henvisning til og kommunikation med modtagende afdeling er helt eksplicit om patientens symptomer og objektive fund. Dette er afgørende for den kardiologiske afdelings/speciallægepraksis' vurdering ved visitation af henvisningen, og dermed for patientens videre udredning, behandling og behandlingsresultat.

Ved tvivlstilfælde kontaktes vagthavende kardiolog på sygehuset telefonisk for en hurtig afklaring.

Efter den praktiserende læge har foretaget en indledende klinisk vurdering, inddrages patienten i mistanken om hjertesygdom og i resultatet af den indledende vurdering inklusiv undersøgelsesfund med henblik på fælles beslutningstagen om det videre forløb.

³⁶ Sundhedsstyrelsen 2018 – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#)

³⁷ Sundhedsstyrelsen 2010 – [Vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystmerter](#)

Henvi sning til ambul ant udredning og behandling

Såfremt den indledende kliniske vurdering giver grundlag for henvisning til ambul ant udredning og behandling på grund af mistanke om eller kendt hjertesygdom, udfylder den praktiserende læge en henvisning. Ved henvisning forstås en systematisk og fyldestgørende henvisning fra almen praksis til kardiologisk speciallæge på sygehus eller til kardiologisk speciallægepraksis. På dette grundlag har den visiterende kardiolog mulighed for at vurdere, om/hvilken hjertesygdom der mistænkes samt tidspunkt for udredning og behandling. I tilfælde af tvivl bør den praktiserende læge kontakte vagthavende kardiolog telefonisk med henblik på en afklaring af forløbet, herunder henvisningsprocedure.



Henvi sningen bør omfatte:

- Struktureret hjer teanamnese
- Oplysninger om risikofaktorer (familiær disposition, hypertension, diabetes, kolesterolniveau og tobaksrygning)
- Kendt hjertesygdom inklusive tidligere hjer teoperationer
- Oplysninger om anden komorbiditet, som også kan være en risikofaktor, fx demens, nyresygdom, KOL, diabetes, psykisk sygdom og/eller misbrug
- Oplysninger om dagligt funktionsniveau, herunder eventuelle nylige ændringer
- Relevante undersø gelsesfund, fx blodtryk, EKG og stetoskopisk mislyd
- Iværksatte undersø gelser, fx blodprøver, som er relevante for modtagende afdeling
- Præcisering af om der ønskes fuld udredning, eller om der ønskes en enkelt undersø gelse, hvor den praktiserende læge fortsat ønsker at være tovholder
- Hvad der er aftalt med patienten omkring forløbet
- Patientens telefonnummer og henvisende læges telefonnummer

Det er vigtigt, at almen praksis videregiver informationer om komorbiditet/multisygdom hos patienter med hjertesygdom til den modtagende afdeling, da det har betydning for udredning, behandling, rehabilitering og palliation.

Det skal tydeligt fremgå af henvisningen, om patienten henvises til fuld udredning og behandling, eller om der henvises til supplerede undersø gelser på sygehus eller i speciallægepraksis, hvor almen praksis forestår udredning og behandling. Henvisningsproceduren kan således foregå i to forskellige spor, men henvisningen indeholder samme oplysninger. Som beskrevet i kapitel 4 om behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte skal det tydeligt fremgå, såfremt praktiserende læge ønsker at beholde behandlingsansvaret. Udfaldet af den kardiologiske vurdering/udredning kan imidlertid føre til, at patienten alligevel udredes fuldt i samme forløb. I så fald påhviler det modtagende afdeling/speciallægepraksis at informere henvisende læge herom.

Udredning og diagnosticering på sygehuset

Når kardiologisk afdeling/speciallægepraksis modtager en henvisning til udredning og diagnosticering, vil forløbet afhænge af, om patienten er henvist til fuld udredning eller til en enkeltstående undersø gelse.

Ved hjælp af henvisningen, som systematisk beskriver patientens hjertesymptomer, undersø gelsesfund, betydende komorbiditet og funktionsniveau, planlægger kardiologen patientens forløb på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis i samarbejde med patienten.

Komorbiditet/multisygdom bør erkendes tidligst muligt i patientforløbet, da en hurtig stabilisering og eventuel nødvendig behandling af patientens konkurrerende sygdom(me) kan være en forudsætning for et godt forløb. Det påhviler den ansvarlige afdeling at udarbejde en plan for hurtig stabilisering af patienter med komorbiditet. Koordination på behandlerniveau specialerne imellem kan, udover at bidrage til et godt patientforløb, mindske risikoen for fx unødvendig polyfarmaci eller unødvendige ambulante besøg.

Patienter med nedsat funktionsniveau og særligt behov for støtte under udredning og behandling bør ligeledes identificeres så tidligt som muligt af den ansvarlige sygehusafdeling, så en koordination mellem den udredende afdeling, behandlende afdeling mv. kan ske.

For detaljer i forhold til udredning og behandling for henholdsvis iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser henvises til relevante Nationale Behandlingsvejledninger fra Dansk Kardiologisk Selskab, som findes på hjemmesiden:

www.cardio.dk.

Der anbefales løbende vurderinger af patienter i udredning og behandling for hjertesygdom med hensyn til behovet for rehabilitering og palliation, jf. kapitel 4 om behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte.

Opgaver ved diagnosticering af hjertesygdom

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

Der skal altid tages hensyn til eventuel komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering.

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

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge ved den nye livssituation. Det er derfor vigtigt, at den læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og de pårørende og sikrer sig, at de opnår forståelse for sygdommen og håndteringen af den. Lægen bør desuden hjælpe patienten og pårørende med at sortere i den information, de modtager, således at vigtigst og mest væsentlig information fremhæves (eksempelvis vigtigheden af rygestop). Dette øger trygheden og patientens og de pårørendes mulighed for at kunne tage hånd om situationen.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og eventuelt pårørende er oplært i sygdomskontrol og medicin håndtering. Herunder skal lægen informere patienten og pårørende om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvordan de skal agere på disse. Apotekerne kan bistå hermed og har en national aftalt ydelse om medicinsamtale, der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom. Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicin håndtering.

Medicinsamtaler på apotek

- Apotekerne tilbyder patienterne en medicinsamtale, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom, herunder hjertesygdom, inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin.
- Medicinsamtalen er gratis for patienten og har fokus på patientens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter en højere grad af medicin efterlevelse (compliance).
- Patienterne i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet.
- Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det på recepten, når recepten oprettes på det Fælles Medicinkort (FMK).
- Desuden kan kommunen opfordre patienten til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Igangsætning af behandling og vurdering af patientens behov

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



6 | Ambulant behandling og kontrol på sygehuset

Når et behandlingsforløb på en kardiologisk afdeling eller i en speciallægepraksis bliver afsluttet, skal der ske en systematisk vurdering af patientens behov. Det gælder, hvad enten behandlingen er sket under indlæggelse eller ambulant.

- Rehabilitering og forebyggelse i regionalt og kommunalt regi (skal tidligere igangsatte indsatser fortsættes eller andet iværksættes?)
- Palliation (er der behov for basal eller specialiseret indsats?)

I situationer, hvor patienten har været indlagt, bør vedkommende gå til kontrol på sygehuset senest 14 dage efter udskrivelsen, hvor behovsvurderingen senest finder sted. Herudover bør patienten gå til en kontrol seks måneder efter udskrivelsen, hvor der tages stilling, om årskontrol skal ske hos egen læge eller i sygehusambulatoriet.

Behovsvurderingen sker i et samarbejde mellem kardiologen, patienten og eventuelt pårørende og andre relevante sundhedsprofessionelle. Den kan foregå i forbindelse med udskrivelse eller ved en ambulant konsultation. Det er som udgangspunkt det sygehus, der udskriver patienten til eget hjem, der skal gennemføre behovsvurderingen. Behovsvurderingen skal sikre, at patienten får en individuelt tilrettelagt rehabilitering, palliation og behandlingsopfølgning.

Behovsvurderingen skal fastsætte individuelle behandlingsmål på grundlag af diagnose, prognose, risikoprofil, funktionsniveau og patientens præferencer, ligesom der skal ske en vurdering af behovet i relation til:

- Farmakologisk behandling af hjertesygdommen og tilhørende opfølgning. Den lægelige ansvarsfordeling skal fremgå klart, og det anbefales som udgangspunkt, at en kardiologisk afdeling/speciallægepraksis har det lægelige ansvar i opfølgningsperioden
- Risikofaktorkontrol – plan med behandlingsstrategi og mål for risikofaktorerne
- Hyppige kliniske problemstillinger, herunder lavt blodtryk, langsom puls, søvnproblemer og seksuelle problemstillinger

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

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

Når behandlingsansvaret ligger hos sygehusambulatoriet, bør løbende receptfornyelse ske i forbindelse med ambulant behandling/kontrol, således at recepten dækker frem til patientens næste planlagte kontakt. Det bemærkes, at noget hjertemedicin kun kan udskrives af en kardiolog, hvilket betyder, at patienten vil være i kontakt med sygehuset i forbindelse med receptudstedelsen, også i de tilfælde hvor den videre kontrol i øvrigt er henlagt til almen praksis.

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

I forbindelse med diagnosticeringen skal lægen (som ved enhver anden kontakt) vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb, hvilket behov patienten har for at benytte kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt vurdere patientens eventuelle behov for særlig støtte (jf. kapitel 4).

Henvielse til kommunernes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud sker elektronisk og skal ske via MedCom-standard XREF15 (tidligere REF01). Henvielsen sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

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

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

I forbindelse med diagnosticeringen kan lægen med fordel udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter.

Kommunikationspakken oplister emner, der er vigtige at kommunikere til patienten på diagnosetidspunktet



Patienterne anbefaler

- Invitér nogle i mit netværk med og inkludér dem i samtalen
- Spørg ind til mine sundhedsvaner flere gange
- Husk at det er min sygdom, når mine pårørende inddrages
- Husk at fortælle mig, hvem der er min kontaktperson, hvordan jeg kommer i kontakt med denne og hvordan jeg kan bruge vedkommende
- Spørg mig, hvad der fylder mest for mig
- Husk der er grænser for, hvad jeg kan rumme af information. Udlevér gerne information til mig på skrift, som jeg nemt kan læse og forstå
- Tag det ikke for givet, at jeg forstår informationen første gang, jeg får den
- Husk at være fleksibel med hensyn til mødetidspunkter, så jeg stadig kan passe min hverdag i videst muligt omfang
- Signalér at der er god tid... også selv om det ikke er tilfældet
Informer mig om mit samlede forløb, så jeg ved, hvad der skal ske nu og fremadrettet



Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

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

Sygehuset kan elektronisk henvise til kommunens tilbud via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01). Henvielse sker ikke direkte til det enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kan være relevante.

Kommunikationspakken præsenterer desuden hvilke emner der er vigtige at tale med patienten om i behandlings og rehabiliteringsindsatsen.

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. Sygehusene bør i samarbejde med patienter og pårørende tilstræbe en god intern planlægning mellem afdelingerne for at skabe sammenhæng i forløbet og mindske belastning af patienten og sygehuset.

Nedenfor fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienter med hjertesygdom, som kommunikeres til kommunen. Sygehusene skal vurdere, om alle elementerne er relevante i forhold til den enkelte patient.

Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen

- Plan for det videre forløb med særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter ambulant behandling og kontrol
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx behandlingsmål, symptomer, sygdomshåndtering, vigtigheden af monitorering, rehabilitering m.v.
- Instruktion i medicin håndtering
- Er patienten henvist til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?
- Komorbiditet og smerter
- Ernæringsstilstand med særlig opmærksomhed på overvægt og uplanlagt væggtab
- Psykiske problemstillinger, herunder angst og accept af sygdommen
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus
- Misbrug af alkohol og rusmidler
- Udfordringer i forhold til kommunikation med patienten, fx behov for tolkebistand



Patienterne anbefaler – sygehuset

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

7 | Opfølgning og kontrol i almen praksis

Efter udskrivelsen fra sygehuset eller afslutning af ambulant forløb varetages den videre opfølgning og kontrol for nogle patienters vedkommende i ambulant sygehusregi/i speciallægepraksis, mens andre patienter afsluttes til fortsat lægelig kontrol hos egen læge. Den fortsatte farmakologiske behandling med henblik på risikofaktorkontrol kan ligeledes foregå i begge regi.

Når patienten har været indlagt, bør der senest seks måneder efter udskrivelsen ved en sygehuskontrol tages stilling til, om videre kontrol skal ske i sygehusambulatoriet eller hos den praktiserende læge.

Hvis almen praksis varetager opgaven, skal kardiologisk afdeling/speciallægepraksis videreformidle behandlingsmål til praksislægen og – såfremt disse ikke er nået – udarbejde forslag til videre behandling. Desuden anbefales som minimum årlig kontrol hos den praktiserende læge med vurdering af klinisk status (med CCS og NYHA klassifikationssystemerne, risikofaktorkontrol (blodtryk, lipider, diabetes, diabetescreening, fysisk aktivitet og rygestatus) psykosocial status (angst og depression) og arbejdsfastholdelse.

Praktiserende læge anbefales at have særlig opmærksomhed på eventuelle kognitive skader efter hjertestop.

Optimeringen af den farmakologiske behandling er vigtig både for patientens prognose og for rehabiliteringsforløbet – særligt i forhold til den fysiske træning. Farmakologisk risikofaktorkontrol retter sig mod blodtrykket, hyperlipidæmi, diabetes og psykiske lidelser.

Patienter med risikoadfærd i form af rygning, ikke hjertevenlig kost og inaktivitet har, som udgangspunkt, altid behov for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud tilbud som tobaksafvænnings, ernæringsindsats, fysisk træning m.v.

Ved patienter med komorbiditet og multisygdom overdrager den kardiologiske afdeling/speciallægepraksis ansvaret for at koordinere behandlingen af disse sygdomme til de relevante afdelinger ved udskrivelsen. I den forbindelse overdrages relevant information efter aftale med patienten.

Medicinsamtaler på apotek

Apotekerne tilbyder patienterne en medicinsamtale, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom, herunder hjertesygdom, inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Eller hvis borgerne har fået medicin herfor i mere end 12 måneder og har udfordringer med medicinefterlevelsen.

Medicinsamtalen er gratis for patienten og har fokus på patientens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter en højere grad af medicinefterlevelse (compliance).

Patienterne i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet.

Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det på recepten, når recepten oprettes på det Fælles Medicinkort (FMK).

Desuden kan kommunen opfordre patienten til at henvende sig på apoteket om samtalen.



Patienterne anbefaler – Almen praksis

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

8 | Genoptræning

Patienter med en hjertesygdom kan efter et sygdomsforløb have behov for genoptræning. Genoptræningen af hjertepatienter kan forgå i kommunerne eller på sygehusene. Træningsrisikoen skal vurderes som forudsætning for en beslutning om, hvorvidt patienten kan træne i kommunalt regi eller skal træne på sygehus.

Risikovurdering

Risikovurderingen foretages altid af sygehuset og foretages inden udskrivelse eller ambulant senest 2 uger efter udskrivelse. Patienterne kan inddeles i følgende tre grupperinger.^{38,39}

- Patienter, der ikke vurderes at være risikopatienter i forbindelse med fysisk træning, kan træne kommunalt og der udarbejdes en genoptræningsplan.
- Patienter, der kan have forhøjet risiko i forbindelse med fysisk træning, gennemgår en symptomlimeret arbejdstest i sygehusregi og vurderes efterfølgende af en kardiolog, inden opstart af fysisk træning. Resultatet af arbejdstesten indgår i vurderingen af patientens træningsrisiko og dermed i beslutningsgrundlaget for, i hvilket regi patienten skal genoptrænes. Patienter kan efter CABG og klapoperationer først arbejdsteste efter 6 uger.

Patienterne kan henvises til både:

- genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til
- forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2

Har patienten behov for genoptræning sker henvisningen via en genoptræningsplan (GGOP).

Har patienten behov for forebyggelsestilbud og sygdomsmestring sker henvisningen via XREF15 (tidligere REF01).

- Patienter, som har forhøjet risiko ved fysisk træning genoptrænes på sygehuset. Der udarbejdes en specialiseret genoptræningsplan. Det er patienter som typisk har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedesættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder evt. alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.⁴⁰

³⁸ www.nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering

³⁹ Denne inddeling af patienterne ud fra risikovurdering svarer til den, som Region Midtjylland anvender i deres forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom, 2015 www.sundhedsaftalen.rm.dk. I Region Syddanmarks forløbsprogram er det fravalgt at benytte de 3 faser i hjerterehabiliteringen, som tidligere har været anvendt. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom 2018.

⁴⁰ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538 af 02/07/2018.



Følgende patientkategorier er som udgangspunkt risikopatienter, der skal vurderes af en kardiolog, inden opstart af fysisk træning:⁴¹

- Patienter, der ikke er fuldt revaskulariserede, herunder patienter, der ikke kan revaskulariseres yderligere, eller ikke ønsker fuld revaskularisering.
- Patienter med betydelig eller svær komorbiditet
- Patienter med postoperative komplikationer herunder hjertesvigt, atrieflimren, pleura- og perikardieeksudat, problemer ved sternumcitrice, oa.
- Klapopererede patienter
- Patienter med dysreguleret atrieflimren eller anden arytm
- Patienter med ICD eller øget arytmirisiko.
- Patienter med systolisk hjertesvigt (EF <50)
- Patienter med kardiell inkompensation (uanset EF)
- Hjertetransplanterede
- Patienter med genetisk/sjælden hjertesygdom, eksempelvis marfan-syndrom eller takotsubo kardiomyopati

Genoptræningsplanen

Hensigten med genoptræningsplanen er at sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen, samt sikre information til patienten, alment praktiserende læge, hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser. De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 918 af 22. juni 2018).

Heraf fremgår at:

- Udgangspunktet i bekendtgørelsen er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren udskrives fra sygehuset.

- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har patienten ret til frit at vælge en privat leverandør, som er godkendt af KL.

Kilde: Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538 af 02/07/2018

- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes.

For patienter, hvor der er tvivl om hvorvidt, de er egnede til kommunal genoptræning, indgår en symptomlimeret arbejdstest i grundlaget for vurderingen. Hvis arbejdstesten først kan ske efter udskrivelsen, skal der udarbejdes en specialiseret genoptræningsplan på udskrivestidspunktet. Patienten overgår til almen genoptræning i kommunalt regi, hvis arbejdstesten efterfølgende viser, at dette er muligt. Arbejdstesten skal udføres senest to uger efter udskrivelsen ved ambulant kontrol på sygehuset.

Herunder findes en kort oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til patienter med en hjertesygdom og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Genoptræning i kommunerne

Ved modtagelse af genoptræningsplanen skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

For patienter som henvises til genoptræning på basalt niveau gælder at patienten typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnedesættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.

⁴¹ www.nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering



For patienter som henvises til genoptræning på avanceret niveau gælder at patienten typisk har omfattende funktionsevnedssættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Genoptræningen skal følge den gældende behandlingsvejledning fra Dansk Kardiologisk Selskab samt gældende nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. En del af dette er at sikre, at patienterne testes og retestes for at følge fremgangen af træningen.

Det anbefales, at kommunerne benytter sig af den samme test før og efter forløbet. Testen skal være valid til at teste hjertepatienters arbejdskapacitet.

Når kommunerne overtager en større del af genoptræningen, kræver det samtidigt, at kommunerne fremover kan indberette data til Dansk Hjerte Rehabiliterings Database (DHRD). Sygehusene indberetter allerede til DHRD. Det er lovpligtigt at indberette for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Øvrige patienter kan også indberettes, men indgår ikke i audit.

Formålet med DHRD er;

- At indsamle sundhedsfaglige data om hjerterehabiliteringen i Danmark på patientniveau og programniveau
- At danne grundlag for vurdering af kvalitet over tid/ mellem tilbud
- At optimere kvaliteten af hjerterehabiliteringen i Danmark ved feedback til afdelingerne/kommuner
- At være datakilde for forskning
- At understøtte overgange fra mellem sektorer

Der er nedsat en styregruppe, som arbejder med udviklingen af DHRD. Et af fokuspunkterne er igangsættelse af de nødvendige tiltag, så kommuner kan indberette aktiviteter inden for det kommende år. Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom tilrettes, når der er nyt omkring kommunernes muligheder for at indberette i DHRD.

Sygehuset

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)	Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om patienten efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.
Varetagelse af specialiseret genoptræning	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.

Kommunen

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

9 | Påbegyndelse og afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Kommunerne skal tilrettelægge rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til mennesker med hjertesygdom. Målgruppen er særligt mennesker med iskæmisk hjertesygdom, men også de øvrige diagnosegrupper kan have gavn af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene til mennesker med hjertesygdom omfatter fx sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats.⁴²

I henvisningen fra sygehuset til kommunen skal det fremgå, hvilke behov der tidligere er afdækket i forløbet på sygehuset. Læs mere herom i kapitel 6 ambulans behandling og kontrol på sygehuset. Behovet for øvrige indsatser (fra øvrige fagpersoner) skal afklares i den afklarende samtale.

Hvis en patient fravælger et rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud i kommunalt regi, skal der være mulighed for, at patienten på et senere tidspunkt kan henvende sig og igen få et tilbud.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, det skal ske elektronisk, og det skal ske via MedCom-standard XREF15 (tidligere REF01). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på www.sundhed.dk. I flere syddanske kommuner kan patienten selv henvende sig til kommunen for at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

Rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset, kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen patienten for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre patienten opmærksom på muligheden for at tage en pårørende med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter patienten i at prioritere de tilbud, som patienten har størst behov for.



For at afdække patientens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos patienten ifm. patientens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation. Patientens ønske om information er varierende. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i den enkelte patient og spørge ind til dennes behov for information i starten af og løbende gennem forløbet. Det er som fagperson vigtigt løbende at foretage en vurdering i forhold til hvilken information, der bør gives. I vurderingen skal indgå en overvejelse om, hvorvidt patientens situation er stabil, og hvad information vil gøre ved patientens aktuelle situation – positiv eller negativ indflydelse.

Kommunikationspakken præsenterer hvilke emner, der kan være vigtige at kommunikere til patienten i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen.

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

Den sundhedsprofessionelle bør også have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser som fx socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats, såfremt komplikationer ved patientens hjertesygdom nødvendiggør dette, eller hvis patientens jobtilknytning hæmmes eller umuliggøres af hjertesygdommen.

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

De sundhedsprofessionelle har et særligt ansvar i forhold til særligt sårbare patienter med en lav grad af egenomsorgsevne og mestringskompetence.

⁴² Sundhedsstyrelsen (2018) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, kapitel 6](#)

Som en del af den afklarende samtale bør kommunen have opmærksomhed på patientens ressourcer – om det fx er muligt, at patienten selv kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om patienten har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor patientens pårørende også kan inviteres med. Et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud bliver hensigtsmæssigt planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører.⁴³



BEMÆRK

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

Efter et afsluttet rehabiliterings- og forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

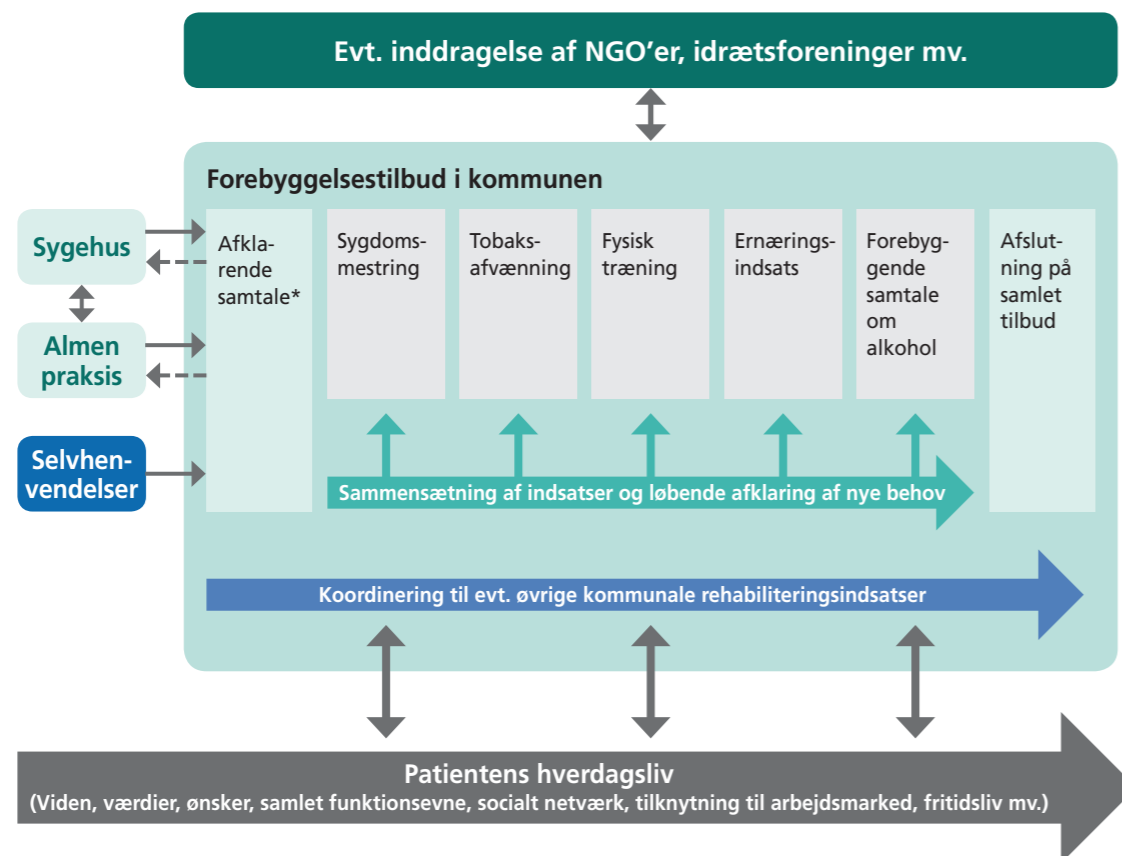


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. * Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale

⁴³ Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

10 | Sygdomsmestring



Med dette forløbsprogram får de syddanske kommuner ansvaret for en del af den sygdomsspecifikke patientuddannelse for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark.

Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2020. Ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse gælder de strukturerede tilbud. Disse er traditionelt organiseret som gruppebaseret undervisning, men kan også være individuelle, digitale mv.

I den almindelige, individuelle dialog med patienterne ifb. m. behandling og kontrol på sygehusene og i almen praksis vil der fortsat indgå elementer af sygdomsmestring.

Ved afslutning af alle behandlingsforløb skal der foretages systematisk behovsvurdering, se mere herom i kapitel 6 ambulans behandling og kontrol. Behovsvurderingen foretages sammen med patient og pårørende ved udskrivel-sen eller ved ambulans besøg højst 2 uger efter udskrivelse.

Det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det. Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet under hensyntagen til og tilpasset den enkelte patient med hjertesygdom og dennes netværks ressourcer og behov.⁴⁵

Der er derfor elementer af sygdomsmestring på både sygehuset og i kommunen. Læs mere herom i kommunikationspakken.

Både sygehuse og kommuner skal være opmærksomme på kendte barrierer for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabilitering (alder, socioøkonomisk status, etnicitet, køn, komorbiditet, misbrugsproblemer, psykisk sygdom) og aktivt håndtere disse med henblik på at fastholde patienter i hjerterehabilitering.⁴⁶

Tilgang og timing i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt samt klapopererede henvises til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Andre patientgrupper, herunder patienter med atrieflimren og OCD enhed) kan have behov for rehabilitering og forebyggelse efter individuel behovsvurdering.⁴⁴

⁴⁴ Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

⁴⁵ Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

⁴⁶ Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

Indhold i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret rehabiliterings- og forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer. Tilbuddet skal bidrage til at give patienten viden om sygdommens karakter, herunder udvikling, komplikationer og om mulighederne for forebyggelse, behandling og rehabilitering. Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i patientens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver konkret og meningsgæbende for patienten.

For beskrivelse af forebyggelsesindsatsens formål, indhold samt generelle kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til [Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

Sygdomsmestring på sygehuset

Patientuddannelse og information i umiddelbar forlængelse af diagnosticering og behandling bør have særligt fokus på relevant undersøgelse og behandling, medicinhåndteringen, genkendelse af advarselssignaler ved forværring eller akut sygdom, psykiske reaktioner i forbindelse med sygdommen og deres håndtering samt rygestop.

Sygdomsmestring i kommunen

Kommunerne skal udbyde strukturerede rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet patienter med hjertesygdom. Tilbuddet har til formål at styrke patientens egenomsorg, således at patientens helbred og livskvalitet forbedres.

Det kan være en fordel at målrette sygdomsmestringen kun til hjertepatienter, da det har stor betydning for patienter, at de kan spejle sig i medkursisterne.

Sygdomsmestringen kan foregå på tværs af diagnoserne inden for hjertesygdom. Dette med henblik på at sikre tilstrækkelige volumen og kontinuitet i mestringstilbuddet.

Afstand samt tidspunkt på dagen har betydning for deltagelse. Det er en fordel, hvis rehabiliteringen kan passe ind, således at hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Det er en velkendt problemstilling, at ikke alle patienter er opmærksomme på den information, de modtager i e-boks. Derfor er det en fordel, hvis kommunerne er opmærksomme på, at det nogle gange kan være nødvendigt at kontakte patienterne telefonisk.

Anbefalinger til overordnede temaer i undervisningen kan ses i [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#) samt [Dansk Cardiologisk Selskab](#). Hos patienter med hjertesygdom skal der som en del af sygdomsmestringen være særligt fokus på den psykosociale indsats samt på seksualitet.

Psykosocial indsats

Patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopererede skal som en del af sygdomsmestringen tilbydes en psykosocial indsats, herunder opsporing af angst og depression. Det anbefales, at opsporing af angst og depression indledes i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet, og at proceduren gentages løbende, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt i forløbet.^{47,48}

Derfor er det en opgave, som ligger både på sygehusene og i kommunerne.

Har patienten symptomer på angst og depression, opfordres patienten til at gå til egen læge, som har ansvaret for at forestå diagnostik og behandling af angst og depression.

Vurderingen med henblik på behov for særlig psykosocial indsats bør foretages af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang sundhedsfaglig uddannelse) med særlig viden om hjertesygdom og psykiske følger.

Til opsporing af angst og depression hos patienter med hjertesygdom bør validerede instrumenter anvendes, eksempelvis Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)⁴⁹. Screeningsværktøjer kan medvirke til at åbne for samtalen med patienten om de emner, der kan være angstfremkaldende, og hvor samtale herom kan give patienten viden og øget tryghed. Screeningsværktøjerne kan ikke stå alene, men kan danne udgangspunkt for dialog.

Fleere kommuner har tilbud om at lære at tackle angst og depression samt tilbud om samtaler med fx coach og psykoterapeut. Patienter med behov kan deltage i disse tilbud. Hvis patientens situation kræver egentlig behandling, skal det ske ved læge og/eller psykolog.

Patienterne vil ofte udvikle egne strategier til at håndtere angst og skabe tryghed. Ressourcestærke patienter kan have nemmere ved at udvikle sådanne strategier. De sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på patienternes forskellige evner til at skabe tryghed for sig selv.

Seksualitet

Seksualitet er et relevant tema at drøfte med patienter med hjertesygdom og dennes eventuelle partner både ved diagnostidspunktet og løbende i behandlingsforløbet.^{50,51} Patienter med en hjertesygdom kan opleve, at sexlivet ændrer sig. For nogle patienter forsvinder det helt, men sådan behøver det ikke at være. Derfor er det relevant at drøfte emnet i forbindelse med tilbuddet om sygdomsmestring. Emnet kan tages op af sundhedsprofessionelle med særlig viden om hjertesygdom.⁵²

Sundhedsfaglige kompetencer

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

Sundhedsstyrelsen anbefaler⁵³, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om hjertesygdom erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagerens behov og forudsætninger

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes patientens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlekompetencer, som patienten behøver for at håndtere sygdommen og agere i hverdagslivet med en hjertesygdom.

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt bidrage til at give en bedre kvalitet i behandlingen.⁵⁴ Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer. Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring.

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

Ved inddragelse i patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuseres derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker ud over det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Denne støtte kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el. lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden hjertepatienternes medvirken.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#), kapitel 8 og 9

⁴⁸ Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

⁴⁹ Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#), kapitel 9

⁵⁰ Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#), kapitel 7

⁵¹ Dansk cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

⁵² Hjerteforeningen – [Sex og samliv med hjertesygdom](#)

⁵³ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

⁵⁴ Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – [Pårørendeinddragelse](#)

11 | Fysisk træning

Fysisk træning

Fysisk træning har gavnlige effekter i behandlingen af hjertesygdom. Det vurderes, at hovedparten af patienter med hjertesygdom ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold har gavn af fysisk træning som en del af den rehabiliterende indsats.⁵⁵

Ud over genoptræning efter sundhedslovens §140 (se kapitel 8) vil et træningstilbud i kommunerne til patienter med hjertesygdom oftest blive bevilliget som et forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119. Tilbuddet kan både tilrettelægges gruppebaseret og individuelt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt tilrettelagt.⁵⁶

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

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

Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør have særlig viden om hjertesygdom – herunder de symptomer, der kan opstå hos patienter med hjertesygdom under fysisk træning og håndtering af disse symptomer, inkl. førstehjælp. Der skal under træningen være umiddelbar adgang

til hjertestarter og let adgang for ambulance-transport.⁵⁷

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Henvi sning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring, skal det ske elektronisk og det skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01). Henvi sning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

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

På næste side ses en oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med hjertesygdom og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser.

For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til sundhedsloven og serviceloven.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)

Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning.

Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til patientens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.

Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)

Patienter, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende.

Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)

Kommunen skal tilbyde hjælp til patienter, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til patienter, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til patientens praktiserende læge.

Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)

Kommunen kan tilbyde træning til patienter med hjertesygdom med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

⁵⁵ Sundhedsstyrelsen (2018) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#), kapitel 6

⁵⁶ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

⁵⁷ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#), kapitel 6

12 | Rygestop i kommunen



Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til patienter med hjertesygdom. Formålet er at understøtte patientens ønske om rygestop eller motivere hertil. Alle patienter med en hjertesygdom, som ryger, skal fortløbende opfordres til rygestop og tilbydes hjælp til afvænnning.⁵⁸

Hos patienter med iskæmisk hjertesygdom er rygestop associeret med en betydelig og signifikant reduktion i risikoen for død og nyt hjerteinfarkt. Patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ryger, skal derfor opfordres til rygestop og tilbydes rygestopintervention som del af hjerterehabilitering.

For alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er aktive rygere ved indlæggelsen, planlægges rygeophør så tidligt som muligt i forløbet. Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud **Stoptinjen** og **e-quit**.

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder.

Tilbuddet kan være individuelt såvel som holdbaseret alt efter patientens præferencer. Patienter kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så de også er tilgængelige for patienter der er erhvervsaktive.

Efter et afsluttet rygestopforløb anbefales det, at kommunen sender et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Patienten skal give samtykke til dette.

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

Patienter som er ophørt med at ryge inden for de sidste 6 måneder støttes i fortsat rygeophør, da tilbagefaldsrisikoen fortsat er stor. Det er vigtigt at være opmærksom på barrierer for rygeophør som fx depression.⁵⁹

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, skal det ske elektronisk via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01) (bilag 1).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på www.sundhed.dk.

⁵⁸ Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**, kapitel 5

⁵⁹ Dansk cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

13 | Ernæringsindsatser

Ernæringsindsatser på sygehuset

Diætister på sygehusene kan udføre en ernæringsmæssig screening for eksempel i forhold til udredning af familiær hyperkolesterolemie. Behandlingen heraf varetages på sygehusene.

Ernæringsindsatser i kommunen

Kommunerne skal tilbyde patienter med en hjertesygdom en ernæringsindsats. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret. Ernæringsindsatsen kan både indeholde elementer af kostvejledning og egentlig diætbehandling. Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, vil hovedparten af borgere med hjertesygdom have behov for en individuel diætbehandling.

Kostvejledning

Kostvejledning defineres som et behandlingsforløb for mennesker med behov for ernæringsindsats, som kan gennemføres individuelt eller i grupper. Kostvejledning kan suppleres med praktisk madlavning mhp. at øge patienternes handlekompentence og compliance. Kostvejledningen bør fokusere på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent. Der skal tages udgangspunkt i patientens dagligdagskost, øvrige risikoprofil og behandlingsbehov (fedme, diabetes, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, AK-behandling, underernæring/fejlnæring). Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer.⁶⁰

Diætbehandling

Formålet med diætbehandlingen er dels, at den medvirker til, at patienten opnår de optimale behandlingsmål og dermed forebygger

forværring og dels, at patienten oplever en glæde ved at spise.

Diætbehandling skal følge de gældende ernæringsanbefalinger for den relevante patientgruppe. Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplan. De enkelte elementer i diætbehandlingen dokumenteres.

Diætvejledningen kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb. Diætbehandlingen bør bestå af et længere individuelt forløb eventuelt suppleret med gruppebaserede elementer. Der bør være regelmæssige opfølgende møder med borgeren (ca. hver 2.-3. måned) samt eventuelle mellemliggende telefonkonkter. Senest efter 12 måneder genvurderes borgerens behov for fortsat diætbehandling. Diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, skal gennemføres af en klinisk diætist.⁶¹

Henvisning til ernæringsindsats i kommunen

Egen læge og sygehuslægen kan henvise elektronisk til kommunens tilbud, og det bør ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" XREF15 (tidligere REF01). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Se kommunens opdaterede oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk.

⁶⁰ Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

⁶¹ Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**, kapitel 5



14 | Forebyggende samtale om Alkohol i kommunen

Ernæringsindsatser til mennesker med hjertesygdom

Patienter med iskæmisk hjertesygdom bør vurderes mhp. behovet for en ernæringsindsats. Vurderingen foreslås gennemført ved brug af et valideret kostscreeningsinstrument, fx Hjertekost skemaet. Ved behov for ernæringsindsats skal kostvejledning tilbydes.⁶² Det er veldokumenteret, at patienter med iskæmisk hjertesygdom opnår en nedsat risiko for reinfarkt, hjertedød og total mortalitet ved ernæringsindsats.⁶³

Patienter med systolisk hjertesvigt og hjerteklapopererede bør vurderes mhp. behov for en ernæringsindsats med fokus på de særlige kostforhold, som gør sig gældende (under- eller fejlnæring, væskerestriktioner, saltreduktion, AK-behandling, mm.) Ved tilstedeværelse af særlige behov anbefales ligeledes, at disse patientgrupper tilbydes diætvejledning.⁶⁴

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

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen, at patienter med hjertesygdom får den rigtige ernæring. Patienter, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af en ernæringsindsats, bør tilbydes dette. Ernæringsindsatserne kan bestå af diætbehandling og kostvejledning.

Ernæringsindsatsen bør understøttes af et tværfagligt samarbejde med de relevante sundhedsprofessionelle, der indgår i den enkelte patients forløb – herunder fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, hjemmehjælper, hjemmesygeplejerske mv.⁶⁵ Selve ernæringsindsatsen foregår i kommunen.⁶⁶

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau.⁶⁷

Alkohol har negativ betydning for hjertesygdom, og er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for den samlede sygdomsbyrde. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol.⁶⁸

Det bør afdækkes, om borgerens alkoholforbrug ligger over højrisikogrænsen, og om borger har udviklet alkoholafhængighed. Formålet er at finde borgere med storforbrug eller skadeligt alkoholforbrug.

Typen af alkoholoverforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde.

I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

Storforbrug af alkohol: Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens højrisiko for alkohol (alkoholforbrug over 14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd).

Skadeligt alkoholforbrug: Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbreds- eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification of Diseases (ICD 10)).

Alkoholafhængighed: Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at samtalerne bør foregå individuelt og varetages af medarbejdere med særlige kompetencer og erfaring inden for alkohol, alkoholbetingede sygdomme, screening og alkoholbehandling. Læs mere herom i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", 2016.

⁶² Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

⁶³ Foreningen af kliniske diætister (2011) – [Klinisk retningslinje, Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom](#)

⁶⁴ Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

⁶⁵ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

⁶⁶ Sundhedsstyrelsen (2018) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#), kapitel 6

⁶⁷ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

⁶⁸ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, SST, 2016).

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med hjertesygdomme indlægges på sygehuset, sker dette primært akut og undtagelsesvis elektivt. Det er oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM).

For patienter, som indlægges akut, og hvor der sker mange handlinger hurtigt, er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle informerer løbende om, hvad der observeres, og hvilke tiltag der skal ske, således at patienter og pårørende føler sig informeret og inddraget i de beslutninger, der træffes.

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæger kan elektronisk henvise patienter med hjertesygdomme til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standarden "sygehushenvisning" XREF15 (tidligere REF01).

Kommunen

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

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

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise patienten til yderligere undersøgelser inden udskrivelsen og informere almen praksis herom via epikrisen.

Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#).

Den Ældre Medicinske Patient

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

Indsatsen igangsættes under indlæggelse af sygehuspersonalet på følgende måde:

- Plejeforløbsplanen til kommunen
Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen – feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja" Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder" skrives i feltet "Viden og udvikling":
"DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..." (fx stort funktionstab)
- I epikrisen til den praktiserende læge noteres at:
"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom"



På baggrund af ovenstående vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg, kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.

Patientens praktiserende læge kan ligeledes, på baggrund af epikrisen, initiere et opfølgende hjemmebesøg, og tager i den forbindelse kontakt til hjemmesygeplejen for at planlægge afholdelsen af et sådant.

Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for af information – jeg har måske ikke de samme behov som andre
- Informer mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Tag tidligt i indlæggelsesforløbet initiativ til en dialog med mig om, hvad der sker, når jeg skal udskrives
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig om mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson
- Når jeg indlægges akut, sker alt meget hurtigt, og det er fint – men husk at informere mig, så jeg og mine pårørende føler os inddraget i de beslutninger, der træffes

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Inden udskrivelsen skal patientens behov vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende, læs mere herom under behovsvurdering i kapitel 6.

Hvis patienten har behov for sygepleje eller personlig/praktisk hjælp sendes en plejeforløbsplan.

Hvis patienten har brug for genoptræning sendes en genoptræningsplan (GGOP)

Hvis patienten har brug for et rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud sendes en henvisning til en afklarende samtale.

Plejeforløbsplan

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelser er præciseret i [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#).

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

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



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Vægt, sammensætning af maden
Psykosociale forhold	Psykiske problemstillinger, angst og bekymring, depression, oplevelse af tab, manglende accept af sygdommen
Respiration og cirkulation	Rygestatus, dyspnøe, saturation
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet, smerter
Viden og udvikling	<ul style="list-style-type: none"> Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning Kort resumé omhandlende kommunikation med patienten: <ul style="list-style-type: none"> Hvad er drøftet med patienten, fx motion, rygestop, kost, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge mm Er patienten informeret og henvist til kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygeplejefaglige problemområder i udskrivelsesrapporten af særlig relevans for patienter med hjertesygdom.



Kommunikation med patienten

I forbindelse med patientens udskrivelse er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle sikrer, at patienter og eventuelle pårørende har forstået den information, der er givet. Det drejer sig konkret om anbefalinger omkring rygestop, kost, motion, sygdomshåndtering, rehabilitering, hvilke symptomer de skal reagere på, samt hvor de kan/skal henvende sig ved symptomer mm. Det er vigtigt, at patienterne forstår, at der i efterforløbet kan komme psykiske reaktioner som bl.a. angst.

Henvisning til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Henvisning fra sygehuset til de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud sker elektronisk via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01).

Henvisningen sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunen tager kontakt til patienten for at vurdere, hvilket tilbud, der er bedst egnet. Kommunen informerer ligeledes egen læge om patientens opstart i rehabiliterings- eller forebyggelsestilbudet.

Kommunens oversigt over rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud på www.sundhed.dk er fagligt opdateret og retvisende.

Særlig støtte

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

Genoptræning

Vurderes det af den behandlingsansvarlige læge, at patienten efter udskrivelsen har et behov for genoptræning, udarbejdes der en genoptræningsplan. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender den til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og til patientens læge, hvis patienten giver samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivningstidspunktet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

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

Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt – og senest tredje hverdag efter udskrivelsen – sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen. Det skal bemærkes, at der i løbet af overenskomstperioden for almen praksis 2018-2020 skal udvikles og implementeres et it-værktøj, så epikrisen suppleres med et rødt, gult eller grønt "flag", der markerer graden af behov for opfølgning hos egen læge. Forløbsprogrammet opdateres, når værktøjet er klar til implementering.

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

Den Ældre Medicinske Patient

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

DÆMP-indsatsen igangsættes af sygehuspersonalet under indlæggelsen ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen, og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive: "Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom".

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

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

Patientens egen læge kan ligeledes – på baggrund af epikrisen – initiere et opfølgende hjemmebesøg/konsultation, og tager i den forbindelse kontakt til hjemmesygeplejen for at planlægge afholdelsen af et sådant.

**Patienterne anbefaler**

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig trykthed
- Fortæl mig, hvor vigtigt det er, at jeg deltager i et forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i min kommune
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold som, hvem jeg kontakter med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, sygehuset eller kommunen). Husk at give mig et telefonnummer på den/dem, jeg kan kontakte, hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad der skal kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan jeg kan forebygge og håndtere symptomer på og forværringer af min sygdom



17 | Plejeindsats i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå patienter med hjertesygdom i at håndtere livet med en kronisk sygdom. Det gælder bl.a. personlig pleje og praktisk hjælp og medicinadministration.

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

Indsatsen bør involvere forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats. Personalet bør følge patientens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og patientens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Begyndende følgesygdomme, fx ophobning af væske pga. dårlig hjertefunktion
- Ændret sygdomsmønster
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Generelt øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end hjertesygdom
- Forringet almen ernæringstilstand, herunder pludseligt vægttab
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med patienten og pårørende igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at patienten bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau.

I denne situation bør der søges dialog med patientens egen læge via en korrespondance-meddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende patientens situation.

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

Håndtering af medicin og hjælpemidler

Det sundhedsfaglige personale skal bidrage til, at patienten får taget sin medicin korrekt. Ved behov kan personalet desuden foreslå patienten at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicin håndtering (jf. kapitel 5). Personalet bør desuden hjælpe patienten og pårørende med vejledning om regler for hjælpemidler og tilskud.

18 | Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Flere patienter lever i dag længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for hele patientforløbet jf. Sundhedsstyrelsens [anbefalinger for den palliative indsats](#).

I anbefalingerne er der konsensus om, at palliation skal tilbydes alle patienter, som lider af livstruende sygdom. Palliativ indsats til patienter med non-malign livstruende sygdom er først i de senere år blevet et fokusområde i Danmark, så i praksis er indsatsen i høj grad rettet mod kræftpatienter.⁶⁶

Undersøgelser viser, at patienter med kronisk hjertesvigt har en række symptomer og udækkede palliative behov af både fysisk, psykisk, social og eksistentiel karakter. Ved fremskreden sygdom hos hjertesvigtpatienterne er der i klinisk praksis ikke noget, der tyder på, at tilgangen hos hjertesvigtpatienter skal være radikalt anderledes end hos kræftpatienter.⁶⁷

Patienter med hjertesygdom – primært hjertesvigt – skal opleve en sammenhængende palliativ indsats. Det stiller store krav til kommunikation, fleksibilitet, kontinuitet, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at koordinere forløbet er en fælles opgave, der skal løses af sygehuset, almen praksis, kommunen og evt. hospice i samarbejde med patienter og pårørende.

Med det formål at styrke samarbejdet om den palliative indsats i Syddanmark har region, kommuner og almen praksis indgået en [samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid](#). Aftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation især med fokus på sektorovergange i det palliative forløb.

I forbindelse med iværksættelse og koordinering af en palliativ indsats for patienter med hjertesygdom – primært hjertesvigt – henvises til denne.

⁶⁶ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for den palliative indsats](#)

⁶⁷ Dansk Cardiologisk Selskab (2017) – [Holdningspapir – Palliation ved fremskreden hjertesygdom](#)

Litteratur

Sundhedsstyrelsen (2012): Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model
www.sst.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCF19.ashx

Sundhedsstyrelsen (2013): National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering
www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx

Sundhedsstyrelsen (2018): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom
www.sst.dk/~media/FD3DCF6366F543D5947CF4ECDA54C6F2.ashx

Sundhedsstyrelsen (2016): Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
www.sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx

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

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

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

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

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

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

Hjerteforeningen: Forebyggelse – Rygning
www.hjerteforeningen.dk/forebyggelse/rygning/

Hjerteforeningen: Forebyggelse – Kost
www.hjerteforeningen.dk/forebyggelse/kost/

Hjerteforeningen: Forebyggelse – Motion
www.hjerteforeningen.dk/forebyggelse/kost/

Hjerteforeningen: Forebyggelse
www.hjerteforeningen.dk/forebyggelse/

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet
www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/93A9F3AC521C4024A4F08CCB4C885E42.ashx

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke – Mad og måltider
www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-mad-maaltider

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke – Overvægt
www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-overvaegt

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke – Tobak
www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-tobak

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke – Alkohol
www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-alkohol

Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser, kap. 1-3
www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx

Hjerteforeningen (2014): Kranspulsårerne
www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-og-kredsloeb/kranspulsaarerne/

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret marts 2017): Stabil iskæmisk hjertesygdom
www.nbv.cardio.dk/ihs

Dansk Cardiologisk Selskab (2014): Atrieflimren og atrieflagren
www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/atrieflimren-og-atrieflagren/

Hjerteforeningen (2015): Arytmi – rytmeforstyrrelser
www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/arytmi-rytmeforstyrrelser/

Hjerteforeningen (2014): Hjertheinsufficiens/hjertesvigt
www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/hjertheinsufficiens-hjertesvigt/

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret marts 2017): Akut hjertesvigt
www.nbv.cardio.dk/akut-hf

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret marts 2017): Kronisk hjertesvigt
www.nbv.cardio.dk/chf

Hjerteforeningen (2014): Hjerteklapsygdom
www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/hjerteklapsygdom/

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret marts 2017): Hjerteklapsygdom
www.nbv.cardio.dk/hjerteklapsygdom

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret april 2018): Hjerterehabilitering
www.nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering

Region Syddanmark og de 22 kommuner:
 Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark
www.regionsyddanmark.dk/wm258038

Hjerteforeningen og Bispebjerg Hospital (2016): Hjerteforeningens rådgivning. En undersøgelse af behov for rådgivning blandt hjertepatienter og pårørende
www.bocawired.ipapercms.dk/Hjerteforeningen/Rapporter/HjerteforeningensRdgivning/?page=1

Rådgivende sociologer (2012): Hjertesygges ønsker og behov
www.bocawired.ipapercms.dk/Hjerteforeningen/Rapporterm/Hjertesyggesnskerogbehov/?page=1

Sundhedsstyrelsen (2010): Vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystmerter
www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130115

Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, Maindal HT. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2015

Hjerteforeningen (): Sex og samliv med hjerte- karsygdom
www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/livet-med-hjerte-kar-sygdom/sex-og-samliv-med-hjerte-kar-sygdom/

Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015): Tema: Pårørendeinddragelse
www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelses/tema_om_paroerendeinddragelse.pdf

Foreningen af kliniske diætister (2011):
 Klinisk retningslinje – Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom
www.diaetist.dk/media/134776/retningslinie_dyslip_2012.pdf

Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for den palliative indsats
www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret 2017):
 Holdningspapir – Palliation ved fremskreden hjertesygdom
www.cardio.dk/palliation-ved-fremskreden-hjertesygdom

BILAG 1 | Henvisning til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

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

Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker elektronisk og skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01).

Henvisningen skal indeholde:

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

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

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



Nye standarder for elektroniske henvisninger

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

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

De nye henvisninger er:

- **Henvisning til kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes en ny elektronisk "Henvisning til kommunal forebyggelse" (XREF15), som bygger på den eksisterende sygehushenvisning (REF01). Den nye henvisning til kommunal forebyggelse vil have færre felter
- **Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes ligeledes et nyt elektronisk "Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse" (XDIS15), som bygger på den eksisterende epikrise (DIS01). Den vil ligeledes have færre felter.
- **Det forventes at implementeringen af XREF 15 sker pr. 2. Januar 2019.**







Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom

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

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og trådt i kraft den xx. december 2019

Emneord

Iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom, hjertesvigt, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0
November 2018

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Helle Holm, Grafisk Service, Region Syddanmark, 15645

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-xxxx-xx-x

Indholdsfortegnelse

	Introduktion	4
1	Timing af kommunikationen	6
2	Kommunikation på diagnosetidspunktet	7
3	Kommunikation i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen	9
4	Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte	10
5	Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte	12
6	Metoder til brugerinddragelse	14
	Tjekliste til kommunikation	16

1 | Introduktion

Baggrund

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

For at patienterne samt deres netværk kan få det optimale udbytte ud af deres behandling, er det afgørende, at de får tilbud om individuelt tilrettelagt viden og information samt at sundhedspersonalet får den nødvendige viden og indblik i den enkeltes behov og livssituation.

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

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

Der er behov for at systematisere kommunikationen til og dialogen med patienter og pårørende i forbindelse med forskellige situationer i sygdomsforløbet og hverdagslivet, fx ved diagnosticering og i det efterfølgende behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Formål med kommunikationspakken

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

Kommunikationspakken har både fokus på

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



Udviklingsprocessen bag kommunikationspakken

Kommunikationspakken er blevet udviklet på baggrund af den brugerinddragelsesproces, som dannede rammen om udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom. Her deltog patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom, hjertesvigt, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner.



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

- De ved diagnosetidspunktet ikke havde fået tilstrækkelig information, og at det havde medvirket til u hensigtsmæssige tankestrømme og bekymringer; usikkerhed om, hvor de kunne få svar på deres spørgsmål forstærkede sådanne bekymringer.
- De savnede desuden overensstemmelse og bedre koordinering mellem sektorerne i forhold til, hvad patienten informeres om hvornår og af hvem.
- De savnede tydelig information om opfølgning på behandling og om hvem, der er kontaktperson, hvis der i efterforløbet skulle opstå bekymrende symptomer.

¹ Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

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

2 | Timing af kommunikationen

Undersøgelser^[3] viser, at det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det. Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet under hensyntagen til og tilpasset den enkelte person med hjertesygdom og dennes netværks ressourcer og behov.

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

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

Individets vej til diagnosen er en vigtig faktor, idet især mennesker, for hvem diagnosen er kommet pludseligt og uventet i forbindelse med rutineundersøgelser, har stærkt forskelligartede emotionelle reaktioner, der må tages hensyn til i timingen af information – men også disse mennesker udtrykker et ønske om mere og tidligere information. En række studier^[4] peger på, at sygdomsforståelse udvikles i faser over en længere periode, hvilket underbygger ideen om, at kommunikation må times, så patienter modtager den relevante information på det tidspunkt, hvor de er mest modtagelige.

Med udgangspunkt i ovenstående og den generiske model for de nye patientforløbsprogrammer, skelnes i de efterfølgende afsnit mellem kommunikationen på diagnosetidspunktet og i den efterfølgende behandlings- og rehabiliteringsindsats.

³ Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

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

3 | Kommunikation på diagnosetidspunktet

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge ved den nye livssituation. Det er derfor vigtigt, at den læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og de pårørende og sikrer sig, at de opnår forståelse for sygdommen og håndteringen af den. Lægen bør desuden hjælpe patienten og pårørende med at sortere i den information, de modtager, således at vigtigst og mest væsentlig information fremhæves (eksempelvis vigtigheden af rygestop). Dette øger trygheden og patientens og de pårørendes mulighed for at kunne tage hånd om situationen.

Ansvar for at formidle informationerne påhviler både det lægefaglige personale, der stiller diagnosen – om det måtte være i almen praksis eller på sygehuset – og det omkringværende personale, fx klinikpersonale i lægehusene.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og eventuelt pårørende er oplært i sygdomskontrol og medicin håndtering. Herunder skal lægen informere patienten og pårørende om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvordan de skal agere på disse.

Kommunikationen på diagnosetidspunktet skal være målrettet patientens behov og tydelig for at reducere unødigt kompleksitet.

Nedenstående emner er vigtige at kommunikere til patienterne på diagnosetidspunktet. Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre compliance for behandling og forbedre patientens selvvalgte helbredsrelaterede livskvalitet.

■ Relevante undersøgelser og behandlinger

Den hjertemæssige behandling – virkninger og bivirkninger.

■ Det normale og det syge hjerte

Undervisning i hjertets og kredsløbets fysiologi, patologi, hjertesygdommens symptomer og betydning for patientens hverdagsliv. Hensigtsmæssig adfærd med symptomer.

■ Medicinhåndtering

Det sikres, at patienter og pårørende har fornøden viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.

■ Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom

Hvem skal man kontakte i hvilke situationer, fx sygehusambulatoriet eller egen læge/vagtlæge.

■ Hvordan skal der reageres i tilfælde af akut sygdom?

Hvem skal man kontakte i hvilke situationer, fx sygehusambulatoriet, egen læge/vagtlæge eller skal der ringes 112?

→ fortsættes på næste side

→ fortsat

■ Psykiske reaktioner i forbindelse med sygdommen og deres håndtering

Dialog med patienter og pårørende om deres bekymringer. Herunder fx
 – Screening for angst og depression, idet depression udgør en barriere for livsstilsændringer og compliance.
 – Identifikation af evt. søvnbesvær, misbrugsproblem, sociale problemer relateret til arbejde eller lignende.

■ At leve med hjertesygdom (patientuddannelse)

Dialog med patienter og pårørende om sygdomsmestring mv. Patienter og pårørende skal have viden om deres mulighed for at deltage i forebyggelses- og rehabiliterings-tilbud samt information om henvisning fx via www.sundhed.dk

■ Rygestop

Patienter, der ryger, og deres pårørende skal have viden om rygningens effekt på sygdommens udvikling samt have mulighed for at deltage i rygestopaktiviteter.

■ Fysisk aktivitet

Patienter og pårørende skal have viden om den fysiske aktivitets gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen, bedre søvn samt om hvordan fysisk aktivitet bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen.

■ Ernæring

Patienter og pårørende skal have viden om den rette kost samt kostens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen, sygdomsudvikling samt om, hvordan mad og måltider bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen.

■ Alkohol

Patienter og deres pårørende skal have tilstrækkelig viden om alkohols rolle.

■ Pårørende/sociale relationer

Dialog med patienten og pårørende om hvordan sygdommen opleves at påvirke sociale relationer og håndteringen af dette.

■ Seksualitet

Patienterne skal have viden om, hvordan hjertesygdomme kan påvirke deres seksualitet samt viden om, hvor de kan søge mere viden og hjælp.

■ Teknologi

Det sundhedsfaglige personale indgår i en dialog med patienter og pårørende om internetbaseret viden, apps samt forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering.

■ Praktiske forhold vedr. rejser og forsikring etc.

■ Lokale tilbud (fitnesscentre, patientforeninger, selvhjælpsgrupper mv.)

De kommunale kontaktpersoner indgår i dialog med patienter og pårørende om relevante lokale tilbud, fx fitnesscentre, gågrupper, lokalgrupper i Hjertereforeningen mv.

Det sikres, at patienter og pårørende ved, hvor de kan finde yderligere information og aktiviteter, herunder tilbud i kommunerne, Hjertereforeningen samt andre frivillige foreninger.

Det skal formidles til patienterne, at indsatsen på sygehuset, i kommunen og hos den praktiserende læge skal ses som et samlet forløb.

PATIENTERNE ANBEFALER

- Invitér nogle i mit netværk med og inkludér dem i samtalen
- Spørg ind til mine sundhedsvaner flere gange
- Husk at det er min sygdom, når mine pårørende inddrages
- Husk at fortælle mig, hvem der er min kontaktperson, hvordan jeg kommer i kontakt med denne og hvordan jeg kan bruge vedkommende
- Spørg mig, hvad der fylder mest for mig
- Husk der er grænser for, hvad jeg kan rumme af information. Udlevér gerne information til mig på skrift, som jeg nemt kan læse og forstå
- Tag det ikke for givet, at jeg forstår informationen første gang, jeg får den
- Husk at være fleksibel med hensyn til mødetidspunkter, så jeg stadig kan passe min hverdag i videst muligt omfang
- Signalér at der er god tid... også selv om det ikke er tilfældet
- Informer mig om mit samlede forløb, så jeg ved, hvad der skal ske nu og fremadrettet

4 | Kommunikation i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen

I den efterfølgende behandlings- og rehabiliteringsindsats skal nedenstående emner kommunikeres. Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herun-

der sikre compliance i behandling og forbedre patientens selvvaluerede helbredsrelaterede livskvalitet.

■ Det normale og det syge hjerte – symptomer

Undervisning i hjertets og kredsløbets fysiologi, patologi, hjertesygdommens symptomer og betydning for patientens hverdagsliv.

■ Medicinhåndtering

Det sikres, at patienter og pårørende har fornøden viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.

■ Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom

Hvem skal man kontakte i hvilke situationer, fx sygehusambulatoriet eller egen læge/vagtlæge

■ Hvordan skal der reageres i tilfælde af akut sygdom?

Hvem skal man kontakte i hvilke situationer, fx sygehusambulatoriet, egen læge/vagtlæge eller skal der ringes 112?

■ Psykiske reaktioner i forbindelse med sygdommen og deres håndtering

Dialog med patienter og pårørende om deres bekymringer. Herunder fx
– Screening for angst og depression, idet depression udgør en barriere for livsstilsændringer og compliance.
– Identifikation af evt. søvnbesvær, misbrugsproblem, sociale problemer relateret til arbejde eller lignende.

■ At leve med hjertesygdom (patientuddannelse)

De kommunale kontaktpersoner indgår i dialog med patienter og pårørende om sygdomsmestring mv. Patienter og pårørende skal have viden om deres mulighed for at deltage i forebyggelses- og rehabiliteringstilbud samt information om henvisning fx via www.sundhed.dk

■ Rygestop

Patienter, der ryger og deres pårørende skal have viden om rygningens effekt på sygdommens udvikling samt have mulighed for at deltage i rygestopaktiviteter.

■ Fysisk aktivitet

Patienter og pårørende skal have viden om den fysiske aktivitets gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen, bedre søvn samt om hvordan fysisk aktivitet bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen.

■ Ernæring

Patienter og pårørende skal have viden om den rette kost samt kostens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen, sygdomsudvikling samt om, hvordan mad og måltider bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen.

■ Alkohol

Patienter og deres pårørende skal have tilstrækkelig viden om alkohols rolle.

■ Pårørende/sociale relationer

Dialog med patienten og pårørende om hvordan sygdommen opleves at påvirke sociale relationer og håndteringen af dette.

■ Seksualitet

■ Teknologi

Det sundhedsfaglige personale indgår i en dialog med patienter og pårørende om internetbaseret viden, apps samt forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering.

■ Praktiske forhold vedr. rejser og forsikring etc.

■ Lokale tilbud (fitnesscentre, patientforeninger, selvhjælpsgrupper mv.)

De kommunale kontaktpersoner indgår i dialog med patienter og pårørende om relevante lokale tilbud, fx fitnesscentre, gågrupper, lokalgrupper i Hjertereforeningen mv.

5 | Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

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

Undersøgelser har indikeret, at en betydelig del af patienter med kroniske sygdomme har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation samt kommunikere med sundhedspersonalet ^[5].

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksom på, at begrænsede sundhedskompetencer, herunder mulighed for at forstå sundhedspersonalet, ofte er forbundet med skam, og at disse personer derfor ofte vil søge at dække over deres manglende evner til at forstå og efterleve information fra sundhedspersonalet ^[6]. Derfor kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at få indblik i patientens situation og tilrette budskaberne herefter.

Samtidig kan patienter med lave sundhedskompetencer have sværere ved at beskrive deres sygehistorie og forklare årsagen til, at de opsøger sundhedsvæsenet, ligesom de i mange tilfælde heller ikke får stillet de relevante spørgsmål ^[7].

For sundhedspersonalet er det væsentligt at være opmærksom på dette i dialogen med patienterne samt i udviklingen af informationsmateriale. Nedenfor er forslag til indsatser, der kan være med til at forbedre muligheden for, at færre patienter har vanskeligt ved at læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Skriftlig kommunikation

Med hensyn til skriftligt materiale bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten udformes således, at den svarer til læsefærdigheder på 5.-6.-klasesniveau – uanset målgruppen. Samtidig bør teksten tilpasses målgruppens kulturelle kontekst, og der bør anvendes almindelige ord og korte sætninger ^[8].

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

Mundtlig kommunikation

I forhold til at forbedre den mundtlige dialog mellem patienter og sundhedspersonale peger litteraturen også på en række tiltag, der kan sikre, at patienter og deres pårørende får lettere ved at have en givende og udbytterig kommunikation med sundhedspersonalet.

Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, begrænse informationsmængden og bruge billeder til at illustrere budskabet ^[9,10].

Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået ^[11]. Endeligt kan der benyttes tolke for at imødekomme sprogbarrierer blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Kompetenceudvikling af patienter og pårørende

Patientuddannelser kan i mange tilfælde være en oplagt arena i forhold til at forbedre sundhedskompetencerne blandt patienter med kronisk sygdom. I mange kommuner findes der patientuddannelses tilbud, målrettet patienter med kroniske sygdomme, herunder også hjertesygdomme. Det anbefales derfor, at der i patientuddannelserne systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne patienternes færdigheder i forhold til at læse og forstå sundhedsinformation, samt i forhold til at kommunikere med sundhedspersonalet. Således kan patienter med kronisk sygdom blandt andet blive bedre til at stille de rette spørgsmål til sundhedspersonalet og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt.

PATIENTERNE ANBEFALER

- Spørg mig, hvad der er vigtigst for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god ide, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud)
- Tal med mine pårørende om, hvordan forværring af min sygdom kan forebygges og håndteres

⁵ Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

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

⁷ Williams MV et al (2002) The role of Health Literacy in patient-Physician Communication. Family Medicine 34(5): 383-9.

⁸ Madsen MH et al (2009) Health Literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen.

⁹ DeWalt DA et al (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.

¹⁰ Ammentorp, J et al (2016) Den gode patientsamtale, Munksgaards Forlag, 1. udgave.

¹¹ Tamura-Lis W (2013) Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.

6 | Metoder til brugerinddragelse

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

om deres behandling på et informeret grundlag^[13]. For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne behandlingsmuligheder har man inden for mange specialeområder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer (på engelsk: 'decision aids').

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



■ Fælles beslutningstagning

(på engelsk: 'shared decision making') er en kommunikationsform, der tager udgangspunkt i en opfattelse af sundhedsprofessionelle og patienter som ligeværdige parter. Metoden foreskriver en struktur for samtalen mellem behandler og patient, hvor begge parter deltager aktivt i beslutningsprocessen, deler deres viden om sygdom og behandling, forklarer hinanden hvilken behandling de foretrækker og når til enighed om, hvilken behandling patienten skal have^[12].

Blandt forskere på området er der konsensus om, at fælles beslutningstagning er særligt anvendelig til at sikre, at patienters præferencer for behandling kommer frem i konsultationen, og at patienter informeres om behandlingers effekt, bivirkninger, fordele og ulemper, så de kan være med til at træffe beslutninger

Værktøjerne giver evidensbaseret information om de tilgængelige behandlingsmuligheder og deres effekter, bivirkninger og andre fordele eller ulemper. Desuden vejleder beslutningsstøtteværktøjerne patienter til at overveje, hvordan de vægter fordele, ulemper og evt. usikkerhed om behandlingsresultatet^[14].

¹² Charles C et al (1997) *Shared Decision Making in the Clinical Encounter: what does it mean? (or it takes two to tango)*. *Social Science & Medicine*; 44(5): 681-692.

¹³ Edwards A, Elwyn G (eds): *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice*. Oxford University Press, 2009, 2nd edition.

¹⁴ Volk RJ, et al (2013) Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G: *Ten years of the International Patient Decision Aid Standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids*. *BMC: Medical Informatics and Decision Making*.

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

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder.
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger.
- Er mere aktive i beslutningsprocessen.
- Er mere tilfredse med beslutningerne.
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker.
- I højere grad vælger en konservativ behandling (fx livsstilsændringer) eller mindre omfattende operative indgreb.
- Ikke oplever mere angst og bekymring omkring deres behandlingsforløb, end patienter som informeres på traditionel vis^[15].
- Enkelte undersøgelser viser desuden, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer kan medvirke til, at patienterne i højere grad følger klinikernes anvisninger for behandling, altså bedre compliance og mestring^[16,17]. Der er desuden fundet positiv effekt på enkelte kliniske behandlingsudfald, eksempelvis bedre livskvalitet^[18,19], og bedre blodsukkerkontrol hos diabetespatienter^[20]. Brug af beslutningsstøtteværktøjer kan dog øge tidsforbruget i konsultationer. Et systematisk review viste, at tidsforbruget varierede fra 8 minutter kortere til 23 minutter længere end almindelig konsultationer, med en median tidsforøgelse på 2,55 minutter^[21].

Der findes – så vidt vides – endnu ikke danske beslutningsstøtteværktøjer specifikt til hjertepatienter, men der findes udenlandske beslutningsstøtteværktøjer, som måske på sigt kan tilpasses en dansk kontekst^[22].

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer^[23]. Heri findes en dansk version af IPDAS' kvalitetskriterier for beslutnings-

KLIK PÅ DE BLÅ HYPERLINKS 

¹⁵ Stacey D et al (2014) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

¹⁶ Perestelo-Pérez L et al (2015) *Effect of the statin choice encounter decision aid in Spanish patients with type 2 diabetes: A randomized trial*. *Patient Educ Couns*, 0738-3991(15)30068-9.

¹⁷ Bellows J et al (2014) *Use of IndiGO individualized clinical guidelines in primary care*. *J Am Med Inform Assoc* 21, s. 432-437.

¹⁸ Kennedy et al (2004) *A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self approach to chronic inflammatory bowel disease*. *Gut*, 53(11) s. 1639-45.

¹⁹ Richardson G et al (2004) *Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease*. *J Health Serv Res Policy*, 11(4), s. 225-30.

²⁰ Buhse S et al (2015) *Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial*. *BMJ Open*, 13(11), s. 009116.

²¹ Stacey D et al (2004) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

²² www.bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-7-12
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797156

²³ Inspirationskataloget kan downloades her:
www.danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog

støtteværktøjer, som beskriver hvordan sådanne værktøjer bør udvikles, og hvilke elementer de bør indeholde, hvis de skal kunne leve op til principperne i Fælles beslutningstagning, og have de effekter der er fundet i videnskabelige undersøgelser. Desuden indeholder kataloget en dansk oversættelse af et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til behandlingsvalg, hvor der endnu ikke findes specifikke beslutningsstøtteværktøjer. Patient og sundhedspersonale kan så sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og sammen overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

Tjekliste til kommunikation

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

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

	<p>Relevante undersøgelser og behandlinger Formålet er, at du og dine pårørende kender din behandlingsplan og har viden om forventede virkninger og evt. bivirkninger af behandling.</p>
	<p>Det normale og det syge hjerte Formålet er, at du og dine pårørende får viden om hjertets funktion, kredsløbet, din hjertesygdom og kan reagere hensigtsmæssigt, hvis du oplever symptomer.</p>
	<p>Medicin håndtering Formålet er, at du og dine pårørende har tilstrækkelig viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.</p>
	<p>Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvordan du/I skal reagere og hvem du/I eventuelt skal kontakte ved forværring af sygdom.</p>
	<p>Hvordan skal der reageres i tilfælde af akut sygdom? Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvem du/I skal kontakte ved akut sygdom.</p>
	<p>Psykiske reaktioner Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste forståelse af hvilke psykiske reaktioner, du eventuelt kan forvente efter en hjertesygdom og vide hvor du/I evt. kan få hjælp til at tackle det.</p>
	<p>Sygdomsforståelse Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste forståelse af din sygdom samt dens udvikling, og viden om de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.</p>
	<p>Rygestop Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved din sygdomsudvikling og får mulighed for at deltage i aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop. Der findes en komplet oversigt over kommunale rygestopstilbud på www.sundhed.dk</p>
	<p>Fysisk aktivitet Formålet er, at du og dine pårørende ved hvor vigtigt fysisk aktivitet er for din/jeres livskvalitet, fysiske formåen, bedre søvn samt om hvordan I får bevægelse ind i din/jeres hverdag.</p>
	<p>Kost Formålet er, at du og dine pårørende opnår viden om den rette kost, kostens betydning for livskvalitet, fysisk formåen, sygdomsudvikling samt om hvordan du/I bedst kan tilrettelægge mad og måltider i hverdagen.</p>
	<p>Alkohol Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste viden om hvordan alkohol kan påvirke din sygdom.</p>
	<p>Pårørende/sociale relationer Formålet er, at du og dine pårørende får forståelse af, at sygdommen kan påvirke sociale relationer og du/I kan overveje, om det har betydning for dig/jer.</p>
	<p>Seksualitet Formålet er, at du og dine pårørende har viden om, hvordan din hjertesygdom kan påvirke din seksualitet samt at du/I har viden om, hvor du/I kan søge mere viden og hjælp.</p>
	<p>Teknologi Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvor du/I kan finde inspiration og støtte, fx internetbaseret viden, apps samt forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering.</p>
	<p>Praktiske forhold vedr. rejser og forsikring etc. Formålet er, at du og dine pårørende bliver opmærksomme på, om din hjertesygdom kan få betydning for evt. rejser og forsikringer.</p>
	<p>Andre tilbud Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvor du/I kan finde mere information og aktiviteter, bl.a. tilbud i kommunerne, Hjerteforeningen samt frivillige sociale foreninger.</p>



Implementeringsplan

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom

Indledning

Region Syddanmark og de 22 kommuner har i starten af 2019 godkendt et nyt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom.

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

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

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

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

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

Formål og mål for implementeringen

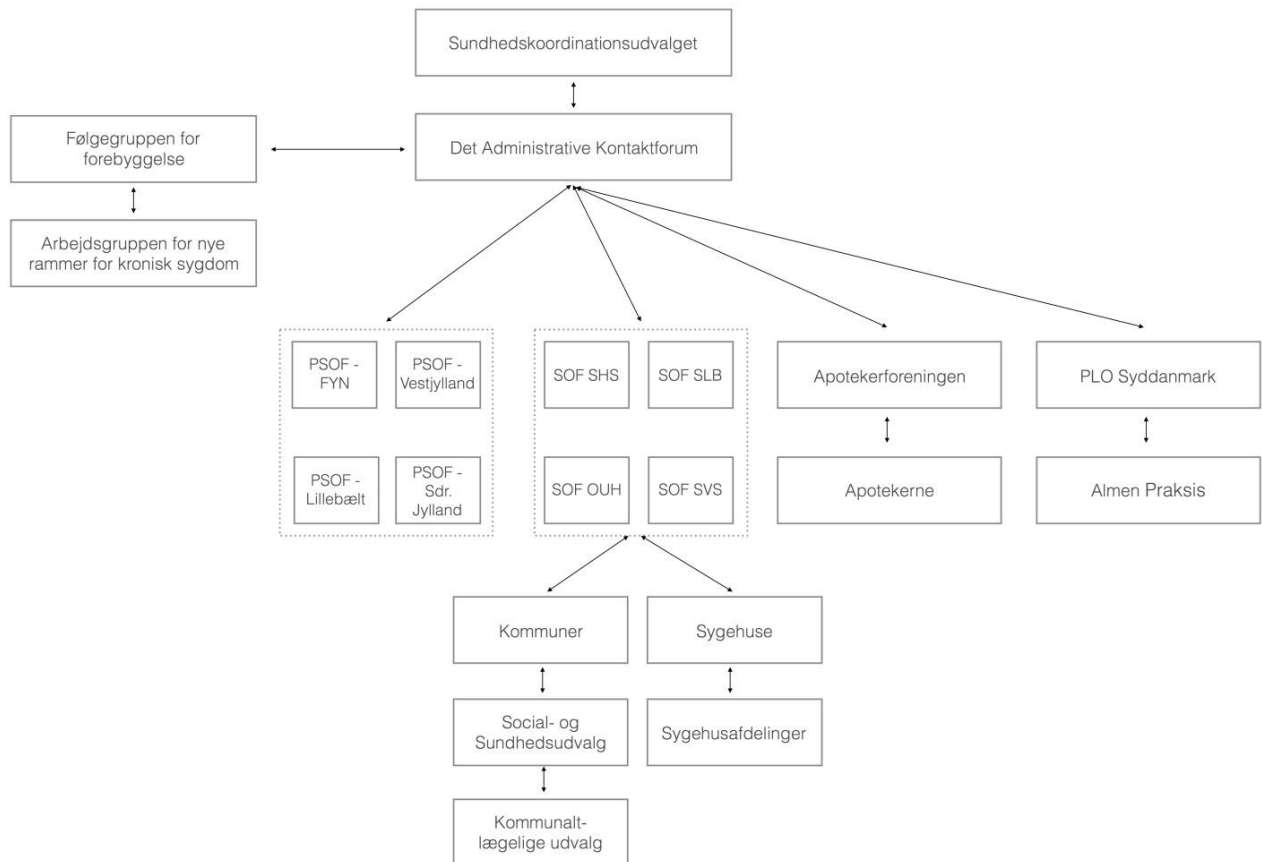
Formålet med forløbsprogrammet er at sikre:

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

Målet med implementeringen er at sikre, at:

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

Kommunikationsveje i implementeringen



Implementeringsmetoden – ansvar og roller

- *Sundhedskordinationsudvalget (SKU)* godkender forløbsprogrammet og er ansvarlig for den løbende monitorering.
- *Det Administrative Kontaktforum (DAK)* er ansvarlig for implementeringen af forløbsprogrammet.
- *Følgegruppen for Forebyggelse* er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde halvårlig status til SKU og DAK.
- *De lokale samordningsfora (SOF) (somatik)* koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehusenheder, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af implementeringen forslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert SOF.

Der udarbejdes i regi af hvert SOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplan herfor. *De lokale Samordningsfora (Psykiatri)* forholder sig til forløbsprogrammet og justerer lokale samarbejdsaftaler og procedurer i henhold hertil.

- *Sygehusene*: Sygehusledelserne er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres på regionens sygehuse. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer.
- *Kommunerne*: De kommunale ledelser er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres i alle relevante afdelinger. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer. Kommunerne har et særligt ansvar ift. at overtage en større del af genoptræningen samt den sygdomsspecifikke patientuddannelse fra sygehusene senest per 1/1 2020. Kommunerne er ansvarlige for eventuelt at dagsordenssætte forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg. Endvidere dagsordenssættes forløbsprogrammet på de lokale Kommunalt Lægeligeudvalg med det formål at implementere programmet i det lokale samarbejde mellem kommunen og almen praksis. Følgegruppen for forebyggelse udarbejder en generisk sagsfremstilling til begge.
- *Apotekerforeningen*: Informerer apotekerne i Region Syddanmark om forløbsprogrammet.
- *PLO Syddanmark*: Informerer deres medlemmer om forløbsprogrammet. Region Syddanmark informerer også de praktiserende læger igennem nyhedsbrevet "Praksisnyt". De regionale praksis- og datakonsulenter kan ligeledes bidrage med råd og vejledning i anvendelsen af forløbsprogrammet.

Særlige opmærksomhedspunkter i implementeringen

Indberetning til Dansk Hjerte Rehabiliterings Database (DHRD). Inden kommunerne kan overtage en større del af genoptræningsopgaven fra sygehusene samt overtage den specialiserede patientuddannelse af mennesker med hjertesygdom, kræves det, at kommunerne kan indberette i DHRD, på samme måde som sygehusene gør det i dag. Det er lovpligtigt at indberette for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Øvrige patienter kan også indberettes, men indgår ikke i audit. Der er nedsat en styregruppe, som arbejder med udviklingen af DHRD. Et af fokuspunkterne er igangsættelse af de nødvendige tiltag, så kommuner kan indberette aktiviteter inden for det kommende år. Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom tilrettes, når der er nyt omkring kommunernes muligheder for at indberette i DHRD. Følgegruppen for Forebyggelse skal i en dialog med styregruppen for DHRD sikre, at der sker fremskridt i processen hen mod, at kommunerne kan komme til at indberette i DHRD.

Kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Der skal være en særlig opmærksomhed på at sikre kompetenceudvikling, når en større del af genoptræningen samt den sygdomsspecifikke patientuddannelse flyttes fra sygehus til kommune. I regi af hvert enkelt SOF skal der udarbejdes en aftale, der beskriver, hvordan kommunerne kan få adgang til sparring med erfaren kardiologisk sygeplejerske eller kardiolog. SOF understøttes i implementeringsarbejdet af Følgegruppen for Forebyggelse, som indledningsvist udarbejder en generisk sagsfremstilling til brug i relevante fora.

Beregning af behov for kapacitet i det kommunale genoptræningstilbud. I forløbsprogrammet er det beskrevet, at kommunerne skal overtage opgaven med hele genoptræningsforløbet for de patienter, som ikke har en forhøjet risiko i forbindelse med fysisk træning. På baggrund af tal fra Region Midtjylland vurderes det, at ca. 80 procent af patienterne fremover vil kunne modtage deres genoptræning i kommunalt regi. Følgegruppen for Forebyggelse udarbejder et estimat over, hvor mange patienter hver kommune kan forvente at skulle modtage årligt. Følgegruppen vurderer om der er behov for økonomiberegninger i forlængelse heraf.

Sammenhængen på tværs af SOF i implementeringen af forløbsprogrammet. Forud for iværksættelsen af den lokale implementering drøftes opgaven tværgående på et møde med deltagelse af de lokale samordningsfora. Tilsvarende sker en erfaringsudveksling på tværs af samordningsfora et år efter iværksættelsen af den lokale implementering

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom implementeres på sygehuse, i kommuner og almen praksis i perioden andet kvartal 2019 til andet kvartal 2020. Implementeringen koordineres af de lokale samordningsfora. Efter implementeringsperioden udføres en monitorering af implementeringsgraden. Denne drøftes i de lokale samordningsfora med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

	<i>Dato</i>
<hr/>	
<i>Administrativ behandling og politisk godkendelse</i>	
Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	10.12.2018
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	24.1.2019
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	Førstkommende møde i 2019

Central understøttelse af implementering 1. kvartal 2019

- Følgegruppen igangsætter udregning af et estimat over, hvor mange patienter hver kommune kan forvente at skulle modtage årligt, og vurderer behovet for økonomiberegninger i forlængelse heraf.
- Følgegruppen går i dialog med Styregruppen for DHRD for at sikre en plan for, hvordan og hvornår kommunerne kan indberette til DHRD.

Tilrettelæggelse af lokal implementering 2. kvartal 2019

- SOF dagsordensætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan, herunder flytning af genoptræningen og den specialiserede patientuddannelse. Forud for iværksættelsen af den lokale implementering drøftes opgaven tværgående på et møde med deltagelse af de lokale samordningsfora. Tilsvarende sker en erfaringsudveksling på tværs af samordningsfora et år efter iværksættelsen af den lokale implementering.
- PSOF forholder sig til forløbsprogrammets arbejdsgange og justerer procedure i henhold hertil.
- Kommunerne dagsordensætter forløbsprogrammet på Social- og Sundhedsudvalgene samt KLU.
- Apotekerforeningen orienterer deres medlemmer om forløbsprogrammet.
- PLO Syddanmark orienterer, i samarbejde med Region Syddanmark, deres medlemmer om forløbsprogrammet.

Flytning af genoptræningsopgaven samt den specialiserede patientuddannelse

Genoptræningen og den specialiserede patientuddannelse er indarbejdet i de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

1/1 2020

Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr.

1. Indledning

Samarbejdsaftalen beskriver patientgruppen, den formelle ansvarsfordeling mellem sektorerne, konkrete aftalepunkter samt tydeliggør den økonomiske fordeling af udgifter mellem region og kommune.

Der er tale om fælles hjælpeordninger i samarbejdsaftalen, når hjælp i hjemmet til respirationsbehandling og hjælp i hjemmet efter Servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 samt § 97¹ helt eller delvist kan varetages af de samme personer, og dermed kan tilrettelægges som én ordning til gavn for borgeren og af hensyn til hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Der er således ikke tale om en fælles hjælpeordning, hvis borgeren får hjælp til respirationsbehandling i hjemmet om natten og hjælp efter Serviceloven nogle timer i løbet af dagen. Der er tale om en fælles hjælperordning, hvis én person kan løse begge sektorers opgaver.

Samarbejdsaftalen er et bilag til Sundhedsaftalen 2015-18. Nærværende aftale er revideret og er behandlet samt godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 21. september 2016.

2. Patientgruppe omfattet af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale omhandler forløb, hvor et respirationscenter lægefagligt har fastslået, at sygehusvæsenet har behandlingsansvaret for, at en borger overvåges i hjemmet pga. brug af respiratorisk udstyr. Borgerne kan være såvel børn som voksne, og det respiratoriske kan være en isoleret lidelse eller del af et omfattende handicap. Aftalen dækker også borgere på døgninstitution/plejehjem.

- Respiratorbrugere skal altid overvåges, da respiratorstop er akut livstruende.
- NIV (BiPAP & CPAP-brugere) skal overvåges, hvis de anvender fullfacemaske og ikke kan anvende en quick-release, som får masken til at løsne sig (borgeren skal overvåges, hvis denne ikke selv er i stand til tage masken af).
- Tracheostomerede bør overvåges, hvis de ikke er habile. Med ikke-habil menes, at de er ude af stand til et eller begge elementer;
 - i. Ikke er i stand til at suge sig selv.
 - ii. Ikke kan efterkomme opfordringer til hoste.

3. Ansvarsfordeling

3.1. Regionens ansvar

Patienten kan ikke udskrives til hjemmet, før der er etableret fagligt forsvarlig overvågning og borgeren har det korrekte apparatur. Det lægelige ansvar for den respiratoriske behandling påhviler altid sygehusvæsenet og er af Sundhedsstyrelsen konkret placeret ved landets tre respirationscentre, som fastlægger, kontrollerer og har ansvaret for den respiratoriske behandling, oplærer hjælpere til overvågningsopgaven og har myndigheden til at fastlægge, hvor mange timers overvågning brugen af det respiratoriske udstyr betinger. Respirationscentret står til rådighed med Hotline, såfremt der opstår

¹ § 97 indgår i aftalen, såfremt der samtidig er udmålt hjælp efter § 83.

spørgsmål i forbindelse med behandlingen i hjemmet. Patienten kan også henvises til kontrol på respirationscenteret.

Når en borger starter i respiratorbehandling fastsætter respirationscentret hvilke remedier, der knytter sig til brug af respiratoren, og sikrer at disse ting leveres til borgerens hjem via medicoteknisk afdeling, sygehusapotek, sygehusdepot eller en privat leverandør. Levering af øvrige remedier, der knytter sig til pleje af borgeren, er et anliggende mellem den pågældende borger og hjemmeplejen.

Behandlingen er omfattet af patientforsikringen. Ved livstruende problemer i hjemmet skal patienten modtages til indlæggelse på intensivafdeling via 112.

I forbindelse med Respirationscenter Syds samarbejde med region og kommuner er der udarbejdet en tjekliste (indgår i samarbejdsaftalen som bilag), der præciserer hvad der skal tages stilling til, når patienter udskrives fra Respirationscenter Syd.

3.2. Kommunens ansvar

Kommunen er forpligtet og har myndigheden til at yde borgeren personlig pleje og omsorg, praktisk og personlig bistand samt opretholdelse af livsudfoldelse efter Serviceloven.

Vagthold og administration af overvågningsordninger forankres som udgangspunkt i kommunen. Det kan være i form af ansættelse af personlige hjælpere, udnyttelse af eksisterende personale i ældreplejen eller indgåelse af en aftale med et bureau. Begrundelse herfor er, at borgeren ofte modtager kommunale ydelser i forvejen og måske forskellige ydelsestyper fra flere forvaltningsgrene. Borgeren kan efter Serviceloven få indflydelse på valg af hjælpere. Ofte er lidelsen fremadskridende, og hjælpen skal tilpasses. Kommunen har det generelle ansvar for at etablere helhedsløsninger for borgere med særligt behov.

Hver kommune organiserer sig således, at samarbejdspartnere, som respirationscentre, regionskonsulenter og sygehusafdeling kan have én indgang ved nye patientforløb.

3.3 Ansættende myndighed

Det er den ansættende myndighed, der har ansvaret efter arbejdsmiljølovgivningen, jf. Vejledning om fælles hjælpeordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens nr. 10338 af 24.8.2015. Såfremt der er tale om en BPA-ordning, påhviler ansvaret borgeren eller formidlingsbureau jf. vejledning 9 af 15. februar 2011, om Borgerstyret Personlig Assistance bevilget efter Servicelovens § 96 Pkt. 11–12 (Arbejdsgiveropgaven), 43 (Arbejdsskadeforsikring) og 125-35 (Arbejdsmiljø).

3.4 Særlige principper for fordeling af udgifter

Fordelingsnøglen for fælles hjælperordninger er i samarbejdsaftalen på Respiratorområdet mellem Region Syddanmark og kommunerne aftalt til, at regionen skal finansiere 67 procent af udgifterne til en fælles hjælperordning, mens kommunerne skal finansiere 33 procent af udgifterne.

Sygehuset kan starte overvågningen op via et bureau for at undgå en længerevarende indlæggelse på en intensivafdeling. I den periode er sygehuset ansvarlig for administration og vagtdækning. Kommunen arbejder sideløbende tidsmæssigt og koordineret for at ansætte hjælpere, så disse er klar, når sygehusvæsnet har plads til et oplæringsophold. Dette forventes at være muligt inden for 3 måneder, hvad angår respiratorbrugere.

I akutte respiratorsager overtager regionen en del af kommunens udgifter, dvs. at kommunerne i akutte respiratorsager fremover skal betale 33 procent af den af arbejdsgruppen fastsatte fælles timepris på kr. 200,00² for kommunale BPA ordninger med 24-timers overvågning i en periode op til seks måneder, eller indtil et hjælperhold står klar.

3.5 Planlagte forløb

Med virkning fra januar 2016 kan borgere med hjælpere efter Servicelovens § 95, stk. 1 og 2 og § 96 vælge, at arbejdsgiveransvaret, for fremtidige respirationshjælpere skal være den samme, som for de hidtidige hjælpere.

Kompetente hjælpere søges fastholdt og oplært til overvågningen af hensyn til borgeren, og fordi det er økonomisk fordelagtigt for begge sektorer.

4. Præcisering af den økonomiske fordeling af udgifter

Sundheds- og Ældreministeriet har efter forhandling med Social- og Indenrigsministeriet i bekendtgørelsesform fastsat en fordelingsnøgle, som finder anvendelse, hvis aftalen mellem region og kommunerne i regionen ikke indeholder principper for fordeling af udgifter til fælles hjælpeordninger.

Den centrale fordelingsnøgle er fastsat således, at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunen afholder 33 pct. af de samlede udgifter. Fordelingsnøglen finder anvendelse fra det tidspunkt, hvor den fælles hjælperordning etableres, indtil det tidspunkt hvor den fælles hjælperordning ophører.

I de forløb, hvor én af sektorerne påtager sig arbejdsgiver- og arbejdslederansvaret for ansættelse af enkeltpersoner til overvågning, indføres et administrationsbidrag. Administrationsbidraget³ fastsættes til kr. 93.000 årligt (2016 niveau) pr. borger med 24-timers overvågning, og det afregnes efter den aftalte fordelingsnøgle på 67/33.

Administrationsbidraget udløses fra den dag, hvor respirationscenteret orienterer sektoren, som har påtaget sig administrationsopgaven, om at en patient skal i behandling, dvs. når der foreligger en lægefaglig vurdering.

Når overvågningen varetages af et bureau er udgiften til personaleadministration indregnet i timeprisen, og den deles derfor automatisk efter fordelingsnøglen. Det samme gør sig gældende, hvis der er etableret en kommunal hjælpeordning, hvor borgeren har valgt et bureau til at varetage administrationsopgaven. Det vil sige, at for personer i BPA-ordning sker der ikke en udveksling af administrationsbidraget, fordi arbejdsgiveropgaverne løses af borgeren selv eller nærtstående/bureau.

Regionen har ansvaret for finansiering af hjælp til respirationsbehandling, og kommunerne har ansvaret for finansiering af hjælp efter serviceloven.

² Taksten fremskrives med den generelle fremskrivningsprocent for året. Fremover sker fremskrivning i januar måned.

³ Administrationsbidraget blev fastsat til kr. 93.000 årligt (i 2016) pr. borger med 24-timers overvågning. Taksten fremskrives med den generelle fremskrivningsprocent for året. Fremover sker fremskrivning i januar måned.

Ved fordeling af udgifter til fælles hjælperordninger skal der tages udgangspunkt i de samlede udgifter til ordningerne, herunder udgifter til aflønning af hjælpere, udgifter forbundet med arbejdsgiveropgaver, nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen, sygefravær, vikardækning, handsker mv.

4.2 Andre udgifter

4.2.1 Merudgift forbundet med det at have hjælpere i huset

Eventuelle udgifter i den daglige husholdning og ved aktiviteter uden for huset er borgerens egne udgifter. Eventuel ansøgning om hjælp til merudgifter rettes til kommunen. Der henvises til Socialministeriets Vejledning af 9 af 15.02.2011 om Borgerstyret Personlig Assistance, pkt. 90.

4.2.2 Strømodgifter i relation til behandlingsapparatet

I følge Afgrænsningscirkulæret nr. 9079 af 22.2.2013 er sygehusvæsenet forpligtet til at yde el-tilskud til borgeren ift. anvendelse af behandlingsapparat i "eget hjem". Regionen sikrer udbetaling af el-tilskud.

4.2.3 Ferie

Sygehusvæsenet kan ikke afholde udgifter til eventuelle ekstratimer ved borgers ferier og weekender uden for hjemmet. Eventuelle udgifter til hjælpers ekstratimer, ophold, transport m.v. er borgerens egen udgift. Eventuel ansøgning om hjælp til merudgifter rettes til kommunen jf. Vejledning 10338 af 24/8-15 om fælles hjælperordninger til respiratorpatienter, pkt. 8.1.

4.2.4 Indlæggelse af borger andre steder end på et respirationscenter

Den personlige hjælper er i langt de fleste tilfælde borgerens arme og ben og i nogle tilfælde også borgerens tolk og talerør. Det kan være af afgørende betydning for et hensigtsmæssigt forløb, at den kendte hjælper/vikar følger med under indlæggelsen. Dette understreges ligeledes i Fællesskrivelsen af 21. december 2011. Det aftales, at hjælperen/vikaren følger med under borgerens indlæggelse i op til syv dage med uændret udgiftsfordeling. Fra 8. dagen afholder sygehuset udgifterne i det omfang, der er behov for hjælperholdet på sygehuset.

4.4 Fakturering

Den sektor, der afholder de løbende udgifter, sender elektronisk faktura til den medbetalende sektor. Afregning sker måneds- eller kvartalsvis bagudrettet. Der kan ske korrektion i forbindelse med længe-revarende indlæggelser, ophør af behandling eller andre ekstraordinære forhold. Der kan kun fremsendes regninger på patienter, hvor der er indgået en aftale.

5 Opfølgning og evaluering

Samarbejdsaftalen genforhandles/revideres, hvis der sker afgørende ændringer i lovgrundlaget.

Evalueringen af samarbejdsaftalen afventer den planlagte nationale evaluering.

I samarbejdsaftalen er det aftalt, at der skal ske en overvågning af aftalens nye elementer, dvs. der skal foretages en monitorering i forhold til, at:

- administrationsbidraget udløses fra den dag, respirationscentret orienterer kommunen om, at en patient skal i behandling, dvs. når der foreligger en lægelig vurdering
- regionen overtager en del af kommunernes udgifter ved akutte respiratorsager i en periode op til seks måneder, eller indtil at et hjælperhold står klar

Monitoreringen forelægges Følgegruppe for Behandling og pleje på deres første møde i 2018.

Seneste information fra FUT-G (Gennemførelsesprojektet) organisationen – OBS
nedenstående er blot til orientering, I skal således ikke foretage jer noget da informationen er målrettet landsdelsprogrammerne:

Hej Landsdele

Hermed Infomail #7, hvor det vigtigste I skal forhold jer til er det opdaterede tildelingsværktøj, som en konsekvens af, at Tunstall har reduceret deres pris.

1) Ny version af tildelingsværktøj!

Efter indgåelse af rammeaftalerne med Leverandører af medarbejderløsninger, har Tunstall (tidligere EWII) henvendt sig til FUT med en forespørgsel om at få lov til at reducere deres priser for medarbejder- og borgerløsningen. FUT har fået denne forespørgsel vurderet af eksterne jurister og konklusionen er, at Tunstalls begrundelse for reduktionen er juridisk gyldig og derfor er tildelingsværktøjet opdateret med de nye priser. Derudover er de øvrige løsningsleverandører informeret om, at en leverandør har sænket priserne.

Jeg håber at jeres evalueringer skrider fremad og jeg er helt klar over, at timingen at Tunstall Health reduktion af priser er rigtigt træls, men det er vi desværre ikke herre over 😊

2) Status på jeres evaluering

Jeg vil høre jer om har mulighed for at give mig en kort status på jeres evalueringer fx:

- Hvem er gået sammen om bestilling af medarbejderløsning?
- Er der god fremdrift i evalueringen?
- Hvornår forventer I at afslutte jeres evaluering og være klar med en vinder?

3) Status fra FUT

Afklaringsfasen

- Infrastrukturprojektet afslutter i dag afklaringsfasen. De seneste to uger er der afholdt i alt 17 vellykkede workshops og vi har sammen med Systematic og deres underleverandører (Trifork og Netic) drøftet rigtig mange væsentlige spørgsmål til nåde kontrakten og selve løsningen. Vi forventer ingen væsentlige ændringer til kontrakten, og Systematic er i fuld gang med at udvikle deres delleverance 1, som er de snitfladebeskrivelser som løsningerne skal anvende.

Løsninger

- Alle medarbejder-og borgerløsningsrammeaftaler er nu fysisk underskrevet af begge parter.
- Borgerløsningsleverandører har samtidig fået tilbudt at levere en integrationsleverance som kan testes inden I afgiver jeres bestillinger. Det er op til leverandørerne om de vil levere denne integrationsleverance nu eller først når de har en konkret bestilling fra en kunde.

Status nu er:

- CGI : jeg afventer tilbagemelding på om de leverer integrationsleverancen nu
- Tunstall Health, Tunstall og MedWare har alle ønsket at gå I gang med integrationsleverancen
- KMD afventer en konkret bestilling.
- Borgerløsningsleverandører der får en konkret bestilling er forpligtet til at kunne integrere til infrastrukturen inden for den aftalte tidsplan.

4) Proces for afklaringsfase med medarbejderløsningsleverandører

Når I har afgivet jeres bestillinger og indgået leveranceaftale med en leverandør på FUT-rammeaftalerne, skal der gennemføres en afklaringsfase, ligesom vi har gennemført med Systematic på infrastrukturen. Den store forskel i forhold til løsninger er, at her er det jer som

bestillere, der er kontraktholdere - men FUT-projektet, der er ansvarlige for leverandørernes leverancer og leverandørstyring generelt.

Derfor er vores forslag, at vi i afklaringsfasen, sikrer repræsentation fra både FUT samt af jer der bestiller.

Grupperne på der skal deltage på afklaringsworkshops skal dog ikke være for store men Torben og jeg vil involvere jer når vi ved hvilke leverandører der er bestilt.

Ifølge tidsplanen vil afklaringsfasen for medarbejderløsning foregå i perioden 28. februar til 20. marts 2019.

Derudover skal der etableres en Kunde/leverandør styregruppe for alle bestilte løsninger. FUT-styregruppen har besluttet at grupperne etableres med repræsentanter fra FUT samt udpegede repræsentanter fra bestiller. Fra FUT-styregruppen bliver det Mette Harbo, digitaliseringschef i Københavns Kommune og Claus Kofoed, It-direktør i Region Midt, der sidder i styregruppen. Når vi ved hvilke løsninger der bestilles, vil landsdelene blive kontaktet mhp. udpegning af repræsentanter fra bestiller-organisationerne.

Jeg er spændt på at høre om jeres evalueringer og jeres valg når I er klar.
Og husk at kontakte mig hvis I har spørgsmål til denne mail eller noget andet.

Med venlig hilsen

Lone Hallgreen

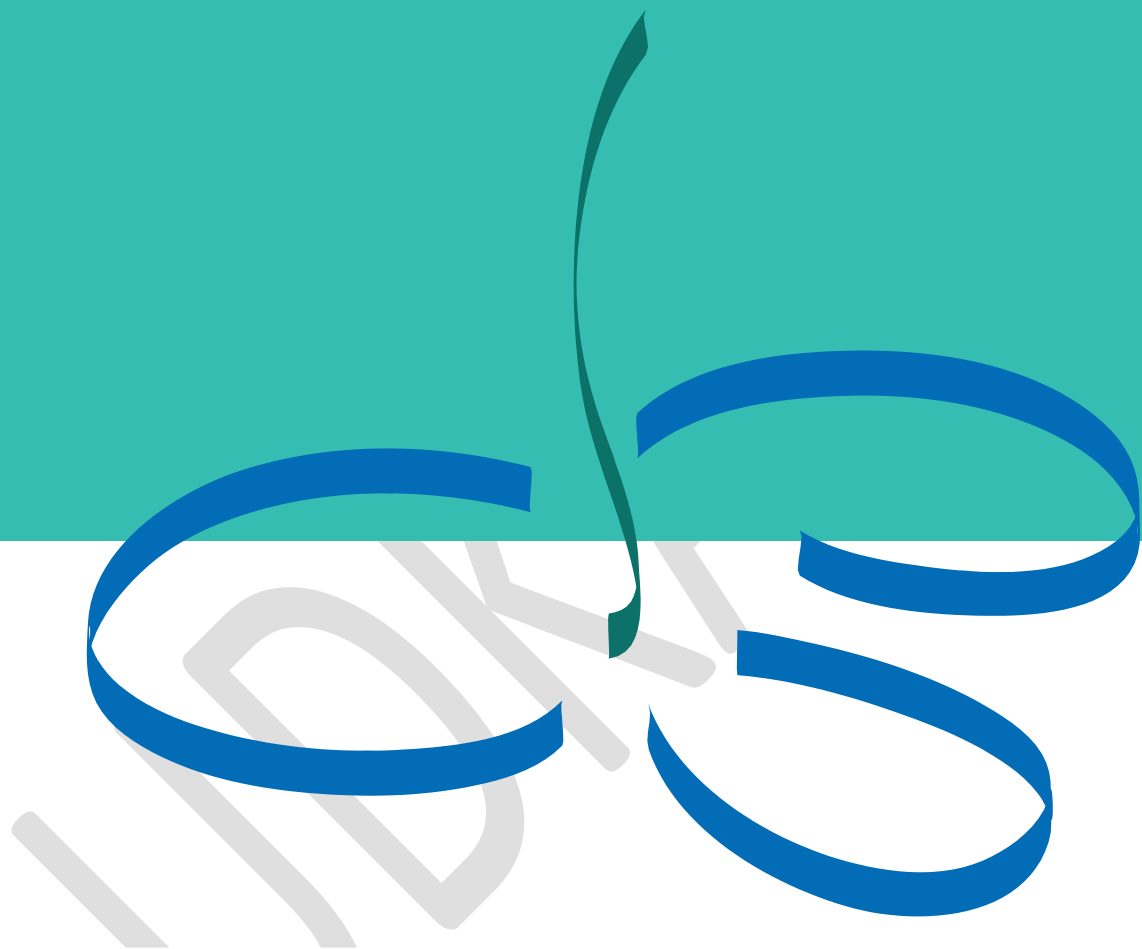
Projektleder

Afdeling for Digital Forandring

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Innovation og Digitalisering



Tværasektoriel aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark

Forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge

December 2018

Region Syddanmark, almen praksis og de 22 kommuner



<u>1 Introduktion</u>	1.1-3
<u>2 Målgruppe</u>	1.4-5
<u>3 Forebyggelse og tidlig opsporing</u>	1.4-6
<u>4 Faglige forpligtelser</u>	1.4-7
4.1 Underretninger	4.1-7
4.2 Dagtilbuds- og skolefravær	4.1-7
4.3 Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom	4.2-8
4.4 Børn og unge af forældre med psykisk sygdom	4.4-9
4.5 Netværksmøder	4.4-10
4.6 Kontaktperson	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.7 Systematiseret kommunikation på børne- og ungeområdet	4.7-10
<u>5 Aktører</u>	12
5.1 Aktør- og forløbsoversigt	12
5.2 Målgruppe 0-5 år	5.2-143
5.3 Målgruppe 5-15 år	5.3-166
5.4 Målgruppe 15-17 år.....	5.4-199
<u>6 anbefalinger</u>	5.4-222
<u>7 Implementering</u>	6.16-266
<u>8 Monitorering og evaluering</u>	6.16-277
<u>Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer</u>	30
<u>Bilag 2: Kommissorium og leverancer</u>	31
<u>Bilag 3: Høringsparter</u>	10.1-344
<u>Bilag 4: Aftaler med snitflader til Børne- og ungeaftalen</u>	10.1-344
<u>Bilag 5: Juridiske handlemuligheder og lovgivning</u>	10.1-366
<u>Bilag 6: Brugerundersøgelse</u>	40
<u>Bilag 7: Tegn på mistvivsel</u>	45
15.1 Risikofaktorer	45
15.2 Tegn på mental mistvivsel	45
15.3 Værktøj til opsporing	46
15.4 Handlemuligheder ved tidlig opsporing.....	47
<u>Bilag 8: Fælles tværsektorielt overblik over tilbud og indsatser</u>	49

1 Introduktion

Den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark er indgået mellem Region Syddanmark, almen praksis og de 22 kommuner i regionen, og er en underaftale til Sundhedsaftalen 2015-18.

1.1 Formål

Formålet med aftalen er at skabe et smidigt og effektivt samarbejde til gavn for de børn og unge, der er i risiko for eller allerede mistrives, og deres pårørende. Aftalen skal således sikre en koordineret og sammenhængende indsats på tværs af kommuner, region og almen praksis. For at opfylde dette er det endvidere målet, at aftalen skal medføre:

- Systematisk kommunikation mellem almen praksis, region og kommuner på børne- og ungeområdet
- Skærpet opmærksomhed på forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel hos børn og unge i børnene og de unges nærmiljøer
- Overblik over eksisterende tilbud på området samt sikre en samordning og koordinering af disse på tværs af sektorerne

1.2 Aftalens tilblivelse

Den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Forebyggelse. Arbejdsgruppemøder er afholdt i perioden november 2017 til november 2018. Udkastet til aftalen er forelagt Det Administrative Kontaktforum den 27. september 2018 og efterfølgende sendt i høring i perioden 1. oktober til 1. november hos kommuner, praktiserende læger og sygehuse (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark. Aftalen er efterfølgende tilrettet i henhold til de indkomne høringssvar.

Arbejdsgruppens sammensætning kan ses i bilag 1. Høringsparter kan ses i bilag 3.

Samarbejdsaftalen er godkendt i Det Administrative Kontaktforum d. xx.xx.2019.

1.3 Ramme og kobling til øvrige aftaler

Aftalen bevæger sig over såvel sektorer som kommunale myndighedsområder og skal således ses i sammenhæng med øvrige aftaler af såvel regional som lokal karakter. For at give brugerne af aftalen mulighed for at finde relevant information om øvrige indsatser og initiativer på området, findes der i bilag 4 en oversigt over de aftaler, Børne- og ungeaftalen grænser op til.

Aftalen skal samtænkes med Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser (spiseforstyrrelser, ADHD, angst/depression). Aftalen skal således ses som en del af forløbsprogrammerne og skitserer de indsatser, der har særligt fokus på tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel. I regi af forløbsprogrammerne er der iværksat en række implementeringsindsatser med udgangspunkt i Satpuljemidler. Disse indsatser er indtænkt som en vigtig del af nærværende aftale og vil i aftalen fremgå som allerede igangsatte initiativer.

Af disse initiativer kan bl.a. nævnes, at der i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser er igangsat tiltag for styrke frontpersonales¹ kompetencer i forhold til at identificere børn og unge med tegn på mistrivsel. Endvidere er der iværksat et projekt vedr. en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Den fremskudte funktion har til formål at skabe et tættere samarbejde mellem Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR) og psykiatrien for at sikre hurtig hjælp i nærmiljøet til psykisk sårbare børn og unge.

¹ Frontpersonale betegner alle de fagprofessionelle, der møder børnene og de unge først i deres hverdag og nærmiljø, f.eks. pædagoger, lærere, sundhedsplejersker og praktiserende læger.

1.4 Lovgrundlag

Der findes flere lovområder, som er relevante i forhold til handlemuligheder i relation til børn og unge som udviser tegn på mistrivsel. Lovgivning, som er relevant for indeværende aftale, er bl.a. Serviceloven, Sundhedsloven, Dagtilbudsloven og Folkeskoleloven samt bekendtgørelser i forbindelse hermed.

I bilag 5 findes en uddybende beskrivelse af de relevante gældende lovgivninger på området, herunder også lovgivning om indhentning af samtykke og om underretningspligt.

UDKAST

2 Målgruppe

Aftalen dækker alle børn og unge i alderen 0-17 år, som er i risiko for at mistrives mentalt eller har tegn på mental mistrivsel. Aftalen har et særligt fokus på børn i familier med psykisk eller somatisk sygdom, hvor en skærpet opmærksomhed på barnets eller den unges trivsel er af afgørende betydning for dennes udvikling.

Udgangspunktet for alle børn og unge er, at de vigtigste aktører er forældrene, familien, vennerne og det nære netværk. Det er således familie og netværk, der er de primære aktører både i forhold til forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel hos børn og unge. I de tilfælde, hvor forældre, familie og det nære netværk ikke er i stand til at gribe rettidigt ind, er det de professionelle aktører, der skal træde til, understøtte og eventuelt iværksætte indsatser omkring barnet eller den unge. Aftalen styrker således det tværsektorielle arbejde omkring de børn og unge, hvor netværket (forældre, venner mv.) ikke er tilstrækkeligt. Med aftalen styrkes opmærksomheden og handlemulighederne i den tidlige indsats overfor børn og unge med tegn på mistrivsel, hvor kommunen, regionen og de praktiserende lægers handlinger og indsatser er af afgørende betydning for barnets eller den unges videre trivsel.

I det tværsektorielle samarbejde på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark er det gennem en afdækning af trivsel blandt børn og unge blevet tydeligt, at mental mistrivsel udgør en stor udfordring. Dette er blandt andet tydeliggjort gennem Sundhedsprofilundersøgelsen – Hvordan har du det?, trivselsmålinger på skolerne samt kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark, april 2016. Disse undersøgelser, samt flere undersøgelser på nationalt plan, peger på, at den mentale sundhed gennem længere tid har været i negativ udvikling.

Syddansk Sundhedsinnovation har i perioden februar til marts 2018 gennemført et brugerstudie blandt børn, unge og forældre, som har været i kontakt med kommuner, almen praksis, børne- og ungespsykiatrien mv. for at søge hjælp, vejledning og tilbud i forbindelse med mistrivsel. Endvidere indgik også repræsentanter fra skoler, børnehuse og SFO'er, patientforeninger og private børnepsykologer i brugerstudiet. Dette studie, samt resultaterne af workshops afholdt i regi af arbejdsgruppen vedr. aftale på børne- og ungeområdet, har dannet grundlag for de anbefalinger til skærpelse af samarbejdet, som aftalen indeholder. Citater fra Brugerstudiet er indarbejdet til understøttelse af anbefalingerne i aftalen. Sammendrag af Brugerstudiet er vedlagt som bilag 6.

Da mental mistrivsel kan have forskellige udtryk, defineres målgruppen ud fra tegn på mistrivsel og en samlet risikovurdering af barnet eller den unge. Opmærksomheden på tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn og unge tager udgangspunkt i både risikofaktorer, som f.eks. skilsmisse, forældres misbrug af rusmidler, dødsfald, eller alvorlig sygdom i familien, samt kropslige og/eller psykiske reaktioner. I bilag 7 findes en oversigt over tegn på mistrivsel, som er indikatorer, fagpersoner skal være særligt opmærksomme på hos børn og unge. Listen er ikke udtømmende. Det anbefales, at der ved opsporing af mental mistrivsel anvendes et evidensbaseret værktøj, eksempler herpå ses ligeledes i bilag 7.

3 Forebyggelse og tidlig opsporing

Tidlig opsporing er en forudsætning for at kunne styrke identificeringen af børn og unge i mistrivsel og derfor også identificering af behov for støtte. Forebyggende indsatser har til formål at tage problematikker i opløbet og hermed undgå, at tilstanden forværres og kræver mere indgribende indsatser.

Som generelt forebyggende og sundhedsfremmende indsatser tilbydes alle børn undersøgelser hos praktiserende læge. Derudover tilser sundhedsplejen og tandplejen løbende børnene og de unge gennem barndom og ungdom, ligesom alle børn og unge i alderen 0-17 og deres familier har ret til åben anonym rådgivning i kommunen. For børn og unge med særlige behov tilbydes derudover en udvidet indsats, som tilpasses barnets behov.

I kommunerne kan iværksættes supplerende alment forebyggende indsatser, der fokuserer på trivsel, adfærd og socialt samspil, og som kan understøtte, at problemerne ikke udvikler sig og mere omfattende indsatser bliver nødvendige.

UDKAST

4 Faglige forpligtelser

I arbejdet med denne tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark, har aftaleparterne udvalgt nogle særlige fokusområder, som de med aftalen fagligt forpligter sig på at leve op til. Nogle af disse forpligtelser indeholder en skærpet opmærksomhed på allerede eksisterende lovgivning og arbejdsdeling, mens andre af disse forpligtelser ligger ud over den almindelige arbejdsdeling på området og optræder i aftalen, idet der forventes en direkte forbedring af samarbejdet på området, når alle parter lever op til disse forpligtelser. En forbedring af samarbejdet på området vil have betydning for børn og unge samt virke som en styrkelse af det forebyggende arbejde og de tidlige indsatser for børn og unge i fare for at udvikle mental mistrivsel. Udover de faglige forpligtelser, indeholder aftalen en aktøroversigt, en opgave- og ansvarsfordeling samt en række yderligere anbefalinger til arbejdet.

4.1 Underretninger

Med denne aftale forpligter aftaleparterne sig på, at fagpersoner omkring børn og unge, der udviser tegn på mistrivsel, underretter kommunen herom samt, i de tilfælde, hvor det er muligt, sikrer en god og informativ dialog med familierne i forbindelse hermed. Det er vigtigt, at familien omkring barnet eller den unge bliver orienteret om den bekymring, som ligger til grund for underretningen. Undtagelsen herfor vil dog være de situationer, hvor underretningen er begrundet i en mistanke om, at barnets mor eller far har udsat barnet for vold eller overgreb. I disse situationer skal barnets forældre ikke orienteres om underretningen.

Personer, som udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de i forbindelse med deres hverv får kendskab til eller grund til at antage, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte eller har været udsat for vold eller overgreb jf. servicelovens § 153.

En underretning medfører skærpet opmærksomheden på barnet eller den unges trivsel, og underretningen er med til at sikre, at der ved behov iværksættes nødvendige foranstaltninger, som kan hjælpe barnet og barnets familie til bedre trivsel. Kommunen er forpligtet på at reagere på alle underretninger.

Kommunen har også pligt til at kvittere for modtagelsen af underretningen, og give en orientering til den person, som har lavet underretningen., jf. servicelovens § 155b., Den, der har underrettet, får på den måde information om, hvorvidt kommunen har iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende det barn eller den unge, som underretningen vedrører. Kommunen kan desuden orientere den, der har underrettet, om, hvilken type foranstaltning kommunen har iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis disse oplysninger vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjenesten kan yde barnet eller den unge.

En uddybelse af underretninger og de nærmere juridiske bestemmelser herom fremgår af bilag 5.

4.2 Dagtilbuds- og skolefravær

Børn og unges fravær i dagtilbud og i skolen, som ikke skyldes kendt fysisk sygdom, kan være et vigtigt tegn på mistrivsel. Højt fravær har både konsekvenser for det enkelte barns faglige udbytte og det kan være med til at udelukke barnet fra det sociale fællesskab. Som en følge heraf kan det blive en selvforstærkende effekt, hvor fravær skaber mere fravær. Særlige fokuspunkter i forbindelse med fravær kan være, at fagpersoner holder øje med begyndende svingende fremmøde, særlige fraværs mønstre (f.eks. fravær hver mandag eller fra bestemte aktiviteter), at barnet ikke laver lektier (alene skolebørn), at barnet udvikler uhensigtsmæssige reaktionsmønstre, at barnet har faldende karakterer (alene skolebørn), at barnet får fysiske symptomer som f.eks. hovedpine, mavesmerter m.m., eller at barnet virker trist og/eller tilbagetrukket.

Jo tidligere et barns eller en ungs stigende fravær opdages og handles på, jo mindre vil problemet sandsynligvis nå at blive. Dermed vil den nødvendige indsats ligeledes være mindre indgribende.

Med denne aftale forpligter aftaleparterne sig på at have en særlig opmærksomhed på børn og unge med fravær fra dagtilbud eller skole og stille de nødvendige ressourcer til rådighed for at sikre en stabil gang i dagtilbud og skole.

Opmærksomhedspunkter ved dagtilbudsfravær:

Der er i dagtilbud ikke fremmødepligt, og det er meget betydningsfuldt, at forældrene ikke skal presses til at aflevere deres barn i dagtilbud hver dag. Det er dog væsentligt, at personale i pasningstilbud er opmærksomme på negative fraværs mønstre eller tegn på mistrivsel hos et barn, som har systematisk fravær.

Opmærksomhedspunkter ved skolefravær, som skal give anledning til bekymring:

- Særlige fraværs mønstre (f.eks. fravær hver mandag eller fra bestemte aktiviteter)
- Hvis et barn har 11 eller flere fraværstilfælde gennem de seneste tre måneder
- Hvis et barn har mere end tre fraværstilfælde gennem seneste måned

Det skal bemærkes, at et barn eller en ung kan være i mistrivsel, selvom skolefraværet er af mindre omfang.

Ovenstående er hentet fra indsatsen Tilbage til skoleprojektet (TTS)².

4.3 Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom og/eller nedsat fysisk funktionsevne

Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom og/eller nedsat fysisk funktionsevne kan i høj grad blive påvirket af familiens situation. Dette kan udtrykke sig i stresslignende tilstande med fysiske symptomer som f.eks. søvnproblemer, ondt i hovedet og ondt i maven. Målinger viser, at børn og unge, som er pårørende til alvorligt syge familiemedlemmer og/eller familiemedlemmer med nedsat fysisk funktionsevne, trives dårligere end deres jævnaldrende. Hvis der ikke tages hånd om børnene, kan det få konsekvenser for deres skolegang og deres sociale liv. På længere sigt kan børnene ende i højrisikogruppen for at udvikle psykiske og sociale problemer, der kan række ind i voksenlivet.

Med denne aftale forpligter aftaleparterne sig på at have en skærpet opmærksomhed på børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom og/eller nedsat fysisk funktionsevne. De sundhedsprofessionelle, der er i kontakt med familien, skal, efter indhentet og dokumenteret samtykke, sikre, at der foregår en kommunikation til f.eks. praktiserende læge eller sundhedsplejen om, at der kan være et barn eller flere børn, som er påvirket af situationen og

² <http://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm509512>

som man bør tage særligt hånd om. Ligeledes skal de sundhedsprofessionelle, som er i kontakt med børn og unge, i denne situation, udvise skærpet opmærksomhed på børnenes/de unges trivsel og gøre følgende:

- Yde systematisk støtte til forældrene og henvise til, hvor de kan finde information om almindelige krisereaktioner hos børn og unge
- Rådgive forældre om, hvordan de bedst støtter deres børn og kan have fokus på, om barnet/den unge har behov for yderligere hjælp
- Systematisk at udvise opmærksomhed på at tale med og inddrage børnene, når forældrene er til behandling/opfølgning
- Snakke med barnet/den unge om forældrenes sygdom og give ekstra opmærksomhed³

I de tilfælde, hvor det er påkrævet grundet mistrivsel hos barnet/den unge, skal der foretages en underretning herom efter gældende regler.

Der kan hentes inspiration, informationsmateriale og værktøjer til sundhedsprofessionelle samt forældre, børn og unge som er pårørende på denne side: www.narmoreellerfarbliversyg.dk.

4.4 Børn og unge af forældre med psykisk sygdom og/eller nedsat psykisk funktionsevne

Forskning på området viser, at børn af forældre med diagnosticeret psykisk sygdom (bipolar lidelse, skizofreni, angst/depression og/eller misbrug) og/eller nedsat psykisk funktionsevne har langt højere risiko for at udvikle en psykisk lidelse, end børn født af forældre uden psykisk lidelse eller nedsat psykisk funktionsevne. Mange børn af forældre med en psykisk lidelse og/eller nedsat psykisk funktionsevne oplever udviklingsmæssige forstyrrelser og psykiske vanskeligheder allerede tidligt i livet.

Med denne aftale forpligter parterne sig på at iværksætte en særlig indsats overfor børn af forældre med diagnosticeret psykisk sygdom, nedsat psykisk funktionsevne og/eller misbrug. Dette medfører, at der tværsektorielt skal foregå en kommunikation fra praktiserende læge og/eller psykiatrisk afdeling til kommunen, når en voksen, som også er forælder, opspores eller diagnosticeres. Det anbefales, at kommunikationen foregår som en underretning. Kommunen foretager ved modtagelsen af underretningen en vurdering af, om der skal iværksettes støtteforanstaltninger til familien.

En støtteforanstaltning kan f.eks. være som i projektet Via Family⁴, hvor familierne tilbydes en tidlig, forebyggende, tværsektoriel og integreret intervention med udgangspunkt i barnets behov og udvikling. Interventionen skabes i et tæt samarbejde mellem familierne selv, kommunen, voksenpsykiatrien og børn-og ungdomspsykiatrien og kræver samtykke fra forældrene/værgerne.

³ Yderligere inspiration til, hvordan man håndterer børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom f.eks. findes her: <https://www.cancer.dk/omsorg/til-fagfolk/rad-og-vejledning-til-sorghandtering/boern-med-syge-foraeldre/> og her: <http://xn--nrmoreellerfarbliversyg-05b.dk/>

⁴ Via Family er et Interventionsprojekt i Region Hovedstaden, hvor familier med børn, født af forældre med alvorlig psykisk sygdom (skizofreni, bipolar lidelse eller svær depression), tilbydes en tidlig, forebyggende, tværsektoriel og integreret intervention med udgangspunkt i barnets behov og udvikling:

4.5 Netværksmøder

Børn og unge, som udviser tegn på mistrivsel, har ofte behov for en tværsektoriel og tværfaglig indsats. Det medfører, at der er mange forskellige relevante aktører omkring barnet eller den unge og dennes familie.

Med denne aftale forpligter aftaleparterne sig på, at der i de specifikke tilfælde, hvor de sagsansvarlige vurderer, at det er nødvendigt, afholdes tværfaglige/tværasektorielle netværksmøder for at sikre, at de indsatser, der iværksættes og den kommunikation, der tilgår familien og barnet/den unge, er koordineret. Med netværksmøderne øges kendskabet parterne imellem på tværs af sektorer og fagligheder. Dette medfører, at der opstår en bevidsthed om hinandens handlemuligheder og et kendskab til hinanden, hvilket medfører, at man i andre fremtidige tilfælde/sager vil drage mere nytte af hinanden.

Som oftest vil det være kommunen, der indkalder til disse møder, da de har den primære kontakt til barnet/den unge og dennes familie. Der vil dog være tilfælde, hvor psykiatrien eller somatikken følger et barn, som ikke har en sag i kommunen, og her vil det være disse aktører, der er ansvarlige for at indkalde til netværksmøder, idet alle involverede har mulighed for at indkalde. Er der udpeget en kontaktperson for familien, er det denne, der har ansvar for at indkalde til netværksmøder, såfremt de er kommunalt foranlediget. Netværksmøderne kan med fordel tilrettelægges så mulighed for deltagelse via videokonference er muligt.

4.6 Tovholder

Brugerstudiet, som er foretaget forud for denne aftales tilblivelse, har vist, at familier, børn og unge efterlyser en tovholder, som de ved, er den ansvarlige for deres igangværende forløb. Forældrene og børnene/de unge giver således udtryk for, at de i den svære situation, de bliver sat i, når et barn eller en ung mistrives, savner at vide, at der er nogen, der sikrer, at deres forløb planmæssigt skrider fremad. Samtidig efterlyses en person, som sikrer, at man som forældre og pårørende de bliver gjort opmærksomme på de handlemuligheder og adgang til mulige indsatser, der forefindes, således at de kan føle sig trygge i forløbet.

Med denne aftale forpligter aftaleparterne sig på, at der i forbindelse med opstart af enhver indsats/sag altid tages stilling til og aftales, hvem der skal udpeges som tovholder for en familie. Tovholderen kan med fordel udpeges blandt de fagprofessionelle, der allerede er involveret i den konkrete indsats, da denne forpligtigelse handler om, at der er en fagperson, som familien ved de kan kontakte, og som sikre en øget tryghed for familien i forløbet. Tovholderen skal varetage en koordinerende rolle og eksempelvis have ansvar for at sikre, at der er tilstrækkelig progression i forløbet ved at indkalde til drøftelse om ændringer/tilpasninger af indsatser, hvis den forventede udvikling ikke finder sted. Den ansvarlige tovholder skal desuden have særligt fokus på kommunikation ved overgange mellem aktører og indsatstrin, både når aktører påbegynder og afslutter en indsats, og når barnet evt. returnerer til tidligere aktør. Tovholderen kan desuden have ansvar for at videreformidle en faglig vurdering af, hvornår barnet skal afsluttes og indsatser stoppes. Igangsættelsen af denne forpligtigelse lokalt i den enkelte kommune vil blive søgt understøttet af den gruppe der har/vil få ansvaret for implementeringen af nærværende aftale og de processer der er forbundet med denne.

4.7 Systematiseret kommunikation på børne- og ungeområdet

Som et led i udarbejdelsen af nærværende aftale har det vist sig i såvel arbejdsgrupperegi som i forbindelse med brugerundersøgelsen, at der efterlyses systematiseret elektronisk understøttet kommunikation på området.

Med denne aftale på børne- og ungeområdet forpligter aftaleparterne sig på, at der indgås en aftale om struktureret elektronisk kommunikation på børne- og ungeområdet. Aftalen vil involvere alle de parter, der er relevante for et forløb, og vil således gå på tværs af kommuner, sygehuse, psykiatri, socialområde, praktiserende læger og privatpraktiserende sundhedspersoner, f.eks. privatpraktiserende pædiatere.

Arbejdet hermed vil blive sat i gang, når nærværende aftale er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget. Opgaven kommer, i tråd med udvikling af lignende aftaler på øvrige områder, f.eks. Sam:Bo somatik og psykiatri, Sam:Bo Socialpsykiatri og Sam:Bo på beskæftigelsesområdet, til at ligge i Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo.

Sundhed.dk er det fælles offentlige sundhedsvæsen på nettet. Her er adgang til en lang række information og data, der kan understøtte henvisninger, samarbejdet, vejledning af patienter og borgere og muliggøre kommunikation sundhedsfaglige imellem.

Med denne aftale understreges den forpligtigelse kommunerne har i regi af Sundhedsaftalen i forhold til at oprette og synliggøre deres tilbud og indsatser overfor børn og unge på sundhed.dk.⁵ Således at borgere, praktiserende læger og øvrige samarbejdspartnere kan finde information om kommunale tilbud og indsatser.

Regionen forpligter sig på at skabe og vedligeholde en overordnet platform og indgang til information vedr. børn og unges mentale sundhed. Derudover er regionen også forpligtet på at oprette og synliggøre deres tilbud og indsatser overfor børn og unge. Dette evt. på sundhed.dk.

Praktiserende læger tilskyndes til at holde sig orienteret på Sundhed.dk om kommunale og regionale tilbud relevante for de tilfælde den enkelte patient henvender sig med.

I bilag 8 findes mere information om brugen af sundhed.dk som fælles tværsektorielt overblik over tilbud og indsatser.

⁵ Sundhedsaftalen 2015-18 s. 26

5 Aktører

Aftalen har primært fokus på at sikre forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel med henblik på at nedbringe antallet af børn og unge i mistrivsel. I det aktørerne omkring barnet ændres i takt med barnets eller den unges alder, er aftalen opdelt i tre aldersgrupper. Aldersgrupperingerne er således: 0-5-årige, 5-15-årige og 15-17-årige. Under hver aldersgruppering er der en opdeling i relevante aktører, handlingsmuligheder og anbefalinger til forbedring af samarbejdet.

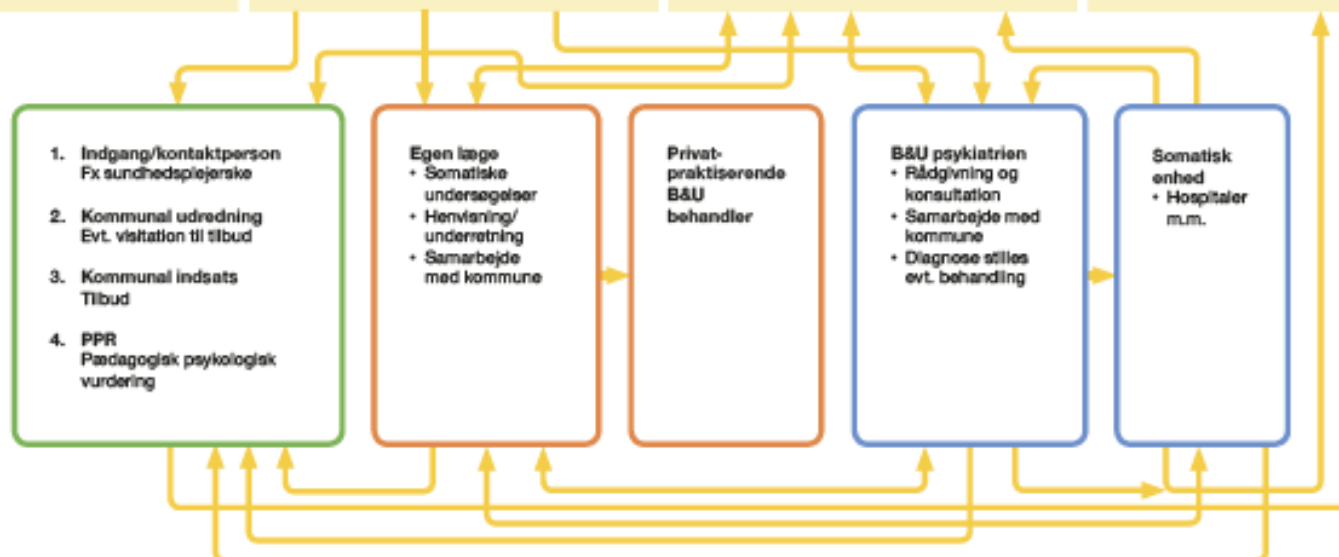
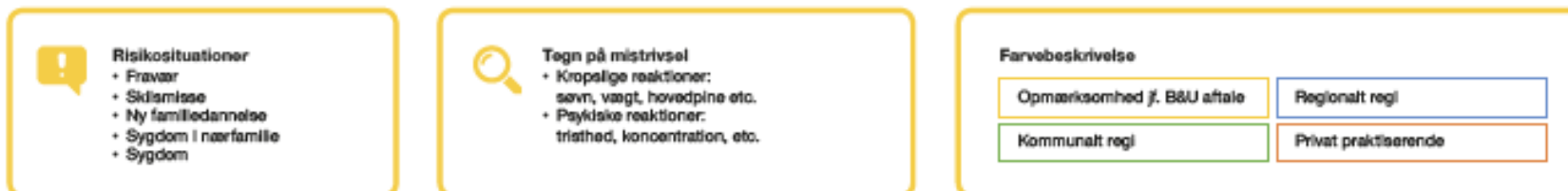
Gennemgående for alle aldersgrupper er, at de vigtigste aktører er forældrene, familien, vennerne og det nære netværk i øvrigt. Det er således det nære netværk, der til enhver tid – i det omfang, det er muligt – er den primære aktør i forhold til et barn eller en ung. Dette gælder både i forhold til forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel. I de tilfælde, hvor det nære netværk ikke formår at gribe rettidigt ind, er det de professionelle aktører, der skal iværksætte indsatser omkring barnet eller den unge.

Fagpersoner har en skærpet pligt til at foretage en underretning, hvis de har bekymring om et barn eller en ungs trivsel. (se mere i bilag 5 vedr. lovgivning).

Denne aftale omhandler de børn og unge, hvor netværket (forældre, venner mv.) ikke er tilstrækkeligt, og hvor kommunen, regionen og de praktiserende lægers indsatser og handlinger er af afgørende betydning for barnets eller den unges videre trivsel.

5.1 Aktør- og forløbsoversigt

Nedenfor er skitseret det forløb, som børn og unge med mistrivsel, som følge af nærværende aftale, vil gennemgå. Afhængigt af udfaldene undervejs vil forløbet enten, ved forbedringer i tilstanden, afsluttes, eller, ved forværring, fortsættes.



5.2 Målgruppe 0-5 år

(fra fødsel til skolestart)

Aktørbeskrivelse

Aftalen bevæger sig på tværs af sektorgrænser og ligeledes på tværs af afdelinger og myndhedsområder i kommunen samt afdelinger på sygehusene (psykiatriske og somatiske).

Relevante aktører i forhold til de 0-5-årige er:

Kommunen

I forhold til de kommunale aktører er følgende relevante og derfor omfattet af denne aftale:

- Familieafdelingen (myndigheden på børne- og ungeområdet)
- Sundhedsplejen
- Personale i vuggestuer, børnehaver, dagpleje og andre pasningstilbud
- Børne- og ungetandplejen
- PPR
- Misbrugscentre
- Tilbud og projekter af ad hoc-karakter
- Sociale centre, dag- og døgninstitutioner

Region Syddanmark

Af regionale aktører er følgende omfattet – oftest på baggrund af henvisning eller akutte hændelser:

- Sygehusene (somatikken)
- Psykiatrien (børne- og ungepsykiatrien)
 - Gruppen 0-3-årige behandles i Odense i en regionalt dækkende afdeling
 - 3-5-årige er tilknyttet den lokale regionale børne- og ungeafdeling
 - Voksenpsykiatrien i forhold til tidlig opsporing af forældre eller kommende forældre, hvor der er bekymring for barnet.
- Familieambulatorierne
- Sociale centre
- Tilbud og projekter af ad hoc-karakter

Praktiserende læge

Opgaver og ansvarsfordeling i forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn i 0-5 års alderen

Tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel er en vigtig del af den indsats, der skal forhindre, at barnet/den unge på sigt får behov for mere indgribende indsatser. For børn i alderen 0-5 år, der er i risiko for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel, er der følgende arbejdsfordeling/ansvarsfordeling:

Kommunen (dvs. de aktører, der er nævnt under kommunen, herunder særligt personale i og ledere af pasningstilbud samt sundhedsplejen):

- Kommunen skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for eller udviser tegn på mistrivsel. Såfremt et sådant barn identificeres, kontaktes forældrene/plejeforældrene/værgerne herom
- Kommunen (barnets pasningstilbud) er særligt opmærksomme i forhold til fravær jf. afsnit 4.2

- Kommunen (barnets pasningstilbud), er opmærksomme på barnets sociale relationer, mobning mv.
- Såfremt der igangsættes initiativer, sikrer kommunen, at forældre/plejeforældre/værger holdes orienteret og inddrages løbende
- På baggrund af samtale med forældrene vurderer kommunen, om der er behov for videre undersøgelser
- Såfremt kommunen vurderer, at der er behov for videre undersøgelser, indhentes samtykke fra forældrene med henblik på videregivelse af oplysninger til relevante fagpersoner (den henvisende part skal altid indhente samtykke). Såfremt forældrene ikke vil give samtykke her til, kan kommunen i vid udstrækning alligevel få oplysningerne efter retssikkerhedslovens § 11c, hvis der vurderes behov for det i forbindelse med en børnefaglig undersøgelse.
- Kommunen foretager en screening af barnets trivselsniveau og dets nærmiljø ved hjælp af evidensbaseret screeningsværktøj
- Den indledende vurdering vil ofte kræve involvering af barnet, forældre, institution, sundhedsplejerske, fysio- og/eller ergoterapeut, talepædagog, socialpædagog, socialrådgiver mv.
- Såfremt screeningen og de tegn, barnet udviser, indikerer, at der er behov for iværksættelse af indsats, iværksætter kommunen den rette indsats
- Kommunen udpeger en tovholder til familien, som kan hjælpe familien til at forstå den igangværende proces, sikre at der følges op på igangsatte tiltag og koordinere de iværksatte indsatser. Tovholderen kan med fordel være den sundhedsplejerske eller anden fagperson, der er tilknyttet familien
- Kommunen sikrer løbende koordinering med fagpersonerne omkring barnet, herunder også de ansatte i pasningstilbud, som har daglig omgang med barnet og forældrene/plejeforældre/værgerne
- Kommunen sikrer så vidt juridisk muligt koordinering og informationsudveksling med relevante parter i andre sektorer
- Såfremt forældrene ikke ønsker støtteforanstaltninger, er kommunen forpligtet på løbende at følge op på sagen eller sikre overlevering og opfølgning i andet regi

Somatiske sygehuse (børneafdelinger, Familieambulatorier mv.):

- Sygehuset skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for eller udviser tegn på mistrivsel, når de tilser disse børn i forbindelse med somatiske symptomer
- Sygehuset skal orientere forældre/plejeforældre/værger ved mistanke om mistrivsel og sikre, at disse orienteres og inddrages i den videre proces
- Ved mistanke om, at barnet har behov for særlig støtte, sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde
- Sygehuset skal sikre, at der indhentes samtykke fra forældre/værger til kommunikation, såvel internt på sygehuset mellem behandlere og afdelinger som til kommunikation med kommunale samarbejdspartner og almen praksis
- Sygehuset skal sikre et samarbejde med kommunen, således at kommune orienteres og inddrages i den videre proces
- Sygehuset skal sikre, at praktiserende læge orienteres om forløbet
- Såfremt forældrene ikke ønsker at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, vurderes det, om der er grundlag for en underretning
- Ved udeblivelse fra konkrete aftaler på sygehuset forsøger sygehuset at kontakte familien, og ved bekymring underrettes det kommunale myndighedsområde

Psykiatrisygehuset:

Det samme er gældende som for de somatiske sygehuse, dog yderligere:

- Psykiatrisygehuset fungerer som rådgiver og giver konsulentbistand til primærsektoren ved behov herfor i

forbindelse med sager om børn med tegn på eller i mistrivsel

Praktiserende læge:

- Almen praksis skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel
- Praktiserende læge indhenter samtykke til videre udredning og behandling af barnet
- Praktiserende læge henviser ved behov herfor til somatisk udredning og sikrer nødvendig informationsudveksling med barnets kommune (der kan efter omstændighederne være behov for at lave en underretning inden udredningen er gennemført).
- Ved bekymring for barnets tarv, sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde
- I forbindelse med udredning af barnet, som primært foregår i kommunalt regi, deltager praktiserende læge i netværksmøder
- Praktiserende læge følger løbende barnet i forbindelse med opfølgende konsultationer/undersøgelser. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger, fremsendes på ny underretning til kommunen

Igangsatte initiativer til at understøtte aftalen:

- I regi af projekt vedr. implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser er der iværksat et tiltag med kompetenceudvikling af frontpersonale i at identificere børn og unge med tegn på mistrivsel
- Der er ligeledes iværksat et projekt vedr. en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Denne har til hensigt at bygge videre på PPR-psykologernes kompetencer og sikre den rette sparring og supervision fra Psykiatrien for derved at medvirke til, at psykisk sårbare børn og unge får hurtigt hjælp i nærmiljøet

5.3 Målgruppe 5-15 år

(Grundskolealder)

Aktørbeskrivelse

Aftalen bevæger sig på tværs af sektorgrænser og ligeledes på tværs af afdelinger og myndighedsområder i kommunen samt afdelinger på sygehusene (psykiatriske og somatiske).

Relevante aktører i forhold til de 5-15-årige er:

Kommunen

I forhold til de kommunale aktører er følgende relevante og derfor omfattet af denne aftale:

- Familieafdelingen (Myndigheden på børne- og ungeområdet)
- Personale på skolerne, SFO'erne og ungdomsklubberne (skolelærere, pædagoger, AKT lærere mv.)
- PPR
- Sundhedsplejen
- Børne- og ungetandplejen
- UU-vejledere
- Sociale centre, dag- og døgninstitutioner

Region Syddanmark

Af regionale aktører er følgende omfattet – oftest på baggrund af henvisning eller akutte hændelser:

- Sygehusene (somatikken)

- Psykiatrien (børne- og ungepsykiatrien)
- Familieambulatorierne
- Sociale centre
- Tilbud og projekter af ad hoc-karakter

Praktiserende læge

Opgaver og ansvarsfordeling i forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn og unge i alderen 5-15 år.

Tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel er en vigtig del af den indsats, der skal forhindre, at barnet/den unge på sigt får behov for mere indgribende indsatser. For børn i alderen 5-15 år, der er i risiko for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel, er der følgende arbejdsfordeling:

Kommunen (dvs. de aktører, der er nævnt under kommunen, herunder særligt personale i og ledere af udvisnings- og fritidstilbud samt sundhedsplejen):

- Kommunen skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel. Såfremt et sådant barn identificeres, kontaktes forældrene/ værgerne herom
- Kommunen (barnets skole) er særligt opmærksomme i forhold til skolefravær jf. afsnit 3.2)
- Kommunen (barnets skole og, hvor det er relevant, undervisnings – og fritidstilbud), er opmærksomme på barnets sociale relationer, mobning mv.
- Såfremt der igangsættes initiativer, sikrer kommunen, at forældre/værger holdes orienteret og inddrages løbende
- På baggrund af samtale med forældrene vurderer kommunen, om der er behov for videre undersøgelser
- Såfremt kommunen vurderer, at dette er tilfældet, indhentes samtykke fra forældrene med henblik på videregivelse af oplysninger til relevante fagpersoner. Såfremt forældrene ikke vil give samtykke her til, kan kommunen i vid udstrækning alligevel få oplysningerne efter retssikkerhedslovens § 11c, hvis der vurderes behov for det i forbindelse med en børnefaglig undersøgelse.
- Kommunen foretager en screening af barnet og dennes nærmiljø ved hjælp af evidensbaseret screeningsværktøj
- Den indledende vurdering vil ofte kræve involvering af barnet, forældre, institution, sundhedsplejerske, fysio- og/eller ergoterapeut, talepædagog, socialpædagog, socialrådgiver mv.
- Såfremt screeningen og det samlede symptombillede viser, at der er behov for iværksættelse af indsats, iværksætter kommunen denne
- Kommunen udpeger en tovholder til familien, som kan hjælpe familien til at forstå den igangværende proces, sikre at der følges op på igangsatte tiltag og koordinere de iværksatte indsatser. Tovholderen kan med fordel være den sundhedsplejerske eller anden fagperson, der er tilknyttet familien
- Kommunen sikrer løbende koordinering med fagpersonerne omkring barnet, herunder også de ansatte i undervisnings – og fritidstilbud, som har daglig omgang med barnet og forældrene/plejeforældrene/værgerne
- Kommunen sikrer, i det omfang, det er juridisk muligt, at der sker koordinering og informationsudveksling med relevante parter i andre sektorer
- Såfremt forældrene ikke ønsker støtteforanstaltninger, er kommunen forpligtet på løbende at følge op på sagen eller sikre overlevering og opfølgning i andet regi

Særligt for skoler og SFO/ungdomsklubber mv.

- Skolen og SFO'en skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel. Såfremt et sådant barn identificeres, kontaktes forældrene/plejeforældrene/værgerne herom

- Skoler og SFO/ungdomsklubber mv. er ved bekymring for et barns eller ungs trivsel forpligtet på at foretage underretning til kommunen
- Skolen sikrer, at forældre/plejeforældre/værger holdes orienteret og inddrages løbende
- På baggrund af samtale med forældrene vurderer skolen, om der er behov for videre indsats
- Såfremt skolen vurderer, at dette er tilfældet, indhentes samtykke fra forældrene med henblik på videregivelse af oplysninger til relevante fagpersoner, når tiltag i egen "værktøjskasse" er forsøgt
- Kommunen foretager en screening af barnet og dennes nærmiljø ved hjælp af evidensbaseret screeningsværktøj
- Den indledende vurdering vil ofte kræve involvering af barnet, forældre, sundhedsplejerske, fysio- og/eller ergoterapeut, talepædagog, socialpædagog, socialrådgiver, PPR-psykolog mv.
- Såfremt screeningen og det samlede symptombillede viser, at der er behov for iværksættelse af indsats, iværksætter skolen denne

Somatiske sygehuse (børneafdelinger, Familieambulatorier mv.):

- Sygehuset skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel, når de tilser disse børn i forbindelse med somatiske symptomer
- Sygehuset skal orientere forældre/plejeforældre/værger ved mistanke mistrivsel og sikre, at disse orienteres og inddrages i den videre proces
- Ved bekymring for barnets tarv, sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde
- Sygehuset skal sikre, at der indhentes samtykke fra forældre/værger til intern og tværsektoriel kommunikation og sikre, at praktiserende læge orienteres om forløbet
- Sygehuset skal sikre et samarbejde med kommunen, således at kommune orienteres og inddrages i den videre proces
- Såfremt forældrene ikke ønsker at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, vurderes det, om der er grundlag for en underretning
- Ved udeblivelse fra konkrete aftaler på sygehuset forsøger sygehuset at kontakte familien, og ved bekymring underrettes det kommunale myndighedsområde

Psykiatrisygehuset:

Det samme som for de somatiske sygehuse, dog yderligere:

- Psykiatrisygehuset fungerer som rådgiver og giver konsulentbistand til primærsektoren ved behov herfor i forbindelse med sager om børn med tegn på eller i mistrivsel

Praktiserende læge:

- Almen praksis skal medvirke til opsporing af børn, der er i fare for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel
- Praktiserende læge indhenter samtykke til videre udredning og behandling af barnet
- Praktiserende læge henviser til evt. somatisk udredning og sikrer nødvendig informationsudveksling med barnets hjemkommune
- Ved bekymring for barnets tarv, sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde
- I forbindelse med udredning af barnet, som primært foregår i kommunalt regi, deltager praktiserende læge i netværksmøder
- Praktiserende læge følger løbende barnet i forbindelse med eventuelle opfølgende konsultationer/undersøgelser. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger, fremsendes på ny underretning til kommunen

Igangsatte initiativer til at understøtte aftalen:

- I regi af projekt vedr. implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser er der

iværksat et tiltag med kompetenceudvikling af frontpersonale i at identificere børn og unge med tegn på mistrivsel

- Der er ligeledes iværksat et projekt vedr. en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Denne har til hensigt at bygge videre på PPR-psykologernes kompetencer og sikre den rette sparring og supervision fra psykiatrien for derved at medvirke til, at psykisk sårbare børn og unge får hurtigt hjælp i nærmiljøer

5.4 Målgruppe 15-17 år

(Unge, som er færdige med grundskoleforløbet, dvs. 10. klasse, efterskole, ungdomsuddannelser, gymnasiale uddannelser, beskæftigelsesøgende mv.)

Aktørbeskrivelse

Aftalen bevæger sig på tværs af sektorgrænser og ligeledes på tværs af afdelinger og myndighedsområder i kommunen samt afdelinger på sygehusene (psykiatriske og somatiske).

Relevante aktører i forhold til de 15-17-årige er:

Kommunen

I forhold til de kommunale aktører er følgende relevante og derfor omfattet af denne aftale:

- Familieafdelingen (Myndigheden på børne- og ungeområdet)
- Familierådgivere/børne- og ungerådgivere
- Børne- og ungepsykologer
- Misbrugskonsulenter
- Sundhedsplejen (i de kommuner, hvor faggruppen organisatorisk kan indtænkes i tilbud til denne aldersgruppe, evt. i forbindelse med præventionsamtaler)
- Børne- og ungetandplejen
- Ungdommens Uddannelsesvejledning, rådgivning på ungdomsuddannelser, PPR
- Den kommunale ungeindsats jf. FGU (Fælles Grunduddannelse) (ultimo 2019)
- Sociale centre, dag- og døgninstitutioner

Region Syddanmark

Af regionale aktører er følgende omfattet – oftest på baggrund af henvisning eller akutte hændelser:

- Sygehusene (somatikken)
- Psykiatrien (børne- og ungepsykiatrien)
- Sociale centre
- Tilbud og projekter af ad hoc-karakter

Frivillige

Diverse frivillige organisationer, der hjælper unge i mistrivsel

Staten

Af statslige aktører er følgende relevante og derfor omfattet af denne aftale:

- Efterskoler
- Ungdomsuddannelser (Herunder bl.a. Gymnasier, Erhvervsskoler, Social- og sundhedsskoler mv.)

Praktiserende læge

Opgaver og ansvarsfordeling i forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn og unge i alderen 15-17 år.

Tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel er en vigtig del af den indsats, der skal forhindre, at den unge på sigt får behov for mere indgribende indsatser. For unge i alderen 15-17 år, der er i risiko for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel, er der følgende arbejdsfordeling:

Kommunen (dvs. de aktører, der er nævnt under kommunen, herunder særligt sundhedsplejen, ungdomsuddannelserne, Ungdommens Uddannelsesvejledning, studievejledere):

- Kommunen skal medvirke til opsporing af unge, der er i fare for eller udviser tegn på mistrivsel. Såfremt en sådan ung identificeres, kontaktes forældrene/værgerne herom
- Såfremt der igangsættes initiativer, sikrer kommunen, at forældre/plejeforældre/værger holdes orienteret og inddrages løbende
- Kommunen (barnets undervisningstilbud), er opmærksom på barnets sociale relationer, mobning mv.
- På baggrund af samtale med forældrene og den unge, vurderer kommunen, om der er behov for videre undersøgelser
- Såfremt kommunen vurderer, at dette er tilfældet, indhentes samtykke fra forældrene og den unge med henblik på videregivelse af oplysninger til relevante fagpersoner. Såfremt forældrene ikke vil give samtykke her til, kan kommunen i vid udstrækning alligevel få oplysningerne efter retssikkerhedslovens § 11c, hvis der vurderes behov for det i forbindelse med en børnefaglig undersøgelse.
- Kommunen foretager en screening af den unge og dennes nærmiljø ved hjælp af evidensbaseret screeningsværktøj
- Den indledende vurdering vil ofte kræve involvering af den unge, forældre, institution, sundhedsplejerske, fysio- og/eller ergoterapeut, talepædagog, socialpædagog, socialrådgiver mv.
- Såfremt screeningen og det samlede symptombillede viser, at der er behov for at iværksætte en indsats, påbegynder kommunen denne
- Kommunen udpeger en tovholder til familien, som kan hjælpe familien til at forstå den igangværende proces, sikre at der følges op på igangsatte tiltag og koordinere de iværksatte indsatser
- Kommunen sikrer løbende koordinering med fagpersonerne omkring den unge, herunder også de, som har daglig omgang med barnet og forældrene/plejeforældre/værgerne
- Kommunen sikrer så vidt det er juridisk muligt, at der sker koordinering og informationsudveksling med relevante parter i andre sektorer
- Såfremt forældrene og/eller den unge ikke ønsker støtteforanstaltninger, er kommunen forpligtet på løbende at følge op på sagen eller sikre overlevering og opfølgning i andet regi

Somatiske sygehuse (børneafdelinger mv.):

- Sygehuset skal medvirke til opsporing af unge, der er i fare for eller udviser tegn på mistrivsel, når de tilser disse i forbindelse med somatiske symptomer
- Sygehuset skal orientere forældre/værger ved mistanke mistrivsel og sikre, at disse orienteres og inddrages i den videre proces
- Ved bekymring for barnets tarv, sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde
- Sygehuset skal sikre, at der indhentes samtykke fra forældre/plejeforældre/værger og den unge til intern og tværsektoriel kommunikation og sikre, at praktiserende læge orienteres om forløbet
- Sygehuset skal sikre et samarbejde med kommunen, således at kommune orienteres og inddrages i den videre proces

- Såfremt forældrene og/eller den unge ikke ønsker at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, vurderes det, om der er grundlag for en underretning
- Ved udeblivelse fra konkrete aftaler på sygehuset forsøger sygehuset at kontakte familien og/eller den unge, og ved bekymring underrettes det kommunale myndighedsområde

Psykiatrisygehuset:

Det samme som for de somatiske sygehuse, dog yderligere:

- Psykiatrisygehuset fungerer som rådgiver og giver konsulentbistand til primærsektoren ved behov herfor i forbindelse med sager om børn med tegn på eller i mistrivsel

Praktiserende læge:

- Almen praksis skal medvirke til opsporing af unge, der er i fare for at mistrives eller udviser tegn på mistrivsel
- Praktiserende læge indhenter samtykke til videre udredning og behandling af den unge
- Praktiserende læge henviser til evt. somatisk udredning og sikrer nødvendig informationsudveksling med den unges hjemkommune
- Ved bekymring for den unges tarv, sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde
- I forbindelse med udredning af den unge, som primært foregår i kommunalt regi, deltager praktiserende læge i netværksmøder
- Praktiserende læge følger løbende den unge i forbindelse med eventuelle opfølgende konsultationer/undersøgelser. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger, fremsendes på ny underretning til kommunen

Igangsatte initiativer til at understøtte aftalen:

- I regi af projekt vedr. implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser er der iværksat et tiltag med kompetenceudvikling af frontpersonale i at identificere børn og unge med tegn på mistrivsel
- Der er ligeledes iværksat et projekt vedr. en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Denne har til hensigt at bygge videre på PPR-psykologernes kompetencer og sikre den rette sparring og supervision fra psykiatrien for derved at medvirke til, at psykisk sårbare børn og unge får hurtigt hjælp i nærmiljøet

6 anbefalinger

I afsnit 4 er de særlige fokusområder og faglige forpligtelser i forbindelse med denne aftale beskrevet. Følgende afsnit indeholder en række yderligere anbefalinger til, hvordan forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn og unge kan skærpes, samt hvordan det tværsektorielle samarbejde omkring børn og unge i mistrivsel kan forbedres. Implementeringen af anbefalingerne skal ske med udgangspunkt i de enkelte aktørers kontekst og med respekt for lokale variationer og ressourcer.

Anbefalingerne er fremkommet dels på baggrund af et brugerstudie af målgruppen, deres pårørende og fagpersoner omkring disse, og dels på baggrund af arbejdet i arbejdsgruppen omkring aftalen. Derudover har en workshop afholdt for en række fagpersoner på området, afstedkommet yderligere anbefalinger.

Det bemærkes, at der ikke er taget stilling til retlige spørgsmål i forbindelse med udarbejdelsen og beskrivelsen af nedenstående anbefalinger. Når der arbejdes videre med den enkelte anbefaling, er det derfor vigtigt, at de juridiske rammer belyses og indarbejdes i forbindelse med det videre arbejde.

Kommunale indsatser:

6.1 Feedback på underretning

Det anbefales, at kommunerne ved indkommen underretning vedrørende mistanke om et barns/ ungs mistrivsel skærper den orientering, der jf. serviceloves § 155b skal gives til underretter. I serviceloves § 155b er det beskrevet, at en orientering til underretter som minimum skal indeholde:

- En bekræftelse på modtagelse inden for 6 hverdage.
- Information om, hvorvidt kommunen har iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende det barn eller den unge, som underretningen vedrører.

Derudover anbefales det, at kommunen orienterer underretter om, hvilken type foranstaltning den har iværksat, og om den planlagte varighed heraf, såfremt oplysninger herom vil have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjenesten kan yde barnet eller den unge.

I det omfang, det er juridisk muligt og det vil have væsentlig betydning for den støtte fagpersonen yder barnet eller den unge, bør kommunen løbende orientere underretter om nye foranstaltninger, da dette vil kunne styrke koordineringen og samarbejdet vedr. børn og unges forløb.

6.2 Fast Sundhedsplejerske tilknyttet institutionerne

Det anbefales, at alle dagtilbud har en fast sundhedsplejerske tilknyttet. Den tilknyttede sundhedsplejerske vil bl.a. kunne afholde temaoplæg for henholdsvis fagpersonalet og forældrene. Ligeledes vil de kunne indgå i faglig sparring og understøtte forældrene i de sammenhænge, hvor der f.eks. skal foregå en udveksling af informationer om svære forhold i forhold til barnets trivsel til dagtilbuddet.

6.3 Henvisning til PPR

Det anbefales, at der i kommunerne arbejdes hen imod en smidigere procedure for henvisning til PPR. Dette arbejde bør indeholde en formalisering af samarbejdet med og henvisning fra somatiske og psykiatriske afdelinger til PPR. Endvidere skal ventetiden fra henvisning til PPR til igangsættelse af indsatser nedbringes, da ventetid kan medføre forværring i barnets/den unges tilstand.

6.4 Fagpersoner tilknyttet dagtilbud

Det anbefales, at der oprettes et mere formaliseret, tværfagligt samarbejde mellem den kommunale børne- og ungespsykolog og andre relevante fagpersoner og det enkelte dagtilbud. Fagpersonerne vil på den måde have et mere indgående kendskab til personale og forældre, hvilket kan fremme samarbejdet ved opsporing af mistrivsel.

6.5 Forældrekurser

Det anbefales, at der kommer større fokus på at understøtte forældre i deres rolle, gerne via sundhedsplejersken, da de allerede er i kontakt med familierne. Dette kan foregå ved forældreundervisning. Det kan f.eks. være afholdelse af forældrekursus i forhold til at udvikle børns mentaliseringsevne hos særligt sårbare forældre, som sundhedsplejersken har været i kontakt med. Det kunne også være pædagoger og sundhedsplejersker, der i et tværfagligt samarbejde om sårbare mødre udarbejder et tilbud til målgruppen.

6.6 Sundhedsplejen

Det anbefales, at alle gravide skal ses af en sundhedsplejerske, samt at der bør være særligt fokus på gravide, der oplever eller tidligere har oplevet komplikationer i forbindelse med graviditeten, f.eks. en fødselsdepression. At alle gravide bør tilses af Sundhedsplejen understreger vigtigheden af at være opmærksom på barnet allerede fra graviditeten. Dette gør sig særligt gældende i de tilfælde, hvor en eller begge forældre har en psykisk diagnose.

6.7 Screeningsredskaber

Det anbefales, at fagprofessionelle (f.eks. sundhedsplejersker, læger, medarbejdere i PPR mv.) skal anvende et evidensbaseret screeningsredskab til vurdering af børns trivsel og mentale sundhed. Denne screening bør ske, når tegn på mistrivsel registreres hos et barn eller en ung. (se bilag 7). Screeningen bør ske helhedsorienteret, således at der ses på både barnet/den unge, dets nærmiljø og læringsmiljø. Der følges systematisk op på screeningen, så længe det vurderes relevant/nødvendigt.

Endvidere lægges der med aftalen op til at styrke systematisering af opsporing af børn og unge i mistrivsel via frontpersonale (personale i fx dagpleje, børnehave, skoler, uddannelsesinstitutioner). Kendskab til og brug af screeningsredskaber skal være med til at skabe en ensartet måde, hvorpå frontpersonale kan opspore børn i mistrivsel.

Brug af evidensbaseret screeningsværktøj skal skabe en systematik omkring screening af børn og unge, og i højere grad sikre tidlig opsporing og tidlig indsats ved mistrivsel. (Eksempler på screeningsværktøj kan ses i bilag 7).

6.8 Samtalegrupper

Det anbefales, at der, som en støttende og tidligt opsporende foranstaltning på skoler, kan oprettes samtalegrupper, hvor børn og unge kan tale med andre i samme situation f.eks. ved skilsmisse. Disse grupper kan afholdes efter behov (hver måned, hver tredje måned eller andet) og bør understøttes af en eller flere fagprofessionelle, der både støtter børnene og de unge i gruppen samt sikrer evt. videre handling, hvis mistrivsel registreres.

6.9 Støtteordning til fremmøde i institution og skole

Skolefravær kan i mange tilfælde være en følgevirkning af mistrivsel, og mistrivsel kan yderligere forværres, hvis skolegangen ikke genetableres. For mange børn og unge i mistrivsel kan det virke uoverstigeligt at komme ud ad døren og af sted til skolen. Det anbefales derfor, at kommunen (tovholderen) går i dialog med forældre til børn og unge, som har bekymrende skolefravær med henblik på at etablere en støtteordning til fremmøde. Dette kan så vidt mulig håndteres indenfor familien og netværk ved, at der laves en aftale om, at en bedsteforælder, tante, ven af familien mv. sørger for at barnet eller den unge kommer i skole/uddannelsesstedet.

6.10 Kontaktperson på ungdomsuddannelserne

Det anbefales, at der for at understøtte unge, som har færdiggjort folkeskolen, på hver ungdomsuddannelsesinstitution oprettes en funktion som kontaktperson for unge. Denne kontaktperson skal bl.a. have til opgave at opspore de unge, der mistrives på ungdomsuddannelserne. Dette kan med fordel varetages af den UU vejleder, Sundhedsplejen eller anden faggruppe i kommunal regi.

Regionale indsatser:

6.11 Online informationsplatform

Det anbefales, at regionen opretter en online regional portal som kan tilgås af såvel fagpersoner som borgere, evt. på Sundhed.dk. Portalen skal være en platform, hvor der findes en oversigt over selvhjælpsværktøjer til familier, en oversigt over tilbud og en oversigt over kontaktmuligheder. Endvidere skal der være inspirationsmateriale, konkrete værktøjer samt henvisninger til andet relevant materiale.

6.12 Tværfaglig og tværsektoriel sparring

Det anbefales, at der oprettes et online forum, hvor der en gang om måneden afholdes tværfaglig og tværsektoriel case-baseret sparring. Dette foregår virtuelt, så fagpersoner fra de syddanske kommuner og regionale aktører kan deltage uden transporttid.

6.13 Indsatser for børn af forældre med en psykisk diagnose eller svær/invaliderende somatisk sygdom

Det anbefales, at der skabes en skærpet opmærksomhed omkring børn af forældre med en psykisk diagnose eller svær/invaliderende somatisk lidelse. Dette kan ske ved, at der automatisk igangsættes en systematisk og jævnlig screening af børn af forældre med en psykisk diagnose eller en alvorlig somatisk lidelse. Systematisk screening og øget opmærksomhed skal anvendes som basis for, hvorvidt barnet eller den unge har brug for igangsættelse af støtteforanstaltninger.

Indsatser vedr. almen praksis:

6.14 Henvendelse til PPR

Det anbefales, at der udarbejdes en aftale, der sikrer, at sygehuslæger og almen praksis kan henvende sig til PPR vedr. børn og unge med tegn på mistrivsel. Dette skal støtte den tidlige opsporing og lette proceduren omkring udredning med fokus på mental trivsel. En sådan beskrivelse er i et samarbejde mellem foreningen af ledere af PPR-funktioner i regionen og Region Syddanmark under udarbejdelse.

6.15 Underretning

Det er et lovkrav, at de praktiserende læger underretter, så snart de har en formodning om, at der er tegn på mistrivsel hos et barn eller en ung. Det er vigtigt, at almen praksis er opmærksom på denne forpligtelse og der kan, i forbindelse med implementeringen af nærværende aftale, sættes særligt fokus på at skærpe opmærksomheden.

6.16 Indsatser for børn af forældre med en psykisk diagnose eller svær/invaliderende sygdom

Det anbefales, at der skabes en skærpet opmærksomhed omkring børn af forældre med en psykisk diagnose eller en svær/invaliderende somatisk lidelse. Dette kan ske ved at der automatisk igangsættes en systematisk og jævnlig screening af børn af forældre med en psykisk diagnose. Systematisk screening og øget opmærksomhed skal anvendes

som basis for, hvorvidt barnet eller den unge har brug for igangsættelse af støtteforanstaltninger.

UDKAST

7 Implementering

Med denne tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark er der udarbejdet syv faglige forpligtelser, som aktørerne omfattet af aftalen forventes at implementere i løbet af en periode på xx måneder/år.

De faglige forpligtelser omhandler:

- Underretninger som kommunikationsform
- Hurtig reaktion på gentagende/systematisk dagtilbuds- og skolefravær
- Særlig proaktiv indsats overfor børn af forældre med psykisk sygdom
- Særlig indsats overfor børn i familier med alvorlig somatisk sygdom
- Tværfaglige og tværsektorielle netværksmøder (evt. virtuelt) om det enkelte barn med tegn på mistrivsel
- Udpegning af særlig kontaktperson, som familien og det berørte barn/den unge kan have særlig tillid til
- Systematisk elektronisk kommunikation på børne- og ungeområdet

Derudover er fremkommet en række anbefalinger til forbedring af indsatsen for børn og unge med tegn på mistrivsel. Disse anbefalinger vil i mange tilfælde kræve konkrete ændringer i måden, hvorpå der arbejdes i dag. Det er arbejdsgruppens vurdering, at en implementering af hver enkel af anbefalingerne vil medføre markante forbedringer af arbejdet med tidligt at opspore og forebygge mistrivsel blandt børn og unge. Nogle af anbefalingerne vil kunne implementeres lokalt uden behov for bred koordinering på tværs af kommuner og region, herunder f.eks. kommunale guidelines for håndtering af fravær i dagtilbud og skoler, mens flere med fordel løftes til et regionalt niveau. Hermed menes, at der f.eks. nedsættes arbejdsgrupper, der har til formål at stille forslag om et fælles screeningsredskab og indikationer for, hvornår dette anvendes, samt udvikling af forældrekurser og elektronisk understøttelse.

Det er arbejdsgruppens forslag, at der nedsættes en implementeringsgruppe som i samarbejde med de lokale samordningsfora sikrer implementeringen af aftalen hos aftaleparterne. Implementeringsgruppen sikrer endvidere, at de faglige forpligtelser efterleves, samt at der systematisk arbejdes med anbefalingerne i aftalens punkt 6.

8 Monitorering og evaluering

Denne tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark vurderes løbende i det daglige samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og regionale aktører. Aftalen vurderes konkret én gang årligt i Følgegruppen for forebyggelse, under Sundhedsaftalen.

Aftalen monitoreres og evalueres løbende ud fra allerede registrerede data, herunder:

Effekt mål	Indikator	Datakilde	Kadence	4-årigt ambitionsniveau 2018 - 2021
1. Børn og unge lever et liv med bedre mental sundhed og trivsel	Andelen af 16-24 årige med dårligt mentalt helbred.	Sundhedsprofilen	Hvert 4. år. Igen i 2021	Der forventes i 2021 et fald i andelen af 16-24 årige med dårligt mentalt helbred. 2010: 12% 2013: 12,5%, 2017: 16,6%
	Antal børn og unge der henvises til udredning og behandling i Region Syddanmarks børne- og ungdomspsykiatri.	Datakilde er under afklaring	Én gang årligt.	Det forventes, at antallet af henviste til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien falder. Indikatoren er under udarbejdelse.
2. Børn og unge får hjælp og støtte inden deres mental sundhedssituation udvikler sig negativt.	Professionelle omkring børn og unge handler på mistanke om mistrivsel: Antal underretninger på mistanke om mistrivsel fra hhv.: <ul style="list-style-type: none"> • almen praksis • somatiske afdelinger • psykiatriske afdelinger • andre aktører 	Datakilde er under afklaring – indhentes ved de kommunale aktører	Én gang årligt.	Indikatoren er under udarbejdelse.
	Andel af børn og unge der har længerevarende fravær i skole.	Fravær defineres ved fravær på 11 eller flere fraværstilfælde gennem de seneste tre måneder. Datakilde er under afklaring	Én gang årligt.	Der forventes, et fald på 10 % i fravær i skole. Indikatoren er under udarbejdelse.

3. Børn og unge der oplever højere grad af sammenhæng og koordinering af indsatser og forløb på tværs af sektorer.	Antal besøgende på fælles online platform vedr. mental sundhed.	Regionen er ansvarlig for at trække data på antal unikke besøgende på platformen eller sundhed.dk.	Én gang årligt.	Det forventes, at antal besøgende på platformen, når 5.000 unikke besøgende det første år, og herefter en årlig stigning på 10 % frem mod 2021 Baseline 2018: 0
	Antal kommunale tilbud/indsatser som fremgår på sundhed.dk, relevant for forebyggelse og behandling af mistrivsel for børn og unge. Herunder at tilbud har en klar angivelse af: <ul style="list-style-type: none"> • Målgruppe • Indhold • Henvisning • Kontaktoplysninger 	Regionen laver en optælling af kommunale tilbud tilgængeligt på sundhed.dk.	Én gang årligt.	Det forventes, at hver kommune som minimum har to tilbud vedr./målrettet børn og unges mentale trivsel. Indikatoren er under udarbejdelse.
	Andel af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien der bliver henvist til et andet tilbud, fordi de ikke hører hjemme i psykiatrien i Region Syddanmark.		Én gang årligt.	
	Andel af børn og unge der er ambulante i forløb ved børn og ungepsykiatrien oplever tilfredshed med B&U psykiatriens samarbejde og sammenhæng med hhv. . <ul style="list-style-type: none"> • daginst./skole/udd. • PPR/socialforvaltning • praktiserende læge 	LUP – psykiatri B&U ambulant om samarbejde og sammenhæng O Tilfredshed med samarbejdet med daginst./skole/udd. O Tilfredshed med samarbejdet med PPR/socialforvaltning O Tilfredshed med samarbejdet med praktiserende læge	Én gang årligt	Der forventes, et en stigning i tilfredsheden.

Indledningsvis vil der blive monitoreret på ovenstående data. Derudover vil implementeringsgruppen/kvalitets- og læringsnetværket for børn og unges mentale sundhed (som etableres i forbindelse med satspuljeprojektet vedr. implementering af forløbsprogrammerne for angst og depression, ADHD, og spiseforstyrrelse og selvskade) arbejde med at afklare, om der er behov for yderligere monitoreringspunkter for at holde et fælles regionalt fokus på området.

Der opfordres til, at der mindst én gang om året afholdes en regional temadag omhandlende det tværsektorielle samarbejde om børn og unges mentale sundhed for parterne, der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen, hvor implementeringsgruppen/kvalitets- og læringsnetværket for børn og unges mentale sundhed vil være ansvarlig for at pege på en aktuell problemstilling med udgangspunkt i samarbejdsaftalen.

UDKAST

9 Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer

Kurt Espersen (regional formand)	Koncerndirektør, Regionshuset
Sonja Serup Hansen (kommunal formand)	Sundheds- og forebyggelseschef, Odense Kommune.
Mette Rokkjær	Overlæge, Pædiatri, SLB
Gitte Telling	Afdelingslæge, Børne- og ungeklinikken, SHS
Tove Wilhelmsen	Afdelingssygeplejerske, H.C. Andersens Børnehospital, OUH
Lone Fjeldsted Aagaard	Ledende oversygeplejerske, Gynækologi/Obstetrik/Pædiatri, SVS
Thorsten Schumann	Overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland, Aabenraa
Lene Granhøj Nørgaard Jensen	Oversygeplejerske, Børne- og ungdomspsykiatri Odense
Kirsten Blæhr	Chef, Familie og Børnesundhed, Fredericia Kommune
Ulla Dupont	Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune
Lene Pedersen Warwick	Områdeleder Tidlig Indsats og Myndighed, Sønderborg Kommune
Jytte Engedal Jensen	Konsulent for inklusion og special pædagogik, Vejle Kommune
Tanja Mühl	Kontorleder hos Myndighedsafdelingen Tinglev, Børn og Familie, Aabenraa Kommune
Anders Lundsgaard	Leder af PPR, Aabenraa Kommune
Susanne Buhl	Børne- og ungeoverlæge, Odense Kommune
Lene Brorsen-Riis	Praktiserende læge, PLO Syd
Anne-Mette Rotwitt	Praktiserende læge, PLO Syd
Kirsten Frost Lorenzen	AC-medarbejder, Afd. for Sundhedsplanlægning, Regionshuset.
Christine Lund Momme (sekretær)	Specialkonsulent, Tværsektorielt samarbejde, Regionshuset
Magnus Falby (sekretær)	Konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Regionshuset
Katrine Iwersen (sekretær)	Konsulent, Børn- og Ungeforvaltningen, Odense Kommune.

10 Bilag 2: Kommissorium og leverancer

Kommissorium for arbejdsgruppe til Aftale på børne- og ungeområdet

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for Forebyggelse. Kommissoriet for arbejdsgruppen er udarbejdet af sekretariatet under Følgegruppen for Forebyggelse, Iben Lykke Eggertsen og Christine Lund Momme.

Baggrund

I Sundhedsaftalens punkt 8.2.2 står der, at der skal laves en ny aftale på børne- og ungeområdet. Aftalen skal understøttes elektronisk, og have fokus på snitflader mellem sektorerne.

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede på møde den 28. februar 2017 at igangsætte arbejdet med udarbejdelsen af den tværgående aftale på børne- og ungeområdet. Beslutningen blev truffet med udgangspunkt i en behandling af en afdækning af indsatser for mental sundhed på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark. Afdækningen viste, at der er mange indsatser i gang på området, men at der mangler koordinering af disse. Det blev derfor besluttet at igangsætte arbejdet med aftalen, således at der kan opnås en højere grad af samordning og koordinering på tværs af sektorerne til gavn for børnene og de unge.

Formål

Formålet med *Aftale om børn og unge (0-17 år)* er at understøtte samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis for at sikre et koordineret og sammenhængende borgerforløb af høj kvalitet på tværs af sektorerne til gavn for børn og unge samt deres familier. Der lægges vægt på, at aftalen skal rumme den tidlige opsporing, forebyggelse og behandling, såvel tværfagligt som tværsektorielt.

Aftalen skal dække børne- og ungeområdet, dvs. såvel somatik som psykiatri, indenfor følgende områder:

- Mental sundhed hos børn og unge (Sundhedskoordinationsudvalget)
 - Tidlig opsporing og forebyggelse af psykisk og somatisk sygdom, herunder i særdeleshed i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom (Vejledning⁶)
- Sammenhæng og koordinering i udrednings- og behandlingsforløb på tværs af sektorer (Vejledning1)

Afgrænsning

Det skal sikres, at Aftale om børn og unge har de rette snitflader til andre eksisterende aftaler, som den kommende aftale ikke erstatter, herunder f.eks. Region Syddanmarks Fødeplan samt Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade. Aftalen har dermed til formål at omfatte tidlig opsporing, børn og unge i et udredningsforløb eller i et forløb med en høj grad af kompleksitet, f.eks. børn med flere problemstillinger på tværs af somatik, psykiatri og socialområdet.

10.1 Leverancer

Arbejdsgruppen leverer en opdateret status til hvert af Følgegruppens møder, dvs. ca. hver 2. måned.

Det forventes at:

- Første leverance indeholder en målgruppeafgrænsning, en disposition til aftalen samt et overblik over

⁶ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsaftalen pr. 3. januar 2014

aktører på området. Desuden forventes et overblik over eksisterende aftaler/strategier/retningslinjer på området. Det bør klart fremgå, hvor aftalen for børn og unge dækker specifikke målgrupper, og hvor den dækker bredt i forhold til bl.a. mental sundhed.

- Anden leverance er et udkast til en aftale, et overblik over hvilke aktører der varetager hvilke opgaver i forløbet, samt et forslag til de dele af aftalen, der skal understøttes elektronisk. Herudover skal der foreligge udkast til implementeringsplan (kommuner, sygehuse og almen praksis) og forslag til monitorering af aftalen.

Arbejdsform

Der nedsættes en skrivegruppe ved siden af arbejdsgruppen. Skrivegruppen skal bestå af de kommunale og regionale sekretærer fra arbejdsgruppen samt de nødvendige ressourcepersoner fra de områder, som er under behandling. Der foretages løbende en vurdering af mødebehov i skrivegruppen.

Der afholdes en til to workshops for borgere/pårørende, for at tydeliggøre borgervinklen. Børneråddet har lavet en guide i forhold til inddragelse af børn i et sådant arbejde.

Ved uenigheder i gruppen eller uklarhed omkring opgaven, inddrages Følgegruppen for Forebyggelses formandskab.

Organisering

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for Forebyggelse. Følgegruppen for Forebyggelse orienterer Det Administrative Kontaktforum samt Sundhedskoordinationsudvalget om arbejdsgruppens fremgang. Arbejdsgruppen skal fungere frem til den endelige aftale er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget, dvs. forventeligt frem til ultimo 2018.

Arbejdsgruppen bemannes med repræsentanter fra kommunerne, regionen og almen praksis. Arbejdsgruppen sammensættes, så målgruppen repræsenteres bredt:

- Kommunerne repræsenteres med aktører, der varetager tidlig opsporing og forebyggelse på børne- og ungeområdet, dvs. både sundhedsplejerske, sagsbehandler fra familieafdeling, en repræsentant fra pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), daginstitution/skole, Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU). Det foreslås at have i alt 6-8 kommunale repræsentanter. Der bør være en vis geografisk spredning og repræsentationen bør være fra både små og store kommuner.
- Regionen repræsenteres med relevante fagpersoner fra både somatikken og psykiatrien. Det foreslås at have i alt 6-8 regionale repræsentanter. Der bør være en vis geografisk spredning.
- Almen praksis repræsenteres med 2 praktiserende læger.

Arbejdsgruppen vælger en kommunal og en regional formand, der hver stiller med en til to sekretærer. Sekretærene udarbejder, i samarbejde med formændene, dagsorden og referat fra arbejdsgruppens møder.

Arbejdsgruppen nedsætter en mindre skrivegruppe bestående af sekretærerne samt de relevante videnspersoner fra de områder, man behandler i skriveprocessen.

Arbejdsgruppen involverer tidligt i forløbet Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin i arbejdet med afdækning af behov for IT-understøttelse samt Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt i forbindelse med udarbejdelsen af et evaluerings- og monitoreringsoplæg.

Ressourcer og tidsplan

Det forventes, at arbejdsgruppen er sammensat i august 2017. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen for Forebyggelse.

Det må forventes, at der lægges en del arbejdskraft mellem møderne fra specielt skrivegruppen, mens arbejdsgruppens ressourcer trækkes ind ad hoc.

Det forventes, at et udkast til aftale på børne- og ungeområdet kan komme i høring inden sommerferien 2018. Derefter kan aftalen behandles på DAK og SKU i efteråret 2018, og træde i kraft inden udgangen af 2018.

Følgegruppen for Forebyggelse ønsker et forventningsopstartsmøde med arbejdsgruppen, og kan trækkes ind ved behov for sparring.

Tidsplan:

- Juni-august 2017: arbejdsgruppen nedsættes
- September 2017: indledende møde mellem arbejdsgruppen og Følgegruppen for Forebyggelse
- Oktober 2017: Følgegruppen modtager en disposition til aftalen
- Primo februar 2018: Følgegruppen modtager udkast til aftalen.
- Marts 2018: Det Administrative Kontaktforum godkender et høringsudkast
- April-maj 2018: Aftaleudkastet sendes i høring
- Juni 2018: Arbejdsgruppen behandler hørings svar
- August 2018: Endeligt udkast til aftale godkendes i Følgegruppen for Forebyggelse
- September 2018: Det Administrative Kontaktforum godkender Aftale for børn og unge
- Oktober 2018: Sundhedskoordinationsudvalget godkender Aftale for børn og unge
- November 2018: Aftalen sendes til implementering i de lokale samordningsfora.

Evaluering

To år efter aftalen er sendt til implementering forespørges De Lokale Samordningsfora om aftalens implementeringsgrad og anvendelighed.

Evalueringen varetages af Følgegruppen for Forebyggelse.

Bilag

- Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark
- Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

11 Bilag 3: Høringsparter

Følgende parter har haft den tværsektorielle aftale i høring i perioden oktober-november 2018.

- Sygehusene i Region Syddanmark (fødeafdelinger, Familieambulatorier, børneafdelinger)
- Psykiatrisygehuset
- De syddanske kommuner, herunder:
 - Sundhedsområde (sundhedsplejen)
 - Myndighedsområdet for børn og unge (Familieafdelingerne)
 - Socialområdet (misbrugscentre/misbrugsområdet)
 - Skoleområdet (folkeskole mv.)
 - Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR)
 - Dagtilbud (vuggestuer/børnehaver mv.)
- Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark
- Interesseorganisationer, herunder:
 - Red Barnet
 - Børns vilkår
 - Headspace
 - TUBA
 - SIND

12 Bilag 4: Aftaler med snitflader til Børne- og ungeaftalen

Oversigt over aftaler indeværende tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark grænser op til.

- Forløbsprogrammet for børn og unge med ADHD
- Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression
- Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse
- Region Syddanmarks fødeplan
- Regional samarbejdsaftale for Familieambulatorie plus
- Regional samarbejdsaftale for sårbare gravide
- Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade
- Regional samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område.
- Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område
- Tværsektoriel samarbejdsaftale for borgere i Region Syddanmark med respirations insufficiens
- Samarbejdsaftale for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid
- Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes – samarbejde og kommunikation
- Forløbsprogram for diabetes
- Faglig visitationsretningslinje: Udredning og behandling af børn og unge med erhvervet hjerneskade og samtidig psykisk lidelse
- NKR: Behandling af bulimi

- NKR Behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
- NRK: ADHD hos bør og unge
- NKR: Angst hos børn og unge

UDKAST

13 Bilag 5: Juridiske handlemuligheder og lovgivning

Regler og retsgrundlag

Underretning:

Serviceoven kap 27 (§§ 152 – 155b)

Bekendtgørelse nr. 1466 af 16. december 2010 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.

Vejledning nr. 9350 af 18. april 2006 om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen.

Vejning nr. 3 til lov om social service, kap. 3.

Den almindelige underretningspligt følger af servicelovens § 154. Efter bestemmelsen gælder der en generel pligt for alle til at underrette kommunen, hvis man får kendskab til et barn eller en ung under 18 år, som udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling, eller som lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare.

For offentligt ansatte og fagpersoner gælder en skærpet underretningspligt efter servicelovens § 153.

Efter denne bestemmelse skal personer, som udøver offentlig tjeneste eller erhverv, underrette kommunen, hvis de i forbindelse med deres arbejde får kendskab til eller grund til at antage:

- At et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte
- At et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.
- At et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten.
- At et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

Der kan f.eks. være behov for særlig støtte når:

- Barnet eller den unge har vanskeligheder i forhold til de daglige omgivelser – f.eks. har svært ved at fastholde skolegang eller begå sig socialt.
- Udsættes for psykisk eller fysisk overgreb, vanrøgt, omsorgssvigt eller nedværdigende behandling.
- Lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling far,
- Lever under forhold, der på andre måder er utilfredsstillende,
- Når barnet eller den unge har behov for støtte på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau.

Der er ikke et krav om, at fagpersonen har et kendskab til barnets eller den unges forhold – derimod skal der være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets eller den unges forhold, og som giver anledning til bekymring for barnets eller den unges udvikling eller sundhed.

Fagpersonen skal ikke selv foretage en vurdering af, hvorvidt der er mulighed for at opnå støtte efter bestemmelserne i forbindelse med underretningen.

Der skal ikke underrettes om forhold, som fagpersonen selv har mulighed for afhjælpe medmindre forholdet også falder ind under bestemmelserne i servicelovens kap. 11

Udgangspunktet er, at barnets forældre skal høres og give samtykke til at underretningen foretages, hvis disse har del i forældremyndigheden. Er underretningen begrundet i mistanke om vold og overgreb fra forældrenes side, skal disse ikke høres eller give samtykke.

Hvis forældre ikke er indforstået med, at der underrettes til kommunen er den offentligt ansatte forpligtet til at lave underretning trods protesten eller det manglende samtykke.

Underretningspligten er en personlig pligt, og manglende overholdelse af pligten kan straffes.

Det bemærkes, at der er pligt til at underrette, også selvom fagpersonen har kendskab til, at andre har underrettet om samme problem.

Er der tale om mere alvorlige problematikker, bør underretningen ske straks og umiddelbart efter at den offentligt ansatte eller fagpersonen får mistanke om forholdene.

En faglig underretning bør omfatte:

- En henvisning til den bestemmelse, der underrettes i medfør af.
- En beskrivelse af anledningen til underretningen.
- En objektiv beskrivelse af de observationer og udtalelser, som giver anledning til bekymring, og som peger i retning af behovet for støtte.
- En kort beskrivelse af barnets/ den unges situation.
- En beskrivelse af forældrenes reaktion på underretningen, såfremt de er orienteret.

Sundhedsområdet:

Sundhedsloven informeret samtykke, tavshedspligt og videregivelse

Sundhedsloven, (§ 40 og § 43) – Videregivelse af helbredsoplysning mv. til andre formål end behandling

Tavshedsreglen i sundhedslovens § 40 bevirker, at sundhedspersoner har tavshedspligt.

Sundhedspersoner kan imidlertid, i medfør af sundhedslovens § 43, stk. 1, videregive oplysninger til andre formål end behandling, når patienten har givet samtykke. Forligger der samtykke, kan sundhedspersonen videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til sundhedspersoner, myndigheder, organisationer private personer m.fl.

Samtykke til videregivelse af oplysninger efter sundhedslovens § 43, stk. 1, skal være skriftligt, og samtykket skal gives til en konkret sundhedsperson. Samtykket skal indføres i patientjournalen. Et samtykke bortfalder senest et år efter, at det er givet jf. sundhedslovens § 44. Det er den sundhedsperson, som videregiver oplysninger, som indestår for samtykkets gyldighed.

I forhold til at afgive samtykke, skal man være opmærksom på 15 år aldersgrænsen i sundhedsloven.

Autoriserede sundhedspersoner kan med samtykke ved opslag i elektroniske systemer i medfør af sundhedslovens §

42 d, stk. 1 indhente oplysninger til andre formål end behandling. Samtykket skal i den situation også være givet til en konkret sundhedsperson, og det skal indføres i journalen jf. sundhedslovens § 42 e.

Efter bestemmelsen i sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, kan sundhedspersoner videregive helbredsoplysninger, oplysninger om øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger uden samtykke, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i lov, at oplysningerne skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling. Der kan således efter bestemmelsen f.eks. videregives oplysninger uden samtykke i forbindelse med en underretning efter servicelovens bestemmelser.

Bestemmelsen vil kunne bruges, hvis forældrene/den unge ikke vil give samtykke til, at en sundhedsperson videregiver oplysninger i forbindelse med en underretning.

Den sundhedsperson som videregiver oplysninger efter bestemmelsen i § 43, stk. 2, nr. 1 er ansvarlig for, at det er relevant at foretage underretningen mv., og at der ikke videregives flere oplysninger end dem, der er nødvendige for formålet. Der må således kun videregives oplysninger, som kan antages at have en væsentlig betydning for kommunens sagsbehandling.

Herudover kan videregivelse af informationer ske uden samtykke, når videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til barnet eller den unge, sundhedspersonen eller andre (§43, stk. 2, nr. 2). Reglen er en såkaldt værdispringsregel, hvor hensynet til formålet med videregivelsen skal veje væsentligt tungere end kravet på tavshed.

Specialpædagogisk bistand og specialundervisning:

Folkeskoleloven

Ifølge § 12. Stk. 2. skal henvisning til specialundervisning, som ikke er af foreløbig karakter, ske gennem Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og i samråd med elev og forældre.

Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn under skolealderen

Bekendtgørelsen om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen § 3 stk. 1-5.

Ved brug for specialpædagogisk bistand til et barn rettes der henvendelse til Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunen. Dette kan gøres af såvel forældre til barnet som af andre med kendskab til barnet, fx almen praksis eller en pædagog i dagtilbud.

PPR afgør, om der skal foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering af barnet. Vurderingen bør i samråd med forældrene suppleres af udtalelser fra andre fagkyndige i det omfang, det vurderes nødvendigt.

Endvidere bør personalet i barnets dagtilbud bidrage med oplysninger om barnets udfordringer og behov. Såfremt barnet vurderes at have behov for specialpædagogisk bistand, bør vurderingen indeholde et forslag til de nærmere omstændigheder herom. Vurderes det, at barnet ikke har brug for specialpædagogisk bistand, bør vurderingen indeholde en vejledning til, hvilke foranstaltninger, der vurderes at være hensigtsmæssige til at afhjælpe barnets situation.

Den pædagogisk-psykologiske vurdering afgives efter samråd med forældrene til barnet. Såfremt der ikke er enighed med forældrene, skal dette fremgå af vurderingen.

Vurderingen journaliseres af PPR i kommunen og en kopi fremsendes til forældrene.

Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn i skolealderen

Bekendtgørelsen om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand § 2. stk. 1-3

Såfremt en elev har behov for specialpædagogisk bistand, skal eleven indstilles til en pædagogisk-psykologisk vurdering, jf. folkeskoleloven § 3, stk. 2. Indstillingen afgives af skolens leder til PPR. Dette kan gøres på foranledning af den kommunale sundhedspleje, lærer, pædagog eller almen praksis, såfremt disse har fået kendskab til, at eleven har vanskeligheder, som giver anledning til, at der er behov for specialpædagogisk bistand.

Forældre og elever kan endvidere selv anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering, såfremt de finder, at der er et behov for specialpædagogisk bistand.

Indstillingen til en pædagogisk-psykologisk vurdering afgives efter samråd med forældre og elev. Hvis forældrene modsætter sig vurderingen, kan denne kun udarbejdes, hvis skolens leder finder det absolut påkrævet.

Generelle udvekslingsregler:

Der synes at mangle en beskrivelse af den lovgivning, der finder anvendelse ved udveksling af oplysninger i forhold til aktører, der ikke er undergivet sundhedslovens regler om videregivelse.

Det kunne være retssikkerhedslovens 11a for så vidt angår kommunale ansøgningssager (med samtykke) eller retssikkerhedslovens 11c for så vidt angår sager om særlig støtte til børn og unge efter kapitel 11 i lov om serviceloven samt undersøgelser efter § 50 i serviceloven (uden samtykke).

Øvrig udveksling af oplysninger uden for sundhedsloven og retssikkerhedsloven vil skulle ske efter den almindelige persondataret, dvs. databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven, medmindre der er en særlovgivning, der regulerer udvekslingen. Så vidt ses, indeholder de nævnte bekendtgørelse ikke selvstændig hjemmel til at udveksle oplysninger.

14 Bilag 6: Casebeskrivelse og citater fra brugerundersøgelse

14.1 Case tværsektorielt samarbejdet

Nedenfor forefindes tre best practice cases samt en mængde citater taget fra brugerstudiet foretaget af SDSI under tilblivelsen af aftalen. Citaterne har været anvendt under udarbejdelsen af aftalen til at holde de børn, unge og deres familier, der i sidste ende vil blive påvirket af aftalen, for øje. De tre best practice cases er enten anonymiserede beskrivelser af virkeligheden eller cases med afsæt i hverdagspraksis og har således til hensigt at virke som inspiration til, hvordan det gode samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer kan foregå.

14.2 Case tværsektorielt samarbejdet

Case 1:

12. måneder gammel pige fra en familie med to ældre brødre, henvises til børnepsykiatrisk afdeling til behandling for spiseforstyrrelse i barndommen.

Pigen er født til tiden efter en upåfaldende graviditet. Allerede fra den tidligste tid har det været svært at få pigen i god trivsel, både fysisk og psykisk. Hun sendte ikke tydelige signaler om sult og træthed, spiste hyppigt og uregelmæssigt og gylpede meget, og overgangen til småbørnsmad var særdeles vanskelig og hun ville ikke spise, med væggtab til følge. Derudover græd hun meget og havde store problemer med at tåle sansestimuli, berøring og lyd. Disse symptomer er forsat tilstede på henvisningstidspunktet.

Sundhedsplejen anbefalede henvisning via egen læge til børneafdelingen grundet manglende fysisk tilvækst og generelle udviklingsmæssige udfordringer. Børneafdelingen foretog grundig udredning og fastslog, at der ikke var en legemlig årsag til vanskelighederne. Herefter henvises pigen og hendes familie til børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling.

Der foretages udredning i børnepsykiatrisk regi, og efterfølgende afholdes netværksmøde med deltagelse af forældre, dagplejemor, dagplejepædagog, sundhedsplejerske, socialrådgiver og PPR ved psykolog og fysioterapeut og børneafdelingen. Egen læge er også indkaldt, men deltager ikke i mødet.

På mødet gives tilbagemelding på undersøgelsen, og der lægges en plan sammen med netværket i forhold til at skaffe pigen og hendes familie den bedste hjælp.

Efterfølgende arbejdes der tværsektorielt med sagen efter følgende plan:

I dagplejen får pigen en dobbelt plads, så der er mere tid til at varetage hendes behov.

Fysioterapeuten fra PPR giver råd og vejledning i forhold til at arbejde med sanseforarbejdningsvanskelighederne.

Sundhedsplejersken følger pigen med vægtkontroller og vejleder forældrene i forhold til alderssvarende mad og krav i dagligdagen.

Børnepsykiatrien arbejder med familierapi, målrettet spiseproblematikken og de generelle psykiske trivselsvanskeligheder.

Sagen lukkes efter netværksmødet i børneafdelingsregi, og egen læge overtager den legemlige kontrol, hvis der er

bekymringer i familien eller hos øvrige behandlere.

Det er aftalt ved netværksmødet, at de forskellige behandlere kan snakke sammen ved behov i forhold til at afklare spørgsmål vedrørende behandlingsindsatserne.

Case 2:

Dreng, 2. klasse. Skolen bekymret for barnets trivsel.

Denne case handler om en dreng i 2. klasse. Skolen er bekymret for hans trivsel og ønsker at hjælpe ham, så han igen får det godt. Drengen bor sammen med sin mor, sin storebror der går i 3. klasse, og sin lillesøster på 5 år. Hans far bor 20 km væk, og alle tre børn ser far hver anden weekend.

Drengen kommer ofte med hentydninger til, at han ikke har det godt, og at mor ikke er god ved ham. Han fortæller blandt andet, at hans mor skælder meget ud, at hun ikke vil trøste ham, når han er ked af det, og at han ikke kan huske, om han nogensinde har fået et knus af sin mor.

I skolen er han meget opmærksomhedskrævende og rejser sig ofte fra sin plads for at være tæt på den voksne i klassen. Han kan godt lege med klassekammeraterne i frikvarteret, men vælger ofte at lege i nærheden af voksne. Han har et stort behov for fysisk kontakt og rører meget ved den voksne, han taler til.

Han har svært ved at koncentrere sig og er ikke god til, at der bliver for stille i klassen. Han begynder i højere grad at søge den negative kontakt fra kammeraterne, og han ødelægger fælles lege for at fremprovokere en reaktion. Fagligt får han sværere og sværere ved at følge med, da han ikke kan fordybe sig i en opgave. Enten fordi han er i bevægelse, eller fordi hans tanker er et andet sted.

Læreren har bemærket, at han ofte er beskidt og selvom det bliver påpeget, gør forældrene ikke noget ved det. Skolen har også flere gange bedt om, at drengen får mere mad med i skole, men heller ikke det, gør forældrene noget ved.

Læreren tager kontakt til forældrene i håb om, at de sammen kan hjælpe drengen. Lærerens henvendelse bliver ikke imødekommet, og forældrene er ikke indstillet på et samarbejde om barnet. I øvrigt synes de, at skolen blander sig i noget, som ikke vedkommer dem.

Læreren, der er nervøs for den negative udvikling i drengens adfærd og hans faldende faglige niveau, tager kontakt til skolens AKT-team, som efterfølgende deltager i et teammøde, hvor læreren sammen med teamet præsenterer barnet.

AKT-læreren kommer på besøg i klassen, og observerer drengen. Der observeres forskellige situationer, både strukturerede og mere frie. Efterfølgende udformer AKT-læreren en handleplan med mål, som teamet i samarbejde skal arbejde for at nå. Målene er meget konkrete og i handleplanen er der ligeledes formuleret, hvordan der følges op på målene, hvilke tegn der ønskes på positiv udvikling, og ikke mindst hvornår og hvordan, der evalueres. Forældrene har mulighed for at se handleplanen.

Teamet arbejder i en periode med drengen ud fra de mål, der er formuleret i handleplanen. Desværre ser de ingen fremskridt – tværtimod virker det som om, drengen trækker sig mere og mere fra fællesskabet og får stadig sværere ved at lave sine skoleopgaver.

AKT-læreren henvender sig til den socialrådgiver, der er tilknyttet skolen, og som har sparringstid én gang hver uge, for at høre, om der ligger en sag på familien. Socialrådgiveren kan se, at der tidligere har været en sag på familien, som er blevet lukket 6 måneder tidligere. Rådgiver kan også se, at sagen i høj grad omhandlede de samme problematikker, som dem, læreren påpeger. Ligeledes kan rådgiver se, at der ligger en anonym underretning på

familien, som støtter op om samme sag.

Læreren og AKT-læreren bliver enige om, at drengen skal på et koordineringsmøde for at få forældrene lidt på banen. Til koordineringsmødet deltager den PPR-psykolog og den socialrådgiver, der er tilknyttet skolen. Derudover deltager en sundhedsplejerske, skolens pædagogiske leder, AKT-læreren, læreren og forældrene.

Formålet med mødet er, at alle skal byde ind med hver sin faglige viden, så der i samarbejde kan lægges en plan for, hvordan drengen kan gives de betingelser, det kræves, for at han trives.

Skolens pædagogiske leder har indkaldt til koordineringsmødet og fungerer som mødeleder.

Læreren fortæller først, hvordan barnet opleves i skolen, og hvad der allerede er forsøgt. Derefter fortæller forældrene, hvordan de oplever barnet hjemme, om eventuelle udfordringer, og hvordan de i givet fald kommer til udtryk.

Forældrene er stadig ikke særligt samarbejdsvillige og mener, at barnets udfordringer udelukkende findes i skolen. Socialrådgiveren fortæller, hvilken viden der allerede er om udfordringerne i hjemmet, hvorefter den pædagogiske leder påpeger, at det handler om at finde fælles handlemuligheder, der tilgodeser drengen.

Rådgiver fortæller om et tilbud i kommunen for forældre, der har brug for guidning i forælderrollen. PPR-psykologen beder skolen om at lave en indstilling, så psykologen kan få tilladelse til at lave en pædagogisk psykologisk vurdering af barnet. Den vurdering vil være brugbar til at lægge en pædagogisk retning og en mere målrettet handleplan for drengen.

Efter alle ved bordet har haft mulighed for at byde ind med, hvad de vil kunne indenfor deres felt, bliver der set på, hvordan der kan arbejdes videre, så drengen kan få hjælp til igen at trives.

Socialrådgiveren tilbyder at finde en, der kan komme hjem i hjemmet og hjælpe med en guidning i forhold til madpakker og personlig hygiejne. Der opfordres igen til, at forældrene tilmelder sig kommunens tilbud om forældreguidning, da de vil få redskaber til at klare hverdagsituationer, men i tilfælde af, de ikke ønsker at deltage, vil socialrådgiveren sætte en hjemmebesøgsordning i gang hurtigst muligt.

Psykologen tilbyder at lave et samtaleforløb med drengen med korte afklarende samtaler. Der kan evt. tages udgangspunkt i "følelser har farver", for at klarlægge, hvad det er for nogle følelser, der fylder, og om det er de samme i skolen og hjemme. Gennem samtalerne vil psykologen blive klogere på, hvad det er der fylder og hindrer trivlsen.

Drengen bliver tilbudt en plads i skolens caféordning, hvor han hver morgen kan kigge forbi og se en voksen i øjnene og fortælle, hvordan morgenen er gået. Han kan få lidt morgenmad eller bare sidde i en sofa og vågne, hele tiden med en voksen i nærheden. Caféen er også åben i løbet af dagen, hvis drengen skulle have behov for at trække sig fra det hele. Ligeledes er det muligt for AKT-læreren at lave løbende trivselssamtaler med drengen.

Mødelederen afslutter med at opsummere, hvad der er besluttet at iværksætte, og der opstilles nogle fælles mål, ligesom der aftales, hvornår alle skal mødes igen for at følge op på drengen.

Efter tre måneder mødes alle igen til et opfølgende koordineringsmøde, hvor de igen på skift fortæller, hvordan det går drengen i henholdsvis skolen, hjemmet og med de tiltag, der blev iværksat ved sidste møde.

Socialrådgiveren har fået en evaluering af de hjemmebesøg, der har været, og på grund af den positive udvikling

sættes de tre ugentlige besøg ned til ét ugentligt besøg.

Psykologen har via sit indledende forløb med drengen fået etableret et psykologfagligt udgangspunkt for det videre arbejde og tilbyder på baggrund af dette et kortere samtaleforløb.

AKT-læreren fortæller, at drengen i den første tid ikke var så glad for at komme i caféen, og at han kun kom ind, når han blev inviteret eller hentet med ind. Når han endelig kom i caféen, ville han helst sidde for sig selv, og de løbende trivselssamtaler, var nogle korte sekvenser, da han ikke rigtigt havde noget at sige. Nu kommer han forbi hver morgen og interagerer også med de andre børn i caféen, ligesom han fortæller om løst og fast til møderne med AKT-læreren. AKT-læreren har aftalt med drengen, at der ikke længere vil være fastlagte samtaler, men at han i stedet må henvende sig, hvis han har behov for en snak.

Drengen evalueres igen efter tre måneder, hvor det vurderes, om han stadig er i en positiv udvikling. Hvis dette er tilfældet, vil der ikke blive afholdt flere tværfaglige møder, medmindre en ny bekymring dukker op.

Case 3:

Pige, 14 år, med somatiske symptomer.

En 14-årig pige henvises til børneambulatoriet pga. hovedpine gennem et år. Der er stort skolefravær på 40 %, som er tiltagende. Skolen har lavet underretning på dette, og der er indkaldt til møde. Pigen udredes somatisk med bl.a. scanning af hjerne, som er normal. Er udredt ved øjenlæge, og der er afprøvet fysioterapi uden effekt.

Pigen går i 8. kl. Der har tidligere været skoleskift i 6. klasse pga. mobning. Der er ikke besluttet mobning aktuelt, men pigen føler sig udenfor. Hun har nogle faglige udfordringer, men får aktuelt ikke ekstra hjælp til dette. Forældrene er skilt for 3 år siden. Far har alkoholmisbrug, og der er derfor kun sparsom kontakt med ham. Mor har den fulde forældremyndighed. Har 2 mindre søskende på 11 og 9 år, som også bor ved mor. Da mor nogle gange arbejder om aftenen, må pigen her tage sig af de mindre søskende.

Det konkluderes, at det drejer sig om en funktionel hovedpine, hvorfor pigen henvises til tværfagligt team. Her indkaldes familien til for-samtale med læge og sygeplejerske, hvor man bliver enig om en 2 ugers observationsindlæggelse. Forud for denne indhentes skolelæreren, efter samtykke fra mor, skoleoplysninger fra pigens kontaktlærer. Da pigen i 6. klasse blev udredt ved PPR, indhentes også disse oplysninger. Under indlæggelsen er tilknyttet læge, psykolog, fysioterapeut, skolelærer, pædagog og socialrådgiver. Pga. bekymring for pigens trivsel både i hjemmet og i skolen, indkaldes der til netværksmøde efter endt indlæggelse. Til mødet deltager mor, socialrådgiver fra familieafdelingen, leder og kontaktlærer fra skolen, PPR og relevante personer fra børneafdelingen. På mødet bliver status fra indlæggelsen drøftet, og der gøres opmærksom på de to søskende i hjemmet. Mødereferatet og status fra indlæggelsen sendes efter aftale på mødet som en underretning jf. servicelovens § 153 til familieafdelingen.

Der igangsættes fornyet udredning ved PPR samt diverse skoletiltag for at hjælpe pigen. Der iværksættes en børnefaglig undersøgelse jf. servicelovens § 50, og der foranstaltes støtte i form af en familiekonsulent sideløbende med undersøgelsen. Støtten fortsætter efter endt børnefaglig undersøgelse, og der iværksættes støtte af en kontaktperson til pigen.

Pigen følges med ambulante kontroller et års tid efter. Kan her afsluttes, da hun har fået det bedre.

14.3 Citater fra SDSI's brugerundersøgelse:

Herunder forefindes udvalgte citater fra brugerundersøgelse foretaget af SDSI. Citaterne er delvist fra børn og unge, der har været igennem forløb i forbindelse med mental mistrivsel og repræsenterer deres oplevelser med systemet. Ydermere forefindes en række citater fra forældre til disse børn og unge, som tegner et billede af deres oplevelser i forbindelse med deres børns forløb.

"Hvis man har det meget svært, kan det godt være skræmmende for mange. Det er ikke håndgribeligt, og mange trækker sig. Man er lidt bange for det, folk tror jo, at man er indenfor noget psykiatrisk, så tror folk, at man er sindssyg. Hvorfor er der forskel på, når man har brækket benet til, når man har brækket psyken? Og hvorfor ved man ikke, hvor man kan få hjælp??" (16-årig)

"Det havde været rarest at have en længere plan så jeg ikke skal stå med det hele selv og bekymre mig om, hvad der skal ske. Mine forældre ved jo ikke ret meget mere end mig – faktisk er det lige før, at jeg ved mest." (16-årig)

"Jeg syntes, at det har været svært og forvirrende at skulle fortælle om min situation til så mange mennesker." (14-årig)

"Min mor har også været psykisk syge. Det har altid gået mig meget på. Jeg prøvede dengang at passe meget på min mor. Jeg ville hellere passe på hende og sørge for, at hun havde det godt, end jeg ville passe på mig selv." (17-årig)

"Der, hvor det bliver let, det er der, hvor der er klare rammer, og man kan se fremad. Det bliver uoverskueligt, når man ikke kan se fremad og ikke kan se, hvad de næste skridt er. Det kræver gode sagsbehandlere, og hvis der endelige sker skifte i sagsbehandlere, så er det så mega vigtigt, at der sker en ordentlig overlevering. Ellers er man bare slået helt hjem og føler, at systemet synes, man er så ligegyldig." (22-årig)

"Det værste er behandlingstiden. Fra man henvender sig første gang, virker det som om, at man ikke tager det seriøst, for man kan ikke komme til før efter, at der er gået et halvt år, men det kan man med et brækket arm." (Forælder)

"Man kunne godt tænke sig, at der var lidt bedre koordinering mellem de behandlere, der er i det offentlige." (Forælder)

"Ressourcesvage forældre må dælme være dårligt stillet, det føles som en enorm tung gang at gå." (Forælder)

"Der føler jeg meget, at jeg skal være koordinatoren. Jeg har skullet bruge så uanede mange ressourcer, og jeg har følt, at jeg skulle være budbringer mellem sektorerne hele vejen igennem. Og selv alene i kommunen har jeg skulle agere tovholder. De indhenter selv materialer, men det har fx ikke været dybdegående, og der har jeg måtte understøtte med mere info." (Forælder)

"Der er mange, der ikke kan gennemskue det – hvorfor er der ikke nogle, der kan fortælle patienterne, hvad der skal ske og hvorfor?" (Forælder)

"De helt tidlige tegn er, at han begynder at få nogle stresssymptomer med at bide negle, tisse i sengen, besvær med at sidde stille og nulre hår. Han nulrede sit hår så meget, at det faldt af, og det var der, at jeg tog ham til en børnelæge og egen læge." (Forælder)

"Tingene tager alt for lang tid. Og nu har vi lige pludselig en dreng, der begynder at udvikle nogle virkelig voldsomme trivselsproblemer, nogle angstproblematikker og kan slet ikke finde ud af at komme tilbage i den skole der igen." (Forælder)

"PPR har ikke modtaget noget henvisning endnu, så hun må ikke gemme nogle papirer på ham, og den nye pædagogiske leder troede, at socialpædagogen var en del af fraværsteamet, det fandt jeg så ud af, at det var hun ikke, og fraværsteamet har vi ikke set noget til." (Forælder)

15 Bilag 7: Tegn på mistrivsel

15.1 Risikofaktorer

Flere faktorer i barnets og den unges omgivelser kan ligeledes være bidragende til udvikling af mental mistrivsel. Disse kan beskrives som risikosituationer, og der vil ofte være grund til at være særlig opmærksom, når børn og unge befinder sig i disse særlige omstændigheder. Herunder kan som eksempel nævnes nedenstående potentielt stressfulde eller traumatiserende situationer som:

- Skilsmisser
- Ny familiedannelse
- Selvmordsforsøg hos forældre eller søskende
- Dødsfald i familie eller det nære netværk
- Alvorlig sygdom i familien
- Kronisk sygdom hos barnet eller den unge selv
- Forældres misbrug af rusmidler

15.2 Tegn på mental mistrivsel

Målgruppen for denne aftale defineres ud fra et samlet symptombillede samt en risikovurdering i forhold til det enkelte barn eller den enkelte unge. Det vil derfor være nødvendigt for fagpersoner at foretage en vurdering på baggrund af det enkelte barn eller den enkelte unges samlede situation, hvorved handling ikke nødvendigvis bør baseres på et enkelt tegn, hvis barnet eller den unge ellers udviser overordnet trivsel. Eksempler på tegn på mistrivsel som fagpersoner bør være opmærksomme på kan være:

Kropslige reaktioner

- Ondt i maven
- Vægttab eller vægtøgning
- Hovedpine
- Svimmelhed
- Søvnproblemer
- Ufrivillig vandladning
- Neglebidning
- Problemer med at spise (Herunder både at spise for meget og for lidt)
- Kvalme
- Berøringsangst
- Ikke epileptiske kramper

Psykiske/følelsesmæssige reaktioner

- Manglende tidlig tilknytning/relation til forældre
- Dårlig relation til voksne og andre børn eller unge
- Udadreagerende adfærd i form af vredesudbrud, aggression og raseri
- Koncentrationsbesvær
- Tristhed
- Indadvendt adfærd visende sig ved at barnet eller den unge er stille, introvert, indesluttet og/eller afvisende
- Manglende initiativ
- Bliver meget påvirket af uro fra omgivelserne

- Manglende interesse for omgivelserne
- Sensitiv overfor stimuli i form af lyd, synsindtryk, smag og lugt
- Er svær at trøste og berolige
- Selvskadende adfærd
- Vedvarende forsøg på at opfylde andres behov og forventninger
- Ofte har konflikter med andre børn/unge eller voksne
- Udviser manglende tillid til andre mennesker
- Voldelig adfærd eller involvering i voldsepisoder
- Meget tidlig seksuel debut

Udviklingsmæssige reaktioner

- Manglende sproglig udvikling
- Indlæringsvanskeligheder
- Uforklaret institutionsfravær (dette både mange enkelte tilfælde såvel som i længerevarende perioder)
- Social tilbagetrækning
- Pludselig ændring i adfærd
- Stor ansvarsfølelse for forældrene samt tager ansvar der ikke er alderssvarende
- Manglende evner til at skabe social kontakt med jævnaldrende
- Hyperaktivitet
- Reduceret kendskab til sociale spilleregler
- Involvering i kriminelle handlinger

Ovenstående tegn på mental mistrivsel er ikke en udtømmende liste, men skal betragtes som eksempler. Disse tegn bør give anledning til skærpet opmærksomhed omkring barnet eller den unge og bør indgå i en samlet vurdering af barnet eller den unge og dennes samlede situation.

15.3 Værktøj til opsporing

I forbindelse med tidlig opsporing af mistrivsel er der udviklet flere forskellige værktøj, som fagpersoner kan anvende.

Ambitionen for denne aftale er at sikre, at alle aktører har kendskab til samt systematisk anvender et evidensbaseret værktøj eller en vejledning til opsporing af mental mistrivsel. Et sådan kunne for eksempel være:

- "Bekymringsbarometeret"
- Socialstyrelsens Opsporingsmodel
- "De nye aldersopdelte fokusområder – ICS"
- "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" (Kapitel 11 og 12)
- ADBB-modellen

Ovenstående skal betragtes som eksempler og er ikke en udtømmende liste.

15.4 Handlemuligheder ved tidlig opsporing

Serviceovens §153 og §154 omhandler offentlig ansatte og privatpersoners pligt til at foretage underretning.

Underretningspligten træder i kraft, når et barn eller en ung har brug for særlig støtte, er "udsat for nedværdigende behandling eller andre forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare" eller hvis et barn eller en ung har været udsat for overgreb.

Fagpersoner har en særlig underretningspligt, der går forud for dennes tavshedspligt. Har fagpersonen et arbejde, hvor vedkommende er i tæt kontakt med børn og unge, er denne særligt forpligtiget til at underrette kommunen om eventuelle bekymring for et barn eller en ung. Den skærpede underretningspligt betyder, at fagpersoner har pligt til at reagere, når denne får kendskab til forhold og formodning om, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte.

Dette vil sige, at hvis der på baggrund af ovenstående symptombillede (afsnit 7.2, 7.3 og 7.4) opstår bekymring for et barn eller en ungs mentale trivsel, skal der handles herpå. Når et barn eller en ung udviser tegn på mistrivsel, bør der ydes relevant støtte og vejledning til barnet eller den unge og dennes pårørende - om muligt indenfor den offentligt ansattes egen sektor. Tillige bør den kommunale sociale myndighed underrettes (se bilag 7). Dette kan gøres ved først at tale med forældrene til barnet eller den unge, om bekymringen samt om pligten til at foretage en underretning. Forældrene bør i alle tilfælde, hvor det er muligt, orienteres om, hvad der vil fremgå af underretning. En underretning bør beskrive bekymringen men ikke vurdere situationen.

Hvem er fagperson

Du er fagperson, hvis du f.eks. er:

- Læge
- Psykolog
- Sundhedsplejerske
- Jordemoder
- Sygeplejerske
- Leder af børneinstitution
- Dagplejer
- Pædagog/-medarbejder
- Lærer
- Skolepsykolog
- Ansat i PPR
- Ansat i den kommunale tandpleje
- SSP-medarbejder ved politiet

Offentligt ansatte og personer der udøver offentligt erhverv har også skærpet underretningspligt til myndighederne, hvis de får kendskab til forhold, der giver anledning til bekymring. Den skærpede underretningspligt opfyldes ikke ved at opfordre nærmeste leder til at underrette kommunen. Det er vigtigt, at der følges op på en given bekymring og at en underretning iværksættes.

Opstår der bekymring for et barn eller en ung udenfor en fagpersons eller offentlig ansats erhverv gælder den almindelige underretningspligt (se bilag 7).

Ved tidlige opsporing vil det ofte være barnets eller den unges forældre, pædagoger, sundhedsplejersker eller lærere i barnets eller den unges dagtilbud eller skole, der er første led i opsporingen. Observeres der vanskeligheder hos et barn eller en ung i hjemmet, skolen eller dagtilbud, som giver årsag til bekymring for dennes udvikling og trivsel, bør barnet eller den unge vurderes af en fagperson (fx Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)) med kompetencer til at afdække mulige symptomer på mental mistrivsel. Opsøges almen praksis eller henvises der til sygehus for en sådan vurdering, bør den praktiserende læge eller sygehuslægen efter en konkret undersøgelse af barnet eller den unge tage stilling til, hvorvidt der bør underrettes til kommunen med henblik på yderligere vurdering af problematikken. Ud fra en faglig vurdering afdækkes barnets eller den unges behov, hvorved indsatser og forløb kan målrettes disse.

I nogle tilfælde vil det være nødvendigt at lave en faglig vurdering af hele barnets eller den unges situation. I disse

tilfælde kan det være særligt relevant at inkludere informationer fra barnet/den unge selv samt dennes pårørende

UDKAST

16 Bilag 8: Fælles tværsektorielt overblik over tilbud og indsatser

Sundhed.dk - fælles portal til overblik og information

Sundhed.dk vil blive anvendt som den primære platform til at skabe overblik over kontaktinformation, henvisningsmuligheder, indsatser, tilbud og egenmestringsredskaber til brug for fagpersoner og samarbejdspartnere. Her vil alle aktører frit kunne tilgå relevant information vedr. trivsel og mental sundhed.

Hver kommune vil skulle oprette og kategorisere de tilbud og indsatser relevante for forebyggelse, tidlig opsporing og behandling af mental mistrivsel som et "sundhedstilbud" under overskriften "trivsel og mental sundhed" udbudt af kommunen.

Regionen vil oprette en fælles side, som vil fungere som en portal, der både beskriver regionale tilbud og linker til de enkelte kommuners side vedr. trivsel og mental sundhed.

Kommunal side på sundhed.dk vedr. trivsel og mental sundhed

På sundhed.dk vil der blive oprettet en kategori, der hedder "Trivsel og mental sundhed". Denne kategorisering anvendes til de kommunale sundhedstilbud, der er relevante og rettede mod aftalens målgruppe. Eksempler på tilbud, der kan kategoriseres under "Trivsel og mental sundhed":

- Rådgivning og samtale tilbud for børn og unge
- Forældrekurser (konflikt håndtering, dit barns egenmestring, par og skilsmisse vejledning mv.)
- Grupper for børn og unge med angst, sorg m.v
- Information om forløb eller midlertidige projekter (fx Cool kids m.v)
- Egenmestringsredskaber (Mindfulness, selvhjælpsgrupper mv.)
- Misbrugsbehandling til unge

Under kommunens sundhedstilbud kan der med fordel også henvises til regionale tilbud:

- www.mindhjælper.dk
- Psykinfo

Ligeledes kan der henvises til øvrige tilbud og brugerorganisationer:

- Børnetelefonen - lytter til og rådgiver børn og unge om deres problemer
- TUBA - Rådgivning for unge, der er børn af alkoholmisbrugere
- Headspace

Målgruppen for den kommunale side på sundhed.dk vedr. trivsel og mental sundhed vil være:

- Praktiserende læger der har brug for information om kommunale og regionale tilbud, for at vide hvad der kan henvises til
- Børn- og unge i mistrivsel, der selv finder informationen
- Forældre og nære relationer til børn og unge der er i risiko for mental mistrivsel eller allerede mistrives
- Fagprofessionelle (lærer, pædagoger, socialrådgivere m.v.) der er tæt på et barn eller en ung i risiko for

mental mistrivsel

- Øvrige samarbejdspartnere (fx børne- og unge psykiatrien, børnelæger m.m.) der har behov for viden om kommunale og regionale tilbud og indsatser vedr. mental sundhed

Fælles portalside på sundhed.dk vedr. trivsel og mental sundhed

Regionen vil være ansvarlig for en fælles Syddansk side, som fungerer som portal og beskriver både regionale tilbud og linker videre til de enkelte kommuners side vedr. trivsel og mental sundhed.

På denne side vil der også være samlet information vedr. børne- og ungepsykiatrien, samt andre relevante indgange til regionale enheder, tilbud og indsatser, fx:

- Børne- unge psykiatrien
- Psykinfo
- Regionale tilbud
- Privat praktiserende børne- og ungepsykiatere

Regionen vil være ansvarlig for at holde generiske sider opdateret som beskriver regionale projekter, tilbud eller andet relevant, herunder fx:

- [www.mindhjælper](http://www.mindhjælper.dk)
- Headspace

Vedligeholdelse og opdatering af information på Sundhed.dk

For at sundhed.dk kan fungere som samarbejdsværktøj kræver det, at det prioriteres af alle parter, der har redigeringsret, således at der er tillid til informationen, der tilgås, er korrekt, opdateret og lettilgængelig.

Den enkelte kommune vil selv være ansvarlig for opdateringen af de enkelte informationer, kontakter og tilbud på sundhed.dk og skal sikre, at information er let tilgængelig, ensartet og forståelig.

Det er kommunens ansvar at udpege og prioritere en lokal redaktør, der organisatorisk er forankret i kommunens faste stab.

Organisatorisk er den regionale redaktør placeret i Regionshuset praksisafdeling (visinfosyd@rsyd.dk). Denne vil være ansvarlig for udvikling, vedligeholdelse og opdatering af relevante sider vedr. trivsel og mental sundhed.



Høringssvar vedr. Tværsektoriel aftale på Børne- og ungeområdet i region Syddanmark.

Nedenfor forefindes de høringssvar der afvises samt begrundelse herfor.

Side	Afsnit	Tema	Svar afgivet af	Høringssvar	Handling/kommentar (Begrundelse for afslag)
Generelt		Aftalens indhold	Haderslev Kommune	Det er tydeligt, at aftalen har et primært fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel. Samarbejdsaftalen beskriver mere sparsomt en indsatsdel/behandlingsindsatser under afsnit 4 og 6.	Afvises da arbejdsgruppen tidligt har vurderet, at det, der skulle sættes fokus på, er tidlig opsporing og forebyggelse. Behandling er for komplekst at beskrive og vil variere fra forløb til forløb. Dertil kommer, at forløbsprogrammerne og denne aftale skal tænkes sammen.
Generelt		Aftalens indhold	Haderslev Kommune	Aftalen kan med fordel beskrive både de personlige og samfundsøkonomiske gevinster ved tidlig indsats (i alder og forløb) jf. James Heckmann. Ligesom den rettidige indsats handler om de handlinger, vi gør, når vi bliver opmærksomme på, at der er børn, som har behov for ekstra støtte eller hjælp (for flere af de nævnte aktører er det relevant).	Afvises, da det ligger udover aftalens spændvidde.
s. 5	2	Aftalens målgruppe	Haderslev Kommune	Det fremgår flere steder i aftalen, at der bør være særligt fokus på gravide, hvor det bl.a. forslås, at gravide ses af sundhedsplejen. Det er kendt, at børns mistrivsel kan opspores helt tilbage til graviditeten, hvorfor at Haderslev Kommune foreslår at målgruppen for aftalen i stedet bør være -9 mdr. til 17 år.	Afvises – det er beskrevet, at aftalen grænser op til Familieambulatorieaftalen og Aftalen om sårbare gravide. Her er disse punkter fint dækket ind.
Generelt		Aftalens udformning	Haderslev Kommune	Aftalen og bilag mangler angivelse af referencer og kilder.	Afvises, da det er en aftale og ikke en afhandling.
s. 17	5.4	Aldersgruppen 15-17årige	Fredericia Kommune	I aftalen oplistes de relevante faggrupper fra kommunalt regi for hver aldersgruppe. I aldersgruppen 15-17-årige nævnes sundhedsplejen. Det bemærkes i den forbindelse, at kommunernes sundhedspleje ikke er lovmæssigt forpligtet ift. denne aldersgruppe.	Afvises.
s.22	6.14	Almen praksis og henvisning	Esbjerg Kommune	Der mangles et afsnit om henvisning til kommunen, fx sundhedsplejen der kan koordinere og videreformidle til kommunale tilbud.	Afvises – almen praksis henviser allerede til kommunale tilbud og dette behøver ikke indskræpes.

s.8	4.4	Børn og unge af forældre med psykisk sygdom	Odense Kommune	Det anføres, at børn af forældre med psykisk sygdom har en langt højere risiko for selv at blive ramt af psykisk sygdom end børn født af forældre uden psykisk sygdom. Da langt de fleste børn af forældre med psykisk sygdom ikke selv bliver psykisk syge, vil det være hensigtsmæssigt at sætte proportioner på risikoen. Det bør derfor anføres hvor stor – eller lille – risikoen reelt er.	Afvises – dette er en alment anerkendt sammenhæng.
s.7-10	4	Faglige forpligtelser - eksisterende arbejdsdeling og evt. ændring	Haderslev Kommune	Det bør tydeligt fremgå af aftalen, hvad der forventes at ligge inden for en eksisterende arbejdsdeling, og hvad der forventes at ligge uden for almindelig arbejdsdeling. Umiddelbart synes de faglige forpligtelser langt hen af vejen at være metoder og samarbejdsformer, som findes i forvejen	Afvises – det er en skitsering af de bedste metoder og en kraftig opfordring til at anvende dem.
s. 7-11	4	Faglige forpligtelser – lovgivning	Aabenraa Kommune	Faglige forpligtelser: Det beskrivelse i indledningen, at nogle af de nedenstående 7 forpligtelser alene indeholder en skærpet opmærksomhed på allerede eksisterende lovgivning og arbejdsdeling, mens andre af forpligtelserne ligger ud over den almindelige arbejdsdeling på området. Det ville være en fordel, hvis det fremgik tydeligt, hvilke af forpligtelserne, der hører til hvilken af disse grupper.	Afvises – der står i alle faglige forpligtelser, at der skal være særligt fokus, særlig opmærksomhed mv., så der er tale om særlige handlinger som følge af aftalen uanset hvad man er forpligtet på lovgivningsmæssigt.
s.20	6.1	Feedback på underretning	Esbjerg Kommune	Det er vigtigt at opdele lovkrav om kvitteringsskrivelse fra lovgivning omkring tilbagemelding, da det ellers ser ud som om, der gives orientering/tilbagemelding omkring afgørelse om undersøgelse og/eller foranstaltning på samme tidspunkt som kvittering. Det er ikke tilfældet. Kvittering er inden for 6 dage, men der er ikke frist på tilbagemelding på samme måde – dette afhænger af, hvornår der træffes afgørelse. Vi er enige i, at dette område skal styrkes, men det bør fremgå tydeligt, hvordan lovgivningen er inddelt, så man ikke som professionel underretter får et indtryk af, at man skal have tilbagemeldingen inden for samme frist som kvitteringsskrivelsen.	Afvises – Lovgivningen i § 155b er klar – det er begge dele, man er forpligtet på, både kvittering og tilbagemelding. Det er det, der er skrevet i aftalen, er hentet fra lovgivningen og der lægges med aftalen op til et skærpet fokus på disse forpligtelser, da det pt. primært er første del, der overholdes.
s. 7	4.2	Fravær	PLO	Fravær fra daginstitution og skole. PLO-Syddanmark finder det særdeles vigtigt, at egen læge orienteres om, at et barn eller en ung tilknyttet praksis har stort fravær. Egen læge kender ofte familien og kan måske bidrage med viden og forslag til løsning.	Afvises – dette er ikke juridisk muligt.

Generelt		Generelt	Vejle Kommune	Et høringssvar bør kvittere for samarbejde på meget relevante og vigtige områder for børn og unges sundhed og trivsel. Der lægges i dette høringssvar et væsentligt ansvar på kommunernes skuldre i samarbejdet. Det skal der også være, men det er et opmærksomhedspunkt.	Afvises – vi har læst kommentaren og noteres os den.
Generelt		Juridisk	OUH	Juridiske handlemuligheder og lovgivning: Afsnittet omhandler især servicelovens bestemmelser om underretning. Arbejdsgruppen bedes være opmærksom på, at personer med sundhedsfaglig autorisation angivelig også er underlagt autorisations- og sundhedsloven, når de underretter. Jeg har gjort Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed opmærksom på, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i adskillige sager har vurderet, at jordemødre, læger, sundhedsplejersker m.fl. ikke har handlet med "omhu og samvittighedsfuldhed" og/ eller "omhu og uhildethed", når de har overholdt servicelovens bestemmelser i forhold til at udfærdige og afsende underretning.	Afvises – det er ikke en problemstilling, vi kan løse her.
s.3	1.1	Mistrivsel	Esbjerg Kommune	Hvad forstås ved mistrivsel? Dette bør foldes skarpt ud i aftalen og ikke ligge som et bilag 7, således at parterne har en ensrettet forpligtende ramme.	Afvises - Det er nærmere specificeret under afsnit 2: Målgruppe.
s.5	2	Målgruppe	OUH	Målgruppen: mangler fokus på børn i familier med svære sociale udfordringer.	Afvises som specifik målgruppe, da alle børn er omfattet og der politisk er valgt at have fokus på nogle særlige børn af psykisk og somatisk syge.
s.9	4.5	Netværksmøder	OUH	Det skal præciseres, hvem der i deltagerkredsen i hvert eneste koordinerende møde, hvem der skal have referat – og især skal kommunernes myndighedsafdelingens rolle være tydelig. Forslag til udformning og håndtering af samtykke erklæringer i forbindelse med koordinerende møder kan med fordel udarbejdes centralt, så ikke frontmedarbejdere skal bruge tid på det hver især – eller være i tvivl om, hvordan de skal håndteres. Hvis møderne skal afholdes som videokonference møder, skal man være meget opmærksom på, hvorledes dette opleves af mennesker med svære psykiske udfordringer og deres pårørende.	Afvises, da deltagerkredsen forventes at variere fra barn til barn.

s. 20	6.3	PPR	Svendborg	<p>Ud fra tidligere erfaringer er der på PPR en frygt for, at PPR bliver forkontor til psykiatrien, så alle børn der skal ses i regionen, skal være set i PPR. Dette er ikke hensigtsmæssigt. Det bør fortsat være muligt for praktiserende læger at henvise til Børne- og Ungdomspsykiatrien, hvor der (fra forældrene) er ønske om en henvisning, hvor der ikke er en sag i PPR, og hvor barnet/den unge skønnes at være velfungerende i det aktuelle læringsmiljø. I kommunerne er der en del børn og unge som fungerer i dagtilbud/skole, som ikke henvises til trods for, at de kan blive diagnosticerede, men fordi de faktisk modtager de tilbud, de har glæde af i deres sammenhænge.</p>	Afvises - Forventes håndteret med det setup, som etableres i regi af satspuljemidlerne – fremskudt visitation mv.
s. 9	4.7	Sundhed.dk	PLO	<p>PLO-Syddanmark finder det positivt, at kommuner og region forpligter sig til at oprette og SYNLIGGØRE tilbud og indsats på børne- og ungeområdet på Sundhed.dk. Vi påskønner, at regionen forpligter sig til at vedligeholde en overordnet platform på området, men ser behov for præcisering af de praktiserende lægers forpligtelse til at holde sig orienteret på sundhed.dk om kommunale og regionale tilbud. Det bør præciseres, at det ikke er en forudsætning for henvisning til kommunen, at der er et konkret tilbud, der passer til barnets symptomer. Et barn eller en ung med væsentligt truet trivsel bør altid kunne henvises til kommunal indsats, og kommunen sørger herefter for et passende tilbud. Kommunen melder tilbage til praktiserende læge, hvis kommunen vurderer at barnet/den unge skal modtage et tilbud i andet regi.</p>	Afvises – står allerede ganske tydeligt.
s.22	6.13	Særligt fokus på bestemte grupper	Esbjerg Kommune	<p>Efter at have læst hele høringsudkastet vurderes det, at der er særlig vægt på forældre med psykisk diagnose.</p> <p>Dette er ikke hensigtsmæssigt, da der er væsentlig flere risikofaktorer, også ved børn hvor der ikke er en psykisk diagnose ved forældrene.</p>	<p>Afvises - der er særligt fokus på denne gruppe men generelt fokus på alle børn.</p> <p>Derudover er det et politisk ønske med fokus på denne gruppe.</p> <p>Forslag afvises på den baggrund.</p>
s. 7 og 22	4.1 og 6.15	Underretning	Aabenraa Kommune	<p>Der lægges op til at der i højere grad underrettes. Det ser vi som et problem. Vi vil gerne have de rigtige underretninger, men vi har ikke noget mål om isoleret set at få flere underretninger.</p>	Afvises – det er et ønske, at der underrettes tidligere og mere i de rigtige tilfælde.

s.25	7	Underretning	Aabenraa Kommune	Afsnit 7 Implementering: I forlængelse af ovenstående mener vi at dotten om underretninger bør nuanceres.	Afvises – det er tanken, at Implementeringsgruppen skal nuancere de forskellige indsatsområder.
s. 24	8	Underretning og monitorering	Aabenraa Kommune	Afsnit 8 Monitorering og evaluering: Ligeledes i forlængelse af ovenstående mener vi ikke, at flere underretninger er et relevant ambitionsniveau for effektmålet 'Børn og unge får hjælp og støtte inden deres mentale sundhedssituation udvikler sig negativt'.	Afvises – i første omgang vil vi gerne have, at alle parter udviser rettidig omhu, hvilket bl.a. er vha. at der underrettes mere.
s.7	4.1	Underretninger	Haderslev Kommune	Underretninger bør som udgangspunkt altid ske skriftligt/digitalt	Afvises, da begge dele er indarbejdet.

Hørings svar vedr. Tværsektoriel aftale på Børne- og ungeområdet i region Syddanmark.

Nedenfor forefindes de høringssvar der er taget til efterretning samt begrundelse herfor.

Side	Afsnit	Tema	Svar afgivet af	Høringssvar	Handling/kommentar (Begrundelse for afslag)
s.15	5.3	Aktørbeskrivelse	Odense Kommune	Skolepsykologerne er organiseret forskelligt i de respektive kommuner, men typisk IKKE ansat på skolen, men i PPR.	Taget til efterretning, slettes fra opremsning.
s. 22	6.13 6.16	Anbefalinger til regionale indsatser	Sygehus Lillebælt	"Indsatser for børn af forældre med en psykisk diagnose" Den samme systematiske screening bør iværksættes for børn med forældre med en svær/invaliderende somatisk sygdom.	Tages til efterretning.
s.22	6.15	Anbefalinger til regionale indsatser	Sygehus Lillebælt	"Underretning" Sætningen kan med fordel ændres til: "Med baggrund i den skærpede underretningspligt anbefales det at almen praksis, for at styrke den tidlige opsporing af mistrivsel hos børn og unge underretter, så snart der opstår en formodning om at barnet eller en ung mistrives.	Tages til efterretning.
s.8	4.3	Børn og unge i familier med alvorlig somatik sygdom	OUH	Hvis man har grund til at antage, at et barn kan have brug for særlig støtte, hvorfor anbefales det så at agere med et parallelsystem, og ikke at sende en underretning? Hvis man lægger op til, at der skal være dialog omkring børn uden om myndighedsområdet, så skal man sikre sig, at der er samtykke til dette. Hvor skal et sådan samtykke journalføres – hvis det er forældrene, som er syge og børnene er pårørende?	Tages til efterretning og der indskrives i afsnittet, at der naturligvis underrettes, hvis der vurderes at være grund til dette.
s.7	4.2	Dagsinstitutionsfravær	Esbjerg Kommune	Det er forkert at sammenligne skole og dagtilbudsfravær. Der er i dagtilbud ikke fremmødepligt og det er meget betydningsfuldt at forældrene ikke skal presses til at aflevere deres barn i dagtilbud hver dag uanset om de har fridage, eller har natarbejde etc. Det der må være vigtigt i dagtilbud er at sammenholde graden af fravær med barnets generelle trivsel, udvikling og sundhed og ud fra dette afgøre bekymringsgraden.	Taget til efterretning – afsnit omformuleres i relation til dagsinstitutionsfravær.
s. 7		Dagtilbuds og skolefravær	Varde Kommune	Der bør skelnes mellem fravær på skole og dagtilbud, da fremmøde i dagtilbud ikke er obligatorisk. Fravær i perioder kan skyldes helt andre ting, som mor der er på barsel, fridage mv. Vi følger derfor ikke systematisk op på børns fravær og kan ikke umiddelbart bruge de samme opmærksomhedspunkter som fra projekt Tilbage til Skolen. Vi er naturligvis opmærksomme på fraværet hos udsatte børn. Vi har et system, hvor vi kan følge fravær, såfremt der er særlig opmærksomhed på et	Tages til efterretning og omskrives på baggrund af indkomne kommentarer.

				barn. Hvis barnets trivsel og udvikling er truet og mere stabilt fremmøde ikke kan opnås gennem dialog med forældrene, har vi mulighed for at underrette, såfremt det er relevant.	
s. 7	4.2	Dagtilbuds- og skolefravær	Sygehus Lillebælt	Under særlige fokuspunkter bør tilføjes: "får fysiske symptomer som f.eks. hovedpine, mavesmerter m.m."	Tages til efterretning
s.7	4.2	Dagtilbuds- og skolefravær	Sygehus Lillebælt	Sætningen: "at barnet udviser dårlig opførsel" vurderes med fordel at kunne ændres til "udviser uhensigtsmæssige reaktionsmønstre" da det vurderes at "dårlig opførsel" er et begreb som vækker negative associationer i forhold til barnet og lægger ansvaret for reaktionen hos barnet.	Tages til efterretning.
s.7	4.2	Dagtilbuds- og skolefravær	Sygehus Lillebælt	<p>Angående opmærksomhedspunkter ved fravær: Det vurderes ikke at de 3 opstillede punkter er obligate for bekymring. Et barn med eksempelvis 5 fraværsdage på 3 mdr. kan også være i mistrivsel. Derfor kunne punktet med for del formuleres således:</p> <p>Opmærksomhedspunkter ved institutions- og skolefravær som skal give anledning til bekymring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Særlige fraværsmønstre (f.eks. fravær hver mandag eller fra bestemte aktiviteter) - Hvis et barn har 11 eller flere fraværstilfælde gennem de seneste tre måneder - Hvis et barn har mere end tre fraværstilfælde gennem seneste måned <p>Det skal bemærkes at et barn eller en ung kan være i mistrivsel selv om skolefraværet er af mindre omfang.</p>	<p>Tages til efterretning.</p> <p>Der tilføjes ordene: som skal give anledning til bekymring...</p> <p>Der formuleres en sætning nederst under punkterne, som inspireres af indkomne forslag hertil.</p>
s.7	4.2	Dagtilbuds- og skolefravær	Haderslev Kommune	Det bør skelnes mellem fravær i skolen og dagtilbud. Dette skyldes, at baggrunden til fraværet kan skyldes helt andre ting i børnehaven end i skolen, og hvor der er undervisningspligt. Børn som er fraværende i perioder eller sporadisk i et pasningstilbud kan fx skyldes at mor er på barsel eller pga. ledighed. I stedet bør der, på dagtilbudsområdet, være et langt større fokus på de børn, som ikke indmeldt i et dagtilbud, hvor barnet passes i hjemmet eller af familiemedlemmer.	Tages til efterretning - der tilføjes noget om barnets generelle trivsel jf. andet forslag.
s.7	4.2	Dagtilbuds- og skolefravær	Billund Kommune	På dagtilbudsområdet bakker vi kun op om opmærksomhedspunktet vedr. fraværsmønstre. Der kan være mange sunde og positive årsager til, at et barn i et dagtilbud har meget fravær, f.eks. at det holdes hjemme fra daginstitution for at holde fri med enten mor eller far. Vi bakker derfor ikke op om opmærksomhedspunkterne, der fokuserer på antallet af fraværstilfælde hvad angår dagtilbudsområdet, men anerkender at der skal	Taget til efterretning– tilrettet i aftalen.

				være særlig opmærksomhed på, om der er et mønster i barnets fravær.	
s. 7	4.2	Dagtilbuds- og skolefravær	Vejle Kommune	I afsnittet 4.2 omkring fravær bør man skelne mere mellem fravær i dagtilbud og skole, da der er forskellige regler. Det er fornuftigt at have opmærksomhed på fravær i dagtilbud, men det er som udgangspunkt et tilbud, som der ikke er pligt til at benytte. I forhold til fraværsproblematikken har skolerne et udtrykt stort behov for at praktiserende læger tager mere ansvar for at børn og unge ikke kommer i fravær. Det må et høringssvar også gerne give udtryk for.	Taget til efterretning. Afsnittet omskrives på baggrund af indkomne kommentarer.
s.7	4.2	Dagtilbudsfravær	Esbjerg Kommune	I dagtilbud er der opmærksomhed på børn som møder sent på formiddagen, ikke når at deltage i aktiviteter/projekter, ikke kommer med på tur, ikke har de nødvendige ting med osv. Børn som har meget lange dage/mange ugentlige timer i daginstitutionen. Børn som ikke har meget ferie. Børn som har lange fraværsperioder eller børn som ikke møder op i daginstitutionen uden årsag.	Taget til efterretning og indarbejdes i aftaleudkast.
s. 7-11	4	Faglige forpligtelser - sprog	Aabenraa Kommune	Afsnit 4 Faglige forpligtelser: Afsnittene 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 og 4.7 er sprogligt formuleret som forpligtelser ('med denne aftale forpligtelser parterne sig på'). Afsnittene 4.5 og 4.6 er sprogligt formuleret som anbefalinger ('med denne aftale anbefaler parterne'). Disse afsnit burde evt. flyttes til afsnit 6 Anbefalinger.	Taget til efterretning – afsnit 4.5 og 4.6 omformuleres til forpligtelser.
s.20	6.1	Feedback på underretning	Sygehus Lillebælt	Underretninger: Som beskrevet under punkt 6 anbefalinger er kommunerne er via servicelovens §155b forpligtet til at give en tilbagemelding i forhold til den der har underrettet, i forhold til hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger. En undtagelse herfra er, hvis særlige forhold gør sig gældende. Vi vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at denne information tilføjes under punkt 4.1, da vores oplevelse er, at vi i praksis oplever, at vi for sjældent får tilbagemeldinger fra kommunerne.	Tages til efterretning og der formuleres en sætning herom i anbefaling 4.1.
s.11		Flowdiagram	Sygehus Lillebælt	Flowtegningen: Vi vurderer at kommunikationen mellem instanser med fordel kan være mere kompleks en tegningen giver udtryk for. Det vurderes derfor, at der med fordel kan tilføjes følgende pile: <ul style="list-style-type: none"> - Ex fra egen læge til somatisk enhed og modsat - fra egen læge til psykiatrien og modsat - fra somatisk enhed til psykiatrien - fra somatisk enhed til samarbejde og informationsdeling - fra somatikken, psykiatrien og egen læge til kommunen 	Taget til efterretning.

Generelt		Forældre med misbrug af rusmidler	TUBA	<p>Det at der lægges op til en koordineret og sammenhængende indsats på området bifalder vi i TUBA.</p> <p>Da vi jo ved, at der i mange familier forekommer misbrug af rusmidler hos en eller begge forældre, og at dette belaster børnene er det en vinkel man skal være opmærksomhed på både i forhold til opsporing af mistrivsel samt omkring den indsats og hjælp børnene efterfølgende tilbydes. Så mange af de unge man her har øje for vil komme fra hjem hvor der er et misbrug.</p> <p>Hvis der bag mentale eller somatiske problemer ligger en misbrugsproblematik hos en forælder, kræver det i forhold til opsporing og det at kunne yde den rette hjælp efterfølgende, en viden om emnet.</p> <p>Her vil en passende indsats være på den primære årsag bag problemerne og på de følger det har givet for barnet, og ikke kun være på det som kan vise sig at være symptomer, nemlig ved fx den lave mentale trivsel.</p> <p>TUBAs erfaring er, og omfattende statistik viser, at hvis der ligger et misbrug bag disse symptomer så skal der være en indsats som også tager udgangspunkt i barnets perspektiv og har øje for hvad barnet har brug for som følge af misbruget. Og nogle børn vil foretrække at denne indsats foregår hos en aktør som ikke er en del af det offentlige system.</p>	<p>Tages delvist til efterretning.</p> <p>Der indskrives en opmærksomhed omkring forældre med misbrug af rusmidler.</p>
s.15	5.3	Fritids- og ungdomsklubber	Haderslev Kommune	Fritids- og ungdomsklubber mangler som kommunal aktør.	Taget til efterretning.
s. 23	7	Implementering	Odense Kommune	I sidste sætning står der ”punkt 9” dette burde være punkt 6.	Taget til efterretning – rettes.
s.24	7	Implementering og evaluering	Sygehus Sønderjylland	Der står på side 24, at aftalen vurderes en gang årligt af Følgegruppen for forebyggelse, men hvordan sikrer vi os, at medarbejdere i kommunerne og regionen får bidraget til evalueringen.	Taget til efterretning – der er indskrevet, at implementeringen sker i et samarbejde mellem SOF’erne og Implementeringsgruppen.
Generelt		Jura	Aabenraa Kommune	Vi vurderer dog, at aftalen mangler at blive set igennem af en jurist på børn- og ungeområdet. Der er nogle præciseringer af de forskellige lovgivninger som mangler.	Tages til efterretning og der ses nærmere på det.
s. 13-20	5.2, 5.3, 5.4	Juridisk - plejefamilier	OUH	Under punktet somatiske sygehuse: I forhold til anbragte børn skal det være tydeligt, at man ikke skal orientere plejeforældre ved mistanke om mistrivsel for eksempel. Plejeforældre er i et ansættelsesforhold, ansat af myndigheden – derfor skal orientering og kommunikation gå via myndigheden, eventuelt via en underretning. Der er ikke forpligtigelse til at indhente samtykke til at reagere på mistrivsel hos et barn.	Tages til efterretning – dette skal tilrettes.

s.16	5.3	Kommunen	Odense Kommune	Pasningstilbud bør erstattes med undervisningstilbud og/eller fritidstilbud. derud over vil det være forskelligt fra kommune til kommune om det primært er sundhedsplejen eller PPR (især skolepsykologerne), der sammen med de lokale skolers ledelse og personale typisk er de primære kommunale aktører.	Taget til efterretning, omskrives.
Generelt		Misbrug	Tønder Kommune	Det foreslås, at misbrug hos forældre tydeliggøres som en mulig årsag til psykisk mistrivsel. Misbrug i hjemmet er årsag til mange problemstillinger og forældres misbrug bør derfor nævnes på linje med de andre mulige årsager f.eks. på side 5, side 8, side 39 og blandt risikofaktorerne i Bilag 7.	Taget delvist til efterretning. Er der misbrug hos forældrene, er det familieambulatoriet, der har bolden. Misbruges indføjes i listen i listen over risikofaktorer.
s.24	8	Monitorering	Billund Kommune	Der er ikke opbakning til at lade et fald i institutionsfravær være en markør for faldende mistrivsel – fravær fra institution skal nuanceres.	Tages til efterretning.
s.5	2	Målgruppe	OUH	Risikoadfærd i forhold til kriminalitet, vold og meget tidlig seksuel debut bør der ligeledes være fokus på.	Taget til efterretning og tilføjet i bilag.
s. 5	2	Målgruppe	Aabenraa Kommune	Afsnit 2 Målgruppe: I indledningen hedder det 'Aftalen dækker alle børn og unge i alderen 0-17 år, som er i risiko for at mistrives eller har tegn på at mistrives'. Først senere i teksten bliver det klart, at der er fokus på den mentale trivsel, ikke den fysiske.	Taget til efterretning – mental tilføjes.
s. 9	4.5	Netværksgrupper	Haderslev Kommune	Det bør tydeliggøres, hvem der med fordel skal være tovholder for disse netværksmøder. Der ligger op til at kommunen indkalder til disse møder, men HVEM i kommunen bør indkalde. Hvis vi skal gøre noget andet end hvad vi gør i dag, så er der behov for at tydeliggøre et ansvar. Det kan med fordel være den kontaktperson, som man forventer barnet/familien vil få → som der ligger op til i 4.6.	Taget til efterretning og indskrevet under 4.5.
s. 9	4.5	Netværksmøder	Lægeforeningen Syd	Med hensyn til netværksmøderne anbefaler LF-Syddanmark, at de tilrettelægges med mulighed for videokonference deltagelse.	Taget til efterretning – formulering understreges.
s. 9	4.5.	Netværksmøder	Esbjerg Kommune	Vedr. netværksmøder er det vores vurdering, at det ofte er andre end kommunen, der har grundlag for at indkalde til netværksmøde, idet mange børn med tegn på mistrivsel følges i psykiatri, på sygehus eller lignende før der er oprettet sag i kommunalt regi.	Taget til efterretning og tilføjet.
s. 22	6.12	Netværksmøder	Haderslev Kommune	Som det står beskrevet i aftalen betyder det, at sygehuset/Region Syddanmark skal være involveret for, at der kan afholdes tværfaglig og tværsektoriel case-baseret sparring. Aftalen bør indeholde en beskrivelse af, at der kan afholdes case-baseret sparring, også når kun kommune og praktiserende læge er involveret i en sag.	Taget til efterretning – det er specificeret, at der er tale om alle regionale aktører og at disse ikke behøver at deltage på én gang.
s.17	5.4	Ny aktør under 15-17-årige	Aabenraa Kommune	Afsnit 5 Aktører: Målgruppe 15-17 år: Her mangler vi den kommunale ungeindsats som aktør, jf. ny lovgivning om FGU	Taget til efterretning, FGU tilføjes.

s. 14, s. 16, s. 19	5.2. 5.3. 5.4.	Opgave- og ansvarsfordeling	Esbjerg Kommune	Opgaver og ansvarsfordeling, sidste punkt: Det fremgår af teksten, at såfremt forældrene ikke ønsker støtteforanstaltninger, er kommunen forpligtet til løbende at følge op på sagen. Foranstaltninger, jf. Servicelovens § 52 er frivillige. Det skal vurderes i hvert tilfælde, om der fortsat er tale om en bekymring, om der er grundlag for opfølgning og i så fald hvorfra opfølgningen bør foretages. Der kan være situationer, hvor der ikke er grundlag for en sag eller for opfølgning i kommunalt regi. Her skal tages stilling til, hvorvidt der er opfølgning i andet regi.	Taget til efterretning – der tilføjes ”eller sikre overlevering og opfølgning i andet regi.
s.15	5.3	Opgaver og ansvarsfordeling, særligt for skoler og SFO'er	Sygehus Lillebælt	Særligt for skoler og SFO/ungdomsklubber mv.: Det bør næves, at disse institutioner ved bekymring for baret's trivsel har pligt til at foretage underretning.	Tages til efterretning
s. 14	5.2	Opgaver, målgrupperne opgaver og arbejdsdeling i forb. med forebyggelse	Sygehus Sønderjylland	Under praktiserende læge står der: Ved bekymring for barnets tarv sendes en underretning til det kommunale myndighedsområde. Det bør også stå under somatisk sygehus.	Taget til efterretning og konsekvensrettes under alle målgrupper.
s.11	5.1	Pædagoger	Esbjerg Kommune	I forhold til forebyggelse og indsat, under viden og rådgivning bør der også stå pædagoger. Ellers ser det ud til at det kun gælder skoleområdet.	Taget til efterretning og tilføjes.
s.21	6.7	Screening	Odense Kommune	Relevante screeningsredskaber kan være brugbare og hensigtsmæssige, men hvis det er alle børn på alle årgange, der skal screenes for at afdække deres mistrivsel gennem en screeningssystematisk i barnets alder fra 0 – 17 år bliver det alt for omfattende og rigtigt, idet det fratager de forskellige fagpersoner deres professionelle tilgang og faglige skøn.	Tages til efterretning – der tilføjes i aftalen, at der screenes, når der er indikationer herfor.
s.7	4.2	Skolefravær	Lægeforeningen Syd	Med hensyn til dagtilbuds- og skolefravær kunne betegnelsen ”dårlig opførsel” med fordel ændres til, at ”barnet tilegner sig u hensigtsmæssige reaktionsmønstre”.	Taget til efterretning.
s. 7	4.2	Skolefravær	Vejen Kommune	Vejen Kommune betragter skolefravær som et ”symptom” på anden mistrivsel, hvorfor det findes vigtigt at pointere, at fremmøde alene ofte ikke er tilstrækkelig for at sikre barnets trivsel. Psykologenheden fremhæver i deres hørings svar, at der bør overvejes hvorledes der kan etableres indsatser som forandre den bagvedliggende mistrivsel der fører til højt fravær. Det kan ydermere være Psykologenhedens bekymring, at skolefravær anses som et individuelt problem for barnet eller den unge, og at indsatser 2 af 3 derfor ikke målrettes konteksten, hvor der arbejdes med de sammenhænge i skolen og i hjemmet mm. som fører til mistrivsel og skolefravær.	Skolefravær er ét ud af mange symptomer – der skal ses på bagvedliggende faktorer. Evt. tilføje en sætning om, at skolefravær ikke er et ensidigt fokus.

s.9	4.6	Kontaktperson	Odense Kommune	Sundhedsplejersken er nævnt som værende den, der med fordel kan udnævnes til kontaktperson i familien uanset barnets alder. Det anser vi ikke for i alle tilfælde at være det mest naturlige valg, da en kontaktperson bør være den fagperson, der har en god kontakt med familien.	Taget til efterretning.
s.11	5.1	Sundhedsplejen	Vejen Kommune	Vejen Kommune kunne godt tænke sig, at der under observation og henvendelse stod Sundhedsplejen, som jo er en del af punktet kommunale aktører. Dette da vi arbejder helt i front og møder alle familier meget tidligt.	Taget til efterretning - Sundhedsplejen tilføjes modellen.
s.20	6.2	Sundhedsplejen		Tilføj et "bl.a." i sætningen: Den tilknyttede sundhedspleje vil bl.a. kunne.... For sundhedspleje kan så meget mere i institutionerne (herunder screening og tidlig opsporing i det daglige arbejde) og ikke kun oplægsholder.	Taget til efterretning.
s. 21	6.10	Sundhedsplejen som kontaktperson på ungdomsuddannelser.	Fredericia Kommune	Sundhedsplejen nævnes som specifik faggruppe ifm. anbefalingen vedr. kontaktperson på ungdomsuddannelserne. Der er dog mange andre faggrupper i kommunalt regi, som kan være lige så væsentlige at indtænke. I samme afsnit kan ordet "stilling" med fordel ændres til ordet "funktion".	Tages delvist til efterretning, andre faggrupper i kommunalt regi indskrives. Stilling ændres til funktion.
s.16	5.3	Særligt for skoler og SFO/ungdomsklubber mv.	Odense Kommune	Obs.: afhængigt af kommunernes organisering vil den indledende vurdering af skolebørn ofte og i højere grad omfatte involvering af PPR-psykologen end fx tale/sprog, ergo/fys og sundhedspleje.	Taget til efterretning, PPR tilføjes.
Generelt		Tandplejen	Vejen Kommune	Der bliver anvendt betegnelsen skoletandpleje. Dette er en gammel betegnelse, som nu i stedet heller børne/ungetandpleje.	Taget til efterretning-konsekvensrettes.
s.13	5.2	Tandplejen	Vejen Kommune	Tandplejen er nævnt som relevante aktører for de 5-15 årige og de 15-17 årige. Tandplejen tænker sig også som en særdeles relevant aktør i forhold til de 0-5 årige, da de samarbejder tæt med øvrige aktører i kommunen ved netop denne aldersgruppe.	Taget til efterretning – tandplejen indføres.
s. 13	5.2	Tandplejen	Haderslev Kommune	Den kommunale tandpleje mangler som kommunal aktør i målgruppen 0-5 år. Dette skal ses i forhold til at gentagne udeblivelser for tandplejen (ikke sjuske-udeblivelser) kan være tegn på risikoadfærd. Tandplejen har en vigtig rolle (også) i den tidlige alder i forhold til kunne reagere på mistanke om omsorgssvigt eller mistrivsel.	Tages til efterretning.
s. 13-20	5.2 5.3 5.4	Tandplejen	Middelfart Kommune	Tandplejen er husket i nogen dele af aftalen og ikke i andre. Meget hyppigt glemmes vi og det ville være dejligt, hvis tandplejen var nævnt – særligt i afsnit 4.3. Tandplejen regner sig selv for en aktør i alle tre målgrupper.	Taget til efterretning – tandlægerne indføres.
s.13-20	5.2 5.3	Tandplejen	Esbjerg Kommune	Vi er nævnt i aldersgruppen 5-15 år. Omtales som skoletandplejen. Det må være et levn fra gamle dage, da vi er en børne- og ungdomstandpleje. Vi ser	Taget til efterretning og konsekvensrettes.

	5.4			alle børn fra 8 måneders alderen til 18 år. Vi vil derfor være en vigtig aktør til observation af om et barn mistrives ikke bare ud fra tandsundhed, men også trivsel mentalt og fysisk.	
s.39	Bilag 7	Tegn på mistrivsel		Risikofaktorer: Vigtig risikofaktor: manglende tidlig tilknytning/relation til forældre (senest viden fra Databasen: Børns Sundhed, Bjørn Holstein) som en væsentlig risikofaktor for mistrivsel.	Taget til efterretning – tegn tilføjes.
s. 14+17	5.2 og 5.3	Under somatiske sygehuse	Esbjerg Kommune	Det bør tilføjes at sygehuset skal sikre et samarbejde med Kommunen, (således at kommune orienteres og inddrages i den videre proces) – der er alene anført at der skal indhentes samtykke, men ikke hvad dette samtykke givet skal bruges til.	Dette er taget til efterretning og indføjet i aftalen.
s. 7	4.1	Feedback på underretning	Lægeforeningen Syd	Med hensyn til underretninger vil det være en styrkelse, hvis det kan aftales, at kommunerne udnytter mulighederne i serviceloven til at give tilbagemeldinger til "underretter" med information om "hvilken type foranstaltning den har iværksat, og om den planlagte varighed heraf". Ganske som beskrevet i afsnit 6.1.	Taget til efterretning. Der skal være en overordnet drøftelse af underretning, hvor dette er en del af drøftelsen.
s.22	6.15	Underretning	Svendborg	Vedr. pkt. 4.1 Underretninger. Det anbefales at der altid laves en skriftlig underretning evt. på baggrund af en telefonisk vejledende kontakt. At underretningen fortsat kaldes en underretning fremfor en bekymringskrivelse.	Underretninger må gerne både være skriftlige og telefoniske. Der er tilføjet lidt tekst herom.
s. 20	6.1	Feedback på underretning	PLO	Til gengæld mener PLO-Syddanmark også, at egen læge kan forvente at blive orienteret om hvilken indsats kommunen så iværksætter, som beskrevet i afsnit 6.1.	Taget til efterretning.
s.7	4.1	Underretning	Haderslev Kommune	Det foreslås, at det i aftalen uddybes yderligere, at underretninger skal italesættes som bekymringskrivelser. Dette for at tydeliggøre, at det er vigtigt, at de fagprofessionelle tør handle tidligt, så snart der er en bekymring og ikke først, når barnet viser flere tydelige tegn.	Taget til efterretning – faglig forpligtelse vedr. underretning er omformuleret.
s. 16	5.3	Særligt for skoler og SFO/ungdomsklubber mv.	Odense Kommune	PPR har på landsplan arbejdet stærkt på, i samarbejde med KL/skoleledelserne, netop ikke per automatik at placere problemet i barnet. I en pædagogisk læringsmæssig kontekst giver det oftest bedre mening at "screene" læringsmiljøet og relationerne omkring barnet, end at gribe til screening af barnet. Begge tilgange har deres egen logik og værdi og bør ligestilles som måder, der kan arbejdes med forbedring af barnets trivsel.	Taget til efterretning – der er, når screening er nævnt, lagt op til screening af barnet OG dets lærings- og nærmiljø

Udviklingen i den kommunale medfinansiering 2018

Der ses betydelige udsving på kommuneniveau mellem den forventet afregning af den kommunale medfinansiering for kommunerne i 2018 og de forudsætninger, der lå til grund for den kommunale budgetlægning for 2018 - dvs. det forudsatte niveau fra økonomiaftalen for 2018.

Denne analyse belyser udsvingene for de enkelte kommuner ved at dekomponere den faktiske udvikling i tre komponenter hhv.:

a. Ændret aktivitet

Hvis der var en større aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering (og omvendt).

Effekten af en ændret aktivitet kan tilskrives ændringer i antallet af sundhedsydelse alt andet lige jf. b og c nedenfor.

b. Ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper

Hvis der var en forskydning i sundhedsforbruget mod de +65 årige og især mod befolkningsgrupperne over 80 år og under 2 år, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering (og omvendt). Det skyldes, at afregningen udgør en procentvis større andel (af taksten) for 65+ år og en endnu større andel for + 80 årige og 0-2 årige.

Effekten af et ændret forbrug af sundhedsydelse mellem de fire alderskategorier hhv. 0-2 årige, 3-64 årige, 65-79 årige og 80+ årige kan som udgangspunkt tilskrives ændringer i antal borgere eller ændringer i intensiteten af kontakter for den enkelte.

c. Ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder

Hvis en større andel af forbruget bliver leveret på sygehuset - især i det somatiske sygehusvæsen - fremfor i almen praksis, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering for 2018. Det skyldes, at afregningen udgør en procentvis mindre andel (af taksten), hvis forbruget foregår i almen praksis, og en større andel, hvis forbruget foregår i det somatiske sygehusvæsen og fordi at udgiftsniveauet pr. behandling generelt er højere i sygehusvæsenet end i almen praksis.

Effekten af et ændret forbrug af sundhedsydelse mellem det specialiserede sygehusvæsen (somatikken og psykiatrien) og praksissektoren (almen praksis, speciallæge m.v.) kan som udgangspunkt tilskrives ændringer i intensiteten i og af kontakter til det specialiserede sygehusvæsen ift. praksissektoren.

For hele landet under ét er der stort set ingen ændring mellem forudsat og forventet KMF-afregning for 2018., jf. tabel 1. Der ses dog betydelige forskelle ml. de to niveauer på regionsniveau. Der ses en stigning i afregningen for 2018 ift. det forudsatte niveau for

økonomiaftalen for 2018 for kommunerne under ét i tre regioner – Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden, mens der ses et fald i afregningen for hhv. Region Midtjylland og Region Sjælland.

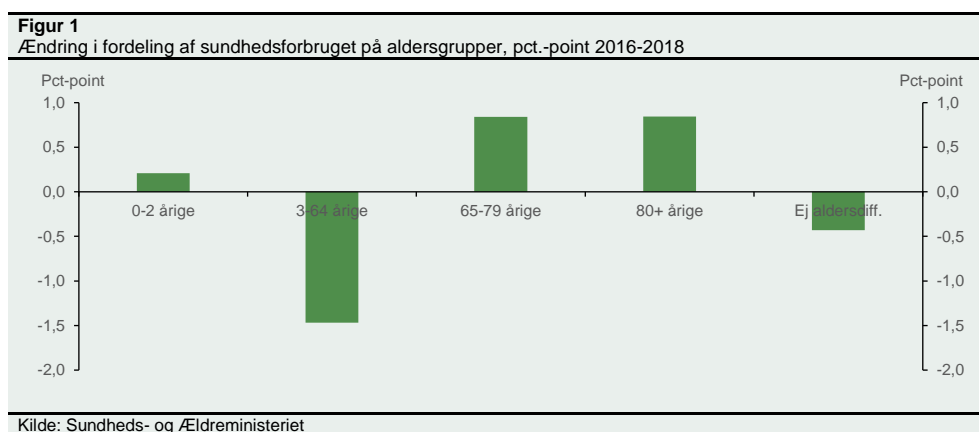
Tabel 1
Dekomponering af effekterne, regionerne

Pct./pct.-point	Ændring af det forventet skøn ift. forudsat niveau for ØA18	A. Effekt af ændret aktivitet (ren)	B. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	C. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder (almen praksis, somatik, psykiatri mv.)	Øvrige
Region Nordjylland	2%	-3%	1%	4%	0%
Region Midtjylland	-1%	-5%	2%	2%	0%
Region Syddanmark	2%	-3%	2%	2%	0%
Region Hovedstaden	2%	-3%	1%	4%	0%
Region Sjælland	-8%	-13%	1%	3%	1%
Hele landet	0%	-5%	2%	3%	0%

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

Det ses, at effekten af ændret aktivitet bidrager negativt (med 5 pct.-point for hele landet under ét og ml. 3-13 pct.-point på regionsniveau). Det betyder, at der relativt set forventes en mindre aktivitet (færre kontakter) i det regionale sundhedsvæsenet for 2018 end forudsat - og den kommunale medfinansiering vil alt andet lige være højere, hvis den forventede aktivitet var på niveau med den forudsatte for 2018 (rent teknisk baseres niveauet på aktiviteten for to år siden, dvs. aktiviteten i 2016).

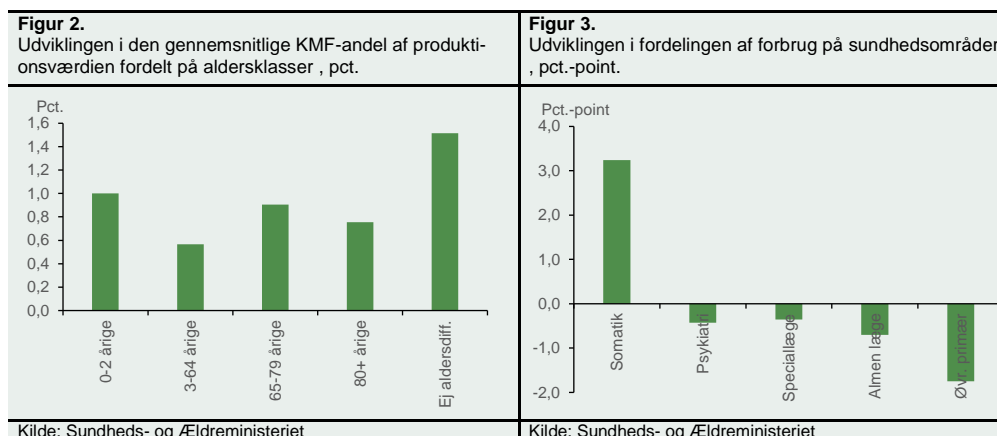
Det ses, at effekten af et ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper bidrager positivt (med 2 pct.-point for hele landet under ét og ml. 1-2 pct.-point på regionsniveau). Det betyder, at en større andel af forbruget forventes at forekomme i aldersgrupper, hvor betalingen er det større dvs. i aldersgrupperne 0-2 år og 65+ årige. Dette fremgår bl.a. af figur 1, som viser, at andelen af det samlede forbrug som kan henføres til 65+ årige samt 0-2 årige er øget, mens andelen som kan henføres til 3-64 årige er reduceret med næsten 1½ pct.-point.



Ligeledes ses det, at effekten af et ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder bidrager positivt (med 3 pct.-point for hele landet under ét og ml. 2-4 pct. på regionsniveau). Det betyder, at en større andel af forbruget således forventes at blive udført i det somatiske sygehusvæsen, hvor betalingen er det større, i stedet for i praksissektoren.

Det fremgår af tabel 2, at den gennemsnitlige KMF-andel af forbruget er øget inden for samtlige aldersklasser, hvilket indikerer, at det forbrug, som kan henføres til sygehusene udgør en stigende andel. Dette understøttes af opgørelser af forbruget fordelt på sundhedsområder. Andelen, der foregår i det somatiske sygehusvæsen er steget med 3 pct.-point på bekostning af de øvrige områder. Det skyldes bl.a., at produktivitetsgevinster har et stort gennemslag på forbruget (og dermed også på KMF-betalingen) inden

det somatiske sygehusvæsen, hvorimod produktivetsgevinster ikke i samme grad giver anledning til øget aktivitet hos den privatpraktiserende læger mv. på de privatpraktiserende områder.



Udviklingen i den kommunale medfinansiering for 2018 – den enkelte kommune

Effekten af ændret aktivitet på kommuneniveau er den mest dominerende effekt, hvis man tæller antal kommuner, jf. tabel 2. Det skal bl.a. ses i lyset af, at effekten er relativt markant i samtlige kommuner i Region Sjælland. Ses bort fra disse kommuner (denne region) er der en mere ligelig fordeling mellem, hvilke effekter som har dominerende forklaring.

Tabel 2			
Fordeling på kommuner, hvor en effekt udgør mere end 50 pct. af forklaring			
Antal kommuner	A. Effekt af ændret aktivitet (ren)	B. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	C. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder (almen praksis, somatik, psykiatri mv.)
Region Nordjylland	4	2	5
Region Midtjylland	12	3	6
Region Syddanmark	6	13	12
Region Hovedstaden	8	11	16
Region Sjælland	17	0	0
Hele landet	47	29	39

Anm.: Summen kan godt overstige antallet af kommuner, hvis én af effekterne har modsat effekt kan de to øvrige godt bidrage med mere end 50 af den samlede effekt.
Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

Ses med udgangspunkt i retningen – om effekten har bidraget til en stigning eller et fald i den forventede afregning af den kommunale medfinansiering ift. det forudsatte niveau, så ses det, at effekten af ændret aktivitet i 79 ud af de 98 kommunerne bidrager negativt, hvorimod de to øvrige effekter i 92 ud af 98 kommuner bidrager positivt, jf. tabel 3.

Tabel 3			
Fordeling på kommuner, hvor der er taget højde for fortegn (pos/neg) af effekterne			
<i>Antal kommuner</i>	A. Effekt af ændret aktivitet (ren)	B. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	C. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder (almen praksis, somatik, psykiatri mv.)
Negativ bidrag			
Region Nordjylland	9	1	0
Region Midtjylland	18	0	1
Region Syddanmark	15	2	2
Region Hovedstaden	20	2	2
Region Sjælland	17	1	1
Hele landet	79	6	6
Positivt bidrag			
Region Nordjylland	2	10	11
Region Midtjylland	1	19	18
Region Syddanmark	7	20	20
Region Hovedstaden	9	27	27
Region Sjælland	0	16	16
Hele landet	19	92	92

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

For de kommuner med størst positiv udsving ml. forudsat og forventet skøn for niveauet af afregningen af den kommunale medfinansiering for 2018 er det hovedsagelig alle tre effekter, der har bidraget til den højere KMF-afregning eller hvor enkelte af effekterne har været ekstreme (fx Rudersdal og Hørsholm), jf. tabel 4

Tabel 4					
Dekomponering af effekterne for top 10 kommuner med merbetalinger(positiv udsving)					
<i>Pct./pct.-point</i>	Ændring af det forventet skøn ift. forudsat niveau for ØA18	A. Effekt af ændret aktivitet (ren)	B. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	C. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder (almen praksis, somatik, psykiatri mv.)	Øvrige
Dragør	6%	3%	2%	1%	1%
Gribskov	7%	3%	4%	-1%	1%
Kerteminde	7%	4%	0%	2%	0%
Hørsholm	7%	-3%	2%	7%	1%
Nordfyns	7%	2%	4%	1%	0%
Nyborg	7%	3%	2%	2%	0%
Fredensborg	8%	1%	1%	6%	0%
Rudersdal	9%	-1%	3%	6%	1%
Hillerød	9%	3%	3%	3%	1%
Vallensbæk	13%	4%	3%	5%	1%
Hele landet	0%	-5%	2%	3%	0%

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

For de kommuner med mindst ændring ml. forudsat og forventet skøn for niveauet af afregningen af den kommunale medfinansiering for 2018 ses det, at det negative bidrag fra effekten af ændret aktivitet omtrent modsvares af bidrag fra de to øvrige effekter – og det er effekten af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområdet, som har det største positive bidrag, jf. tabel 5.

Tabel 5
Dekomponering af effekterne for midterste 10 kommuner

	Ændring af det forventet skøn ift. forudsat niveau for ØA18	A. Effekt af ændret aktivitet (ren)	B. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	C. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder (almen praksis, somatik, psykiatri mv.)	Øvrige
<i>Pct./pct.-point</i>					
København	0%	-4%	1%	3%	0%
Tønder	0%	-3%	2%	1%	0%
Aabenraa	0%	-6%	3%	3%	0%
Billund	0%	-7%	3%	4%	1%
Kolding	1%	-4%	2%	3%	0%
Hvidovre	1%	-4%	1%	4%	0%
Viborg	1%	-3%	2%	2%	0%
Vejle	1%	-4%	1%	4%	0%
Esbjerg	1%	-3%	2%	2%	0%
Albertslund	1%	-7%	2%	6%	1%
Hele landet	0%	-5%	2%	3%	0%

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

For de kommuner med størst negativ udsving ml. forudsat og forventet skøn for niveauet af afregningen af den kommunale medfinansiering for 2018 kan hele forklaringen henføres til effekten af ændret aktivitet. Det bemærkes, at samtlige kommuner er henhørende til Region Sjælland, jf. tabel 6. Region Sjælland er pr. 1. november 2018 overgået til Sundhedsplatformen, hvilket umiddelbart indebærer (midlertidig) aktivitetsnedgang.

Tabel 6
Dekomponering af effekterne for top 10 kommuner med mindrebetalinger (negativt udsving)

	Ændring af det forventet skøn ift. forudsat niveau for ØA18	A. Effekt af ændret aktivitet (ren)	B. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	C. Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder (almen praksis, somatik, psykiatri mv.)	Øvrige
<i>Pct./pct.-point</i>					
Ringsted	-14%	-19%	0%	2%	3%
Holbæk	-11%	-14%	0%	1%	2%
Sorø	-11%	-22%	3%	5%	3%
Guldborgsund	-10%	-15%	1%	3%	2%
Slagelse	-9%	-14%	1%	3%	1%
Stevns	-8%	-12%	1%	2%	1%
Næstved	-8%	-16%	2%	4%	2%
Roskilde	-7%	-13%	2%	3%	1%
Kalundborg	-7%	-12%	2%	2%	1%
Køge	-6%	-10%	3%	-1%	1%
Hele landet	0%	-5%	2%	3%	0%

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

Bilag 1. Udvikling i forventet skøn af KMF-afregning ift. ØA18 og dekomponering af effekterne for de enkelte kommuner

Tabel B1.
Udvikling i forventet skøn af KMF-afregning ift. ØA18 og dekomponering af effekterne for de enkelte kommuner

Pct./pct.-point	Ændring af det forventede skøn ift. forudsat niveau for ØA18	Effekt af ændret aktivitet (ren)	Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper	Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. områder (almen praksis, somatik mv.)	Øvrige
Hele landet	0%	-5%	2%	3%	0%
København	0%	-4%	1%	3%	0%
Frederiksberg	-3%	-10%	-1%	7%	1%
Ballerup	2%	-4%	2%	3%	1%
Brøndby	-1%	-4%	3%	-1%	1%
Dragør	6%	3%	2%	1%	1%
Gentofte	2%	-6%	2%	6%	0%
Gladsaxe	2%	-5%	1%	6%	0%
Glostrup	-1%	-4%	0%	3%	0%
Herlev	2%	-6%	2%	5%	0%
Albertslund	1%	-7%	2%	6%	1%
Hvidovre	1%	-4%	1%	4%	0%
Høje-Taastrup	0%	-3%	2%	1%	0%
Lyngby-Taarbæk	4%	-3%	0%	6%	0%
Rødovre	3%	1%	0%	1%	0%
Ishøj	2%	-4%	2%	3%	0%
Tårnby	-4%	-7%	0%	3%	0%
Vallensbæk	13%	4%	3%	5%	1%
Furesø	6%	2%	3%	0%	1%
Allerød	6%	1%	2%	3%	1%
Fredensborg	8%	1%	1%	6%	0%
Helsingør	5%	-2%	1%	5%	0%
Hillerød	9%	3%	3%	3%	1%
Hørsholm	7%	-3%	2%	7%	1%
Rudersdal	9%	-1%	3%	6%	1%
Egedal	4%	0%	2%	3%	0%
Frederikssund	5%	2%	2%	1%	0%
Halsnæs	-2%	-5%	0%	2%	0%
Gribskov	7%	3%	4%	-1%	1%
Bornholm	-4%	-9%	1%	4%	1%
Greve	-3%	-4%	1%	1%	0%
Køge	-6%	-10%	3%	-1%	1%
Roskilde	-7%	-13%	2%	3%	1%
Solrød	-3%	-8%	0%	4%	0%
Odsherred	-6%	-11%	1%	3%	1%
Holbæk	-11%	-14%	0%	1%	2%
Faxe	-6%	-10%	0%	3%	1%
Kalundborg	-7%	-12%	2%	2%	1%
Ringsted	-14%	-19%	0%	2%	3%
Slagelse	-9%	-14%	1%	3%	1%
Stevns	-8%	-12%	1%	2%	1%
Sorø	-11%	-22%	3%	5%	3%
Lejre	-2%	-9%	4%	3%	1%
Lolland	-6%	-12%	1%	4%	1%
Næstved	-8%	-16%	2%	4%	2%
Guldborgsund	-10%	-15%	1%	3%	2%
Vordingborg	-6%	-13%	0%	5%	1%
Middelfart	4%	-2%	2%	4%	0%
Assens	6%	4%	2%	-1%	0%
Faaborg-Midtfyn	3%	-1%	3%	2%	0%
Kerteminde	7%	4%	0%	2%	0%
Nyborg	7%	3%	2%	2%	0%
Odense	1%	-3%	1%	3%	0%
Svendborg	3%	-2%	3%	2%	0%
Nordfyns	7%	2%	4%	1%	0%
Langeland	2%	3%	1%	-2%	0%
Ærø	6%	-1%	-1%	7%	1%
Haderslev	5%	1%	2%	1%	0%
Billund	0%	-7%	3%	4%	1%
Sønderborg	2%	-5%	3%	3%	0%
Tønder	0%	-3%	2%	1%	0%
Esbjerg	1%	-3%	2%	2%	0%
Fanø	-3%	-3%	-1%	1%	0%
Varde	4%	0%	1%	3%	0%
Vejlby	-1%	-5%	1%	3%	0%
Aabenraa	0%	-6%	3%	3%	0%
Fredericia	-5%	-8%	2%	1%	0%
Kolding	1%	-4%	2%	3%	0%
Vejle	1%	-4%	1%	4%	0%
Horsens	0%	-5%	3%	2%	0%
Herning	-1%	-3%	1%	1%	0%
Holstebro	-2%	-7%	1%	4%	0%
Lemvig	-3%	-11%	3%	4%	1%
Struer	-5%	-9%	1%	3%	1%
Syddjurs	3%	0%	1%	2%	0%
Norddjurs	-2%	-5%	1%	2%	0%
Favrskov	-1%	-5%	2%	2%	0%
Odder	2%	-3%	2%	3%	0%
Randers	0%	-4%	1%	2%	0%
Silkeborg	0%	-3%	1%	2%	0%
Samsø	-5%	-7%	3%	-2%	1%
Skanderborg	6%	-2%	3%	5%	0%
Aarhus	-5%	-8%	1%	1%	1%
Ikast-Brande	5%	1%	2%	2%	0%
Ringkøbing-Skjern	3%	-2%	2%	3%	0%
Hedensted	4%	-1%	1%	4%	0%
Skive	-1%	-6%	1%	3%	0%
Viborg	1%	-3%	2%	2%	0%
Morsø	-2%	-5%	0%	4%	0%
Thisted	-1%	-7%	2%	3%	1%
Brønderslev	5%	-1%	1%	5%	0%
Frederikshavn	0%	-5%	2%	3%	0%
Vesthimmerlands	0%	-7%	2%	4%	0%
Læsø	0%	-17%	6%	9%	3%
Rebild	6%	1%	2%	2%	1%
Mariagerfjord	5%	-2%	2%	4%	0%
Jammerbugt	3%	-1%	3%	0%	0%
Aalborg	2%	-3%	1%	4%	0%
Hjørring	4%	0%	1%	2%	0%

Bilag 2. Ændring i fordeling af sundhedsforbruget på aldersgrupper 2016-2018

Tabel B2.							
Ændring i fordeling af sundhedsforbruget på aldersgrupper 2016-2018							
Pct.-point	0-2 årige	3-64 årige	65-79 årige	80+ årige	Ej aldersdiff.		
	Hele landet	0,2	-1,5	0,8	0,8	-0,4	
Region Hovedstaden	København	0,3	-1,4	1,0	0,5	-0,4	
	Frederiksberg	0,3	-1,4	0,9	0,8	-0,5	
	Ballerup	0,1	-2,2	0,8	1,4	-0,1	
	Brøndby	0,3	-1,1	0,9	0,6	-0,7	
	Dragør	0,0	-1,4	0,7	0,9	-0,2	
	Gentofte	0,6	-0,3	0,6	0,2	-1,1	
	Gladsaxe	0,8	0,5	0,0	-1,7	0,4	
	Glostrup	0,6	-1,0	0,1	2,2	-2,0	
	Herlev	0,3	-2,8	1,4	2,7	-1,6	
	Albertslund	-0,2	-3,0	4,2	-0,7	-0,3	
	Hvidovre	-0,1	-1,9	1,7	0,5	-0,1	
	Høje-Taastrup	0,0	-1,5	2,0	-0,5	0,0	
	Lyngby-Taarbæk	0,3	0,3	0,7	-0,1	-1,3	
	Rødovre	-0,1	-2,1	0,1	1,9	0,1	
	Ishøj	0,0	0,6	0,5	1,9	-3,0	
	Tårnby	0,4	-1,8	1,9	-0,7	0,1	
	Vallensbæk	-0,2	-1,5	1,9	1,3	-1,6	
	Furesø	0,0	-1,0	2,2	-1,2	0,0	
	Allerød	-0,2	0,2	-1,2	1,5	-0,3	
	Fredensborg	0,9	-1,4	1,2	0,2	-0,9	
	Helsingør	-0,2	0,5	0,7	-0,2	-0,7	
	Hillerød	-0,8	-2,9	2,6	1,6	-0,5	
	Hørsholm	0,3	-1,4	0,8	2,6	-2,3	
	Rudersdal	0,1	-3,3	0,7	1,8	0,8	
	Egedal	0,1	-1,2	0,5	0,9	-0,3	
	Frederikssund	0,1	-0,6	0,3	0,6	-0,4	
	Halsnæs	0,2	-3,1	1,4	1,7	-0,3	
	Gribskov	0,2	-1,9	1,2	1,0	-0,6	
	Bornholm	0,8	-3,0	1,6	1,5	-0,8	
	Region Sjælland	Greve	0,1	-0,8	-0,1	2,0	-1,2
		Køge	0,4	-2,1	0,8	1,2	-0,4
		Roskilde	0,0	-0,7	-1,1	1,5	0,3
		Solrød	-0,5	-3,2	2,0	2,2	-0,5
		Odsherred	0,2	0,4	-1,4	1,3	-0,5
		Holbæk	-0,1	-1,1	0,4	1,8	-0,9
Faxe		-0,1	-0,7	-0,5	0,7	0,6	
Kalundborg		0,2	-5,1	3,2	1,6	0,1	
Ringsted		-0,5	-1,6	1,3	0,5	0,4	
Slagelse		-0,3	-0,2	-0,4	0,7	0,1	
Stevns		-0,2	-0,9	0,7	0,0	0,5	
Sorø		0,2	-2,2	0,4	1,1	0,5	
Lejre		-0,5	-0,2	-0,6	0,5	0,8	
Lolland		0,0	-0,5	-0,3	1,0	-0,2	
Næstved		0,5	-0,4	-0,3	0,7	-0,5	
Guldborgsund		-0,3	-4,8	3,7	0,8	0,6	
Vordingborg		0,6	-4,1	2,9	1,5	-0,9	
Region Syddanmark	Middelfart	0,0	-0,9	1,5	0,2	-0,8	
	Assens	0,3	-2,3	1,1	1,0	-0,2	
	Faaborg-Midtfyn	0,1	-1,7	1,2	0,4	0,0	
	Kerteminde	0,5	-0,4	-0,7	0,7	-0,1	
	Nyborg	0,1	-0,8	0,8	0,2	-0,4	
	Odense	-0,2	-2,4	2,6	0,7	-0,7	
	Svendborg	0,3	-1,6	-0,8	2,6	-0,5	
	Nordfyns	-0,1	-2,6	1,2	1,9	-0,3	
	Langeland	0,0	1,1	-0,2	0,5	-1,5	
	Ærø	-0,3	-2,3	1,7	1,7	-0,8	
	Haderslev	-0,1	-1,1	0,8	0,9	-0,5	
	Billund	0,1	-3,0	2,6	0,7	-0,4	
	Sønderborg	1,1	-4,4	2,5	1,3	-0,5	
	Tønder	-0,6	-1,4	1,3	0,5	0,1	
	Esbjerg	1,0	0,6	0,8	-1,3	-1,1	
	Fanø	0,3	-2,5	1,1	1,2	0,0	
	Varde	0,6	-3,1	0,8	2,3	-0,7	
	Vejen	0,4	-4,2	2,4	1,7	-0,3	
	Aabenraa	-0,3	-2,6	1,3	1,5	0,1	
	Fredericia	0,3	-1,6	0,0	1,6	-0,3	
Kolding	0,5	2,9	-2,1	-0,3	-0,9		
Vejle	0,0	-1,5	0,0	1,5	0,0		
Region Midtjylland	Horsens	0,5	-0,4	-1,3	1,2	-0,1	
	Herning	-0,1	-4,9	2,6	1,5	0,9	
	Holstebro	0,5	-2,2	0,3	0,9	0,5	
	Lemvig	0,7	-3,5	2,7	0,5	-0,4	
	Struer	0,1	-2,5	0,0	1,7	0,8	
	Syddjurs	0,1	-1,2	-0,7	1,4	0,4	
	Norddjurs	0,1	-1,1	-0,7	1,7	0,1	
	Favrskov	-0,1	-0,5	0,6	1,1	-1,1	
	Odder	0,2	-1,9	0,5	2,4	-1,2	
	Randers	0,4	-1,1	1,7	-0,7	-0,3	
	Silkeborg	0,4	-2,0	0,8	0,5	0,4	
	Samsø	0,6	-0,5	-1,0	1,4	-0,4	
	Skanderborg	1,1	-2,9	1,3	0,4	0,0	
	Aarhus	0,8	-2,9	2,2	0,2	-0,2	
	Ikast-Brande	-0,1	-0,6	0,4	0,5	-0,2	
	Ringkøbing-Skjern	0,4	-1,4	0,8	0,5	-0,3	
	Hedensted	0,4	-5,4	3,7	0,9	0,3	
	Skive	0,2	-3,1	2,4	1,3	-0,8	
	Viborg	0,2	-0,6	0,7	0,8	-1,1	
Region Nordjylland	Morsø	-0,1	-3,1	1,2	1,4	0,7	
	Thisted	-0,2	-1,5	0,9	1,2	-0,5	
	Brønderslev	0,2	-0,5	-0,1	0,7	-0,3	
	Frederikshavn	0,4	1,5	-0,8	0,1	-1,2	
	Vesthimmerlands	0,4	-1,3	0,6	0,6	-0,4	
	Læsø	0,1	-1,2	0,5	1,5	-0,9	
	Rebild	0,4	-2,0	1,7	0,5	-0,6	
	Mariagerfjord	-0,1	-1,0	-0,1	1,0	0,2	
	Jammerbugt	0,6	-1,8	2,0	-0,1	-0,6	
	Aalborg	0,2	-2,9	3,0	-0,3	0,0	
Hjørring	0,9	-6,4	4,7	2,1	-1,4		

Bilag 3. Udvikling i gennemsnit KMF-andel af produktionsværdien fordelt på aldersklasser

Tabel B3.					
Udvikling i gennemsnit KMF-andel af produktionsværdien fordelt på aldersklasser					
Pct.	0-2 årige	3-64 årige	65-79 årige	80+ årige	Ej aldersdiff.
Hele landet	1,0	0,6	0,9	0,8	1,5
København	0,9	0,6	1,1	1,3	2,2
Frederiksberg	0,5	0,3	0,8	0,5	1,7
Ballerup	0,1	0,5	0,5	0,4	2,3
Brøndby	1,7	0,8	1,2	0,9	1,0
Dragør	1,1	0,6	0,8	0,9	0,8
Gentofte	1,2	0,8	0,7	-0,8	1,4
Gladsaxe	-1,2	1,3	2,3	7,1	-1,3
Glostrup	1,7	0,6	1,6	-1,3	3,4
Herlev	0,8	0,7	-0,9	-3,9	2,7
Albertslund	1,9	0,5	-1,4	2,5	2,7
Hvidovre	4,4	1,1	2,2	3,5	0,4
Høje-Taastrup	5,5	1,4	1,1	2,2	0,4
Lyngby-Taarbæk	-0,8	0,4	1,3	0,6	2,3
Rødovre	1,3	0,8	2,0	2,3	1,9
Ishøj	4,2	0,8	2,1	3,4	2,4
Tårnby	-0,2	0,8	1,1	2,4	-0,6
Vallensbæk	4,2	0,8	0,0	-3,8	1,0
Furesø	5,7	0,8	2,2	4,2	-0,6
Allerød	3,6	0,1	1,6	-1,0	-1,4
Fredensborg	-0,2	0,3	1,5	2,6	1,0
Helsingør	2,8	0,3	0,9	0,6	2,5
Hillerød	9,3	1,1	1,2	1,5	2,2
Hørsholm	2,1	0,3	0,3	-2,1	2,9
Rudersdal	-1,3	1,3	1,0	-0,8	-0,1
Egedal	2,1	0,8	3,2	1,0	-0,8
Frederikssund	1,2	0,8	2,0	2,6	1,3
Halsnæs	3,2	0,8	0,7	0,0	0,4
Gribskov	7,8	0,9	3,0	2,6	2,5
Bornholm	-0,5	1,0	2,2	2,8	1,7
Greve	3,0	-0,1	1,1	2,8	1,6
Køge	-3,0	0,6	1,2	-3,7	0,8
Roskilde	3,5	0,4	0,6	-1,0	-2,6
Solrød	3,6	0,8	-0,8	-3,1	-1,1
Odsherred	3,6	0,0	1,4	0,3	0,9
Holbæk	2,1	0,6	1,0	0,4	0,6
Faxe	2,8	0,3	1,5	3,1	1,2
Kalundborg	0,1	0,7	-0,2	-3,9	-0,6
Ringsted	4,3	0,6	0,6	2,0	0,6
Slagelse	2,0	0,4	0,5	-0,8	1,1
Stevns	1,4	0,6	0,8	1,5	-0,5
Sorø	-0,3	0,1	1,7	1,5	-2,1
Lejre	3,7	0,3	1,0	0,5	-0,7
Lolland	0,2	0,5	1,1	0,7	3,3
Næstved	-1,7	0,8	0,4	1,3	-0,5
Guldborgsund	1,3	2,0	0,5	1,1	0,1
Vordingborg	1,0	0,8	0,9	-0,3	0,3
Middelfart	2,3	0,7	0,4	3,4	4,1
Assens	-0,6	0,9	2,1	0,4	1,9
Faaborg-Midtfyn	-1,9	0,6	0,7	1,8	0,1
Kerteminde	0,2	0,5	1,7	2,9	1,9
Nyborg	1,0	0,8	0,7	2,8	1,9
Odense	0,6	0,5	1,8	-0,7	2,8
Svendborg	-1,2	0,3	0,0	-2,1	0,8
Nordfyns	-0,4	0,7	0,3	0,3	-0,1
Langeland	0,4	0,1	0,2	2,9	3,7
Ærø	-0,3	0,5	0,9	-0,8	2,2
Haderslev	1,8	0,5	0,6	1,0	2,2
Billund	0,6	0,7	0,4	-0,4	1,7
Sønderborg	1,8	0,7	-0,4	-0,4	1,2
Tønder	-1,0	-0,2	-1,6	-0,1	3,2
Esbjerg	-10,5	1,0	2,7	4,1	3,2
Fanø	-2,2	0,3	-0,2	0,3	2,7
Varde	-2,5	0,9	0,9	1,1	4,4
Vejen	1,7	0,7	0,2	1,6	3,9
Aabenraa	4,5	0,5	-0,2	-0,2	1,8
Fredericia	-0,9	0,7	0,5	-0,2	2,9
Kolding	3,2	1,1	-0,9	0,5	5,2
Vejle	1,0	0,8	0,1	0,9	1,4
Horsens	-0,6	0,4	2,0	-0,6	2,1
Herning	0,9	0,5	0,7	0,5	2,5
Holstebro	-0,9	0,3	-0,3	0,9	1,6
Lemvig	0,3	0,4	0,3	1,3	0,8
Struer	-1,6	0,7	0,8	1,3	0,4
Syddjurs	-0,8	0,5	1,6	0,8	2,8
Norddjurs	0,9	0,0	0,4	-0,1	0,3
Favrskov	0,8	0,4	1,3	1,5	3,1
Odder	2,7	0,1	2,4	0,5	6,1
Randers	-1,5	0,4	0,7	2,0	4,2
Silkeborg	-4,8	0,8	0,6	0,5	-1,3
Samsø	0,7	0,4	1,0	0,2	2,1
Skanderborg	-3,9	0,3	1,7	-0,3	-0,3
Aarhus	0,4	0,4	1,1	1,4	-0,7
Ikast-Brande	1,1	0,3	1,0	1,1	0,7
Ringkøbing-Skjern	0,5	0,1	0,2	1,4	2,3
Hedensted	8,3	0,5	-0,7	-3,1	-2,2
Skive	3,0	0,6	1,0	3,3	4,3
Viborg	0,6	0,2	0,3	-1,0	1,8
Morsø	0,5	0,3	0,7	0,6	-0,2
Thisted	0,2	0,4	1,7	0,6	0,8
Brønderslev	3,1	0,2	1,9	2,4	1,8
Frederikshavn	2,0	-0,2	1,5	2,5	3,5
Vesthimmerlands	-0,6	0,2	1,5	1,4	3,7
Læsø	2,0	0,7	0,9	0,1	4,5
Rebild	1,0	0,3	0,5	0,0	3,1
Mariagerfjord	5,4	0,7	1,6	2,2	1,6
Jammerbugt	-0,2	0,5	0,8	1,6	3,5
Aalborg	-2,2	0,9	1,6	1,5	0,3
Hjørring	12,2	3,1	2,2	1,2	7,2

Bilag 4. Udvikling i fordeling af forbrug på sundhedsområder

Tabel B4.						
Udvikling i fordeling af forbrug på sundhedsområder, pct-point.						
	Somatik	Psykatri	Speciallæge	Alment praksis	Øvr. primær	
Hele landet	3,2	-0,4	-0,4	-0,7	-1,7	
Region Hovedstaden						
København	3,6	-0,4	-0,3	-0,9	-2,0	
Frederiksberg	3,6	-0,5	-0,3	-0,6	-2,1	
Ballerup	3,4	-0,1	-0,4	-1,0	-1,9	
Brøndby	3,3	-0,7	-0,5	-0,6	-1,4	
Dragør	2,3	-0,2	-0,1	-0,5	-1,6	
Gentofte	3,0	-1,1	-0,3	-0,4	-1,2	
Gladsaxe	1,5	0,4	-0,3	-0,4	-1,2	
Glostrup	4,7	-2,0	-0,6	-0,7	-1,4	
Herlev	4,3	-1,6	-0,7	-0,7	-1,4	
Albertslund	4,2	-0,3	-0,7	-1,3	-1,9	
Hvidovre	2,8	-0,1	-0,5	-0,6	-1,6	
Høj-Taastrup	2,6	0,0	-0,5	-0,7	-1,4	
Lyngby-Taarbæk	3,8	-1,3	-0,5	-0,7	-1,5	
Rødovre	1,7	0,1	0,0	-0,6	-1,4	
Ishøj	5,2	-3,0	-0,3	-0,6	-1,3	
Tårnby	2,2	0,1	-0,4	-0,7	-1,3	
Vallensbæk	4,3	-1,6	-0,5	-0,6	-1,7	
Furesø	2,8	0,0	-0,4	-0,7	-1,7	
Allerød	2,9	-0,3	-0,3	-0,9	-1,4	
Fredensborg	2,6	-0,9	-0,1	-0,3	-1,2	
Helsingør	3,0	-0,7	-0,3	-0,6	-1,4	
Hillerød	3,6	-0,5	-0,4	-1,0	-1,7	
Hørsholm	5,8	-2,3	-0,9	-1,0	-1,6	
Rudersdal	2,5	0,8	-0,4	-0,8	-2,0	
Egedal	3,7	-0,3	-0,8	-1,0	-1,6	
Frederikssund	3,7	-0,4	-0,7	-0,8	-1,8	
Halsnæs	3,6	-0,3	-0,7	-0,8	-1,9	
Gribskov	4,1	-0,6	-0,8	-0,9	-1,8	
Bornholm	4,6	-0,8	-0,9	-0,8	-2,1	
Region Sjælland						
Greve	4,8	-1,2	-0,8	-1,0	-1,8	
Køge	4,1	-0,4	-0,7	-1,2	-1,7	
Roskilde	2,7	0,3	-0,6	-0,7	-1,8	
Solrød	3,4	-0,5	-0,5	-0,7	-1,6	
Odsherred	2,9	-0,5	-0,5	-0,5	-1,4	
Holbæk	3,0	-0,9	-0,2	-0,3	-1,7	
Faxe	2,2	0,6	-0,5	-0,4	-1,8	
Kalundborg	3,5	0,1	-0,7	-0,9	-2,1	
Ringsted	2,1	0,4	-0,1	-0,6	-1,8	
Slagelse	1,8	0,1	0,0	-0,4	-1,6	
Stevns	1,9	0,5	-0,4	-0,6	-1,4	
Sorø	1,8	0,5	-0,1	-0,4	-1,7	
Lejre	1,4	0,8	-0,2	-0,4	-1,6	
Lolland	2,5	-0,2	-0,1	-0,3	-1,9	
Næstved	1,9	-0,5	-0,3	0,0	-1,1	
Guldborgsund	0,9	0,6	0,1	0,1	-1,7	
Vordingborg	3,3	-0,9	-0,1	-0,2	-2,1	
Region Syddanmark						
Middelfart	3,3	-0,8	0,2	-1,0	-1,6	
Assens	2,0	-0,2	-0,3	-0,3	-1,2	
Faaborg-Midtfyn	1,8	0,0	0,1	-0,3	-1,6	
Kerteminde	2,1	-0,1	0,1	-0,9	-1,2	
Nyborg	2,9	-0,4	-0,4	-0,8	-1,2	
Odense	3,8	-0,7	-0,3	-0,9	-1,9	
Svendborg	4,8	-0,5	-0,6	-1,3	-2,3	
Nordfyns	4,0	-0,3	-0,6	-1,1	-2,0	
Langeland	5,7	-1,5	-0,7	-1,4	-2,1	
Ærø	4,8	-0,8	-0,8	-1,1	-2,1	
Haderslev	4,0	-0,5	-0,6	-1,0	-2,0	
Billund	3,8	-0,4	-0,3	-1,0	-2,1	
Sønderborg	4,7	-0,5	-0,6	-1,3	-2,3	
Tønder	3,8	0,1	-0,6	-1,2	-2,2	
Esbjerg	3,7	-1,1	-0,2	-0,2	-2,2	
Fanø	3,8	0,0	-0,5	-1,2	-2,1	
Varde	3,3	-0,7	-0,3	-0,5	-1,8	
Vejen	3,1	-0,3	-0,1	-1,0	-1,6	
Aabenraa	2,9	0,1	-0,4	-1,0	-1,7	
Fredericia	3,1	-0,3	-0,2	-0,9	-1,7	
Kolding	3,5	-0,9	-0,1	-1,5	-1,0	
Vejle	3,2	0,0	-0,3	-1,0	-1,9	
Region Midtjylland						
Horsens	3,1	-0,1	-0,2	-1,0	-1,8	
Herning	1,7	0,9	-0,3	-0,7	-1,6	
Holstebro	2,0	0,5	-0,4	-0,4	-1,7	
Lemvig	2,8	-0,4	-0,4	-0,2	-1,9	
Struer	2,2	0,8	-0,3	-0,9	-1,8	
Syddjurs	2,6	0,4	-0,3	-0,9	-1,7	
Norddjurs	3,2	0,1	-0,3	-0,8	-2,2	
Favrskov	4,2	-1,1	-0,2	-0,5	-2,3	
Odder	3,2	-1,2	-0,1	-0,3	-1,7	
Randers	4,0	-0,3	-0,4	-0,9	-2,5	
Silkeborg	3,3	0,4	-0,4	-0,7	-2,6	
Samsø	4,1	-0,4	-0,6	-0,9	-2,2	
Skanderborg	3,5	0,0	-0,5	-1,0	-2,0	
Aarhus	3,7	-0,2	-0,4	-0,9	-2,2	
Ikast-Brande	3,3	-0,2	-0,4	-0,6	-2,0	
Ringkøbing-Skjern	3,5	-0,3	-0,2	-0,9	-2,1	
Hedensted	1,4	0,3	-0,2	-0,1	-1,5	
Skive	4,5	-0,8	-0,6	-0,8	-2,2	
Viborg	3,9	-1,1	-0,4	-0,3	-2,1	
Region Nordjylland						
Morsø	2,8	0,7	-0,4	-0,7	-2,3	
Thisted	3,5	-0,5	-0,3	-0,7	-2,0	
Brønderslev	3,3	-0,3	-0,3	-0,6	-2,1	
Frederikshavn	4,4	-1,2	-0,2	-1,0	-2,0	
Vesthimmerlands	3,4	-0,4	-0,2	-1,0	-1,9	
Læsø	3,7	-0,9	-0,1	-0,7	-2,0	
Rebild	3,4	-0,6	-0,1	-0,9	-1,7	
Mariagerfjord	3,3	0,2	-0,4	-0,9	-2,1	
Jammerbugt	3,6	-0,6	-0,4	-0,8	-1,8	
Aalborg	3,3	0,0	-0,1	-0,9	-2,2	
Hjørring	2,6	-1,4	0,3	-0,9	-0,7	

Bilag 5 Metodebeskrivelse

Boks B1

Metode beskrivelser

Prognose model for 2018

1) Den foreløbige KMF opgørelse pr. 10 sep. er opskrevet med samme faktor som forholdet mellem endelige KMF 2017 pr. 10 april 2018 og den foreløbige opgørelse vedr. 2017 pr. 10 sep. 2017. Det vil sige det antages at efterregistrerings forholdene er som i 2017 og aktivitetsfordelingen på resterende dage i året 2018 ligeledes er som i 2017. Korrektionen er foretaget kommune for kommune.

2) Produktionsværdi vedr. 2018 er opskrevet på baggrund af KMF opgørelsen jf. ovenfor, under antagelse at KMF andelen på baggrund af år til data pr. 10 sep. er fastholdt resten af året.

Fastsættelse for forudsat produktionsværdi/forbrug konsistent med KMF budget 2018

Det forudsatte budget 2018 (forudsat 2018 niveau fordelt på kommuner jf. 2016 fordeling) for KMF opregnes for hver aldersklasse under antagelse af at KMF værdien pr. aldersgruppe er uændret (ved 2016 aktivitet, 2018 takster). Dermed have en opgørelse for produktionsværdien/forbruget der er konsistent med budget for KMF niveauet.

Standardberegninger.

Den rene aktivitetseffekt.

Er forskellen i prognosen for 2018 som følge af at fastholde den forudsatte produktionsværdi konsistent med KMF budget 2018 sammenholdt med prognosen for KMF i 2018 jf. 1. ovenfor.

Fordelingen af sundhedsforbruget på aldersgrupper

Er forskellen i prognosen for 2018 som følge af at fastholde fordelingen på aldersgrupper fra den forudsatte produktionsværdi konsistent med anvendelse af det KMF gennemslag der have i 2018 fordelt på aldersgrupper med KMF budget 2018 sammenholdt med prognosen for KMF i 2018 jf. 1. ovenfor.

Den gennemsnitlige KMF afregning pr. sundhedsforbrug i de enkelte aldersgrupper.

Er forskellen i prognosen for 2018 som følge af at fastholde KMF gennemslaget på aldersgrupper fra grundlaget til budgettet på prognosen for produktionsværdi jf. 2 ovenfor sammenholdt med prognosen for KMF i 2018 jf. 1. ovenfor.

Vejledning og anbefaling i forhold til tværsektoriel anvendelse af video

På baggrund af udarbejdelse af handleplan vedrørende tværsektoriel anvendelse af video, der blev godkendt på møde i Det Administrative Kontaktforum, den 14. maj 2018, er der blevet arbejdet videre med de forskellige spor; best practice, infrastruktur og udstyr, kompetenceudvikling og vedligeholdelse samt support. Alle sporerne har en gensidig afhængighed, og det er vigtigt at have fokus hele vejen rundt. Ligeledes er det vigtigt med ledelsesmæssig opbakning for at få den tværsektorielle anvendelse af video til at fungere. Resultatet af arbejdsgruppens arbejde er blevet et samlet sæt af vejledninger og anbefalinger, der har til formål at understøtte en øget anvendelse af video på tværs af sektorerne.

Best practice

Der er i arbejdsgruppen identificeret flere oplagte fordele ved tværsektoriel anvendelse af video. Disse omhandler eksempelvis:

- Et bedre flow i arbejdsgangene, da afholdelse af videomøder hurtigt kan bringe medarbejdere/borgere/patienter sammen trods fysisk afstand mellem de involverede parter
- Bedre udnyttelse af tidsmæssige ressourcer
- At de involverede kan benytte videomødet som et alternativ til et fysisk møde – og dermed ikke skulle forholde sig til evt. transporttid mellem de involverede parter
- En bedre relationel og faglig koordinering, idet flere parter med tilknytning til den enkelte borger/patient inddrages
- Et større fokus på fælles faglige prioriteringer
- Bedre mulighed for deling af informationer og data på tværs af de involverede parter
- At de involverede mødes på neutral grund i det virtuelle møderum

Erfaringerne fra forskellige anvendelser af video munder ud i en række overordnede anbefalinger og forudsætninger, som bør være opfyldt, for at medarbejderne bedst muligt kan understøtte anvendelsen af video og realisere forventede gevinster. En overordnet anbefaling er, at der skal udarbejdes vejledningsmateriale, som enkelt og klart beskriver "best practice" for gennemførelse af tværsektorielle videomøder. En ledelsesmæssig opbakning er i den forbindelse forudsætningskabende for, at kulturen omkring anvendelse af video ændres til at ske i mere udbredt grad, end det er gældende i dag. Arbejdsgruppen har således udarbejdet vejledningsmateriale, der består af nedenstående:

- Anbefalinger – kom godt i gang med videomøder
- Gode råd, når du holder videomøder
- Gode råd til dig som mødedeltager
- Gode råd til dig som mødeleder
- Gode råd til dig som borger
- Anbefalinger til teknisk udstyr

Materialet indeholder således en nærmere beskrivelse af, hvilke ting, der skal være styr på i egen organisation, inden det besluttet at der gennemføres videomøder. Det vil sige en nærmere gennemgang af opmærksomhedspunkter vedrørende teknisk udstyr, vejledning, omgivelser og kultur.

Som mødeleder og mødedeltager er der ligeledes en række opmærksomhedspunkter, der skal være fokus på, for at der opnås størst succes med gennemførelsen af videomødet. Dette gælder både før, under og efter mødet. Det gælder også, hvis en borger/patient deltager i videomødet.

Før mødet er det ligeledes vigtigt at vurdere, hvordan opgaven løses mest hensigtsmæssigt ud fra faglighed og kerneopgave. I den forbindelse kan et videomøde indtænkes som et nemt og brugervenligt alternativ eller supplement til det fysiske møde.

Infrastruktur og udstyr

Det er fra arbejdsgruppens side vurderet, at en oversigt over møderum indeholdende udstyr til gennemførelse af videomøder meget hurtigt vil blive forældet – og dermed fremstå misvisende for de medarbejdere, der skal anvende den. Således henvises der i stedet til en række udarbejdede anbefalinger til teknisk udstyr i vejledningsmaterialet.

En overordnet anbefaling fra arbejdsgruppen er, at der som udgangspunkt anvendes et videoknudepunkt i form af et virtuelt møderum, idet denne løsning kan bidrage til at reducere den tekniske kompleksitet, der kan være ved at anvende flere forskellige tekniske løsninger i samme videomøde. Der skal være et organisatorisk fokus på, hvordan man får nem adgang til videoløsningen både fra telefon, tablet eller PC.

Kommunale og regionale videostrategier skal være med til at skabe rammen for den fremtidige anvendelse af videomøder på tværs af sektorer, disse foreligger dog ikke pt. Regionen er i gang med at udarbejde en digitaliseringsstrategi, der forventes at ligge klar i starten af det nye år og som vil indeholde brugen af video. Der er ligeledes, i regionen, blevet arbejdet på at etablere en teknisk infrastruktur for videokommunikation baseret på Ciscos teknologi, herunder forsyning af mødelokaler med videoudstyr. Flere kommuner har allerede udarbejdet lokale digitaliseringsstrategier eller politikker, det er dog uvist hvor mange af dem der endnu indeholder den tværsektorielle anvendelse af video.

På praksisområdet er det endvidere blevet besluttet at udbrede videoløsninger, der er baseret på MedCom's videoløsning (virtuelle møderum og anvendelse af PexIP videoklient).

Fra national side ses samtidig en særlig opmærksomhed på området, hvor regeringen som en del af Sammenhængsreformen i oktober i år har lanceret reformsporet "Digital service i verdensklasse". Med Sammenhængsreformen ønsker regeringen således at skabe en mere sammenhængende offentlig sektor, hvor borgeren sættes i centrum. Her spiller digitaliseringen en helt central rolle. Den digitale udvikling giver nye muligheder for at udvikle den offentlige service til større gavn for borgerne.

Regeringen opstiller med Sammenhængsreformen således en række nationale mål for udviklingen af den offentlige sektor i de kommende år. De nationale mål omhandler:

- Borgerne skal mødes af en sammenhængende offentlig sektor
- Mere frihed og tid til velfærd
- Danmark skal have en offentlig sektor, der sikrer velfærd af højeste kvalitet
- Attraktive offentlige arbejdspladser med tillid til fagligheden og borgeren i centrum

Kompetenceudvikling og vedligeholdelse

For at sikre udbredelsen af digitale velfærds løsninger, er der behov for kompetenceudvikling målrettet fagmedarbejdere, så de digitale løsninger bliver en naturlig del af den faglige værktøjskasse¹. I Region Syddanmark er der allerede gjort en række erfaringer i forhold til kompetenceudvikling på videoområdet.

I **Lærings- og Forskningshuset på Sygehus Sønderjylland** sættes der fokus på de digitale færdigheder og den digitale adfærd, gennem simulations- og færdighedstræning ved implementering af teknologi, som fx den tværsæktorielle anvendelse af video, i sundhedsvæsenet, og dette med stor succes. Træningen tager afsæt i de konkrete opgaver, der løses via video, der enten er indført og ikke anvendes, eller som skal indføres. Medarbejderne trænes med afsæt i praksisnære cases fra deres hverdag. De trænes i dertil indrettede simulationsfaciliteter og igennem "on the job training", der kan foregå på tværs af faggrupper og på tværs af sektorer.

Afhængig af casen, skal træningsseancen have en varighed af 4 – 6 timer. Først trænes kommunikationen via video, når den virker og herefter når den ikke virker. For at opnå de nødvendige færdigheder, lægges der op til en holdstørrelse på maks. 12 personer. Formålet med simulations- og færdighedstræningen er, at deltageren, gennem aktiv deltagelse i kurset, opnår digitale færdigheder i forhold til at anvende de konkrete videoløsninger, beskrevet i en case, så de efterfølgende kan støtte, vejlede og guide andre brugere, herunder også patient/borger. Træningen giver medarbejderne mulighed for at kunne deltage i udvikling/implementering af nye digitale måder at arbejde på, samt i at kunne organisere den tværsæktorielle anvendelse af video og se de organisatoriske ændringer det vil medføre på arbejdspladsen.

I forhold til evalueringen af simulations- og færdighedstræningen, skal den have fokus på opnåelse af konkrete færdigheder med afsæt i om video anvendes i hverdagen. Evalueringen skal således tage udgangspunkt i formålet med kompetenceudviklingen. På baggrund af evalueringens resultater skal der tages stilling til, hvorvidt der er et videre behov for opfølgning og yderligere kompetenceudvikling i forhold til vedligeholdelse af de nødvendige kompetencer hos medarbejderne.

I **Psykiatrien** i Region Syddanmark er der blevet arbejdet med tre spor vedrørende kompetenceudvikling i forbindelse med brug af video. De tre spor omhandler

- 1) Fysiske kurser i brug af videosoftware
- 2) Facilitering af "oversættelse" af den kliniske praksis (primært i forbindelse med videokonsultationer med patienter)
- 3) Et e-læringskursus som favner begge.

På de fysiske kurser viser erfaringen indtil videre, at undervisningen gerne skal være koblet tæt til behandlernes arbejde. Behandlerne kan godt lære at bruge softwaren og problemløse, men hvis løsningen ikke anvendes i umiddelbart forlængelse af undervisningen - og regelmæssigt - glemmer de det hurtigt igen. De bedste resultater opnås således, når undervisningen er koblet sammen med en bredere implementeringsindsats. Det vurderes derfor, at kurser i brug af video skal være koblet til udviklingen af

¹ Digital service i verdensklasse, Finansministeriet 2018, s.45

arbejdsgange og rammer for brug af videomøder. Det er vigtigt, at der her er et indhold/en opgave, som videomødet skal løse, og at de tekniske kompetencer er et redskab til at løse denne opgave.

I forhold til patientkommunikation via video, handler det i høj grad om at behandlerne bliver skarpe på, hvilke faglige virkemidler, der fungerer via video, og hvilke observationer, de kan gøre ad denne vej, samt hvordan de kan mindske de begrænsninger der ligger i mediet (at man ikke sidder fysisk sammen). Den del af det, som måske er mest relevant i forhold til videomødet, handler om "god video-adfærd".

I forhold til e-læringskurset i Psykiatrien har tanken været, at behandlerne skal kunne tage et kursus, når de har tid til det, og at de skal kunne bruge det som en slags "opslagsværk", når de bliver i tvivl om noget, eller har behov for en genopfriskning. I testen af e-læringskurset har Psykiatrien fået meget positive tilbagemeldinger fra de behandlere, som har gennemført det.

Da mange medarbejdere oplever en travl hverdag, skal der være fokus på at udarbejde og tilbyde den bedst mulige læring på mindst mulig tid. Forstået på den måde, at det er vigtigt at behandlerne ikke skal afsætte for meget tid ud af deres normale opgaveløsning, og at den tid de bruger på kompetenceudvikling giver dem det de har brug for at kunne, uden for meget "ekstra". Endelig er det vigtigt, som tidligere nævnt, at kompetenceudvikling går hånd i hånd med implementeringen for at give den aktualitet, således at det er meningsfuldt for behandlere og ledere at prioritere det.

Det er en gennemgående erfaring fra **Social- og Sundhedsafdelingen i Varde Kommune**, at for at det skal lykkes at udvikle og fastholde medarbejdernes digitale færdigheder, med det formål at opnå en effektiv anvendelse af video, så kræver det følgende forudsætninger:

- En nærmere begrundelse for anvendelsen, som skal være meningsfuld for den enkelte part – set i sammenhæng med kerneopgaven – både set fra et organisatorisk, et fagligt og et borgerrettet perspektiv
- Driften af videoløsningen skal være sikker og robust
- Videoløsningen skal være logisk og brugervenlig og der skal være en nem adgang til vejledninger og support
- Som udgangspunkt bør undervisning, support og organisatorisk støtte udføres af sundheds-personale, eller af personale med tæt tilknytning til de medarbejdere/organisationsenheder der skal hente kvalitative og kvantitative gevinster fra anvendelsen (med støtte fra it-personale/konsulenter/leverandører)

Der er flere grundlæggende faktorer, der lægges vægt på og som er afgørende for at udvikle og fastholde medarbejdernes kompetencer. Det er vigtigt at motivationen er knyttet til kerneopgaven og kernefagligheden og at videoen anvendes hyppigt nok til at færdighederne fastholdes. De primære succeskriterier skal være, at øge fleksibilitet og kvalitet – både for borgerne og for de respektive organisationer.

I forhold til tværsektoriel anvendelse af video, skal der være fokus på, at valg af platform, så vidt det er muligt, skal være uafhængig af øvrige parters it-arkitektur. Fokus bør være på så stor åbenhed som muligt indenfor rammerne af de regulative og organisatoriske rammer ift. datasikkerhed og sikker drift. I det omfang forholdene kræver et fælles valg af platform, bør der være adgang til support i egen organisation.

Support

Arbejdsgruppen har foretaget en afdækning af, hvad der allerede findes af supportenheder. Der har i den forbindelse været indledt en dialog med Hotline Syddanmark og Fælles Servicecenter for telesundhed Region Midtjylland.

Hotline Syddanmark blev oprettet som en regional, tværsektoriel supportfunktion til borgere i Region Syddanmark i forbindelse med introduktionen af Digital post fra det offentlige i 2016. Hotline Syddanmark eksisterer stadig og bemannes på skift af næsten alle kommuner i regionen. Odense Kommune er tovholder og ligger IT-supportplatform til.

Telefonnummeret 7020 4021 er offentliggjort på de fleste kommuners, sygehuses og regionens hjemmesider, og på den måde må det anses som implementeret. Der er åbent for henvendelser fra mandag til torsdag i tidsrummet kl. 9.00-18.00. Det kunne være nærliggende at overveje at bruge dette nummer for borgere, patienter og pårørende i forbindelse med den tværsektorielle anvendelse af video.

I Region Midtjylland er der blevet etableret et **Fælles Servicecenter for Telesundhed**, som yder support til og på tværs af alle de midtjyske kommuner, hospitaler, praktiserende læger og borgere. Servicecentret er udsprunget af et fællesoffentligt-privat innovationsprojekt og blev sat i drift den 1. maj 2018.

Organisering og finansiering af det Fælles Servicecenter er beskrevet i en samarbejdsaftale og forankret i Sundhedsaftalen i Region Midtjylland. Centret refererer til en tværsektoriel forretningsstyregruppe, som referer til Sundhedsstyregruppen. Der er etableret et sekretariat med 3 medarbejdere, som er placeret hos en værtsorganisation, og der indgås kontrakt med en operatør på service og logistik i løbet af 2018. Centerets primære opgave er pt. at levere og opsætte telemedicinsk udstyr hos borgere og at supportere borgere og medarbejdere i brugen af udstyret.

Inspiration til support flow

Supportbeskrivelsen tager udgangspunkt i den nuværende infrastruktur på videoområdet. Det vil sige, at der arbejdes ud fra et scenarie, hvor kommuner og region anvender flere forskellige videoløsninger, og hvor der derfor skal anvendes et videoknudepunkt, som muliggør opkald mellem de forskellige videoløsninger. Reelt kan der være to videoknudepunkter i spil, Regionens Meeting Server og MedCom's VDX med Pexip. Support flowet er groft skitseret på de følgende sider og skal derfor ses som inspiration til det videre arbejde. Der vil i modellerne indgå en række nye begreber, der muligvis kræver en nærmere begrebsafklaring jf. nedenstående liste:

Lokal IT afdeling: Den lokale IT afdeling i den enkelte kommune og på det enkelte sygehus

Hotline support: Varetager support til borgere og pårørende

Fælles Supportfunktion: Fælles supportfunktion (på videoknudepunktet) for alle sygehuse og kommuner i Region Syddanmark

Fælles Hotline: Gatekeeper med viderestillende funktion

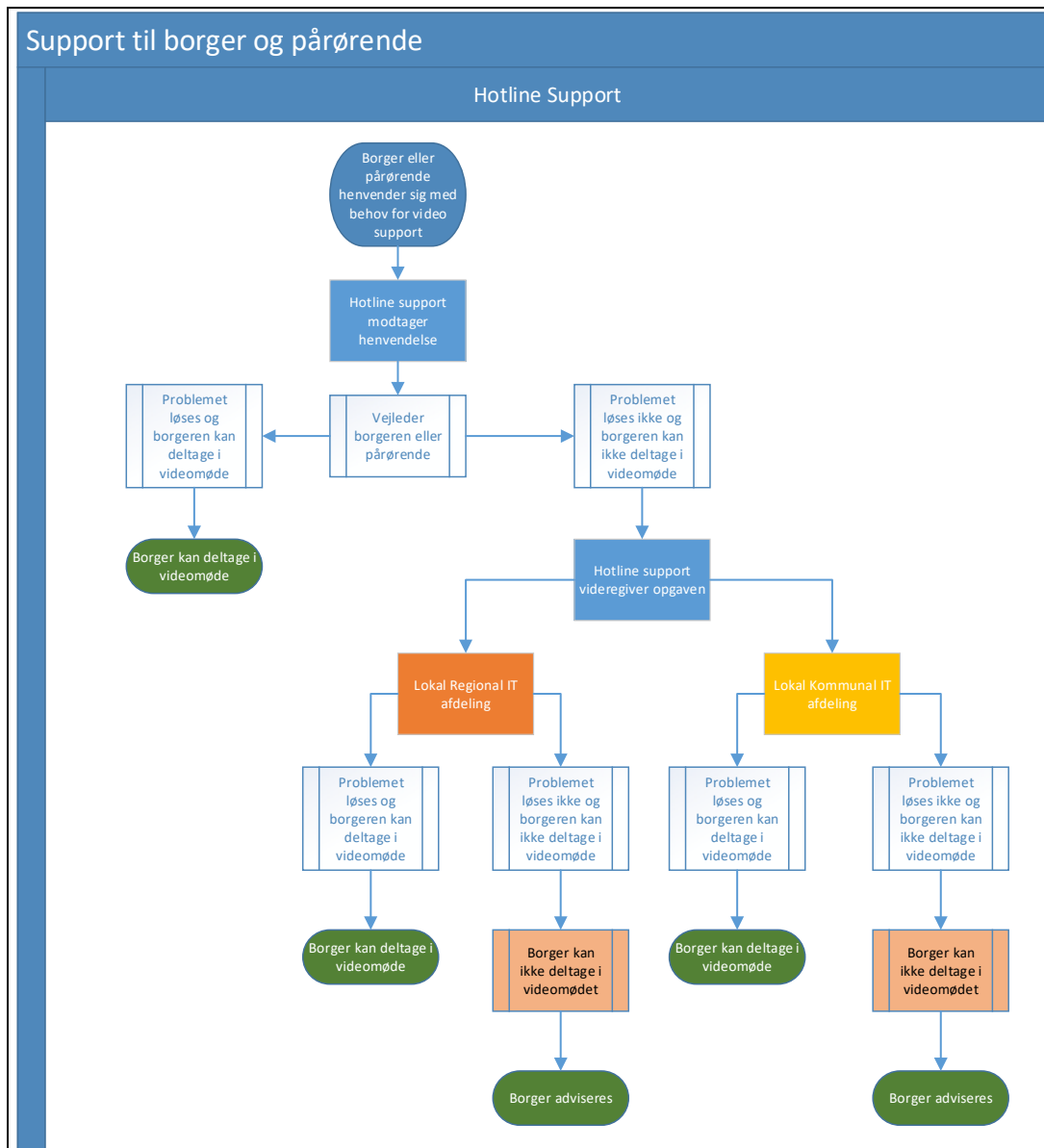
Fælles kommunal support: Fælles for de 22 kommuner i Region Syddanmark

Fælles Regional support: Fælles for regionen i Region Syddanmark

Monosektoriel kommunikation: Når der ringes internt, fx i kommunen, regionen eller i praksis

Tværasektoriel kommunikation: Når der ringes mellem kommune, region og praksis

Support til borger og pårørende



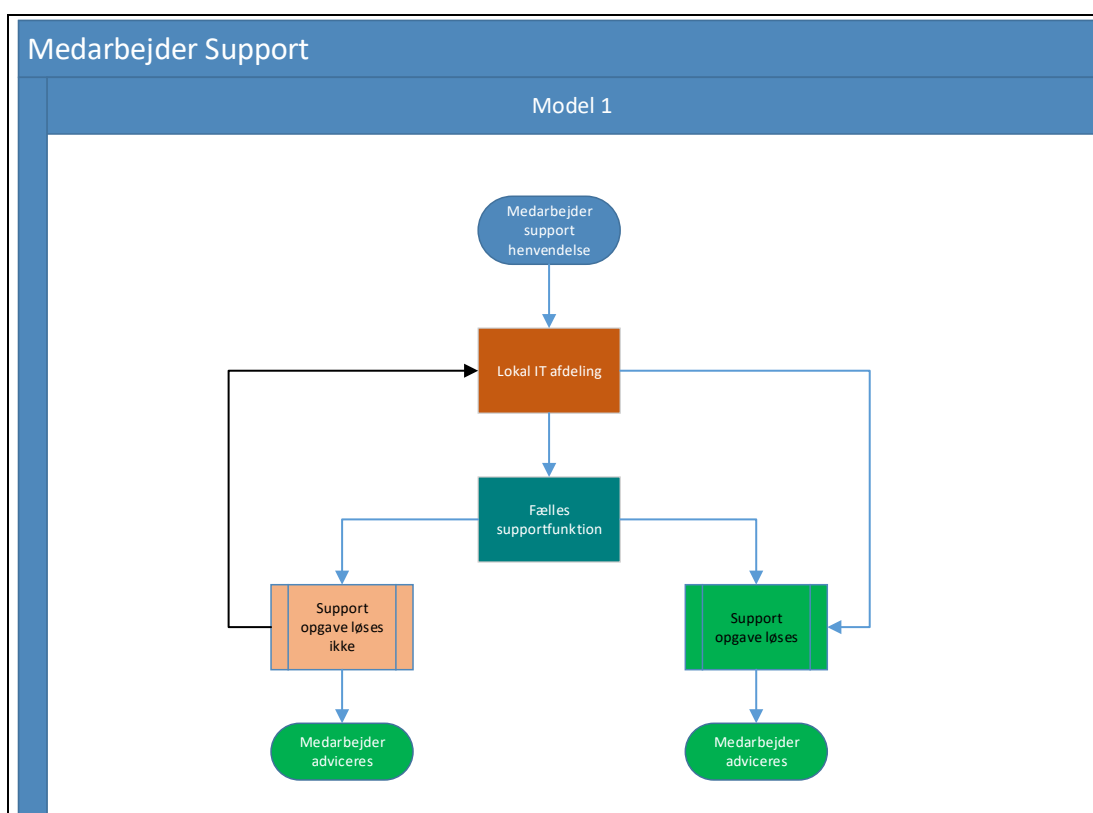
Figur 1.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det undersøges om support til borgere/patienter samt pårørende i forbindelse med tværsektoriel videokommunikation kan ske via Hotline Syddanmark. Ovenfor i Figur 1 er support flowet illustreret for borger og pårørende.

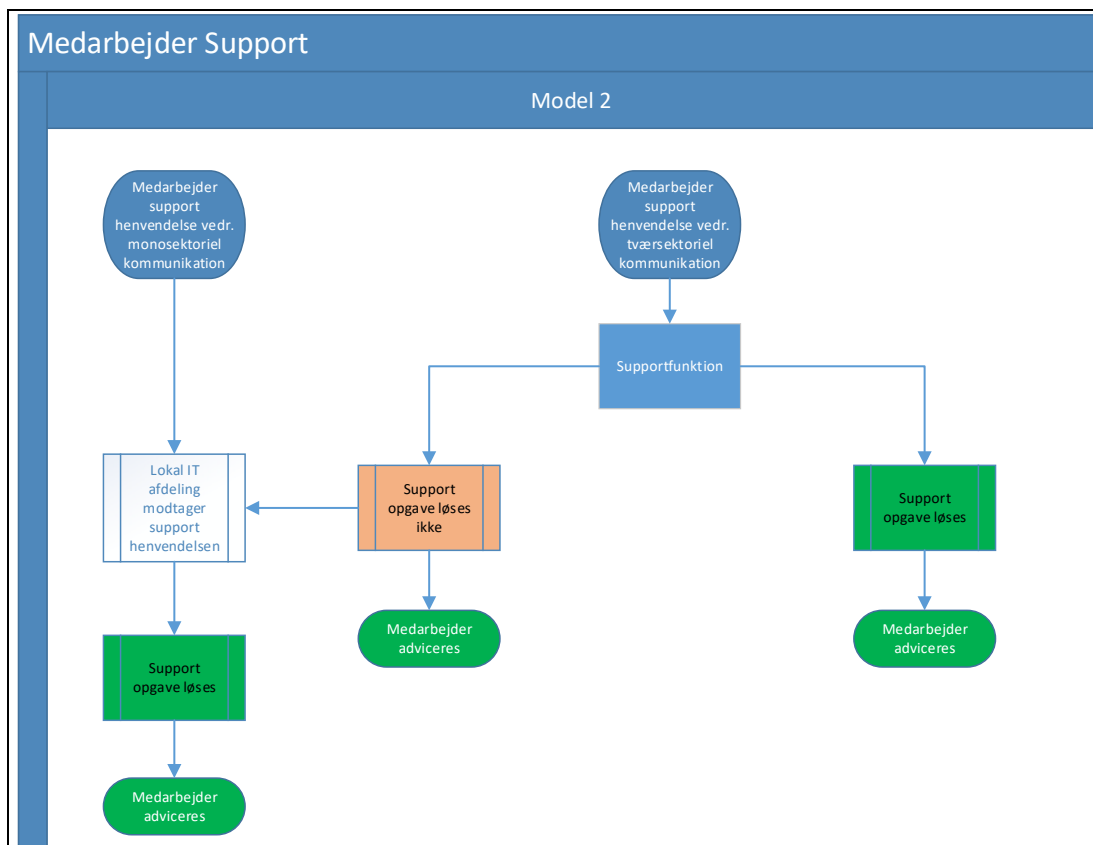
Support til medarbejdere

Ved support af medarbejdere anbefaler arbejdsgruppen, at der etableres en fælles supportfunktion for videoknudepunktet og tværsektoriel videokommunikation som supplement til de lokale supportordninger på lokale videoløsninger. Den fælles support tager teten på sager vedr. tværsektoriel videokommunikation, herunder at kontakte de lokale IT-afdelinger og koordinere deres opgaveløsning, hvis der er behov for det. Den fælles supportfunktion har ansvaret for, at der meldes tilbage til rekvirerende medarbejder og lokale IT-afdelinger, når sagen er løst og lukket.

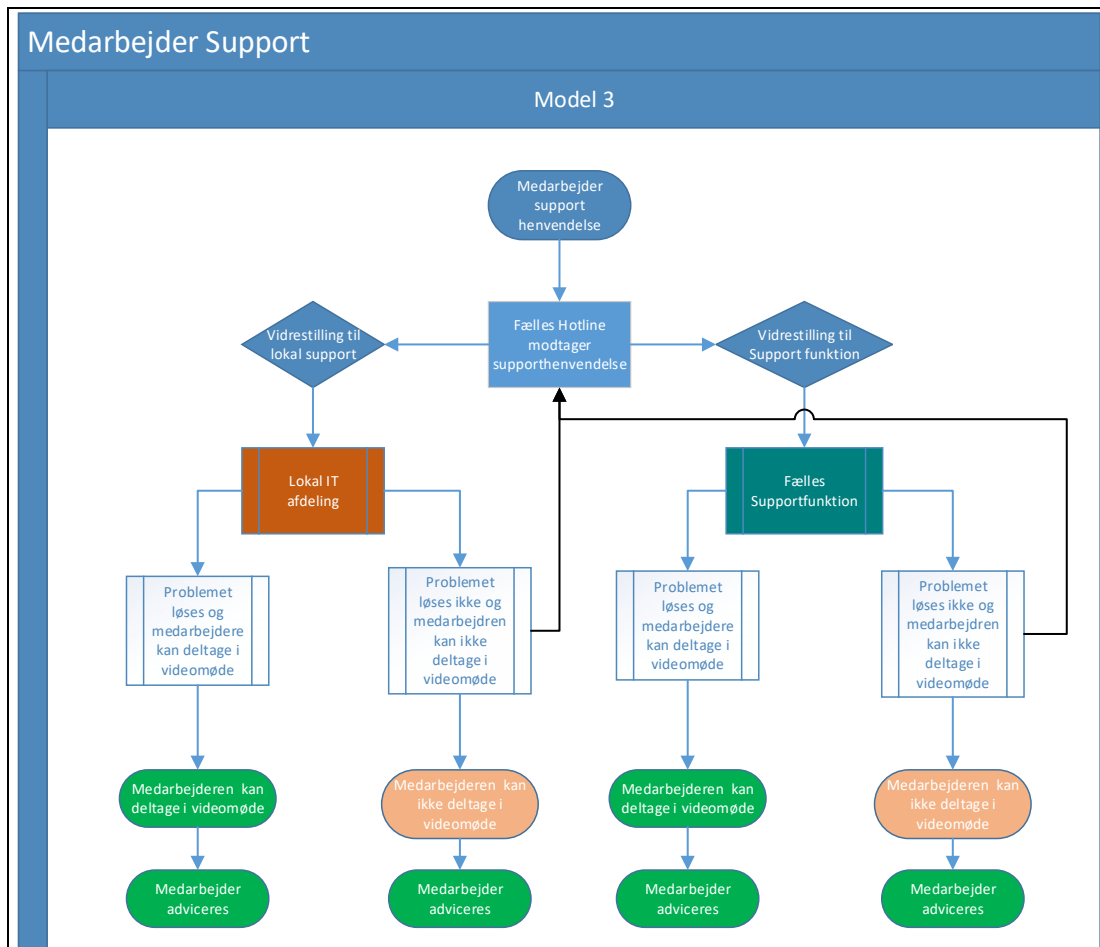
Den fælles supportfunktion kan eventuelt placeres samme sted som support til borgere og pårørende, da dette kan lette koordineringen og give mulighed for fælles opgaveløsning. Arbejdsgruppen vurderer, at arbejdsgangen i forhold til den fælles supportfunktion kan organiseres ud fra de følgende 3 modeller:



Model 1: Medarbejderne henvender sig altid til deres lokale IT-afdeling. IT afdelingen løser opgaven, hvis de kan, ellers viderestiller de til den fælles supportfunktion, som løser sagerne vedr. tværsektoriel videokommunikation.



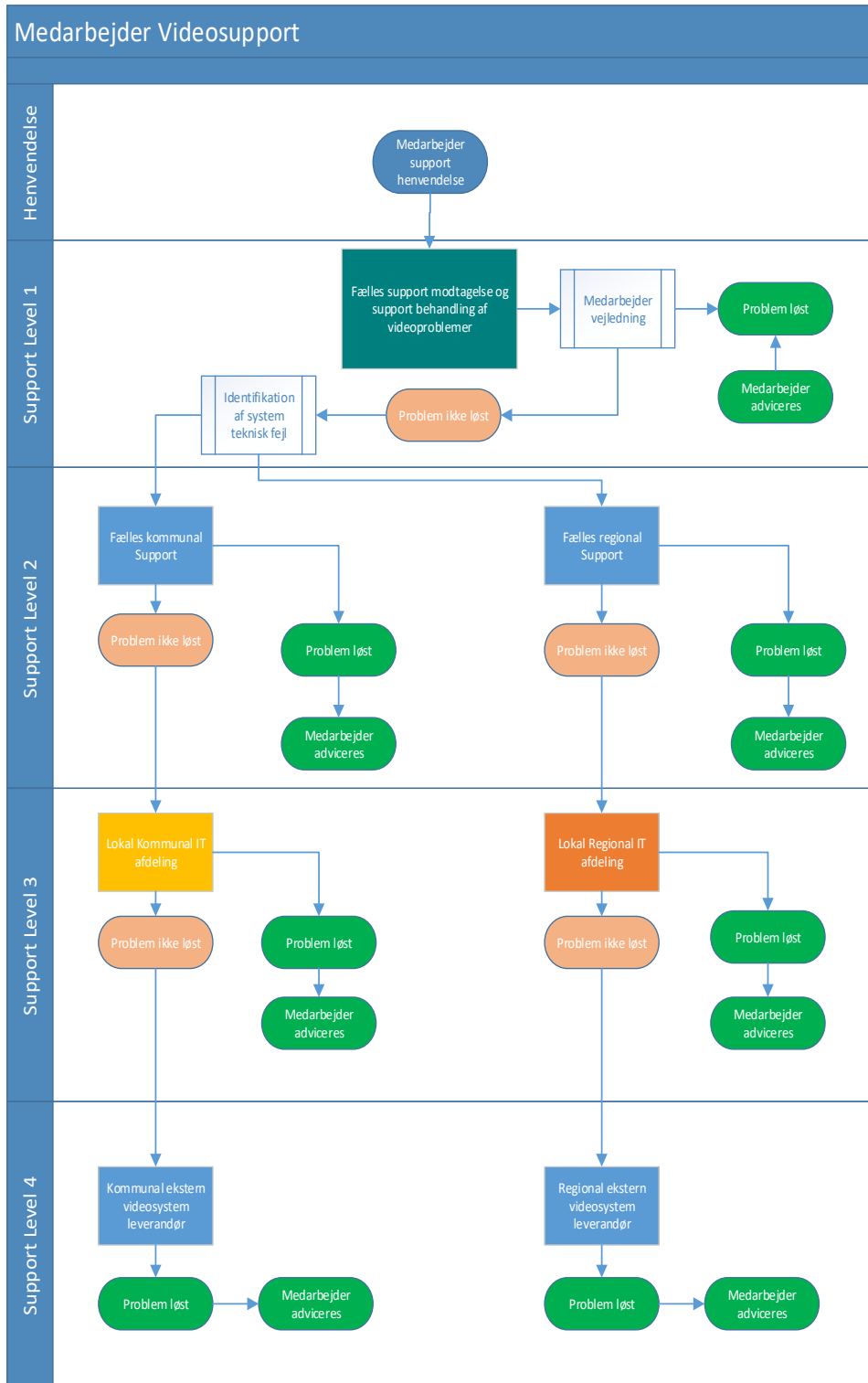
Model 2: Medarbejderne ringer direkte til den fælles supportfunktion, når deres henvendelse drejer sig om tværsæktoriel videokommunikation. Hvis henvendelsen drejer sig om monosektoriel kommunikation, henvender medarbejderen sig til den lokale IT afdeling



Model 3: Der etableres en fælles hotline, som alle medarbejdere ringer til både ved behov for lokal support og ved behov for support til tværsektoriel videokommunikation. Fra hotlinen viderestilles til enten den lokale IT afdeling eller til fælles supportfunktion alt efter behov. Dette kan ske ved en automatiseret viderestilling eller ved en visiterende supporter.

Setup til fuldstændig fælles support

Fælles support kan organiseres i flow og levels ud fra hvilke support interessenter, der forventes at kunne løse support opgaven. Nedenfor i figur 2 er flowet illustreret:



Figur 2

På baggrund af den viden og information arbejdsgruppen har på nuværende tidspunkt, anbefales det, at der på kort sigt arbejdes videre med support til borgere og med Model 1 for support til medarbejdere. På længere sigt kunne der være store fordele ved at have et fælles setup til support.

Vidensdeling på tværs – og det videre arbejde

Som en del af handleplanen for tværsektoriel anvendelse af video, har der været et ønske om at have fokus på, hvordan der som opfølgning på det arbejde, der er blevet gjort i arbejdsgruppen, sker en vidensdeling på tværs i Region Syddanmark og de 22 kommuner.

Som en del af arbejdet med handleplan for vidensdeling, der sammen med handleplan for tværsektoriel anvendelse af video, blev behandlet på møde i Det Administrative Kontaktforum den 14. maj 2018, er der blevet efterspurgt fokus på den digitale understøttelse. Anvendelse af videokonference i forbindelse med mødeafholdelse efterlyses som værktøj i det daglige arbejde. Samtidig efterlyses vidensdeling omkring anvendelse af video – herunder inddragelse af praksisområdet.

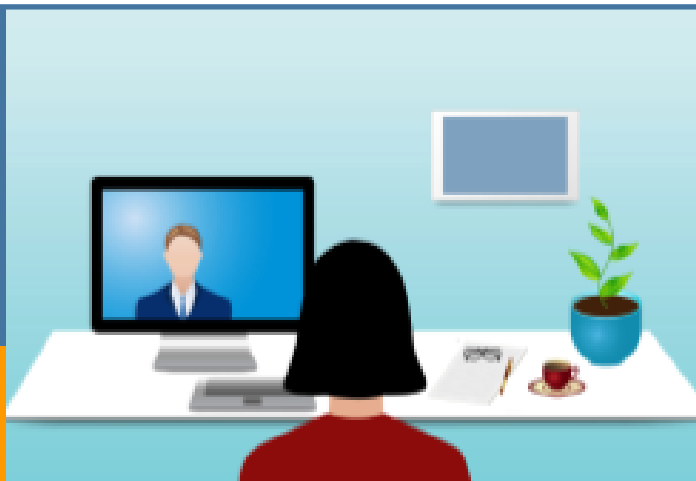
I handleplan for vidensdeling er det samtidig foreslået, at der gennemføres en temadag med fokus på vidensdeling, hvor emnet omkring brug af video tværsektorielt oplagt kan dagsordenssættes. Fra arbejdsgruppens side efterspørges de faglige snakke om, hvilke besøg og opgaver der med fordel kan løses via video. Det kunne med fordel tages op til dialog på en temadag. I samme handleplan anbefales, at der sker en afdækning af, hvor stor efterspørgslen er fra medarbejderne i forhold til ønsker om opkvalificering vedrørende anvendelse af de velfærdsteknologiske løsninger. På den baggrund kan der arbejdes videre med nærmere planlægning af et løft i medarbejdernes kompetencer, hvis behovet viser sig at være til stede.

Det er vigtigt, at der rettes en særlig opmærksomhed på, hvordan videoløsningen fremadrettet bliver et nemt og brugervenligt alternativt til det fysiske møde. De fælles vejledninger og anbefalinger kan her danne en ensartet anvendelse af video. SOF'erne kommer således til at spille en afgørende rolle i den videre implementering – sammen med en ledelsesopbakning, der er forudsætningskabende for, at kulturen omkring anvendelse af video ændres til at ske i mere udbredt grad, end det er gældende i dag.

Der viser sig et ønske om, at ambitionsniveauet drøftes på møde i Det Administrative Kontaktforum, så den ledelsesmæssige opbakning er til stede. Herunder et fokus på, at værdiskabelsen også ligger hos patienten/borgeren og ikke alene på spærrede ressourcer i forhold til medarbejdere fx kørsel på landevejene.

ANBEFALING VIDEOMØDER

Kom godt i gang



Her finder du en liste over de ting, som det er en god idé at have styr på, når din organisation skal holde videomøder:

RAMMER

Teknik:

Udstyr til at holde videomøder skal være tilgængeligt for organisationen (PC, tablet, smartphone eller videokonferenceudstyr) - herunder headset, kamera og mikrofon

Vejledning:

Der bør lokalt udarbejdes:

Vejledning til, hvordan et videomøde afholdes - planlægning af mødet, afholdelse, teknikken på forskellige devices (konferenceudstyr, PC, tablet, smartphone), support osv.

Vejledning til patient/borger og pårørende - afholdelse, teknikken på forskellige devices (PC, tablet, smartphone), support osv.

ORGANISATION

Kultur:

- Skabe rammer for god mødekultur under videomøder
- Sikre ledelsesopbakning
- Have fokus på, at arbejdsgange og videomøder skal hænge sammen
- Træne i at holde et videomøde
- Udpege en vidensperson, som kan hjælpe andre i organisationen—opret evt. en supportfunktion
- Have fokus på formålet med mødet og slut altid videomøder af med en kort drøftelse af hvorvidt og i hvilken grad formålet blev opnået

LÆS MERE:

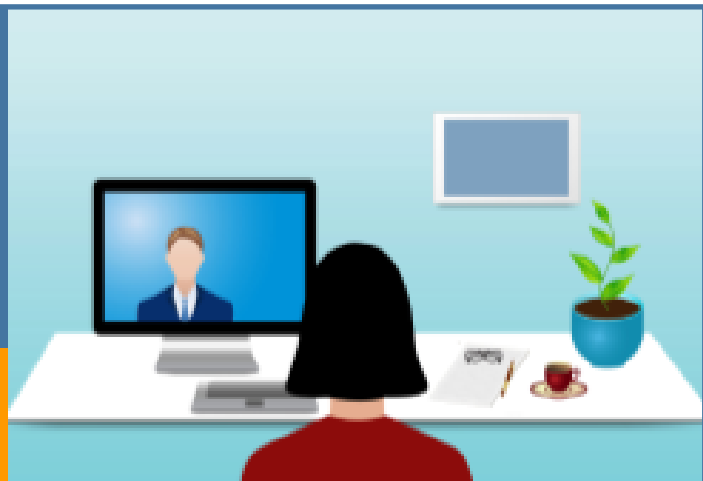
Det telemedicinske landkort

Se e-learning på: www.regionsjælland.dk/sammenom

Følg med i den kommende kampagne [#detkuværedigitalt!](https://twitter.com/detkuværedigitalt)

ANBEFALING VIDEOMØDER

teknisk udstyr



Det er arbejdsgruppens anbefaling, at videomøder som udgangspunkt etableres via et virtuelt møderum for at gøre deltagelse uafhængigt af lokal teknisk infrastruktur og videoapplikationer.

VIDEOMØDE - overblik



Herved opnås, at processen for etablering af videomøder altid vil være ensartet uafhængigt af:

- Kontekst videomødet indgår i – dvs. uafhængigt af antal deltagere
- Deltagernes organisatoriske tilknytning
- Hvilken teknisk løsning mødedeltagerne anvender.

ANBEFALINGER VEDRØRENDE ANVENDELSE AF MØDERUM MED VIDEOUDSTYR

Hvis der er flere deltagere i et videomøde fra samme lokation anbefaler arbejdsgruppen, at deltagelse i videomødet sker fra et mødelokale med videoudstyr (videokonference), hvis dette er muligt.

ANBEFALINGER VEDRØRENDE ANVENDELSE AF PERSONLIGT VIDEOUDSTYR

(PC, TABLET ELLER SMARTPHONE)

Videokommunikation stiller krav til, at brugerne har det nødvendige udstyr, som udover de relevante enheder (PC, tablet eller smartphone) omfatter headset og evt. webkamera. Nedenfor finder du inspiration til at kunne vælge relevant headset og webkamera:

Headset:

Det er vigtigt at man vælger et headset med noise cancelling mikrofon, som sorterer støj fra omgivelserne fra – ét standard headset til telefon kan give lydproblemer i et videomøde.

Trådede headset kan leveres med mulighed for også at tilslutte mobiltelefon via medfølgende ledning med jack-stik (dermed kan de anvendes på farten – dog stadig trådet).

Med trådløse headset er der varianter som anvender Bluetooth forbindelse og andre anvender DECT forbindelse. Hvis et headset kun skal anvendes til computer anbefales DECT - hvis man også ønsker at kunne anvende det til mobiltelefonen/tablet, skal man vælge Bluetooth.

Webkamera:

Et webkamera er et eksternt kamera til brug ved videomøder. Det anvendes typisk til brugere, der anvender bærbar computer med dockingstation eller PC.

Ekstern mikrofon

Skal flere personer (undtagelsesvist) deltage fra det samme udstyr, bør der anvendes en ekstern mikrofon egnet til formålet, da man så kan minimere feedback fra højttalerne (rundhyl).

GODE RÅD OM VIDEOMØDER

Generelt



RAMMER

Teknik:

- Test lyd og billede i god tid inden mødet-gerne dagen før
- Når du anvender PC, tablet og smartpho-ne, så sørg for at bruge et headset med mikrofon
- Hvis du anvender videokonferenceudstyr, så test, at det virker dagen inden mødet



Omgivelser:

- Sørg for god belysning og undgå lys bag-fra og undgå modlys
- Sluk evt. for din mikrofon, når du ikke taler
- Oplys dine omgivelser om, at du er i møde
- Forstyr ikke dine omgivelser og sørg for at der er ro i lokalet
- Sæt mobilen på lydløs
- Husk, at papir, kaffekopper, tastetryk m.m. kan forstyrre en del i et videomøde
- Luk unødige programmer på din PC
- Undlad at læse mails under mødet
- Sikr dig, at I kan se hinanden på skærmen

PLANLÆGNING

Vælg en ordstyrer

Udveksl telefonnummer, så I kan kontakte hinanden, hvis ikke alle dukker op

VIDEOMØDET

Ved videomøder gælder samme regler for god mødekultur som ved fysiske møder, men nogle regler bliver vigtigere i et videomøde for at opnå et effektivt møde:

Mødekultur:

- Videomøder starter ofte mere præcist, så vær klar
- Ordstyrer sikrer talerækkefølge
- Følg dagsorden og hold dig til emnerne
- Respekter talerækken
- Tal ikke i munden på hinanden
- Indled med navn og funktion, når du har taleretten
- Hold øje med, at ingen falder ud af mødet
- Undgå unødigt støj

Pauser:

Sørg for at lægge en kort pause ind efter cirka 45 minutters møde



GODE RÅD OM VIDEOMØDER

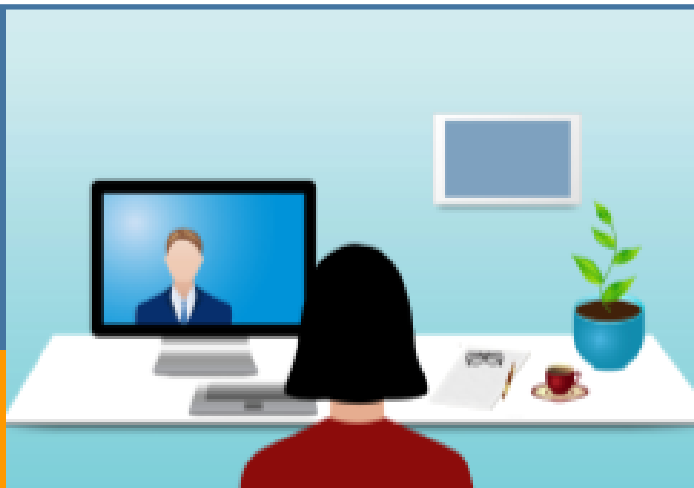
til dig som borger



- Forbered dig til mødet. Skriv evt. en liste med spørgsmål eller de emner, du ønsker at tale om.
- Sørg for at sidde i et lokale hvor der er ro, og hvor du kan tale uforstyrret.
- Hvis du har et headset (høretelefoner) kan dette med fordel bruges.
- Hvis du benytter telefon eller tablet, er det en god idé at have den stående på et bord. Det giver en bedre billedkvalitet for både dig og den du taler med.
- Sørg for god belysning og undgå modlys (lys bagfra).
- Vær opmærksom på, at lyden fra papir, kaffekopper, tastetryk m.m. kan forstyrre en del i et videomøde.
- Videomøder starter ofte præcist - log på i god tid så du er klar, når mødet begynder.
- Prøv evt. at logge på dagen før, så du ved teknikken virker.
- Husk; du kan altid bede om en pause - også i et videomøde.

GODE RÅD OM VIDEOMØDER

til dig som mødeleder



Det er dit ansvar at mødet forløber godt.

Det er din opgave at gøre det let for mødedeltagerne at deltage på mødet.

Det er mødeleders ansvar at finde den mødeform der passer bedst til mødet.

- Planlægnings-, beslutnings- og koordineringsmøder kan med fordel holdes som virtuelle møder.
- Netværksmøder, samarbejds møder og udskrivningskonferencer har potentiale for at blive holdt som virtuelle møder.

Øv dig som mødeleder i små forsamlinger hvor det er trygt. Det er anderledes at være mødeleder til et virtuelt møde end et fysisk møde.

FØR MØDET

Et godt videomøde kræver god forberedelse.

Mødeinvitation skal sendes ud i god tid før mødet og bør indeholde:

- Dato og tid
- Dagsorden—herunder en præcis beskrivelse af formålet med mødet
- Instruktioner til at koble på – både fra:
 - ◊ Videokonferencelokale
 - ◊ Tablet
 - ◊ PC
 - ◊ Telefon (det er ikke optimalt at deltage via tlf., gør det derfor kun hvis andet ikke er muligt)
- Fysisk adresse, hvis der er muligt at møde op fysisk—husk at booke lokalet
- Kontaktoplysninger til mødeleder, så mødeleder kan kontaktes før og under mødet
- Liste over indkaldte mødedeltagere

Hvis nogen skal præsentere noget på mødet, skal de have besked om det inden, så de kan forberede sig. Hvis det er muligt at dele skærmen, men de ikke ved hvordan de gør, kan du tilbyde at øve det med vedkommende inden mødet.

Vigtigt at mødeleder er den første der er logget på – log på 5 min før, så du har mulighed for at hjælpe mødedeltagerne ved behov.

Test at udstyret virker, i god tid før mødet.

UNDER MØDET

Start mødet med at repetere møderegler.

Tag en runde og sørg for at alle mødedeltagere er synlige i billedet og at alle kan høre hinanden.

Gennemgå formål med mødet samt dagsorden.

Tag en præsentationsrunde, hvor deltagerne angiver deres rolle på mødet.

Vær opmærksom på din egen måde at kommunikere på – henvend dig direkte til den enkelte i stedet for til hele forsamlingen.

Vær aktiv som mødeleder og stil direkte spørgsmål til hver enkelt deltager.

Vær opmærksom på deltagernes kropssprog.

Undgå at stille spørgsmål til hele mødeforsamlingen.

Gør deltagerne opmærksomme på, at de skal se ind i kameraet når de taler.

Vær opmærksom på, at mødet kan omhandle følsomme personhenførbare oplysninger, husk at tage de nødvendige forholdsregler i forhold til sikring heraf.

Slut mødet af med en kort gennemgang af beslutninger .

NÅR BORGER DELTAGER PÅ MØDET

Vær opmærksom på at have borgeren i centrum.

Hold evt. arbejdsmøde først, det giver en god forberedelse.

Sørg for borger er tryk og velinformeret under mødet.

Ved komplekse behandlingsforløb er en lille forsamling af absolut centrale personer at foretrække.

Borger og pårørende har mulighed for, at deltage sammen med ansatte fra kommune eller region.

VED FEJLSITUATIONER

Afbryd videomødet hvis alvorlige fejl ikke kan rettes umiddelbart.

Begræns formålet eller afrund mødet, hvis lys- eller lydforhold gør nogle kliniske vurderinger usikre.

Indberet alle fejl og udfordringer til relevant supportfunktion.

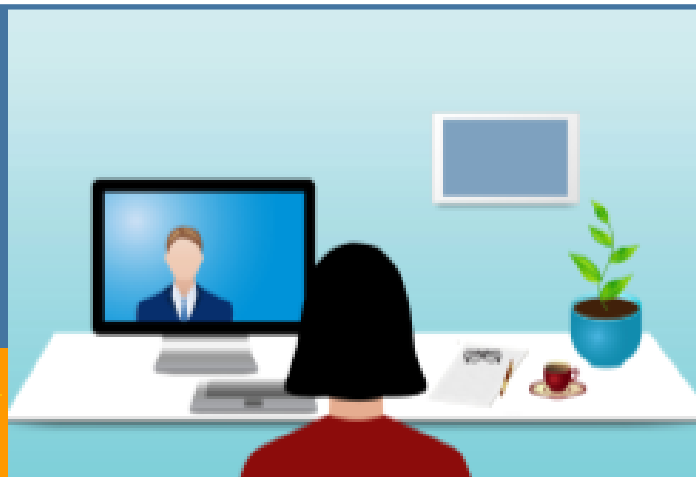
EFTER MØDET

Brug evt. 5 min på at evaluere mødet med mødedeltagerne – hvad fungerede godt og hvad kan forbedres.

Skriv referat og send ud.

GODE RÅD OM VIDEOMØDER

til dig som mødedeltager



Du skal være fortrolig med teknikken – test gerne dagen inden mødet

Log på mødet i god tid før mødestart

Du skal respektere dagsorden og møderegler – vær struktureret og velforberedt, så du er skarp på hvor du kan byde ind

Løft hånden hvis du ønsker at få ordet

Vær tålmodig—undgå at afbryde/tale ind over de andre deltagere

Du skal leve op til de aftaler, som indgås på mødet

NÅR BORGER DELTAGER PÅ MØDET

Vær opmærksom på at have borgeren i centrum

Hold evt. arbejdsmøde først, det giver en god forberedelse

Sørg for borger er tryk og velinformeret under mødet

Ved komplekse behandlingsforløb er en lille forsamling af absolut centrale personer at foretrække.

Møderegler for alle:

Respekter mødeleder

Følg dagsorden og hold dig til emnerne

Respekter talerække

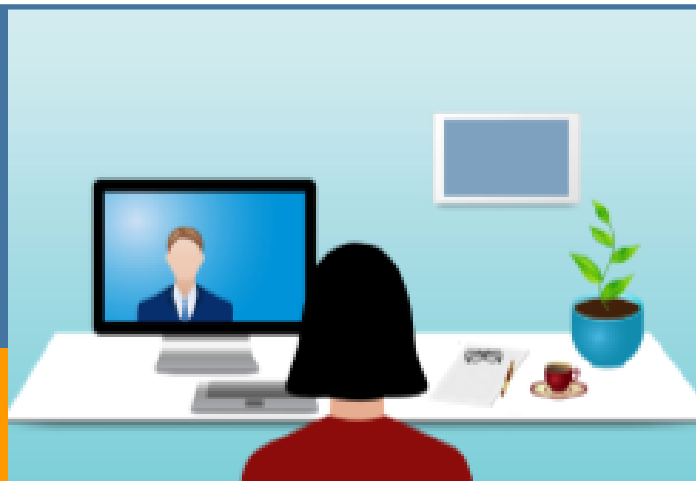
Undgå at tale i munden på hinanden

Indled med navn og funktion, når du har talerækken

Undgå unødige støj

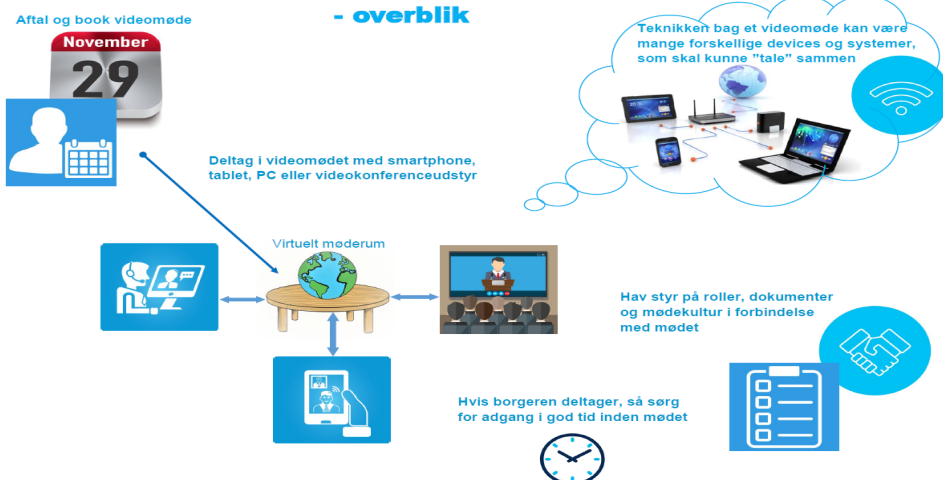
ANBEFALING VIDEOMØDER

teknisk udstyr



Det er arbejdsgruppens anbefaling, at videomøder som udgangspunkt etableres via et virtuelt møderum for at gøre deltagelse uafhængigt af lokal teknisk infrastruktur og videoapplikationer.

VIDEOMØDE - overblik



Herved opnås, at processen for etablering af videomøder altid vil være ensartet uafhængigt af:

- Kontekst videomødet indgår i – dvs. uafhængigt af antal deltagere
- Deltagernes organisatoriske tilknytning
- Hvilken teknisk løsning mødedeltagerne anvender.

ANBEFALINGER VEDRØRENDE ANVENDELSE AF MØDERUM MED VIDEOUDSTYR

Hvis der er flere deltagere i et videomøde fra samme lokation anbefaler arbejdsgruppen, at deltagelse i videomødet sker fra et mødelokale med videoudstyr (videokonference), hvis dette er muligt.

ANBEFALINGER VEDRØRENDE ANVENDELSE AF PERSONLIGT VIDEOUDSTYR

(PC, TABLET ELLER SMARTPHONE)

Videokommunikation stiller krav til, at brugerne har det nødvendige udstyr, som udover de relevante enheder (PC, tablet eller smartphone) omfatter headset og evt. webkamera. Nedenfor finder du inspiration til at kunne vælge relevant headset og webkamera:

Headset:

Det er vigtigt at man vælger et headset med noise cancelling mikrofon, som sorterer støj fra omgivelserne fra – ét standard headset til telefon kan give lydproblemer i et videomøde.

Trådede headset kan leveres med mulighed for også at tilslutte mobiltelefon via medfølgende ledning med jack-stik (dermed kan de anvendes på farten – dog stadig trådet).

Med trådløse headset er der varianter som anvender Bluetooth forbindelse og andre anvender DECT forbindelse. Hvis et headset kun skal anvendes til computer anbefales DECT - hvis man også ønsker at kunne anvende det til mobiltelefonen/tablet, skal man vælge Bluetooth.

Webkamera:

Et webkamera er et eksternt kamera til brug ved videomøder. Det anvendes typisk til brugere, der anvender bærbar computer med dockingstation eller PC.

Ekstern mikrofon

Skal flere personer (undtagelsesvist) deltage fra det samme udstyr, bør der anvendes en ekstern mikrofon egnet til formålet, da man så kan minimere feedback fra højttalerne (rundhyl).

OKTOBER 2018


REGERINGEN

Digital service i verdensklasse

Finansministeriet



OKTOBER 2018



REGERINGEN

Digital service i verdensklasse

Finansministeriet

Forord

Danmark er i dag helt i front, når det gælder digitaliseringen af den offentlige sektor. Faktisk er vi intet mindre end verdens bedste. Førstepladsen blev tildelt i sommer af FN, som hvert andet år foretager en måling af den offentlige digitalisering blandt verdens lande. Digitaliseringen har gjort hverdagen nemmere for danskerne, som i høj grad har taget fx NemID, forsøds- og årsopgørelser på skat.dk og andre digitale løsninger til sig. Men Danmark oplever ligesom resten af verden, at den digitale udvikling går stadigt hurtigere og fører nye muligheder og udfordringer med sig.

Som en del af Sammenhængsreformen lancerer regeringen nu reformsporet *Digital service i verdensklasse*. Med Sammenhængsreformen ønsker regeringen at skabe en mere sammenhængende offentlig sektor, som sætter borgeren i centrum for den offentlige velfærd. Og her spiller digitaliseringen en helt central rolle. Den digitale udvikling giver nye muligheder for at udvikle den offentlige service til større gavn for borgerne. Det skal vi blive langt bedre til at udnytte.

Regeringen vil derfor hæve de politiske ambitioner for digitaliseringen af den offentlige sektor. Vi foreslår en række indsatsområder og initiativer, som skal give borgere og virksomheder en mere tidssvarende og sammenhængende digital service. Med initiativerne ønsker regeringen at binde den offentlige service bedre sammen, så borgernes og virksomhedernes digitale møde med den offentlige sektor bliver lettere og mere overskueligt.

Det er naturligvis helt afgørende for regeringen, at digitaliseringen sker inden for klare rammer, og at respekten for den enkelte borgers privatliv bliver opretholdt. Også i den digitale verden. Regeringen vil derfor sikre et øget fokus på dataetik og en mere gennemsigtig brug af data i det offentlige. Indsatsen skal give et målbart løft i danskernes tillid til, hvordan myndighederne bruger og deler data i den offentlige sektor.

Offentlig digitalisering er en fælles opgave. Derfor vil regeringen føre arbejdet med digital service videre ved at aftale en digitaliseringspagt med kommuner og regioner, så vi forpligter hinanden på at samarbejde om at levere *Digital service i verdensklasse*.

God læsning!

Innovationsminister
Sophie Løhde



1 Digital service i verdensklasse

Danmark er international frontløber, når det gælder offentlig digitalisering. Men de politiske ambitioner skal hæves yderligere, hvis den offentlige sektor skal følge med borgernes og virksomhedernes forventninger. Regeringen lancerer derfor reformsporet *Digital service i verdensklasse*, som skal sætte mere fart på den offentlige digitalisering og bidrage til bedre og mere sammenhængende velfærd.

Siden årtusindskiftet er der gennemført en digital omstilling af den offentlige forvaltning og af servicen til borgere og virksomheder. I dag tager vi det for givet, at kommunikationen med den offentlige foregår digitalt. Det er ikke nødvendigvis tilfældet i andre lande, som vi ellers sammenligner os med. Danskerne er flittige brugere af både NemID, Digital Post og digitale selvbetjeningsløsninger på eksempelvis borger.dk og skat.dk, og derfor ligger Danmark helt i front i internationale sammenligninger – med andre ord: Danmark leverer offentlig digital service i verdensklasse.

Det er ikke et tilfælde, at Danmark er så langt fremme på den digitale front. Det er et resultat af svære politiske beslutninger og et stærkt og vedholdende samarbejde på tværs af staten, regionerne og kommunerne.

Den digitale omstilling har medført, at internettet er blevet danskernes primære indgang til den offentlige sektor. Det gælder uanset, om man skal klare årsopgørelsen, læse posten fra kommunen eller søge om SU eller dagpenge. De digitale selvbetjeningsløsninger er tilgængelige hele døgnet, recepter og NemID kan tilgås på mobilen, og danskere modtager ikke længere rudekuverter i postkassen. Langt det meste kan klares hjemmefra, og når det passer ind i hverdagen. Danskerne har derfor fået en bedre, nemmere og mere fleksibel velfærd.

Danskerne er storforbrugere af den offentlige digitale service

760 mio.

NemID-transaktioner foretog danskerne i 2017.

91%

af danskerne over 15 år er tilmeldt Digital Post fra det offentlige.

86%

af de 16-89-årige har søgt efter information på offentlige hjemmesider det seneste år.

126 mio.

meddelelser blev sendt med Digital Post til borgere og virksomheder i 2017.

34 mio.

besøg havde borger.dk i 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og Digitaliseringsstyrelsen.

Omstillingen er i høj grad lykkedes, fordi danskerne hurtigt har taget de digitale løsninger til sig. Men den tårnhøje brug af offentlige digitale løsninger forpligter. Forventningerne er høje og stiger i takt med, at borgerne vænner sig til standarden fra de bedste private løsninger. Det gælder alt fra indkøb og levering af madvarer og tøj til betaling i butikkerne med et simpelt swipe til højre. Brugen af digitale løsninger er blevet en selvfølge, og god service er i mange tilfælde blevet ensbetydende med digital service. Vi – den offentlige sektor – må derfor hæve ambitionerne for at følge med.

I arbejdet med Sammenhængsreformen har en åben og inddragende proces på samme måde understreget, at den digitale service kan udvikles yderligere. Som en del af Sammenhængsreformen nedsatte regeringen en række udfordringspaneler, der bestod af 13 topledere med stor erfaring fra den offentlige såvel som den private sektor. Udfordringspanelerne fremhævede som en af de centrale anbefalinger, at danskerne skal møde et samlet, trygt og moderne digitalt Danmark, hvor man sætter ambitiøse mål for udviklingen af den digitale service.

Samtidig har innovationsministeren besøgt alle landets 98 kommuner, fem regioner og en række statslige arbejdspladser for at blive klogere på, hvordan vi kan forny den offentlige sektor.

Regeringen nedsatte i maj 2017 Disruptionrådet, der bl.a. skal komme med forslag til, hvordan vi griber mulighederne i den teknologiske udvikling og fastholder og udvikler et arbejdsmarked med ordentlige forhold, som kan følge med. Disruptionrådet har bl.a. besluttet at sætte fokus på nye teknologier og forretningsmodeller som et centralt tema, samt hvordan vi løser de vigtige spørgsmål, der følger med, fx i forhold til dataetik.

Det lytter regeringen til. Hvis Danmark også i fremtiden skal have en offentlig sektor med digital service i verdensklasse, er der behov for høje politiske ambitioner samt en fælles og målrettet indsats på tværs af den offentlige sektor.

Danmark skal være medlem af D7

Danmark har længe gjort sig bemærket som en digital frontløber i international sammenhæng. Derfor vil regeringen arbejde for, at Danmark bliver medlem af "Digital 7", som er et samarbejde med syv "digitalt avancerede" lande, der på forskellig vis har gjort sig bemærket som frontløbere for offentlig digitalisering.

Regeringen ønsker, at den danske digitale offentlige service skal forblive i verdensklasse. Det er derfor naturligt, at vi deler vores erfaringer og lytter til erfaringerne fra andre lande, der også er langt fremme.

Med den brede politiske *Aftale om digitaliseringsklar lovgivning* fra januar 2018 har regeringen taget initiativ til, at Danmark som et af de første lande i verden tænker den digitale virkelighed ind tidligt i politiske forhandlinger og i lovgivningsprocessen i Folketinget. Aftalen lægger grundstenene for den videre digitalisering af den offentlige sektor i de kommende år. Desuden vil regeringen som led i forhandlingerne af nye EU-regler have fokus på, at nye regler skaber gode rammer for digitalisering for både den offentlige sektor og danske virksomheder.

Regeringen ser dog tre væsentlige udfordringer og barrierer for, at vi kan bygge videre på de hidtidige resultater og fortsat høste gevinsterne ved digitaliseringen:

For det første må vi ikke sætte tilliden til de offentlige myndigheders håndtering af borgernes oplysninger over styr. Borgerne skal fortsat være trygge ved den måde, som offentlige myndigheder bruger og håndterer deres data på. Derfor skal borgerne nemmere kunne få adgang til egne data, og det skal være mere gennemsigtigt, hvilke oplysninger offentlige myndigheder deler. Samtidig skal borgerne i højere grad kunne give samtykke til, hvordan offentlige myndigheder deler borgerens data, fx når udsatte borgere skal have mulighed for at få én plan på tværs af bl.a. beskæftigelsesindsatsen og socialområdet frem for mange forskellige handleplaner. Én plan, der tager hånd om borgerens samlede udfordringer og sikrer koordinerede indsatser, kræver, at de relevante myndigheder deler oplysninger om borgeren imellem sig. Her må borgerne ikke være i tvivl om, at deling af oplysninger mellem myndigheder sker på en forsvarlig måde og med borgerens samtykke.

For det andet bærer den digitale service i dag præg af, at de digitale løsninger er opbygget efter den offentlige sektors myndighedsgrænser og strukturer i stedet for at tage udgangspunkt i borgernes og virksomhedernes behov og situation. Det stiller store krav til borgere og virksomheder om, at de selv finder vej i en kompleks offentlig sektor med mange digitale løsninger og indgange. Når man mister en pårørende, skal man fx både finde vej til begravelsesansøgning, opgørelse af dødsboet, dødsboskat, adgang til Digital Post samt eventuelt søge om efterlevelseshjælp og begravelseshjælp.

For det tredje er den offentlige sektor for lang tid om at tage nye teknologier og digitale velfærdsløsninger i brug. Det er på trods af, at nye teknologier og digitale velfærdsløsninger som robotteknologi og kunstig intelligens rummer muligheder for at binde den offentlige sektor tættere sammen og skabe bedre og tryggere service. Teknologierne muliggør fx, at borgere kan få behandling i eget hjem og modtage den nødvendige støtte, når de ikke længere kan klare hverdagen alene.

Det er regeringens opfattelse, at disse tre udfordringer skal overkommes, hvis den offentlige digitale service i Danmark skal forblive i verdensklasse.



Regeringen opstiller med Sammenhængsreformen fire nationale mål for udviklingen af den offentlige sektor i de kommende år. Målene er fastsat på baggrund af de mange input, der er modtaget som led i arbejdet med Sammenhængsreformen, og skal bidrage til at sætte en samlet retning for udviklingen af den offentlige sektor i de kommende år.

Nationale mål for udviklingen af den offentlige sektor

- Borgerne skal mødes af en sammenhængende offentlig sektor
- Mere frihed og tid til velfærd
- Danmark skal have en offentlig sektor, der sikrer velfærd af højeste kvalitet
- Attraktive offentlige arbejdspladser med tillid til fagligheden og borgeren i centrum

Reformsporet om digital service er særligt orienteret mod målet om, at Danmark skal have en offentlig sektor, der sikrer velfærd af højeste kvalitet.

Regeringen ønsker at blive holdt op på målene. For hvert af målene fastsættes derfor målbar indikatorer, så vi alle kan følge med i udviklingen. For reformsporet om *digital service* vil regeringen være særligt optaget af at følge udviklingen i borgernes tillid til den offentlige sektors behandling af personlige data samt sikre borgerne et bedre overblik over de oplysninger, som offentlige myndigheder har om den enkelte. Tillid og gennemsigtighed er nøgleordene, hvis vi skal drive udviklingen videre – borgerne skal med om bord og føle sig trygge.

I 2017 viste tal fra Danmarks Statistik, at i alt 83 procent af danskerne i nogen eller høj grad har tillid til myndighederne, når det handler om håndtering af personlige oplysninger. 37 procent af danskerne havde i høj grad tillid. Der er således allerede i dag grundlæggende tillid til den offentlige sektors behandling af personlige oplysninger, men det er afgørende for udviklingen af vores offentlige sektor, at vi formår at fastholde og styrke tilliden yderligere.

Regeringen vil derfor lade sig måle på følgende vis:

- Flere skal have tillid til, at deres personlige data behandles forsvarligt i den offentlige sektor. Inden 2024 skal 90 procent af borgerne derfor have tillid til det offentliges behandling af data, og 60 procent skal have høj tillid. Samtidig skal borgerne have et mere samlet overblik over de mest relevante oplysninger, som offentlige myndigheder har om dem.

Med *Digital service i verdensklasse* foreslår regeringen derfor en ambitiøs indsats for en mere sammenhængende og gennemsigtig digital service på borgernes og virksomhedernes præmisser, så vi fastholder tilliden til digitaliseringen. Med udgangspunkt i de tre overordnede udfordringer for den offentlige digitalisering vil regeringens arbejde med digital service udfolde sig inden for følgende tre indsatsområder.

Indsatsområder for regeringens arbejde med digital service

Viden, overblik og gennemsigtighed

Regeringen vil give borgerne et markant bedre overblik over deres igangværende sager og ydelser samt et lettilgængeligt indblik i myndighedernes oplysninger om borgerne. Der skal være gennemsigtighed i håndteringen af borgernes oplysninger, og der skal sættes fokus på de etiske spørgsmål ved den brug af data, som den teknologiske udvikling muliggør.

Digital service på borgernes og virksomhedernes præmisser

Regeringen vil skabe bedre sammenhæng i den digitale service, så den tilrettelægges på borgernes og virksomhedernes præmisser. Samtidig vil regeringen begynde arbejdet med at gøre ID-beviser digitale, så man slipper for at have legitimation andre steder end på sin telefon. I første omgang skal det ske ved at udvikle en kørekort-app, der kan supplere det fysiske kørekort.

Teknologi og nye velfærds løsninger skal gavne flere

Regeringen vil accelerere udbredelsen af ny teknologi og digitale velfærds løsninger, så flere kan få gavn af allerede afprøvede digitale løsninger. Samtidig skal vi bruge nye teknologier, så Danmark og så i fremtiden er en digital frontløber.

Regeringen vil indgå en digitaliseringspagt med KL og Danske Regioner, der forpligter alle parter på de tre indsatsområder og sikrer digital service i verdensklasse.

Indsatserne går på tværs af hele den offentlige sektor og forudsætter et stærkt samarbejde mellem statslige myndigheder, regioner og kommuner. Regeringen vil derfor indgå en aftale med KL og Danske Regioner om en digitaliseringspagt, hvor statslige myndigheder, regioner og kommuner forpligter sig til at samarbejde om den retning, som udstikkes med reformsporet *Digital service i verdensklasse*.



2 Viden, overblik og gennemsigtighed

God offentlig service handler i høj grad om at kende borgerens behov og tilpasse servicen derefter. Det kræver, at relevante oplysninger bruges på tværs af offentlige myndigheder. Men der skal være klare rammer, så borgerne kan være trygge ved den måde, som offentlige data anvendes på. Regeringen vil derfor sikre større gennemsigtighed, så borgerne får adgang til et samlet overblik over verserende sager med det offentlige og de mest relevante oplysninger, som myndighederne har om borgeren. Desuden vil regeringen nedsætte et Dataetisk Råd, som skal komme med anbefalinger til håndteringen af etiske dilemmaer og understøtte en bred offentlig debat om dataetik.

Hvis vi skal have en sammenhængende og tidssvarende offentlig sektor, der skaber værdi for den enkelte og for samfundet, er data en central forudsætning. Både data om samfundsforhold som fx trafik og miljø og oplysninger om den enkelte borger er nødvendige for den service, som den offentlige sektor i dag leverer.

Når borgere fx skal have boligstøtte eller pension, udveksles der oplysninger mellem myndigheder. Det er til stor fordel for borgerne, der ikke selv i hvert enkelt tilfælde skal finde de samme oplysninger frem. Adgang til data af god kvalitet danner eksempelvis også grundlag for, at borgerne kan modtage god og sikker behandling på tværs af sundhedssektoren. Og kommunerne bruger data om fx uddannelse og alder til at målrette beskæftigelsesindsatsen til den enkelte, så ledige kommer hurtigere i beskæftigelse. Det er positivt for både den enkelte og for samfundsøkonomien.

Danskerne er glade for de offentlige digitale løsninger

92%

af brugerne er enten tilfredse eller meget tilfredse med borger.dk.

88%

af danskerne mellem 16-89 år, som har anvendt de offentlige online tjenester, mener, at de er nemme at bruge.

84%

af brugerne er enten tilfredse eller meget tilfredse med Digital Post.

87%

af brugerne er enten tilfredse eller meget tilfredse med NemID.

Kilde: Danmarks Statistik og Digitaliseringsstyrelsen.

Vi kan komme endnu længere ved at bruge data bedre og mere kvalificeret på tværs af myndigheder. Men øget brug af data og deling af oplysninger mellem myndigheder stiller også skærpede krav til den offentlige sektor om at behandle oplysninger om borgerne på den rigtige måde. Der er derfor behov for klare rammer for, hvordan offentlige myndigheder skal bruge de nye muligheder til at tilrettelægge en god og sammenhængende service på borgerens præmisser.

Debatten om databeskyttelsesloven i foråret 2018 har vist, at det kan skabe utryghed, når man ikke ved, hvilke oplysninger myndighederne deler og til hvilke formål. Det er en helt legitim bekymring, som skal tages alvorligt. Offentlig brug af data skal til hver en tid ske med respekt for retssikkerheden og den enkeltes privatliv.

Den offentlige sektor skal derfor levere på tre fronter:

- *For det første* skal offentlige myndigheder naturligvis til enhver tid overholde reglerne for, hvordan og hvornår data må indsamles og anvendes.
- *For det andet* skal offentlige myndigheder passe godt på oplysninger om borgerne, så de ikke falder i de forkerte hænder.
- *For det tredje* skal der være gennemsigtighed, så borgerne får mulighed for at se de mest relevante data, som myndigheder anvender.

Med databeskyttelsesforordningen, som trådte i kraft i foråret, skal alle offentlige myndigheder overholde og dokumentere overholdelsen af forordningens principper for, hvordan man behandler personoplysninger. Med afsæt i regeringens oplæg er der desuden indført bødes-
traf for offentlige myndigheder, der ikke overholder forordningens regler. Databeskyttelseslo-

ven og arbejdet med forordningen skærper offentlige myndigheders fokus på håndtering af persondata og skal bidrage til, at borgerne er trygge ved den måde, som personoplysninger håndteres på. Det er en stor opgave, som udfordrer både offentlige myndigheder, virksomheder og foreninger.

Derudover styrker regeringen med den nationale strategi for cyber- og informationssikkerhed, som ligeledes blev offentliggjort i foråret, informationssikkerheden på tværs af den offentlige sektor. Strategien stiller blandt andet krav om, at man sikrer en tilstrækkelig overvågning af statens kritiske systemer, og at man arbejder mere fokuseret med kompetenceudvikling, så medarbejdere og ledere kan håndtere data sikkert. Samtidig sætter strategien særligt fokus på, at de samfundskritiske sektorer – tele-, finans-, energi-, sundheds-, transport- og søfartssektoren – igangsætter målrettede indsatser på deres områder.

Men der er også noget at tage fat i. I dag eksisterer der ikke et samlet overblik over den enkelte borgers data eller mellemværender med det offentlige, som sikrer den nødvendige gennemsigtighed. På borger.dk og andre offentlige hjemmesider og selvbetjeningsløsninger kan man finde en række data om sig selv og oplysninger om igangværende sager, fx hvis man søger om SU eller boligstøtte. Oplysningerne er dog oftest spredt, og typisk er fokus på de data og sager, som de enkelte myndigheder selv har med at gøre. Som borger er man derfor nødt til at orientere sig flere forskellige steder for at få oplysninger om fx behandlingen af sager eller om udbetalingen af ydelser. Det er både besværligt og uigennemsigtigt – og det står langt fra mål med regeringens ambitioner om en offentlig digital service i verdensklasse.

Overblik over egne oplysninger styrker trygheden ved den offentlige sektor

62%

af danskerne ville føle sig mere trygge, hvis de kunne følge med i, hvad det offentlige bruger deres data til.

Kilde: DANSK IT.

Borgerne må ikke være i tvivl om, at brugen af oplysninger sker på en forsvarlig måde og med fornuftige formål for øje. Mødet med den digitale offentlige sektor skal være nemt og hurtigt, men det skal også være trygt. Det er derfor helt afgørende, at det offentliges brug af data er gennemsigtigt.

Regeringen igangsætter derfor en målrettet indsats, der skal sikre større gennemsigtighed og tryghed om det offentliges brug af data, samtidig med at data anvendes bedre og mere kvalificeret til at tilpasse den offentlige service til den enkelte borger. En arbejdsgruppe undersø-

ger bl.a. mulighederne for sletning af data og andre muligheder for at styrke borgernes tillid til, at offentlige myndigheder behandler borgerens data på en sikker og forsvarlig måde.

Viden, overblik og gennemsigtighed

Regeringen vil gennemføre følgende konkrete initiativer:

Strategi for data i den offentlige sektor

Regeringen vil udarbejde en strategi for brug af data på tværs af den offentlige sektor, så vi – inden for klare rammer – bliver bedre til at anvende data til at give borgere og virksomheder en mere sammenhængende og målrettet service. Strategien skal desuden skabe forudsætningerne for, at virksomheder kan bruge de mange offentlige data, som ikke er personhenførbare, til at skabe værdi for samfundet.

Nedsættelse af Dataetisk Råd

For at understøtte en oplyst offentlig debat om dataetiske spørgsmål og dilemmaer vil regeringen nedsætte et Dataetisk Råd, der skal komme med dataetiske anbefalinger og understøtte en bred offentlig debat om dataetiske spørgsmål.

Borgeren skal have adgang til egne oplysninger og sager

Regeringen vil sørge for, at borgerne får et bedre digitalt overblik over egne forhold og igangværende sager hos offentlige myndigheder. Indblikket skal styrkes markant i tæt samarbejde med kommuner og regioner, så den enkelte nemt kan følge med ét sted. Det indebærer konkret følgende:

- Et overblik over tildelte ydelser, igangværende sager, digital post, frister og relevante oplysninger om borgeren, der etableres frem mod 2024
- En adgang til hvilke myndigheder, der løbende tilgår relevante oplysninger om borgeren
- Et brush-up af borger.dk, så brugervenligheden og det visuelle udtryk skærpes



2.1 Strategi for data i den offentlige sektor

De offentlige data er helt centrale for mange af de velfærdsydelser, som den offentlige sektor leverer. Det tæller viden om alle tænkelige samfundsforhold samt viden om den enkelte borger og virksomhed. Nogle data er personoplysninger, som fx helbredsoplysninger, der skal håndteres inden for klare rammer, mens en meget stor andel af data vedrører forhold om vores samfund, som ikke er personhenførbare. De offentlige data gør det muligt at levere ydelser af høj kvalitet effektivt – hvis vi forstår at bruge data på den rigtige måde. Samtidig kan mange offentlige data om samfundsforhold bruges af virksomheder i nye løsninger.

Men i dag bruger vi ikke data i den offentlige sektor optimalt. Der er forskellige tilgange på tværs af sektorområder, og borgeren kan stadig møde en offentlig sektor, hvor indsatsen ikke er koordineret. Hvis vi fremover skal forbedre den offentlige service og gøre den mere effektiv, tidssvarende og sammenhængende, må vi gøre op med silotænkningen.

Med en sikker og koordineret brug af data kan myndighederne skabe løsninger, som er skræddersyet til borgerne. Fx kan vi i højere grad bruge sundhedsdata – for de patienter som ønsker en tættere opfølgning i sundhedsvæsenet – til at forudsige, hvem der er i risiko for fx akut indlæggelse, og derved sætte ind med en tidlig forebyggende indsats. Det vil være en klar fordel for de patienter, som kan få en tidligere og mere præcis behandling. Tilsvarende skal borgeren opleve at møde én samlet offentlig sektor, hvor der ikke er behov for at aflevere de samme oplysninger flere gange. Regeringen har allerede med udspillet ”Sundhed i fremtiden – bedre brug af data til gavn for patienten” taget væsentlige skridt til bedre anvendelse af data på sundhedsområdet.

Hvis vi skal blive bedre til fx at tilrettelægge løsninger til den enkelte borger og skabe sammenhæng på tværs, er det afgørende, at borgerne har tillid til, at særligt *personoplysninger* bruges på en sikker og ansvarlig måde, så retssikkerhed og respekt for den enkeltes privatliv opretholdes.

Virksomheder bruger allerede i dag offentlige data om fx adresser, ejendomme og geografiske forhold til forskellige løsninger, som mange danskere gør brug af. I dag danner geografiske kortlægninger, adresser mv. bl.a. grundlag for innovation og udvikling af serviceydelser som forsikringstilbud, ligesom det ved huskøb er nemt at få overblik over støjgener fra omkringliggende veje, eller om vand risikerer at samle sig ved skybrud. Den teknologiske udvikling vil gøre virksomheder i stand til at udvikle endnu bedre og mere målrettede løsninger med stor samfundsværdi. Med *Strategi for Danmarks digitale vækst* har regeringen derfor igangsat flere initiativer, der skal styrke virksomhedernes mulighed for at bruge offentlige data til vækst og nye løsninger.

Disruptionrådet har som led i dets arbejde også beskæftiget sig med, hvordan danske virksomheder på en etisk ansvarlig måde kan bruge mulighederne i data til at skabe vækst. De mange stærke offentlige data er således en vigtig brik i forhold til at sikre, at Danmark får mest muligt ud af den teknologiske udvikling.

Regeringens ambition er, at vi skal have en mere gennemsigtig, sikker og effektiv brug af data, så det offentlige kan levere den service, som borgerne berettiget forventer, og hvor relevante offentlige data samtidig kan danne grundlag for nye, nyttige private løsninger. Visionen er en sammenhængende service, der er tilgængelig, når borgerne har brug for det – trygt og sikkert.

Regeringen vil derfor udarbejde en strategi for brug af data i den offentlige sektor.

Strategien for data i den offentlige sektor skal...

- Skabe mere sammenhængende og målrettet service gennem data
- Sikre klare rammer, så data anvendes trygt og sikkert for borgeren
- Sikre bred anvendelse og nytte af data – også til private services

For det første skal strategien gøre den offentlige sektor i stand til i højere grad at bruge data til at udvikle, forbedre og styrke sammenhængen i servicen over for borgerne i de kommende år. Borgeren skal møde én offentlig sektor, hvor oplysninger, der er relevante for borgerens sag, kendes af de relevante medarbejdere uanset myndighed. Det gælder for den kommunale sagsbehandler og for den kommunale hjemmehjælper. Bredere anvendelse af data skal muliggøre mere målrettede og effektive indsatser, der i højere grad er skræddersyet til den enkelte borgers behov. Det forudsætter bl.a., at de offentlige myndigheder har styr på data, og at data håndteres på en koordineret måde.

For det andet skal myndighederne passe godt på borgernes personlige oplysninger, og data skal altid anvendes med respekt for borgerens privatliv og personlige sikkerhed. Den nye databeskyttelsesforordning og -lov sætter de juridiske rammer for myndighedernes brug af persondata. Strategien skal derfor bidrage med også at sikre klare politiske og etiske rammer for de kommende års nye muligheder for brug af data. Det skal fx konkret ske ved, at strategien opstiller principper for brug af offentlige data. Regeringen vil som led i arbejdet desuden undersøge, om der kan og bør ske en udvidelse af grænserne for, hvad der regnes som følsomme personoplysninger, eller om det på anden vis er muligt at indføre en særlig beskyttelse af personoplysninger, som typisk opleves som private, men som i dag kategoriseres som almindelige ikke-følsomme personoplysninger.

For det tredje skal strategien understøtte, at offentlige data kan bruges i den private sektor. Udviklingen går hen imod, at private aktører ved anvendelse af forskellige data, herunder adressedata og miljø- og kortdata, tilbyder services, fx hus- og indboforsikringer, der er skræddersyet til den enkelte borgers behov. Tilsvarende kan fx banker med borgernes samtykke indhente indkomstoplysninger fra Skatteforvaltningen, så borgerne undgår selv at skulle finde lønsedler og skattepapirer frem. Strategien skal bidrage til at gøre servicen for den enkelte borger bedre, mere effektiv og sammenhængende - uanset om servicen leveres af offentlige myndigheder eller af private aktører. Strategien skal således supplere indsatserne i regeringens *Strategi for Danmarks digitale vækst*.

2.2 Nedsættelse af Dataetisk Råd

Med den teknologiske udvikling opstår nye muligheder for at bruge data til mere målrettede velfærdsydelser, effektive behandlinger i sundhedssektoren, digitale løsninger og hurtig administration i den offentlige sektor. Det samme gør sig gældende i erhvervslivet, hvor den teknologiske udvikling rummer et stort potentiale for vækst og innovation. Men udviklingen rejser samtidig etiske spørgsmål om, hvordan vi bruger de nye muligheder.

Debatten om anvendelse og beskyttelse af personoplysninger er vigtig. Det har fx været tydeligt i forbindelse med vedtagelsen af databeskyttelsesloven og lanceringen af regeringens nationale strategi for cyber- og informationssikkerhed.

Regeringen har i regi af Disruptionrådet nedsat en ekspertgruppe om dataetik. Ekspertgruppen har drøftet de etiske dilemmaer og problemstillinger, som data og anvendelse af ny teknologi rejser. Det overordnede formål er at understøtte Danmarks vision om at være en digital frontløber ved at sikre fortsat tillid til det offentlige og virksomhedernes digitalisering gennem etisk og ansvarlig anvendelse af data.

Regeringen vil på den baggrund nedsætte et Dataetisk Råd, der blandt andet skal give anbefalinger og deltage i den offentlige debat om dataetiske dilemmaer og problemstillinger i samfundet i lyset af ny teknologi, samt drøfte hvordan dataetiske tiltag kan forbedre konkurrenceevnen i erhvervslivet.

Rådet etableres, når de endelige anbefalinger fra ekspertgruppen for dataetik under Disruptionrådet foreligger.

Det er i tilknytning hertil afgørende, at borgerne har et sted at gå hen med bekymringer om offentlige myndigheders håndtering af persondata. Derfor vil regeringen oprette en særlig mailboks hos Datatilsynet, hvor borgerne kan henvende sig, hvis de har mistanke om brud på persondatasikkerheden eller er utrygge ved en myndigheds brug af data – også uden at det drejer sig om en egentlig klagesag. Henvendelser i mailboksen vil samtidig kunne understøtte drøftelserne om dataetik i Dataetisk Råd.

Nedsættelse af Dataetisk Råd

Regeringen vil nedsætte et Dataetisk Råd, som blandt andet skal give anbefalinger til og bidrage til en kontinuerlig og oplyst offentlig debat om de dataetiske spørgsmål og dilemmaer, herunder at vi i Danmark navigerer fornuftigt mellem nye muligheder og udfordringer.

2.3 Borgeren skal have adgang til egne oplysninger og sager

Som borger er det i dag vanskeligt at få et samlet indblik i, hvilke oplysninger de offentlige myndigheder indsamler og anvender – og hvem der kigger i hvilke oplysninger. Det kan skabe uklarhed om, hvad borgerens oplysninger rent faktisk bruges til.

Samtidig er det besværligt at få et samlet overblik over igangværende sager hos offentlige myndigheder. En ansøgning om boligstøtte eller SU kan ganske vist gennemføres med en digital selvbetjeningsløsning, men det er svært efterfølgende at få et samlet overblik over igangværende sager hos forskellige myndigheder. Det kræver i dag, at man som borger orienterer sig flere forskellige steder og selv skaber et overblik.

Regeringen vil derfor sætte ind på flere fronter. Det skal være langt nemmere for borgerne at få adgang til de mest relevante oplysninger og sager. Regeringen ønsker desuden, at den enkelte borger på sigt får indsigt i, hvilke myndigheder der kigger i oplysninger om ham eller hende. Og så skal borgerne opleve en tidssvarende og nem digital service på borger.dk.

Indsatsen skal levere på tre fronter:

- Borgerne skal have adgang til oplysninger om sig selv og igangværende sager
- Borgerne skal på sigt kunne få indsigt i, hvilke myndigheder der kigger i oplysninger om ham eller hende
- Borger.dk skal være en tidssvarende indgang til den offentlige sektor

Regeringen vil *for det første* igangsætte en markant indsats i de kommende år, der skal give borgerne større indsigt i og bedre overblik over oplysninger og sager på tværs af både staten, kommunerne og regionerne. Som led heri vil regeringen sikre, at der udvikles et "Mit overblik" på borger.dk, som samler borgernes vigtigste sager og oplysninger i forhold til det offentlige ét sted. Samtidig skal løsningen udvikles som en app, så borgeren altid har overblikket lige ved hånden.

Initiativet skal sikre, at borgerne ikke selv skal finde rundt i de mange forskellige offentlige systemer, men i stedet får samlet de forskellige indgange ét sted, samt at de mest relevante oplysninger gøres tilgængelige i et enkelt overblik.

Med "Mit overblik" vil regeringen desuden etablere en personlig kalender, hvor den enkelte borgers aftaler og vigtige frister fremgår, fx aftaler hos offentlige myndigheder eller frister for betaling af grundskyld. Det vil samtidig gøre det muligt at give borgeren en automatisk, men personlig hjælp med påmindelser og notifikationer, så man kan holde styr på forskellige sager. Det skal med andre ord være meget lettere for borgerne at holde styr på aftaler og vigtige forpligtigelser.

”Mit overblik” samler borgernes kontakt med det offentlige



”Mit overblik” skal give borgerne én samlet digital adgang til den offentlige sektor, hvor den enkelte borger i højere grad kan få overblik over vedkommendes sager, digital post, frister og ydelser fra det offentlige samt indsigt i de mest relevante oplysninger, som offentlige myndigheder har registreret om ham eller hende.

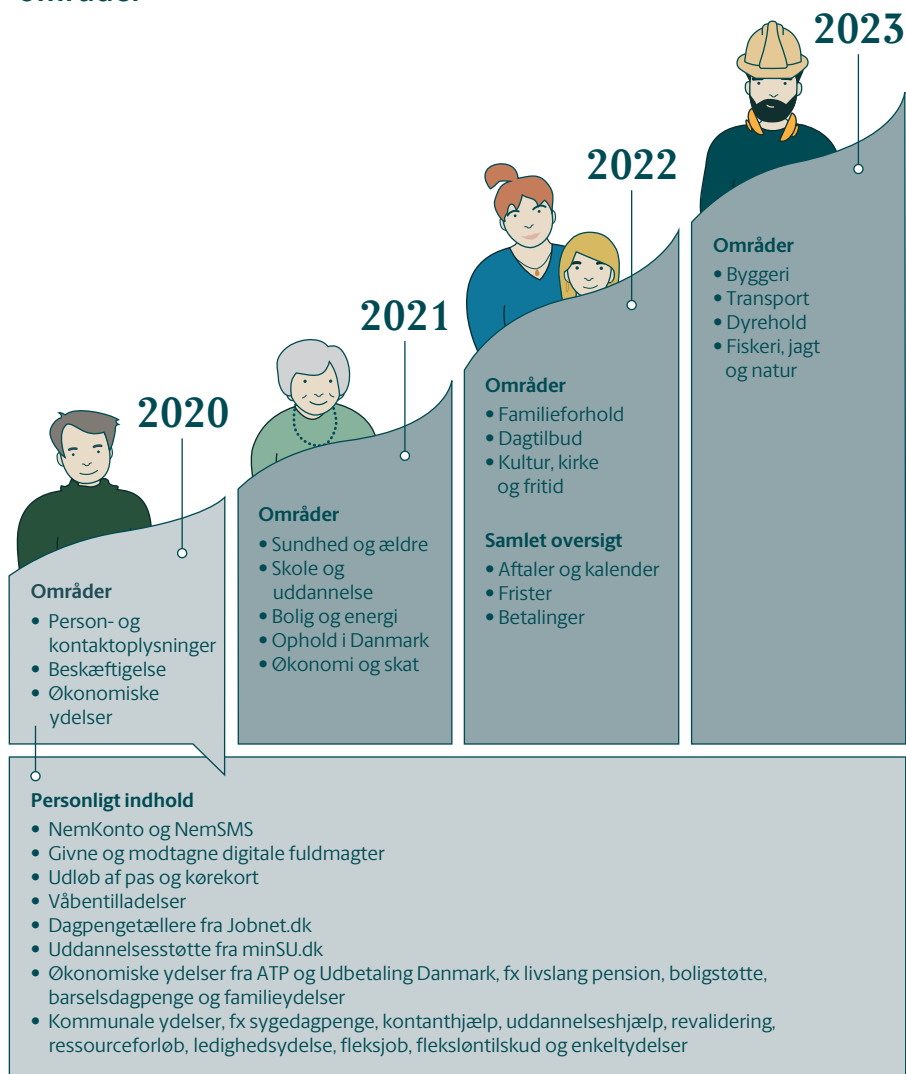
I dag giver ”Min side” på borger.dk adgang til en række grundlæggende oplysninger og indgange til forskellige selvbetjeningsløsninger, fx adresseskift eller SU-ansøgning. Men når selvbetjeningsløsningen er gennemført, findes informationen om sagen kun hos den enkelte myndighed. Med ”Mit overblik” får borgeren én indgang til oplysninger om, hvordan sagerne forløber.

Det samme gælder for indblikket i de oplysninger om den enkelte, som myndighederne ligger inde med. Her skal borgeren i dag selv finde informationen hos hver enkelt myndighed. Med ”Mit overblik” præsenteres de mest relevante oplysninger fra de mange forskellige myndigheder i stedet ét sted, så det er overskueligt og tilgængeligt for borgeren.

Det er en ambitiøs vision, som kræver, at stat, kommuner og regioner arbejder tæt sammen. Regeringen vil derfor i 2018 som led i en samlet digitaliseringspagt for den offentlige sektor aftale en konkret plan for øget gennemsigtighed med KL og Danske Regioner. Digitaliseringspagten skal lægge rammerne for de kommende års målrettede indsats for at give borgerne større indsigt i egne oplysninger og et bedre overblik i den digitale service. Planen tager form som en bølgeplan, hvor flere "bølger" af områder løbende inkluderes i "Mit overblik" over de næste år.

Med den første bølge i 2020 skal det blandt andet gøres muligt at få overblik over sygedagpenge, kontanthjælp og boligstøtte. De konkrete områder for de næste bølger skal herefter fastlægges løbende i samarbejdet med kommuner og regioner. Frem mod 2024 skal det være muligt for borgerne at få overblik over alle de mest relevante oplysninger på tværs af myndigheder på "Mit overblik".

”Mit overblik” skal løbende udvikles og udvides med flere områder



På ”Mit overblik” skal den enkelte borger blandt andet kunne se vedkommendes sager, frister og ydelser fra det offentlige samt et overblik over de mest relevante oplysninger, som det offentlige har registreret om ham eller hende. ”Mit overblik” vil ikke blive etableret fra dag ét, men udvikles løbende de kommende år frem til og med 2023 . Planen for udviklingen tager form som en bølgeplan, hvor flere ”bølger” af områder løbende inkluderes i ”Mit overblik”.

Regeringen ønsker *for det andet*, at den enkelte borger på sigt også skal kunne se, hvilke myndigheder der har tilgået hans eller hendes oplysninger. Det vil styrke gennemsigtigheden i anvendelsen af oplysninger i den offentlige sektor yderligere. Den model kender vi allerede i dag fra sundhedsområdet, hvor borgere kan tilgå MinLog på sundhed.dk og blandt andet se, hvilke medicinoplysninger der er registreret, og hvem der løbende tilgår dem.

Regeringen vil derfor gennemføre en analyse, der skal undersøge mulighederne for at give borgerne et bedre indblik i, hvilke myndigheder der tilgår oplysninger om ham eller hende.

Det er afgørende, at der er tillid til, at uvedkommende ikke tilgår oplysninger om den enkelte borger. Regeringen vil derfor undersøge muligheden for at stille krav om, at der for alle systemer med personhenførbare oplysninger skal etableres en log, så borgeren kan få indblik i, om uvedkommende har haft adgang til oplysninger om borgeren selv. Det undersøges også, om der er behov for at stille krav om en særskilt datasikkerhedspolitik rettet mod medarbejderne hos de relevante myndigheder.

Regeringen vil sikre indblik i brugen af oplysninger om borgerne

Den enkelte borger skal have tillid til, hvordan offentlige myndigheder bruger borgerens oplysninger. Og den enkelte borger skal have et bedre indblik i, hvilke myndigheder der har tilgået hans eller hendes oplysninger. Regeringen vil derfor gennemføre en analyse af mulighederne for at etablere en log-visning, hvor borgere kan se, hvilke myndigheder der har tilgået oplysninger om borgeren.

Et eksempel på en lignende løsning i dag er det Fælles Medicinkort, hvor medicinoplysninger om borgeren gemmes, så relevante medarbejder på sygehuse og i ældreplejen og den privatpraktiserende læge kan se, hvilken medicin borgeren får. På sundhed.dk kan borgeren få adgang til sit eget medicinkort og se hvilke myndigheder, der tilgår borgerens oplysninger.

Med *Aftale om regionernes økonomi for 2019* har regeringen aftalt med regionerne, at alle patienter inden udgangen af 2020 ligeledes skal have mulighed for at tilgå en digital visning af logoplysninger fra sygehusenes elektroniske patientjournaler.

Regeringen vil *for det tredje* sørge for, at borger.dk får et mere moderne udtryk. Borger.dk er den primære indgang for mange borgere, når de har ærinder med det offentlige. Derfor er det vigtigt, at borger.dk er tilgængelig, brugervenlig og overskuelig, så borgernes møde med det offentlige også er trygt på de digitale platforme.

Med udviklingen af "Mit overblik" får borger.dk samtidig en endnu mere central rolle som de fleste borgeres primære indgang til det offentlige. Det stiller store krav til løsningen. Bruger-venligheden er afgørende, og det visuelle udtryk på borger.dk skal understøtte målet om, at borgerne let skal kunne få indblik i oplysninger, sager og ydelser.

Samtidig bliver det lettere for borgeren at få et overblik, når der udvikles en app for "Mit overblik". Med appen vil borgeren altid have de offentlige løsninger lige ved hånden.



3 Digital service på borgernes og virksomhedernes præmisser

Den teknologiske udvikling giver nye muligheder for en mere smidig og sammenhængende opgaveløsning. Men også nye forventninger om mere fleksible og lettilgængelige løsninger. Regeringen vil sikre, at borgerne oplever en sammenhængende digital service, som opfylder deres behov – uanset hvilke myndigheder, der er involveret. Det er samtidig regeringens vision, at relevante offentlige ID-beviser på sigt skal være digitale, så borgerne altid har dem lige ved hånden. Det første skridt er udvikling af en kørekort-app.

Danmark er nået langt med digitaliseringen af kommunikationen mellem myndigheder og borgere samt virksomheder. I løbet af de seneste 10 år er de gammeldags papirblanketter blevet erstattet af selvbetjening på nettet, så borgernes og virksomhedernes kommunikation med de offentlige myndigheder nu overvejende er digital. Det har gjort det lettere at være borger og virksomhed i Danmark, for man kan nu ordne sine ærinder med fx kommunen, Udbetaling Danmark eller Skatteforvaltningen digitalt. Samtidig er arbejdsgange blevet effektiviseret og ressourcer frigivet til andre områder.

Men indretningen af de offentlige digitale selvbetjeningsløsninger bærer i høj grad præg af at være tilrettelagt efter sektoropdelte strukturer og myndighedsgrænser, som vi historisk har indrettet os med, frem for at tage udgangspunkt i borgernes og virksomhedernes behov. Det betyder, at den digitale offentlige service som *helhed* ikke lever op til borgernes forventninger om en sammenhængende og tidssvarende digital service – også selvom de fleste offentlige digitale løsninger fungerer udmærket *hver for sig*. Det er problematisk.

Behov for mere sammenhængende service

56%

af borgerne havde behov for kontakt til andre afdelinger eller myndigheder i forbindelse med deres situation.

77%

af dem, der havde kontakt til flere afdelinger eller myndigheder, fandt ikke, at myndighederne var gode til at skabe sammenhæng.

21%

af de borgere, som har anvendt flere separate selvbetjeningsløsninger på nettet til at klare et ærinde, angiver, at de "i høj grad" er tilfredse.

Kilde: Rambøll og Danmarks Statistik.

På samme måde som den offentlige digitale service skal være mere sammenhængende og tage udgangspunkt i borgernes behov, skal myndighederne også blive bedre til at tilbyde digitale løsninger, der lever op til borgernes forventninger om fleksibilitet og tilgængelighed. Brugen af it er allerede høj, og den er fortsat stigende. Næsten ni ud af ti danskere ejer i dag en smartphone, og den er i høj grad blevet omdrejningspunktet for mange gøremål. Det skal udnyttes til at give borgerne mulighed for at have de digitale løsninger lige ved hånden. Også når man er på farten.

Regeringen igangsætter derfor en målrettet indsats, der skal skabe bedre sammenhæng i den offentlige digitale service og sikre, at de digitale løsninger er lettilgængelige og tager udgangspunkt i borgerens behov.

Digital service på borgernes og virksomhedernes præmisser

Regeringen vil gennemføre følgende konkrete initiativer:

Sammenhængende digitale brugerrejser

Regeringen vil sørge for, at selvbetjeningsløsninger og øvrig digital service i højere grad er tænkt sammen på tværs af myndigheder, så borgerne og virksomhederne oplever en sammenhængende digital service, som opfylder deres behov, ved senest i 2021 at have etableret sammenhængende brugerrejser for ti vigtige situationer for borgeren og ti vigtige virksomhedssituationer.

ID-beviser lige ved hånden

Ved at digitalisere kørekortet vil regeringen tage de første skridt på vejen mod at gøre relevante ID-beviser digitale, så borgerne har de offentlige løsninger lige ved hånden. Konkret etableres en app, der kan supplere kørekortet, senest i 2020. Ansøgning- og sagsbehandlingsprocessen på kørekortområdet er samtidig præget af papirtunge processer, og derfor vil regeringen udover udviklingen af kørekort-appen digitalisere og forenkle kørekortområdet, så borgerne mødes af en tidssvarende og effektiv sagsbehandling.

Ensartet digital kommunikation

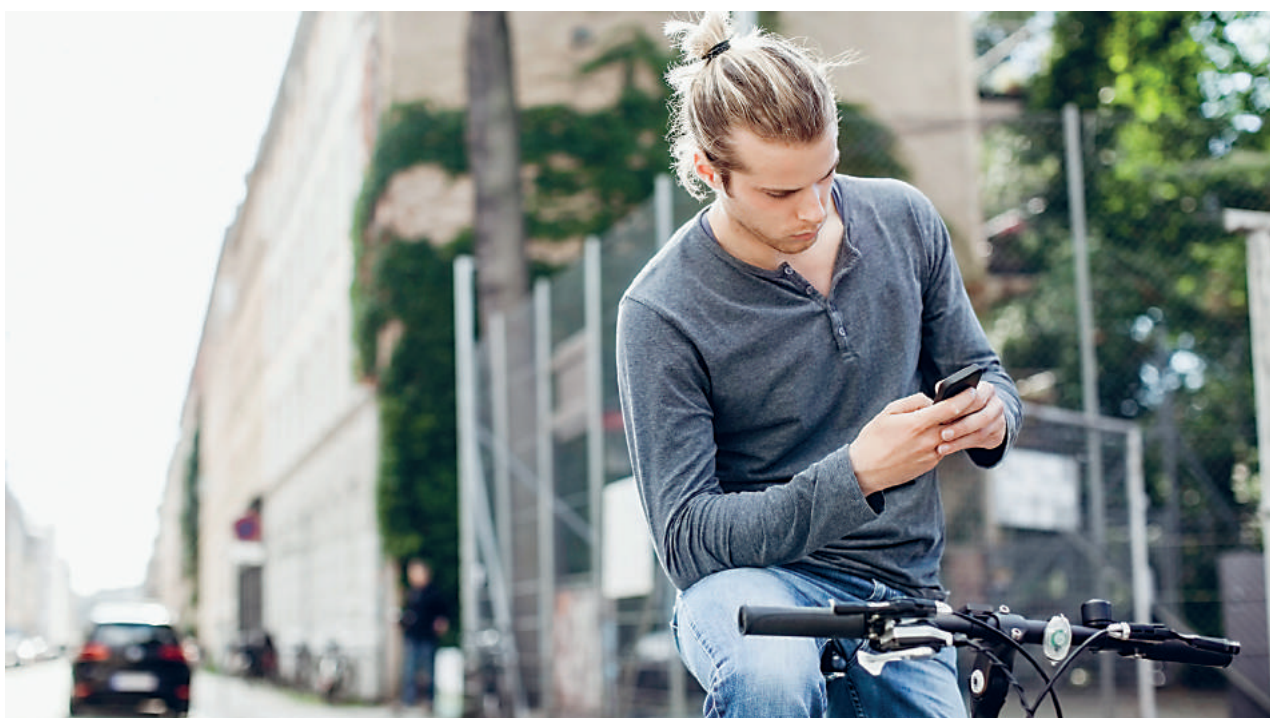
For at sikre ensartede rammer om en ensartet udbredelse af digital kommunikation til nye områder vil regeringen indføre en hjemmel i forvaltningsloven, som sikrer, at udbredelsen sker med fortsat mulighed for hjælp til de borgere, som har svært ved at bruge de digitale løsninger. Samtidig udarbejdes en styleguide, der skal bidrage til, at selvbetjeningsløsninger er brugervenlige og enstartede, så borgerne møder genkendelige løsninger på tværs af områder.

3.1 Sammenhængende digitale brugerrejser

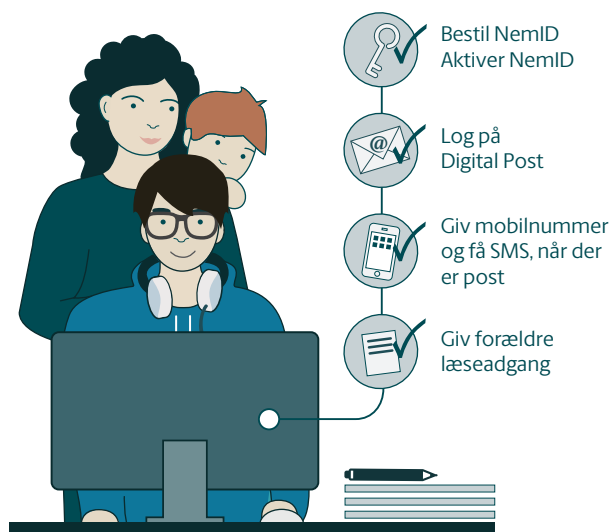
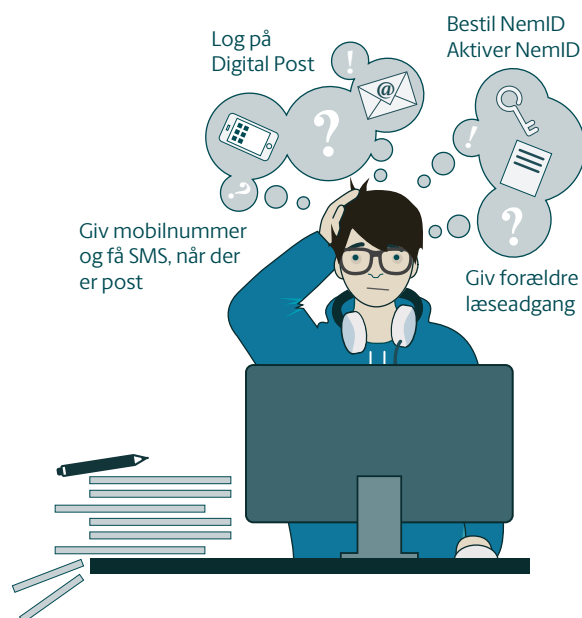
Den digitale service i den offentlige sektor skal fremover være mere sammenhængende og tage udgangspunkt i borgerens samlede situation og behov. I dag skal borgere og virksomheder selv finde vej i en kompleks offentlig sektor med mange digitale løsninger og indgange. Det skal man fx, når man mister et familiemedlem. I den situation har man rigeligt at gøre med at tackle sorgen, men samtidig skal man finde de forskellige veje til en begravelsesansøgning, opgørelse af dødsbo, dødsboskat, eventuel begraveshjælp og efterlevelseshjælp og ændringer i egne forhold som boligstøtte eller pension.

Det er et eksempel på, at den offentlige sektors indretning komplicerer tingene for borgerne. Regeringen vil derfor arbejde for at skabe en sammenhængende digital service, som opfylder borgernes og virksomhedernes behov på tværs af myndigheder.

Regeringen vil sikre, at den digitale service gøres sammenhængende i ti af de vigtige situationer, som borgere kan befinde sig i, og i ti af de centrale situationer, som virksomheder kan befinde sig i. Det skal ske ved, at der skabes et overblik over alle de gøremål, der er relevante i lige præcis deres situation, så det bliver nemt at overskue, og så man fx ikke glemmer at melde flytning eller søge en ydelse, man måske er blevet berettiget til.



Bedre brugerrejser – digital borger

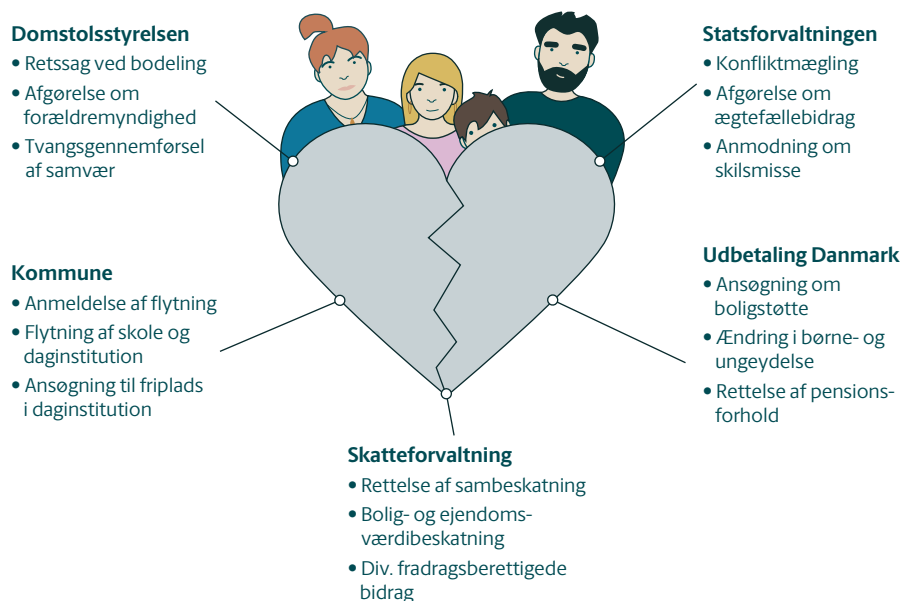


Nogle gange kan det være svært at overskue kontakten til det offentlige, når der sker store ændringer i ens liv. Når man fylder 15 år, bliver det fx obligatorisk at kommunikere digitalt med det offentlige. I dag kan det være et svært og usammenhængende forløb at forstå, når man for eksempel skal skaffe et NemID og logge på Digital Post for første gang. Regeringen vil med en sammenhængende digital brugerrejse sikre, at de unge får den information, de har brug for – og at forældrene, bliver klædt på til at hjælpe bedst muligt.

Fx oplever særligt unge, når de fylder 15 år, og dermed bliver digitale borgere, at der er mange ting, som de skal forholde sig til, fx NemID, Digital Post, skattekort mv. For mange er det en forvirrende situation, og på trods af at unge færdes naturligt på nettet, er det svært for mange at bruge de offentlige digitale løsninger. Derfor er det en af de første situationer, som regeringen tager fat på i arbejdet med de sammenhængende digitale brugerrejser. Samtidig lanceres en særskilt kampagne, som skal skabe opmærksomhed om situationen og forbedre unges færden på nettet som digitale borgere.

Med de sammenhængende brugerrejser vil borgerne få én indgang til alle relevante gøremål. Samtidig vil det være muligt løbende at få notifikationer og påmindelser om eventuelle udeståender eller status for sager. Innsatsen vil hjælpe den enkelte til i højere grad at klare sine gøremål selv og uden at skulle kontakte flere forskellige myndigheder.

Bedre brugerrejser – skilsmisse



Når en familie bryder op, er det en stor omvæltning for alle. Der er mange ting, man skal og endnu flere ting, man kan. Man mister let overblikket over hvilke myndigheder, der kan hjælpe med hvad, og hvilke ydelser man kan søge. Med en sammenhængende digital brugerrejse kan man skabe overblik i en presset situation, give klar og situationsbestemt information og tilbyde de par, der selv kan og vil, et bedre grundlag for at klare tingene.

Arbejdet med udviklingen af de sammenhængende brugerrejser vil foregå frem mod 2021 med tæt inddragelse af borgere, virksomheder, medarbejdere og andre parter, som er vigtige for at forstå og forbedre den digitale service i de enkelte situationer. Indsatsen er et skridt på vejen mod regeringens ambition om, at borgere og virksomheder sikres sammenhængende service på tværs af den offentlige sektor.

Regeringen vil som led i digitaliseringspagten lægge op til en aftale med kommuner og regioner om de sammenhængende digitale brugerrejser. Sammenhængen skabes på tværs af den offentlige sektor, og derfor er det vigtigt, at vi har hele den offentlige sektor med i arbejdet med brugerrejserne. De første skridt er allerede taget som led i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, men regeringen ønsker at hæve ambitionsniveauet og accelerere indsatsen.

Regeringens vision er, at brugerrejserne på sigt bliver så sammenhængende, at borgerne ikke længere oplever myndighedsgrænser som et problem. Borgere og virksomheder skal opleve en digital service, der tager hånd om de centrale behov i én sammenhængende brugerrejse.

Sammenhængende brugerrejser i ti vigtige situationer for borgere

Situation	Så mange borgere
Blive digital borger (15 år)	66.835 15-årige i 2017
Starte uddannelse	89.758 ansøgere til videregående uddannelse i 2018
Flytte	896.531 flytninger i 2017
Nybagt forælder	61.397 fødsler i 2017
Blive skilt	15.169 skilsmisser i 2017
Få nyt job	700.000-800.000 jobåbninger årligt
Miste job	14.844 varslede afskedigelser i 2017
Flytte til udlandet	21.095 danske statsborgere flyttede i 2017
Miste pårørende	53.261 dødsfald i 2017
Blive pensionist	Ca. 60.000 nye folkepensionister om året

For erhvervsområdet identificeres ligeledes ti brugerrejser for virksomheder, hvor der skabes mere sammenhæng inden udgangen af 2020. Det kan fx være ved en medarbejderansættelse eller ved sygdom i enkeltmandsvirksomheder. Regeringen vil i tæt samarbejde med udvalgte virksomheder og med udgangspunkt i virksomhedernes behov beslutte hvilke områder, der skal indgå.

3.2 ID-beviser lige ved hånden

Den offentlige sektor har været god til at udvikle digitale løsninger. Men i fremtiden skal de digitale løsninger i langt højere grad være tilgængelige der, hvor borgeren er. Man skal have dem lige ved hånden – også når man er på farten.

Mobilen er blevet omdrejningspunktet for næsten alt, hvad vi foretager os. Danskerne har vænnet sig til at have mobilen på sig næsten hele tiden. Omvendt bliver pungen stadig mere overflødig. De fleste plastikkort er allerede blevet erstattet eller suppleret med digitale løsninger. Fx kan Dankort, periodekort, ungdomskort, boardingkort, parkering og fitnessmedlemskab allerede tilgås fra mobilen. Med *NemID Nøgleapp* har regeringen og finanssektoren i samarbejde gjort det langt nemmere at bruge alle de tjenester, som anvender NemID.

Men andre centrale offentlige ID-beviser, som fx kørekortet, er endnu ikke blevet digitaliseret. Tilsvarende er sundhedskortet endnu heller ikke digitaliseret. Man skal stadigvæk medbringe et fysisk plastikkort, når man fx kører bil eller skal til lægen. Det er ikke fremtiden. Derfor vil regeringen igangsætte et arbejde, så relevante offentlige ID-beviser på sigt bliver digitale.

Nøgleappen gør hverdagen nemmere og højner sikkerheden

Fem millioner danskere har NemID, som de hver måned bruger 65 millioner gange. NemID Nøgleappen kan bruges alle de steder, hvor man skal bruge nøglekortet – for eksempel til at tjekke netbank, benytte borger.dk eller handle på nettet. Allerede nu er appen downloadet mere end 900.000 gange.

Udover at nøgleappen gør hverdagen lidt mere enkel, er den også nemmere at holde styr på end nøglekortet – for man har den altid på sin mobil lige ved hånden. Næsten 30.000 brugere mister hver måned deres nøglekort. Derudover begår mange den fejl, at de tager billeder af deres nøglekort med mobilen og dermed mindsker sikkerheden. Med nøgleappen på mobilen er det både nemt og sikkert.

Det er ikke let at digitalisere vores ID-beviser. Men med Sammenhængsreformen vil regeringen tage det første skridt og udvikle en kørekort-app. Målet er, at borgerne fra 2020 skal kunne tilgå deres kørekort fra mobilen.

Det vil gøre hverdagen lidt nemmere for alle borgerne, der vil slippe for at medbringe deres fysiske kørekort, når de kører bil eller skal legitimere sig selv i forbindelse med fx besøg på borgerservice. Det digitale kørekort vil være et supplement til det fysiske kort og gælde i Danmark, og appen er således et tilbud til alle, der ønsker at benytte sig af en digital løsning. Parallelt med at der etableres en kørekort-app, vil regeringen desuden undersøge muligheden for også at digitalisere andre relevante offentlige beviser som fx sundhedskortet.

Kørekort-app skal gøre hverdagen lettere for danskerne

Regeringen vil udvikle en kørekort-app som første skridt på vejen mod at gøre ID-beviser digitale. Med appen slipper man for at medbringe sit fysiske kørekort, når man kører bil eller skal legitimere sig selv i Danmark. Kørekort-appen er et supplement til det fysiske kørekort og dermed et tilbud til borgere, som hellere vil benytte sig af en digital løsning.

Administrationen på kørekortområdet skal digitaliseres

Samtidig vil regeringen tage initiativ til, at mulighederne for digitalisering af kørekortområdet undersøges, så borgerne også her møder en effektiv og digital service. I dag foregår ansøgninger på området på følgende måde:

- Papirblanket udfyldes af borgeren, kørelæreren, lægen, den prøvesagkyndige og borgerservice
- Fysisk lægeattest, førstehjælpsbevis og billedlegitimation vedlægges ansøgningen
- Foto af borgeren underskrives i forbindelse med udstedelsen af lægeattesten af lægen
- Stamkort udfyldes af den prøvesagkyndige, som borgerservice bruger til at bestille kørekortet

I tilknytning til arbejdet med en kørekort-app igangsættes en analyse af digitalisering af kørekortområdet. Analysen skal pege på, hvordan sagsbehandlingen på området kan digitaliseres og dermed bane vejen for, at de nuværende papirbårne processer gradvist omlægges til hurtigere og digitaliserede sagsgange.

3.3 Ensartet digital kommunikation

Borgerne kommunikerer på flere og flere områder digitalt med den offentlige sektor. Med den digitale selvbetjening kan borgerne i dag nemmere søge om at få boligstøtte, forny deres pas eller skifte læge.

I dag findes der mere end 100 områder med digital selvbetjening. Den digitale kommunikation mellem den offentlige sektor og borgerne er hidtil blevet til virkelighed gennem fire såkaldte "bølgelove", der blev gennemført i perioden 2012-2015. Lovene er baseret på en række fælles principper om, at alle borgere i udgangspunktet skal anvende digital selvbetjening, samtidig med at der sikres støtte og hjælp til de borgere, som er udfordret af de digitale løsninger.

Regeringen ønsker, at nye digitale selvbetjeningsløsninger skal følge ensartede og genkendelige regler. Der skal være de samme muligheder for at få hjælp, vejledning eller klare sine ærinder på anden vis, hvis man ikke har mulighed for at anvende de digitale løsninger. Mange ældre danskere har taget digitaliseringen til sig og bruger de digitale muligheder flittigt. Men der er stadigvæk borgere, som har det svært med de digitale løsninger. De skal fortsat have støtte og hjælp, når digitaliseringen bliver mulig på nye områder.

Regeringen vil derfor sikre ensartede krav for digital kommunikation, som følger det koncept, som er indført med de fire bølgelove om digital selvbetjening. Det vil være til gavn for borgerne og gøre det nemmere for myndighederne. Konkret vil regeringen fremsætte et forslag til en ændring af forvaltningsloven, som betyder, at digital kommunikation kan indføres på en ensartet måde på nye områder, og at borgerne fortsat tilbydes en alternativ kommunikationsform, hvis man ikke kan anvende de digitale løsninger.

Udbredelsen af digitale selvbetjeningsløsninger kan samtidig gøre det lettere for pårørende at hjælpe et familiemedlem fx under et sygdomsforløb, når digitale fuldmagter er indtænkt i løsningerne. I den fællesoffentlige digitale fuldmagtsløsning kan borgere afgive en digital fuldmagt, så pårørende kan håndtere ansøgninger, ydelser og aftaler med det offentlige digitalt på borgerens vegne. En digital fuldmagt kan i dag gives til blandt andet sundhedsjournalen på sundhed.dk, til at søge boligstøtte eller melde flytning. Det gør det væsentligt nemmere for pårørende at hjælpe ens familiemedlem på en tryk og nem måde uden at skulle møde op hos forskellige myndigheder eller involvere familiemedlemmet i unødigt omfang.

Regeringen vil desuden tage initiativ til, at der arbejdes efter en fælles "styleguide" for myndighedernes selvbetjeningsløsninger. Styleguiden skal sætte rammer for løsningernes brugervenlighed og kvalitet og dermed bidrage til, at selvbetjeningsløsningerne er konsistente og genkendelige på tværs af myndigheder.

Det er dermed regeringens ønske, at udviklingen af digital kommunikation mellem borgere og myndigheder skal ske på en ensartet måde, som sikrer genkendelighed fra løsning til løsning, så borgerne har let ved at klare ærinder digitalt.



4 Teknologi og nye velfærdsløsninger skal gavne flere

Hvis vi i fremtiden skal have en offentlig sektor, som kan levere velfærd og service af høj kvalitet til borgere og virksomheder, kræver det fornyelse og innovation. Regeringen vil derfor gøre den offentlige sektor bedre til at accelerere afprøvningen og anvendelsen af nye teknologiske muligheder og digitale velfærdsløsninger, blandt andet ved at etablere en investeringsfond på i alt 410 mio. kr. Det er samtidig regeringens vision at gøre Danmark til et af de førende lande i brugen af kunstig intelligens.

Nye teknologier som robotteknologi, kunstig intelligens og digitale velfærdsløsninger rummer muligheder for at binde den offentlige sektor tættere sammen og skabe bedre og tryggere service til borgere og virksomheder. Samtidig skaber den teknologiske udvikling nye forventninger fra borgerne og virksomhederne om mere fleksible offentlige løsninger, som holder trit med den private sektor.

Nye teknologier og digitale velfærdsløsninger kan frigive tid til kerneopgaven. Det er for eksempel tilfældet, når softwarerobotter løser enkle opgaver, som gentages, såsom sortering af e-mails. Tilsvarende muliggør telemedicin til borgere med KOL, at borgerne kan foretage måling af vægt og iltmætning i eget hjem. Sundhedspersonale følger løbende med og opdager tidligt forværringer i borgerens tilstand, og akutte indlæggelser kan undgås. I sidste ende betyder det, at borgeren oplever tryghed og frihed og bliver i stand til selv at handle på forværringer i sygdomstilstanden.

Teleaftale kan bane vejen for nye velfærdsløsninger

Regeringen indgik i maj 2018 en aftale om bredbånd og mobil i digital topklasse med et bredt flertal i Folketinget. Aftalen skal medvirke til vækst, effektivisering, velfærd og arbejdspladser i hele landet. En god dækning og hurtig infrastruktur vil understøtte fx udbredelse af velfærdsløsninger.

Aftalen indebærer bl.a., at bredbåndspuljen målrettet tyndbefolkede områder øges, ligesom rammevilkårene for udrulning af digital infrastruktur i lokale områder styrkes. Desuden etableres et telebrancheforum, der vil have fokus på at fremme udrulning af 5G i Danmark.

Det går imidlertid ofte for langsomt med at afprøve og udbrede nye teknologier og digitale velfærdsløsninger i den offentlige sektor. Det betyder, at vi går glip af oplagte muligheder for at løfte kvaliteten af den offentlige service og sikre et fortsat fokus på effektivitet.

Regeringen vil derfor gennemføre en målrettet indsats, så den offentlige sektor bliver bedre til at tage nye teknologier og digitale velfærdsløsninger i brug hurtigere end i dag.



Teknologi og nye velfærdsløsninger skal gavne flere

Regeringen vil gennemføre følgende konkrete initiativer:

Investeringsfond for nye teknologier og digitale velfærdsløsninger

Regeringen vil etablere en investeringsfond med en samlet volumen på i alt 410 mio. kr. i perioden 2018-2022 for at accelerere afprøvningen og anvendelsen af nye teknologier. For at forankre projekter lokalt og øge den samlede investeringsvolumen skal projekterne medfinansieres af projektejerne.

Nye løsninger udbredes til flere

Regeringen vil sikre, at afprøvede og succesfulde digitale velfærdsløsninger lettere kan udbredes i den offentlige sektor, samtidig med at vi stifter bekendtskab med nye teknologier. Indsatsen kommer til udtryk ved følgende initiativer:

- En ny strategi for Center for Offentlig Innovation, hvor centret får en ny rolle med øget fokus på afprøvning og udbredelse af nye teknologier samt understøttelse af innovation i offentlig-privat samarbejde. Der indgås en aftale med regioner og kommuner for at styrke udbredelsen af digitale velfærdsløsninger
- Der indstiftes en pris for bedste genbrug af allerede afprøvede digitale løsninger
- Der igangsættes en indsats for at fremme brugen af cloudteknologi
- Der etableres et statsligt analytics-netværk for udbredelse og udvikling af teknologiske løsninger
- Der igangsættes en indsats for samarbejde med teknologi-virksomheder om nye løsninger

Danmark skal forrest i anvendelsen af kunstig intelligens

Regeringen vil gøre Danmark til ét af de førende lande inden for kunstig intelligens inden 2025. Der igangsættes derfor følgende initiativer:

- Der udarbejdes en national strategi for kunstig intelligens, der går på tværs af den offentlige og private sektor, og som både sikrer bedre rammer for anvendelsen af kunstig intelligens og samtidig opstiller en række principper for anvendelsen, bl.a. i forhold til privatliv, sikkerhed, retfærdighed mv.
- Kunstig intelligens afprøves gennem oprettelsen af en række signaturprojekter
- Der udvikles en dansk sprogsresource, så man fx kan anvende talegenkendelse

4.1 Investeringsfond for nye teknologier og digitale velfærdsløsninger

Nye teknologier og digitale velfærdsløsninger rummer et stort potentiale til at forbedre den offentlige service. I dag anvendes nye teknologier som softwareroboter og machine learning kun i begrænset omfang i den offentlige sektor, ligesom det går for langsomt med at udbrede velafprøvede velfærdsløsninger, som fx telemedicin eller digitale løsninger til genoptræning.

Regeringen vil derfor etablere en investeringsfond til afprøvning og udbredelse af nye teknologier og digitale velfærdsløsninger i kommuner og regioner og afsætter i den forbindelse 100 mio. kr. Fonden skal stille ressourcer til rådighed til afprøvning af løsninger og teknologier, der ofte er forbundet med startomkostninger og risici, men som på sigt kan give betydelige gevinster.

Investeringsfond for nye teknologier og digitale velfærdsløsninger

Regeringen vil etablere en ny investeringsfond med en samlet investeringsvolumen på 410 mio. kr. i 2018-2022. Fonden skal støtte afprøvning og udbredelse af nye teknologier og digitale velfærdsløsninger i kommuner og regioner.

Ved økonomiaftalerne for 2019 etablerede regeringen sammen med KL og Danske Regioner en fond til fælles prioritering af digitale løsninger på sundhedsområdet. Der blev i den forbindelse afsat 70 mio. kr. hertil. Med den kommunale og regionale medfinansiering har fonden en samlet investeringsvolumen på 210 mio. kr.

Regeringen ønsker at øge ambitionerne og tilføjer derfor yderligere 100 mio. kr. hertil. Fonden skal samtidig bredes ud og støtte indsatser på alle velfærdsområderne.

Investeringsfonden målrettes både afprøvning af teknologi lokalt og landsdækkende udbredelse af velafprøvede løsninger. Investeringerne skal bidrage til udviklingen af innovative løsninger, der kan frigøre hænder til mere borgernær service. Indsatserne forankres lokalt, og regeringen lægger derfor op til, at kommuner og regioner medfinansierer indsatserne. Fonden vil således have en samlet investeringsvolumen på 410 mio. kr. i 2018-2022.

I forbindelse med de årlige økonomiaftaler bliver parterne enige om, hvilke nye teknologier og digitale løsninger der skal udbredes, og parterne opstiller i samme forbindelse konkrete målsætninger for udbredelsen.

Eksempler på nye teknologier...



Softwareroboter

RPA (Robotic Process Automation) er en software, der efterligner en medarbejders administrative opgaveløsning. Den er særligt velegnet til at automatisere gentagne, ikke-skønsbaserede arbejdsgange og giver fx mulighed for hurtigere sagsbehandling til gavn for borgeren. Teknologien opererer oven på det eksisterende it-landskab og på tværs af systemer og dokumenter.



Kunstig intelligens

Kunstig intelligens er en fællesbetegnelse for teknologier, der forsøger at efterligne menneskelig kognition, og som kan lære at tage beslutninger ved at identificere mønstre i større datamængder, hvilket giver mulighed for eksempelvis billede-, tale- og tekstgenkendelse. Derudover kan kunstig intelligens udforme prædiktionsmodeller til fx risikovurdering eller tidlig opsporing af sygdomme.



Blockchain

Blockchain er en teknologi til at registrere oplysninger, der giver høj sikkerhed for, at oplysningerne er korrekte. Det skyldes, at oplysningerne lagres i millionvis af kopier fordelt på internettet, og det er flertallet af kopier, der afgør, hvad der er rigtigt. Det betyder, at det er stort set umuligt at lave uautoriserede ændringer i oplysningerne, fordi der skal ændres i flere millioner kopier samtidig. Blockchain egner sig især til oplysninger om serier af hændelser, eksempelvis transaktioner eller sagsforløb. Ved hver ny hændelse føjes et led til kæden af oplysninger. Hvert led i kæden består af en boks med selve informationen og en henvisning til det forudgående led. På den måde kan alle hændelser spores til deres udgangspunkt og kan derfor anvendes til hurtigt og sikkert at verificere ejerskab.



Cloud

Cloudteknologier giver nem og billig adgang til beregningskraft og lagerplads, uden at man selv skal købe og drifte it-udstyret. Teknologierne giver mulighed for at udvikle digitale løsninger hurtigere og tættere på borgernes behov end i dag, hvor digitale løsninger ofte anskaffes gennem lange udbudsprocesser. Samtidig er adgangen til cloudteknologier i høj grad en forudsætning for det videre arbejde med kunstig intelligens, da cloud-løsninger giver adgang til stor beregningskraft og de nødvendige avancerede værktøjer.

4.2 Nye løsninger udbredes til flere

Som led i indsatsen for hurtigere udbredelse af afprøvede løsninger skal Center for Offentlig Innovation (COI) have en ny rolle med øget fokus på at understøtte udbredelsen af nye teknologier i den offentlige sektor.

Hurtigere udbredelse af nye teknologier forudsætter en koordineret indsats på tværs af den offentlige sektor. Det er fx afgørende, at relevante erfaringer med de nye teknologier opsamles og deles på tværs, så parallelle projekter og investeringer kan undgås. Samtidig skal der tages hånd om tværgående barrierer for myndighedernes anvendelse af nye teknologier. Der er også behov for, at samarbejdet om innovation styrkes på tværs af den offentlige og private sektor.

Regeringen vil derfor, som opfølgning på *aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi* for 2019, drøfte en ny strategi for COI med KL og Danske Regioner, som kan træde i kraft fra 2019, og som kan bidrage til at understøtte hurtigere udbredelse af nye teknologier i den offentlige sektor.

Samtidig indstifter regeringen en pris for bedste genbrug af digitale løsninger, som yderligere skal ansøre til, at man bruger allerede velafprøvede løsninger endnu mere end i dag. Med prisen tildeles 100.000 kr. til hver af de tre specifikke enheder og medarbejdere på det kommunale, regionale og statslige område, som har implementeret en digital løsning på baggrund af erfaringer fra andre myndigheder.

Center for Offentlig Innovation skal understøtte hurtigere udbredelse

Regeringen vil drøfte en ny strategi for Center for Offentlig Innovation (COI) med kommunerne og regionerne. Det er vigtigt, at erfaringer med ny teknologi anvendes og deles på tværs, og derfor skal centret have en central rolle i udbredelsen af nye teknologier i den offentlige sektor.

Den offentlige sektor har været god til at afprøve nye velfærdsløsninger, men det har været vanskeligt at udbrede de velafprøvede løsninger på tværs af landet. Det skyldes blandt andet skæve økonomiske incitamenter, manglende kompetencer og langvarige evalueringer.

Regeringen vil derfor yderligere sørge for, at den offentlige sektor bliver hurtigere til at udbrede velafprøvede digitale velfærdsløsninger. Det, der virker, skal hurtigst muligt komme borgerne til gode – og dermed løfte kvaliteten af den offentlige service. Hvis vi skal lykkes med det, kræver det en målrettet indsats på tværs af den offentlige sektor. Regeringen ønsker derfor, som led i digitaliseringspagten, at indgå en aftale med regioner og kommuner om styrkede rammer for udbredelse af digitale velfærdsløsninger.

Aftale om hurtigere udbredelse af digitale velfærdsløsninger

Regeringen vil som led i digitaliseringspagten tage initiativ til en fællesoffentlig udbredelsesaftale og drøfte dette med KL og Danske Regioner. Regeringen lægger op til, at følgende temaer vil kunne indgå:

- **Værktøjer og kompetenceudvikling:** For at styrke professionaliseringen i udbredelsesprojekter er der behov for dels målrettede og erfaringsbaserede redskaber til styregrupper, projektledere og -ejere, dels kompetenceudvikling målrettet fagmedarbejdere, så digitale løsninger bliver en naturlig del af den faglige værktøjskasse.
- **Fælles evalueringsmodel:** Med en fælles evalueringsmodel sikres det, at myndigheder og aftaltparter stiller de rette krav til evaluering af velfærdsløsninger med udgangspunkt i risiko. Herved undgås unødigt omfattende evalueringer.
- **Afklaring af minimumsindhold og proces:** Økonomiaftaler med kommuner og regioner om landsdækkende udbredelse af digitale velfærdsløsninger skal fremadrettet indeholde nødvendige afklaringer, så implementeringsfasen ikke forlænges unødigt.

Regeringen vil samtidig løfte innovationskapaciteten i den offentlige sektor, så det bliver lettere for offentlige myndigheder at udbrede de nye teknologiske løsninger til gavn for borgere og virksomheder. Derfor er det regeringens ambition, at cloudteknologi skal bruges til at give myndighederne adgang til de nyeste teknologier til udvikling og drift af effektive og innovative digitale løsninger. Afprøvning og efterfølgende anvendelse af nye teknologier kræver nemlig ofte adgang til sikre og skalérbare cloudmiljøer, der tilbyder den fornødne lagring og analyse af data.

Regeringen vil styrke det offentliges anvendelse af cloudteknologier ved at etablere cloudmiljøer for offentlige myndigheder tilknyttet Statens IT, ligesom en vejledning om cloudcomputing offentliggøres i efteråret 2018. Som led i indsatsen vil regeringen desuden i 2019 gennemføre en analyse af mulighederne for øget anvendelse af cloudteknologi i den offentlige sektor, samt af hvordan vigtige sikkerhedsspørgsmål bedst håndteres. Analysen skal understøtte, at det bliver lettere at tage cloud i anvendelse, samtidig med at det sker på en sikker måde.

Digitale løsninger forbedrer velfærden lokalt

Nyborg Kommune: Virtuel hjemmetræning for KOL-patienter

I Nyborg Kommune arbejder man med online hjemmetræning for KOL-patienter. Med den virtuelle træning kan patienter med bevægelsesvanskeligheder sidde derhjemme og gennemføre en træning, som styrker konditionen og reducerer deres symptomer. Det er et godt eksempel på, at man med anvendelsen af ny teknologi kan tilbyde en ny og mere værdig service på borgernes præmisser.

Odder Kommune: Skærmbesøg sikrer mere fleksibel støtte

Odder Kommune anvender skærmbesøg til borgere med mentor- eller bostøtte. Skærmbesøg gør borgeren uafhængig af, hvor han eller hun er, og kan modtage støtte af sin kontaktperson, selvom borgeren er på ferie, under uddannelsesophold eller på hospitalet. På den måde kan brugen af skærmbesøg understøtte værdighed og frihed i borgernes liv.

Ærø Kommune: Telemedicin giver bedre velfærd

I Ærø Kommune arbejdes der med lægekonsultationer over nettet, såkaldt telemedicin, så borgerne på øen ikke behøver at bruge tid og kræfter på transport. Det er et godt eksempel på, hvordan man kan forbedre situationen for den enkelte borger, som får væsentlig lettere adgang til servicen – også i områder med større afstand til sygehuset – med de nye digitale løsninger.

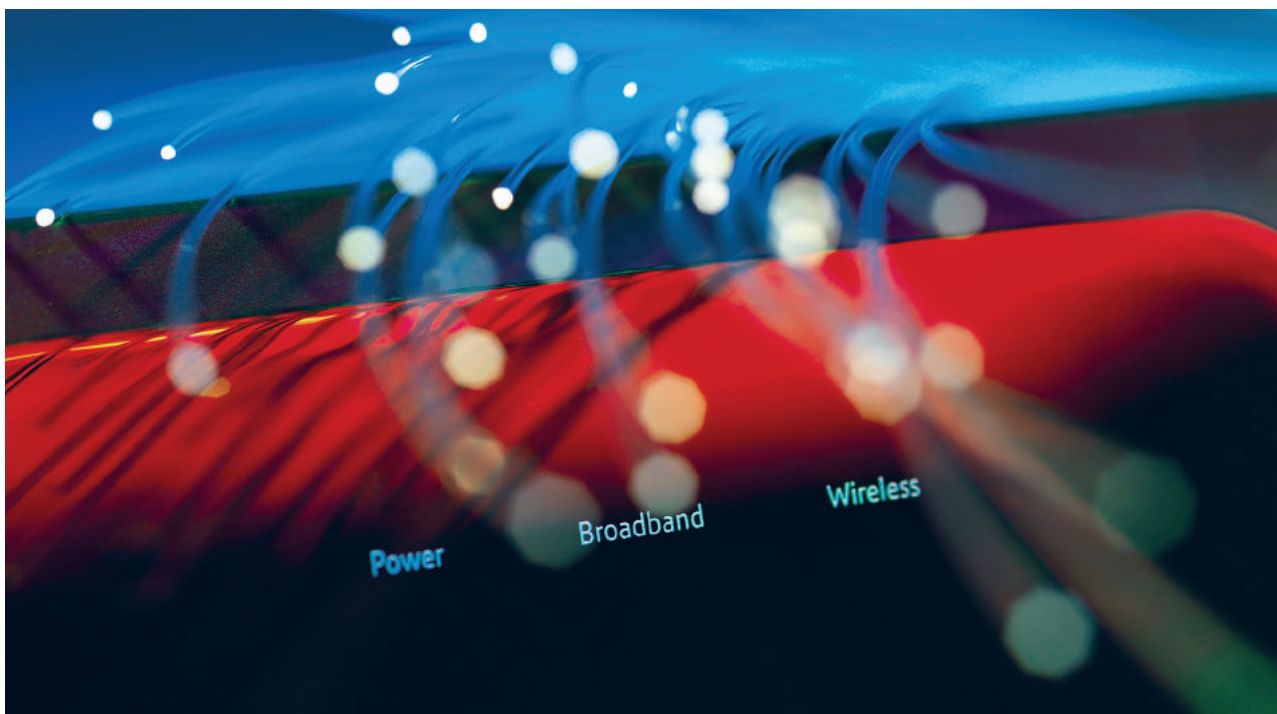
Odense Universitetshospital: Hurtigere hjemlig tryghed ved for tidlige fødsler

På Odense Universitetshospital anvender man en app til at sikre et godt forløb for forældre med for tidligt fødte børn. Med appen er der faste videokonferencer mellem forældre og hospitalspersonalet, forældrene indtaster løbende barnets ernæring og vækst, og i appen er der også små instruktionsvideoer om pasning og pleje af for tidligt fødte børn. Med løsningen kan forældrene tidligere komme hjem i trygge rammer, samtidig med at personalet kan følge med i barnets udvikling og give forældrene den nødvendige vejledning og støtte.

Flere statslige myndigheder er i gang med at afprøve mulighederne i *data analytics*. Det gælder fx Nævnenes Hus i Viborg, hvor avanceret dataanalyse skal give sagsbehandlere et hurtigere overblik over præcedens og understøtte hurtigere afgørelser til borgerne. Men mange myndigheder oplever, at de mangler viden om mulighederne i analytics. For at styrke anvendelsen af ny teknologi i staten etableres derfor et netværk mellem statslige myndigheder, hvor man kan dele viden og praksis om arbejdet med analytics og nye teknologiske løsninger. I netværket inspirerer deltagerne hinanden til udbredelse af eksisterende løsninger og udvikling af nye måder at bruge teknologi på.

Derudover arbejder Statens Administration målrettet med udviklingen af softwarerobotter, som kan automatisere simple og rutineprægede processer. Målet er at indfri fordele som større effektivitet, lavere omkostninger, minimering af fejl, færre rutineprægede opgaver for medarbejderne og skabelsen af et bedre og mere systematisk analytisk grundlag for det videre arbejde. For at indfri fordelene har Statens Administration oprettet et "Robot-team", som i samarbejde med medarbejderne identificerer relevante opgaver for robotterne, samt udvikler og implementerer dem.

Samtidig vil regeringen igangsætte en indsats, der skal afdække mulighederne for et øget samarbejde mellem offentlige myndigheder og teknologivirksomheder om hurtig og effektiv løsning af konkrete udfordringer i den offentlige sektor. Dette kan fx ske gennem innovationspartnerskaber eller andre samarbejdsformer.



4.3 Danmark skal forrest i anvendelsen af kunstig intelligens

Kunstig intelligens rummer potentiale til at sikre bedre service og mere vækst og innovation. Fx kan kunstig intelligens bruges til at understøtte læger med at diagnosticere sygdomme og dermed opspore sygdomsudvikling tidligt med henblik på forebyggende indsatser.

Kunstig intelligens anvendes flere steder i den private sektor. Det er især store internationale firmaer, der anvender teknologierne til fx billede-, tekst- og talegenkendelse samt forudsigelser om servicebehov, kundefrafald mv. Omvendt anvendes kunstig intelligens kun i enkelte offentlige myndigheder og på afgrænsede områder. Det er ærgerligt – for kunstig intelligens rummer potentiale til at forbedre og effektivisere den borgernære service.

I lyset af den markante teknologiske udvikling nedsatte regeringen i maj 2017 Disruptionrådet. Disruptionrådet har bl.a. fokus på mulighederne i nye teknologier og kunstig intelligens, og hvordan vi kan sikre, at gevinsterne kommer alle til gavn.

Kunstig intelligens kan forbedre og effektivisere den borgernære service ved blandt andet at bidrage til...

- Hurtigere og bedre diagnosticering, forebyggelse og behandling, fx ved diagnosticering af kræft
- Mere præcis forudsigelse af risiko for fx indlæggelse, forudsigelse af oversvømmelser ved skybrud og styring af afløbssystemer til vandafledning
- Hurtigere identifikation af borgere med hjertestop via avanceret stemmegenkendelse på akutopkald
- En mere fokuseret og risikobaseret kontrolindsats til fx kontrol for snyd med selskabsskat

Regeringens ambition er, at Danmark inden 2025 skal være blandt de førende lande i verden til at anvende kunstig intelligens. Det er et ambitiøst mål. Men vi har allerede en klar fordel i forhold til andre lande. Gode data er nemlig en forudsætning for anvendelsen af kunstig intelligens, og Danmark har de bedste offentlige data i verden.

For at nå i mål vil regeringen udarbejde en national strategi for kunstig intelligens på tværs af den offentlige og private sektor. Det er vigtigt, at strategien forankres bredt i samfundet og sætter en fælles retning for igangværende og fremtidige initiativer inden for kunstig intelligens. Strategiens fokus vil være at sikre danske virksomheder og offentlige myndigheder de bedste rammer for at udnytte mulighederne i kunstig intelligens. Samtidig skal strategien opstille klare etiske principper for anvendelsen af kunstig intelligens i Danmark. Ved at koordinere og fokusere viden og indsatser skal strategien sikre, at vi hurtigere formår at udnytte mulighederne ved kunstig intelligens uanset sektor.

Dygtige virksomheder, en agil offentlig sektor, stærke forskningsmiljøer samt gode uddannelser er forudsætninger for, at Danmark kan udnytte de fordele, som kunstig intelligens

medfører. Strategien skal derfor se nærmere på, hvad der kan gøres for at forbedre virksomheder og offentlige myndigheders anvendelse af kunstig intelligens. Dette kan fx være klarlægning og adgang til data, igangsættelse af forsøgsprojekter og investeringer i fælles infrastruktur.

Strategien skal tage afsæt i den nyeste viden om kunstig intelligens fra danske og udenlandske forskningsmiljøer og i de tiltag, regeringen allerede har taget for at fremme uddannelse og forskning i digitale teknologier.

Samtidig er det afgørende for udviklingen af kunstig intelligens på flere områder, at man kan anvende talegenkendelse og sprogforståelse. Da Danmark er et lille sprogområde, er sprogressourcen imidlertid ikke udviklet tilstrækkeligt. Derfor vil regeringen tage initiativ til, at der udvikles en dansk sprogressource til fri afbenyttelse, så arbejdet med kunstig intelligens kan udvikles yderligere i Danmark.

Konkrete indsatser for kunstig intelligens

National strategi for kunstig intelligens

Regeringen vil udarbejde en strategi for kunstig intelligens, som går på tværs af den offentlige og den private sektor. Strategien skal sikre offentlige myndigheder og danske virksomheder de bedste rammer for at udnytte muligheder ved kunstig intelligens. Men kunstig intelligens skal anvendes ansvarligt. Derfor skal strategien også opstille etiske principper for anvendelse af kunstig intelligens. Principperne skal sørge for, at privatliv, sikkerhed, gennemsigtighed, retfærdighed mv. sikres i anvendelsen.

Dansk sprogteknologi i verdensklasse

Talegenkendelse og sprogforståelse gør det muligt at understøtte forskellige former for opgaver. Det gælder beslutningsstøtte ved sagsbehandling af miljøgodkendelser, gennemgang af årsregnskaber og revisionserklæringer, klagesager, support- og akutopkald, mailsvar mv. En betydelig barriere for effektiv anvendelse af talegenkendelse og sprogforståelse på dansk er, at Danmark er et lille sprogområde.

Derfor igangsættes opbygningen af en sprogressource på dansk, der sættes til fri afbenyttelse, så leverandørerne har en fælles sprogressource af høj kvalitet, der giver dem mulighed for at udvikle gode løsninger inden for talegenkendelse og sprogforståelse med et højt præcisionsniveau.

Signaturprojekter skal give konkrete erfaringer

For hurtigst muligt at opbygge konkrete og praktiske erfaringer med anvendelse af kunstig intelligens i den offentlige sektor igangsættes en række signaturprojekter. Projekterne skal igangsættes på områder, hvor der vurderes at være et potentiale for at øge kvalitet og produktivitet i de offentlige kerneopgaver ved hjælp af kunstig intelligens, men hvor der på nuværende tidspunkt er for få konkrete erfaringer. Signaturprojekterne finansieres af investeringsfonden for nye teknologier og digitale velværdsløsninger.

2018/19:2

Oktober 2018

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

ISBN 978-87-93635-87-6 (pdf version)
ISBN 978-87-93635-78-4 (trykt version)

Design, omslag: e-Types
Foto: Ritzau Scanpix
Tryk: Rosendahls

Publikationen kan hentes på
www.fm.dk
www.regeringen.dk



Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

Tillægsaftale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område



regionsyddanmark.dk



Oversigt

- 3 >** 1. Aftalens baggrund - den regionale samarbejdsaftale
- 5 >** 2. Organisering af regionale behandlingstilbud til målgruppen - personer med (PTSD)
- 6 >** 3. Opsporing af flygtninge og krigsveteraner med PTSD
- 7 >** 4. Udredning og behandling af PTSD
- 10 >** 5. Kommunal koordinationsfunktion - lave biopsykosociale ressourcer
- 11 >** 6. Henvielse til udredning
7. Frit sygehusvalg og behandlingsret
- 12 >** 8. Komorbiditet og herfra følgende gråzoneproblematikker
- 13 >** 9. Børn og familie
- 14 >** 10. Forløbsbeskrivelser

Udgivet af:
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

1. Aftalens baggrund - den regionale samarbejdsaftale

Den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område er en aftale indgået mellem Region Syddanmark og regionens 22 kommuner. Aftalen er en overordnet aftale, der dækker hele det psykiatriske område. Aftalen er indgået i 2009 og godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark.

Aftalen indeholder en beskrivelse af samarbejdsfladerne mellem borger, kommune, praktiserende læge og de regionale psykiatriske behandlingstilbud. Al samarbejde inden for Region Syddanmark på det psykiatriske område håndteres inden for rammerne af den overordnede aftale.

1.1 En særskilt aftale for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

På baggrund af den regionale samarbejdsaftale har aftalparterne haft ønsker til tillægsaftaler for nogle specielle målgrupper, hvor samarbejdet enten er særligt afgørende, eller hvor der er nogle særlige forhold vedr. målgruppen, der spiller ind.

Målgruppen traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) er en målgruppe af beskedent omfang, men en målgruppe, hvor samarbejdet mellem sektorerne er særdeles vigtigt. Det særlige behov grunder primært i tre årsager: a) målgruppen og dennes familier er ofte ressourcetsvage og kan ikke medvirke til at være tovholdere i eget forløb; det sætter nogle særlige krav til overgangene og fastholdelse, b) de enkelte kommuner og sagsbehandlere møder relativt få borgere i målgruppen, og der opnås derfor

ikke lokalt den store rutine i håndtering af sagerne og c) al forskning og viden på området peger på det intensive tværsektorielle samarbejde som forudsætning for succesfulde behandlings- og rehabiliteringsforløb.

1.2 Medicinsk Teknologivurdering (MTV) 2009

Region Syddanmark iværksatte i 2008 i et samarbejde med Center for kvalitet udarbejdelse af en Medicinsk teknologivurdering (herefter omtalt som MTV-rapport) om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge. MTV-rapporten blev offentliggjort i januar 2009 og har siden dannet grundlag for en større omlægning og harmonisering af udredning og behandling af traumatiserede flygtninge på de tre behandlingcentre i Region Syddanmark. Det er også den viden, der blev tilvejebragt i MTV-rapporten, der danner grundlag for den faglige evidens i nærværende aftale.

1.3 Arbejdsgruppens sammensætning

Kommunale deltagere

Ane Møller, leder af sundhedscenter Vollsmose,
Odense Kommune

Bjarne Thyssen Jørgensen, socialoverlæge,
Odense Kommune (deltog 4. april 2011)

Mette Strunge Dubert, konsulent,
Svendborg Kommune

Niels Ravn, Centerleder for Verdande,
Haderslev Kommune

Pia Maria Nielsen, etnisk konsulent,
Varde Kommune

Repræsentant for almen praksis

Agnethe Bak Jensen, praksiskonsulent

Regionale deltagere

Marianne Lauritzen, leder af CETT (Center for Traume- og torturoverlevende) og RCT Fyn (Rehabiliteringscenter for torturoverlevende og traumatiserede flygtninge)

Anna Marie Erbs, leder af RCT-Jylland (Rehabiliteringscenter for torturofre Jylland)

Elsebeth Stenager, overlæge, psykiatrisk afdeling Odense
Morten Sodemann, ledende overlæge, indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital

Berit Matzen, chefkonsulent, økonomi- og planlægningsafdelingen, psykiatriadministrationen

Ole Rytto, sygeplejefaglig direktør, Psykiatrien i Region Syddanmark (formand for arbejdsgruppen)

Birthe Navntoft, specialkonsulent, psykiatri- og socialstaben (sekretær for arbejdsgruppen)

1.4 Opfølgning på aftalen

Der skal sikres en dynamisk opfølgning af aftalens indhold i regi af de psykiatriske samordningsfora. Opfølgningen bør ske én gang årligt - første gang medio 2013. Opfølgningen tager udgangspunkt i en audit på 3-6 udvalgte patientforløb (repræsentativt fra de tre målgrupper). Auditgruppen er sammensat af de psykiatriske samordningsfora, og skal repræsentere de tre samarbejdsparter: kommuner, regionale behandlingstilbud og almen praksis. Resultater præsenteres og drøftes på de psykiatriske samordningsfora. Psykiatrien i Region Syddanmark foranlediger og afholder det årlige auditmøde.



2. Organisering af regionale behandlingstilbud til målgruppen – personer med (PTSD)

2.1 Den regionale psykiatri

Målgruppen for den regionale psykiatri er som udgangspunkt personer over 20 år med psykotiske eller affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser samt særligt komplekse tilstande inden for nervøse, stressrelaterede og tvangsbetonede lidelser. Målgruppen under 20 år behandles som udgangspunkt i børne- og ungdomspsykiatrien. Flygtninge og krigsveteraner, der har behov for almindelig psykiatrisk behandling inden for det beskrevne behandlingstilbud har samme adgang som den øvrige målgruppe for den regionale psykiatri.

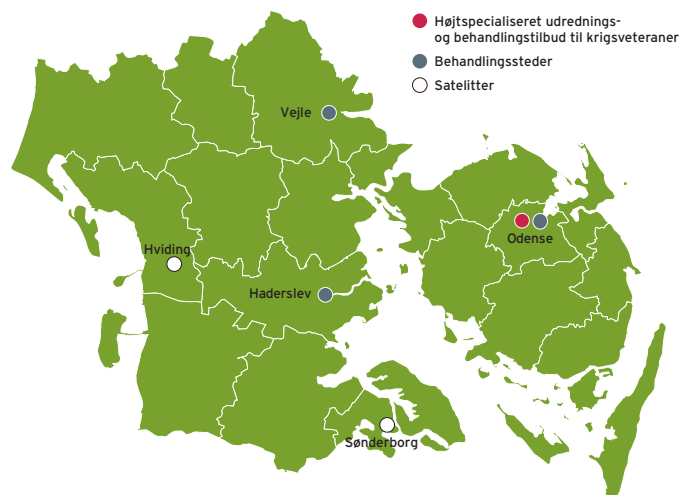
2.2 Tilbud til traumatiserede flygtninge

Region Syddanmark har to specialiserede behandlingstilbud og driftsoverenskomst med et tredje behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge. Tilbuddene er geografisk placeret i Odense, Vejle og Haderslev med satellitter i henholdsvis Hviding og Sønderborg. De tre centre dækker tilsammen hele regionen.

2.3 Højt specialiseret tilbud til krigsveteraner

Region Syddanmark har i et samarbejde mellem Center for traume- og torturoverlevende i Vejle (CETT) og Psykiatrisk Afdeling i Odense etableret et højt specialiseret udrednings- og behandlingstilbud til hjemvendte soldater i dansk krigstjeneste. Tilbuddet er placeret i Odense. Tilbuddet er højt specialiseret og retter sig som sådan til de mest belastede og særligt komplicerede tilfælde, hvor andre tiltag ikke har været succesfulde. Tilbuddet til krigsveteraner med traumer er en spe-

cialfunktion i relation til Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning og er tilrettelagt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2010 "Behandling af PTSD hos veteraner - Anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet".



3. Opsporing af flygtninge og krigsveteraner med PTSD

Det kan være svært for både kommunale og regionale frontmedarbejdere at identificere, når en borgers vanskeligheder ved fx fastholdelse af arbejde/uddannelse eller problematiske familieforhold skyldes en skjult og ubehandlet PTSD. Især i forbindelse med opsporing af krigsveteraner er der den særlige udfordring, at mange ikke er i kontakt med det kommunale system. Forsvaret sikrer langt hen ad vejen selv beskæftigelse og forsørgelse af hjemvendte soldater. Men også flygtninge, der over længere perioder har været velfungerende kan pludselig ændre adfærd som følge af indtrufne begivenheder (fx skilsmisse, fyring, tab af nære pårørende m.m.) i deres liv.

Flygtninge og krigsveteraner kan have problemer, som kan være symptomer på PTSD. Som medarbejder i det kommunale regi, i det regionale sundhedssystem og i almen praksis bør man være opmærksom på dette.

Tegn på PTSD kan være:

- Tilbagevendende og stærkt ubehagelige drømme (mareridt) om traumatiske begivenheder
- Tilbagevendende invaderende, ukontrollable erindringer om traumatiske begivenheder
- Gentagelsestvang i forhold til traumatiske begivenheder

- Genoplevelse af begivenheder ved at føle, som om begivenhederne sker igen (gennem illusioner, hallucinationer og flashbacks)
- Voldsom uforståelig psykisk og fysisk ubehag (sveden, hjertebanken, angst) ved situationer, der kan minde om traumatiske begivenheder
- Fornemmelse eller følelse af fremmedhed eller adskillelse fra andre mennesker
- Tab af hukommelse
- Tab af motoriske funktioner (underspændthed, lammelser, passiv ubevægelighed, langsomme små bevægelser)
- Tab af affektive funktioner (indre tomhed, meningsløshed, manglende fremtidsperspektiv, hjælpeløshed og indre død)
- At være alt for afhængig, klyngende til børn, familie, ægtefælle, eller det modsatte
- At være alt for uafhængig, adskillende, isolerede og dermed manglende relationer til nærtstående

Det vil være en fordel for behandlingsperspektivet at opspore flygtninge og krigsveteraner med mulig PTSD så tidligt som muligt, da en tidlig og forebyggende indsats kan mindske de langsigtede følger af tilstanden¹.

¹ Forsvaret vil i regi af Regeringens Veteranpolitik og i samarbejde med Kommunernes Landsforening stille et undervisningstilbud til rådighed for kommunale sagsbehandlere, der kan komme i kontakt med veteraner.

4. Udredning og behandling af PTSD

4.1 Målgrupperne

4.1.1 Målgruppen for behandlingstilbuddene til flygtninge med PTSD

Målgruppen for behandlingstilbuddene til flygtninge med PTSD er personer med PTSD, kronisk PTSD og kompleks PTSD som hoveddiagnose og med en eller flere samtidige bidiagnoser. Hyppige samtidige diagnoser er angstlidelser, depression, misbrug, tvangstanker/tvangshandlinger (OCD), borderline personlighedsforstyrrelse, og antisocial personlighedsforstyrrelse samt en række somatiske lidelser.

Herudover skal personen have lovligt ophold i Danmark og i et andet land være blevet traumatiseret eller på anden måde alvorligt belastet, psykisk, fysisk og/eller socialt som følge af krig, forfølgelse, tortur, fængselsophold eller andre former for organiseret vold og overgreb. Til målgruppen hører også patientens nærmeste familie.

4.1.2 Målgruppen for det højt specialiserede tilbud til krigsveteraner med PTSD

Målgruppen for det højt specialiserede tilbud til krigsveteraner med PTSD er hjemvendte soldater i dansk krigstjeneste. Heraf vil nogle ikke have været i kontakt/ behandling i forsvaret, mens andre har været i behandling uden succes i de tilbud det danske forsvar stiller til rådighed. Der vil også være de tilfælde, hvor reaktionen/ sygdomsbilledet er så komplekst, at det taler for et specialiseret tilbud. PTSD skal være hoved- eller første bidiagnose.

4.2 Opdeling af patientgruppen forud for behandlingsindsats for PTSD

På baggrund af MTV-rapporten bliver borgere, der er henvist til et af regionens behandlingstilbud for PTSD i forbindelse med udredningen inddelt i tre målgrupper. Inddelingen tager afsæt i en detaljeret og systematisk grundig specialiseret tværfaglig udredning af borgerens biopsykosociale ressourcer og ender ud i en placering med

- Høje biopsykosociale ressourcer
- Mellem biopsykosociale ressourcer
- Lave biopsykosociale ressourcer

Inddelingen sker med baggrund i den faglige evidens, der præsenteres i MTV-rapporten og siger noget om, i hvilken grad den enkelte patient kan/skal behandles med hvilken metode. De forskellige forløb synliggøres i forløbsbeskrivelserne sidst i denne aftale. En patients biopsykosociale ressourcer siger noget om evnen til at indgå i relationer med andre mennesker og dermed evnen til at kunne forholde sig til fx ens eget sygdomsbillede.

Når en patient gennem udredningen bliver placeret i en af de tre grupper, og på den baggrund bliver tilbudt et behandlingsforløb, er der tale om et øjebliksbillede og ikke nødvendigvis en varig tilstand. Det forventes fx, at der med den rette sociale og behandlingsmæssige indsats over for borgere med lave biopsykosociale ressourcer i et tæt samarbejde mellem behandlingstilbuddet, egen læge og kommune vil ske en bedring/stabilisering



af tilstanden. Efter en årrække vil det være muligt at genhenvise borgeren, hvor en egentlig traumefokuseret behandling vil kunne finde sted.

Såfremt udredningens konklusion er, at borgeren har lave biopsykosociale ressourcer, vil der, jf. forløbsbeskrivelsen være tilbud om behandling ved udgående teams og tværfaglig- og tværsektoriel samarbejde mellem behandlingstilbuddet og andre relevante samarbejdsparter. Kommunen og egen læge inddrages tidligt i forløbet med henblik på de fremadrettede tiltag i forhold til borgeren og dennes familie.

4.2.1 Stratificering under kronikerindsatsen - egenomsorgsevne

I tilknytning til sundhedsaftalerne 2011-2014 mellem Region Syddanmark, kommuner og almen praksis har samarbejdsparterne i grundaftalen om indsats for personer med kronisk sygdom udviklet en stratificeringsmodel, der tager udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne kombineret med sygdomskompleksitet. Modellen tager udgangspunkt i koordinationsbehovene. Opdelingen i høje-, mellem- og lave biopsykosociale ressourcer kan

ikke direkte sammenlignes med kronikermodellen, da der er tale om et behandlingstilbud. Det er dog sådan, at patienter i gruppen med lave biopsykosociale ressourcer og en andel af gruppen med mellem psykosociale ressourcer vil have samme koordineringsbehov som gruppen med høj sygdomskompleksitet og ringe egenomsorgsevne, jf. kronikerfirkanten.

Alle patienter, der stratificeres i gruppen af lave biopsykosociale ressourcer og en mindre andel af gruppen, der stratificeres i gruppen af mellem biopsykosociale ressourcer vil med andre ord have fælles karakteristika med kronikere, der indplaceres i kronikerfirkantens nederste højre hjørne, hvad angår deres behov for koordination. Den foreløbige erfaring er, at cirka 40% af den samlede patientgruppe på de regionale behandlingsinstitutioner for PTSD, vil have dette behov.

4.2.2 Krigsveteraner

Krigsveteranerne vil være at finde i alle tre grupper (høje, mellem og lave biopsykosociale ressourcer), og vil som sådan følge de forløbsbeskrivelser, der er udarbejdet for de tre grupper.

Tabel 1: kronikermodellen

Patienter med - enkel sygdom - god egenomsorgsevne Patient + egen læge	Patienter med - kompleks sygdom - god egenomsorgsevne Patient + egen læge + sygehuskoordination
Patienter med - enkel sygdom - ringe egenomsorgsevne Patient + egen læge + kommunal koordination	Patienter med - kompleks sygdom - ringe egenomsorgsevne Patient + egen læge + kommunal- og sygehuskoordination afhængig af forløbet

5. Kommunal koordinatorfunktion - lave biopsykosociale ressourcer

For at sikre adgang til det kommunale samarbejde om hver enkelt borger i et udrednings- og behandlingsforløb anbefales det, at hver kommune har en kommunal intern koordinatorfunktion for målgruppen med lave biopsykosociale ressourcer. Funktionen² skal være den ene indgang til de enkelte kommuner som sikrer, at de regionale tilbud til traumatiserede (både flygtninge og krigsveteraner) samt almen praksis har en let og tilgængelig mulighed for at etablere samarbejde med kommunen om de enkelte borgere med de færreste ressourcer.

Funktionen sikrer med andre ord, at der skabes de rette kontakter mellem den relevante/de relevante kommunale sagsbehandlere og det regionale behandlingstilbud og/ praktiserende læge. Funktionen behøver for så vidt ikke at have særlig kompetence på området for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner, da der er tale om en organisatorisk funktion.

Kontaktoplysninger (mail, telefonnummer samt træffetid) fremgår og holdes opdateret på www.visinfosyd.dk. Hvordan kommunerne i øvrigt tilrettelægger deres organisering af opgaverne i forhold til målgruppen er op til den enkelte kommune. Det anbefales dog at synliggøre eventuelle relevante tilbud på www.visinfosyd.dk.

² I praksis kan der være tale om et telefonnummer, en mailadresse eller en konkret person/team.



6. Henvisning til udredning

Henvisning til udredning i et af Region Syddanmarks tilbud til traumatiserede flygtninge sker ved anvendelse af henvisningsskabelonen (jf. bilag 1), der er fælles for alle tre tilbud. Skabelonen ligger tilgængelig på www.vision-fosyd.dk. Henvisning skal ske ved en læge; det kan være egen læge, privatpraktiserende psykiater, kommunelæge, andre psykiatriske afdelinger eller somatiske afdelinger.

Såfremt praktiserende læger får mistanke om PTSD hos en patient, der har været udsendt for det danske forsvar, kan der henvises til de psykiatriske afdelinger i regionen. Patienten kan kun henvises til det højt specialiserede tilbud via forswarets psykologer eller en psykiatrisk afdeling.

7. Frit sygehusvalg og behandlingsret

Der er for tilbuddene for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD frit sygehusvalg på lige fod med de øvrige psykiatriske behandlingstilbud. Ligeledes er behandlingstilbuddene til traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD omfattet af behandlingsretten. Det betyder, at borgeren kan vælge et andet tilbud end det, der er henvist til, såfremt behandlingsstedet ikke kan tilbyde en tid til første samtale inden for otte uger.



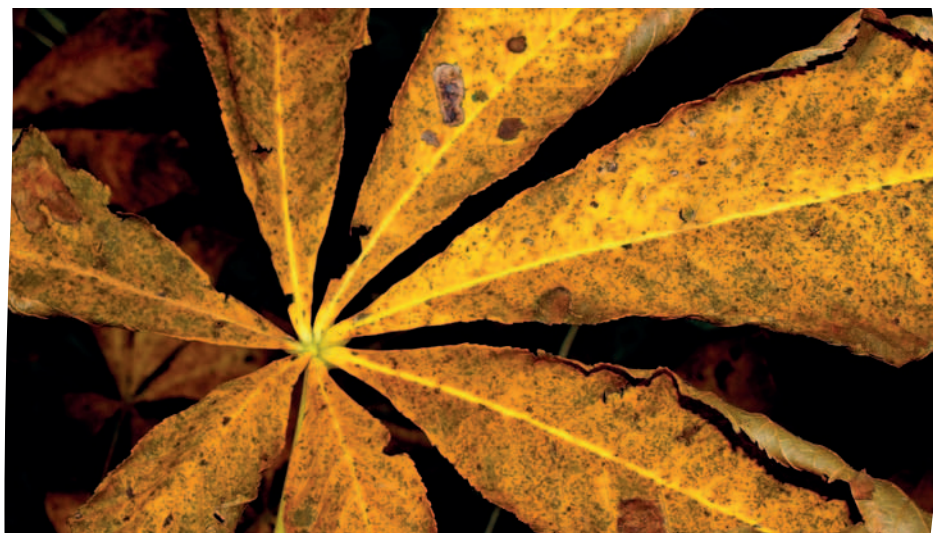
8. Komorbiditet³ og heraf følgende gråzoneproblematikker

Gråzoneproblematikkerne vedrører samtidig PTSD/mistanke om PTSD og misbrug samt PTSD/mistanke om PTSD og anden psykiatrisk sygdom eller omkringliggende udfordrende livsvilkår. I tilfælde af to samtidige diagnoser behandles patienter af de relevante instanser i et samarbejde. Det er den myndighed/det behandlingssted, der først får kontakt med patienten, der er ansvarlig for sagen, og er kontaktperson for den pågældende og for eventuel familie og netværk, indtil sagen er afleveret og modtaget af en anden myndighed. Komorbiditeten må ikke betyde, at patienten ikke bliver behandlet, fordi instanserne strides om, hvad der er primær diagnose. Bor-

gerne er i de tilfælde, hvor det drejer sig om et misbrug, omfattet af de allerede eksisterende aftaler om dobbelt-diagnosticerede i psykiatrien.

Når komorbiditeten kommer til udtryk ved sygdom kombineret med massive sociale og/eller økonomiske problemer (herunder fx usikkerhed om opholds- og/eller forsørgelsesgrundlag), anbefales det at sikre en tæt dialog mellem behandlingsstedet og kommunen; idet store usikkerheder omkring borgeren og dennes familie har stor betydning for prognosen.

³ Samtidige diagnoser.



9. Børn og familie

I MTV-rapporten om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge - fremhæves børnene i de traumatiserede familier som et særligt fokusområde. Risikoen for sekundær traumatisering⁴ er stor, og der bør derfor altid tænkes i en samlet indsats for hele familien, når den ene eller begge forældre lider af PTSD. Dette forhold gør sig også gældende i familier til krigsveteraner med PTSD.

I regionalt regi bliver alle patienter spurgt til, om der er børn i familien, og der tilbydes i så fald først en forældre-samtale⁵, hvor en familiesamtale planlægges. Dernæst afholdes en familiesamtale, hvor både forældre og børn er med. Familiesamtalen afholdes gerne af to medarbejdere, hvoraf den ene bør have gennemgået relevant oplæring/uddannelse i forhold til at holde familiesamtaler. Familiesamtalen sætter fokus på, hvordan sygdommen udfolder sig (tilpasset børnenes alder), og hvilke konsekvenser det kan have for familien og børnene - her-

under hvem børnene kan tale med, når det bliver svært derhjemme, og hvilke behov der kan være for støtte til familien. Yderligere indsats over for børn og andre pårørende påhviler i udgangspunktet kommunen. Der kan laves lokale aftaler mellem en eller flere kommuner og de regionale psykinfo'er om samarbejde omkring børn og familie. Herunder gruppeforløb for børn i familier med PTSD-ramte.

Der henvises i øvrigt til offentlige ansattes udvidede underretningspligt.

Børn, der er primært traumatiserede⁶ og lider af psykiske problemstillinger behandles primært i det kommunale regi (PPR, ungerådgivning m.m.). Ved sværere tilfælde af psykiatriske lidelser henvises der til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, jf. samarbejds-aftalen på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

⁴ Sekundær traumatisering sker, når fx en forælders traume påvirker vedkommendes relation til sit barn, og barnet dermed ikke får den nødvendige omsorg, nærvær og tryghed.

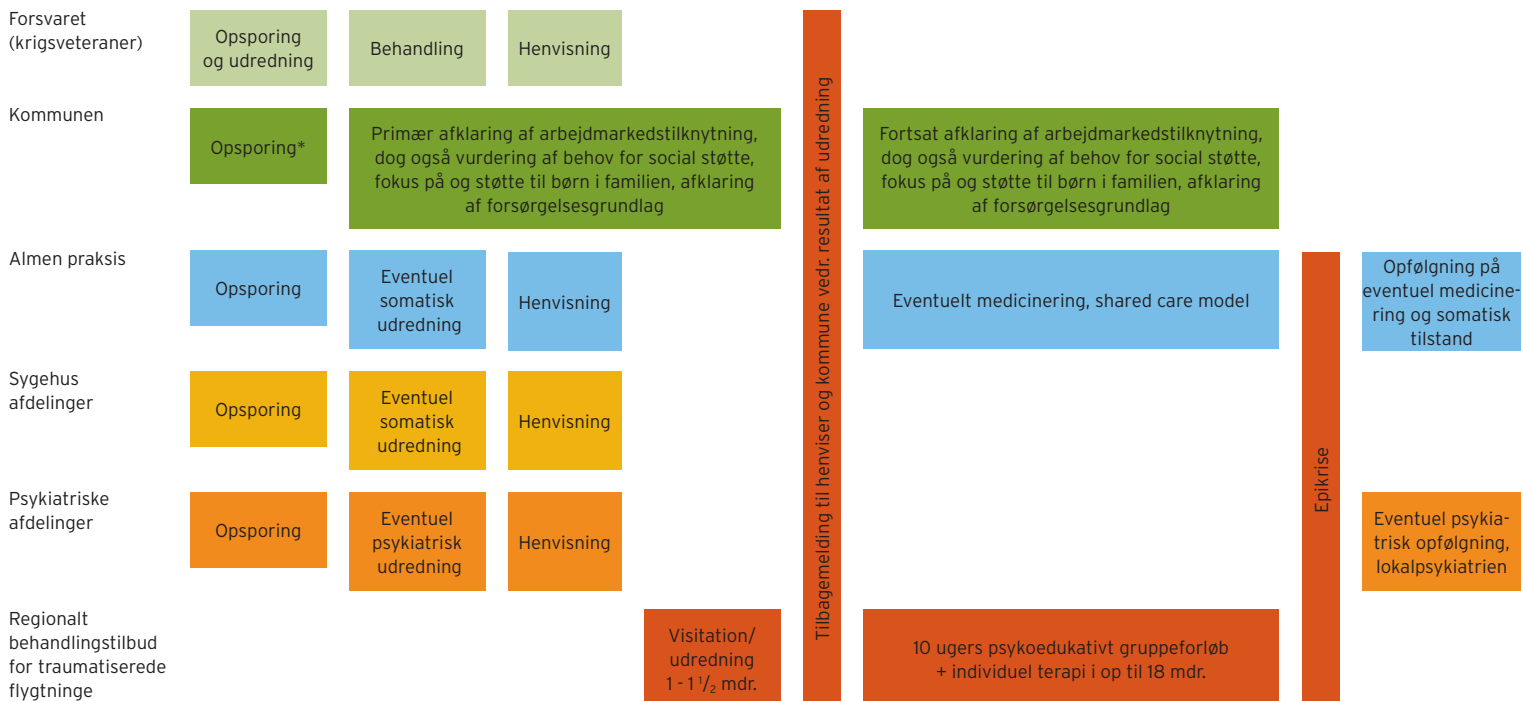
⁵ Regional retningslinje "Familiesamtale til familier med pårørende under 18 år", InfoNet, dok. nr. 2.1.3.1

⁶ Primær traumatisering vil sige, når barnet selv har oplevet overgreb, forfølgelse, krig m.m.

10. Forløbsbeskrivelser - høje bio-psyko-sociale ressourcer

På baggrund af de tre grupper inddelt efter biopsykosociale ressourcer er der til denne aftale udarbejdet tre forløbsbeskrivelser. Forløbsbeskrivelserne synliggør de samarbejdsparter, der kommer på banen i udredning, behandling og efterforløb, ligesom det synliggøres hvilke opgaver der løses, af hvem og hvornår. Beskrivelserne er fortløbende i tid.

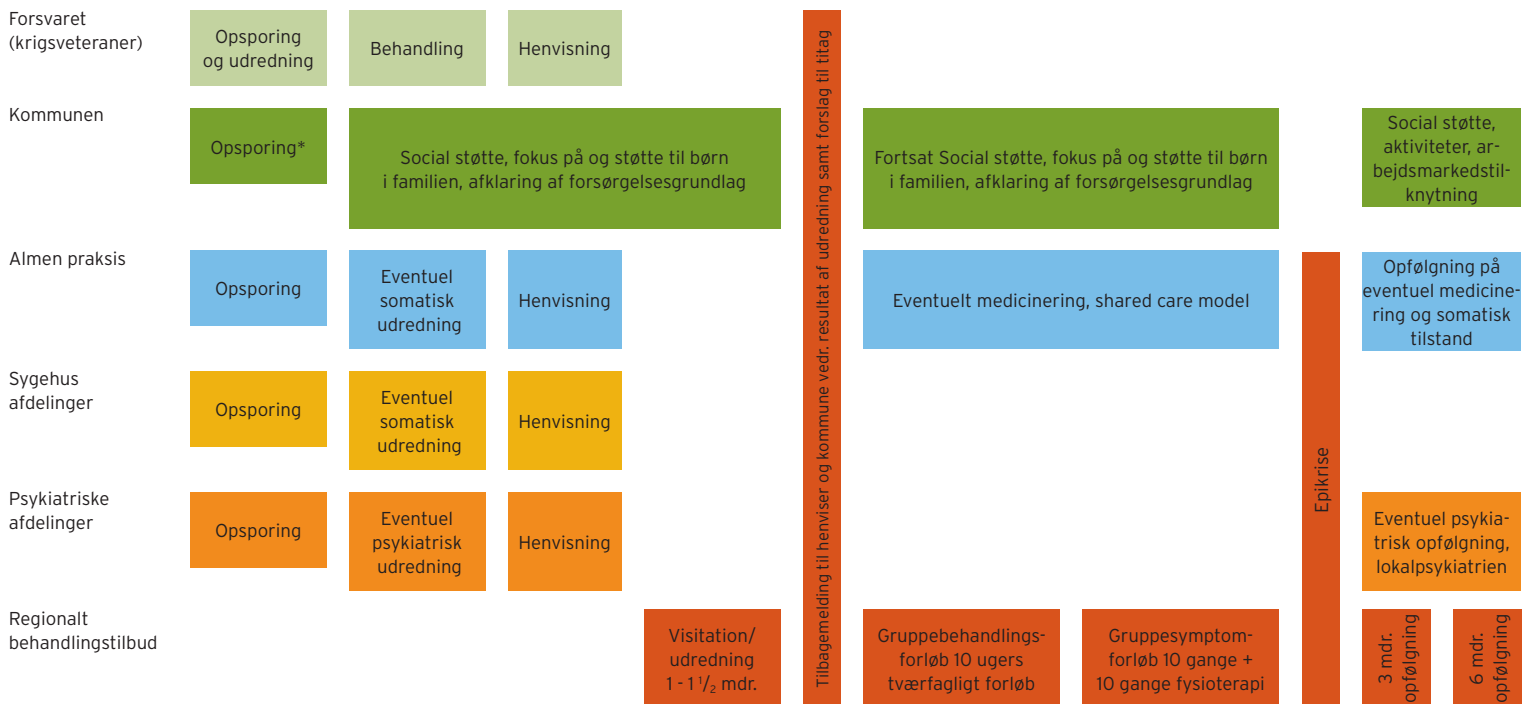
Målgruppe: Høje bio-psyko-sociale ressourcer



* Kommunalæger kan henvise på lige fod med almen praksis.

Forløbsbeskrivelser - mellem bio-psyko-sociale ressourcer

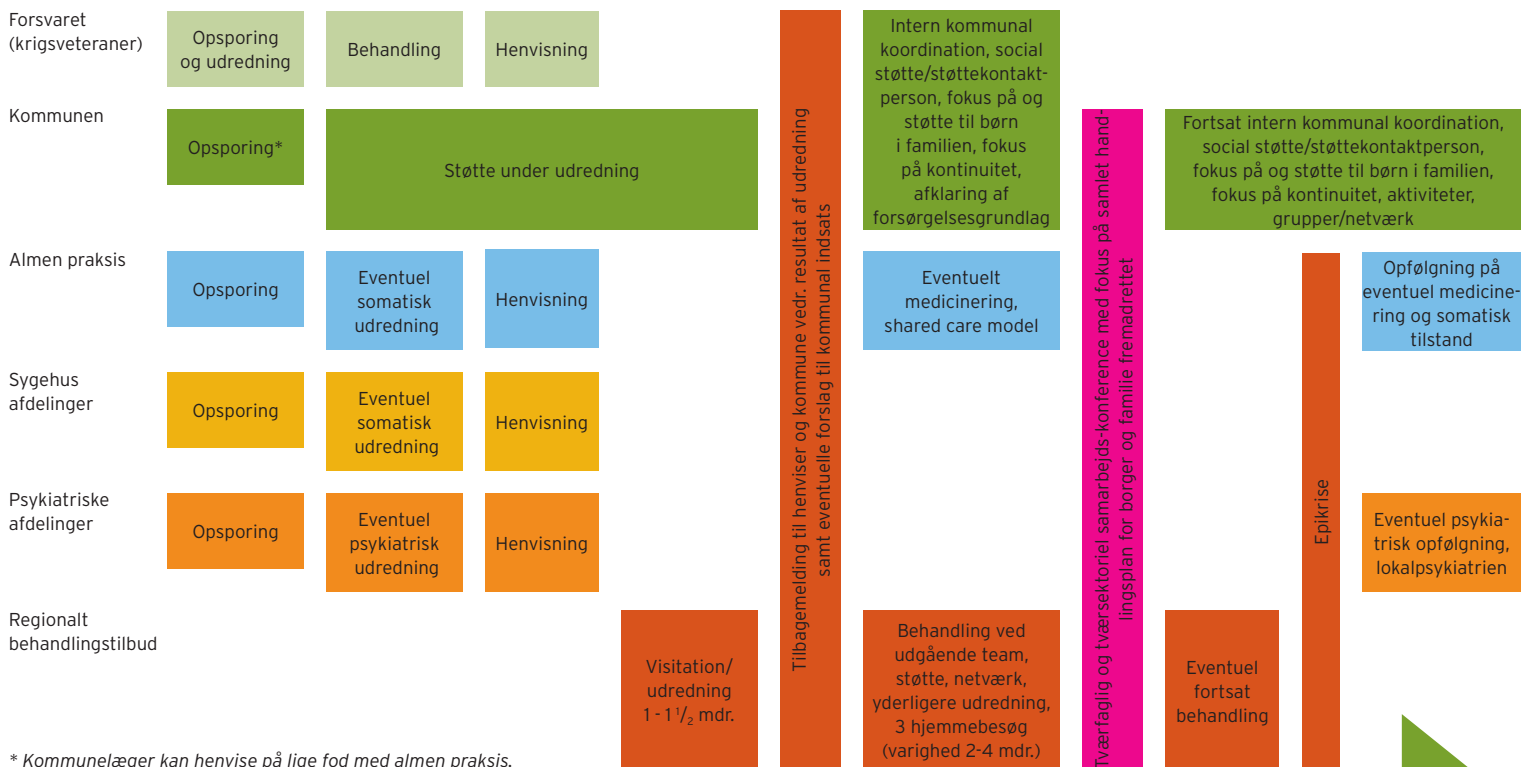
Målgruppe: Mellem bio-psyko-sociale ressourcer



* Kommunalæger kan henvise på lige fod med almen praksis.

Forløbsbeskrivelser - lave bio-psyko-sociale ressourcer

Målgruppe: Lave bio-psyko-sociale ressourcer



* Kommunalæger kan henviser på lige fod med almen praksis.

Henvisningsskema

Vejledning

- Udfyld skemaet med så mange informationer som muligt (teksten bliver mindre, når tekstkassen er udfyldt)
- Print skemaet ud og send det med almindelig post til vores postadresse
(SKEMAET MÅ IKKE SENDES ELEKTRONISK IFØLGE PERSONDALOVEN)

Skemaet sendes til

CETT - Center for Traume og Torturoverlever
Banegårdspladsen 1, 1. sal
7100 Vejle
Tlf.: 7642 0310

Oplysninger

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Postnr./by:

Telefon:

Behov for tolk?: Ja Nej

Modersmål - sprog og eventuel dialekt:

Sociale forhold

Traumebaggrund - kort beskrivelse af de traumatiske oplevelser, patienten har haft

Beskrivelse af aktuel helbredstilstand

Aktuel beskæftigelse

Væsentlige helbredsundersøgelser (herunder blodprøver) og behandlingstiltag	
Aktuel behandling (herunder medicinsk behandling de seneste to år)	
Evt. henvist til yderligere undersøgelse	
Mål med henvisningen	
Venligst medsend kopi af evt. undersøgelser hos speciallæge, sygehus, psykolog og/eller psykiater.	
Borgeren indforstået med henvisningen	Henviser

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

regionsyddanmark.dk

11500 · Region Syddanmark · 01.2012

Monitorering og opfølgning af fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug

Resultat af overvågning ved gennemførelse af tracerforløb i april/maj 2018

Forfattere	Cecilie Kvist og Jeanette Hounsgaard Center for Kvalitet, Region Syddanmark
Udgivet	7. maj 2018, version 1.1
Formidling	Rapporten er fremsendt til Annette Vestergaard Weng, Administrationen i Psykiatrien i Region Syddanmark, Regionshuset

Indhold

Indledning	2
Monitorering og opfølgning af samarbejdsaftalen	2
Tracerforløb april/maj 2018	3
Monitoreringens resultat	3
Hvad peger interviewene på?	3
Hvilken samarbejdsform har udviklet sig?	4
Borgerens perspektiv	4
Forlag til det videre samarbejde	5
Det videre forløb	5
Bilag	5
Bilag A: Interviewguide borger	6
Bilag B: Interviewguide forløbskoordinator	6
Bilag C: Udsagn fra interview af forløbskoordinator	7

Kontaktinformation

Center for Kvalitet

P.V. Tuxensvej 3-5, 1. sal
5500 Middelfart

www.centerforkvalitet.dk



Center for Kvalitet
Region Syddanmark

Indledning

Den fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug og alkoholmisbrug er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark i 2015. Aftalen skal være med til at sikre, at de relevante parter indgår i en hensigtsmæssig og tydelig arbejdsdeling til gavn for borgeren og dennes netværk (pårørende, venner, m.v.). Relevante parter omfatter ud over den enkelte borger og dennes netværk, kommune, psykiatri, somatik og praksissektor.

Fremdriften af implementeringen af aftalen er blevet monitoreret gennem fire tracerforløb¹ i perioden 2015-2018. Center for Kvalitet har stået for gennemførelsen af tracerforløbene i samarbejde med Administrationen i Psykiatrien i Region Syddanmark.

Center for Kvalitet har udarbejdet nærværende rapport for tracerforløbet i april/maj 2018. De øvrige tre tracerforløb - i december 2015, i juni 2016, i marts 2017 - er rapporteret tidligere i særskilte rapporter.

Monitorering og opfølgning af samarbejdsaftalen

Fokus for tracerforløbet i april/maj 2018 var følge op ved at interviewe de forløbskoordinatorer og borgere, som havde deltaget i et eller flere af de tidligere tracerforløb. Der blev truffet aftale med 5 forløbskoordinatorer om et interview.

Det var ikke muligt at få aftaler med borgerne, som deltog i det første tracerforløb i december 2015. Ønsket om at interviewe borgere, som er i et forløb for nærværende eller har sagt nej tak til et forløb, kunne heller ikke imødekommes.

En af de interviewede forløbskoordinatorer havde i forbindelse med en efteruddannelse udarbejdet en undersøgelse², som omfattede 4 borgere om deres oplevelse af det koordinerende fælles møde. Udsagn fra disse borgere er medtaget i nærværende rapport.

Formålet med tracerforløbet i april/maj 2018 var af afdække, hvordan samarbejdet omkring borgere med en psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug opleves at fungere i dag.

Temaerne for tracerforløbet:

- Det koordinerende samarbejde, som det fungerer og opleves i dag, af både borger og forløbskoordinatorer
- Inddragelse af borger og borgerens forventninger
- Oplevelsen af om borgere fortsat tabes på gulvet
- Specielle udfordringer
- Eksempler på at den koordinerende indsats har gjort en forskel og givet borgeren et mere 'meningsfyldt hverdagsliv' – efter borgerens mening

¹ Tracerforløb er en metode, hvor borgerens "vej" gennem systemerne følges med henblik på at finde ud af, hvad der fungerer godt og om der er noget som kan forbedres.

² Afgangsprøve pædagogiskdiplom, Helle Mørch Pedersen, EH36568, PD afgangsprøve om patientinddragelse, Lighed i øjenhøjde, University College, maj 2017

Tracerforløbet blev planlagt og gennemført som interview af forløbskoordinatorer.

Nærværende rapport er resultatet af tracerforløbet og fremlægges for og godkendes af den tværsektorielle følgegruppe. Navne på personer og deres ansættelsessted angives ikke i rapporten og nævnes ikke i forbindelse med fremlæggelsen for den tværsektorielle følgegruppe eller i anden sammenhæng.

Tracerforløb april/maj 2018

Tracerforløbet i april/maj 2018 omfattede interview af i alt 5 personer, som fungerer som kommunale sagsbehandlere/forløbskoordinatorer eller regionale forløbskoordinatorer. Der deltog ikke borgere i tracerforløbet.

De interviewede personer blev udpeget af Center for Kvalitet fra en liste over forløbskoordinatorer, som tidligere havde deltaget i et eller flere tracerforløb.

Interviewene blev forberedt og gennemført af et team på to personer, som er ansat inden for sundhedsområdet i Region Syddanmark, i Center for Kvalitet. Teamet har relevante faglige kompetencer, samt kompetencer i interviewteknik og gennemførelse af tracerforløb.

De enkelte interview blev gennemført ved hjælp af en semistruktureret interviewguide, som tilgodeser formålet med tracerforløbet. Udgangspunktet for guiden var interviewguides fra de tidligere tracerforløb. Interviewguides for henholdsvis borger og forløbskoordinatorer fremgår af bilag A og B.

Varigheden af det enkelte interview var ca. 30-45 minutter.

Interviewene blev ikke optaget, men teamet tog noter under interviewene. Disse noter har dannet grundlaget for udarbejdelse af skemaet med udsagn vist i bilag C og sammenfatningen af erfaringerne med den fælles aftale.

Monitoreringens resultat

Hvad peger interviewene på?

Bilag C viser udsagn fra de gennemførte interview af forløbskoordinatorerne. Bilaget er uddybende til nedenstående sammenfatning af erfaringerne med den fælles aftale:

- Der er opbygget gode relationer mellem kommunens og Psykiatriens (regionens) medarbejdere. De gode relationer fremmer en god kommunikation og koordinering, fleksibilitet og mulighed for sparring, uanset hvilken part der har taget initiativet til den koordinerende indsats
- Den koordinerende indsats foregår ved direkte kontakt mellem medarbejderne og på de fælles koordinerende indsatsmøder, hvor det opleves at både kommunens og Psykiatriens (regionens) medarbejdere møder op og bidrager til en fælles indsats.
Hvis det vurderes, at der er behov for en koordinerende indsatsplan udarbejder enten den kommunale eller regionale forløbskoordinator en plan for den specifikke borger. Hvis det vurderes, at der ikke er behov for en plan, koordineres indsatsen direkte mellem kommunens og Psykiatriens (regionens) medarbejdere, evt. med udgangspunkt i den kommunale plan for borgeren

- Samarbejdet er blevet fremmet af den fælles aftale og har resulteret i, at der er opnået en forståelse for hinandens rammer og vilkår
- Forløbskoordinatorerne oplever og har konkrete eksempler på, at den koordinerende indsats har gjort en forskel og har givet borgere et mere 'meningsfyldt hverdagsliv' – efter borgerens mening
- Forløbskoordinatorerne oplever, at færre borgere tabes
- De svært belastede borgere med komplekse problemstillinger er fortsat svære at håndtere – det har den koordinerende indsats ikke ændret. Nogle borgere ønsker ikke at samarbejde og vil ikke give samtykke til, at kommune og Psykiatri (region) udveksler data
- Det opleves stadig, at Psykiatrien afviser at tage borgere ind til udredning med mindre de har været misbrugsfrie i 6 uger. Der er eksempler på, at et godt samarbejde mellem kommune og Psykiatri om at hjælpe borgeren med at reducere misbruget har givet resultatet - i takt med at borgerens misbrug kunne reduceres, øgede Psykiatrien deres afhjælpende medicinering, på trods af at borgeren ikke var blevet udredt. Den egentlige udredning kunne påbegyndes, da misbruget var reduceret
- Det er svært for nogle borgere at sidde med i de store fælles koordinerende møder – kræver megen opmærksomhed fra de fagprofessionelles side at sikre at borgeren er med hele vejen. Det er afgørende at borgeren skal sætter dagsordenen

Hvilken samarbejdsform har udviklet sig?

Samarbejdet omkring den koordinerende indsats fungerer på to måder:

- 1) De regionale forløbskoordinatorer koordinerer indsatsen for de borgere, hvor det – enten af kommunens sagsbehandlere eller af behandlerne i Psykiatrien - er vurderet, at der er behov for en koordinerende indsats. De regionale forløbskoordinatorer udarbejder den koordinerende indsatsplan med udgangspunkt i skabelonen
- 2) Både de kommunale og regionale forløbskoordinatorer udarbejder koordinerende indsatsplaner og koordinerer indsatsen

Borgerens perspektiv

Det har ikke været muligt at interviewe borgere i dette tracerforløb. I stedet er der inddraget en undersøgelse, som en af forløbskoordinatorerne har gennemført i forbindelse med sit afgangsprøveprojekt i pædagogisk diplomuddannelse, maj 2017 (se fodnote 2) på side 2). I undersøgelsen blev 4 borgere med svær psykisk lidelse og samtidigt misbrug spurgt om, hvordan de oplever det at deltage i de koordinerende indsatsmøder.

Undersøgelsen viste:

- Alle 4 borgere beskriver møderne som vanskelige og ubehagelige

"Der syntes jeg bare at alt det der skæld ud der. Kan man bare sortere al det fra og spise en sandwich med så er der ikke noget i vejen"

"Nej, det er det det er det samme, der kommer for mange mennesker. Så vil den ene så'en, så vil den anden så'en"

"Det var ubehageligt. Og at der var så mange problemer. For jeg havde mange problemer på daværende tidspunkt. Det blev voldsomt at se"

- Alle 4 borgere oplevede, at det blev gradvis lettere at deltage på de fælles koordinerende indsatsmøder

"Det er jo fordi jeg kender personerne som er der noget bedre. Også selve planen, i det hele taget er det blevet mere overskueligt for mig. Det var det ikke til det første møde. Der skulle det hele jo strikkes sammen"

"Så åbnede jeg mig mere og mere"

- 3 af de 4 borgere oplevede, at det var de fagprofessionelle som tog initiativet og at de ikke formåede at deltage grundet deres psykiske tilstand

"At der er tre andre mennesker. Der har fokus på mig. Nu har jeg social fobi, så det med at få opmærksomhed er svært"

"Det var de professionelle, jeg sad lige som nede i et hjørne. Jeg havde det ikke så godt"

Forlag til det videre samarbejde

I forbindelse med interviewene, fremkom en række forslag, som kan inddrages i det videre arbejde med at udvikle samarbejdet:

- Øge viden og kendskab til forløbskoordinatorernes rammesættende og inddragende rolle i forhold til borgeren på de fælles koordinerende indsatsmøder
- Mere synlighed i forhold til "overforbrugende borgere", f.eks. opsøgende indsats
- Åbne pladser i Psykiatrien, således at ventetid undgås, når borgeren er "klar" (misbruget reduceret/misbrugsfri i 6 uger) til udredning og behandling
- Rykke de fælles møde ud på bostedet ved de svært belastede borgere
- Flere udkørende aktiviteter i Psykiatrien
- Et netværk, hvor både de kommunale og de regionale forløbskoordinatorer kan mødes

Det videre forløb

Efter planen er overvågningen af implementeringen af aftalen afsluttet med tracerforløbet i april/maj 2018.

Bilag

Bilag A: Interviewguide borger

Bilag B: Interviewguide forløbskoordinator

Bilag C: Udsagn fra interview af forløbskoordinator

Bilag A: Interviewguide borger

Nedenstående viser den interviewguide, som var planlagt at skulle anvendes til interview af borger. Desværre lykkes det ikke at få aftale med borgere om et interview.

ID	Spørgsmål
1	Hvordan oplever du, at du er blevet inddraget i dit forløb? Fortæl om dine oplevelser igennem forløbet - også gerne mindre gode. <i>Nøgleord: Start, udformning, behov og ønsker</i>
2	Hvordan har forløbet levet op til dine forventninger? <i>Nøgleord: Dine forventninger, information, behandlingsmuligheder, kommunikation</i>
3	Hvordan oplever du, at Psykiatri og kommune har samarbejdet i dit forløb? Fortæl om dine oplevelser igennem forløbet - også gerne mindre gode. <i>Nøgleord: Arbejdsdeling, overblik</i>
4	Hvad dit forløb betydet for dit liv?

Bilag B: Interviewguide forløbskoordinator

Nedenstående viser den interviewguide, som blev anvendt til interview af forløbskoordinator – både den kommunale og regionale. Uddybende spørgsmål blev stillet afhængigt af det svar, som blev givet. Disse uddybende spørgsmål fremgår ikke af spørgeguiden. Interviewene er ikke optaget, men fastholdt i form af noter. Udsagn fra interviewene fremgår af bilag C.

ID	Spørgsmål til
1	Hvordan oplever du samarbejdet omkring den koordinerende indsatsplan i dag? Har arbejdet med en fælles plan, efter din oplevelse, forhindret at borgere i denne gruppe 'tabes på gulvet'? <i>Nøgleord: Borger, kommune/region, overblik, arbejdsdeling</i>
2	Er der specielle udfordringer med den koordinerende indsatsplan? <i>Nøgleord: Borgere som siger nej til planen, borgere som afviser planen, imødekomme borgerens ønsker og behov)</i>
3	Har du eksempler, hvor den koordinerende indsatsplan har gjort en forskel og givet borgeren et mere 'meningsfyldt hverdagsliv' (efter borgerens mening)?
4	Har du noget, som du gerne vil tilføje?

Bilag C: Udsagn fra interview af forløbskoordinator

Tabellen er delt op i to kolonner: Første kolonne viser spørgsmålet; anden kolonne viser udsagn fra interviewene relateret til spørgsmålet.

Spørgsmål	Udsagn
<p>1. Hvordan oplever du samarbejdet omkring den koordinerende indsatsplan i dag?</p> <p>Har arbejdet med en fælles plan, efter din oplevelse, forhindrede at borgere i denne gruppe 'tabes på gulvet'?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der er blevet opbygget gode relationer mellem Psykiatri og kommune, hvilket fremmer god kommunikation, fleksibilitet og mulighed for sparring • Aftalen har 'åbnet' døre og der er mulighed for at ringe til hinanden - kommune og region imellem • Bedre 'hul' igennem til Psykiatrien og et mere transparent samarbejde • Aftalen gør, at det er tilladt at bruge tid med og ved hinanden • "I dag sætter vi os sammen og finder en løsning" • "Vi er på vej til at tabe færre" • Det opleves stadig, at borgere som udebliver fra aftaler i Psykiatrien, afsluttes i Psykiatrien. Der er eksempler på at kommuner er begyndt at følge borgerne til aftalerne i Psykiatrien for at forebygge at de 'tabes' • Det opleves, at 6 ugers reglen (misbrugsfri) fastholdes i Psykiatrien, (personafhængigt), dog er det blevet væsentlig bedre • "Oplever lidt den "gamle" kultur – borgeren skal være ude misbrug et før udredning og behandling i Psykiatrien kan startes" • Psykiatrien er blevet bekendt med, at der er en forløbskoordinator i kommunen og samarbejder • Jobcentret er blevet en positiv og fleksibel samarbejdspartner • Det opleves, at egen læge er blevet bedre til at henvise og at kommunen kan understøtte samarbejde med den praktiserende læge med relevante data • Godt, at Misbrugscentre kan henvise direkte til Psykiatrien • De organisatoriske grænser udviskes ved, at Psykiatrien underviser kommunens personale i psykose/misbrug og kommunens folk underviser Psykiatrien i kommunale tilbud om misbrugsbehandling i misbrugscentre/ressourceforløb gennem jobcentret • På de fælles møder skrues op og ned for forskellige handlemuligheder • Der er rum til at afprøve individuelle løsninger (ikke standardforløb) og det opleves, at alle parterne støtter, når først der er opnået en aftale om at afprøve bestemte løsninger i en periode • Bruger altid den reviderede koordinerende indsatsplan, men som vejledende. Sætter en plan sammen af de relevante dele • Tendens til færre planer, idet de koordinerende indsatsplaner kun udarbejdes, hvis det vurderes, at der er et behov – men flere succeshistorier • Samarbejde er ved at virke – koordineringen fungerer (øget opmærksomhed fra alle parter) • "Det går godt – har en person - en relation - kommer hos hinanden, får det til at skride" • Der er en ramme for samarbejdet og den er kendt

	<ul style="list-style-type: none"> Oplever, at der i samarbejdet med Psykiatrien kan skrues op for medicinen i takt med, at misbruget går ned, selvom der ikke er stillet en diagnose – borgeren gøres klar til udredning i et samarbejde
2. Er der specielle udfordringer med den koordinerende indsatsplan?	<ul style="list-style-type: none"> De sværeste misbrugere er svære at håndtere med den koordinerende indsatsplan – stadig risiko for at de tabes på gulvet. Har oplevet at svære misbrugere ikke ønsker at samarbejde og give samtykke til en koordinerende indsats. En vedvarende indsats med relations opbyggende aktiviteter mellem borger og kommunal sagsbehandler/forløbskoordinator har dog i en række tilfælde endt med at borgeren har sagt ja til en koordinerende indsats Der ses stadig manglende kommunikation ved udskrivelse Hurtig kontakt til kommunen er afgørende, når en borger afsluttes/udskrives, således at borgeren kan "gribes" Når pakkeforløb slutter, er der svært at finde en person indenfor det kommunale område, som kan løfte den videre Det er svært at samle parterne til et fælles møde (tid i kalenderen) og derfor hurtigere at udarbejde en kommunal handleplan for at komme i gang "Når borgeren er klar, skal vi være klar" (ingen ventetid på et møde). Parterne stiller gerne op til de fælles møder, men der er en udfordring med at finde et fælles tidspunkt Udfordring med at få borgeren til at underskrive den koordinerende indsatsplan og sende den retur Svært for nogle borgere at sidde med i de store fælles møder – kræver megen opmærksomhed fra de fagprofessionelles side at sikre at borgeren er med hele vejen – borgeren skal sætte dagsordenen Der forståelse for hinandens rammer og vilkår, men hvis ord der vægter højest kan være en udfordring
3. Har du eksempler, hvor den koordinerende indsatsplan har gjort en forskel og givet borgeren et mere 'meningsfyldt hverdagsliv'?	<ul style="list-style-type: none"> Der er en række eksempler på at den koordinerende indsats har gjort en forskel i borgerens liv Borgerne giver gerne samtykke til at udveksle data mellem kommune og Psykiatri ved den koordinerende indsats
4. Har du noget, som du gerne vil tilføje?	<ul style="list-style-type: none"> Gerne et netværk, hvor både de kommunale og den regionale forløbskoordinatorer kan mødes Glæder sig til at flytte sammen med lokalpsykiatrien i fælles lokaler – giver nye muligheder for at udvide samarbejdet og bygge på de gode relationer som er blevet opbygget gennem de seneste år Ud over misbruget og den psykiatriske lidelse overses indsatsen for at reducere den sociale belastning Opkvalificering af de faglige kompetencer er stadig et vigtigt fokusområde for at sikre af fagpersoner er klædt på til opgaven Der er stadig en knast mellem de øvrige kommunale og regionale aktiviteter, f.eks. grænsen mellem de regionale og de kommunale bosteder

Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug

2015

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
den 28. oktober 2014

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Region Syddanmark



Indhold

1. Indledning > 4

2. Samarbejdet – generelt > 5

3. Samarbejdet – særligt for børn og unge > 9

4. Implementering > 10

5. Bilag > 12

Bilag A: Fælles overblik over opgavefordelingen > 12

Bilag B: Målgruppe-oversigt > 14

Bilag C: Den gode henvisning > 15

Bilag D: Ordforklaring > 16

Bilag E: Deltagerliste – arbejdsgruppe der har udarbejdet den fælles samarbejdsaftale > 18

1. Indledning

Generelt

Det Administrative Kontaktforum besluttede den 25. september 2013, at der som optakt til arbejdet med sundhedsaftalerne 2015-2018 skulle udarbejdes en fælles regional samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet samarbejdsaftalen. Samarbejdsaftalen skal være med til at sikre, at de relevante parter indgår i en hensigtsmæssig og tydelig arbejdsdeling til gavn for borgeren og dennes netværk, herunder pårørende, venner mm.

De primære samarbejdsparter er, udover den enkelte borger med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug – herefter benævnt borger med psykisk lidelse og misbrug – og dennes netværk, kommune, psykiatri, somatik og praksissektoren.

Nærværende samarbejdsaftale bygger videre på erfaringer fra de tidligere lokale samarbejdsaftaler.

Samarbejdsaftalen er endvidere udarbejdet som et tillæg til den gældende regionale samarbejdsaftale på det psykiatriske område samt samarbejdsaftalen på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, som er en del af grundlaget for samarbejdsaftalen. Her understreger Sundhedsstyrelsen: *At den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede eller behandle borgere med en ehandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.*

Værdier for samarbejdet

Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet i Region Syddanmark tager udgangspunkt i de nationale fælles værdier vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser. Det drejer sig om respekt, faglighed og ansvar.

For denne aftale betyder det, at de 22 kommuner og Region Syddanmark ønsker et kompetent og tillidsbaseret samarbejde med borgere med psykisk lidelse og misbrug. Det betyder, at parterne altid går ind i samarbejdet med en høj faglighed, og at vi møder hinanden ud fra en forventning om, at det samarbejdspartneren beder om hjælp til, er vedkommende og relevant.

2. Samarbejdet – generelt

Overordnet

For børn og voksne med en sindslidelse, som samtidig har et misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer, gælder, at regionen og kommunerne har et delt behandlingsansvar.

Det er derfor vigtigt, at der fastholdes et tæt samarbejde omkring målgruppen og den enkelte borger med en psykisk lidelse og misbrug.

Bilag A skitserer overordnet de enkelte parter opgaver i forløbet.

Borger og netværk

Borgere og netværk skal inddrages systematisk i behandlingsforløbet, og overordnet set bør indsatsen ske med afsæt i den enkeltes ønsker, behov og ressourcer.

Borgerinddragelse udgør et væsentligt element i forhold til borgerens proces med at komme sig.

Netværk, i det omfang det eksisterer, er en vigtig ressource, og netværket vil i langt de fleste tilfælde være værdifulde samarbejdspartnere i borgerens forløb. Netværket kan være en væsentlig faktor i forhold til den enkeltes mulighed for at komme sig helt eller delvist og for at fungere i et meningsfyldt hverdagsliv.

Kommunens opgave

Det er kommunerne, der har både myndighedsansvaret, forsyningsansvaret og finansieringsansvaret for at tilbyde vederlagsfri behandling for stof- og alkoholmisbrug. Kommunerne har både ansvaret for den lægelige og den sociale behandling. Voksne med en sindslidelse og samtidigt misbrug har mulighed for selv at henvende sig ved stof- og alkoholbehandling og har endvidere ved alkoholbehandling mulighed for at være anonym under behandlingen. Det er kommunerne, der varetager visitationen til begge behandlingstilbud.

Der er behandlingsgaranti for behandling for stof- og alkoholmisbrug. Kommunen er lovgivningsmæssigt forpligtet til at iværksætte behandling senest 14 dage efter henvendelse til kommunen.

Der skal sikres størst mulig sammenhæng mellem de forskellige tilbud til og indsatser for den enkelte borger, så de så vidt muligt fremstår som en helhed, og understøtter borgerens rehabilitering. Det kræver en høj grad af koordination mellem alle involverede parter, men ikke mindst mellem de forskellige aktører i kommunalt regi.

Behandlingspsykiatriens opgave

Målgruppen for den regionale behandlingspsykiatri er mennesker med de mest alvorlige sindslidelser: fx skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, komplicerede demenslidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, ADHD, oligofrenipsykiatri, svære angstlidelser, patologisk reaktion på svær belastning og specialiserede indsatser for traumatiserede flygtninge.

For børn og unge er det fx: OCD, angsttilstande, psykiske lidelser forårsaget af misbrug, skizofreni affektive lidelser, spiseforstyrrelser, ADHD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser m.m. Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når de er alvorligt psykisk syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at barnet eller den unge kan få tilstrækkelig hjælp hos den praktiserende læge eller kommunen.

Behandlingen af alvorlige psykiske lidelser kan dog også foregå hos de praktiserende psykiatere, såfremt der ikke er behov for en tværfaglig indsats (sygeplejerske, psykolog mv.).

Den ambulante lokalpsykiatri er både indgangsport og omdrejningspunkt for den psykiatriske behandlingsindsats i Region Syddanmark.

Patienter med psykiske lidelse, der henvises til udredning i Psykiatrien i Region Syddanmark, har ret til at blive udredt indenfor 30 dage, hvilket betyder, at der er brug for hurtig parallel kontakt til samarbejdsparter i kommune og almen praksis.

Er det af lægefaglige grunde ikke muligt at udrede patienten indenfor tidsfristen, skal patienten have en skriftlig plan for udredningsforløbet indenfor 30 dage.

En henvist patient, som ikke allerede er udredt, visiteres til én af tre mulige udredningspakker, der varierer i tidsmæssigt og indholdsmæssigt omfang. Pakketype afgøres blandt andet ud fra, hvor deltaljeret henvisningen er.

Psykiatrien har et bredt behandlingstilbud, som omfatter flere forskellige metoder, der supplerer hinanden.

Endvidere har psykiatrien også et akut behandlingstilbud beskrevet nærmere på sundhed.dk.

Somatikkens opgave

Somatikken forestår akut afrusning og afgiftning samt abstinensbehandling i primært akutfunktionerne og inddrager i relevant omfang psykiatrien. Ved utilstrækkelig abstinensbehandling og alkoholisk delir skal somatikken, psykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling have tæt samarbejde grundet den komplekse og livstruende tilstand. Udmøntningen aftales lokalt. Målet er at kombinere fagområdernes ekspertise.

Somatikken skal sørge for, at patienten henvises til misbrugsbehandling i kommunalt regi efter aftale med patienten.

Almen praksis' opgave

Almen praksis varetager behandlingen af lettere til moderate psykiske lidelser.

Samtidig opsporer almen praksis patienter med et misbrug og skal enten selv iværksætte alkoholbehandling eller henviser til det kommunale misbrugsbehandlingstilbud.

Privatpraktiserende psykiatere

Almen praksis kan henvise patienten til en privatpraktiserende psykiater for behandling af alvorlige psykiske lidelser, såfremt der ikke er behov for en tværfaglig indsats (sygeplejerske, psykolog mv.).

Konsultativ bistand

Almen praksis og misbrugscentret kan kontakte psykiatrisk afdeling med afklarende spørgsmål i forbindelse med henvisninger, råd og vejledning om faglige problemstillinger udover de fælles borgere/ patienter mv., ligeså vel som almen praksis og psykiatrisk afdeling kan kontakte det lokale misbrugscenter.

Samarbejde mellem region og kommuner vedr. målgruppen

Borgere med psykiske lidelser og misbrug er ikke en homogen gruppe. Mange borgere med psykiske lidelser og misbrug har udover misbrugs og psykiske problemer også sociale problemer af forskellig karakter. Der er således tale om en bred gruppe af borgere. Dette betyder, at de involverede parter roller og indsats vil have forskellig tyngde og

karakter i de enkelte forløb, jf. bilag til samarbejdsaftalen om målgruppen (bilag B).

Koordinering af planer

Der skal i videst muligt omfang sikres overensstemmelse mellem behandlingsplanen i psykiatrisk regi og de kommunale planer¹. Koordinering finder sted gennem gensidig informationsudveksling og inddragelse, herunder ikke mindst borgerinddragelse. Der tages afsæt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, jf. næste afsnit. Det anbefales, at der arbejdes med koordinerede indsatsplaner via en fælles elektronisk platform i det omfang, det er teknisk muligt.

I forbindelse med udarbejdelse af behandlings- og handleplaner skal den praktiserende læge som minimum orienteres om indholdet af planerne, således at den praktiserende læge er bekendt med planerne og kan støtte op om dem i sin kontakt med borgeren. Inddragelsen af den praktiserende læge kræver samtykke fra borgeren (den praktiserende læge indkaldes ikke til møde medmindre, der er et konkret ønske om dette fra borgeren eller den praktiserende læge selv).

Samarbejdet med de mest komplekse borgere – Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Målgruppen for udarbejdelse af individuelle indsatsplaner er borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien, og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger. Borgerne skal tillige have kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri og samtidig vurderes at have gavn af indsatser i det andet regi. Fælles for gruppen af borgere, der bør tilbydes en indsatsplan, er, at de vurderes at have behov for støtte til at kunne modtage en koordineret indsats.

Det væsentlige i forhold til at udarbejde en koordineret indsatsplan er, at den psykiske lidelse, misbrug, afhængighed og/eller komplekse sociale problemstillinger udgør

1) På kommunalt niveau arbejdes med en række planer afhængig af den enkelte borgers situation, forsørgelsesgrundlag m.m. Der kan eksempelvis være tale om behandlingsplan på misbrugsbehandlingstilbud, social handleplan efter Servicelovens § 141, jobplan efter beskæftigelseslovgivningen samt opholdsplan, hvis borgeren har ophold på midlertidigt eller længerevarende botilbud. Dette fordrer et stærkt fokus på intern kommunal koordination i forhold til den enkelte borger og på koordination mellem kommune, regional psykiatri og andre aktører.

en væsentlig hindring for, at borgeren kan profitere af og deltage i misbrug/afhængigheds- og/eller psykiatriske behandlingsindsatser. Indikatorer i forhold hertil kan blandt andet være gentagne genindlæggelser, ustabil fremmøde og/eller afbrudte behandlingsforløb.

Hvorvidt der skal udarbejdes en koordinerende indsatsplan, er op til de behandlingsansvarliges faglige vurdering af behovet herfor i hvert enkelt tilfælde. Det er således ikke afgørende, at borgeren har en specifik diagnose, men derimod at borgerens psykiske lidelse, stofmisbrug, alkoholafhængighed og/eller de sociale problemstillinger udgør en barriere for, at borgeren kan varetage koordineringen af parallelle eller sekventielle indsatser i kommunalt og regionalt regi.

Parterne benytter Sundhedsstyrelsens skabelon for den koordinerede indsatsplan².

Parterne opfatter den koordinerende indsatsplan som et dynamisk og fortløbende arbejdsredskab. Den fælles ambition er, at indsatsplanen – i forløb hvor borgeren kan medvirke – er udarbejdet indenfor 3 måneder. Tidsfristen evalueres 1 år efter, samarbejdsaftalen er implementeret.

Den part, som har kontakt med borgeren, har forpligtelsen til at rette henvendelse og tage initiativ til koordinering af indsatsen på et møde.

For at opnå et større borgerfremmøde er der en række redskaber, der kan benyttes i kommunalt regi, fra påmindelser til egentlig ledsagelse.

Såfremt der er betydelig risiko for en væsentlig forværring af en borgers fysiske/psykiske helbredstilstand og/eller sociale forhold, kan der i særlige tilfælde og ud fra en konkret vurdering kontaktes relevant samarbejdspartner.

Henvi sning

Kommunens misbrugscenter kan henvise til psykiatrisk afdeling. Henvi sningen skal indeholde de punkter, der er listet op under "Den gode henvi sning" i bilag C.

Psykiatri, somatik og almen praksis henviser, efter aftale med patienten, til misbrugsbehandling i misbrugscentret. Psykiatrisk og somatisk afdeling kontakter misbrugscentret for på patientens vegne at følge op på, hvornår de har en tid til afklarende samtale. Henvi sning kan foregå telefonisk

af hensyn til effektiviteten og altid med accept fra patienten og samtykke til at udlevere relevant skriftligt materiale før førstesamtale i misbrugscentret.

Samarbejds- og koordineringsmøder

De involverede parter har mulighed for at indkalde til møde, så snart det vurderes relevant. Indkaldes der til et møde, er alle inviterede parter forpligtede til at deltage. Det tilstræbes, at møderne så vidt muligt kan afholdes telefonisk eller via videokonference.

Det generelle samarbejde og brobygning undervejs i forløbet

Der etableres en tidlig kontakt mellem de regionale og kommunale tilbud, når en borger med en psykisk lidelse og misbrug henvender sig. Region og kommune har en fælles opgave i forhold til borgere med en psykisk lidelse og misbrug, hvor samarbejde er nødvendigt for at få resultater.

Den part, der først får kontakt med borgeren med en psykisk lidelse og misbrug, er ansvarlig for sagen, og er kontaktperson for den pågældende og for evt. familie og netværk, indtil sagen er afleveret til og modtaget af en anden myndighed. Den ansvarlige myndighed sikrer til enhver tid – efter aftale med borgeren med en psykisk lidelse og misbrug – at inddrage relevante samarbejdsparter i sagen.

Det er i hele forløbet vigtigt at holde den praktiserende læge orienteret og gerne inddraget i behandlingen af både misbrug og psykisk lidelse, således at der sikres kontinuitet i forløbet også efter endt behandling. Hvor det er svært umiddelbart at afgøre, hvorvidt der primært skal iværksættes en behandlingsindsats i psykiatrien eller i regi af misbrugsområdet, bør der afholdes et møde. Det bør så vidt muligt bestræbes, at mødet afholdes via videokonference eller per telefon.

Der vil også være borgere, der ligger på grænsen til at være behandlingskrævende. Denne gruppe er et fælles regionalt og kommunalt ansvar. Det er vigtigt, at den instans, der har kontakten til den pågældende borger, tager kontakt til andre relevante myndigheder og indkalder til et møde, hvor den fremtidige indsats kan fastlægges. Mødet kan evt. afholdes telefonisk eller via videokonference

Hvor der er kriminalitet, er det også relevant at inddrage kriminalforsorgen samt inddrage PSP- (Politi, Social, Psykiatri) samarbejdets muligheder i indsatsen.

2) http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~/_media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx



Samarbejdet om de borgere der har et aktivt misbrug

Det optimale udrednings- og behandlingsforløb for den psykiske lidelse forudsætter, at borgeren ikke har været aktiv misbrugende i en periode. For nogle borgere er det imidlertid ikke muligt at leve op til denne forudsætning, og mange vil også opleve tilbagefald i et behandlingsforløb.

Det betyder, at der kan være behov for en parallel indsats, hvor borgeren fortsat er misbrugende i et vist omfang, samtidigt med at der er igangsat et psykiatrisk udrednings- og behandlingsforløb. Den regionale behandlingspsykiatri må ikke afvise at udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug. Den konkrete indsats bygger på en individuel faglig vurdering og sker i et tæt samarbejde med misbrugsbehandlingen og evt. egen læge. Den faglige vurdering kan bygge på følgende elementer: Forventede og kendte diagnoser, risiko for forveksling af symptomer, kan patienten profitere af og deltage i behandlingen, patientens motivation, netværkets oplysninger, sociale problemstillinger o.s.v.

Færdigbehandling/udskrivelse

Psykiatrisk og somatisk afdeling skal motivere patienten til misbrugsbehandling og videregiver efterfølgende med patientens samtykke relevant information svarende til epikrise eller oplysninger om diagnose, behandling og henvisningsårsag til misbrugscentret.

Det anbefales endvidere, at der tidligst muligt under indlæggelsen rettes henvendelse til misbrugscenteret, så et parallelforløb kan påbegyndes, og kommunen får mulighed for at planlægge et tilbud om misbrugsbehandling, når patienten udskrives fra psykiatrisk afdeling. Derved undgås et slip fra et behandlingstilbud til et andet.

For patienter indvisiteret i både misbrugscentret og i ambulant behandling på psykiatrisk afdeling forudsættes, at den anden instans orienteres skriftligt ved planlagt afslutning, eller hvis patienten afbryder behandlingen.

Fælles forpligtigelse til kompetenceudvikling

En kvalificeret og helhedsorienteret indsats for borgere med psykiske lidelser og misbrug forudsætter et højt kompetenceniveau blandt de involverede aktører, herunder i de kommunale misbrugsbehandlingstilbud. Dette gælder ikke mindst kompetencer i forhold til at varetage en kvalificeret screening/validering af borgeren med en psykisk lidelse og misbrug som grundlag for den gode henvisning til nærmere psykiatrisk udredning eller behandling, jf. ovenfor.

Med aftalen forpligter aftaleparterne sig til at stille personaleressourcer til rådighed for fælles kompetenceudvikling i det omfang, det aftales lokalt.

Lokal udmøntning af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale skal implementeres lokalt i mellem den enkelte psykiatriske afdeling og de omkringliggende kommuner. Såfremt der er behov for supplerende aftaler, indgås de lokalt.

Samarbejdet på det retspsykiatriske område

Der er udarbejdet en særskilt samarbejdsaftale for det retspsykiatriske område.

3. Samarbejdet – særligt for børn og unge

Udover de ovennævnte forhold er der for børne- og ungemålgruppen en række særlige forhold der skal være opmærksomhed på i samarbejdet.

Målgruppe

Børne- og ungemålgruppen er i henhold til den børne- og ungdomspsykiatriske samarbejdsaftale børn og unge til og med 17 år, som formodes at have en sindslidelse, og som har behov for udredning og eventuelt et behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. I forhold til unge på 18-19 år, der tilhører målgruppen for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, gælder den overordnede fælles regionale samarbejdsaftale, jf. ovenfor. Her er der en særlig udfordring i forhold til snitfladen til kommunerne. Ved den unges overgang fra 17 til 18 år laves der for den enkelte unge konkrete aftaler mellem børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, den enkelte kommune og almen praksis om sikring af overgangen fra ung til voksen.

Tidlig inddragelse af psykiatrien

For børn og unge kan det have et forebyggende sigte at børne- og ungdomspsykiatrien kommer tidligt ind i forløbet ved misbrug, hvor der også er mistanke om lettere psykiatriske lidelser, som behandles, når det giver fagligt mening og i forhold til det enkelte barn eller unges behov.

Kommunal kontaktperson

Hver kommune udpeger en kontaktperson i forhold til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Kontaktpersonen fungerer som indgang til kommunen i de tilfælde, hvor den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling er i tvivl om, hvem i kommunen der skal kontaktes. Kontaktpersonen har ikke sagsansvar i forhold til den konkrete sag, men fungerer som vejleder/guide for afdelingen for at sikre effektive forløb, og at henvendelsen ender det rigtige sted i kommunen.

Samtykke

Patienten skal give samtykke til, at de involverede parter må udveksle informationer. For børn og unge betyder dette generelt, at forældrene skal give tilladelse til udveksling af informationerne. Børn og unge under 15 år skal løbende inddrages og informeres, i det omfang de vurderes modne til at forstå indholdet og konsekvenserne af behandlingen. Unge på 15-17 år har selvbestemmelsesret i forhold til behandlingen, men forældrene skal fortsat inddrages, medmindre det konkret vurderes skadeligt for patienten.

Samarbejds- og koordineringsmøder

Der kan være et særligt behov for et møde ift. et barn eller en ung med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

Hvis psykiatrien konstaterer et misbrug undervejs i behandlingsforløbet, skal der etableres kontakt til det kommunale misbrugstilbud, inden behandlingen afsluttes. Det kan evt. ske på et møde, hvor forløbet kan koordineres. Mødet kan afholdes via videokonference eller per telefon.

Endvidere skal familie og netværk tænkes ind som deltagere ved et møde, ligesom PPR og kommunens familieafdeling kan være relevante deltagere.

Henvisning

Kommunens misbrugscenter kan henvise til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Henvisningen skal indeholde de punkter, der liste op under "Den gode henvisning" inkl. de særlige forhold, der gør sig gældende for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien jf. bilag C.

4. Implementering

Implementering af den fælles regionale samarbejdsaftale påhviler i sidste ende de enkelte parter, som aftalen og de dertil hørende handlinger berører.

For at understøtte implementering af aftalen anbefales det, at implementeringen sker i et lokalt samarbejde mellem kommuner, psykiatrien, praktiserende læger og relevante somatiske behandlingstilbud indenfor de enkelte psykiatriske afdelingers optageområde. Det foreslås, at implementeringen sker inden udgangen af 1. kvartal 2015, og opfølgningen sker årligt i den efterfølgende sundhedsaftaleperiode frem til og med 2018.

Det er afgørende, at de enkelte aftaleparter afsætter de nødvendige ressourcer til implementering og opfølgning.

Implementering af aftalen fordrer endvidere, at alle parter har en tillidsfuld tilgang til opgaven og udviser en åbenhed overfor den faglighed, som samarbejdspartnerne har med sig ind i samarbejdet.

Når den fælles samarbejdsaftale implementeres, skal parterne sikre, at der tages afsæt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner³.

Endvidere skal der være en dialog om, hvilke screeningsredskaber med videre der anvendes, når misbrugscentret henviser til behandlingspsykiatrien.

Psykiatriske samordningsfora

Det er de fire psykiatriske samordningsfora, som har det overordnede tværgående ansvar for at implementere og følge op på aftalen. De fire psykiatriske samordningsfora har følgende opdeling: Sønderjylland (Tønder, Sønderborg, Haderslev, Aabenraa), Vestjylland (Fanø, Varde, Billund, Vejen, Esbjerg), Lillebælt (Kolding, Fredericia, Vejle, Middelfart, Assens, Nordfyn) og Fyn (Kerteminde, Nyborg, Ærø, Langeland, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Odense).

Det er ligeledes de fire samordningsfora, der skal pege på, hvem der står for den konkrete implementering i det pågældende område. De somatiske samordningsfora, praksiskonsulenter, de kommunale lægelige udvalg, det regionale sociale område samt PLO inddrages ligeledes i implementeringen af aftalen. Implementering og opfølgning på gennemførelse af aftalen skal være et fast punkt på de to årlige

møder i de lokale psykiatriske samordningsfora fra foråret 2015 og frem, til implementeringen er gennemført.

Monitorering og opfølgning via brug af tracerforløb

Det foreslås, at den årlige opfølgning på aftalen, sker i perioden 2015-2018, bl.a. sker via gennemførelsen af tracerforløb.

Tracerforløbet er en metode, hvor man følger borgeren/patientens "vej" gennem systemerne med henblik på at finde ud af, hvad der fungerer godt, og om der er noget, man kan blive bedre til. De borgere, der gennemføres tracerforløb på, er tilfældigt udvalgte. Kriterierne for udvælgelsen skal fastsættes sådan, at tracerforløbene gennemføres for borgere, der falder indenfor aftalens målgruppe.

Formålet er at give læring i organisationen omkring "hvornår det går galt, og hvornår det går godt i et patientforløb". Denne viden kan bruges fremadrettet i forhold til forbedringer af det tværsektorielle samarbejde og kan bidrage til, om der skal iværksættes konkrete tiltag, der kan understøtte implementeringen af strategien.

De psykiatriske samordningsfora inddrages i gennemførelsen af tracerforløbene. Der udvælges ét patientforløb fra hvert af de 4 samordningsforas områder 2 gange årligt (i 2015 dog kun 1 forløb). Der sker efterfølgende en afrapportering til det enkelte samordningsforum – både det psykiatriske og det somatiske. Dvs. i perioden 2015-2018 vil der for hvert samordningsforum blive gennemført i alt 7 patientforløb – i alt for hele regionen 28 patientforløb.

På baggrund af erfaringerne vil der evt. blive gennemført flere forløb.

Fælles mål

Med afsæt i eksisterende data opstilles der mål, som monitorer, hvor mange borgere med psykiske lidelser og misbrug der er i behandling.

3) http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~/_media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx



Samarbejds møde mellem misbrugscenter og det lokale somatiske sygehus

Det foreslås, at der regelmæssigt afholdes samarbejds møder mellem relevante somatiske afdelinger og det lokale misbrugscenter, blandt andet for at drøfte overgange mellem de somatiske afdelinger og det lokale misbrugscenter.

Videndeling og kompetenceudvikling

Videndeling og gensidig kompetenceudvikling mellem aftalens parter skal understøtte implementering af aftalen med henblik på at forbedre det samlede tilbud for borgerne.

Parterne forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik vidensdeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Omfanget og karakteren af dette aftales i de relevante implementeringsfora.

Tværasektoriel følgegruppe

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at Det Administrative Kontaktforum nedsætter en regional tværasektoriel følgegruppe, der kan understøtte implementering med supplerende initiativer (konferencer, oplæg, kompetenceudvikling mv.) og løbende medvirke til opfølgningen på den regionale samarbejdsaftales anbefalinger.

Følgegruppen kan endvidere bistå i forbindelse med gennemførelsen af tracerforløbene samt evt. udarbejde fælles materiale mv. og medvirke til vidensdeling på tværs af de fire psykiatriske samordningsfora. Følgegruppen nedlægges ved udgangen af 2018.

Følgegruppen sammensættes af repræsentanter fra bruger-/ pårørendeorganisationer, kommuner, almen praksis, somatik, psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

5. BILAG

Bilag A: Fælles overblik over opgavefordelingen

	Borger/netværk	Kommune (M = misbrugscenter, Ø = øvrige kommunale funktioner)	Behandlingspsykiatri
Opsporing	<ul style="list-style-type: none"> Spørg om hjælp ved praktiserende læge eller misbrugscenter Motivér til behandling 	<p>Ø:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spørg om hjælp ved egen læge eller misbrugscenter Motivér til behandling <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> Information om tilbud og tilgængelighed 	<ul style="list-style-type: none"> Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling
Udredning/undersøgelse	<ul style="list-style-type: none"> Støtte op om fremmøde 	<p>Ø:</p> <ul style="list-style-type: none"> Støtte op om fremmøde <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> Udredning for misbrug Vurdering mhp. henvisning til psykiatrisk udredning Støtte op om fremmøde 	<ul style="list-style-type: none"> Støtte og motivér ift. fremmøde i misbrugscenter Psykiatrisk udredning af henviste borgere fra praktiserende læge og misbrugscenter
Behandling/indsats	<ul style="list-style-type: none"> Støtte op om fastholdelse i behandling 	<p>Ø:</p> <ul style="list-style-type: none"> Støtte og motivér til behandling <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> Afrusning/afgiftning Behandling Støtte op om fastholdelse i behandling og opsøgende arbejde hvis borger falder ud af behandling Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter 	<ul style="list-style-type: none"> Afrusning/afgiftning Misbrugsbehandling af indlagte Behandling af psykiatrisk lidelse Støtte op om fastholdelse i behandling Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter

Somatik	Praktiserende læge	Privatpraktiserende psykiatere
<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling
<ul style="list-style-type: none"> • Støtte og motivér ift. om fremmøde i misbrugscenter og psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til udredning og behandling i psykiatri og kommunal misbrugsbehandling • Støtte op om og motivér ift. fremmøde 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til udredning og behandling i kommunal misbrugsbehandling • Støtte op om og motivér ift. fremmøde
<ul style="list-style-type: none"> • Afrusning/afgiftning • Støtte op om fastholdelse i behandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling af psykiatrisk lidelse • Alkoholbehandling • Støtte op om fastholdelse i behandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling af psykiatrisk lidelse • Støtte op om fastholdelse i misbrugsbehandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter

Bilag B: Målgruppe-oversigt

	Psykisk lidelse: let, kat. 1	Psykisk lidelse: moderat, kat. 2	Psykisk lidelse: svær, kat. 3
Den psykiske lidelses sværhedsgrad (NB! Listen er ikke udtømmende men omfatter kun de større diagnosegrupper)	<ul style="list-style-type: none"> • Lette depressioner • Lette angsttilfælde • Mindre kriser (Adfærdsproblemer)	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive lidelser • Skizotypi • ADHD • Uafklaret diagnostisk • Nervøse og stressrelaterede tilstande • Personlighedsforstyrrelser (Adfærdsproblemer)	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive lidelser • Skizofreni • Psykoser • ADHD • Nervøse og stressrelaterede tilstande • Personlighedsforstyrrelser (Adfærdsproblemer)
Aktører	<ul style="list-style-type: none"> • Misbrugscenter • Praktiserende læge • Arbejdsgiver/uddannelsessted • Netværk • Andre kommunale tilbud/foranstaltninger • Rådgivning fra behandlingspsykiatri • Somatisk sygehus • Privatpraktiserende psykiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspsykiatri • Misbrugscenter • Praktiserende læge • Netværk • Socialpsykiatri • Andre kommunale foranstaltninger • Somatisk sygehus • Privatpraktiserende psykiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspsykiatri • Misbrugscenter • Socialpsykiatri • Netværk • Andre kommunale foranstaltninger • Praktiserende læge • Somatisk sygehus • Privatpraktiserende psykiater
Voksenpsykiatrien		Udredning og parallelforløb for moderat og svær kategori	
Børne- og ungepsykiatrien	Fokus på forebyggelse, udredning og parallelforløb		

Sociale forhold mv.

I forbindelse med vurdering i forhold til den overordnede målgruppebeskrivelse skal der altid udredes og vurderes på den enkelte borgers sociale forhold samt belastningsgraden i forhold hertil. Dette omfatter bl.a. beskæftigelse, boligsituation/hjemløshed, familie/netværk, sociale kompetencer, evt. kriminalitet, økonomi mv.

Endvidere skal borgerens generelle sundhedstilstand og egenomsorgsevne skal også indgå i vurderingen. Ved større sociale og andre belastningsfaktorer er kravet til koordination betydeligt og kan ofte have indflydelse på, hvilke tilbud til borgeren der er nødvendige.

Bilag C: Den gode henvisning

For råd og sparring kontaktes den lokale psykiatriske afdeling.

Modtager	Til hvem/hvad henvises patienten
Stamdata	Patientens data: Navn, CPR.nr, adresse, tlf.nr. Særligt for patienter under 18 år: Navn og adresse på forældremyndighedsindehaver.
Særlige forhold	Oplysninger vedr. værge, behov for tolk, befordring
Diagnoser	<ul style="list-style-type: none">• Formodet Henvisningsdiagnose (misbrug/psykiatri)• Bi-diagnoser, herunder somatiske diagnoser samt diagnoser vedr. misbrug
Henvisningsårsag/ kliniske oplysninger	<ul style="list-style-type: none">• Kort aktuel anamnese med objektive fund – hvorfor ønskes patienten henvist?• Undersøgelsesresultater med relevans for aktuelle problemstilling (Her vedlægges resultatet af de lokalt aftalte valideringsredskaber)• Tidligere psykiatrisk behandling• Kendte allergier• Patientens aktuelle medicin (SKAL oplyses. Får patienten ingen medicin, skal det fremgå af henvisningen)• Oplysninger om evt. misbrug• Relevante sociale forhold<ul style="list-style-type: none">- For voksne, eks. vis information om mindreårige børn, arbejdsforhold- For børn/unge, eks. vis oplysninger vedr. familie/skole• Vigtig information givet til patienten/pårørende<ul style="list-style-type: none">- Særligt for patienter, der henvises til ATT (se link i kildeangivelsen nederst)- Særligt for patienter med spiseforstyrrelse (se link i kildeangivelsen nederst)- Særligt for patienter, hvor der er mistanke om demens (se link i kildeangivelsen nederst)- Særligt for patienter der henvises til Børne- og ungdomspsykiatrien – supplerende oplysninger der kan indgå (se link i kildeangivelsen nederst)
Oplysninger om henviser	Herunder navn, stilling, adresse og tlf.nr.

Kilde: <http://infonyet.regionsyddanmark.dk/?FlowID=7309&BookID=41#DokID=34767>

Bilag D: Ordforklaring

Når der samarbejdes på tværs optræder der ofte en række ord og begreber, som har forskellig betydning afhængigt af, om man er i behandlingspsykiatrien, misbrugscenter eller en anden faglig enhed. Derfor er der nedenfor oplistet en række af de termer, der typisk optræder i samarbejdet.

Ordforklaringerne er ikke ment som en endeligt udtømmende definitioner, men forklaringerne skal derimod opfattes som en afklarende forståelsesramme, der kan bruges som udgangspunkt for den lokale dialog og samarbejde.

Rusmiddelbrug

ALKOHOL ⁴	
Storforbrug af alkohol	Der er tale om et storforbrug af alkohol, hvis forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (14 genstande pr uge for kvinder og 21 genstande pr. uge for mænd)
Skadeligt alkoholforbrug	Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade (fysisk eller mentalt), og hvor patienten ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed.
Alkoholafhængighed	Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen.

STOFFER	
Socialstyrelsens definition på stofmisbrug mv.⁵	<p>Et menneske med stofmisbrug er fysisk og/eller psykisk afhængigt af et eller flere bevidsthedsændrende stoffer (rusmidler) i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående samt samfundet. Rusmidler er her defineret som illegale stoffer og beroligende medicin (benzodiazepiner).</p> <p>De illegale stoffer inddeles ofte i disse hovedgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cannabis (hash mv.)• Centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin og ecstasy mv.)• Opioider (heroin og opium mv.)• Andre rusmidler (beroligende medicin, hallucinogener som svampe, lsd m.m., khat, inhalater mv.)
Sundhedsstyrelsens definition på stofmisbrug mv.⁶	<p>Stoffer defineres som euforiserende stoffer, herunder hash, amfetamin, kokain, ecstasy samt andre stoffer, der kan have en euforiserende virkning, fx receptpligtig medicin og lighergas.</p> <p>Eksperimenterende brug af stoffer defineres som sjældent og korterevarende brug af stoffer. Det eksperimenterende brug kan glide over i et regelmæssigt brug af stoffer.</p> <p>Regelmæssigt brug af stoffer defineres som gentagende og længerevarende brug af stoffer. Det regelmæssige stofbrug kan glide over i et decideret stofmisbrug og/eller afhængighed.</p> <p>Stofmisbrug defineres som vedvarende og skadeligt brug af stoffer. Skaderne vedrører brugerens psykiske og fysiske tilstand samt sociale relationer.</p> <p>Afhængighed: Man er afhængig af et stof, når tre eller flere af seks af WHO's kriterier for afhængighed er opfyldt. Se kriterierne her: http://stofinfo.sst.dk/misbrug.</p> <p>Stofbrug angives som en fællesbetegnelse for eksperimenterende brug af stoffer, regelmæssigt brug af stoffer, stofmisbrug og afhængighed. Hvilken tilstand, der er mest i fokus, afhænger af konteksten.</p> <p>Rusmidler defineres som alle substanser, som indtages med henblik på en rusvirkning, herunder alkohol og euforiserende stoffer.</p>

Udredning i behandlingspsykiatrien

En henvist patient visiteres til én af tre mulige udredningspakker, der varierer i tidsmæssigt og indholdsmæssigt omfang. Pakketype afgøres blandt andet ud fra hvor deltaljeret henvisningen er.

Af pakkerne fremgår eksempler på en række ydelser, der kan indgå i udredningen, herunder anamnese, psykiatrisk undersøgelse, supplerende diagnosespecifikke udredninger, gradvurdering og en afsluttende tilbagemelding. For børne- og ungdomspsykiatrien kan der suppleres med forældresamtale, miljøobservation og netværksmøde.

Behandlingsplan i behandlingspsykiatrien

En behandlingsplan indeholder oplysninger vedrørende psykiatriske og somatiske diagnoser, psykisk status, somatisk status, status på sociale forhold og netværk, behandlingsmål, undersøgelsesprogram, behandling, efterbehandling, rehabilitering og patientens holdning samt informeret samtykke.

Planer i kommunalt regi

På kommunalt niveau arbejdes med en række planer afhængig af den enkelte borgers situation, forsørgelsesgrundlag m.m. Der kan eksempelvis være tale om behandlingsplan på misbrugsbehandlingstilbud, social handleplan efter Servicelovens § 141 for voksne, § 140 for børn og unge, jobplan efter beskæftigelseslovgivningen samt opholdsplan, hvis borgeren har ophold på midlertidigt eller længerevarende botilbud. Dette fordrer et stærkt fokus på intern kommunal koordination i forhold til den enkelte borger og på koordination mellem kommune, regional psykiatri og andre aktører.

4) Iht. Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsens kliniske vejledning:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/cff/alkohol/alkoholvaner.pdf>

5) Iht. Socialstyrelsens vidensnotat "Mennesker med stofmisbrug":

<http://www.socialstyrelsen.dk/om-os/viden-der-virker/mennesker-med-stofmisbrug>

6) Iht. Sundhedsstyrelsens "Forebyggelsespakke stoffer":

<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/12dec/ForebyggelsespakkeStoffer.pdf>

Bilag E: Deltagerliste – arbejdsgruppe der har udarbejdet den fælles samarbejdsaftale

Bruger- og pårørendeorganisationer

Kirsten Hansen, Bedre Psykiatri

Karen Thomsen, Sind

Kommuner

Gert Muntzberg, Svendborg Kommune, centerleder, kommunal medformand for arbejdsgruppen

Gitte Fisker, Kolding Kommune, institutionschef

Vibeke Kyhl Haugaard, Aabenraa Kommune, specialkonsulent

Tommy Neesgaard, Faaborg-Midtfyn Kommune, leder

Inge Fugl, Odense Kommune, overlæge

Jan Christiansen, Esbjerg Kommune, afdelingsleder

Mette Strunge Dubert, Svendborg Kommune, AC-medarbejder, kommunal sekretær for arbejdsgruppen

Praktiserende læger

Mireille Lacroix, Lægerne i Skaarup, praktiserende læge, psykiatri-praksiskonsulent

Somatiske sygehuse

Gitte Ladefoged, Sydvestjysk Sygehus, Fælles Akutmodtagelse, sygeplejerske

Hanne Svenningsen, Svendborg sygehus, konstitueret udviklingssygeplejerske

Region Syddanmarks sociale område

Helle Friedrichsen, Center for Misbrug og Socialpsykiatri, vicecenterleder

Psykiatrien i Region Syddanmark

Magnus Petersen, Psykiatrisk Afdeling Svendborg, ledende overlæge

Rene K. Andersen, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe, ledende overlæge

Poul Erik Rask Pedersen, Børne- og Ungdomspsykiatri Kolding-Augustenburg, socialrådgiver

Rikke Sveistrup, Retspsykiatrisk distriktspsykiatri Middelfart, afdelingssygeplejerske

Anette Bækgaard Jakobsen, Psykiatri- og Socialstaben, afdelingschef, regional medformand for arbejdsgruppen

Asger K. Kjellerup, Psykiatri- og Socialstaben, specialkonsulent, regional sekretær for arbejdsgruppen

Øvrige ressourcepersoner

Jørgen Maibom Dall, Esbjerg Kommune, socialrådgiver

Birthe Navntoft, Region Syddanmark, Psykiatri- og Socialstaben, projektleder/proceskonsulent

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Telefon 7663 1000
regionsyddanmark.dk



13588 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 02.2015

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Til Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering, Region Syddanmark

Middelfart den 15. juni 2018

Forskning med fokus på genoptræningsforløb baseret på genoptræningsplan

Indledning

Dette dokument er udarbejdet i forlængelse af henvendelse fra arbejdsgruppen under Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering omkring interesse i et forskningsprojekt med fokus på effekt af genoptræning. I dokumentet ridses baggrunden for henvendelsen kort op. Desuden beskrives nogle overordnede projekttanker, som kan indgå i et eller flere forskningsprojekter, samt overvejelser vedrørende finansiering.

Baggrund

DAK har bedt om et oplæg til et forskningsprojekt, med fokus på effekten af genoptræning. Opgaven er placeret i Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering, som har nedsat en faglig arbejdsgruppe til det videre arbejde.

Regionale Projekttanker

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering har desuden drøftet forskellige perspektiver for forskningsprojekter, hvilket har fået arbejdsgruppen til at foreslå et studie med et multifacetteret design, fx bestående af:

- Et litteraturstudie, der afdækker effekter af genoptræning,
- En effektevaluering, der adresserer de deltagende borgeres funktionsniveau, udtrykt gennem aktiviteter, deltagelse, mv., samt pt. oplevelse af kvalitet
- En samfundsøkonomisk analyse af genoptræningens effekter.
- En undersøgelse af patienternes udbytte med den genoptræningsindsats, de rent faktisk har gennemgået ("hvad har genoptræningsplanen foreskrevet, og hvad er sket i praksis").

Projekttanker fra Center for Kvalitet

Baggrund/Problemstillinger

Genoptræningsområdet fremstår med mange henvisningsmuligheder, til mange forskellige rehabiliteringsmuligheder, hos mange forskellige aktører. Dette er ikke blevet mindre efter indførelsen af fritvalgsordning på rehabilitering. Der er med et så komplekst system rig mulighed for at miste både det kliniske og organisatoriske overblik, hvorved patienter mistes i overgange og ikke får den rehabilitering de har brug for/krav på.

CfK har valgt at tage udgangspunkt i genoptræningsplaner (GOP), da disse er et afgrænset område, hvor der desuden er retningslinjer for formål og anvendelse. På trods heraf synes det at være forskelligt, hvordan GOP anvendes, og hvilket udbytte patienter/patientgrupper har ved gennemførelse af et genoptræningsforløb på baggrund af en GOP. Selvom GOP udfærdiges sammen med patienten på baggrund af en lægefaglig vurdering, så er det uvist, hvordan dette reelt foregår både ift. den enkelte patient, og forskellige patientgrupper. Det kan derfor variere, hvem der får udfærdiget en GOP og hvem der ikke gør, eller hvorvidt patienten skal forestå det videre forløb på egen hånd. Samtidig er der stor forskel på, hvordan en GOP konkret udfyldes, hvilket kan medføre variation i selve informationsgrundlaget for iværksættelse af en GOP. Variationen af information kan påvirke

målopfyldelsen for en GOP ved, at målet skifter fra at have et sundhedsmæssigt perspektiv, til at have et samfundsmæssigt perspektiv. Der mangler således en helt grundlæggende viden omkring formål, anvendelse og udfærdigelse af GOP.

Når en GOP iværksættes er det ligeledes forskelligt, hvad et genoptræningsforløb konkret indeholder og hvordan det opleves af deltageren. Indsamling og registrering af data ifm. med gennemførelsen af et genoptræningsforløb er ofte sparsomme og forskellige i kommunerne. Vi ved kun lidt om, hvordan kommunerne opgør effekt, samt hvilke mål de søger at opfylde. Vi ved derfor ikke, hvordan patienternes livskvalitet påvirkes, eller om deres funktionsniveau ændres/bibeholdes på lang sigt.

Endelig er der kun sparsom information om den samfundsøkonomiske effekt ved brugen af GOP. Da anvendelsen af GOP er meget bred, vil det være relevant at tilgå de samfundsøkonomiske effekter både i et arbejdsmarkedsperspektiv med fokus på returnering til arbejdsmarkedet, samt i et funktionelt perspektiv med fokus på hjælp og behov for sundhedsydelser.

Konkretisering af projekttanker

CfK mener at der er mange relevante spørgsmål at belyse på området, men har ud fra projektets opdrag prioriteret to sideløbende spor, som samlet set vil besvare de væsentligste spørgsmål.

Forskningsprojekt 1: Kvantitativt "Effekt" studie.

Belyse effekten af gennemførelsen af et genoptræningsforløb på baggrund af en udfærdiget GOP i et patient- og samfundsmæssigt perspektiv.

- Delstudie 1:
 - Kortlægning af GOP henvisninger
 - Delstudie 1 tager udgangspunkt i eksisterende registerdata hentet fra nationale og regionale databaser. Delstudie 1 kan besvare deskriptive spørgsmål på tværs af diagnosegrupper.
- Delstudie 2:
 - Måling af samfundsøkonomiske effekter.
 - Delstudie 2 tager ligeledes udgangspunkt i kvantitative outcome parametre baseret på eksisterende registeroplysninger. Udfærdigelsen af en GOP med efterfølgende deltagelse i genoptræningsforløb søges målt på grad af hjælp i hjemmet, brug af sundhedsydelser, tilbagevenden til arbejdsmarkedet (TTA), genindlæggelser, mv.
- Delstudie 3
 - Måling af patientoplevet effekt/kvalitet målt med PRO data på en prospektiv kohorte
 - Metodisk er delstudie 3 tænkt som et prospektivt kohorte studie med kvantitative outcome parametre på tværs af diagnosegrupper. Patienter der henvises med en GOP, og som opstarter og fuldfører kommunalt genoptræningsforløb, indgår i en prospektiv kohorte. Outcome parametre planlægges i samarbejde med deltagende parter. Dette delstudie planlægges med opstart inden delstudie 1 og 2 gennemføres, da der er et tidsperspektiv i etableringen af den prospektive kohorte

Den kvantitative tilgang vil kunne belyse, hvilke effekter der fremkommer ifm. med GOP initierede genoptræningsforløb på tværs af diagnosegrupper. Samtidig vil studiet give overblik over henvisnings-, opstarts-, og frafaldsratioer.

Øvrige mulige kvantitative overvejelser:

- Muligheder for anvendelse af kontrolgruppe
- Udvikling af registreringspraksis hos projektdeltagere og patienter
- Sociodemografisk stratificering

Population

Der har i forbindelse med dette dokument været forskellige populationsmæssige overvejelser. Til det kvantitative studie er det muligt at kigge på gentræning baseret på GOP på tværs af diagnoser. Det kan være formålstjenligt at skabe et samlet overblik på registerbaserede oplysninger, hvilket giver mest mening at gøre samlet.

Forskningsprojekt 2: Kvalitativt "GOP-forløb" studie

Belyse hvordan forskellige faser af en GOP med tilhørende kontekst, har sammenhæng til opnåelse af målet med GOP'en.

- Delstudie 1:
 - Tilblivelse af en GOP
 - Undersøgende tilgang i form af observation og interview med patienter, pårørende og klinikere, med det formål at beskrive og forklare hvordan en GOP udfærdiges af kliniker og patient. Dette kan belyse mulige faktorer, der har betydning for udfærdigelse af og indhold i en GOP
 - Afdække hvorvidt retningslinjer og udarbejdelse af GOP er sammenfaldende, hvilket kan efterfølges af feedback information omkring mulige forbedringspotentialer
- Delstudie 2:
 - Hvordan udmøntes en GOP
 - Undersøgende tilgang med det formål gennem interviews med klinikere og patienter, samt dokumentgennemgang at belyse, hvorvidt formålet med en GOP stemmer overens med den træning, der udføres i genoptræningsforløbet. Dette kan endvidere belyse muligheder for tilpasning af GOP'en i forløbet, samt facilitatorer og barrierer herfor.
- Delstudie 3:
 - Hvordan opleves et genoptræningsforløb, der er påbegyndt på baggrund af en GOP.
 - Kvalitativ tilgang med formål at afdække, hvorfor den patientoplevede kvalitet af genoptræningsforløbet vurderes som den gør. Dette f.eks. ved at følge individuelle patientforløb i forskellige kommuner, gennem interviews og observation. Dette vil tilføre dybde til Forskningsstudie 1's kvantitative parametre ved at kunne bidrage med anbefalinger til forbedringer og virkningsfulde tiltag til yderligere udvikling af succesfulde forløb

Øvrige kvalitative overvejelser:

- Tilbagevenden til hverdagslivet, ændringer i dagligdag, livsstilændringer, motivation, mm.
- Brugerpaneler og aktionsforskning, hvor procesresultater bruges som feedback til justering af det praktiske forløb

Population

Til den kvalitative del bør der være en populationsudvælgelse. Vores overvejelser har gået på at finde "modeldiagnoser" som måske, til en hvis grad, kan anvendes i andre forløb også. Vores overvejelser har gået på: Aldersfordeling i populationen, kirurgisk/medicinsk problemstilling, kompleksitet, co-

morbiditet, GOP historik mellem afdeling og ambulatorium. Der er flere relevante populationer: Collum femoris frakturer, patienter med KOL eller hjertediagnose, ortopædkirurgiske problemstillinger, m.fl. - alle ud fra de ovennævnte betragtninger.

Det er vigtigt i udvælgelsen af population(er), at antallet af respondenter fortsat gør det muligt at udføre undersøgelsen med en kvalitativ tilgang.

Økonomi

De to forløb kunne man forestille sig udført som to sideløbende studier, hvor der opstår en synergieffekt ved, at det ene har fokus på effekten af GOP, mens det andet har en mere forklarende tilgang, der beskriver hvorfor der er variationer i anvendelse, udmøntning og effekt af GOP.

Derfor bør projekterne beskrives som to selvstændige ph.d. forløb, hvor projektlederne (de ph.d. studerende) kan rekrutteres dels fra kommune eller region, alternativt via opslag. Det forudsættes at projektlederne har klinisk sundhedsbaggrund, erfaring med GOP og relevant akademisk niveau. Det forudsættes desuden at selve projektledelsen ligger hos CfK og forløbene udføres i samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

Udarbejdelse af konkrete protokoller for hvert ph.d. forløb vil tage omkring 2-3 måneder inkl. diverse godkendelser. Dette vil beløbe sig til ca. 150.000 kr. pr protokol.

Selve ph.d. forløbet (forløbene) forventes sam-finansieret mellem DAK, SDU, CfK og eksterne midler.

De estimerede omkostninger til **et** ph.d. forløb vil typisk være:

Ph.d. 3 årigt forløb	1,5 mio.
Vejledning VIP personale	600.000 kr.
Drift	300.000 kr.
I alt estimeret (med forbehold)	Ca. 2,5 mio. kr.

Kompetencer

Der er brug for forskningsmæssige kompetencer for at løfte opgaven, hvilket CFK har:

- CfK er del af forskningsmiljøet hørende under Institut for Regional Sundhedsforskning på SDU. Centret har adgang til eksterne samarbejdspartner, netværk og kompetencer indenfor en bredt forskningsspektrum af både kvalitativ og kvantitativ art.
- CfK varetager vejledning af forskningsprojekter af både kvalitativ og kvantitativ karakter.
- CFK består af flere faggrupper der sikrer den tværfaglige tilgang, herunder er der i centret stort kendskab til arbejdet med GOP både fra et klinisk og et organisatorisk perspektiv.
- CFK har vejledere på lektorniveau både med baggrund indenfor medicin og fysioterapi.



REVIEW AF LANDSDELSPROGRAM SYDDANMARK

Reviewet er en del af det samlede review af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

REVIEWET ER UDARBEJDET I PERIODEN AUGUST TIL OKTOBER 2018

26. oktober 2018

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

INDLEDNING

Som en del af det samlede review af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL udarbejdes der fem landsdelspecifikke reviews. Dette er PA Consultings review af Landsdelsprogram Syddanmark, der gennemgår den overordnede status på programmet, herunder fremdrift, aktiviteter, styring og anbefalinger. Denne afrapportering suppleres af en tværgående rapport til porteføljesekretariatet, hvor fællestræk for de fem landsdelsprogrammer behandles sammen med den politiske kontekst, fælles udfordringer på tværs samt læringer og bedste praksis fra programmet som helhed og fra de enkelte landsdelsprogrammer.



Metodisk fremgangsmåde

- Fokus i reviewet er programmets arbejde de seneste 12 måneder. Det materiale, der blev anvendt ifm. sidste års review, har været fremsendt som baggrund
- Reviewet tager udgangspunkt i **desk research** af den foreliggende skriftlige dokumentation i landsdelen. Der er fra Landsdelsprogram Syddanmark modtaget den efterspurgte dokumentation i form af:
 - Milepælsplan
 - Programbeskrivelse v 0.3
 - Overordnet tidsplan for KOL-programmet i Syddanmark
 - Opgaver og aktiviteter i det Syddanske program
 - KOL i Syddanmark - Kommunerne
 - Kommunikationsplan
 - Dokument med oversigt over NP-review
 - Dokument med yderligere oplysninger
 - Referat, dagsorden og bilag fra de seneste tre SG-møder.
- Dernæst er der foretaget fire **kvalitative interviews** med først programledelsen og dernæst formandskabet for programmets styregruppe. Interviewene er udført enkeltvist som semi-strukturerede interviews via Skype
- Der er gennemført en ny **selvevaluering** i lighed med den, der blev gennemført sidste år. Denne dannede udgangspunkt for interviewene med programledelsen og anvendes til at sammenligne den selvoplevede fremdrift
- Næste skridt er afholdelse af en **valideringsworkshop** med programledelsen og styregruppeformandskabet, der har til formål at validere og kvalificere afrapporteringen samt at drøfte de foreløbige anbefalinger
- På baggrund af desk research, interviews og valideringsworkshop identificerer PA Consulting og landsdelsprogrammet i fællesskab et eller flere relevante temaer, som behandles sammen gennem anvendelsen af projektets **landsdelspecifikke option**.



Læsevejledning og indholdsfortegnelse

- Først beskrives landsdelsprogrammets overordnede status, herunder hvorvidt fastsatte mål forventes indfriet, programmets fokus bagudrettet og fremadrettet, arbejdet med anbefalinger fra sidste review og en kort opsummering af selvevalueringen. Desuden anføres eventuelle særlige forhold i programmet og programmets successer, og de største risici angives. Milepælsoversigten er baseret på indrapportering til den nationale fremdriftsmonitorering
- Efterfølgende bliver der på side 4 gennemgået en række opmærksomhedspunkter i programmet og opstillet anbefalinger til programmet
- Siderne 5 og 6 gennemgår programmets status på de ti centrale styringsparametre, der kendes fra selvevalueringen, baseret på observationer fra selvevalueringen, desk research af fremsendt materiale og interviews
- Det videre forløb, som aftalt med landsdelsprogrammet, er angivet på side 7
- Siderne 9 og 10 indeholder en sammenligning af udviklingen på selvevalueringen.

Programmets tilstand	3
Opmærksomhedspunkter og anbefalinger	4
Status for landsdelsprogrammet	5
Forslag til den videre proces	7
Bilag	8

PROGRAMMETS TILSTAND

Landsdelsprogram Syddanmark følger den fastlagte plan givet et aktivt valg om en mindre styrende rolle til programmet: LP'et vurderer selv, at de tidsmæssigt er på planen. Dette skal ses i lyset af, at programmet har valgt en mere decentral tilgang til deres implementerings- og udbredelsesstrategi for de telemedicinske løsninger end de øvrige landsdele. Konkret betyder det, at flere opgaver forventes løftet af de enkelte kommuner og regionen samt i regi af SOF'erne, mens programmet får tilsvarende færre ansvarsområder og dermed en mindre styrende rolle. Der er dog ikke fuldstændig enighed i landsdelsprogrammet om den præcise udmøntning af denne rollefordeling.

Tilgangen til FUT har fyldt det seneste år og vil fortsat gøre det fremadrettet: Det har fyldt meget i programmet, hvordan landsdelen som helhed har skullet forholde sig til FUT. Der er i landsdelen opnået enighed om bestilling af en fælles medarbejderløsning, og det er vurderingen i LP'et, at denne proces har bidraget til større fælles forståelse. Siden seneste review har programmet mere generelt været i en afventende position grundet forsinkelserne i FUT. Det er således opfattelsen i LP'et, at afklaringer vedr. de telemedicinske udbud fra FUT er nødvendige, før der kan træffes en række andre centrale beslutninger. Det betyder, at forsinkelserne i FUT på visse områder, eksempelvis gevinstrealisering, BC og SSL-udbud, har haft opsættende virkning på programmets fremdrift, da det aktivt er besluttet af udskyde beslutninger, indtil FUT er afklaret. Det betyder samtidig, at der er mange beslutninger og opgaver, som skal løses i programmet eller decentralt, når resultatet af FUT-udbuddet er kendt.

Håndtering af det kommunale bagland er et vedvarende fokus: Interessenthåndtering ift. det kommunale bagland har været et fokusområde det seneste år, og der er anvendt mange ressourcer på både formel og uformel information til de enkelte kommuner – ofte med fokus på de kommuner der viser størst interesse. Der er ønske om en tæt kobling til den eksisterende sundhedsaftalestruktur, og landsdelens fire SOF'er er tiltænkt et stort ansvar i implementeringen, hvorfor der fremadrettet vil være fokus på at modne både kommuner og SOF'er ift. kommende opgaver.

Der er i mindre grad handlet på anbefalinger fra det seneste review: Ved det seneste review blev LP'et anbefalet at arbejde med 1) identifikation af leverancer ud fra effektkæden, 2) aktivitetsnedbrydning 3 mdr. frem, 3) koncept og tilgang til forandringsledelse, 4) arbejde med roller ifm. implementering og 5) at arbejde med rammer for gevinstrealisering. Ad. 1, 2 og 4 er der ikke arbejdet med, hvilket bl.a. hænger sammen med den mere decentrale tilgang, der er valgt i landsdelen. Ad. 3 og 5 er berørt på STG-møder, men ikke fastlagt pga. programmets bevidste valg om at afvente indtil løsninger fra FUT kendes, da der ifølge LP'et er for mange ubekendte.

Selvevalueringsresultaterne viser fremgang. Generelt giver sammenligningen af selvevalueringen fra 2018 med den fra 2017 indtryk af en positiv udvikling i LP'et. Programledelsen vurderer således fremgang på 13 af de 20 parametre, mens de øvrige viser status quo.



Største succeser siden det seneste review

- Med afsæt i kommissoriet for det sundhedsfaglige spor er det sundhedsfaglige indhold og organisering udarbejdet og godkendt af DAK i januar 2018
- Der er opnået enighed om, at der i landsdelen indkøbes én samlet medarbejderløsning fra FUT
- Der er udarbejdet to informationshæfter i landsdelen, som begge er godkendt af styregruppen. Informationshæfterne retter sig hhv. mod borgere og kommuner, sygehuse og almen praksis. De har modtaget ros fra de øvrige landsdele og kan med fordel udbredes.



Største risici ift. det videre forløb

- Yderligere forsinkelser i FUT er en risiko for programmets samlede fremdrift, da flere andre beslutninger i forvejen er udskudt grundet de nuværende forsinkelser i FUT
- Involveringen af PLO er i Landsdelsprogram Syddanmark en risiko, da programmet er i tvivl om, hvorvidt PLO er klar til at visitere borgere ind i programmet, når tid er. Derudover er det endnu ikke afklaret, hvor OK18 placerer ansvaret for målgruppe D
- Den relativt begrænsede population af borgere med KOL gruppe D kan betyde, at flere af LP'ets 22 kommuner oplever business casen som uinteressant, hvis der ikke tænkes i en bredere målgruppe. Det kan have konsekvenser for kommunernes opbakning til og engagement i implementeringen – på trods af den planlagte klyngeorganisering.



Status på 32* delmilepæle

*1 milepæle er ikke angivet



4 delmilepæle er nået



4 delmilepæle er igangsat



17 delmilepæle forventes opnået



(0-3 mdr.)

6 delmilepæle er forsinkede.
Heraf er 2 igangsat og en kritisk vej.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER OG ANBEFALINGER

Opmærksomhedspunkter

Programmets rolle fremadrettet: Det er PA's opfattelse, at der internt i programmet ikke er fuldstændighed klarhed mellem region og kommuner om, hvilken rolle selve programmet skal have i udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Der er ikke fastlagt en klar fælles mission og vision, hvilket bidrager til, at der eksisterer forskellige opfattelser af, hvor meget programmet skal fylde og have ansvar for, samt hvordan programmet integreres med de eksisterende tværsektorielle samarbejdsstrukturer på sundhedsområdet i landsdelen. Dette er et væsentligt opmærksomhedspunkt, da den manglende fælles opfattelse udfordrer samarbejdet i programmet, hvilket har opsættende virkning på programmets fremdrift. Den manglende klarhed om programmets rolle kommer til udtryk dels gennem en tydeligere positionering af regionale og kommunale interesser, dels uklarhed om programmets rolle mellem programledelsen og styregruppeformandskabet.

Ventepositionen ift. business case og fordelingsnøgle: Det er en generel opfattelse i programmet, at business casen for de enkelte kommuner er relativt lille, hvilket kan have betydning for den kommunale opbakning til programmet. Dette har væsentlig betydning, fordi kommunerne er tiltænkt en central rolle i implementeringsprocessen. Den lokale business case er betinget af bl.a. størrelsen af den lokale egenbetaling til FUT, beslutninger om SSL og antallet af borgere der visiteres ind, og som hhv. region og kommuner får monitoreringsansvar for. Der er udarbejdet et budgetnotat til kommunerne, men derudover har programmet valgt indtil videre ikke at arbejde videre med BC, fordelingsnøgle og lokal gevinstopfølgning. Styregruppeformandskabet vurderer, at der i programmet er principiel opbakning til at følge den nationale fordelingsnøgle. Programmet fokuserer ikke snævert på lokaløkonomisk gevinstopfølgning i kommunerne men anlægges et bredere perspektiv på positive effekter af telemedicin over flere målgrupper.

Nedsættelse af implementeringssporet og fastlæggelse af rolle og ansvar: Der er i programmet foretaget et bevidst valg om at anlægge en decentral implementeringsstrategi med stort ansvar placeret i de enkelte kommuner samt i regi af de eksisterende SOF-klynger, og der er ikke nedsat et implementeringsspør i regi af programmet. Da programmet på nuværende tidspunkt kun er tiltænkt en begrænset styringsrolle her, kan det være vanskeligt at identificere klynger eller enkelte kommuner, der ikke er rustet til at påtage sig deres ansvar i implementeringsfasen. Der er i den forbindelse forskellige opfattelser i programmet af, hvor opsøgende programmet skal være ift. at identificere og modne sådanne kommuner og klynger. Det er PA's vurdering, at programmet bør påtage sig ansvaret for at skabe klarhed om roller og ansvar i relationen til kommuner og klynger - selv med den valgte tilgang til implementering.

Strategi for bestilling af borgerløsning: Der er fælles enighed om at bestille én medarbejderløsning, men fastlæggelse af strategien for valget af borgerløsning udestår fortsat. Der lægges fra kommunal side op til individuelle bestillinger af en borgerrettet løsning. Hvad enten programmet vælger at anlægge en fælles tilgang til borgerløsningen eller ej, er det vigtigt at få fastlagt, så LP'et har en klar proces for bestilling, så snart der er afklaring i FUT.



Anbefalinger

1

Det anbefales, at der internt i programmet skabes større klarhed om, hvilken rolle programmet skal spille generelt, og hvilket mandat det har i koblingen til den generelle sundhedsaftalestruktur.

2

Det anbefales, at programmet fastsætter rammerne for implementeringsfasen og definerer roller og ansvar i relationen til SOF'er og kommuner, herunder omfanget af bistand programmet kan, vil eller skal yde i denne fase.

3

Det anbefales, at programmet afdækker konkrete behov for implementeringsstøtte i kommuner og SOF'er, eksempelvis guides, tjeklister, mv., som med fordel kan løftes i en bredere kreds eller evt. i fællesskab for landsdelen som helhed.

STATUS FOR LANDSDELSPROGRAMMET (1/2)

Styringsparameter	Observationer	Vurdering
Mål og gevinster	<ul style="list-style-type: none">Programmet har indtil nu afventet de fastlagte indikatorer for den nationale gevinstopfølgning og har ikke udarbejdet en lokal gevinstrealiseringsplan. En arbejdsgruppe ledet af CIMT har givet anbefalinger til gevinstindikatorer.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det vil være fornuftigt at fastlægge rammerne for arbejdet med gevinstrealisering, herunder at udpege gevinstejere og opstille konkrete målepunkter for borgernære effekter.
Business case	<ul style="list-style-type: none">Der er udarbejdet et fælles økonominotat til budget for 2019 for regionen og kommunerne, men der er ikke udarbejdet en lokal business case med dertilhørende fordelingsnøgle mellem region og kommuner.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det vil være nyttigt for programmet som minimum at fastlægge fordelingsnøglen, før der i større omfang skal afholdes fællesomkostninger på tværs af region og kommuner. Andre landsdele har haft succes med en pragmatisk tilgang til fastlæggelsen for at nå frem til en beslutning.
Organisering	<ul style="list-style-type: none">Der er med udgangen af 2017 sket en udskiftning af den kommunale programleder. STG-møder afholdes kvartalsvist med dagsorden og referater samt mundtlige statusrapporteringer. Rolledelingen mellem programmet og den eksisterende sundhedsaftalestruktur er ikke helt klar.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det er et bevidst valg, at programmet ikke er længere fremme med at nedsætte alle spor. Endvidere er det PA's vurdering, at der er behov for en klarere definition af programmets mandat og rolle over for øvrige aktører i landsdelen.
Fremdrift og afhængigheder	<ul style="list-style-type: none">En stor del af fremdriftsmonitoreringen foretages mundtligt ved status-afrapporteringer på styregruppemøderne og i øvrige sundhedsfora i landsdelen. Der indmeldes fremdriftsmonitorering til porteføljestyregruppen, når det kræves.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det vil være nyttigt at fortsætte arbejdet med og skabe overblik over både interne og eksterne afhængigheder. Dette er især relevant set i lyset af den øgede kompleksitet og det stigende antal afhængigheder, der vil forekomme i den fase, programmet nu går i møde.
Leverancer og kvalitet	<ul style="list-style-type: none">Der foreligger ikke en leveranceplan ud fra effektkæder, og hverken milepælsplaner eller opgave- og aktivitetsoversigt er nedbrudt i delaktiviteter og underliggende leverancer. Der er ikke fastsat kvalitetsmål for leverancer	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det kan være nyttigt for programledelsen at danne sig et bedre overblik over leverancer især på vigtige områder som SSL-udbud og løsninger fra FUT.

STATUS FOR LANDSDELSPROGRAMMET (2/2)

Styringsparametre	Observationer	Vurdering
Ressourcer og kompetencer	<ul style="list-style-type: none">Da flere spor ikke er nedsat, udestår der en detaljeret estimering af det overordnede ressourcebehov. Det er forventningen, at en del aktiviteter vil skulle udføres i de enkelte kommuner og i SOF'erne.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det kan være nyttigt at skabe større klarhed over ressourcebehovet i programmet, specielt ift., om der foreligger de nødvendige ressourcer og rette kompetencer i implementeringsklyngerne.
Risici	<ul style="list-style-type: none">Risikologgen er ikke opdateret siden ultimo 2017, og risici er dermed kun behandlet formaliseret ifm. fremdriftsmonitoreringen til porteføljesekretariatet. LP'et overvejer, hvilke redskaber der er mest anvendelige til at overvåge risici i programmet.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at der kan være behov for at indføre risikostyringsredskaber internt i programmet for at sikre overblik over og håndteringsplaner for mulige risici. Formandskabet anser ikke den nuværende form for risikohåndtering som et problem.
Interessenter	<ul style="list-style-type: none">Interessenthåndteringen i programmet foregår primært gennem diverse sundhedsfaglige fora i regionen, hvor de væsentligste interessenter er repræsenteret. Dette sker løbende og mundtligt, hvorfor interessenthåndteringen kun i lav grad er formaliseret.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, der er behov for øget interessenthåndtering ift. praktiserende læger, da der i programmet ikke er klarhed over, hvor de står ift. deres kommende rolle i telemedicinudbredelsen. Det betyder dog ikke, at programmet burde have involveret dem tidligere og mere end hidtil.
Relationer og samarbejder	<ul style="list-style-type: none">Samarbejdet på det ledelsesmæssige niveau er delvist udfordret af en stærk positionering af kommunale og regionale interesser. Det er især ansvaret for borgeren og økonomiske spørgsmål, der er årsagerne. På begge sider er der gode relationer til de respektive baglande	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at det vil være nyttigt for programmet at genbesøge mission og vision for telemedicinudredelsen i landsdelen i regi af en samlet styregruppe for at skabe større fælles forståelse og klarhed om programmets rolle og de ting, der skal arbejdes på i fællesskab.
Forandringsledelse og implementering	<ul style="list-style-type: none">Det er besluttet, at implementeringsfasen gennemføres med en høj grad af decentralisering og et stort ansvar hos de enkelte kommuner og SOF'erne samt med et mindre styringsansvar hos programmet. Implementeringssporet er ikke nedsat, og roller og ansvar er ikke defineret endnu.	<ul style="list-style-type: none">Det er PA's vurdering, at LP'et er opmærksomme på, at det foreligger et modningsarbejde, som skal udføres ift. kommuner og implementeringsklynger. Det ville være hjælpsomt at nedsætte implementeringssporet for at skabe klarhed over roller og ansvar.

FORSLAG TIL DEN VIDERE PROCES

Der blev den 4. oktober 2018 afholdt en konsolideringsworkshop i Landsdelsprogram Syddanmark. Første del af workshoppen havde deltagelse af PA, programledelsen og styregruppeformandskabet, mens anden del kun var mellem PA og programledelsen. Givet de drøftelser der var på workshoppen, uddybes herunder anbefaling 1. Anbefaling 2 og 3 uddybes ikke, da de forudsætter en afklaring på anbefaling 1.



Uddybning af anbefaling 1

HVAD:

Det anbefales, at der internt i programmet skabes større klarhed over, hvilken rolle programmet skal spille generelt, og hvilket mandat det har i koblingen til den generelle sundhedsaftalestruktur.

HVORFOR:

På konsolideringsworkshoppen mellem PA og Landsdelsprogram Syddanmark den 4. oktober blev programmets mandat og funktion drøftet i relation til forsinkelser i FUT og programmets mandat fremover. Konkret resulterede det i, at styregruppeformandskabet ikke så grund til at have aktivitet i programmet, før der ligger en afklaring på FUT på den anden side af 1. januar 2019. Fra kommunal side blev der endvidere rejst et spørgsmål om, hvorvidt der er behov for, at programmet evt. vil blive re-organiseret. Det er PA's vurdering, at dette fordrer et behov for hurtigst mulig afklaring af en række forhold omkring programmet, som oplistes nedenfor.

HVORDAN:

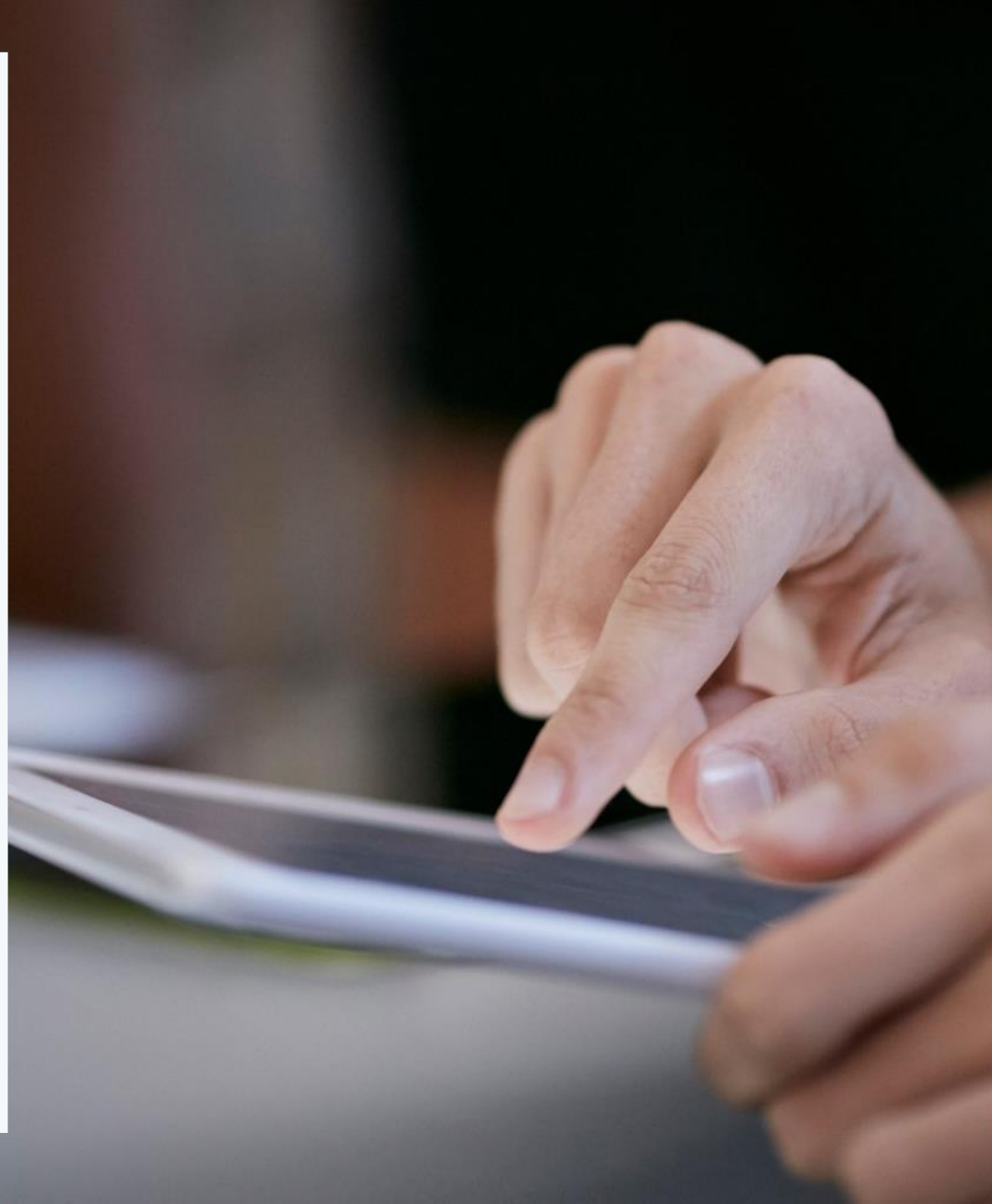
- Afklaring af hvorvidt der skal træffes beslutning om en omstrukturering af programmets organisering
- Afklaring af om programmet skal være aktivt eller inaktivt, indtil der foreligger en afklaring af FUT, herunder de formelle rammer om en sådan beslutning
- Afklaring af hvilke opgaver programmet som minimum er forpligtet til at udføre, hvis det sættes i inaktiv tilstand indtil 2019, herunder programledelsens arbejde på det nationale plan med uddannelsesgruppen og videoproduktion samt fremdriftsmonitorering mv. til den nationale porteføljestyregruppe.



Forslag til anvendelse af optionen

Det er på nuværende tidspunkt uafklaret, hvordan LP Syddanmark ønsker optionen anvendt.

**BILAG:
RESULTAT AF
SELVEVALUERING**



OPSAMLING PÅ SELVEVALUERING: EVNEN TIL AT PLANLÆGGE, PROGRAM- OG PROJEKTLEDE

Efter aftale med Digitaliseringsstyrelsen anvendes der i dette review en selvevalueringsmodel identisk med den, der blev anvendt ved reviewet af udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i 2017. Dette giver os mulighed for at sammenligne resultater og bruge modellen til at vurdere den udvikling, der er sket det seneste år.

Formål med selvevalueringsmodellen

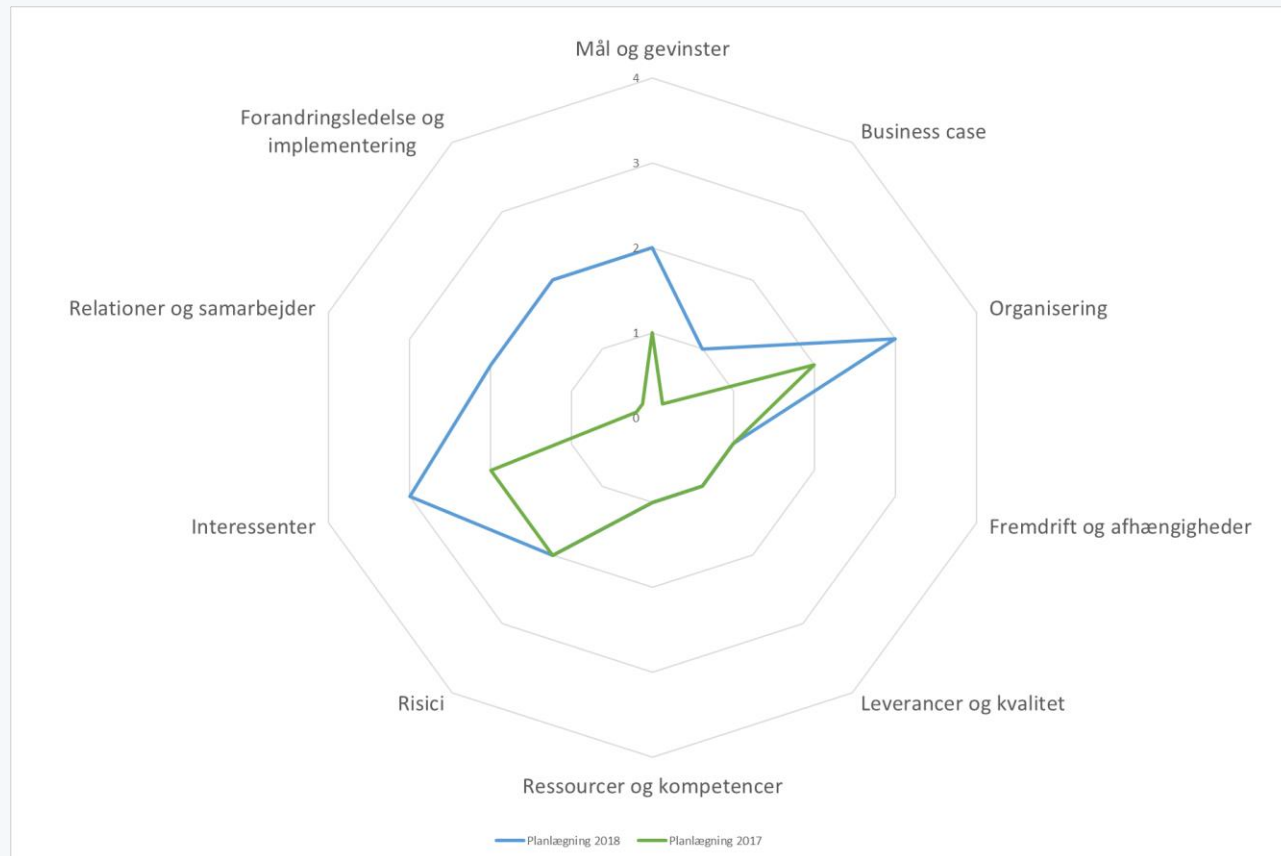
Formålet med selvevalueringen er at få en status på landsdelsprogrammets tilstand på en række styringsmæssige parametre. Endvidere har modellen været anvendt som udgangspunkt for de interviews, der er foretaget med programledelsen i Landsdelsprogram Syddanmark.

Evne til at planlægge, program-, og projektlede

Modellen består af to vurderingsdele. Den første, som ses her på siden, indeholder en vurdering af landsdelsprogrammets evne til at planlægge, projekt- og programlede.

Resultatet af selvevalueringen fremstår overordnet set positivt sammenlignet med sidste år. Det fremgår af figuren til højre, at selvevalueringen for 2018 på 4 ud af 10 punkter er identisk med selvevalueringen for 2017, mens der på de øvrige seks punkter scores højere. De seks punkter, hvor der scores højere er relationer og samarbejder, forandringsledelse og implementering, mål og gevinster, business case og organisering samt interessenter. Det er især værd at fremhæve de to førstnævnte, hvor scoren er hævet med to. Det er også to områder, hvor programmet har arbejdet aktivt med bl.a. at afholde dialogmøder på den kommunale side og aktivt behandle forandringsledelse som punkt på styregruppemøder.

Fælles for de fire punkter, hvor der scores identisk med sidste års selvevaluering, er, at de kan relateres til den generelt lave anvendelse af styringsredskaber i programmet og den lave formaliseringsgrad af disse.



Selvevalueringen er i første omgang udfyldt enkeltvis af henholdsvis den kommunale og regionale programleder. Dernæst er der udarbejdet en fælles score, som er afbildet her og sammenlignes med scores for sidste år. Den ene programleder er ny og besvarede derfor ikke selvevalueringen sidste år.

OPSAMLING PÅ SELVEVALUERING: EVNEN TIL AT EKSEKVERE PLANER

Efter aftale med Digitaliseringsstyrelsen anvendes der i dette review en selvevalueringsmodel identisk med den, der blev anvendt ved reviewet af udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i 2017. Dette giver os mulighed for at sammenligne resultater og bruge modellen til at vurdere den udvikling, der er sket det seneste år.

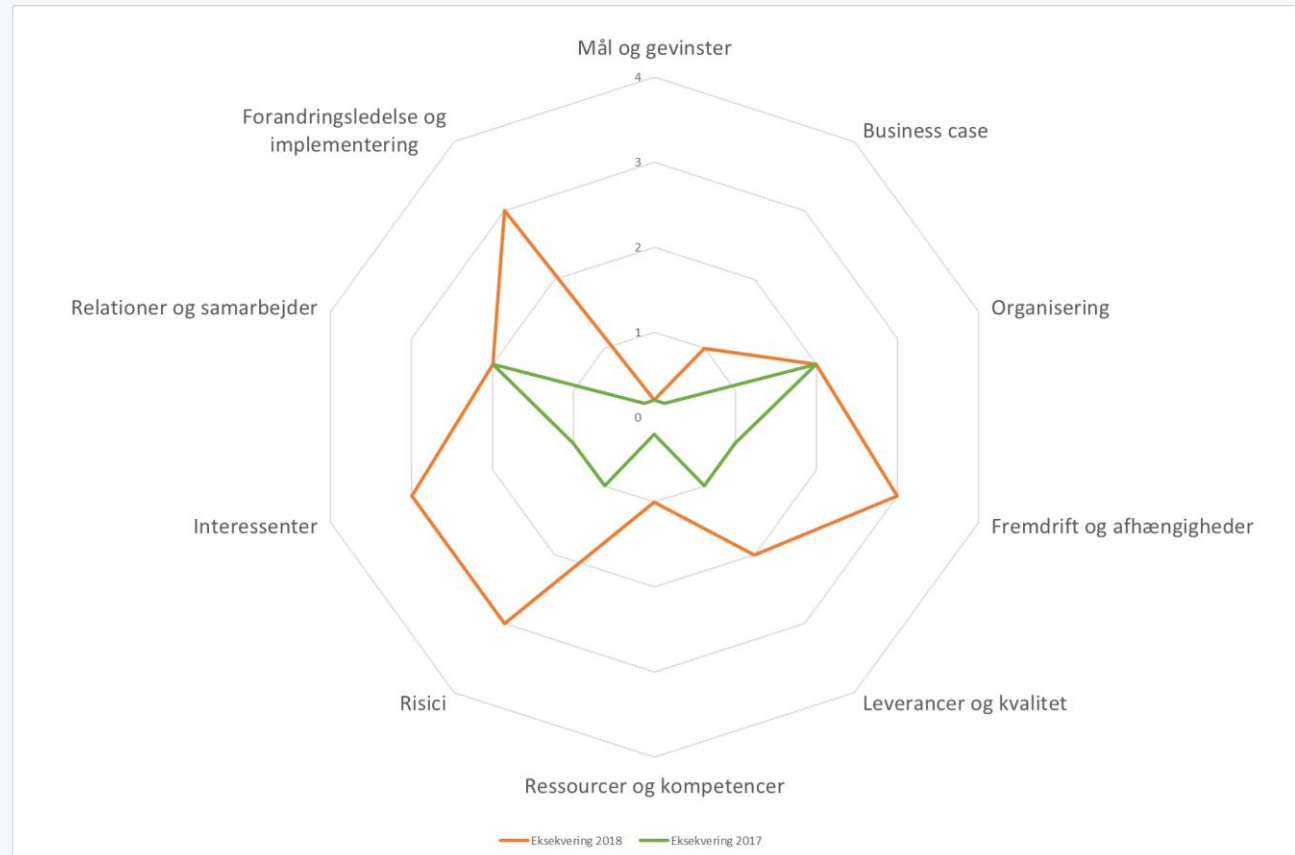
Formål med selvevalueringsmodellen

Formålet med selvevalueringen er at få en status på landsdelsprogrammets tilstand på en række styringsmæssige parametre. Endvidere har modellen været anvendt som udgangspunkt for de interviews, der er foretaget med programledelsen i Landsdelsprogram Syddanmark.

Evne til at eksekvere planer

Modellen består af to vurderingsdele. Den anden, som ses her på siden, indeholder en vurdering af landsdelsprogrammets evne til at eksekvere planer.

Resultatet af selvevalueringen fremstår overordnet set meget positivt sammenholdt med sidste års selvevaluering. Det fremgår af figuren til højre, at selvevalueringen for 2018 på tre punkter er identisk med sidste års resultat, mens der på 7 ud af 10 punkter er fremgang. Det parameter, hvor der ses den største fremgang, er forandringsledelse og implementering med +3 efterfulgt af fremdrift og afhængigheder, risici og interessenter med +2. På førstnævnte parameter kan arbejdet med forandringsledelse og beslutningen om at drive implementeringen decentralt i klyngerne nævnes. Generelt kan fremgangen på størstedelen af parametrene forklares ved, at programmet ved sidste review var på et meget indledende stadie, hvorfor fremgangen skyldes det arbejde, der er udført, på trods af, at man har været afventende over for FUT. Det må fremhæves, at en del af fremgangen på en række parametre skyldes et øget fokus, som dog ikke er formaliseret, fx på risici, fremdrift og afhængigheder og leverancer og kvalitet.



Selvevalueringen er i første omgang udfyldt enkeltvis af henholdsvis den kommunale og regionale programleder. Dernæst er der udarbejdet en fælles score, som er afbildet her og sammenlignes med scores for sidste år. Den ene programleder er ny og besvarede derfor ikke selvevalueringen sidste år.



About PA.

An innovation and transformation consultancy, we believe in the power of ingenuity to build a positive human future in a technology-driven world.

As strategies, technologies and innovation collide, we turn complexity into opportunity.

Our diverse teams of experts combine innovative thinking and breakthrough technologies to progress further, faster. Our clients adapt and transform, and together we achieve enduring results.

We are over 2,600 specialists in consumer, defence and security, energy and utilities, financial services, government, healthcare, life sciences, manufacturing, and transport, travel and logistics. And we operate globally from offices across the Americas, Europe, the Nordics and the Gulf.

PA. Bringing Ingenuity to Life.


**Copenhagen Office
Portland TowersGöteborg Plads 1
DK-2150 NordhavnCopenhagenDenmark+45 39 25 5000**

paconsulting.com

This report has been prepared by PA Consulting Group on the basis of information supplied by the client, third parties (if appropriate) and that which is available in the public domain. No representation or warranty is given as to the achievability or reasonableness of future projections or the assumptions underlying them, targets, valuations, opinions, prospects or returns, if any, which have not been independently verified. Except where otherwise indicated, the report speaks as at the date indicated within the report.

**All rights reserved
© PA Knowledge Limited 2018**

This report is confidential to the organisation named herein and may not be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical or otherwise, without the prior written permission of PA Consulting Group. In the event that you receive this document in error, you should return it to PA Consulting Group, 10 Bressenden Place, London, SW1E 5DN. PA Consulting Group accepts no liability whatsoever should an unauthorised recipient of this report act on its contents.


Følgegruppen for opgaveoverdragelse				
Navn på indsats	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	<p>For at aflaste de praktiserende læger i Syddanmark, har Det Administrative Kontaktforum godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse kunne igangsætte et projekt, som har til formål at undersøge potentialet og effekten af at overdrage samtalestøtte til borgere sygemeldt af psykisk årsag fra almen praksis til kommunerne. Projektet er fortsat relevant, men afventer øvrige indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2023</p>	<p>Videreføres Eventuelt som en del af en øvrig række af indsatser målrettet mental helbred i Sundhedsaftalen 2019-2023. Erfaringerne med projekt recovery bør dog fremadrettet indtænkes i projektets.</p>	<p>2020</p>	<p>Et pilotprojekt i 2-3 kommuner. En tværsektoriel arbejdsgruppe. En projektorganisering, som samler understøtter projektet og evaluerer resultaterne.</p>

<p>Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger):</p>				
<p>Intravenøs og subcutan medicinadministration</p>	<p>Kommunale akutfunktioner, skal jf. kvalitetsstandarderne kunne varetage intravenøs og subcutan medicinadministration.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen er, på baggrund af input fra kommuner, sygehuse og PLO Syddanmark, ved at afdække hvilke præparater, som rummer et potentiale for et ændret samarbejde. Følgegruppen vil herefter præsentere Det Administrative Kontaktforum for en udfyldt model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse</p>	<p>2019-2020</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe</p>
<p>Samarbejdsaftale om IV behandling med væske</p>	<p>Samarbejdsaftalen om IV-behandling med væske skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.</p>	<p>2019 2020 (revision)</p>	<p>Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe</p>

Samarbejdsaftale om IV behandling med antibiotika	Samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.	Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.	2019 2020 (revision)	Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om sondeernæring	Samarbejdsaftalen om sondeernæring skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.	Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.	2019 2020 (revision)	Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om parenteral ernæring	Samarbejdsaftalen om parenteral ernæring skal monitoreres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden.	Videreføres Samarbejdsaftalen monitoreres, næste gang i september 2019. Vurderes at skulle revideres senest, når aftalen er tre gammel i 2020.	2019 2020 (revision)	Følgegruppen varetager monitoreringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	Samarbejdsaftalen om akutte bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser skal evalueres og eventuelt revideres i løbet af aftaleperioden	Videreføres Samarbejdsaftalen skal evalueres i november 2019 og eventuelt revideres i aftaleperioden	2019 (evt. revision)	Følgegruppen varetager evalueringen af samarbejdsaftalen. Skal aftalen revideres skal der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe
Samarbejdsaftale om pasning af dræn af dræn	Samarbejdsaftalen om pasning af dræn skal evalueres to år efter implementering.	Videreføres Samarbejdsaftalen skal evalueres i september 2020 og evt. revideres.	2020 (evaluering)	En tværsektoriel arbejdsgruppe

<p>Samarbejdsaftale om kateteranlæggelse og pleje</p>	<p>Samarbejdsaftalen om kateteranlæggelse og pleje skal evalueres to år efter implementering. Følgegruppen arbejder med en tværsektoriel arbejdsgruppe om at udvikle et E-læringskursus målrettet kommunalt personale, som skal oplæres i kateteranlæggelse. Arbejdet forventes færdig i april 2019, men skal efterfølgende implementeres.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen skal evalueres i september 2020 og evt. revideres.</p>	<p>2019 (implementering af e-læringskursus) 2020 (evaluering)</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe</p>
<p>Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem</p>	<p>Samarbejdsaftalen beskriver rammerne for hvordan udgående blodprøvetagningsfunktioner kan rekvireres til borgere i eget hjem.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen vil i løbet af foråret 2019 evaluere den eksisterende samarbejdsaftale og vurdere behovet for at justere den.</p>	<p>Hvis samarbejdsaftalen skal justeres forventes arbejdet at skulle pågå medio 2019.</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe bør nedsættes. Det vil være oplagt at bruge den samme, som evaluere samarbejdsaftalen</p>
<p>Modellen for planlagt og aftalt overdragelse</p>	<p>Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse er et vigtigt redskab i Sundhedskoordinationsudvalget vision om at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Følgegruppen foreslår, at modellen fortsat anvendes i den kommende sundhedsaftaleperiode. Modellen evalueres og tilpasses løbende iht. den enkelte opgave.</p>	<p>Videreføres</p>	<p>Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse vil blive anvendt løbende over aftaleperioden</p>	

<p>Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem</p>	<p>I samarbejdsaftalen for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem beskrives, hvordan patienter fra Hæmatologisk afdeling på OUH kan modtage behandling i eget hjem. Følgegruppen foreslår, at samarbejdsaftalen i foråret 2019 udvides til at dække alle sygehusenheder og et nyt præparat.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen monitorer samarbejdsaftalen løbende og kommende løbende med forslag til revidering af samarbejdsaftalen iht. den medicinske udvikling.</p>	<p>2019 (revideres) 2020 (monitoreres)</p>	<p>En tværsektoriel arbejdsgruppe</p>
--	--	---	--	---------------------------------------

<p>Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering</p>				
<p>Navn på indsats</p>	<p>Beskrivelse af indsatsen</p>	<p>Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles</p>	<p>Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)</p>	<p>Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)</p>
<p>Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale</p>	<p>Der er fastsat krav til leverandørerne, samarbejdsaftaler om konsulentbistand og forskningsmæssig forankring samt indholdet i og formidlingen af de relevante genoptræningsplaner</p>	<p>Afvikles Indsatsen afsluttes, da det relevante materiale er udarbejdet</p>		
<p>Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau</p>	<p>DAK har godkendt en model for opfølgning i to trin. I første trin spørges kommunerne om, hvilke leverandører, de benytter. I andet trin spørges de udpegede leverandører om deres efterlevelse af de tværsektorielt fastsatte kvalitetskrav</p>	<p>Videreføres Indsatsen videreføres - en første opfølgning forventes forelagt DAK på andet møde i 2019, men som følge af kompleksiteten i opgavevaretagelsen vedr. rehabilitering på specialiseret niveau, vurderes der at være brug for at gentage opfølgningen i den nye sundhedsaftaleperiode</p>	<p>Den nærmere timing af en gentagelse af opfølgningen vil skulle vurderes nærmere - men den vil tidligst være relevant i 2020</p>	<p>Som udgangspunkt håndteres opgaven af følgegruppesekretariatet</p>

<p>Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter</p>	<p>Der er udarbejdet tværsektorielt materiale til understøttelsen, herunder en model, der skal tydeliggøre sondringen dels mellem behandling og genoptræning på området, dels mellem forskellige genoptræningsniveauer</p>	<p>Afvikles Indsatsen afsluttes, idet det relevante materiale er udarbejdet.</p>		
<p>Opfølgning på understøttelsen af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter</p>	<p>Data til en første opfølgning forventes indsamlet og bearbejdet i første halvdel af 2019 og resultaterne forventes forelagt DAK i anden halvdel af 2019</p>	<p>Videreføres Indsatsen videreføres - der vil fortsat være behov for understøttelse af indsatsen på området via monitorering og opfølgning på implementeringen</p>	<p>Den nærmere timing af en gentagelse af opfølgningen vil skulle vurderes nærmere - men den vil tidligst være relevant i 2020</p>	<p>Der er på nuværende tidspunkt nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe til varetagelse af opgaven i samspil med følgegruppesekretariatet</p>
<p>Evalueringsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning</p>	<p>DAK fik en første opfølgning på samarbejdsaftalen forelagt ultimo 2017, og det var planen, at en anden opfølgning skulle finde sted i efteråret 2018. Det viste sig imidlertid nødvendigt at udskyde denne til 2019</p>	<p>Afvikles Indsatsen afsluttes, da der er kommet ny lovgivning på området. Der udestår en koordinering i kommunerne af registreringerne af, hvornår borgerne opstarter deres genoptræningsforløb.</p>	<p>Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering og den stående arbejdsgruppe drøfter på førstkommande møde i 2019, den udestående koordinering i kommunerne i fht registreringer.</p>	

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	Afvikles Afsluttes, idet følgegruppen retter henvendelse til MEDCOM-gruppen vedr. ønskede forbedringer i korrespondancerne		
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet	Indsatsen har fokuseret på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og den tilhørende korrespondancemeddelelse	Afvikles Afsluttes, idet DAK den 22. juni 2017 godkendte slutrapport vedr. projektet. Det fortsatte implementeringsarbejde foregår herefter i regi af de lokale samordningsfora.		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Indsatsen har primært rettet sig mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis	Videreføres Videreføres i den administrative del af den kommende sundhedsaftale, idet det fortsatte arbejde med samarbejdsaftalen forankres i PSOF. En følgegruppe modtager årlig afrapportering på status fra PSOF	Årligt i aftaleperioden	Opgaven varetages af PSOF i samspil med følgegruppesekretariatet
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Indsatsen har primært rettet sig mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion	Afvikles Afsluttes, jf. særskilt sag til DAK-mødet den 24. januar 2019. Følgegruppen foreslår, at dele af den nuværende samarbejdsaftale samtænkes med nye indsater i Sundhedsaftalen 2019-2023, eksempelvis ift. arbejdsmarkedsområdet		

Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af genoptræning	Muligheder for gennemførelse af forskningsprojekt er afsøgt i forhold til VIVE og Center for Kvalitet	Afvikles Afsluttes, jf. særskilt sag til DAK-mødet den 24. januar 2019		
Nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskadeområdet	Følgegruppen følger arbejdet i en syddansk gruppe, som er nedsat i relation til projektet	Videreføres Videreføres, idet projektet afsluttes medio 2020	Projektet følges frem til dets afslutning	Projektet kræver ingen særskilt organisering ud over den allerede etablerede

Følgegruppen for forebyggelse	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for
	<p>Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område</p>	<p>Videreføres I forbindelse med udarbejdelsen af den kommende aftale på børne- og ungeområdet er det blevet tydeligt, at den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område ikke erstattes af den kommende tværsektorielle aftale. DAK har derfor godkendt, at der sættes en afdækning i gang af behovet for opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område.</p>	<p>Når afdækningen er tilendebragt, vil Følgegruppen for forebyggelse vurdere, om der kan ske administrative opdateringer eller om der er behov for at nedsætte en arbejdsgruppe. Det er forventningen, at arbejdet vil blive indledt i indeværende aftaleperiode. Såfremt der skal nedsættes en arbejdsgruppe, vil arbejdet formentligt strække sig ind i den nye aftaleperiode.</p>	<p>Det er endnu ikke afklaret, om der vil være behov for redaktionelle ændringer eller nedsættelse af arbejdsgruppe. Såfremt der nedsættes en arbejdsgruppe, vil denne få til opgave at vurdere det fremtidige ressourcetræk.</p>


	<p>Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom</p>	<p>Videreføres Dette arbejde videreføres som planlagt. DAK har tidligere godkendt en tidsplan, som lægger op til, at forløbsprogrammet for hjerte endeligt godkendes i februar 2019, at forløbsprogrammet for depression godkendes i december 2019, at forløbsprogrammet for ryglidelser godkendes i oktober 2020 og at forløbsprogrammet for leddegigt godkendes i august 2021.</p>	<p>Processen er blevet komprimeret, hvilket har medført, at der vil være særligt fokus på opgaven helt frem til godkendelsen af det sidste forløbsprogram.</p>	<p>Arbejdsgruppen er blevet tilført ekstra sekretærressourcer i forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogram for depression og det vil løbende blive vurderet, hvilket behov der er for ressourcer for at efterleve den skærpede tidsplan. DAK vil ligeledes blive forelagt budget for processen med det enkelte forløbsprogram, når de skal godkende igangsættelsen af arbejdet.</p>
	<p>Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen 2017</p>	<p>Videreføres Sundhedsprofilen skal videreføres i den kommende aftaleperiode. Dette begrundes med, at det er en del af en national beslutning, som vi ikke kan afvige på regionsplan.</p>	<p>Der vil være særligt fokus på indsatsen i 2021, hvor der indsamles data og i 2022, hvor den nye profilundersøgelse offentliggøres.</p>	<p>Der er allokeret 1-2 medarbejdere i Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde og det er vurderingen, at dette er tilstrækkeligt.</p>

	<p>Arbejdsgruppe: Ny aftale på børne- og ungeområdet</p>	<p>Aftalen forventes endeligt godkendt og klar til implementering i indeværende aftaleperiode. Indholdet i aftalen lever op til målsætningerne i den kommende sundhedsaftale og det anbefales derfor, at indsatsen videreføres som en implementeringsindsats. Det er den eksisterende arbejdsgruppes ønske, at der etableres en central implementeringsgruppe, som sikrer en ensartet implementering af aftalens forpligtelser og anbefalinger. Det er vigtigt, at implementeringsindsatsen tænkes sammen med implementeringen af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, som Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har fået fælles midler til at implementere.</p>	<p>Der vil være behov for et særligt fokus i aftaleperiodens første og andet år, da det er vigtigt, at aftalen bliver implementeret i bund.</p>	<p>Det anbefales, at der nedsættes en implementeringsgruppe, som består af de væsentligste aktører på området fordelt geografisk. De temadage og workshops, som forventes afholdt, vil blive afholdt i fællesskab med dem, som er planlagt i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne.</p>
	<p>Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning</p>	<p>Videreføres Aftalen anbefales videreført i den kommende aftaleperiode. Der er forespørgsel fra sygehusene om en mulig revidering af aftalen.</p>	<p>I aftalen fremgår det, at der skal foretages evaluering og tilpasning løbende, herunder i 2019 og 2021.</p>	<p>Det vil afhænge af evalueringens omfang, hvorvidt der er behov for tilførelse af ekstra ressourcer. Som udgangspunkt vil det være et sekretariat samt infektionshygiejnesygeplejersker fra de fire sygehuse.</p>

	Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Videreføres Følgegruppen vurderer løbende behovet for regional rådgivning til kommunerne om forebyggelse. Der vil i løbet af 2019 blive udarbejdet et forslag til forebyggelsesrådgivningsaktiviteter.	Der vil være fokus på området i løbet af 2019, hvorefter det vil blive vurderet, om der er behov for yderligere særligt fokus i den kommende aftaleperiode.	Der vil i forbindelse med arbejdet blive foretaget en vurdering af ressourcetræk.
	Arbejdsgruppe for monitorering	Videreføres Arbejdsgruppen er nedsat med det formål at monitorere de indsatser, der er igangsat i regi af Følgegruppen for forebyggelse. Det er forhåbningen, at man med den kommende sundhedsaftale kan etablere en organisering, som sikrer en central monitorering af alle igangværende indsatser på tværs af alle følgegrupper. Såfremt det sker, nedlægges Arbejdsgruppen vedr. monitorering.	Arbejdsgruppen arbejder løbende med tilrettelæggelse og udførelse af monitorering og der er således ikke tale om spidsbelastningssituationer. Dog er der en monitoreringspukkel, som skal afvikles over de kommende år, idet monitorering af KOL forløbsprogrammet er forsinket ca. 2 år.	Arbejdsgruppen består af 4 medlemmer, som flere gange har anmodet om at blive flere. Det er følgegruppens vurdering, at bemanningen er tilstrækkelig, men der efterspørges en generel monitoreringsorganisering for alle følgegrupper, som tildeles tilstrækkelige ressourcer til at varetage opgaven.
	Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Afvikles Indsatsen er tilendebragt med afsluttende konference den 4. december 2018. De udviklede metoder er overdraget til Steno Diabetescenter. Indsatsen skal derfor afvikles.	Der er ikke behov for særligt fokus. Dog er det følgegruppens ønske, at man iværksætter en indsats i regi af den kommende sundhedsaftale, som sikrer, at de udviklede metoder og erfaringer bringes i spil i det videre arbejde.	Der vil som udgangspunkt ikke være behov for ressourcer til dette.

	<p>Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. "lead" model i forbindelse med implementering af nye forløbsprogram</p>	<p>Afvikles Det foreslås, at denne indsats afvikles med den begrundelse af det ikke er vurderingen, at den har virket efter hensigten. Det sygehus, som jf. aftalen er blevet tildelt "lead" på kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af et givent forløbsprogram, har taget opgaven på sig, men de øvrige sygehuse har ikke ønsket at afvente det koncept, som "lead"-sygehuset har udviklet. Dette har skyldtes, at man gerne vil i gang med at implementere forløbsprogrammerne hurtigst muligt. Følgegruppen for forebyggelse anbefaler, at man overvejer, om der kan udarbejdes en aftale om, at man på tværs af SOF'erne mødes, allerede når forløbsprogrammet er i høring, og der i samråd når frem til en plan for, hvilken kompetenceudvikling der er behov for. Efter dette møde arbejder man selv på SOF-niveau og samler så i fællesskab op efter et år.</p>	<p>Hvis indsatsen afvikles, vil der ikke være behov for særligt fokus. Såfremt den videreføres ,vil der være behov for særligt fokus, når et forløbsprogram godkendes.</p>	<p>Det afhænger af, hvilken beslutning der bliver truffet.</p>
	<p>Arbejdsgruppe vedr. Syddansk Børne- og Ungesundhedsprofil</p>	<p>Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlig indsats.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.</p>
	<p>Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. samarbejde med Sammen om Velfærd</p>	<p>Afvikles Opgaven er tilendebragt og der var ikke opbakning til samtænkning af indsatserne.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlig indsats.</p>	<p>Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.</p>

	Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.
	Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark".	Afvikles Arbejdsgruppen er nedlagt og monitoreringsindsatsen er placeret hos Arbejdsgruppen vedr. monitorering	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.
	Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.
	Kortlægning af mental sundhed	Afvikles Arbejdet er tilendebragt og udgår derfor som indsats.	Der vil ikke være behov for særlig indsats.	Der vil ikke være behov for særlige ressourcer.

Følgegruppen for behandling og pleje				
Navn på indsats	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)
Videreudvikling af SAM:BO socialpsykiatri	<p>DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. 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 implementeringsplan.</p> <p>Implementeringsplanen følges planmæssigt, og de nye forløb er implementeret den 23. oktober 2018.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Videreudviklingsopgaven er afsluttet.</p> <p>Indsatsen er implementeret, og videreføres på lige fod med øvrige SAM:BO-forløb.</p> <p>Det er forudsat, at forløbene skal evalueres i løbet af 2019.</p> <p>Principielle spørgsmål og afklaringer løftes via Følgegruppen over i den tværsektorielle SAM:BO-gruppe.</p>	<p>Evalueringsopgaven er forudsat til at foregå i 2019.</p> <p>Drift og opfølgning vil finde sted i hele perioden.</p>	<p>Evalueringsopgaven er på nuværende tidspunkt ikke beskrevet, hvorfor det ikke er muligt at vurdere ressourceforbruget.</p>

<p>Videreudvikling af SAM:BO arbejdsområde</p>	<p>DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsområdet.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 3. december 2018 et kommissorium for det indledende arbejde vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsområdet. Der nedsættes en arbejdsgruppe inden årsskiftet 18/19. Arbejdsgruppen skal udarbejde et kommissorium samt tids- og procesplan for videreudvikling af SAM:BO på arbejdsområdet. Dette forventes forelagt for Følgegruppen i maj 2019.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen skal videreføres i den nye sundhedsaftale-periode.</p>	<p>Specielt i de to første år. Udvikling forventes at ske i løbet af 2019, medens der forventeligt vil være fokus på implementering i 2020.</p>	<p>Som det fremgår, er der endnu ikke udarbejdet et kommissorium for videreudvikling af SAM:BO på arbejdsområdet, hvorfor det ikke er muligt at vurdere ressourceforbruget.</p> <p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe yder adhoc faglig rådgivning til Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på, at Følgegruppen for behandling og pleje kan træffe kvalificerede beslutninger ift. driften af SAM:BO. Forespørgsler til arbejdsgruppen kommer via Følgegruppen.</p>
<p>Samarbejdsaftale om FMK</p>	<p>DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.</p>	<p>Afvikles</p> <p>Indsatsen videreføres ikke.</p>		

<p>Tværasektoriel arbejdsgruppe</p>	<p>FMK</p> <p>Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværasektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje.</p> <p>Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværasektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Der er fortsat behov for at have fokus på retvisende FMK af hensyn til patientsikkerhed. Behovet er aktualiseret ved apotekernes snarlige opkobling på FMK.</p> <p>Hertil kommer central opmærksomhed på, at ajourføringsprocenten i almen praksis skal være væsentligt højere, i de situationer, hvor anden sundhedsfaglig person overtager patientbehandlingen og -omsorg.</p> <p>Der erindres om, at ajourført FMK fortsat er en indikator i de 8 nationale kvalitetsmål for sundhed.</p> <p>Det anbefales, at overvågningen af brug af FMK fortsætter, men at opgaven allokeres i en følgegruppe (mod 2 idag).</p>	<p>Der kan være behov for at sætte særligt fokus på FMK og brugen heraf, når apotekerne også anvender FMK, og hvis der kommer nye anvisninger for brug af dosisdispensering.</p> <p>Indsatsen vil ligge i hele perioden.</p>	<p>Det forventes, at behovet for opmærksom på området fortsat kan varetages af den tværasektorielle arbejdsgruppe, som er nedsat af DAK. Når apotekerne er koblet på FMK, kan der være behov for at samle interessenter om en fælles forståelse af brug af FMK.</p>
--	--	---	--	---

<p>Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark</p>	<p>Den foreliggende samarbejdsaftale er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2017 reviderede anbefalinger for den palliative indsats. Følgegruppen godkendte i forlængelse heraf den 9. april 2018 kommissorium for tværsektoriel arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Revideret samarbejdsaftale forventes forelagt til godkendelse i følgegruppen i første halvår af 2019.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
--	---	---	--	--

<p>Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje</p>	<p>Psykatriområdet i Region Syddanmark arbejder ud fra SAM:BO aftalen på lige fod med det somatiske område.</p> <p>I det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje anvendes de MedCom-standarder, som fremgår af den reviderede SAM:BO (implementeret den 3. oktober 2017).</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen er implementeret, og videreføres på lige fod med øvrige SAM:BO-forløb.</p> <p>Principielle spørgsmål og afklaringer løftes via Følgegruppen over i den tværsektorielle SAM:BO-gruppe.</p>		<p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe yder adhoc faglig rådgivning til Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på, at Følgegruppen for behandling og pleje kan træffe kvalificerede beslutninger ift. driften af SAM:BO. Forespørgsler til arbejdsgruppen kommer via Følgegruppen.</p>
---	--	--	--	---

<p>Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)</p>	<p>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. Følgegruppen besluttede den 3. december 2018, at kommissoriet for den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe justeres, så der nedsættes et formandsskab og socialpsykiatrien repræsenteres. Kommissorium forelægges følgegruppen til godkendelse i marts 2019.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen er implementeret, og videreføres på lige fod med øvrige SAM:BO-forløb.</p> <p>Principielle spørgsmål og afklaringer løftes via Følgegruppen over i den tværsektorielle SAM:BO-gruppe.</p>		<p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe yder adhoc faglig rådgivning til Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på, at Følgegruppen for behandling og pleje kan træffe kvalificerede beslutninger ift. driften af SAM:BO. Forespørgsler til arbejdsgruppen kommer via Følgegruppen.</p>
---	---	--	--	---

<p>Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom</p>	<p>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.</p> <p>Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer).</p>	<p>Afvikles</p> <p>Indsatsen videreføres forventeligt ikke da handlingsplanen udløber ved udgangen af 2019. Indsatserne i handlingsplanen videreføres i de organisationer, hvor de er implementeret.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Audit/evaluering af SAM:BO</p>	<p>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.</p> <p>Følgegruppen har den 8. oktober 2018 drøftet, at en audit af SAM:BO bør afvente, at SAM:BO Socialpsykiatri er implementeret og i drift. Følgegruppen vurderer derfor, at en audit af SAM:BO mest hensigtsmæssigt finder sted i den ny sundhedsaftaleperiode.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres i en ny aftaleperiode med henblik på en generel evaluering af SAM:BO.</p>	<p>Da opgaven har afventet implementering af SAM:BO Socialpsykiatri, vil det formentligt give mening at placere indsatsen i første halvdel af den ny aftaleperiode.</p>	<p>Da arbejdet endnu ikke er beskrevet, er det ikke muligt at vurdere ressourceforbruget.</p>
--	--	--	---	---

<p>Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler</p>	<p>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.</p> <p>Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.</p> <p>Status gives helårligt i oktober.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres, såfremt der med de nye nationale rammer for området, som forventes indenfor kort tid, stadig er brug for koordinering på det tværsektorielle område.</p>		<p>Indsatsen kræver en arbejdsgruppe (er etableret p.t.)</p>
--	--	--	--	--

<p>Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet</p>	<p>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.</p> <p>På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.</p> <p>Anbefalinger til organisering herunder rolle og ansvarsfordeling skal ligeledes indgå i arbejdet.</p> <p>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.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen skal videreføres i den nye sundhedsaftale-periode, idet arbejdet ikke er kommet i gang indenfor den eksisterende sundhedsaftaleperiode. Anbefalingerne har netop været i høring, og de forventes udsendt umiddelbart før jul.</p>	<p>Revisionen forventes at skulle foregå i 2019.</p>	<p>Der er behov for nedsættelse af en arbejdsgruppe til at forestå arbejdet.</p> <p>Desuden forventes den nuværende tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i regionen at fortsætte sit arbejde, idet der er behov for en monitorering af de mange nye indsatser fra demenshandlingsplanen.</p>
--	---	--	--	---

<p>Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere demensenhederne</p>	<p>af 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.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres ikke, da arbejdet er afsluttet.</p> <p>Et eventuelt fremtidigt fokus forventes varetaget i forbindelse med initiativ 3 i den nationale demenshandlingsplan vedr. de tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder.</p>		
<p>Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens</p>	<p>til Der blev udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb. Da kurset blev udbudt, var der efterfølgende ikke tilslutning hertil. På den baggrund er opgaven vedr. kompetenceudvikling skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium.</p> <p>Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan (Initiativ 22).</p>	<p>Videreføres</p> <p>Indsatsen videreføres ikke, da der ikke har været opbakning til en tværasektoriel indsats.</p> <p>I forbindelse med initiativ 22 i den nationale demenshandlingsplan har der ved flere lejligheder været taget initiativ til puljeansøgninger i forhold til en tværasektoriel uddannelsesindsats, hvilket der ikke har været kommunal opbakning til.</p>		

Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.	Afvikles Indsatsen videreføres ikke, da hjemmesiden er nedlagt.		
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	Den regionale vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange er blevet revideret og godkendt af DAK den 23. november 2017. DAK godkendte den 14. maj 2018 et oplæg til læringsinitiativer med den præcisering, at arbejdet med læringsinitiativer skal forankres lokalt. Der er uafholdt en temaeftersmiddag om læringsinitiativer vedr. UTH i sektorovergange den 15. november 2018. Opsamling på temaeftersmiddagen sendes til deltagerne og SOF-sekretariatene med henblik på lokal forankring af læringsinitiativer.	Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.		Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftalen om peritonealdialyse i eget hjem er blevet revideret og blev godkendt af DAK den 14. maj 2018. Den reviderede aftale er sendt til implementering i region og kommuner.	Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.		Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.


<p>Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr</p>	<p>Samarbejdsaftalen om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr er godkendt i SKU den 25. oktober 2016 og blev godkendt af regionsrådet den 28. november 2016.</p> <p>Følgegruppen har monitoreret samarbejdsaftalen. Der er nderuden edsat en ERFA-gruppe på området.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 3. december 2018, at samarbejdsaftalen revideres jf. ny organisering på området. Kommissorium for arbejdet forelægges formandskabet til godkendelse snarest pr. mail.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Det vurderes, at ERFA-gruppen skal fortsætte. Det vil forudsætte, at der afsættes ressourcer til at facilitere gruppen. Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
<p>Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp</p>	<p>Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp forventes revideret og godkendt i første halvår af 2018.</p>	<p>Videreføres</p> <p>Samarbejdsaftalen videreføres med henblik på vurdering af behov for revision efter 3 år.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>

<p>Samarbejdsaftale for det psykiatriske område</p>	<p>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. Tre af underaftalerne er justeret. De øvrige tre vurderes at skulle justeres senest i 2019.</p>	<p>Afvikles Samarbejdsaftalen videreføres ikke.</p>		
<p>Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)</p>	<p>Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF'erne. Der er afholdt temadag i 2017. Der er sket mindre redaktionelle justeringer i 2018, der skal sikre ophæng til sundhedsaftalen og SAMBO, da det blev besluttet at Samarbejdsaftalen for det psykiatriske område kunne udfases jf. ovenstående.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>

<p>Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område</p>	<p>Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF'erne. Der er sket mindre redaktionelle justeringer af aftalen i 2018, der sikrer ophængen til sundhedsaftale og SAMBO jf. ovenstående.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
<p>Aftale om sårbare gravide</p>	<p>DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017. Aftalen er implementeret via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>


<p>Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS</p>	<p>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 er implementeret via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.</p>	<p>Videreføres Samarbejdsaftalen videreføres og revideres efter behov.</p>		<p>Såfremt der opstår behov for revision af samarbejdsaftalen, vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til formålet.</p>
<p>Ammepolitikken</p>	<p>Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.</p>	<p>Videreføres Ammepolitikken videreføres, men revideres forventeligt i forbindelse med arbejdet med udarbejdelse af ny fødeplan.</p>		<p>Da arbejdet endnu ikke er beskrevet, er det ikke muligt at vurdere ressourforbruget.</p>

<p>Nye sygehus-hjemmepleje-standarder</p>	<p>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.</p>	<p>Afvikles</p> <p>Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt</p>				
<p>Navn på indsats</p>	<p>Beskrivelse af indsatsen</p>	<p>Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles</p>	<p>Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)</p>	<p>Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)</p>
<p>Bidrage til udvikling af det samlede ledelsesinformationsgrundlag</p>	<p>Bidrage til udviklingen af det samlede ledelsesinformationsgrundlag, som løbende skal give Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalg et et overblik over resultaterne af de igangsatte indsatser</p>	<p>Videreføres Der forventes i høj grad fokus på udvikling af ledelsesinformationsgrundlag i kommunernes og regionens fremtidige arbejde. Det er en opgave der fortsat skal udvikles på og med den kommende sundhedsaftale er der behov for at ledelsesinformationsgrundlaget understøtter arbejdet med de konkrete indsatser</p>	<p>Løbende fokus men særligt i relation til midtvejs- og slutevaluering af sundhedsaftalen.</p>	<p>Temadrøftelse i DAK og SKU i forlængelse af den endelige godkendelse af sundhedsaftalen og processen herfor.</p>

<p>Præsentation af resultater i forhold til de 8 nationale mål</p>	<p>Følgegruppen arbejder med at udvikle præsentationen af den årlige rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU. Herunder status og vurderinger af de udvalgte indikatorers resultater.</p>	<p>Videreføres Følgegruppen vurderer, at der er behov for at arbejde for at synliggøre data fra de nationale mål endnu mere. Der skal være fokus på at udbrede kendskabet til data og den læring, der kan ligge i de lokale forskelle i data. Herunder fx. fokus på at dele de gode erfaringer på tværs af kommuner med afsæt i de lokale data fra de nationale mål.</p>	<p>Når den årlige nationale rapportering foreligger vil der være behov for et særligt fokus. Det forventes af være primo sommer. I 2018 blev den nationale rapport dog først offentliggjort i september og den regionale rapportering følger kadencen for den nationale statusrapportering.</p>	<p>Temadrøftelser i DAK og SKU, forvenligt primo efterår.</p>
<p>KOL-landelsprogram i Region Syddanmark</p>	<p>Beregning af lokalbusiness case og gevinst realisering</p>	<p>Afvikles Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.</p>		
<p>Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver</p>	<p>Vurdering af monitoreringsopgaver i regi af sundhedsaftalen.</p>	<p>Videreføres Det vil være en fortløbende opgave at afklare følgegruppens rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en underopgave i forhold til følgegruppens opgave med at udvikle ledelsesinformationsgrundlaget</p>		

Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Undersøgelse af muligheden for løbende tværsektoriel ledelsesinformation til primært kommunerne i Region Syddanmark.	Afvikles DAK besluttede på mødet 27. januar, at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformation. Denne specifikke opgave er således afsluttet men indgår i mere overordnet form i følgegruppens arbejde med at bidrage til det fremadrettede ledelsesinformationsgrundlag		
--	--	--	--	--

Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin				
Navn på indsats	Beskrivelse af indsatsen	Begrundelse for om indsatsen skal videreføres eller afvikles	Hvornår i aftaleperioden forventes indsatsen at kræve et særligt fokus (periode)	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at en videreførelse kræver (eksempelvis behov for arbejdsgruppe, temadag eller workshops)
Understøttelse af de øvrige følgegrupper arbejde	Behov for IT-understøttelse	Videreføres Der er en forventning om en øget digitalisering afspejlet i den kommende sundhedsaftale	Det afhænger af de øvrige følgegrupper	Følgegruppen kunne forestille sig en stående arbejdsgruppe, som kan deltage mere aktivt i de øvrige følgegrupper arbejde, når der nedsættes arbejdsgrupper. Dette med formål om, at identificere digitaliseringsbehov meget tidligere i forløbet.
Videndeling på tværs af SOF'er	Afholdelse af en årlig temadag (når det giver mening), mhp at styrke implementeringsarbejdet i forhold til tiltag omkring velfærdsteknologi og telemedicin	Videreføres Implementering af digitalisering kræver ofte lidt ekstra, da det kan ramme en kulturændring. Derfor bør der være et skærpet fokus så vi kommer hele vejen rundt.	En gang om året, når det giver mening. Det er ikke sikkert der er behov for det hvert år.	Temadagen kan indeholde workshops. Temadagen vil primært være SOF og implementeringsgrupperne under SOF, men afhængig af emne, kan der være andre interessenter

Telemedicinsk sår vurdering	Der vil være løbende evaluering af indsatsen, afrapportering på inklusion samt opfølgning i forhold til den lokale forvaltning	Videreføres Telemedicinsk sår vurdering er et område med fokus fremadrettet, hvorfor det må prioriteres som en fast opgave i gruppen	Løbende	Vil være et samarbejde med den lokale forvaltning, som kan defineres som en stående arbejdsgruppe for emnet.
Tværsektoriel anvendelse af video	Der er lavet en handleplan vedrørende tværsektoriel anvendelse af video indeholdende en vejledning, som indeholder fire spor: Best practice, infrastruktur og udstyr, kompetenceudvikling og vedligeholdelse samt support.	Videreføres Vejledningen for anvendelse af video er til godkendelse på DAK den 24. januar 2019. Vejledningen lægger op til, at der skal arbejdes videre med fælles support, kompetenceudvikling og implementering i SOF'erne, og anbefalingerne er endnu ikke implementeret.	Der planlægges en temadag i foråret 2019, hvor fokus er på implementering af tværsektoriel anvendelse af video. Arbejdet vil derfor formodentligt kræve ekstra opmærksomhed i 2019.	Afhænger af beslutninger omkring det videre arbejde på mødet i DAK den 24. januar 2019.