

# Telemonitorering af borgere med KOL

- Opsamling FUT – sidste nyt
- Hvordan Esbjerg Kommune anvender telemonitorering og selvmonitorering til borgere med KOL og diabetes



EnergiMetropol  
ESBJERG



Esbjerg  
Kommune

Arne Nikolajsen, Direktør Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune

# Opsamling efter direktørmødet den 30.8.2018

- Infrastruktur – Udbuddet afsluttet.
  - Sidste nyt herfra
- Medarbejderløsning & Borgerløsning – afklaring af hvilken løsning der ønskes og hvordan
  - Klynge samarbejde, SOF-regi eller lign.?
  - Individuel kommune løsning?
- SSL – afklaring i egen kommune



EnergiMetropol  
Østjylland



Esbjerg  
Kommune

# Infrastruktur

## Milepæle i justeret tidsplan

Tidsplan Infrastruktur			
Nr.	Fase	Ny Startdato	Ny Slutdato
1I	Udvikling af delleverance 1 infrastruktur	22-10-2018	07-12-2018
2I	Delleveranceprøve 1	10-12-2018	13-12-2018
3I	Udvikling af delleverance 2 infrastruktur	14-12-2018	08-03-2019
4I	Delleveranceprøve 2	11-03-2019	15-03-2019
5I	Levering af infrastruktur del 1	18-03-2019	25-07-2019
6I	Overtagelsesprøve 1	05-08-2019	09-08-2019
7I	Levering af infrastruktur del 2	12-08-2019	28-10-2019
8I	Overtagelsesprøve 2	29-10-2019	01-11-2019
9I	Overtagelsesprøve for Option på SSL	05-12-2019	11-12-2019



EnergiMetropol  
Danne



Esbjerg  
Kommune

# Medarbejder –og Borgerløsning

## Tidsplan Medarbejderløsning

Nr.	Fase	Ny Startdato	Ny Slutdato
1M	Bestilling af Medarbejderløsning	06-11-2018	10-12-2018
2M	Integrationsleverance	11-12-2018	25-03-2019
3M	Integrationsprøve	01-04-2019	05-04-2019
4M	Delleverance 2	08-04-2019	12-08-2019
5M	Overtagelsesprøve	30-08-2019	05-09-2019

## Tidsplan Borgerløsning

Nr.	Fase	Ny Startdato	Ny Slutdato
1B	Delleverance 1	11-12-2018	22-03-2019
2B	Bestille integrationsleverance	06-11-2018	10-12-2018
3B	Integrationsprøve	25-03-2019	29-03-2019
4B	Bestilling af Borgerløsning	01-04-2019	12-04-2019
5B	Endelig leverance	15-04-2019	13-08-2019
6B	Overtagelsesprøve	23-08-2019	29-08-2019



EnergiMetropol  
Danne

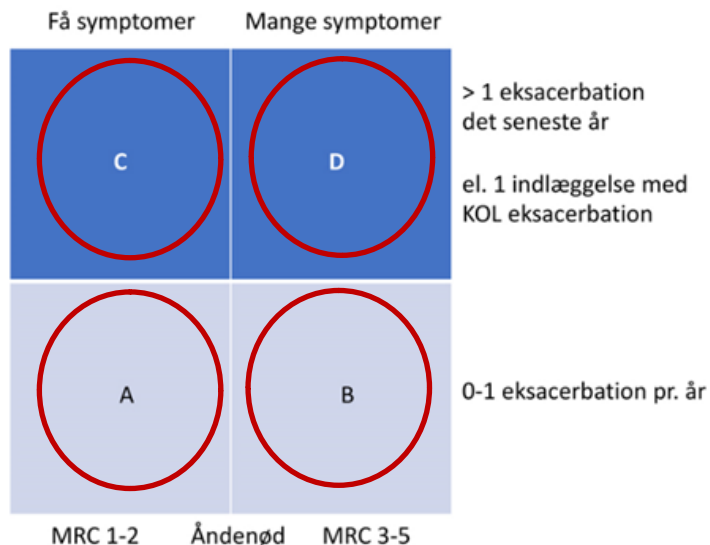


Esbjerg  
Kommune



# Center for Sundhedsteknologi – Esbjerg kommune

Ny klinisk klassifikation af KOL på baggrund af patientorienteret risikostratificering Modificeret efter GOLD



D – Kobles til telemonitorering

B – Kobles til telemonitorering, indtil vi har læring omkring handling på symptomer, - så er det selvmonitorering

C – Lærer at tolke handlinger, målinger og symptomer, så der kan handles rettidigt. Derefter er det selvmonitorering

A – få de gode vaner og den gode forståelse ind tidligt og følg dine målinger selv, så har du et sprog for, hvad du oplever og handler på.



# Tilpasning af ydelser i forløb ved Center for Sundhedsteknologi



Esbjerg  
Kommune



Selvmonitorering "Endomondo- tanken"	BYOD	Lån af mobil og måleudstyr	Mulighed for suppl. af måleudstyr
<p>Borgere der selv downloader appen uden at EK foranlediger ved direkte kontakt.</p> <p>Det ses som et tilbud borgerne kan benytte, men det er ikke et tilbud som vi er forpligtede til at kunne give samtlige borgere i Esbjerg. Det handler om at de borgere, der har anvendeligt udstyr, kan vælge at benytte sig af systemet</p>	<p>Borger downloader og bruger appen på eget udstyr uafhængig af CfS.</p>	<p>Borger kan henvende sig med ønsket om at få telemonitorering. Hvis borger ikke er vurderet ved CfS eller har kendskab til systemet, vurderes borger af CfS som kan vælge at starte borger i forløb med telemonitorering.</p>	<p>Borger forventes selv at investere i måleudstyr, såfremt borger vælger selvstændigt at benytte sig af tilbuddet om appen.</p>



Esbjerg Kommune



Esbjerg  
Kommune

# Tilpasning af ydelser i forløb ved Center for Sundhedsteknologi



Esbjerg  
Kommune



"Telemonitorering"	BYOD	Lån af mobil og måleudstyr	Mulighed for suppl. af måleudstyr
<p>Borgere der er i telemedicinsk behandling, oprettes og følges ved Cfs</p> <p>Borgere med KOL, - Telemonitorering er et livslangt tilbud. Nationale udrulning af Telemedicin for borgere med KOL.</p> <p>Borgere med DM. Her er tilbuddet ikke nationalt vurderet som værende som et livslangt tilbud.</p>	<p>Borger vil her altid downloade appen på EK's foranledning.</p>	<p>Borger kan i denne periode låne mobilt udstyr ved kommunen.</p> <p>Borger kan i denne periode få udleveret måleudstyr til egen brug gratis.</p> <p>Hvis borgers mobile udstyr går i stykker, så skal der tages stilling til evt. kommunalt erstatningsansvar.</p>	<p>Borger kan få udleveret måleudstyr gratis af Cfs. Såfremt måleudstyr er beskadiget, så erstattes udstyret af Cfs.</p>



Energimetropol



Esbjerg  
Kommune

# Tilpasning af ydelser i forløb ved Center for Sundhedsteknologi



Esbjerg  
Kommune



<p>"Selvmonitorering": Borgere der går fra telemonitoreringen til selvmonitorering</p>	<p>BYOD</p>	<p>Lån af mobil og måleudstyr</p>	<p>Mulighed for suppl. af måleudstyr</p>
<p>Borgere med KOL. Telemonitorering er et livslangt tilbud. Borgere med KOL kan dog vælge at overgå til gruppe 3 og i stedet blive Selvmonitørende</p>	<p>Borger anvender BYOD</p>	<p>Borger overgår til selvmonitorering og kan anvende eget mobile udstyr. Hvis KOL-borger ikke ønsker at overgå til selvmonitorering, så forbliver KOL-borger under telemonitorering.</p> <p>Hvis borgers mobile udstyr går i stykker, så skal der tages stilling til evt. kommunalt erstatningsansvar.</p>	<p>Borger fik udleveret måleudstyr gratis, da de blev Telemonitøret under gruppe 2. Såfremt måleudstyr er beskadiget, så skal borger her selv investere i nyt måleudstyr.</p>
<p>Borgere med DM. Telemonitorering er ikke givet som livslangt tilbud Borger med DM. Her vurderer personalet om borger er stabil nok til selvmonitorering og (i samarbejde med borger) om borger har gavn af tilbuddet.</p>	<p>Borger anvender BYOD</p>	<p>Borger overgår til selvmonitorering og kan anvende eget mobile udstyr.</p> <p>Hvis borgers mobile udstyr går i stykker, så skal der tages stilling til evt. kommunalt erstatningsansvar.</p>	<p>Borger fik udleveret måleudstyr gratis, da de blev Telemonitøret under gruppe 2. Såfremt måleudstyr er beskadiget, så skal borger selv investere i nyt måleudstyr.</p>



Esbjerg  
Kommune



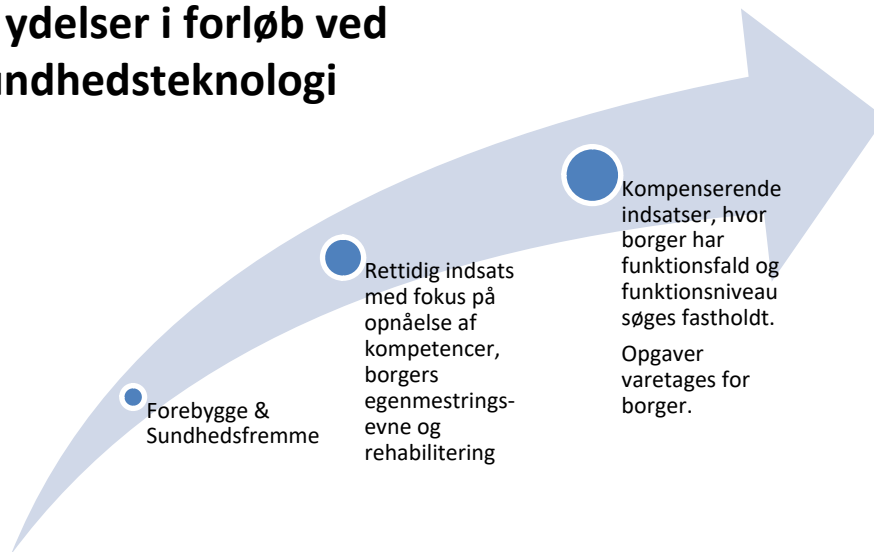
Esbjerg  
Kommune



# Tilpasning af ydelser i forløb ved Center for Sundhedsteknologi



Esbjerg  
Kommune



## Andel af borgere der anvender BYOD og udlånt udstyr ifm. Telemonitorering.

Estimater på baggrund af aktive borgere i gruppe 2 telemonitorering den 29.05.18:

100% BYOD	Eget mobilt udstyr og låner måleudstyr	Eget måleudstyr og låner mobilt udstyr	Låner mobilt udstyr og måleudstyr
14,5 %	37,5 %	19,9 %	28,1%
Har selv mobilt udstyr		Låner mobilt udstyr	
52 %		48 %	



Energimetropol  
Danish



Esbjerg  
Kommune

## Eksempel på et driftsscenario



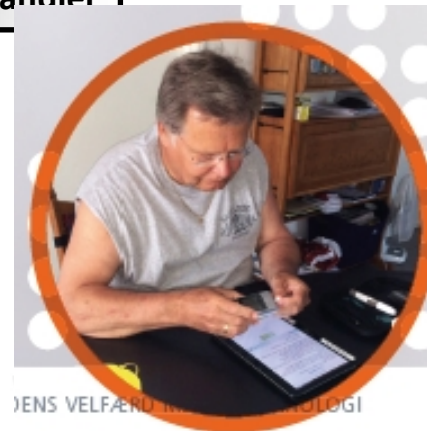
Esbjerg  
Kommune



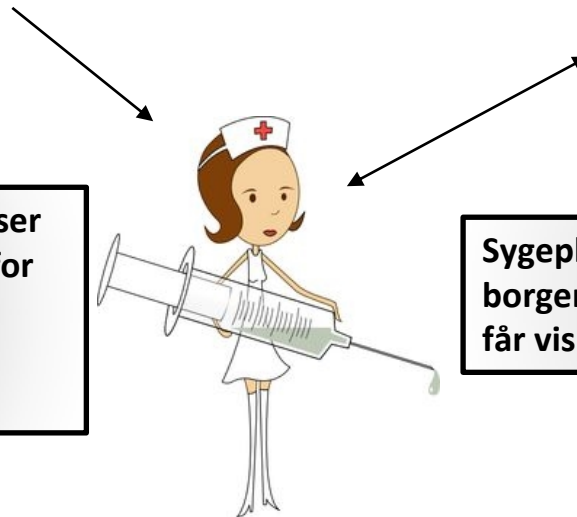
Center for  
Sundhedsteknologi



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



DENS VELFÆRD I TEKNOLOGI



**Får borgeren visiteret sygeplejeydelser fra Sygeplejeenheden, så er Center for Sundhedsteknologi ansvarlig for at advisere Sygeplejen, såfremt der kommer ændringer i borgerens data**

**Sygeplejersken er ansvarlig for borgerkontakten hos borgere der får visiteret ydelser**



Esbjerg  
Kommune



Esbjerg  
Kommune

# Center for Sundhedsteknologi



Esbjerg  
Kommune



Vi følger borgerne "lidt før". Vi er med på afstand, men kan være nærværende ved behov.

Sundhedsteknologien hjælper os dermed til at være "gatekeepere" og samarbejdspartner til borgeren, så det varer lidt længere tid inden de får brug for hjælp fra Sygeplejen.

For de der har behov for Sygeplejen, - der kan vi være et supplement, da vi kan følge borgernes målinger og melde tilbage.

Nu koordinerer vi bare lidt bredere:

**Afsæt i vision: Energi til Det gode og sunde liv – et fælles ansvar**

- **Understøtter den aktive borger** (udgangspunkt i deres ressourcer)
- **Ser sundheden som et fælles ansvar** (Involverer borgerne i egne mål og opfyldelsen af dem)
- **Tænker i livskvalitet og Sundhed for pengene**
- **Lighed i sundhed.** (differentierede indsatser)



Esbjerg  
Kommune



Esbjerg  
Kommune

# Hvad oplever borgerne?

<https://youtu.be/QQ84UWw02i4>



# Case om borger med KOL

- **Case 1 - forebyggelse af indlæggelse og øgning af socialt liv**

72 årig kvinde med KOL gennem flere år.

- Utryk ved åndenød.
- Isolerer sig socialt.
- Venter lidt for længe med at gå til læge.
- Svært ved at sætte ord på sine symptomer.
- Flere indlæggelser hvert år.
  
- Sygeplejerske kigger med på værdierne, og det er rart at have en at ringe til, som forstår sygdommen.
- Får god vejledning.
- Har fået en PEP-fløjte.
- Har ikke været indlagt i 3 år.
- Føler sig mere tryk i hverdagen.
- Mere social aktiv.



EnergiMetropol  
2016



Esbjerg  
Kommune

# Case om diabetes

## Case 4 – stabilt blodsukker

68 årig kvinde med diabetes

- Borger får målt langtidsblodsukker (HbA1c) hver 3. mdr. hos hendes læge.
- Lægen er meget tilfreds med 58mmol/mol svarende til et gennemsnits blodsukker på ca. 7,5 mmol/l.
- Borger vil gerne "lære sit blodsukker at kende".
- Finder ud af at blodsukkeret svinger fra 3 mmol/l til 28 mmol/l på en dag.
- Får større sygdomsindsigt.
- Kostændring, mere aktivitet, vægttab.
- Har nu et stabilt blodsukker.
- Borger har fået meget mere energi i hverdagen.
- Mere livskvalitet samt minimeret sin risiko for senkomplikationer.



EnergiMetropol  
Danne



Esbjerg  
Kommune



Temadrøftelse om:  
Strategiske overvejelser og  
disposition for Sundhedsaftalen  
2019-2022

Sundhedsstrategisk Forum  
Vejle, den 27. september 2018

# Agenda

- ✓ Status fra de politiske møder mellem SKU og de 22 syddanske kommuner
- ✓ Strategiske overvejelser
- ✓ Drøftelse af disposition for Sundhedsaftalen 2019-2022
- ✓ Tidsplanen frem mod godkendelse



# VI ARBEJDER FOR SØMLØSE OVERGANGE OG SAMARBEJDER OM UDVIKLING AF DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

VISIONER

VI SAMARBEJDER OM FOREBYGGELSE

VI SKABER MERE LIGHED I SUNDHED

VI SIKRER SAMMENHÆNG TIL ARBEJDSMARKEDET

VI ARBEJDER FOR ET RØGFRIT SYDDANI

VI SKABER MENTAL TRIVSEL OG SUNDHED

# Virkemidler

MÅLSÆTNINGER

Vi har

Vi har reduceret

Vi har re

Vi vil understøtte

Vi har reduceret andelen af unge (16-24 år) med dårlig mental trivsel til maksimalt 8 % for mænd og 16 % for kvinder i 2022

BORGER- OG PÅRØRENDEINDDRAGELSE

NYE SAMARBEJDSFORMER

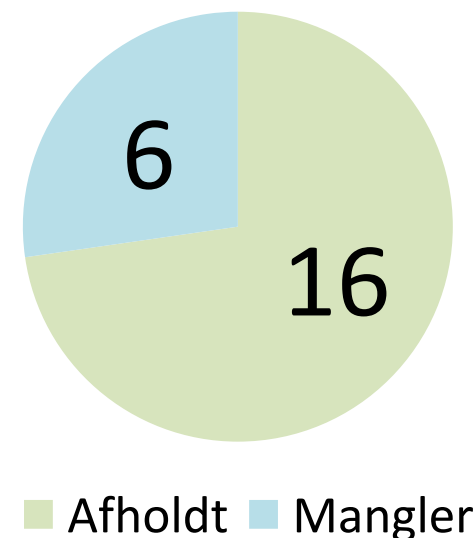
en større tilknytning til arbejdsmarkedet

af somatisk syge, som arbejdsmarkedet er steget til 82 %

af psykisk syge, som arbejdsmarkedet er steget til 51 %

# Status for de lokalpolitiske møder

- Bred opbakning til visioner og udkast til målsætninger
- Input til målsætninger:
  - Forebyggelse af overvægt
  - Fortsat fokus på 'DÆMP' og kronikere
  - Målgruppen for ulighed i sundhed kan udvides (fx dobbeltdiagnosticerede)
  - Geografiske forskelle er af betydning for lighed i sundhed
  - Styrket samarbejde om gravide og børn
- Øvrige input
  - Bilaterale samarbejder
    - Socialsygeplejersker
    - Lægedækning
    - Akutberedskab
    - Ønsker om, at indgå i projekter om fx telemedicin
    - Sundhedshuse



# Udmøntning af visioner og målsætninger

- Adskillelse af den politiske og administrative del af Sundhedsaftalen 2019-2022?
- Følgegruppernes opgave med udmøntning af politiske målsætninger?

# Fremtidig organisering

- ❑ Organisering af sundhedsaftalesamarbejdet
  - Behovet for eksisterende og nye følgegrupper?
  - Samarbejdet med de lokale samordningsfora om implementering?

# Overvejelser jf. vejledningen

- ❑ Tilvalg i Vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
  - Årlig status i Sundhedskoordinationsudvalget?
  - Nye modeller for samarbejde?
  - Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning?
  - Forløbsprogrammer?

# Drøftelse af disposition

1. Indledning
2. Visioner
3. Målsætninger
4. Virkemidler
5. Organisering
6. Bilaterale samarbejder
7. Nationale initiativer
8. Samarbejde med øvrige politiskeudvalg
9. Bilag (den administrative del)



HAR VI ØVRIGE ELEMENTER, SOM SKAL TILFØJES TIL DISPOSITIONEN?

# Indhold i bilaget

1. Rammerne for det administrative samarbejde
  - Udvikling af de nære og sammenhængende sundhedsvæsen
  - Monitorering
  - Samarbejde om kompetenceudvikling
  - Videndeling
2. Følgegruppernes porteføljer
3. Implementeringsplan



HAR VI ØVRIGE ELEMENTER, SOM SKAL TILFØJES TIL BILAGET?

# Tidsplan 2018

---

25. oktober	SKU drøfter første udkast til en ny sundhedsaftale
<b>19. november</b>	<b>DAK godkender høringsversion og beder følgegrupperne om at vurdere deres eksisterende portefølje</b>
6. december	SKU godkender høringsversion
10. december	SKU drøfter høringsversion med kommunale udvalgsformænd
Dec – jan	Høringsperiode

---



# Tidsplan 2019

---

<b>24. januar</b>	<b>DAK drøfter følgegruppernes anbefalinger til indsatser, der skal videreføres i Sundhedsaftalen 2019-2022</b>
8. februar	SKU orienteres om indkomne høringssvar
<b>4. april</b>	<b>DAK drøfter følgegruppernes anbefalinger til nye indsatser, der skal indfri de politiske målsætninger for Sundhedsaftalen 2019-2022</b>
Maj	SKU godkender sundhedsaftalen for 2019-2022
Maj – juni	Kommunalbestyrelser og Regionsrådet godkender aftalen
<b>7. juni</b>	<b>DAK godkender bilaget til Sundhedsaftalen 2019-2022</b>
<b>26. Juni</b>	<b>SKU godkender bilaget til Sundhedsaftalen 2019-2022</b>
1. juli	Sundhedsaftalen indsendes til Sundhedsstyrelsen
1. september	Sundhedsaftalen træder i kraft

---

?

# Visioner for Sundhedsaftalen 2019-2022

I Syddanmark har vi udviklet et solidt samarbejde om patientforløb på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Udgangspunktet for samarbejdet er vores fælles sundhedsaftale. Sundhedsaftalen 2019-2022 skal træde i kraft den 1. september 2019 og bygger videre på det eksisterende samarbejde.

Sundhedsstyrelsens vejledning beskriver rammen for udviklingen af sundhedsaftalen for 2019-2022. Sundhedskoordinationsudvalget har et større politisk råderum i forhold til at prioritere og udvælge målgrupper og indsatser end tidligere. Derudover er det bestemt af vejledningen, at arbejdet med målsætninger, indsatser og målgrupper skal tage udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.

Region, kommuner og praktiserende læger i Syddanmark skal i de kommende år håndtere og finde løsninger på de udfordringer, som vil presse sundhedsvæsenet og sundhedsaftalesamarbejdet. Det handler særligt om følgende:

- Flere ældre borgere
- Flere borgere med en eller flere kroniske sygdomme
- Flere borgere bliver psykisk sårbare

Med andre ord, vil flere borgere få brug for behandling, pleje og rehabilitering. Samtidig er det økonomiske råderum begrænset. Derfor skal vi tænke innovativt og i fællesskab anvende vores ressourcer klogt og til størst mulig gavn for borgerne.

Det gør vi ved i fællesskab at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med udgangspunkt i nationale handlingsplaner og lokale samarbejdsaftaler. Det indebærer, at vi:

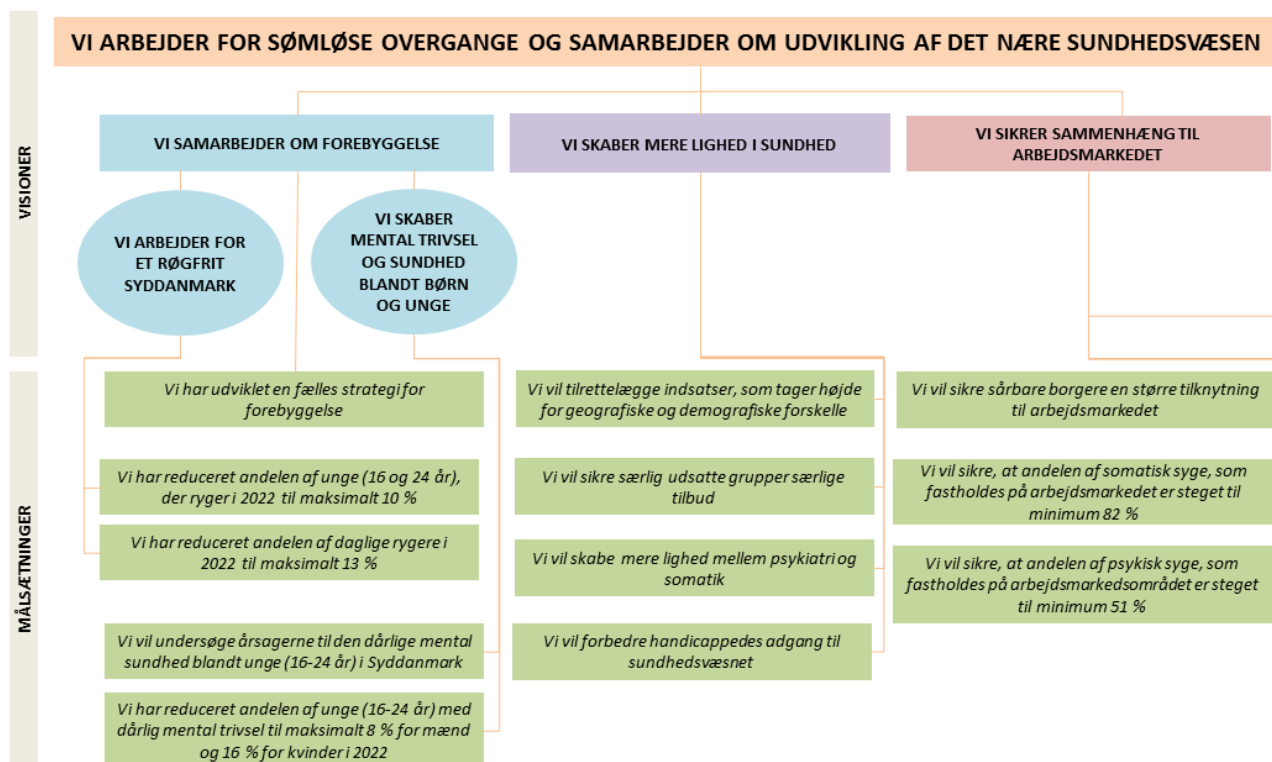
- Afprøver og udbreder integrerede samarbejdsmodeller
- Bruger teknologi til at samarbejde smartere og tilbyde mere til flere
- Styrker kompetencerne med fokus på tidlig opsporing og koordinering
- Tilrettelægger nære sundhedstilbud, der tilgodeser lokale udfordringer og forhold

## Visioner og målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget vil med denne sundhedsaftale styrke samarbejdet mellem region, kommuner og praktiserende læger med det overordnede formål at skabe et sundhedsvæsen, hvor borgeren oplever sammenhæng og sømløse overgange. Vi vil udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance, så vi i fællesskab kan håndtere de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden.

Vi peger i sundhedsaftalen på en række visionsområder, hvor vi vil gøre en særlig indsats i sundhedsaftaleperioden. Denne indsats bygger videre på det eksisterende samarbejdsgrundlag fra tidligere sundhedsaftaler.

Nedenfor præsenteres Sundhedskordinationsudvalgets visioner og virkemidler for Sundhedsaftalen 2019-2022. Målsætningerne er medtaget for at synliggøre, hvilken retning, de forventes af have i forhold til de godkendte visioner. Målsætningerne drøftes med de syddanske kommuner på rundemøderne og godkendes endeligt i Sundhedskordinationsudvalget på mødet den 25. oktober 2018.



### Med visionen "Sammen om forebyggelse" mener vi

Sundhedsprofilen viser, at der på en række områder er potentiale i forhold til at investere i forebyggelse og skabe flere sunde leveår for borgere i Syddanmark.

I sundhedsaftalen er forebyggelse et fælles ansvar. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre forebyggelsestilbud, så borgerne undgår sygdom eller undgår at den forværres. I første omgang sætter vi fokus på to særlige udfordringer, som vi har udarbejdet delvisioner for.

### Med delvisionen "Et røgfrit Syddanmark" mener vi

Sundhedsprofilen viser, at 19 % af borgerne i Syddanmark ryger. Det er lige så mange som i 2013. Samtidig viser undersøgelsen, at flere unge begynder at ryge. Udviklingen har fået region og flere kommuner i Syddanmark til at gå med i partnerskabet Røgfri Fremtid.

Vi vil i sundhedsaftalen sætte fokus på samarbejdet om forebyggelse af rygestart og styrke samarbejdet om rygestoptilbud.

### Med delvisionen "Mental trivsel og sundhed blandt børn og unge" mener vi

Sundhedsprofilen viser, at særligt børn og unge i Syddanmark i stigende grad mistrives mentalt. Problemet

er ikke kun isoleret til Syddanmark. Der er endnu ikke nogen entydig forklaring på, hvorfor børn og unge mistrives mentalt.

Derfor vil vi sundhedsaftalen bestræbe os på at finde frem til årsagerne til den dårlige mentale trivsel blandt børn og unge og igangsætte indsatser, der skal bedre den.

### **Med visionen "Lighed i sundhed" mener vi**

Udsatte borgere oplever oftere sygdom, er i højere grad udsat for sundhedsmæssige risikofaktorer og dør tidligere sammenlignet med befolkningen som helhed.

Vi vil i sundhedsaftalen sætte fokus på at skabe lighed i sundhed for udsatte borgere inden for somatik, psykiatri og handicap. Vi vil sætte fokus på geografiske forskelle og anlægge en populationsbaseret tilgang for vores arbejde og differentiere tilbud om forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering, så flere, også socialt udsatte borgere, får mulighed for at gennemføre og opnå positive helbredsmæssige effekter.

### **Med visionen "Sammenhæng til arbejdsmarkedet" mener vi**

Et arbejde skaber identitet og et fast holdepunkt i livet. Det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når mennesker på grund af psykisk eller somatisk sygdom mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Sundhed kan være middel til at komme i beskæftigelse, ligesom et godt arbejde er sundhedsfremmende.

Vi vil i sundhedsaftalen styrke sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Vi vil arbejde for, at samarbejdet sikrer, at erhvervsaktive borgere sikkert og hurtigt kan vende tilbage til deres arbejde.

## **Virkemidler**

Sundhedsaftalen skal ikke alene fastlægge visioner og mål, den skal ligeledes afklare, hvordan vi vil arbejde sammen om at nå dem. Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt to virkemidler, som parterne er enige om at holde sig særligt for øje, når sundhedsaftalen skal omsættes til konkrete indsatser og resultater:

*BORGER- OG PÅRØRENDEINDDRAGELSE*

*NYE SAMARBEJDSFORMER*

### **Med virkemidlet "Borger- og pårørendeinddragelse" mener vi**

Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgere og pårørende inddrages i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling, og forløbet skal tilrettelægges sammen med borgeren. Borgeren skal som samarbejdspartner indgå sammen med vores faglige viden og erfaringer, for at det samlede resultat af borgerens forløb bliver det bedst mulige. Alle parter har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden. Vi vil i sundhedsaftalen fokusere på at tilrettelægge indsatser, som svarer til borgerens behov og ressourcer, og motivere borgerne til aktivt at involvere sig i og tage ansvar for egen sundhed.

Når vi udvikler og implementere indsatser i sundhedsaftalen, vil vi gøre det i tæt samarbejde med borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle.

### **Med virkemidlet "Nye samarbejdsformer" mener vi**

Sundhedsaftalen skal skabe sammenhæng og understøtte en effektiv og bæredygtig anvendelse af ressourcer i sundhedsvæsnet. I Syddanmark arbejder vi videre med nye samarbejdsformer og samarbejdsaftaler, som muliggør, at borgere kan tilbringe mindre tid på sygehusene og mere tid i eget nærmiljø. Vi vil styrke vores samarbejde om elektronisk kommunikation og koordinering af patientforløb, som vi er lykkedes med eksempelvis i SAM:BO-aftalen.

## **Uddybning af måltal for målsætninger**

Der er øget fokus på at måle og dokumentere effekterne af sundhedsaftalesamarbejdet. Målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2022 udgøres både af proces- og effektmål. I de tilfælde, hvor det er muligt, er målsætningerne koblet til de otte nationale mål og sundhedsprofilen. På nogle områder er det ikke muligt og relevant at fastsætte effektmål for en målsætning, i de tilfælde vil der anvendes procesmål. Nedenfor uddybes argumenterne for måltal i de målsætninger, som kan kategoriseres som effektmål.

### **Målsætninger for forebyggelse**

#### *Et røgfrit Syddanmark*

Over de seneste årtier har det igennem rygestoptilbud og strukturelle tiltag været muligt at reducere antallet af daglige rygere med ca. 1,5 procentpoint pr. år. Sundhedsprofilen viser dog, at udviklingen er bremset, og at der i dag er lige så mange rygere som registreret i 2013. Værst ser det ud for gruppen af unge mellem 16-24 år, hvor en stadig større andel begynder at ryge.

Sundhedskoordinationsudvalget sætter sig som mål i sundhedsaftaleperioden, at reducere antallet af daglige rygere med 1,5 procentpoint pr. år, således at antallet af daglige rygere i Syddanmark i 2022 er 13 %. Vi vil gøre en særlig indsats for, at børn og unge ikke begynder at ryge. Vi vil reducere antallet af unge mellem 16-24 år, der ryger med 1,5 procentpoint per år, så der i 2022 er 10 % daglige rygere i aldersgruppen.

#### *Mental sundhed og trivsel blandt børn og unge*

Andelen af børn og unge, som mistrives mentalt, er i perioden 2010-2017 steget fra 16 % til 23 % for kvinder og fra 8 % til 11 % for mænd. Vi vil i sundhedsaftalen finde frem til årsagerne for mistrivsel og igangsætte målrettede indsatser, der i første omgang kan reducere antallet af børn og unge, der mistrives til 2010-niveau. Det betyder, at der i 2022 vil være 8 % mænd og 16 % kvinder, som mistrives mentalt.

### **Målsætninger for sammenhæng til arbejdsmarkedet**

Der er fokus på at sikre fastholdelse af borgere med somatisk og psykiatrisk sygdom til arbejdsmarkedet. Data fra de otte nationale mål viser, at vi i Syddanmark per 1. juni 2017 ligger under landsgennemsnittet for både fastholdelse af borgere med somatisk og psykisk sygdom til arbejdsmarkedet. På landsplan fastholdes 50 % af psykisk syge på arbejdsmarkedsområdet, i Syddanmark er det tal 47 %. På landsplan fastholdes 81 % af somatisk syge på arbejdsmarkedsområdet, i Syddanmark er det tal 80 %. Vi vil i sundhedsaftalen

arbejde for, at Region Syddanmark kommer over landsgennemsnittet. Det vil sige, at andelen af borgere med psykisk sygdom og tilknytning til arbejdsmarked øges til 51 %, og at andelen af borgere med somatisk sygdom og tilknytning til arbejdsmarked øges til 82 %.

UDKAST

# Strategiske overvejelser og disposition for Sundhedsaftalen 2019-2022

Det Administrative Kontaktforum skal på mødet den 27. september 2018 drøfte den administrative del af Sundhedsaftalen 2019-2022. I det følgende beskrives først en række strategiske overvejelser, og herefter et forslag til disposition for Sundhedsaftalen 2019-2022, som Det Administrative Kontaktforum skal drøfte og præcisere.

2018	
24. april	Politisk opstartsmøde
27. juni	Sundhedskoordinationsudvalget godkendte visioner og drøftede mulige målsætninger
August - oktober	Lokale møder mellem de syddanske kommuner og Sundhedskoordinationsudvalget
25. oktober	Sundhedskoordinationsudvalget drøfter første udkast til Sundhedsaftale for 2019-2022
10. december	Sundhedskoordinationsudvalget præsenterer høringsudkastet af sundhedsaftalen for kommunale udvalgsformænd
December – januar	Høringsperiode
2019	
Maj – juni	Kommunalbestyrelser og Regionsrådet godkender sundhedsaftalen
1. juli	Sundhedsaftalen indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen
1. september	Sundhedsaftalen træder i kraft

*Hovedtræk for udviklingen af Sundhedsaftalen 2019-2022*

## 1. Strategiske overvejelser

### Formelle krav til den kommende sundhedsaftale

Jf. [Bekendtgørelse for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler](#) er Sundhedskoordinationsudvalget forpligtet til at opfylde følgende formelle krav.

Sundhedskoordinationsudvalget skal for sundhedsaftalen 2019-2022 sikre:

- At der opstilles fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de områder og/eller målgrupper, som Sundhedskoordinationsudvalget beslutter, at sundhedsaftalen skal omfatte. Målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet, jf. nedenstående figur 1.
- At sundhedsaftalen indsendes til Sundhedsstyrelsen med henblik på endelig godkendelse



- At der senest to år inde i aftaleperioden udarbejdes og sendes en midtvejsstatus til Sundhedsstyrelsen, og senest et halvt år inden sundhedsaftalen udløber, udarbejdes og sendes en slutstatus til Sundhedsstyrelsen.
- At der løbende følges op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold.
- At Patientinddragelsesudvalget løbende og systematisk involveres i arbejdet med sundhedsaftalen.



Figur 1: De otte nationale kvalitetsmål

Foruden de præsenterede krav indeholder vejledningen en række anbefalinger til rammer, modeller og samarbejdsformer, som Sundhedskoordinationsudvalget kan vælge at lade indgå i Sundhedsaftalen 2019-2022, Det drejer sig eksempelvis om:

- Nye modeller for samarbejde
- Ramme for samarbejde om samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning
- Forløbsprogrammer

#### Drøftelse

- *Årlig status i Sundhedskoordinationsudvalget*  
I Syddanmark har vi ikke haft tradition for årligt at gøre status for sundhedsaftalesamarbejdet i Sundhedskoordinationsudvalget, som vejledningen foreskriver. Er der brug for, at vi ændrer praksis på dette område og hvordan?
- *Nye modeller for samarbejde*  
Parterne i sundhedsaftalen kan afprøve nye samarbejder om udvalgte målgrupper gennem fælles funktioner, hvor der samarbejdes om ledelse og finansiering. Eksempelvis kan det overvejes, om der er et fælles potentiale i at arbejde med at effektivisere udvalgte områder/opgaver igennem Den Syddanske Forbedringsmodel. Ligeledes kan det overvejes om det strategiske udviklingsarbejde af projekter/indsatser i sundhedsaftalesamarbejdet, kan styrkes ved oprettelse af fælles puljer.
- *Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning*  
Vejledningen beskriver en række principper, som kan anvendes i forbindelse med udarbejdelse af konkrete aftaler om indsatser eller opgaveløsninger. Kriterierne minder meget om dem, der anvendes i Syddanmark i Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Det Administrative Kontaktforum kan med fordel drøfte om kriterierne i vejledningen giver anledning til justering af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.
- *Forløbsprogrammer*  
For at understøtte samarbejdet om sammenhæng i tværsektorielle forløb kan der som led i

sundhedsaftalen med fordel udarbejdes forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. I Syddanmark er der igangsat et arbejde med at revidere de eksisterende forløbsprogrammer for KOL, diabetes, hjertesygdom og ryg sygdom samt udvikle nye for depression og leddegigt. Udviklingen af forløbsprogrammer følger Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer, som er suppleret med en syddansk tilgang. Det Administrative Kontaktforum kan med fordel drøfte om vejledningen giver anledning til at justere de Syddanske planer for udvikling af forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom.

## 2. Hvordan omsætter vi politiske visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2022

I det følgende præsenteres Det Administrative Kontaktforum for en disposition for den kommende Sundhedsaftale for perioden 2019-2022. Det er under de enkelte overskrifter beskrevet, hvad Det Administrative Kontaktforum kan forvente, at afsnittet vil indeholde. Der er behov for en drøftelse af opbygningen af sundhedsaftalen, men grundet Sundhedskoordinationsudvalgets igangværende lokalpolitiske drøftelser med de 22 syddanske kommuner, er det endnu for tidligt at drøfte det indholdsmæssige. For nuværende er det afgørende, at Det Administrative Kontaktforum forholder sig til, hvordan den politiske del af aftalen skal udmøntes administrativt

Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum har ved flere lejligheder understreget, at det er vigtigt, at den kommende sundhedsaftale har få mål og er med til at styrke det politiske ejerskab. Sundhedsaftalen 2019-2022 skal udarbejdes med udgangspunkt i de politiske visioner og målsætninger, hvilket senest blev besluttet på mødet i Det Administrative Kontaktforum den 21. marts 2018.

### *Adskillelse af den politiske og administrative del i Sundhedsaftalen 2019-2022*

Der vurderes at være et potentiale i at udarbejde den politiske og administrative del af sundhedsaftalen i to spor. Således, at den politiske del følger den vedtagne tids- og procesplan og sendes i høring i midten af december, men at den administrative del ikke sendes med i høring, men følger et separat spor som beskrevet nedenfor.

### *Proces for den administrative del*

Parterne er kommet langt med sundhedsaftalesamarbejdet i Syddanmark og har efterhånden opbygget et stort samarbejdsaftalegrundlag, som skal drives og vedligeholdes, hvis det fortsat skal have den ønskede effekt. Det ansvar følger med videre i den næste sundhedsaftale.

For at sikre, at der bliver udarbejdet en relevant og retvisende sundhedsaftale, er der behov for, at følgegrupperne bliver involveret i arbejdet med at omsætte de politiske målsætninger til reelle indsatser samt til at sikre, at der bliver udarbejdet en realistisk plan til Sundhedskoordinationsudvalget for, hvornår de kan forvente, at der skal ske målopfyldelse. Herudover er det relevant, at følgegrupperne forholder sig til deres nuværende opgaveportefølje for at vurdere, om der er opgaver, som enten skal afvikles eller revitaliseres i den kommende sundhedsaftale.

Fordelen ved at involvere følgegrupperne i denne opgave er, at det vil sikre det bedste faglige udgangspunkt for indsatser under hver enkelt målsætning med udgangspunkt i den syddanske kontekst. Herudover vil det skabe ejerskab for det efterfølgende arbejde med at udvikle, implementere og følge op på indsatserne. Følgegrupperne skal, i det omfang det er nødvendigt, involvere fagpersoner fra det tværsektorielle samarbejde og eventuelt forskere eller andre videnspersoner.

Følgegruppernes forslag til udmøntning af målsætninger og deres samlede portefølje præsenteres på et møde i Det Administrative Kontaktforum i april 2019, hvorefter følgegrupperne på baggrund af input justerer deres portefølje, med henblik på godkendelse i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget i juni 2019.

Denne proces vil tillade, at den administrative del af Sundhedsaftalen 2019-2022 kan vedlægges som et bilag, når aftalen sendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019, men det vil altså kun være den politiske del af sundhedsaftalen, som har været til behandling i de 22 kommuners byråd og Regionsrådet.

Det bemærkes, at der har været en indledende drøftelse med Sundhedsstyrelsen om ovenstående model og at de umiddelbart kan bakke op herom. Det skal ligeledes fremhæves, at det har været undersøgt i de øvrige regioner, om der er andre/nye former for organisering, der kunne være mere hensigtsmæssige for udmøntningen af de politiske målsætninger end vores følgegrupper. Der synes at være en tendens i de andre regioner om at skæve til Syddanmark, da vi i mange henseender her et af de mindst bureaukratiske og samtidig produktive organisatoriske setup.

#### **Drøftelse**

- *Adskillelse af den politiske og administrative del af Sundhedsaftalen 2019-2022*  
Det anbefales, at Det Administrative Kontaktforum drøfter potentialet for at udvikle den politiske og administrative del af sundhedsaftalen i to spor, hvormed den politiske del følger den vedtagne tids- og procesplan og sendes i høring i midten af december, men at den administrative del ikke sendes med i høring men følger et separat spor og fungerer som bilag til sundhedsaftalen.
- *Følgegruppernes opgave med udmøntning af politiske målsætninger*  
Det anbefales, at Det Administrative Kontaktforum drøfter, hvorvidt det er mest hensigtsmæssigt, at det er én følgegruppe, der får ansvaret for at udmønte én politisk målsætning, eller om denne opgave løses ved, at flere følgegrupper byder ind med mulige indsatser og initiativer, der kan indfri de politiske målsætninger.
- *Behovet for eksisterende og nye følgegrupper*  
Det anbefales, at Det Administrative Kontaktforum drøfter, hvilken type følgegrupper der skal nedsættes, for at de politiske målsætninger kan udmøntes. I forlængelse heraf anbefales det, at Det Administrative Kontaktforum forholder sig til, om der skal foretages ændringer i antal, indhold og sammensætning af følgegrupper i den næste sundhedsaftaleperiode.

## 2.1 Forslag til disposition for Sundhedsaftalen 2019-2022

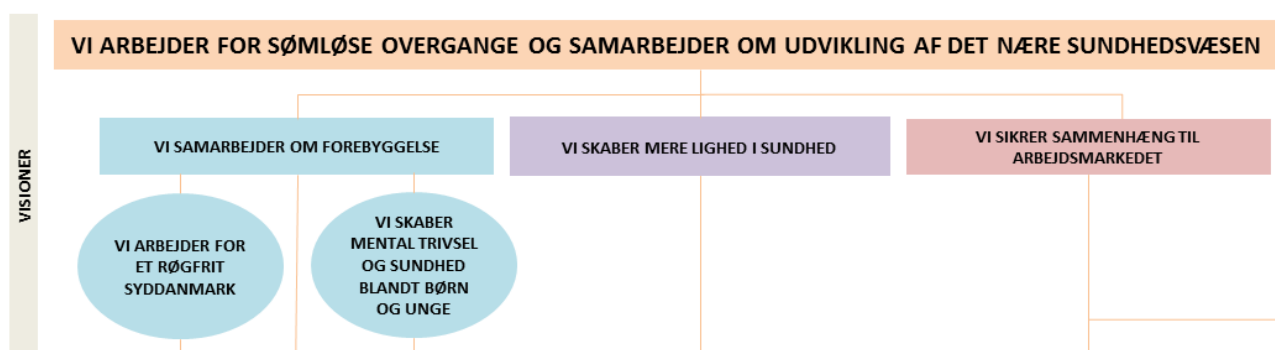
### Den politiske del af sundhedsaftalen

#### Indledning

Indledningsvist beskrives rammerne for sundhedsaftalesamarbejdet, herunder udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i Syddanmark.

#### 1. De godkendte visioner

Sundhedskordinationsudvalget har på deres møde den 27. juni 2018 godkendt følgende visioner for Sundhedsaftalen 2019-2022:



I dette afsnit beskrives først Sundhedskordinationsudvalget overordnede vision om at skabe sømløse overgange og udvikle det nære sundhedsvæsen.

Herefter udfoldes visioner om forebyggelse, mere lighed i sundhed og sammenhæng til arbejdsmarkedet. Det indbefatter en kort og præcis beskrivelse af baggrunden og formålet med hver af de politiske visioner.

#### 2. Målsætninger

Sundhedskordinationsudvalget har på deres møde den 27. juni 2018 besluttet, at følgende målsætninger skal danne rammen for de lokalpolitiske møder i de 22 syddanske kommuner, som afholdes i perioden august-oktober 2018:



Målsætningerne skal bidrage til en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne og skal fungere som et redskab til en løbende opfølgning og justering af indsatsen. Målsætningerne vil bestå i konkrete og målgruppeafgrænsede procentangivelser kombineret med mere processuelle og organisatoriske målsætninger. Uanset karakteren af de enkelte målsætninger skal alle målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2022 være konkrete og fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.

Herudover vil det fremgå af målsætningerne hvilken følgegruppe(r), der får et særligt ansvar for at sikre målopfyldelse. Det vil sikre en gennemsigtighed gennem aftaleperioden i forhold til hvem, der har et særligt ansvar for hvad, og hvorfor de enkelte grupper er nedsat. Det vil have størst relevans for Det Administrative Kontaktforum, men der er ligeledes behov for, at Sundhedskordinationsudvalget kan forstå og gennemskue organisationen bag sundhedsaftalearbejdet.

Sundhedskordinationsudvalget forventer at blive præsenteret for et bud på de endelige målsætninger for sundhedsaftalen, når de mødes den 25. oktober 2018. Udkastet til målsætningerne vil således afspejle drøftelserne i Sundhedskordinationsudvalget, de lokalpolitiske drøftelser med de 22 syddanske kommuner samt kobles til de otte nationale mål.

### **3. Virkemidler**

Sundhedskordinationsudvalget har på deres møde den 27. juni 2018 godkendt to virkemidler, som parterne er enige om at holde sig særligt for øje, når sundhedsaftalen skal omsættes til konkrete indsatser og resultater. Det drejer sig om følgende:

- Borger- og pårørendeinddragelse
- Nye samarbejdsformer.

Virkemidlernes funktion skal have et selvstændigt fokus i sundhedsaftalen. Det foreslås, at der opstilles en række kriterier for, hvordan virkemidlerne hver især kan indarbejdes i både planlægningen og implementeringen af konkrete indsatser. Kriterierne kan fungere som en slags tjekliste, som følge- og arbejdsgrupper i varierende grad kan gøre brug af, når nye indsatser og projekter skal planlægges, så det sikres, at virkemidlerne inddrages hver gang, det er relevant.

### **4. Beskrivelse af organisering af sundhedsaftalesamarbejdet**

Den politiske og administrative organisering af sundhedsaftalesamarbejdet skal præcist og tydeligt beskrives i sundhedsaftalen.

### **5. Bilaterale samarbejder**

I sundhedsaftalen kan det med fordel beskrives, hvordan forskellige former for bilaterale samarbejder, kan tænkes at understøtte og/eller bidrage som inspirationskanaler til sundhedsaftalearbejdet.

Sundhedskordinationsudvalget ønsker i den kommende sundhedsaftale at sætte fokus på lighed i sundhed, herunder at anlægge en populationsbaseret tilgang, som tager højde for geografiske forskelle i udformningen af vores samarbejde om forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje.

For at skabe lighed i sundhed kan der være brug for understøttende bilateralt samarbejde, eksempelvis i forhold til sundhedshuse. Sundhedskordinationsudvalget kan med fordel følge med i udvalgte bilaterale

samarbejder, der foregår mellem regionen og kommuner samt på tværs af de syddanske kommuner. Det vil give mulighed for at erfaringsudveksle og sikre, at de gode resultater kan bredes ud både i Region Syddanmark og eventuelt nationalt, såfremt det vurderes relevant. Endvidere kan Sundhedskoordinationsudvalget følge projekter og indsatser, som ikke direkte udspringer af Sundhedsaftalen, men som har relevans for udvalgets arbejde, f.eks. Sammen om Velfærd eller projekter, som udspringer fra andre områder som f.eks. socialområdet.

## **6. Nationale initiativer, der skal håndteres i regi af Sundhedsaftalen 2019-2022**

Det må forventes, at nationale initiativer fra Regeringens og Sundhedsstyrelsens side løbende vil skulle integreres og således vil skabe retning for det tværsektorielle samarbejde, der lokalt udspringer af Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde.

I indeværende sundhedsaftaleperiode er det blandt andet blevet pålagt Sundhedskoordinationsudvalget at håndtere Sundhedsstyrelsens anbefalinger til de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Det forventes, at der tilsvarende vil komme opgaver i regi af regeringens samlede sundhedsreform eller Sundhedsministeriets samlede psykiatriplan, der kan medføre opgaver, som skal håndteres i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.

Det vurderes af den grund hensigtsmæssigt kort at beskrive i den nye sundhedsaftale, hvordan nationale initiativer løbende vil integreres i Sundhedskoordinationsudvalgets opgavefelt og i relevante følgegrupperes arbejde.

## **7. Samarbejde med øvrige politiske udvalg**

Sundhedskoordinationsudvalget er forpligtet til løbende at inddrage Patientinddragelsesudvalget, og det kan med fordel beskrives i sundhedsaftalen, hvordan denne involvering typisk vil foregå. Det kan ligeledes med fordel beskrives, hvordan Sundhedskoordinationsudvalget samarbejder med øvrige tværpolitiske udvalg som Praksisplanudvalget, Kommunekontaktudvalget mv.

### **Drøftelse:**

- *Indhold af den politiske aftale*  
Det Administrative Kontaktforum kan med fordel drøfte om, der er yderligere elementer, som skal indgå i den politiske aftale.

## **Bilag til sundhedsaftalen - den administrative del af Sundhedsaftalen 2019-2022**

### **1. Rammerne for det administrative samarbejde**

I dette afsnit beskrives rammerne for det administrative samarbejde om Sundhedsaftalen 2019-2022.

Eksempelvis, hvordan vi skal samarbejde i forhold til.:

- Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som medfører en ændret ansvarsdeling i forhold til konkrete opgaver og deraf et afledt behov for eksempelvis samarbejde om kompetenceudvikling.
- Monitorering af projekter/indsatser, udover den løbende monitorering af sundhedsaftalens målsætninger.

- Administrativ og politisk vidensdeling og formidling af resultater fra det syddanske sundhedssamarbejde.

## **2. Følgegruppernes porteføljer**

Her beskrives følgegruppernes opgaveporteføljer, som består af det, der videreføres fra den nuværende sundhedsaftale samt nye indsatser og initiativer, der skal indfri de politiske målsætninger for Sundhedsaftalen 2019-2022.

Følgegrupperne skal i deres porteføljer have særligt fokus på, hvad Sundhedskordinationsudvalget kan forvente henholdsvis midtvejs og ved slutevalueringen af sundhedsaftaleperioden.

## **3. Implementeringsplan**

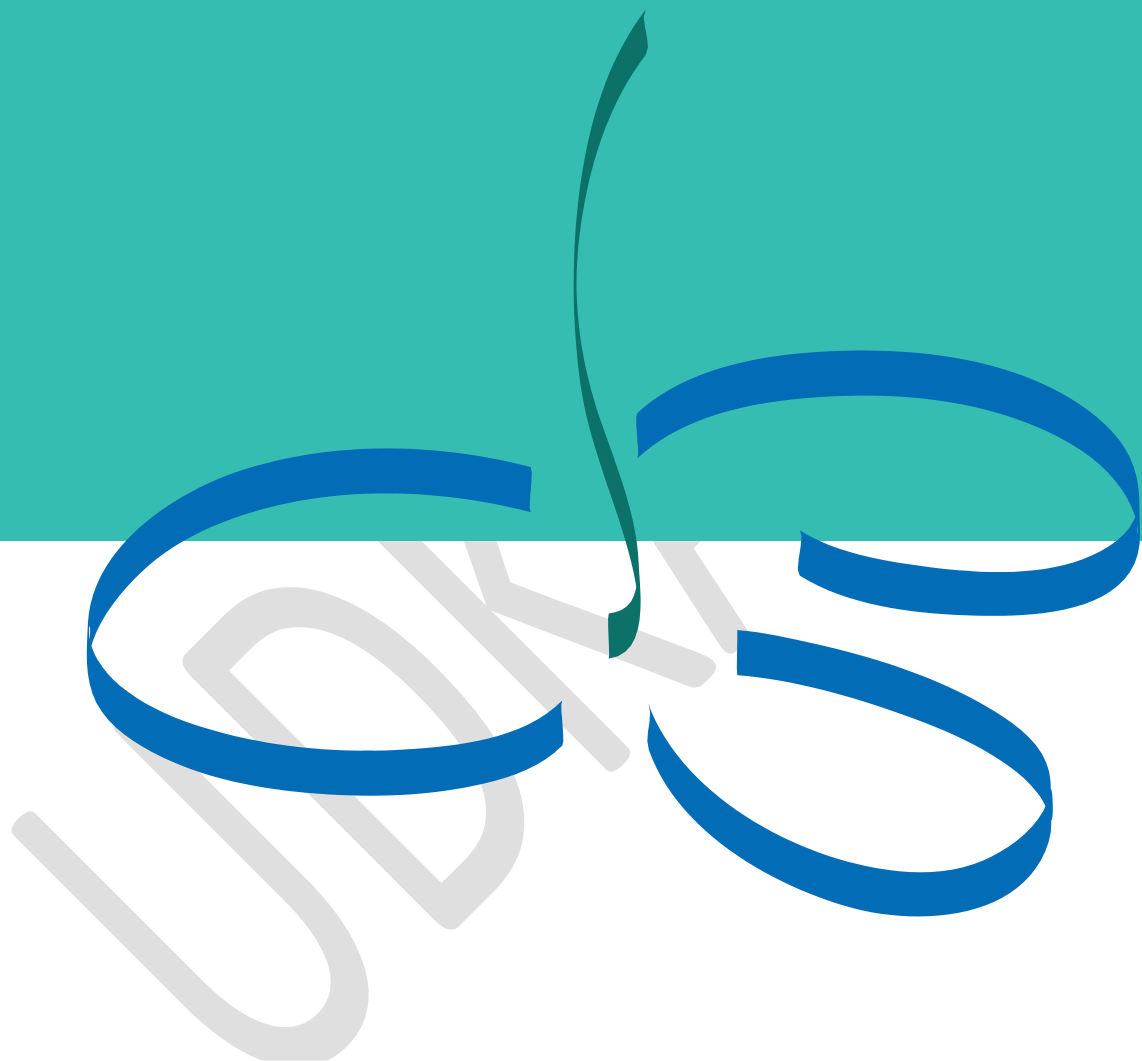
I afsnittet beskrives, med udgangspunkt i følgegruppernes porteføljer, hvornår indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2022 implementeres samt hvem, der har ansvaret herfor.

### **2.2 Implementering af sundhedsaftalens indsatser**

Samarbejdet med de lokale samordningsfora, om at implementere indsatser, samarbejdsaftaler, forløbsprogrammer mv. har overordnet fungeret i den nuværende aftaleperiode. Der vurderes dog at være et potentiale for at forbedre samarbejdet i forhold til implementering, videndeling og opfølgning.

#### **Drøftelse**

- *Samarbejdet med de lokale samordningsfora om implementering*  
Det anbefales, at Det Administrative Kontaktforum drøfter muligheder for at udvikle samarbejdet med de lokale samordningsfora.



# Tværasektoriel aftale på Børne- og ungeområdet i Region Syddanmark

August 2018

Region Syddanmark, Almen praksis og de 22 kommuner





<b><u>1 Introduktion</u></b> .....	<b>1.1-3</b>
<b><u>2 Målgruppe</u></b> .....	<b>1.4-5</b>
<b><u>3 Forebyggelse og tidlig opsporing</u></b> .....	<b>1.4-6</b>
<b><u>4 Faglige forpligtelser</u></b> .....	<b>1.4-7</b>
4.1 Underretninger .....	4.1-7
4.2 Dagtilbuds- og skolefravær .....	4.2-7
4.3 Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom .....	4.3-8
4.4 Børn og unge af forældre med psykisk sygdom .....	4.4-8
4.5 Netværksmøder .....	4.5-9
4.6 Kontaktperson .....	4.6-9
4.7 Systematiseret kommunikation på børne- og ungeområdet .....	4.7-9
<b><u>5 Aktører</u></b> .....	<b>4.7-11</b>
5.1 Aktør- og forløbsoversigt .....	5.1-11
5.2 Målgruppe 0-5 år .....	5.2-13
5.3 Målgruppe 5-15 år .....	5.3-15
5.4 Målgruppe 15-17 år .....	5.4-17
<b><u>6 anbefalinger</u></b> .....	<b>5.4-20</b>
<b><u>7 Implementering</u></b> .....	<b>6.16-23</b>
<b><u>8 Monitorering og evaluering</u></b> .....	<b>6.16-24</b>
<u>Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer</u> .....	<b>6.16-27</b>
<u>Bilag 2: Kommissorium og leverancer</u> .....	<b>6.16-28</b>
<u>Bilag 3: Høringsparter</u> .....	<b>10.1-31</b>
<u>Bilag 4: Aftaler med snitflader til Børne- og ungeaftalen</u> .....	<b>10.1-31</b>
<u>Bilag 5: Juridiske handlemuligheder og lovgivning</u> .....	<b>10.1-32</b>
<u>Bilag 6: Brugerundersøgelse</u> .....	<b>10.1-34</b>
<u>Bilag 7: Tegn på mistriivsel</u> .....	<b>14.3-39</b>
15.1 Risikofaktorer .....	15.1-39
15.2 Tegn på mental mistriivsel .....	15.2-39
15.3 Værktøj til opsporing .....	15.3-40
15.4 Handlemuligheder ved tidlig opsporing .....	15.4-41
<u>Bilag 8: Fælles tværsektorielt overblik over tilbud og indsatser</u> .....	<b>37</b>

# 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:

- En 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 august 2018. Udkastet til aftalen er forelagt Det Administrative Kontaktforum den 27. september 2018 og efterfølgende sendt i høring i perioden xx til xx ved kommuner, praktiserende læger og sygehuse (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark og aftalen er 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.2018.

## 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). Nærværende aftale skal ses som en del af forløbsprogrammerne og skitserer således 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 Satspuljemidler. 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 frontpersonales<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 lovgivninger, som er relevante i forhold til handlemuligheder i relation til børn og unge som udviser tegn på mistrivsel. Lovgivningen relevant for indeværende aftale er bl.a. Serviceloven, Sundhedsloven 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 eller har tegn på at mistrives. 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.

Gennemgående 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, 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. 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 særlig 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. Udover de faglige forpligtelser, indeholder aftalen en aktøroversigt, en opgave- og ansvarsfordeling samt en række yderligere anbefalinger til arbejdet.

### 4.1 Underretninger

Hvis der opstår bekymring for et barn eller en ungs trivsel og udvikling, skal fagpersoner omkring barnet/den unge foretage en underretning jf. den skærpede underretningspligt. Underretningen kan foretages både skriftligt og telefonisk. Underretninger bliver ofte forbundet med offentlig indgriben, men det er i højere grad en mulighed for at udtrykke bekymring for et barn eller en ung, der udviser tegn på mistrivsel. En underretning medfører skærpet opmærksomhed på en families trivsel og, i nogle tilfælde, at der etableres foranstaltninger, som kan hjælpe familien til bedre trivsel. Kommunen er forpligtet på at reagere på enhver underretning.

Med denne aftale skal fagpersoner omkring børn og unge, der udviser tegn på mistrivsel, italesætte underretninger som bekymringskrivelser, der kan medføre, at familier, som er udfordrede, kan få den rette hjælp til rette tid. 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 den enkelte barns faglige udbytte og så kan det 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 man holder øje med begyndende svingende fremmøde, særlige fraværsmønstre (f.eks. fravær hver mandag eller fra bestemte aktiviteter), at barnet ikke laver lektier (alene skolebørn), at barnet udviser dårlig opførsel, at barnet har faldende karakterer (alene skolebørn) eller at barnet virker trist og/eller tilbagetrukket.

Jo tidligere et barn 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 institution eller skole og stille de nødvendige ressourcer til rådighed for at sikre en stabil institutions- og skolegang.

Opmærksomhedspunkter ved institutions- og skolefravær:

- 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

Ovenstående er hentet fra indsatsen Tilbage til skoleprojektet (TTS)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm509512>

### 4.3 Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom

Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom 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, 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. De sundhedsprofessionelle, der er i kontakt med familien, skal 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 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 opmærksomhed<sup>3</sup>

Der kan hentes inspiration, informationsmateriale og værktøjer til sundhedsprofessionelle samt forældre, børn og unge som er pårørende på denne side: [www.narmorellefamilie.dk](http://www.narmorellefamilie.dk).

### 4.4 Børn og unge af forældre med psykisk sygdom

Forskning på området viser, at børn af forældre med diagnosticeret psykisk sygdom (bipolar lidelse, skizofreni, angst/depression og/eller misbrug) har langt højere risiko for at udvikle en psykisk lidelse, end børn født af forældre uden psykisk lidelse. Mange børn af forældre med en psykisk lidelse 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 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 iværksættes støtteforanstaltninger til familien.

En støtteforanstaltning kan f.eks. være som i projektet Via Family<sup>4</sup>, hvor familierne tilbydes en tidlig, forebyggende, tværsektoriel og integreret intervention med udgangspunkt i barnets behov og udvikling. Interventionen skabes i et tæt

---

<sup>3</sup> 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--nrmorellefamilie.dk/o5b.dk/>

<sup>4</sup> 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:

samarbejde mellem familierne selv, kommunen, voksenpsykiatrien og børn-og ungdomspsykiatrien.

#### **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.

Det anbefales med denne aftale, 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 kender hinanden så godt, at man i andre fremtidige 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, men alle involverede har mulighed for at indkalde. Netværksmøderne kan med fordel afholdes som videokonferencer.

#### **4.6 Kontaktperson**

Brugerstudiet, som er foretaget forud for denne aftales tilblivelse, har vist, at familier, børn og unge efterlyser en kontaktperson, 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 skal denne person sikre, at de bliver gjort opmærksomme på deres handlemuligheder og adgang til mulige indsatser, således at de kan føle sig trygge i forløbet.

Med denne aftale anbefaler aftaleparterne, at der i forbindelse med opstart af enhver sag altid tages stilling til og aftales, hvem der skal udpeges som kontaktperson for en familie. Kontaktpersonerne kan med fordel udpeges blandt de fagprofessionelle, der allerede er involveret i den konkrete indsats. Kontaktpersonen 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 kontaktperson 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. Kontaktpersonen kan desuden have ansvar for at videreformidle en faglig vurdering af, hvornår barnet skal afsluttes og indsatser stoppes.

#### **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 forpligter kommunerne sig på at oprette og synliggøre deres tilbud og indsatser overfor børn og unge på sundhed.dk. 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 forpligter sig på at holde sig orienteret på Sundhed.dk om kommunale og regionale tilbud.

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

UDKAST

## 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. Idet 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 af relevante aktører, handlingsmuligheder og anbefalinger til forbedring af samarbejdet.

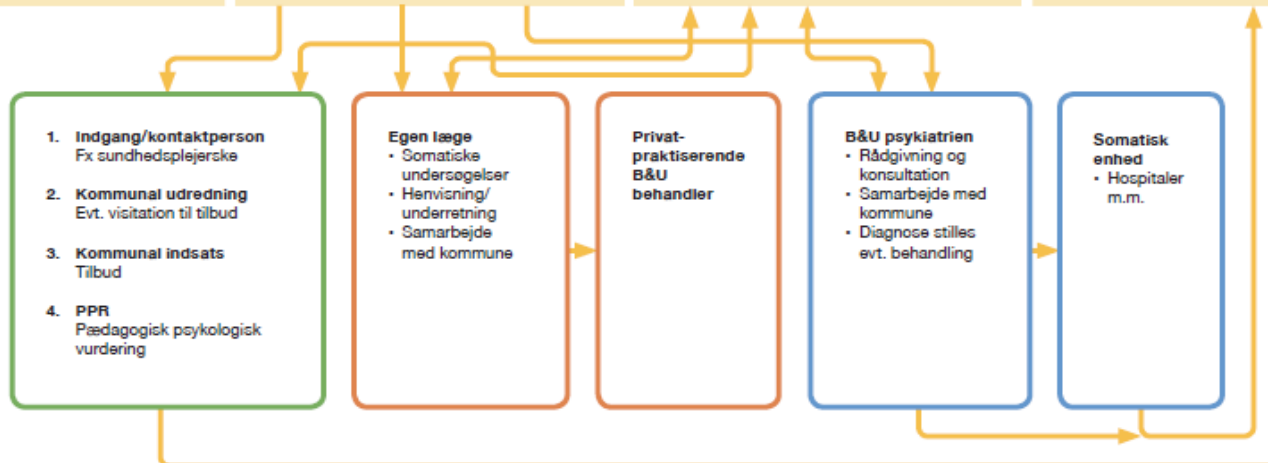
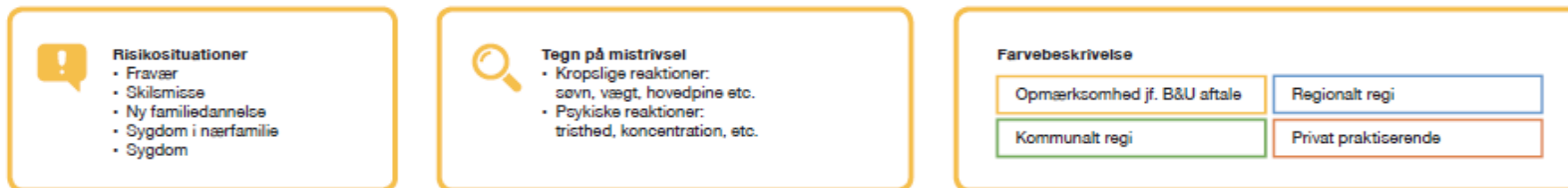
Gennemgående for alle aldersgrupper er, at de vigtigste aktører er forældrene, familien, vennerne og det nære netværk i øvrigt. Det er således det nære netværk, der til enhver tid – i det omfang, det er muligt – er den primære aktør i forhold til et barn eller en ung. Dette gælder både i forhold til 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 forpligtelse til at foretage en underretning, hvis de har bekymring om et barn eller en ungs trivsel, og private borgere er ligeledes forpligtet ved bekymring. (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 myndighedsområder 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
- 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)
- Kommunen foretager en screening af barnets trivselsniveau 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 kontaktperson til familien, som kan fungere som tovholder og hjælpe familien til at forstå den igangværende proces, sikre at der følges op på igangsatte tiltag og koordinere de iværksatte indsatser. Kontaktpersonen kan med fordel være den sundhedsplejerske, 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 koordinering og informationsudveksling med relevante parter i andre sektorer
- Såfremt forældrene ikke ønsker støtteforanstaltninger, er kommunen forpligtet på løbende at følge op på sagen

#### **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
- Sygehuset skal sikre, at der indhentes samtykke fra forældre/plejeforældre/værger til kommunikation, såvel internt på sygehuset mellem behandlere og afdelinger som til kommunikation med kommunale samarbejdspartner og almen praksis
- 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 (underretning)
- 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 og i SFO'erne (skolelærere, pædagoger, AKT lærere, skolepsykologer mv.)
- PPR
- Sundhedsplejen
- Skoletandplejen
- 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 pasningstilbud 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/plejeforældrene/værgerne herom
- Kommunen (barnets skole) er særligt opmærksomme i forhold til skolefravær jf. afsnit 3.2)
- Kommunen (barnets skole og, hvor det er relevant, 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 dette er tilfældet, indhentes samtykke fra forældrene med henblik på videregivelse af oplysninger til relevante fagpersoner
- Kommunen foretager en screening af barnet 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 kontaktperson til familien, som kan fungere som tovholder og hjælpe familien til at forstå den igangværende proces, sikre at der følges op på igangsatte tiltag og koordinere de iværksatte indsatser. Kontaktpersonen kan med fordel være den sundhedsplejerske, 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/plejeforældrene/værgerne
- Kommunen sikrer koordinering og informationsudveksling med relevante parter i andre sektorer
- Såfremt forældrene ikke ønsker støtteforanstaltninger, er kommunen forpligtet på løbende at følge op på sagen

**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
- 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 ved hjælp af evidensbaseret screeningsværktøj
- Den indledende vurdering vil ofte kræve involvering af barnet, forældre, 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 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

- Sygehuset skal sikre, at der indhentes samtykke fra forældre/plejeforældre/værger til intern og tværsektoriel kommunikation og 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 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, beskæftigelsessøgende 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
- Ungdommens Uddannelsesvejledning, rådgivning på ungdomsuddannelser, PPR
- 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:

- Ungdomsuddannelser

### **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
- 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
- Kommunen foretager en screening af den unge 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 kontaktperson til familien, som kan fungere som tovholder og 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/plejeforældrene/værgerne

- Kommunen sikrer 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

#### **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/plejeforældre/værger ved mistanke mistrivsel og sikre, at disse orienteres og inddrages i den videre proces
- 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
- 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.

### 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 bør kommunen orientere underretter om, hvilken type foranstaltning den har iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysninger herom vil kunne 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 muligt og relevant 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 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 henimod 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 ungepsykolog 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 forløbe regelmæssigt igennem barnets liv, men særligt hvis tegn på mistrivsel registreres (se bilag 7).

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 afsted til skolen. Det anbefales derfor, at kommunen (kontaktpersonen) 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 stilling 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 eller Sundhedsplejen.

## 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 hele regionen kan deltage uden transporttid.

### **6.13 Indsatser for børn af forældre med en psykisk diagnose**

Det anbefales, at der skabes en skærpet opmærksomhed omkring børn af forældre med en psykisk diagnose. 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.

## Indsatser vedr. almen praksis:

### **6.14 Henvisning til PPR**

Det anbefales, at der udarbejdes en aftale, der sikrer, at sygehuslæger og almen praksis kan henvise børn og unge til PPR. Dette skal støtte den tidlige opsporing og lette proceduren omkring udredning med fokus på mental trivsel.

### **6.15 Underretning**

Det anbefales, at almen praksis, for at styrke den tidlige opsporing af mistrivsel hos børn og unge, i højere grad underretter kommunen, så snart der opstår en formodning om, at et barn eller en ung mistrives.

### **6.16 Indsatser for børn af forældre med en psykisk diagnose**

Det anbefales, at der skabes en skærpet opmærksomhed omkring børn af forældre med en psykisk diagnose. 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.

## 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 sikrer, at de faglige forpligtelser efterleves, samt at der systematisk arbejdes med anbefalingerne i aftalens punkt 9.

## 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:

Effektmål	Indikator	Datakilde	Kadence	4-årigt ambitionsniveau 2018 - 2021
1. <b>Børn og unge lever et liv med bedre mental sundhed og trivsel</b>	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. <b>Børn og unge får hjælp og støtte inden deres mentale sundhedssituation udvikler sig negativt.</b>	Professionelle omkring børn og unge handler på mistanke om mistrivsel:  Antal underretninger på mistanke om mistrivsel fra hhv.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• almen praksis</li> <li>• somatiske afdelinger</li> <li>• psykiatriske afdelinger</li> <li>• andre aktører</li> </ul>	Datakilde er under afklaring – indhentes ved de kommunale aktører	Én gang årligt.	Der forventes en stigning af antal underretning, da de professionelle fokuserer på området skærpes.
	Andel af børn og unge der har længerevarende fravær i skole og institution.	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 og institution.  Indikatoren er under udarbejdelse.

<b>3. Børn og unge der oplever højere grad af sammenhæng og koordinering af indsatser og forløb på tværs af sektorer.</b>	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"> <li>• Målgruppe</li> <li>• Indhold</li> <li>• Henvisning</li> <li>• Kontaktoplysninger</li> </ul>	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"> <li>• daginst./skole/udd.</li> <li>• PPR/socialforvaltning</li> <li>• praktiserende læge</li> </ul>	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 (Vejledning<sup>5</sup>)
- 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

---

<sup>5</sup> 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 børn og unge
- NKR: Angst hos børn og unge

## 13 Bilag 5: Juridiske handlemuligheder og lovgivning

---

### Serviceoven (§ 153, § 154 og §155 b) – Underretningspligt.

En underretning er enhver henvendelse, der indeholder bekymring for et barns eller en ungs trivsel og udvikling. En sådan bekymring kan blive fremsat af såvel en fagperson som en privat borger.

En underretning kan foretages både skriftligt og telefonisk og det er muligt for private borgere at underrette anonymt. Modtages en underretning mundtligt har den kommunale myndighed notatpligt

Ifølge § 153 har personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt erhverv, underretningspligt såfremt de under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til eller anledning 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 er ingen formelle krav til formen for en underretning, dog er der visse anbefalinger:

- Underretningen er skriftlig.
- Den foregår digitalt enten ved udfyldelse af underretningsformular på den pågældende kommunes hjemmeside eller via sikker mail til kommunen.
- Forældrene bør så vidt muligt orienteres inden en underretning og der bør indhentes samtykke fra forældrene til underretningen.
- Personen der underretter sikrer, at forældrene får mulighed for at udtale sig i forbindelse med underretningen, samt at forældrene orienteres, inden underretningen sendes.

En faglig underretning bør inkludere:

- Hvad anledningen til underretningen er.
- En beskrivelse af, hvad der er sket, observeret og sagt, uden at fortolke.
- En beskrivelse af familiens situation.
- En beskrivelse af forældrenes reaktion på underretningen, såfremt de er orienteret.

Ved modtagelse af en underretning skal myndigheden kvittere for denne inden for 6 dage samt orientere om, hvorvidt en undersøgelse eller foranstaltning er iværksat. Myndigheden kan endvidere orientere om typen af foranstaltning, der er iværksat, hvis oplysningerne herom vil kunne have væsentlig betydning for det videre arbejde med barnet eller den unge.

### **Sundhedsloven (§5, §15, §17, § 40 og § 43) - Samtykke**

Medarbejdere under sundhedsloven har tavshedspligt, og videregivelse af oplysninger kan derfor kun ske med samtykke fra borgeren jf. § 40. Som en undtagelse herfor kan sundhedspersoner i henhold til sundhedslovens § 41 videregive oplysninger om en borger til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling af denne borger.

Behandling defineres ud fra sundhedslovens § 5 som undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme. Behandling må jf. sundhedsloven ikke indledes eller fortsættes uden borgerens informerede samtykke. Såfremt borgeren er mindreårig – børn og unge under 18 år – kræves forældremyndighedsindehaverens samtykke jf. §15. Er borgeren fyldt 15 år kan denne, såfremt vedkommende er i stand til at overskue konsekvenserne af sine handlinger, selv afgive samtykke (§17). Dog bør forældremyndighedsindehaveren informeres om og inddrages i beslutningsprocessen.

Det er den enkelte aktørs ansvar, at der indhentes samtykke til videregivelse af oplysninger til relevante samarbejdsparter. Dette kan ske i situationer både med og uden underretning.

Uden samtykke kan videregivelse af informationer kun ske, når oplysningerne antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds videre sagsbehandling (§43 stk. 2, nr. 1). Samtykke bør dog stadig forsøges opnået ellers bør forældrene så vidt muligt orienteres herom. Denne orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev. Det skal journalføres, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning, samt hvornår og hvordan forældrene er orienteret herom.

### **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.

## 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.mdr gammel pige fra en familie med 2 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 vægttab 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 pigens 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 pigens 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 regelmæssige 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. Læreren 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 trivslen.

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 trivselsamtaler 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 trivselsamtaler, 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. kl pga. mobning. Der er ikke decideret 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 vores tværfaglige team. Her indkaldes familien til for-samtale med læge og pædagog, hvor man bliver enig om en 2 ugers observationsindlæggelse. Forud for denne indhenter vores skolelærer, efter samtykke fra mor, skoleoplysninger fra pigens kontaktlærer. Da pigen i 6. klasse blev udredt v 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

### 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

- 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

#### 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

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 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 sundhedsydelser 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 (konflikthåndtering, 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](http://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](mailto:visinfosyd@rsyd.dk)). Denne vil være ansvarlig for udvikling, vedligeholdelse og opdatering af relevante sider vedr. trivsel og mental sundhed.

Bilag xxxxx indeholder en vejledning til, hvordan information mest hensigtsmæssigt lægges op og organiseres på sundhed.dk for at sikre ensretning, overskuelighed og genkendelighed. Herunder beskrivelse af titel, tilbud, målgruppe, henvisning, kontaklinformation m.v.



Udkast til

## **Høringsliste vedr. Tværsektoriel aftale på Børne- og ungeområdet i Region Syddanmark.**

- Sygehusene i Region Syddanmark (fødeafdelinger, Familieambulatorier, børneafdelinger)
- Psykiatrisygehuset
- De 22 syddanske kommuner, herunder:
  - Sundhedsområde (Sundhedsplejen)
  - Myndighedsområdet for børn og unge (Familieafdelingerne)
  - Socialområdet (Misbrugscentre/misbrugsområdet)
  - Skoleområdet (Folkeskoler mv.)
  - Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR)
  - Dagtilbud (Vuggestuer/børnehaver mv.)
- Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i Region Syddanmark
- Interesseorganisationerne:
  - Red Barnet
  - Børns vilkår
  - Headspace
  - TUBA
  - SIND
- Socialdirektørforum



## Høring: Tværsektoriel aftale på Børne- og ungeområdet i Region Syddanmark

Funderet i Sundhedsaftale 2015-18 godkendte Sundhedskoordinationsudvalget i august 2017 kommissoriet for en tværsektoriel arbejdsgruppe, der har haft til formål at udarbejdet et udkast til en aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark.

Følgegruppen for Forebyggelse har i henhold til denne beslutning nedsat Arbejdsgruppe vedr. tværsektoriel samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet, som har udarbejdet vedlagte udkast til en tværsektoriel aftale på Børne- og ungeområdet i Region Syddanmark.

I aftalen er hovedvægten lagt på:

- forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn og unge
- øget sammenhæng og koordinationen af opsporing og behandlingsforløb
- styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen mellem de involverede fagpersoner

Det Administrative Kontaktforum har på møde den 27. september 2018 godkendt et høringsudkast til aftalen, som hermed sendes i høring hos relevante parter (fremgår af vedlagte høringsliste). Høringsparterne er velkomne til at dele aftalen med øvrige relevante parter og dermed indhente yderligere relevante tilbagemeldinger fra såvel egen organisation som tværsektorielle udvalg.

### Høringssvar og høringsfrist

Der henstilles til, at høringssvar skrives i et separat dokument og ikke direkte i aftalen. Høringssvarene kan indskrives i kommentarfeltet eller afgives på hjemmesiden: [\(Link kommer senere\)](#)

### Høringsfristen er mandag den 5. november 2018.

Skulle der opstå spørgsmål til høringen, kan disse rettes til specialkonsulent Christine Lund Momme, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark på mail [Christine.Lund.Momme@rsyd.dk](mailto:Christine.Lund.Momme@rsyd.dk) eller telefon +45 29201318 eller til konsulent Katrine Rubech Iwersen, Børn- og Ungeforvaltningen, Odense Kommune på mail [kruiw@odense.dk](mailto:kruiw@odense.dk) eller telefon +45 30366838.

### Den videre proces

På baggrund af indkomne høringssvar vil Følgegruppen for Forebyggelse efter høringsfristen varetage tilretningen af den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark. Efterfølgende vil Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget godkende den tværsektorielle aftale på førstkommende møder i 2019.

Med venlig hilsen

Margit Vest Thomsen, kommunal formand for Følgegruppen for forebyggelse

Og

Helle Adolfsen, regional formand for Følgegruppen for forebyggelse

---

## **STATUS PÅ DEN KOMMUNALE AKTIVITETSBESTEMTE MEDFINANSIERING I REGION SYDDANMARK**

### **BAGGRUND**

Med overgangen til den nye model for den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen fra 2018 er følgende nye elementer trådt i kraft:

1. Kravet om stigende aktivitet i regionerne blev svækket ved bortfaldet af målsætningen om en årlig 2%-stigning i eller effektivisering af aktiviteten
2. Taksterne for de somatiske sygehuse og praksissektoren blev aldersdifferentierede i fire aldersgrupper
3. Reguleringen af mer- eller mindreaktivitet ændredes, således at reguleringen fremover sker inden for egen region frem for som tidligere på landsplan
4. På det somatiske område bortfaldt opdelingen i ambulant og stationær kontakt og blev erstattet af ét regionsforløb pr. patientforløb, der både kan indeholde indlæggelse og ambulante kontakter eller kun en af delene.

**Ad 1):** Produktivitetskravet på sygehusområdet var et styringsinstrument, der skulle understøtte, at regionerne løbende realiserede gevinster ved implementering af bl.a. nye behandlingsmetoder, ny medicin og ny teknologi.

I praksis er kravet på to procent indbygget i udmøntningen af den statslige aktivitetspulje, der udgør 1,4 mia. kr. for 2018. Regionerne kan således kun beholde den fulde pulje, hvis sygehusaktiviteten ligger på det niveau, som er aftalt med økonomiaftalen inklusiv et meraktivitetskrav på to procent.

Aktivitetspuljen udbetales løbende i aftaleåret og såfremt den endelige opgørelse af det realiserede aktivitetsniveau viser, at det forudsatte niveau ikke er realiseret fuldt ud, kan der komme et tilbagebetalingskrav.

Suspension af produktivitetskravet for 2018 sker teknisk ved en ændring i opgørelsen af det forudsatte niveau for produktionsværdien i 2018, som sikrer fuld udmøntning af den statslige aktivitetspulje. Med ændringen fjernes den forudsatte aktivitetsstigning på to procent i 2018 afledt af produktivitetskravet, så puljen udbetales, selv om aktivitetsstigningen på to procent og dermed produktivitetskravet ikke leveres. (Finansministeriet 2017)

Fra 2019 udmøntes den statslige meraktivitetspulje som nærhedsfinansiering i en pulje på 1,5 mia. kr. der er betinget af, at regionerne præsterer på fem kriterier med henblik på at fremme en omstilling, hvor behandling flyttes ud af hospitalet og tættere på borgerne.

Den betingede finansiering udgøres som nævnt af en pulje på 1,5 mia. kr. i 2019, der udbetales i tolvte dele i løbet af året. Nedenfor fremgår fordelingen mellem de fem regioner:

<b>Region</b>	<b>Mio. kr.</b>
Hovedstaden	471,31
Sjælland	230,55
Syddanmark	321,50
Midtjylland	321,56
Nordjylland	155,08
<b>I alt</b>	<b>1.500,00</b>

Af tabellen nedenfor fremgår de fem kriterier:

<b>#</b>	<b>Kriterie</b>	<b>Mål</b>
1	Reduktion i <i>antal DRG-sygehusforløb pr. borger</i>	Baseline foregående år
2	Reduktion i <i>DRG-værdi pr. kroniker</i> (med KOL og/eller type 2-diabetes)	Baseline foregående år
3	Reduktion i <i>andel indlæggelser, der fører til en genindlæggelse</i>	Baseline foregående år
4	Stigning i <i>andel af virtuelle forløb</i>	Baseline foregående år
5	Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten (implementeringsplan for systemtilpasninger til datadeling)	Baseline foregående år

Nærhedsfinansieringen fordeles efter bloktilskudsnøglen og omlægningen vil således hverken have finansierings- eller fordelingsmæssige konsekvenser for regionerne og samlet set vil den enkelte region modtage det samme i finansiering før og efter omlægningen.

Baseline for de fire kriterier er niveauet i 2018, som opgøres i april 2019. Det femte kriterie har et objektivi mål om, at der skal leveres et skema, hvor regionerne dokumenterer implementeringsstrategien for to IT-projekter.

Opgørelsen af målopfyldelsen for de fem kriterier foretages ultimo marts 2020. Såfremt en region ikke har opfyldt minimum fire ud af de fem kriterier vil en procentdel af regionens andel af puljen skulle tilbagebetales til staten. Procentdelen afhænger af hvor mange kriterier, der ikke er opfyldt:

<b>Antal opfyldte kriterier</b>	<b>Nærhedsfinansiering (andel der forbliver i regionerne):</b>
0	0%
1	25%
2	50%
3	75%
4+	100%

I 2019 er det aftalt, at der kun vil være halv efterregulering, forstået på den måde, at det kun er halvdelen af puljen, der beregnes eventuel efterregulering af. (Danske Regioner 2018)



Justeringerne bevirker bl.a., at den enkelte region ikke som hidtil kan øge sin andel af den samlede kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering ved at hæve aktivitetsniveauet. Endvidere vil regionerne tidligere opnå deres maksimale indtægt fra den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering. Samlet set medvirker ovenstående til, at regionerne i langt mindre grad end i dag har et incitament til og krav om blindt at øge aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen.

**Ad 2):** De aldersdifferentierede takster for den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering er fra 2018 inddelt i følgende fire aldersgrupper:

- 0-2-årige
- 3-64-årige
- 65-79-årige
- +80-årige

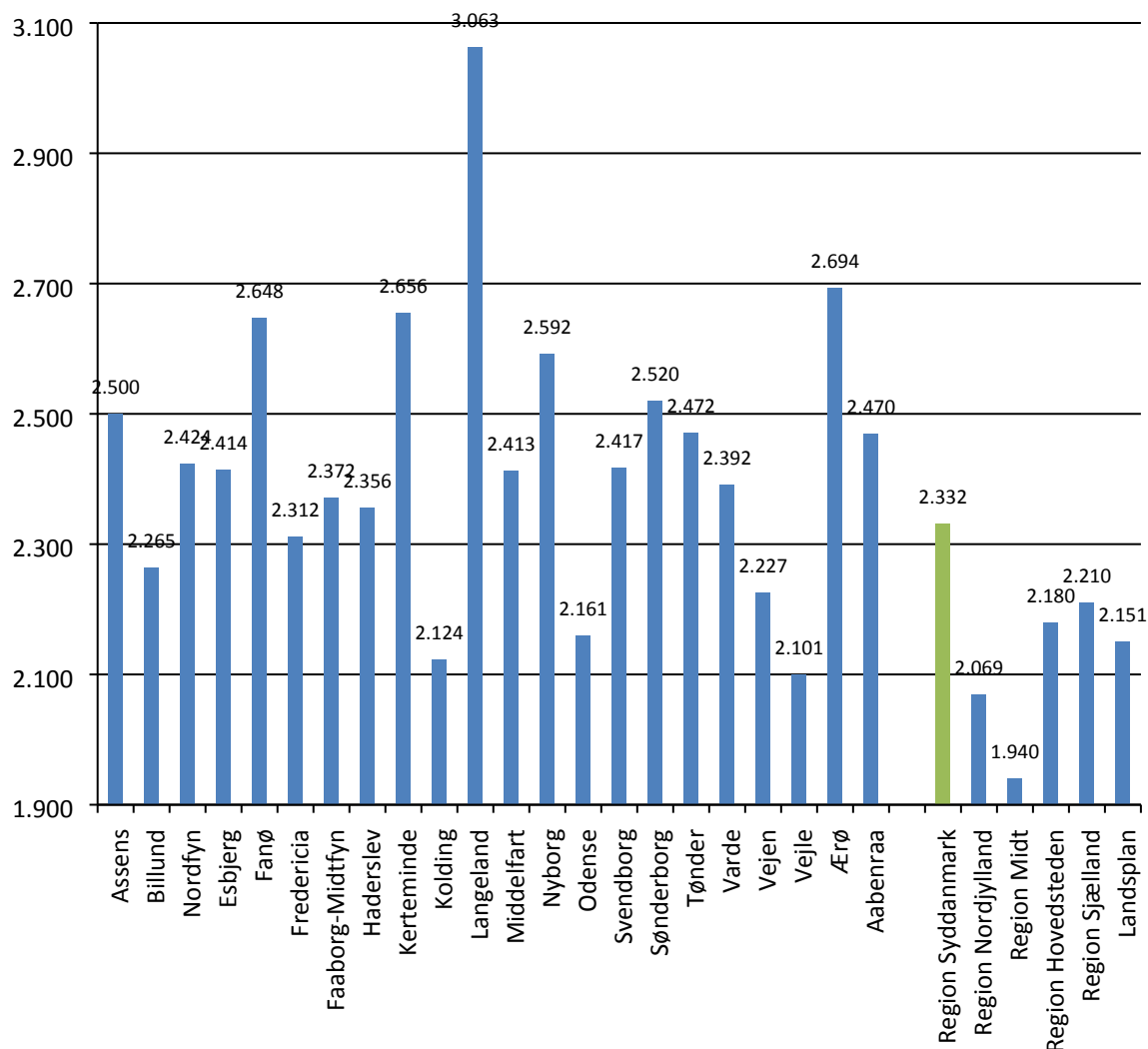
Af nedenstående tabel fremgår de respektive andele, der medfinansieres, og de tilhørende lofter for 2018.

<b>Somatik</b>	
(0-2 årige)	45 pct. DRG, dog max 25.857 kr./regionsforløb
(3-64 årige)	20 pct. DRG, dog max 15.514 kr./regionsforløb
(65-79 årige)	45 pct. DRG, dog max 25.857 kr./regionsforløb
(80+ årige)	56 pct. DRG, dog max 31.029 kr./regionsforløb
<b>Psykatri</b>	
stationær	60 pct. af sengedagstakst, max 8.862 kr./regionsforløb
ambulant	30 pct. af besøgstakst, 555 kr./besøg
<b>Praksissektoren</b>	
Speciallæger (0-2 årige)	45 pct. af honorarer, max 2.586 kr./ydelse
(3-64 årige)	20 pct. af honorarer, max 1.551 kr./ydelse
(65-79 årige)	45 pct. af honorarer, max 2.586 kr./ydelse
(80+ årige)	56 pct. af honorarer, max 3.103 kr./ydelse
Almen læger (grundydelse), fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor (0-2 årige)	14 pct. af honorarer
(3-64 årige)	7 pct. af honorarer
(65-79 årige)	14 pct. af honorarer
(80+ årige)	18 pct. af honorarer

Målsætningen med aldersdifferentieringen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering er at skabe større sammenhæng mellem kommunernes påvirkningsmulighed af aktivitet i det regionale sundhedsvæsen og dermed de kommunale udgifter til området. Hvorvidt ændringen af modellen rent faktisk medfører ovenstående incitament, er dog uklart og behandles ikke yderligere i indeværende notat.

Aldersdifferentieringen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering rejser et spørgsmål, om de demografiske forhold i den enkelte kommune er i overensstemmelse med kommunens andel af bloktilskuddet, som økonomiaftalemidlerne fordeles efter.

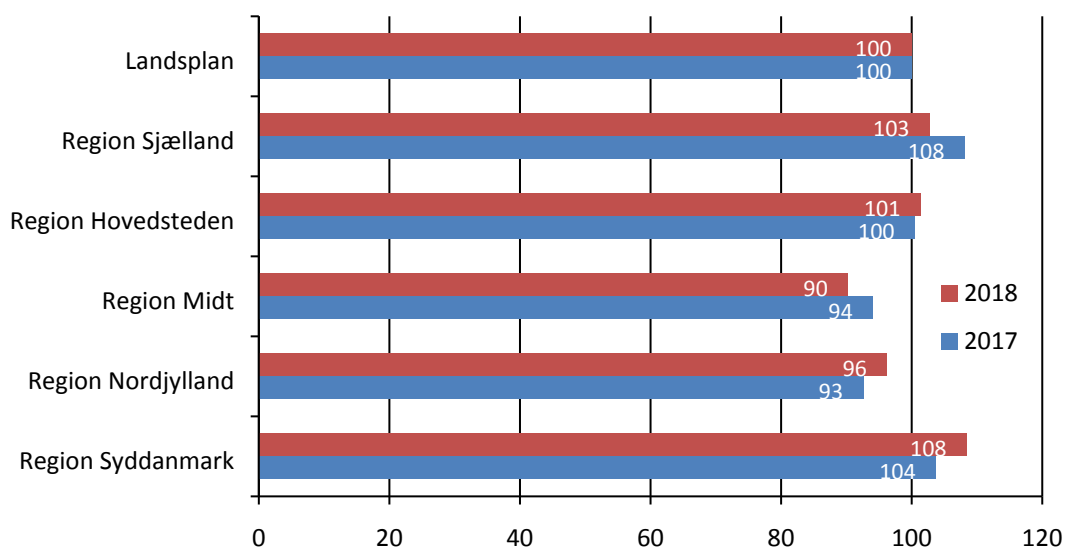
**Figur 1 – Aktivitetsbestemt medfinansiering i kr. pr. indbygger i 2018 (jan-juli aktivitet)**



De indledende opgørelser af udgiftsniveauet pr. indbygger i Region Syddanmark i 2018 illustrer en stor variation mellem kommunerne (jf. figur 1). En variation der dog ikke kun kan tilskrives den demografiske sammensætning i de respektive kommuner.

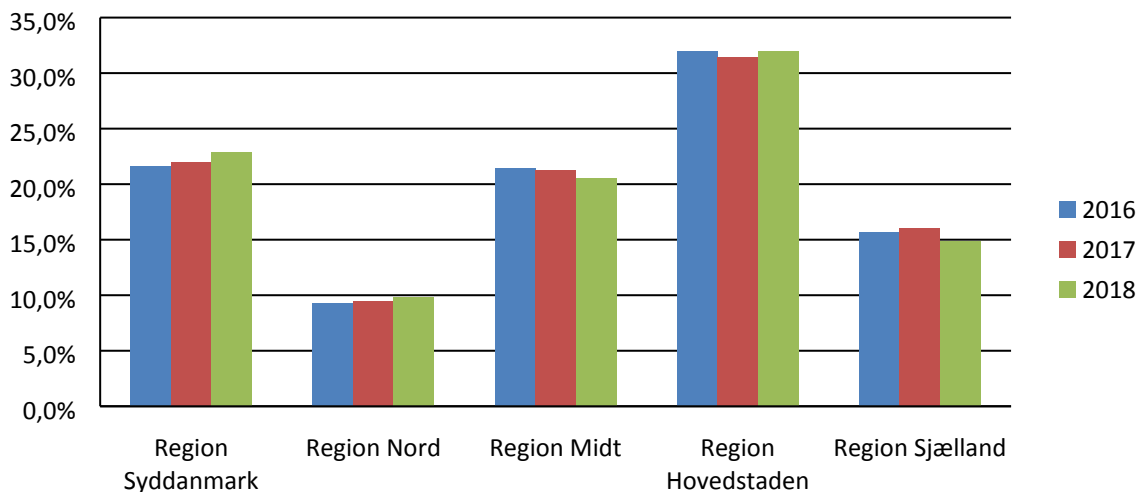
Derudover kan det påpeges, at kommunerne under ét i Region Syddanmark har et signifikant højere niveau af medfinansiering end kommunerne i de øvrige regioner. En udvikling der er blevet forstærket efter implementeringen af den nye medfinansieringsmodel fra 2018, som det fremgår af figur 2.

**Figur 2 – Indekseret udgiftsniveau i 2017 og 2018 (jan-juli aktivitet) med udgangspunkt i landsgennemsnittet i det pågældende år**



Hvilket også afspejler sig i Region Syddanmarks andel af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering.

**Figur 3 – Regionsandel af kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering 2016-2018 (jan-juli aktivitet)**



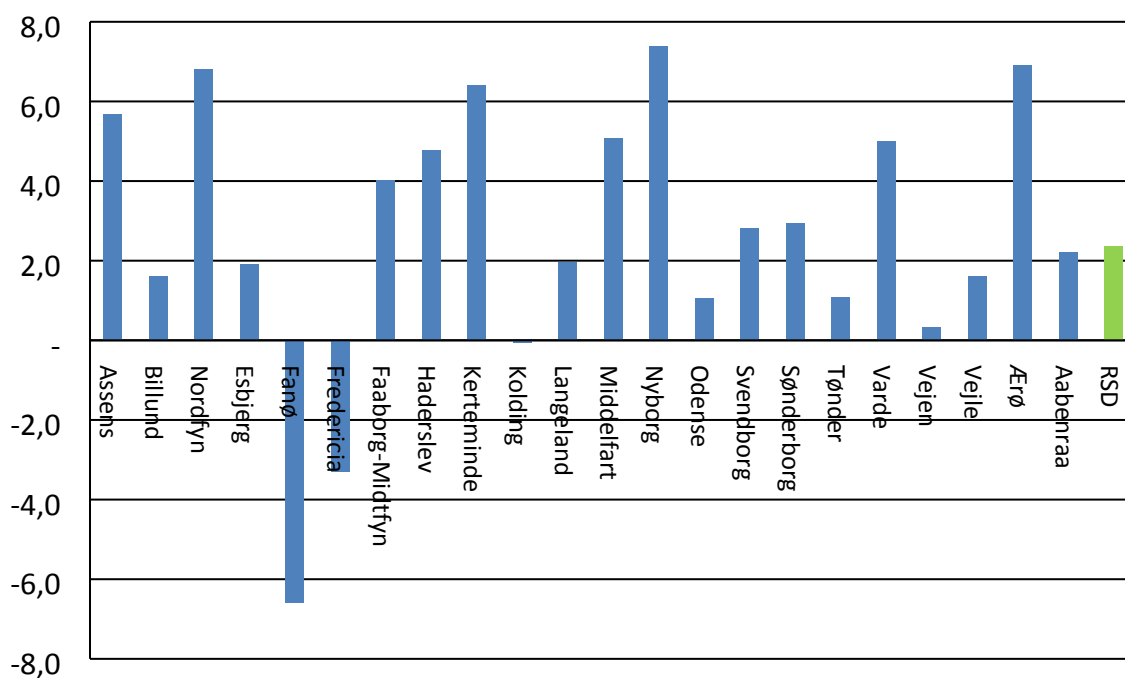
En stigende andel af aktiviteten fører yderligere til et højere loft for aktiviteten i region Syddanmark det kommende år og et forventet forholdsvis højere niveau i 2020.

Kommunalt loft	2018	2019
Region Nordjylland	2.116.988	2.177.868
Region Midtjylland	4.552.037	4.645.430
Region Syddanmark	4.920.313	5.117.687
Region Hovedstaden	6.997.599	6.994.890
Region Sjælland	3.498.363	3.496.225
<b>Samlet</b>	<b>22.085.300</b>	<b>22.432.100</b>

**Ad 3):** I forbindelse med lov om ændring af lov om regionernes finansiering blev det præciseret, at efterreguleringen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering fra 2017 vil være målrettet kommunerne i de regioner, hvor der er afvigelser fra det aftalte loft for den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering i modsætning til tidligere, hvor efterreguleringen blev foretaget med udgangspunkt i niveauet på landsplan. Ændringen har til formål at sikre, at de kommuner, der oplever et aktivitetsniveau udover det aftalte, også er de kommuner, der kompenseres for aftalebruddet.

Det er dog ikke den enkelte kommunes overskridelse af aktivitetsloftet, der efterreguleres efter men kommunernes respektive befolkningsandel. Dette betyder, at kommuner der ligger over den samlede aktivitetsoverskridelse i en region, kun vil få refunderet deres befolkningsandelsmæssige del. Som det fremgår af figur 4, er der også her, i regionen, tale om en stor variation mellem kommunerne.

**Figur 4 – Procentvise afvigelse mellem aktivitetsandel og aftaleloftet i kommunerne i Region Syddanmark i 2018**



**Ad 4):** Den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering indebærer tidligere, at overflytninger af patienter mellem hospitalerne påførte kommunerne ekstra udgifter i form af en yderligere indlæggelsesopkrævning for samme indlæggelse, blot fordi patienten flyttede mellem afdelinger på forskellige sygehuse. Det medførte, at den regionale organisering af sygehusstrukturen direkte havde utilsigtet betydning for den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering. Under den tidligere ordning har kommuner, hvis borgere alene bruger ét sygehus, således alt andet lige betalt mindre til den aktivitetsbestemte medfinansiering i forhold til de kommuner, hvis borgere typisk har haft forløb, der går på tværs af forskellige sygehuse. I 2015 havde kommunerne i Region Syddanmark under et en ekstra udgift til den aktivitetsbestemte medfinansiering svarende til ca. 49 mio. kr. (SUM 2016).

Fra 2017 har kommunerne ikke længere skulle betale for ekstra indlæggelser ved overførsel mellem sygehuse inden for egen region. Fra 2018 har dette blandt andet fået den registreringsmæssige konsekvens, at aktiviteten på det somatiske område ikke længere opgøres i stationær og ambulans aktivitet, men nu er samlet i regionsforløb, der kan indeholde såvel indlæggelser som ambulante kontakter.

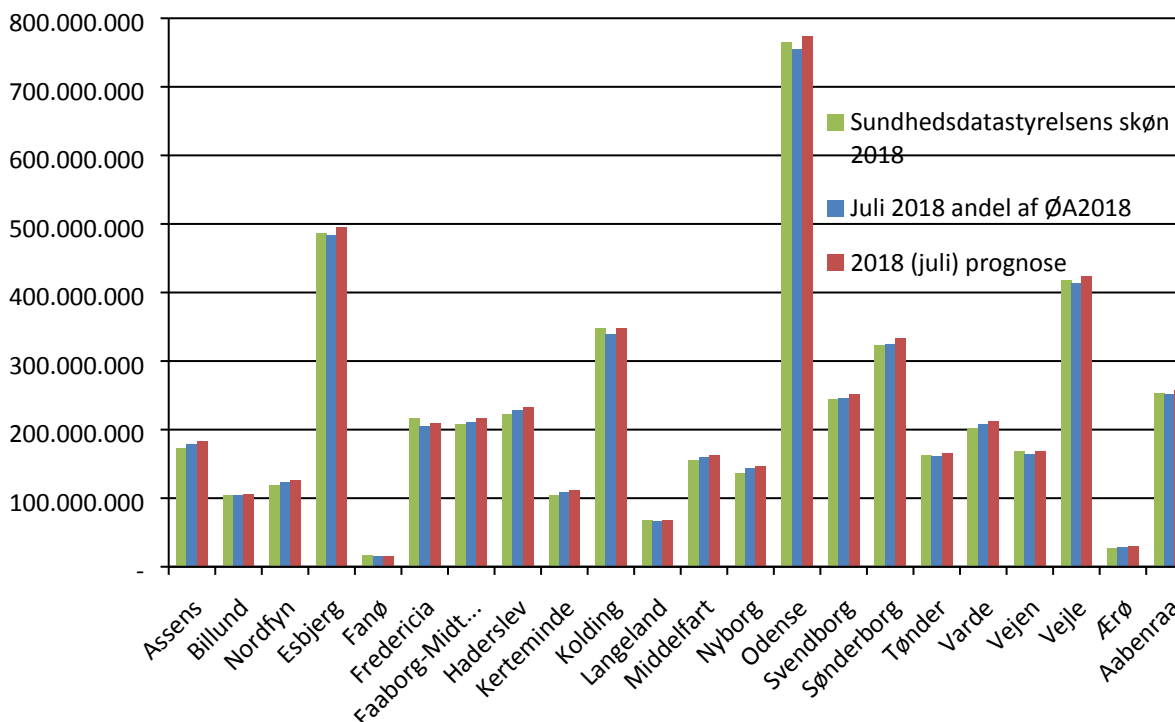
### ANBEFALINGER TIL KOMMUNAL BUDGETLÆGNING FOR 2019

I relation til budgetlægning af den aktivitetsbestemte medfinansiering kan det være nødvendigt at se på en række parametre forud for fastlæggelsen af budgettet for 2019.

I første omgang bør der tages udgangspunkt i økonomiaftalen for 2019 for den aktivitetsbestemte medfinansiering, hvori der er indarbejdet en udgiftsstigning på 1,6% fra 2018 til 2019. Med andre ord Sundhedsdatastyrelsens skøn som det fremgår af budgetvejledningen.

Derudover bør den enkelte kommune skele til kommunens respektive medfinansieringsandel i regionen. Langeland Kommune er det mest tydelige eksempel i Region Syddanmark med en befolkningsandel på 1% mod en medfinansiering andel på 1,4%, hvorfor Langelands kommune sandsynligvis vil opleve udfordringer med at holde budgettet såfremt kommunen budgetlægger efter Sundhedsdatastyrelsens skøn i 2019.

**Figur 5 – Sammenstilling af Sundhedsdatastyrelsens skøn, Andel af 2018 aktivitet ift. ØA2018 og Prognose for 2018 ud fra jan-juli aktivitet 2018**



Afslutningsvis skal kommunerne vurdere risikoen for en overskridelse af ØA2019-loftet og de i figur 4 heraf følgende illustrerede variationer i en eventuel meraktivitet.



**Sundheds- og Ældreministeriet  
Departementschef Per Okkels**

**Kære Per**

Det er helt centralt for kommunerne, at relevant sundhedsdata deles på tværs af den offentlige sektor. Det har stor betydning for indsatsen med at styrke sammenhæng, kvalitet og styring af sundhedsområdet. Tilbage i 2010 aftalte regeringen og KL for første gang, at der skulle tages initiativ til at give kommunal adgang til data om forbrug af regionale sundhedsydelse på individniveau. Denne adgang arbejdes der fortsat på at opnå.

Det er en topprioritet for KL at få stillet relevante og nødvendige data til rådighed i kommunerne, så de kan levere den bedst mulige indsats over for borgerne. Og jeg ved, at denne dagsorden også har høj prioritet i Sundheds- og Ældreministeriet.

Desværre har Sundhedsdatastyrelsen meddelt KL, at data til kommunerne forsinkes som følge af forsinkelser i andre projekter og interne resourceallokeringer i Sundhedsdatastyrelsen. Det er utilfredsstillende, at kommunerne ikke prioriteres og kan få adgang til de data, der er helt nødvendige for at løfte myndighedsopgaverne.

De igangværende samarbejder mellem Sundheds- og Ældreministeriet og KL drejer sig dels om at give adgang til sundhedsdata fra nationale registre til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den kommunale indsats på sundhedsområdet. Dels drejer det sig om at give kommunerne den nødvendige indsigt i afregning for den aktivitet, som kommunerne medfinansierer på sygehuse, så fx. forebyggelige indsatser kan forbedres.

I regi af Sundhedsdataprogrammet arbejdes med initiativet "Kommunal adgang til sundhedsdata", der sætter de juridiske og tekniske rammer for, at kommunerne i starten af 2019 får adgang til sundhedsdata fra de nationale registre. Arbejdet skal blandt andet sikre, at kommunerne kan levere en sammenhængende sundhedsindsats over for ældre plejekrævende borgere, hvor adgang til data for behandling på sygehuse og i praksissektor giver kommunerne bedre mulighed for at planlægge indsatser, så genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser bedre undgås.

I henhold til initiativet kan kommunerne for nuværende regne med at få adgang til kun to ud af de otte efterspurgte nationale registre, som indeholder både national og kommunal sundhedsdata. For de mulige to registre leveres data imidlertid forsinket, hvilket medfører, at kommunerne må vente længere på at få adgang til de relevante data og en udfordring

Dato: 5. september 2018

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 1 af 2

med afløb af puljemidler. Endvidere foreligger der ikke en revideret tidsplan for data fra de resterende seks registre, som blandt andet inkluderer LPR3. Sundhedsdataprogrammets styregruppemøde godkendte den 22. januar 2018 projektet med en leverance på samtlige otte registre i november 2018. Projektet er dermed blevet betydeligt forsinket inden for en kort periode.

KL har endvidere i første halvår 2018 gentagne gange måttet anmode Sundhedsdatastyrelsen om data for den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering i eSundhed. Først i august blev data tilgængelige for kommunerne, og endda i et utilstrækkeligt omfang, som yderligere er udfordret ved databrud grundet den nye aldersdifferentierede medfinansieringsmodel og nye DRG-model. Således er sammenligningsgrundlaget med tidligere aktivitets- og afregningsbillede udfordret. Kommunerne kan derved ikke få synliggjort, hvad der ligger til grund for deres betydelige udgifter til medfinansiering af aktiviteten på sygehusene.

KL har efter sommerferien modtaget henvendelser fra kommuner og kommunegrupper i hele landet, der er meget frustrerede over den manglende dataadgang og manglende mulighed for at understøtte deres sundhedsindsatser. Kommunerne oplever samtidig, at der er meget store forskelle mellem de måltal, som Sundhedsdatastyrelsen meldte ud for 2018 forud for budgetlægningen og så den aktivitet, der nu konstateres. Den manglende dataadgang har gjort det umuligt at forudsige og gør det stort set umuligt at økonomistyre, ligesom budgetlægningen for 2019 er vanskelig.

Vi vil derfor meget gerne i dialog med Sundheds- og Ældreministeriet om at sikre de nødvendige ressourcer og prioriteringer, der skal til for at delingen af relevante og nødvendige information bliver en realitet.

Med venlig hilsen



Kristian Wendelboe

Dato: 5. september 2018

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 2 af 2

**Skøn for kommunal medfinansiering 2019 fordelt på kommuner - i t.kr.**

Kommunal medfinansiering i t.kr.	Sundhedsdatastyrelsens prognose 2019		Model1 Fordelt efter SDS-prognose 2018		Model2 Fordelt efter afregning jan-juni 2018	
	I alt 2019ØA	Andel2019	Andel2018	Andel 2018 på 2019ØA	Andel FR2018	Andel R2018 på 2019ØA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Procent	1.000 kr.	Procent	1.000 kr.	Procent	1.000 kr.
Hele landet	100%	22.432.100	100%	22.432.100	100%	22.432.100
København	8,58%	1.924.641	8,92%	2.001.618	8,81%	1.977.314
Frederiksberg	1,87%	420.474	1,97%	441.178	1,89%	424.987
Ballerup	0,98%	219.822	0,98%	219.048	0,98%	220.390
Brøndby	0,69%	154.197	0,72%	161.265	0,70%	157.286
Dragør	0,29%	64.440	0,29%	65.647	0,30%	67.256
Gentofte	1,34%	300.492	1,32%	296.575	1,36%	304.226
Gladsaxe	1,18%	265.811	1,20%	270.255	1,22%	272.924
Glostrup	0,46%	102.801	0,47%	106.283	0,47%	106.113
Herlev	0,54%	122.166	0,54%	120.927	0,54%	121.487
Albertslund	0,50%	112.896	0,53%	118.346	0,53%	118.722
Hvidovre	0,97%	218.007	1,02%	229.746	1,02%	228.435
Høje-Taastrup	0,90%	201.451	0,94%	211.172	0,94%	211.796
Lyngby-Taarbæk	1,01%	226.557	1,00%	225.419	1,03%	230.022
Rødovre	0,75%	167.424	0,75%	167.673	0,77%	171.801
Ishøj	0,40%	90.506	0,42%	93.937	0,42%	93.631
Tårnby	0,83%	185.755	0,85%	191.281	0,81%	182.688
Vallensbæk	0,28%	62.946	0,28%	62.035	0,31%	68.700
Furesø	0,73%	164.657	0,71%	159.932	0,75%	167.381
Allerød	0,43%	96.155	0,42%	93.167	0,42%	94.236
Fredensborg	0,76%	169.904	0,73%	164.078	0,78%	175.422
Helsingør	1,20%	269.965	1,25%	280.486	1,28%	286.052
Hillerød	0,90%	202.493	0,88%	197.628	0,94%	211.325
Hørsholm	0,51%	115.454	0,51%	113.907	0,53%	120.004
Rudersdal	1,09%	243.497	1,01%	226.658	1,09%	243.730
Egedal	0,70%	157.725	0,69%	155.328	0,71%	159.780
Frederikssund	0,89%	199.317	0,89%	200.578	0,93%	209.543
Greve	0,88%	197.690	0,89%	199.289	0,86%	193.710
Køge	1,04%	233.352	1,04%	233.562	1,01%	227.444
Halsnæs	0,69%	154.286	0,69%	155.766	0,67%	151.316
Roskilde	1,48%	331.615	1,46%	328.611	1,37%	307.043
Solrød	0,37%	82.993	0,36%	81.545	0,36%	80.812
Gribskov	0,86%	193.131	0,85%	190.455	0,88%	197.069
Odsherred	0,72%	161.030	0,72%	162.407	0,67%	150.051
Holbæk	1,29%	289.842	1,33%	297.728	1,19%	267.943
Faxe	0,68%	151.870	0,67%	150.897	0,64%	143.278
Kalundborg	0,92%	207.175	0,93%	208.510	0,87%	194.803
Ringsted	0,57%	127.916	0,59%	132.552	0,52%	117.664
Slagelse	1,51%	338.515	1,54%	344.686	1,40%	315.160
Stevns	0,43%	96.025	0,44%	98.839	0,41%	90.870
Sorø	0,53%	119.714	0,55%	123.701	0,50%	112.665
Lejre	0,49%	110.657	0,47%	105.091	0,46%	102.635
Lolland	0,93%	208.506	0,94%	210.857	0,90%	202.136
Næstved	1,57%	351.633	1,62%	363.938	1,49%	334.700
Guldborgsund	1,24%	277.207	1,30%	290.871	1,19%	267.730
Vordingborg	0,90%	201.699	0,93%	208.185	0,87%	195.452
Bornholms	0,88%	196.354	0,90%	202.529	0,88%	196.486
Middelfart	0,74%	165.323	0,70%	157.645	0,74%	165.567
Assens	0,79%	177.938	0,78%	175.648	0,83%	187.035
Faaborg-Midtfyn	0,97%	218.023	0,94%	211.092	0,98%	219.836
Kerteminde	0,49%	109.262	0,47%	106.492	0,50%	112.461
Nyborg	0,64%	144.302	0,62%	138.882	0,66%	149.150
Odense	3,52%	789.604	3,46%	777.105	3,52%	788.543
Svendborg	1,10%	247.064	1,11%	247.884	1,14%	254.884



**Skøn for kommunal medfinansiering 2019 fordelt på kommuner - i t.kr.**

Kommunal medfinansiering i t.kr.	Sundhedsdatastyrelsens prognose 2019		Model1 Fordelt efter SDS-prognose 2018		Model2 Fordelt efter afregning jan-juni 2018	
	I alt 2019ØA	Andel2019	Andel2018	Andel 2018 på 2019ØA	Andel FR2018	Andel R2018 på 2019ØA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Procent	1.000 kr.	Procent	1.000 kr.	Procent	1.000 kr.
Hele landet	100%	22.432.100	100%	22.432.100	100%	22.432.100
Nordfyn	0,58%	129.150	0,54%	120.337	0,57%	128.708
Langeland	0,31%	68.725	0,30%	68.214	0,31%	69.416
Ærø	0,13%	28.363	0,12%	27.964	0,13%	30.006
Haderslev	1,06%	238.719	1,01%	226.103	1,05%	236.244
Billund	0,48%	107.933	0,47%	106.029	0,48%	107.721
Sønderborg	1,52%	340.462	1,46%	328.293	1,51%	339.155
Tønder	0,74%	166.080	0,74%	165.925	0,75%	167.277
Esbjerg	2,29%	514.470	2,20%	493.769	2,24%	502.174
Fanø	0,07%	15.913	0,08%	17.318	0,07%	16.133
Varde	0,92%	206.411	0,92%	205.786	0,96%	215.753
Vejen	0,77%	173.799	0,76%	170.785	0,77%	172.564
Aabenraa	1,17%	262.525	1,14%	256.411	1,17%	262.751
Fredericia	0,98%	220.302	0,98%	220.419	0,95%	212.847
Horsens	1,42%	318.863	1,40%	313.770	1,41%	315.800
Kolding	1,61%	362.033	1,57%	353.181	1,58%	354.466
Vejle	1,94%	434.984	1,89%	423.831	1,94%	434.203
Herning	1,40%	314.756	1,42%	319.065	1,42%	319.461
Holstebro	0,96%	214.254	0,99%	221.275	0,98%	220.742
Lemvig	0,37%	83.700	0,37%	83.307	0,36%	80.941
Struer	0,39%	88.373	0,40%	90.065	0,38%	85.990
Syddjurs	0,72%	162.113	0,72%	161.669	0,73%	162.866
Norddjurs	0,65%	145.596	0,66%	147.711	0,65%	145.894
Favrskov	0,71%	159.451	0,70%	157.726	0,71%	158.948
Odder	0,37%	82.483	0,35%	78.380	0,36%	81.510
Randers	1,64%	367.546	1,61%	362.152	1,63%	365.803
Silkeborg	1,51%	338.848	1,52%	341.708	1,53%	343.983
Samsø	0,08%	17.152	0,08%	18.234	0,08%	17.353
Skanderborg	0,85%	190.119	0,81%	182.784	0,87%	196.060
Aarhus	4,73%	1.060.744	4,74%	1.063.732	4,57%	1.024.865
Ikast-Brande	0,68%	152.507	0,65%	145.846	0,69%	154.046
Ringkøbing-Skjern	0,93%	209.134	0,93%	208.828	0,95%	213.783
Hedensted	0,74%	166.854	0,71%	159.865	0,75%	168.092
Morsø	0,38%	86.288	0,38%	85.051	0,38%	86.162
Skive	0,85%	190.909	0,85%	191.493	0,85%	190.162
Thisted	0,77%	173.440	0,79%	176.146	0,79%	177.775
Viborg	1,69%	378.936	1,65%	370.898	1,68%	376.042
Brønderslev	0,62%	138.367	0,60%	133.580	0,64%	143.635
Frederikshavn	1,12%	252.139	1,12%	251.690	1,13%	252.861
Vesthimmerland	0,65%	145.756	0,63%	141.617	0,63%	141.497
Læsø	0,03%	6.715	0,04%	8.023	0,03%	7.759
Rebild	0,45%	101.377	0,44%	98.620	0,46%	103.771
Mariagerfjord	0,71%	159.174	0,70%	157.597	0,74%	165.481
Jammerbugt	0,66%	148.492	0,66%	148.788	0,68%	151.524
Aalborg	3,15%	706.756	3,10%	695.587	3,18%	713.007
Hjørring	1,16%	259.117	1,13%	253.596	1,18%	265.175



## Udgifter til kommunal medfinansiering i 2018

Dato: 10. september 2018

KL har i første halvår af 2018 modtaget henvendelser fra en række kommuner, som oplever udfordringer med udgifterne til den kommunale medfinansiering i 2018. Sideløbende hermed har KL haft en løbende dialog med Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsdatastyrelsen dels om udgifterne og dels om dataudfordringerne i KØS.

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 1 af 2

Der opleves udfordringer i forhold til både udgiftsniveauet i tidligere år og i forhold til den prognose, som KL udsendte over kommunefordelt medfinansiering for 2018 forud for budgetlægningen.

I forhold til udgiftsstigningen fra 2017 er det værd at bemærke, at det faktiske udgiftsniveau til kommunal medfinansiering i 2017 var lavt og medførte en efterregulering. Det var endvidere først og fremmest hovedstadsområdet, der lå lavt i 2017. Hvis aftaleniveauet i 2018 realiseres i regnskabet, indebærer det således en markant vækst i de fleste kommuner. Aftalen for 2018 indebærer en vækst fra det realiserede niveau i 2017 på mere end 10 pct.

En række kommuner oplever herudover udgifter, der ligger over de kommunefordelte prognosetal, som Sundhedsdatastyrelsen har lavet for 2018, der for kommunerne under ét afspejler det aftalte niveau. For flere kommuner bevæger udgiftsbilledet sig derfor ud over det, som er budgetlagt, også selvom kommunen har lænet sig op af prognosetallet i budgetlægningen.

På den baggrund har KL med afsæt i de data, der er tilgængelige i KØS, vurderet udgiftsniveauet i 2018. Umiddelbart tyder hidtil afholdte udgifter i 2018 på, at udgifterne holder sig indenfor det aftalte niveau for kommunerne under ét. Til gengæld tyder den foreløbige afregning i 2018 på, at udgiftsudviklingen varierer på kommuneniveau. Nogle kommuner ligger over og andre ligger under prognosetallet. Den foreløbige analyse viser i den forbindelse, at eksempelvis niveauet for efterregistreringer varierer betydeligt på kommuneniveau, hvorfor tallene er behæftet med nogen usikkerhed.

På den baggrund har KL aftalt med Sundheds- og Ældreministeriet, at ministeriet laver en redegørelse for udgiftsudviklingen både for kommunerne under ét og for den enkelte kommune. Ministeriet har tilkendegivet, at der endvidere vil blive foretaget en vurdering af, om prognosen for 2019 kan forventes at være retvisende. Såfremt der er

- tekniske årsager i prognosemodellen, som skævvrider fordelingen blandt kommuner, har KL anført, at dette skal korrigeres. KL har samtidig udtrykt stærk utilfredshed og kritik af leverancen og kvaliteten af de data, som kommunerne stilles
- ./.
- til rådighed for at kunne følge op på afregningen, bl.a. i vedlagte brev til Sundheds- og Ældreministeriet.
- ./.
- Med henblik på at kvalificere skønnet for budgettet for 2019 har KL set på to alternative fordelinger af det aftalte niveau for kommunale medfinansiering for 2019. Den ene model anvender fordelingsnøglen fra prognosen for 2018 på 2019-aftaleniveauet. Den anden anvender den foreløbige afregning til og med juni 2018. En tabel med disse to alternativer er vedlagt.

Når KL har udarbejdet alternativer til Sundhedsdatastyrelsens udsendte måltal skal det ses i lyset af to forhold. Det ene handler om, at en række kommuner uden for hovedstadsområdet har en oplevelse af, at det udsendte måltal for 2019 ligger højt. Det skyldes, at regnskabet for 2017 anvendes som fordelingsnøgle på aftaleniveauet for 2019, og eftersom hovedstadsområdet havde et markant mindreforbrug i 2017, vil det indebære at måltallet for en række kommuner uden for hovedstadsområdet er højt. Det andet forhold handler om, at nogle kommuner oplever en atypisk udvikling i 2018 og ønsker på den baggrund en fornyet vurdering af 2019. Begge forhold skulle der være forsøgt taget højde for i den vedlagte tabel.

Bemærk at der fortsat kun er data inde for dele af året, hvorfor både prognose og skøn for 2019 er behæftet med usikkerhed. Endvidere kan der være lokale forhold, som KL's prognose ikke fanger. Derfor skal det vedlagte materiale alene ses som et supplement til budgetopfølgning og budgetlægning.

Med venlig hilsen




Morten Mandø



Regionshuset Vejle - 4. september 2018 kl. 13 - 15

**Orienteringsmøde omkring udbud af  
vikarydelser til patienter med kronisk  
respirationsinsufficiens**



# Orienteringsmøde vedr. udbud af vikarydelser til patienter med kronisk respirationsinsufficiens

## Agenda for mødet i dag

- Velkommen
- Baggrunden for dagens møde
- Region Syddanmarks forventning til udbuddet og det fremtidige samarbejde mellem Region og kommune(erne)
- Udbudsplan
- Drøftelse i plenum
- Den videre proces
- Opsamling

# Velkommen

- 16 ud af 22 kommuner deltager i dag.
- Der er sendt spørgsmål ind fra følgende kommuner:
  - Sønderborg
  - Esbjerg
  - Fredericia
  - Vejle og
  - Kerteminde
- Efter mødet vil der sammen med et referat af dagens møde blive udsendt en oversigt med kommunernes spørgsmål/regionens svar.

## Baggrund for udbuddet - 1

- Udgifterne til vikarydelserne til borgere med kronisk respirationsinsufficiens er af en sådan størrelse, at de er udbudspligtige.
- RSYD er den eneste region, der i dag ikke har udbudt området.
- Det viser sig ved, at gns. udgifterne i RSYD ligger godt 30 procent over udgifterne i f.eks. RM og RegionH.

## Baggrunden for udbuddet - 2

- RSYD arbejder derfor på at få området udbudt.
- Hvad vi kan få prisen ned på er usikkert?
- Alt andet er dog bedre end priserne vi betaler i dag, hvor det i høj grad er vikarbureauerne, som bestemmer prisen.



## Hvad udbuddet kommer til at betyde 1

- Regionen løfter udbudspligten for alle.
- Bedre priser når vi sammenligner på tværs af regionen i dag.
- Leverandørfeltet skæres ned fra de nuværende 12 leverandører til 2 – 3 stykker.
- Region og kommune bliver kontraktstyrende modsat i dag, hvor det i høj grad er leverandørerne som bestemmer.
- Ensartethed i kontrakterne fra kommune til kommune til region.

## Hvad udbuddet kommer til at betyde - 2

- Alle klager bliver samlet et sted, hvilket gør os samlet stærkere mod leverandørerne samt sikre en ensartet behandling af borgeren.
- Sikre leveringssikkerhed i hele regionen - også i udkantsområderne.
- Dækker udbuddet hele regionen indebærer det, at hvis man som leverandør vil stå for hjælperordningerne i de større byer, så skal man også dække ude på landet.
- Leverandøren skal byde ind på hele opgaven, dvs. alt eller intet.

# Ordninger som er relevante at medtage i udbuddet - 1

- I dag er der 116 hjælperordninger, som er relevante at medtage i udbuddet.
- Størstedelen af ordningerne er ufaglærte (72 procent).
- Ud af de 116 hjælperordninger varetages hjælpen i knap 85 procent af ordningerne af et vikarbureau.
- Alle eksisterende ordninger bør som udgangspunkt medtages i udbuddet.
- Regionen er åben overfor, at "problemordninger" kan blive ved deres nuværende leverandør.
- "Problemordninger" identificeres i et samarbejde mellem region og kommune.

## Hvilke opgaver øses der i ordninger i dag, hvor hjælpen varetages af et vikarbureau - 1

- Udbuddet vil ikke ændre på, hvilke opgaver der løses i hjemmene, og hvem der er ansvarlig for dem.
- Ordninger hvor hjælpen varetages af et vikarbureau, og som er forankret i kommunen løser opgaver for både kommune og region.
- Tilsvarende gælder for ordninger der er forankret i regionen, så løses der også opgaver for både region og kommune.
- Har vikarbureauet udfordringer i forhold til den respiratoriske overvågning kontakter den regionen, idet er regionen som er myndighed og som har tilsynsforpligtelsen.

## Hvilke opgaver løses der i ordninger i dag, hvor hjælpen varetages af et vikarbureau - 2

- Tilsvarende kontakter vikarbureauet kommunen, hvis der er udfordringer i forhold til ydelser fra Serviceloven, idet det er kommunen som er myndighed, og som har tilsynsforpligtelsen på området.
- Udbuddet kommer ikke til at ændre på denne arbejdsdeling, idet den er bestemt ved lov.

## Dialogmøder med kommunerne

- Efter mødet i dag vil regionen indkalde alle interesserede kommuner til et dialogmøde.
- Møderne vil finde sted i løbet af 4. kvartal 2018.
- På møderne skal region og kommune blandt andet tage stilling til:
  - Den videre proces for udbuddet (f.eks. ja/nej til at deltage).
  - Hvis ja, hvilke konkrete ordninger, der vil være relevante at omlægge, samt processen herfor.
  - Hvordan borgeren skal informeres om konsekvenserne af udbuddet.
  - Kommunikationsstrategi for håndtering af borgerhenvendelser.
  - Orientering af relevante patientforeninger.

# Vurdering om opgaverne i en fælles hjælperordning er forenelige – 1

- Der er tale om en fælles hjælperordning , når hjælpen til respiratorbehandling og hjælpen efter serviceloven helt eller delvist kan varetages af den samme hjælper.
- Det centrale i ovenstående sætning ”kan varetages af helt eller delvist af de samme personer”, og respirationscentrene har i den forbindelse ikke løftet sin opgave på tilfredsstillende vis.
- Det viser sig ved, at regionen i dag ikke ved, hvilke kommunale opgaver, der løses i hjemmene.
- Denne viden er ellers afgørende, idet den behandlende læge på respirationscenteret skal vurdere om de kommunale opgaver er forenelige med de respiratoriske opgaver.

## Vurdering om opgaverne i en fælles hjælperordning er forenelige – 2

- DAK har i maj måned godkendt en ny fælles aftaleskabelon for forenelige opgaver i en fælles hjælperordning.
- Kommunerne i RSYD er orienteret om dette i juni måned via det fælles kommunale sundhedssekretariatet.
- Indtil videre er der lavet aftale med seks kommuner, heriblandt Esbjerg- og Odense Kommune, samt forslag med mødedatoer.
- Kontakten med kommunerne har indtil nu været udelukkende positiv over det arbejde, som er sat i gang.



## Tidsplan for udbuddet

- Afholdelse af markedsdage med leverandørerne – medio sep.
- Udarbejdelse af udbudsmateriale – sep/okt.
- Dialogmøde med udbudskonsulenterne i kommunerne – primo nov 2018.
- Dialogmøde med kommunerne – i løbet af 4. kv. 2018.
- Offentliggørelse af udbudsmateriale – dec 2018.
- Frist for anmodning om at blive prækvalificeret – primo januar 2019.
- Tilbudsfrist – ultimo februar 2019.
- Kontraktstart 1. april 2019.

# Drøftelse i plenum

## Den videre proces

- Regionen udsender referat af dagens møde
- Besvarelse af kommunernes spørgsmål
- Datoer for afholdelse af dialogmøder med kommunerne
- Fremsendelse af udbudsplan

# Opsamling

02-10-2018

SEPTEMBER 2018



REGERINGEN

# Sammenhængsreformen

**Mere frihed, tillid og tryghed**

Finansministeriet



SEPTEMBER 2018



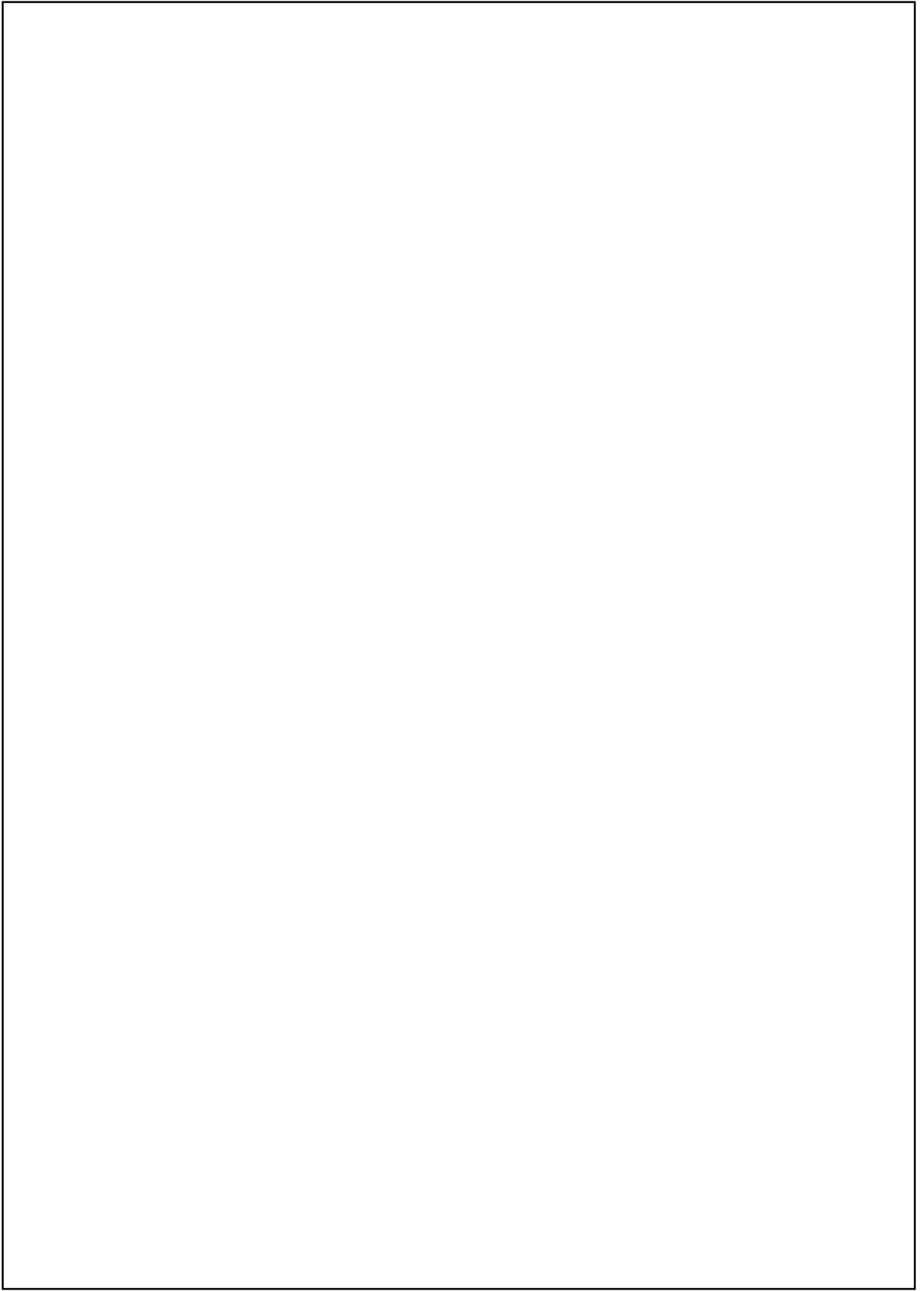
REGERINGEN

---

# Sammenhængsreformen

**Mere frihed, tillid og tryghed**

Finansministeriet





# Indhold

Bedre sammenhæng i velfærden .....	5
En ny tilgang til fornyelse af den offentlige sektor .....	11
Sammenhængsreformen bygger på dialog .....	11
Mindre topstyring og større lokal frihed .....	13
Rum og frihed til innovation .....	15
Nationale mål .....	16
Partnerskaber om fremtidens velfærd .....	17
Seks reformspor .....	19
1. Færre regler og mindre bureaukrati .....	21
2. Digital service i verdensklasse .....	23
3. Bedre hjælp til borgere og familier med komplekse problemer .....	25
4. Bedre ledelse og rette kompetencer .....	27
5. Et mere sammenhængende sundhedsvæsen .....	29
6. Bedre sammenhæng i vejen til uddannelse og job .....	31



# Bedre sammenhæng i velfærden

Danmark er et af verdens bedste velfærdssamfund. Vi har en god og tryk velfærd, som giver lige muligheder til alle og griber dem, der falder.

Sygeplejersker, SOSU-assistenten, lærere, pædagoger og alle de andre medarbejdere i kernevelfærden yder en solid og dygtig indsats. Langt de fleste borgere er tilfredse med den velfærd, de får.

Men vi må også erkende, at der er vigtige områder, hvor det ikke fungerer godt nok. Hvor medarbejderne, der yder service til borgerne, ikke har den tilstrækkelige frihed til at udøve deres faglighed, hvor systemerne spænder ben for løsningerne, og hvor nogle borgere derfor ikke får så god en kvalitet i velfærden, som de bør have.

Det skyldes tre hovedproblemer:

1. Borgerne bliver klemt mellem systemer, der ikke hænger sammen.
2. Medarbejderne presses af regler og skemaer og har for lidt tid til kerneopgaven – nemlig at sikre kvaliteten i velfærden til borgeren.
3. Der er utilstrækkelig fokus på resultater for borgerne, og kvaliteten af offentlig ledelse er for svingende.

Problemerne er ikke nye. De har været tilbagevendende temaer for reformer af den offentlige sektor i årtier. Meget er sat i værk. En del er lykkedes. Kommunalreformen gav mere handlekraftige kommuner. Sundhedsreformer har fjernet ventelister. Kræftpakkerne har givet større sammenhæng, bedre behandling og flere overlevende.

Regeringen vil nu tage de næste store skridt i udviklingen af den offentlige sektor. Vi skal sætte ind over for det voksende bureaukrati og sætte borgere, ledere og medarbejdere i centrum.

Det vil regeringen gøre med Sammenhængsreformen, der skal skabe bedre kvalitet i vores fælles velfærd.

Reformen er blevet til i en åben proces og en konstruktiv dialog med borgere, medarbejdere og ledere. Resultatet vil blive fremlagt løbende igennem efteråret 2018 og gennemføres over de kommende år.

## Borgeren skal opleve én offentlig sektor

Danmark har en af verdens mest decentrale offentlige sektorer. Ansvar for skoler, børn og ældre ligger lokalt – i kommunerne. Ansvar for sygehusene er i regionerne. Det betyder, at den offentlige velfærd i vid udstrækning kan tilrettelægges tæt på borgerne.

Men det giver i nogle tilfælde også et komplekst system med mange forskellige myndigheder på flere niveauer.

Vi har ikke fået en kompleks offentlig sektor fra den ene dag til den anden. Det er et resultat af, at der år for år er blevet lagt lag på lag af regulering, krav og nye opgaver i den offentlige sektor. Det skal vi have luget ud i. Vi må erkende, at systemerne på nogle områder har taget overhånd, og at mennesker kommer i klemme. Og vi skal gøre op med det paradoks, at de borgere, der har sværest ved at finde vej, bliver mødt af den tætteste jungle af regler og tilbud.

Det er ikke patientens ansvar, at sygehuset informerer egen læge. Det er ikke den langtidslediges ansvar, hvis socialforvaltningen og beskæftigelsesforvaltningen indkalder til forskellige møder på samme tidspunkt. Det er ikke den ældres ansvar, at genoptræningen sættes i værk i rette tid efter udskrivelse, så opslidende genindlæggelser kan undgås. Samtidig kan hverken medarbejderne, lederne, civilsamfundet eller borgerne skabe den gode velfærd alene. Det kræver, at vi alle tager et ansvar for at skabe sammenhæng på tværs af den offentlige sektor.

For 10 år siden trådte VK-regeringens omfattende strukturreform i kraft, hvor strukturerne for større og mere bæredygtige enheder blev lagt. Det var en omfattende reform, som lagde sporene for den offentlige sektor. Mange resultater er skabt. Det er et godt grundlag at bygge videre på. Men der er fortsat udfordringer.

Over for borgeren skal den offentlige sektor fremstå som én. Vi skal sætte borgeren først, og der skal være bedre kvalitet og sammenhæng i velfærden. Det er dét, regeringen vil opnå med Sammenhængsreformen.

Ét eksempel er de tusindvis af forskellige handleplaner, som sagsbehandlere producerer rundt om i de kommunale forvaltninger. Alene på social- og beskæftigelsesområdet udarbejdes der 950.000 handleplaner hvert år, hvor mange er til samme borger eller familie. Regeringen har derfor givet mulighed for, at borgere med komplekse og sammensatte problemer kan få én helhedsorienteret plan.

Siden 2015 har regeringen løftet den kommunale velfærd og det regionale sundhedsområde med mere end 6 mia. kr. Regeringen vil fortsat investere i velfærd, men flere penge er ikke nødvendigvis løsningen på alle udfordringerne i den offentlige sektor. Det kræver også, at vi tør gå nye veje, hvor opgaverne løses og tilrettelægges på nye måder.

Vi skal sætte borgeren før systemet. Og det er derfor afgørende, at vores mange dygtige medarbejdere og ledere i den offentlige sektor har de nødvendige vilkår og rammer for at yde en god og sammenhængende velfærd til borgerne. Der kræver tid, frihed og tillid til, at syge-

plejerskerne, SOSU-assistenterne, lærerne, pædagogerne og alle de andre medarbejdere i kernevelfærden kan bruge deres faglighed og yde en god service til borgerne.

Det må ikke være sådan, at unødige administrative regler og krav hindrer medarbejderne i at yde en god service og sikre høj kvalitet i velfærden.

Medarbejderne skal bruge mere af deres tid dér, hvor den er tiltænkt – til at yde omsorg for den ældre, sikre tryk for børnene og pleje af patienten.

Vi vil rydde ud i meningsløse regler, skemaer og rigid kontrol. "New Public Management" har taget overhånd. Der er for meget topstyring.

God velfærd til borgerne forudsætter tillid til medarbejdernes faglighed. I fremtiden skal medarbejdere og ledere i kernevelfærden have større frihed under ansvar til at tilrettelægge arbejdet på nye måder og bruge deres faglighed. Vi skal derfor blive bedre til at lytte og inddrage medarbejderne i udviklingen af den offentlige sektor.

Når medarbejderne bliver inddraget og får rum til at gøre det, de brænder for, giver det en større arbejdsglæde og motivation. Det skaber også mere attraktive, offentlige arbejdspladser med bedre arbejdsmiljø, mindre stress og lavere sygefravær.

Tillid til medarbejderne er ikke ensbetydende med, at der ikke også skal stilles krav. Medarbejderne og ikke mindst lederne har et ansvar for kontinuerlig faglig udvikling, så der skabes størst mulig værdi for borgerne. Vi skal sætte borgerne og de medarbejdere, der direkte yder service til borgerne, i centrum. De er hovedpersonerne.

Ifølge FN er Danmark verdensmester i offentlig digitalisering. Hvis vi også i fremtiden skal have en offentlig sektor med digital service i verdensklasse, så er der behov for at hæve de politiske ambitioner endnu mere. Vi skal fortsat udnytte digitaliseringen og nye teknologier såsom kunstig intelligens og robotteknologi til at lette medarbejdernes arbejde og forbedre velfærden til borgerne.



Og de gode eksempler skal bredes ud. Den skole, hvor børnene bliver gode til at læse og regne. Den børnehave, hvor pædagogernes sygefravær er i bund, og børnenes trivsel i top. Det plejehjem, hvor omsorgen er høj, og beboerne er tilfredse.

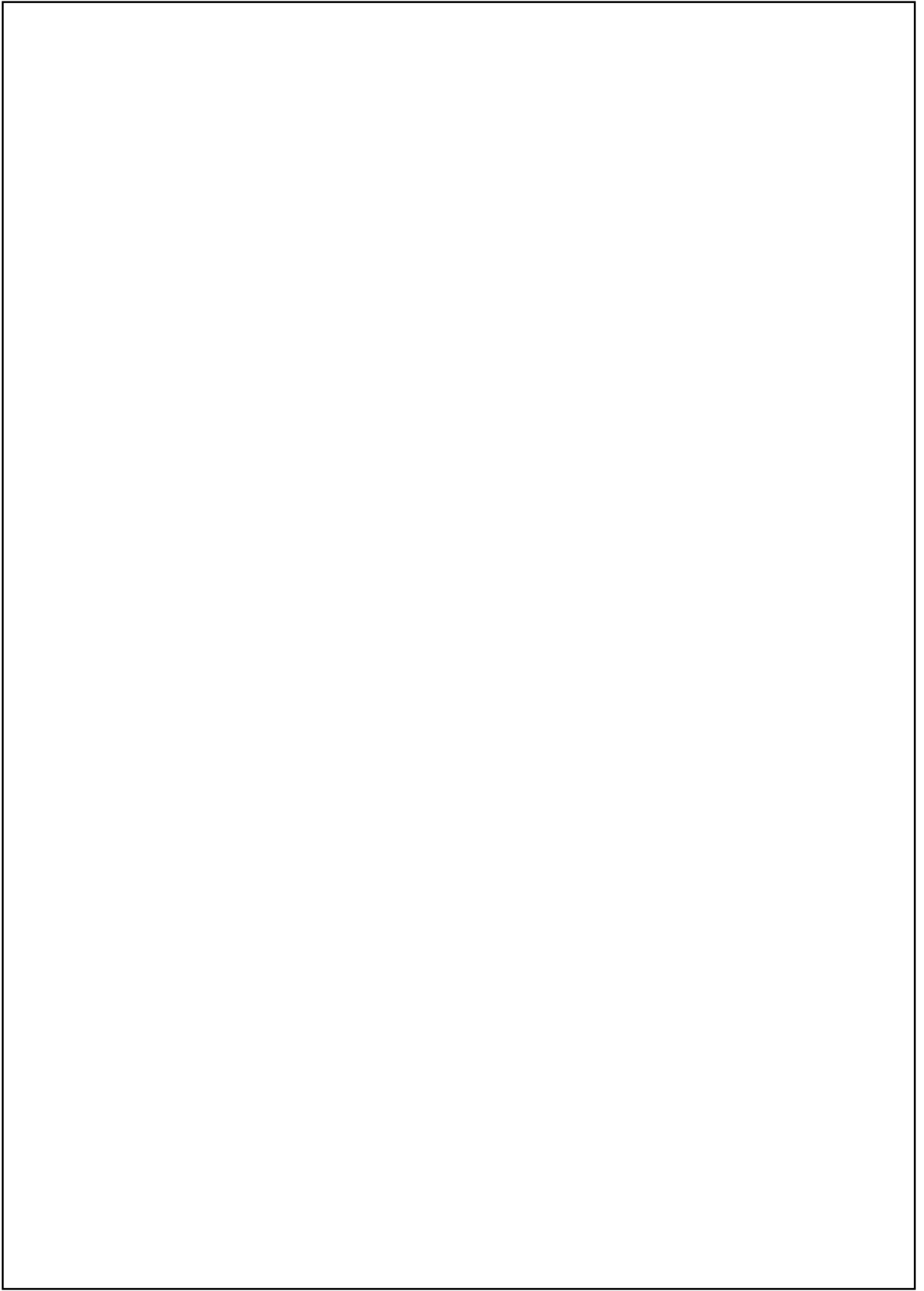
De mindre gode institutioner skal løftes, og de bedste skal blive endnu bedre. Det er i høj grad en ledelsesopgave.

Sammenhængsreformen er bygget op om seks reformspor, *jf. figur 1*.

---

**Figur 1**  
**Reformsporene i Sammenhængsreformen**









# En ny tilgang til fornyelse af den offentlige sektor

Siden 1983 har skiftende regeringer præsenteret deres bud på en administrationspolitik, der kan sætte retning for den offentlige sektor. Det har medvirket til, at vi i dag har en god og tryk velfærd.

Men for meget har været styret fra toppen. Vi har ikke vist medarbejderne og deres faglighed tilstrækkelig respekt og tillid. Vi er endt med at bruge for meget energi på kontrol og papirarbejde. Og for lidt tid på den direkte hjælp og velfærd til borgerne.

Derfor kræver det en ny tilgang, hvis vi skal skabe en endnu bedre offentlig sektor. Regeringen er derfor gået et spadestik dybere end tidligere. På flere af de store velfærdsområder er der igangsat omfattende kulegravninger af, hvad der stjæler medarbejdernes tid. Samtidig har regeringen lagt vægt på at inddrage og lytte til borgere, medarbejdere og ledere.

Fornyelse af den offentlige sektor er en bunden opgave for enhver regering. Og det er en bunden opgave at udvikle den offentlige velfærd løbende. For denne regering er det hjerteblod.

## Sammenhængsreformen bygger på dialog

Sammenhængsreformen er blevet til i en tæt dialog med borgere, medarbejdere og ledere. I forbindelse med en Danmarksturné har innovationsministeren fx besøgt alle landets 98 kommuner, fem regioner og en række statslige arbejdspladser for at få konkrete input til reformarbejdet.

Samtidig har regeringen med kampagnen "Meld en regel" modtaget en lang række forslag til regelforenklinger og bedre sammenhæng fra bl.a. borgere, medarbejdere og ledere i den offentlige sektor.

Regeringen har nedsat en ledelseskommission. Kommissionen har bl.a. besøgt over 200 offentlige organisationer, konferencer og temamøder samt modtaget input fra ca. 2000 offentlige ledere. Kommissionen har kortlagt den offentlige ledelse og fremlagt konkrete anbefalinger til at styrke kvaliteten af den offentlige ledelse.

Regeringen har også nedsat udfordringspanelerne, der er kommet med nye ideer til udviklingen af den offentlige sektor. Udfordringspanelerne består af 13 medlemmer fra den offentlige og private sektor. Deres anbefalinger har været en inspirationskilde i arbejdet med Sammenhængsreformen.

---

### Regeringen har som led i arbejdet med Sammenhængsreformen fået input fra:

- **Danmarksturné:** Innovationsministeren har været rundt i samtlige af landets kommuner, regioner og en række statslige arbejdspladser for at kortlægge udfordringerne – og hente inspiration fra lokale løsninger.
  - **Meld en regel:** Kampagnen har givet både borgere, faglige organisationer, virksomheder og offentligt ansatte mulighed for at indsende forslag til afbureaukratisering.
  - **Udvidet udfordringsret:** Initiativet giver alle offentligt ansatte og private leverandører mulighed for at indsende forslag til regelforenkling og til at søge om dispensation fra gældende regler for at afprøve nye arbejdsmetoder.
  - **Ledelseskommisionen:** Kommissionen var sammensat af ledere på forskellige niveauer i den offentlige og private sektor, og den kom med konkrete anbefalinger til bedre ledelse i den offentlige sektor.
  - **Udfordringspaneler:** Panelerne – bestående af medlemmer fra den offentlige og private sektor – er kommet med deres bud på, hvordan visionerne i Sammenhængsreformen kan realiseres.
  - **Referencegruppe:** Repræsentanter for KL, Danske Regioner, DA, LO, FTF og AC er løbende blevet inddraget i reformarbejdet.
  - **Dialogmøder:** Innovationsministeren har løbende holdt inspirationsmøder med en lang række aktører og fået input til arbejdet med Sammenhængsreformen.
- 



## Mindre topstyring og større lokal frihed

Styring handler grundlæggende om, hvordan man når de politiske fastsatte mål for den offentlige sektor samtidig med, at der følges op på resultaterne. Den samlede styring udspringer fra både Folketinget, ministerier, regioner og kommuner.

Gennem årene er der føjet lag på lag af regulering, krav og nye opgaver i den offentlige sektor. Selv om de enkelte dele fungerer hver for sig, så kan det medføre, at borgerne oplever usammenhængende og uigennemskuelige offentlige tilbud. Og at medarbejderne bruger unødigt meget tid på bureaukrati – og har for lidt tid til at bruge deres faglighed til gavn for borgerne.

Der har de senere år været debat om styringen af den offentlige sektor, herunder særligt den styringsform som forvaltningslitteraturen betegner som *New Public Management*.

*New Public Management* er blevet kritiseret for at skabe en kompleks og bureaukratisk offentlig sektor med omfattende regulering og registreringskrav, som gør det vanskeligt for medarbejderne at udføre deres opgaver. Regeringen tager kritikken af *New Public Management* alvorligt.

Regeringen ønsker at udstikke en ny kurs for styringen af den offentlige sektor. Der skal være et fornyet og langt stærkere fokus på kvaliteten og værdien af velfærden. Udgangspunktet skal være kvalitet i opgaveløsningen – ikke et væld af krav, der begrænser mulighederne for at levere god velfærd.

Man kan ikke styre sig ud af kompleksiteten. Vi bliver derfor nødt til at have tillid til, at medarbejdere og ledere kan løse opgaverne og bruge deres faglighed til at træffe gode beslutninger sammen med borgerne. Tillid og sammenhæng er nøgleordene for en reform af den offentlige sektor.

Opgaverne skal løses i fællesskab – ikke i den enkelte silo. Relevante medarbejdere og ledere skal derfor stille deres viden og ressourcer til rådighed, når vi løser kerneopgaverne i den offentlige sektor – uden at skele til fagområde eller sektor.

Der skal gennemføres en omfattende afbureaukratisering i den offentlige sektor. Staten, kommuner og regioner skal afskaffe unødvendige regler og registreringskrav.

Der skal være færre mål, som de enkelte medarbejdere og institutioner skal forholde sig til.

Der skal større fokus på resultaterne for borgerne – både i styringen af velfærdsområderne og i åbenheden over for borgerne.

Det vil give medarbejderne et større fagligt råderum og en større lokal frihed til at levere kerneydelser af høj kvalitet. Det skaber samtidig mere motiverede medarbejdere, der brænder for at gøre en forskel for borgerne i vores velfærdssamfund.

Dermed øges kravene til de ledere, som sidder med det daglige driftsansvar. De politiske niveauer skal lade lederne lede. Ledere skal sætte både retning og holdet. Ledere skal også tage ansvar for, at medarbejderne løbende udvikler deres faglighed med fokus på at skabe de bedst mulige resultater for borgerne. Dårlige ledere skal udvikles eller afvikles. Institutionerne skal tage ansvaret for deres egen udvikling. Derfor skal der være styr på økonomien, og budgetterne skal holdes. Det giver tryghed for medarbejderne og handlefrihed til ledelsen.

Men blikket på det enkelte års budget må ikke blive så stift, at de kommende år bliver tabt af syne. Der skal også planlægges flere år frem og investeres i langsigtede forbedringer af opgaveløsningen. God økonomistyring i den offentlige sektor skal derfor ses i det lange lys. Det kræver, at man – hvor det er relevant – kan disponere over sine ressourcer mere end ét år frem samt har frihed og incitament til at prioritere og anvende sine ressourcer der, hvor de bidrager mest til løsningen af kerneopgaverne – også på længere sigt.

Det betyder naturligvis ikke, at der ikke længere er behov for regler, fx for at sikre, at borgerne får den velfærd eller de ydelser, de er berettiget til.

Men det er en fejl at tro, at man skal styre på samme måde på tværs af de mange sektorområder i den offentlige sektor. Den statslige styring af politiet eller en stor statslig styrelse skal være anderledes end styringen af en kommunal børnehave eller et jobcenter.

Siden valget i 2015 er der arbejdet med at udvikle styringen og skabe bedre sammenhæng for borgeren. Det gælder fx på sygehusene, *jf. boks 1*.

---

### **Boks 1** **Eksempel på ny styring: Sygehusene**

Regeringen og regionerne har aftalt at ændre den økonomiske styring af vores sygehuse. Der har indtil nu været fokus på øget aktivitet i sygehusvæsenet i form af flere behandlinger, fx flere operationer mv. Fremover skal styringen understøtte sammenhæng, resultater og kvalitet. Behandlingen af borgere med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter skal flyttes fra de specialiserede sygehuse til tilbud tættere på patienten. For patienten betyder det, at der bliver bedre mulighed for oftere at undgå turen til sygehuset og i stedet blive behandlet i almen praksis, via en udgående sygehusfunktion, i kommunerne eller gennem digitale løsninger. Nye innovative løsninger vil kunne understøtte den udvikling. Sygehuspersonalet får samtidig bedre råderum til at beslutte de optimale løsninger for den enkelte patient.

---

## Rum og frihed til innovation

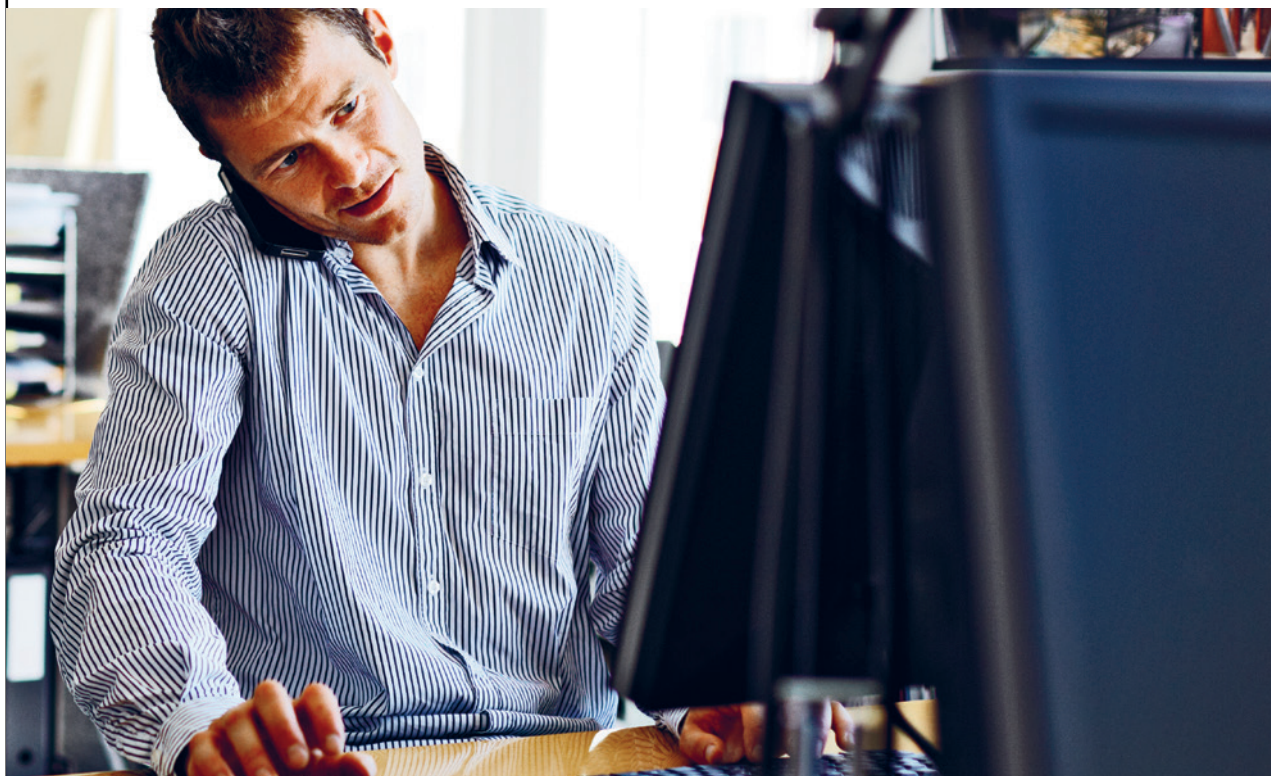
De bedste idéer opstår ofte i situationer, hvor medarbejdere skal løse konkrete problemer sammen med borgerne.

Regeringen vil gennemføre forsøg med friinstitutioner på en række områder. Her får de enkelte institutioner mere frihed til at løse kerneopgaverne, samtidig med at der målrettet følges op på resultater, kvalitet og effektivitet. Der er allerede ved at blive igangsat forsøg med friinstitutioner på dagtilbuds- og ældreområdet samt med sociale botilbud. Regeringen vil videre ad den vej, og der igangsættes derfor flere forsøg med friinstitutioner på en række nye områder, herunder på skole og ungdomsuddannelsesområdet.

Regeringen vil nytænke og afprøve nye innovative løsninger i kommunerne og indbyder derfor til nye frikommuneforsøg fra 2018 – Frikommuneforsøg III. Frikommuneforsøg giver kommunerne mulighed for at afprøve nye løsninger, fx hvor reglerne er unødigt bøvlede, eller hvor der er overflødige krav til dokumentation.

Der skal være plads og mod til at udvikle nye innovative løsninger i den offentlige sektor. Løsningerne skal langt hen ad vejen findes lokalt på arbejdspladserne. Der skal derfor skabes nye lokale og nationale partnerskaber på de store velfærdsområder, hvor borgere, medarbejdere og ledere i fællesskab kan forny og udvikle konkrete løsninger, der forbedrer velfærden.

Endelig ønsker regeringen at give større frihedsgrader til de frie grundskoler og skabe mere fleksible regler for udbud af ungdomsuddannelser, så flere aktører kan udbyde erhvervsuddannelser og erhvervs-gymnasiale uddannelser, og det lokale initiativ fremmes.



## Nationale mål

Regeringen igangsætter med Sammenhængsreformen en omfattende fornyelse af den offentlige sektor. Hvis det skal lykkes at vende fokus i den offentlige velfærd væk fra systemet og mod borgeren, så kræver det, at vi alle trækker i samme retning.

Regeringen opstiller derfor fire nationale mål for udviklingen af den offentlige sektor, *jf. boks 2*.

---

### Boks 2

#### 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.

---

Målene er fastsat på baggrund af de mange input, der er modtaget som led i arbejdet med reformen, og de skal sætte en samlet retning for udviklingen af den offentlige sektor i de kommende år.

Regeringen ønsker at fortsætte den åbne og inddragende proces, der har kendetegnet arbejdet med Sammenhængsreformen. Regeringen vil derfor invitere en lang række repræsentanter for den offentlige sektor til et topmøde om de nationale mål for udviklingen af den offentlige sektor med henblik på at drøfte målene, og hvordan vi i fællesskab arbejder videre med dem.

Regeringen ønsker at blive holdt op på målene, og at der løbende kan følges med i, hvordan det går. For hver af målene vil der derfor blive fastsat konkrete og målbare indikatorer, så vi kan følge med i udviklingen.

Samtidig vil regeringen rydde op i det eksisterende mål-mylder. Som led i reformsporet om afbureaukratisering vil regeringen derfor igangsætte en sanering af eksisterende mål på tværs af den offentlige sektor.

## Partnerskaber om fremtidens velfærd

Vi skal blive ved med at arbejde for en velfærd i topklasse. Den nære sundhed skal styrkes, og vi skal gøre dagligdagen bedre for de mange offentlige medarbejdere, der hver dag arbejder hårdt for at skabe tryghed, omsorg og pleje. Vi ser, at borgere stadig bliver klemt af rigide systemer og silotænkning, og at medarbejderne presses af unødige regler. Det skal vi gøre op med.

Men der er ikke nogen lette løsninger. Udfordringerne kræver, at vi i fællesskab udvikler løsninger. Samtidig er der lokale forhold, der betyder, at det ofte kan være svært at bruge den samme løsningsmodel på tværs af sektorer og institutioner. Regeringen opfordrer derfor til, at man lokalt i kommuner og regioner laver partnerskaber om at udvikle den offentlige sektor, så den skaber mest mulig værdi for borgerne. Endvidere vil regeringen søge at indgå nationale partnerskaber på de store velfærdsområder.





# Seks reformspor

Sammenhængsreformen bygges op omkring seks reformspor, *jf. figur 2*. Indsatserne er forskellige, men formålet er det samme i alle seks reformspor: At borgeren ikke bliver klemmt mellem systemerne. At kvaliteten i velfærden løftes. Og at medarbejderne får mere tid til kerneopgaven.

**Figur 2**  
Reformsporene i Sammenhængsreformen

- 1 Færre regler og mindre bureaukrati
- 2 Digital service i verdensklasse
- 3 Bedre hjælp til borgere og familier med komplekse problemer
- 4 Bedre ledelse og rette kompetencer
- 5 Et mere sammenhængende sundhedsvæsen
- 6 Bedre sammenhæng i vejen til uddannelse og job

Det konkrete indhold i de seks reformspor vil blive offentliggjort som selvstændige udspil i løbet af efteråret.



## 1. Færre regler og mindre bureaukrati

Bureaukratiet har grebet om sig og fylder for meget i den offentlige sektor. Der er opstået et skævt forhold mellem den tid, medarbejderne bruger på borgerne, og den tid, de bruger på unødigt bureaukrati. Både medarbejdere og ledere melder samstemmende, at regler og registreringskrav fylder for meget i det daglige arbejde i den offentlige sektor.

Det er regeringens opfattelse, at mængden af bureaukrati hæmmer effektiviteten i den offentlige sektor og forhindrer medarbejderne i at nå deres fulde potentiale og udøve deres faglighed. Regler og registreringskrav fylder simpelthen for meget, og det går ud over den service, som borgerne får.

Der er ikke tilstrækkelig frihed i opgaveløsningen i dag. Det er ofte medarbejdere og ledere, der ved, hvordan borgerne sikres den bedst mulige velfærd for pengene, og hvornår registreringskrav og øvrige regler står i vejen for det. Men de har ikke de nødvendige rammer for at sætte erfaringerne i spil.

Staten har skabt et puljetyranni i kommunerne og regionerne, hvor administrationen af ansøgningspuljer trækker for mange ressourcer væk fra den borgernære velfærd.

Der er opstillet mange mål i og for den offentlige sektor. De mange mål har hver for sig en berettigelse, men samlet set bidrager de til et betydeligt bureaukrati og manglende fokus i styringen i den offentlige sektor. Det skaber forvirring hos ledere og medarbejdere.

Regeringen lancerer derfor reformsporet *Færre regler og mindre bureaukrati*, som skal sikre, at tiden bruges på kerneopgaver og ikke unødigt bureaukrati – så borgeren og vores fælles velfærd kommer i første række.

---

### Reformsporet om afbureaukratisering vil håndtere følgende udfordringer:

- Det er ofte medarbejdere og ledere, der ved hvordan den bedst mulige velfærd sikres, men de har ikke friheden til at sætte erfaringerne i spil.
- For mange puljer bliver ædt op af administration frem for at blive brugt på velfærd.
- Regler og registreringskrav fylder for meget, og det går ud over den service, som borgerne får.
- Der er opstillet for mange mål i den offentlige sektor – det skaber et betydeligt bureaukrati og manglende fokus i styringen i den offentlige sektor.



## 2. Digital service i verdensklasse

Danmark er en international frontløber, når det gælder digitaliseringen af den offentlige sektor. Den digitale omstilling af den offentlige service til borgerne og virksomhederne er dog ikke kommet af sig selv. Den har krævet en vedholdende indsats på tværs af hele den offentlige sektor, modige politiske beslutninger og er i høj grad lykkedes, fordi danskerne hurtigt har taget de digitale løsninger til sig.

Regeringen ønsker fortsat en digital offentlig sektor i verdensklasse. Der lanceres derfor en reform af den offentlige digitale service med konkrete initiativer, som adresserer en række centrale udfordringer.

*For det første* er øget dataanvendelse og deling af oplysninger på tværs af myndigheder en central forudsætning for en bedre, mere sammenhængende og målrettet service til borgerne. Men de digitale muligheder for at dele data og manglende indblik i, hvilke data og oplysninger, som anvendes af det offentlige, kan skabe grobund for utryghed og mistillid til offentlige myndigheder. Det er en helt legitim bekymring, som skal håndteres. Det er afgørende, at borgerne er trygge ved den offentlige brug af data. Regeringen vil derfor sikre, at danskerne får et bedre indblik i hvilke data og oplysninger, der indsamles på tværs af den offentlige sektor, og hvad oplysningerne anvendes til.

*For det andet* bærer den digitale service i dag præg af, at de offentlige myndigheder har udviklet deres digitale løsninger efter de sektorer og siloer, som den offentlige sektor er opdelt i. Det betyder, at en borger, som fx skal flytte, skal anvende flere forskellige selvbetjeningsløsninger til henholdsvis at melde ny adresse, skifte læge, søge om boligstøtte osv. Det er dermed op til borgeren selv at skabe sammenhæng på tværs af myndighedernes mange selvbetjeningsløsninger, som er bygget på myndighedernes præmisser. Regeringen vil gøre det nemmere og mere enkelt at være borger i det digitale Danmark.

*For det tredje* sker udbredelsen af nye teknologier alt for langsomt, så borgerne ikke hurtigt nok får gavn af de nye muligheder. 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.

---

### Reformsporet om bedre digital service vil håndtere følgende udfordringer:

- Borgerne mangler indblik i, hvilke data og oplysninger, som indsamles og anvendes i den offentlige sektor. Det kan svække borgernes tillid til myndighederne.
  - Den offentlige digitale service kan ofte være usammenhængende – borgerne skal derfor selv finde vej i en kompleks offentlig sektor.
  - Nye digitale løsninger og velfærdsteknologier udbredes for langsomt – borgerne får dermed ikke en så god service, som de kunne have fået.
-



### 3. Bedre hjælp til borgere og familier med komplekse problemer

Det er et paradoks, at de borgere og familier, der har sværest ved at finde vej, bliver mødt af den tætteste jungle af regler og tilbud.

Det gælder fx den langtidsledige mor med to børn, der er i en svær og kompleks situation. Måske med social angst og en fysisk funktionsevnededsættelse, som begrænser hende i hverdagen. Og ulykkeligvis ofte børn, der mistrives, klarer sig dårligt i skolen og måske skal anbringes uden for hjemmet.

Det gælder fx også udsatte borgere, som hverken er i uddannelse eller beskæftigelse på grund af psykiske lidelser og misbrugsproblemer. Borgerne vil ofte have kontakt med både socialforvaltning, behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandling, jobcenter osv. Og de vil ofte blive mødt af et utal af sagsbehandlere og handleplaner.

Der er behov for, at hjælpen til disse borgere og familier sker med udgangspunkt i deres samlede udfordringer og ressourcer – ikke i systemerne. Både fordi det er det bedste for borgerne og familierne, men også fordi vi tror på et samfund, hvor alle – med den rette hjælp – kan og skal deltage og tage ansvar.

Mange kommuner har arbejdet ambitiøst og hårdt for at skabe en bedre sammenhæng i indsatserne til de borgere og familier, der har komplekse og sammensatte udfordringer. Men indsatserne har ofte udgangspunkt i forskellige sektorlovgivninger med varierende formål, begreber og tilbud. Erfaringerne fra kommunerne viser derfor, at ambitionerne om mere sammenhængende indsatser for borgerne kan være svære at realisere i praksis.

Regeringen har fremlagt et forslag om, at borgere og familier med komplekse og sammensatte problemer kan få én helhedsorienteret plan. Loven er vedtaget af Folketinget og trådte i kraft d. 1. juli 2018.

Regeringen vil i forlængelse heraf lancere et reformspor med konkrete bud på, hvordan den offentlige sektor bedre kan levere sammenhængende indsatser til borgere med komplekse problemer, der giver mening for den enkelte borger.

---

#### Reformsporet om en helhedsorienteret indsats vil håndtere følgende udfordringer:

- Der er for mange borgere med komplekse problemer, som oplever et tungt og uigennemskueligt offentligt system. Her møder de mange kontaktpunkter og oplever at skulle afgive de samme oplysninger mange gange.
- Der er for mange borgere med komplekse problemer, som ikke får en helhedsorienteret indsats, der tager afsæt i deres samlede udfordringer og styrker deres evne til at mestre eget liv og blive en del af arbejdsmarkedet.
- Det er vanskeligt for medarbejdere at overskue lovgivningen og tilrettelægge helhedsorienterede indsatser på tværs af forvaltninger i det offentlige.





## 4. Bedre ledelse og rette kompetencer

Den offentlige sektor er generelt velfungerende med dygtige og engagerede ledere og medarbejdere, der hver dag gør en forskel for samfundet og borgerne. Nogle steder er den forskel imidlertid større end andre steder. Det skyldes ofte god ledelse, et engageret personale med tidssvarende kompetencer og et godt arbejdsmiljø. Regeringen vil derfor sætte fokus på ledelse og kompetencer i den offentlige sektor.

Der skal større fokus på, hvordan den offentlige sektor skaber kvalitet og resultater for borgerne – både i ledelsen og styringen af velfærdsområderne. Ledelseskommisionen peger i den forbindelse på, at der skal større fokus på driften af den offentlige velfærd. Der er blevet for langt mellem de ledere og medarbejdere, der har kontakten til borgerne og den ledelse, der tager de overordnede beslutninger.

Oftentimes skal løsningen for en borger eller virksomhed findes i samarbejdet mellem flere enheder eller fagligheder. Det skal den offentlige sektor blive bedre til at håndtere. Det er et ledelsesansvar, men også et ansvar for alle offentlige medarbejdere at videndele, opsøge kolleger og skabe faglig synergi på tværs af områder.

Udviklingen i bl.a. ny teknologi stiller krav til de offentlige ledere og medarbejdere, der konstant skal tillære sig kompetencer for at kunne imødekomme morgendagens behov. Når ledere og medarbejdere er klædt på til at løfte deres opgaver, bliver resultatet for borgerne bedre, samtidig med at medarbejderne i den offentlige sektor trives bedre.

Styr på økonomien og respekt for budgetterne er en forudsætning for et bæredygtigt velfærdssamfund. Men det er ikke nok. Vi skal også udvikle velfærdssamfundet. I takt med den teknologiske udvikling og en fortsat økonomisk fremgang, stiger borgernes forventning til kvaliteten af den offentlige service. Det kræver, at der både planlægges og investeres med blik for fremtiden. Der skal løbende foretages de investeringer, som på den lidt længere bane gør en forskel for både kvaliteten og effektiviteten. Langsigtet planlægning kan ske på flere måder. Men ofte er det lederne og medarbejderne i de borgernære institutioner, som har ideerne til, hvordan den offentlige sektor kan blive endnu bedre. Derfor skal der være plads og fleksibilitet til, at de enkelte institutioner kan planlægge flere år frem og tør investere i konkrete forbedringer, der kommer borgerne og medarbejderne til gavn – også på længere sigt.

---

### Ledelses- og kompetencereformen vil håndtere følgende udfordringer:

- Der er utilstrækkeligt fokus på resultater for borgeren i den offentlige opgaveløsning.
- Medarbejdere og ledere skal blive bedre til at skabe sammenhæng på tværs af den offentlige sektor.
- Ledelseskvaliteten i den offentlige sektor er for svingende.
- Der investeres ikke tilstrækkeligt strategisk i kompetenceudvikling.
- Det skal være attraktivt at arbejde i det offentlige.



## 5. Et mere sammenhængende sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er i dag langt bedre end for to årtier siden. Vi bruger flere penge på sundhed end nogensinde. Der er ansat ca. 5.800 flere læger og ca. 5.900 flere sygeplejersker siden 2001. Ventelister er nedbragt. Flere overlever kræft og hjertesygdomme.

Men vi har tre klare udfordringer.

*For det første* oplever mange patienter, at der mangler sammenhæng i deres behandlingsforløb. Det kan fx være sygehuset og den kommunale hjemmesygepleje, som ikke får talt sammen, når patienten udskrives. Regeringen vil gøre det nemmere for sundhedspersonalet at skabe sammenhæng for patienten i snitfladerne mellem sygehus, kommunale sundhedstilbud og egen læge.

*For det andet* bliver for mange behandlet på et sygehus. Det har været en succes at samle specialerne, så alle kan få den bedste behandling af komplicerede sygdomme som en blodprop i hjertet eller kræft. Fx overlever flere et hjerteanfald og får et godt liv bagefter. Men for mindre komplicerede behandlinger er det bedste tilbud for patienten ikke på et sygehus – som ofte ligger et stykke væk.

*For det tredje* er der store forskelle i sundhedstilbuddene, alt efter hvor i landet borgeren bor. Det gælder både for sygehusene og de kommunale sundhedstilbud.

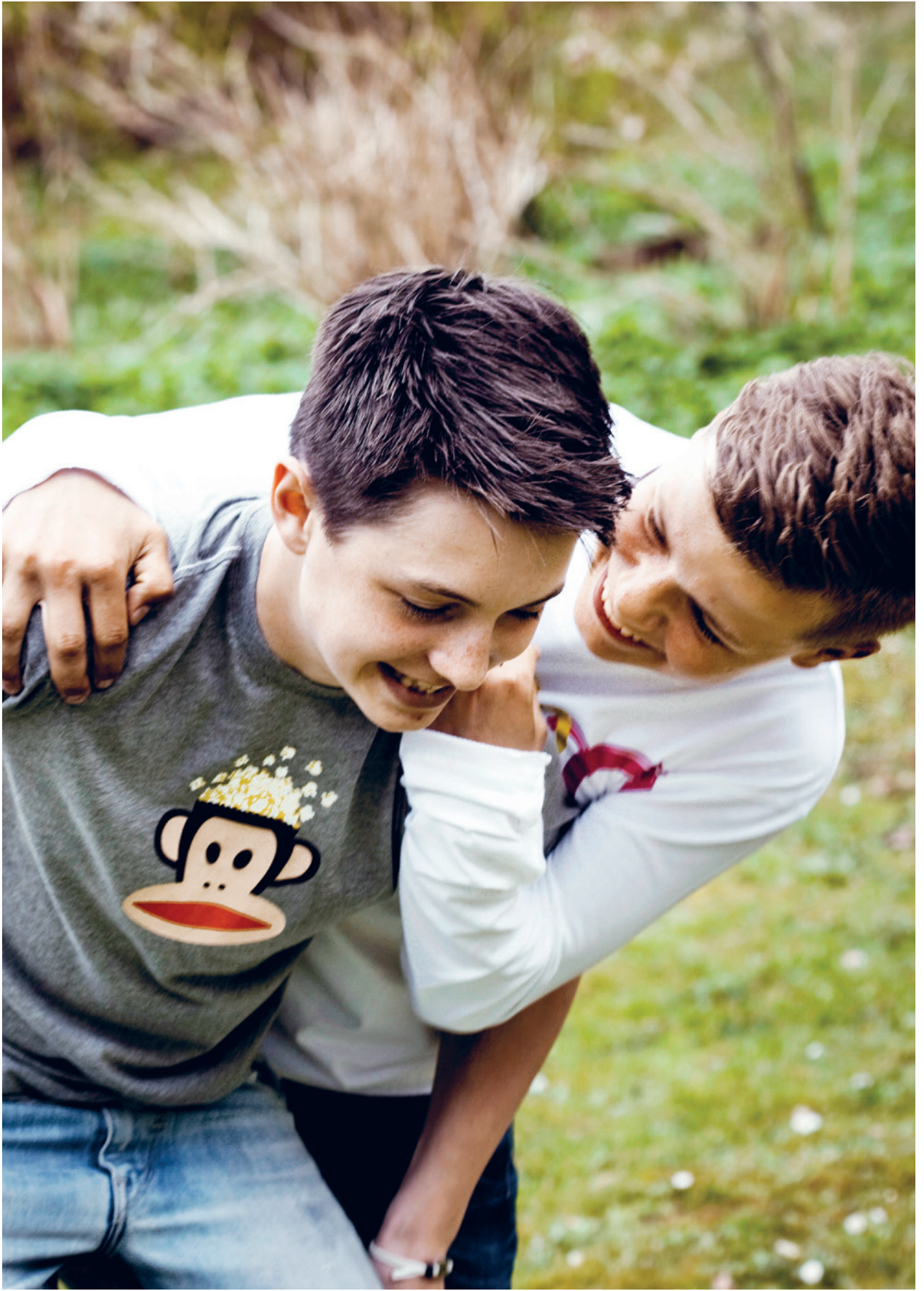
Regeringen vil skabe et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen tættere på borgerne. Patienterne skal oftere hjælpes af egen læge. Eller af kommunens tilbud. Det er særligt vigtigt for mennesker med kroniske sygdomme, ældre og andre, som ofte er i kontakt med sundhedsvæsenet. Og kvalitet og service skal være mere ensartet for alle på tværs af landet.

For at håndtere de udfordringer vil regeringen i efteråret lancere en samlet sundhedsreform.

---

### Reformsporet om sundhed vil håndtere følgende udfordringer:

- Der er behov for øget sammenhæng mellem kommune, almen praksis og sygehus.
- Der er for mange behandlinger af fx ældre medicinske patienter og mennesker med kronisk sygdom på sygehuse, i stedet for hos egen læge.
- Danmark halter i dag bagefter, når det kommer til udviklingen af det nære sundhedsvæsen med bl.a. moderne lægehuse, hvor flere læger og sygeplejersker arbejder sammen.
- Der er behov for mere ensartet kvalitet og service på tværs af landet.
- Den lokale ledelse og personalet skal have rammerne for at træffe de rigtige beslutninger for patienten. Ny styring på sundhedsområdet fra 2019 var første skridt – her er firkantede aktivitetskrav fjernet, og der er i stedet sat fokus på sammenhæng for patienterne.
- Ny teknologi og nye innovative tilgange skal udnyttes til gavn for patienten.



## 6. Bedre sammenhæng i vejen til uddannelse og job

De fleste unge er aktive deltagere i samfundet – enten ved at være i uddannelse eller ved at være i job. Vi skal støtte de unge i overgangen til uddannelse og beskæftigelse, og vi skal støtte de unge undervejs på deres vej mod at blive myndige borgere i samfundet. Det kræver, at vi alle tager ansvar. De unge skal tage ansvar for deres eget liv. Det offentlige har til gengæld ansvaret for at sikre, at ungdomsuddannelser er af en høj kvalitet, og at den unge har en bred vifte af forskellige uddannelsesmuligheder, der er geografisk tilgængelige. Det kræver også et balanceret blik på den enkelte unge og en forståelse for, at den unges vej til uddannelse og job kan være forskellige.

I dag er der en række udfordringer. Langt de fleste unge vælger i dag en gymnasial uddannelse efter grundskolen, selv om nogle unge burde vælge en erhvervsuddannelse. Det ses ved, at mange unge først gennemfører en gymnasial uddannelse for derefter at gennemføre en erhvervsuddannelse. Næsten hver tiende ung har gennemført både en erhvervsuddannelse og en gymnasial uddannelse, inden de er 30 år. En tredjedel af de erhvervsuddannelseselever, der ikke kommer direkte fra grundskolen, har en gymnasial uddannelse bag sig.

Blandt unge i kontanthjælpssystemet er der i dag flere, som begynder på en uddannelse. Det er godt. Men frafaldet er alt for højt. Det kan være unge med lav motivation eller andre udfordringer, der vanskeliggør en nem overgang til uddannelsessystemet. Det er også unge, som hverken er i uddannelse eller beskæftigelse på grund af psykiske lidelser og misbrugsproblemer og dermed har kontakt med flere forskellige forvaltninger og aktører. Alt efter, om den unge møder den offentlige sektor via socialsystemet, uddannelse, sundhed eller beskæftigelse gælder der forskellige regelsæt. Det kan gøre vejen frem uigennemsigtig, men det udfordrer også de medarbejdere, som skal levere god rådgivning og støtte til den unge.

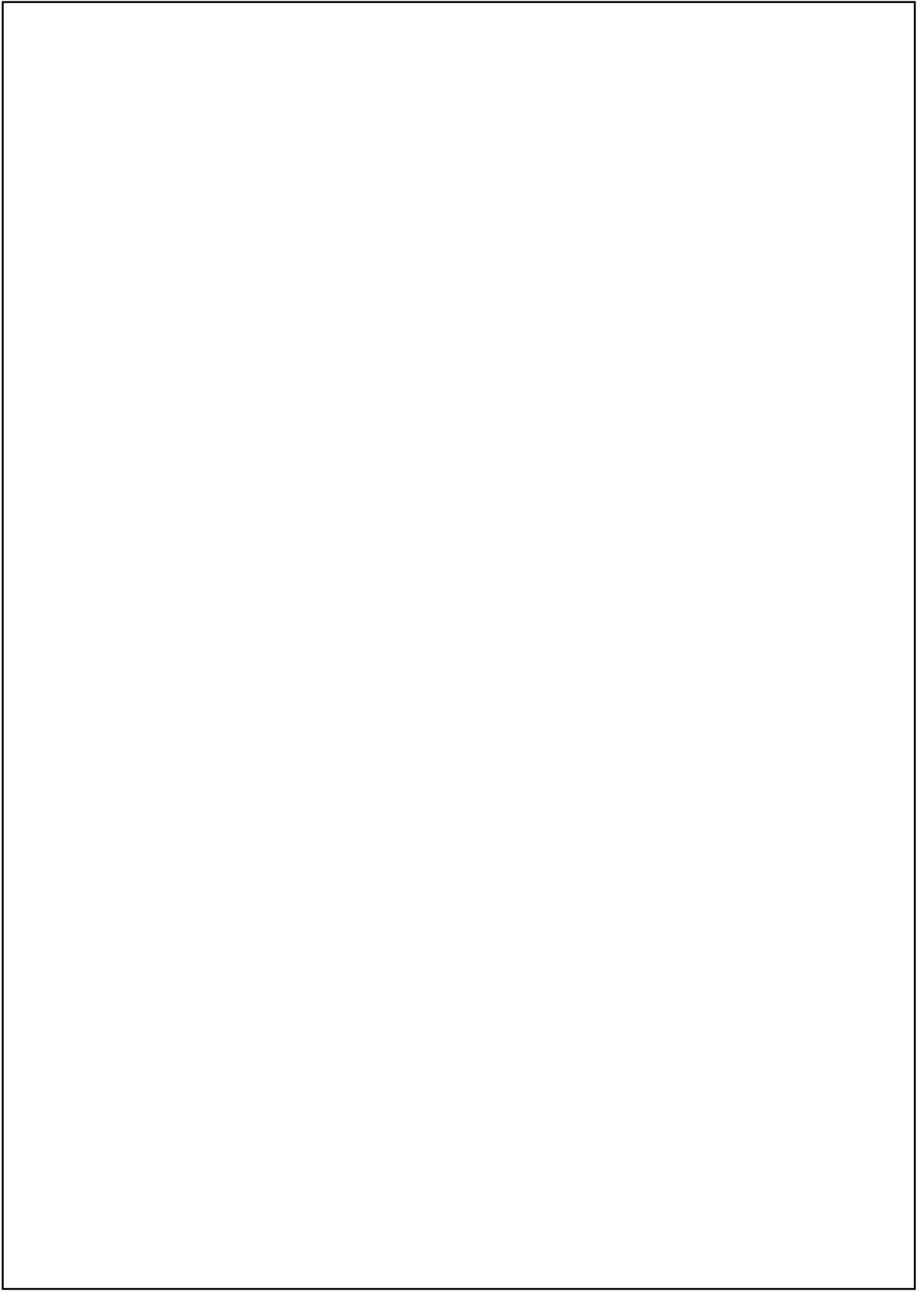
Med *Aftale om bedre veje til uddannelse og job* er vi godt på vej til at hjælpe den gruppe af unge, der har brug for en særlig støtte for at kunne gennemføre en ungdomsuddannelse. Men det kræver fortsat særlig opmærksomhed på implementeringen af aftalen – ikke mindst af den nye kommunale ungeindsats, som skal sikre en sammenhængende indsats på tværs af de forskellige myndigheder, sektorer og kontaktpersoner, der omgiver den unge.

Samtidig ønsker regeringen at gennemføre en bredere indsats, der skal sikre, at alle unge har adgang til uddannelser af høj kvalitet på velfungerende uddannelsesinstitutioner. Regeringen vil bl.a. se på, om det eksisterende taxametersystem understøtter den rette balance mellem kvalitet, aktivitet, effektivitet og geografisk nærhed for den unge gennem et større eftersyn af området.

---

### Reformsporet om unge vil håndtere følgende udfordringer:

- Styring og finansiering af ungdomsuddannelsesinstitutionerne understøtter ikke i tilstrækkelig grad et fokus på kvalitet og sammenhængende forløb for de unge, herunder hurtigt omvalg af ungdomsuddannelse.
- Der er for mange unge, som ikke vælger den rigtige uddannelse første gang.
- Der er et stort uddannelsesfrafald for unge, der kommer fra kontanthjælpssystemet.
- Systemer kan være komplekse og svære at finde vej i for unge med behov for en tværgående indsats på tværs af de forskellige myndigheder, sektorer og kontaktpersoner.



2017/18:45

September 2018

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

ISBN 978-87-93635-77-7 (pdf version)  
ISBN 978-87-93635-68-5 (trykt version)

Design, omslag: e-Types  
Foto: Ritzau Scanpix  
Tryk: Rosendahls

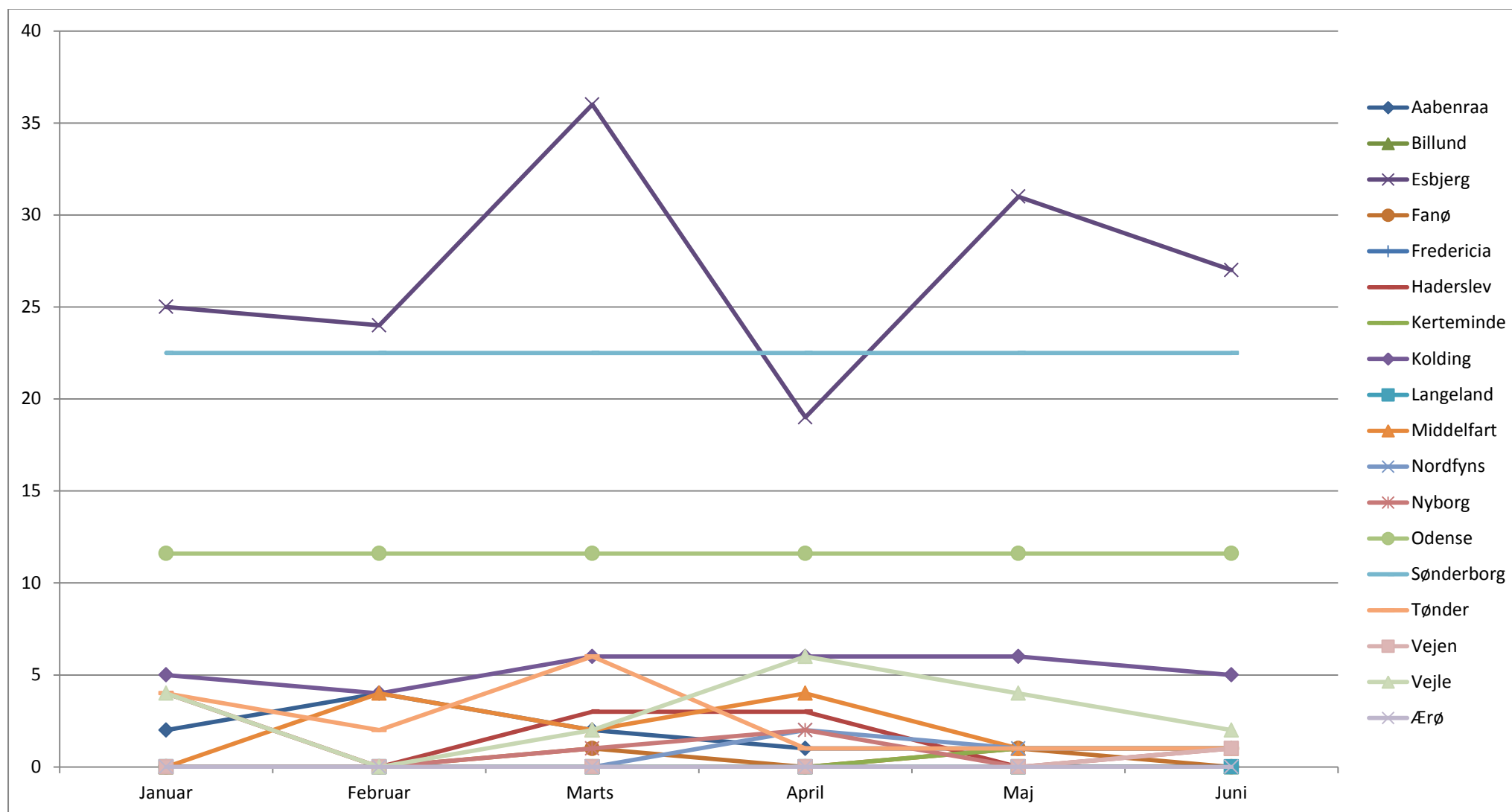
Publikationen kan hentes på  
[www.fm.dk](http://www.fm.dk)  
[www.regeringen.dk](http://www.regeringen.dk)

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



## Monitorering af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika

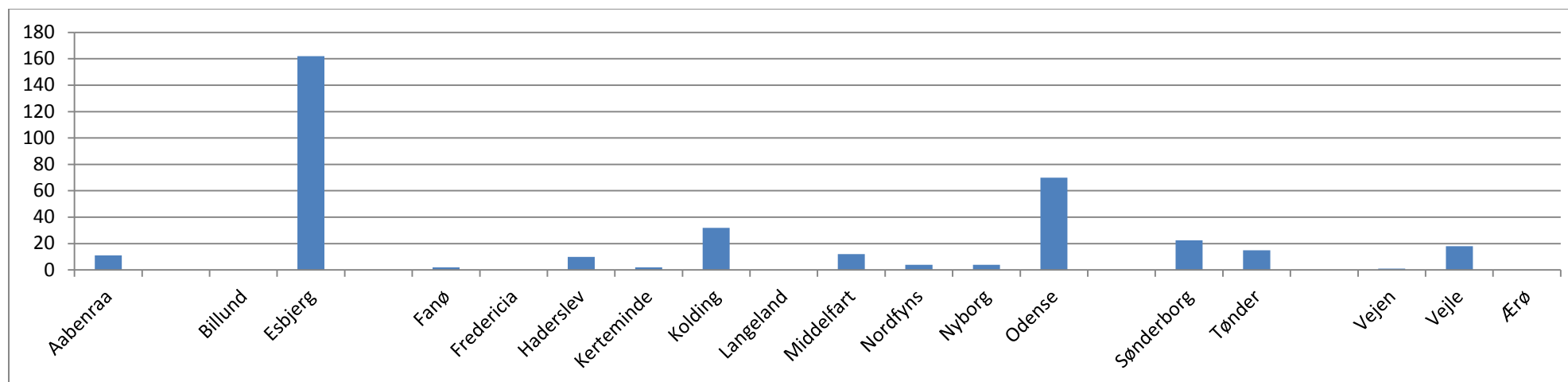
Figur 1: Udvikling i antal borgere, der modtager IV-behandling med antibiotika per måned, i perioden den 1. januar – 30. juni 2018.



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Varde kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika og fremgår derfor ikke i figuren herover.

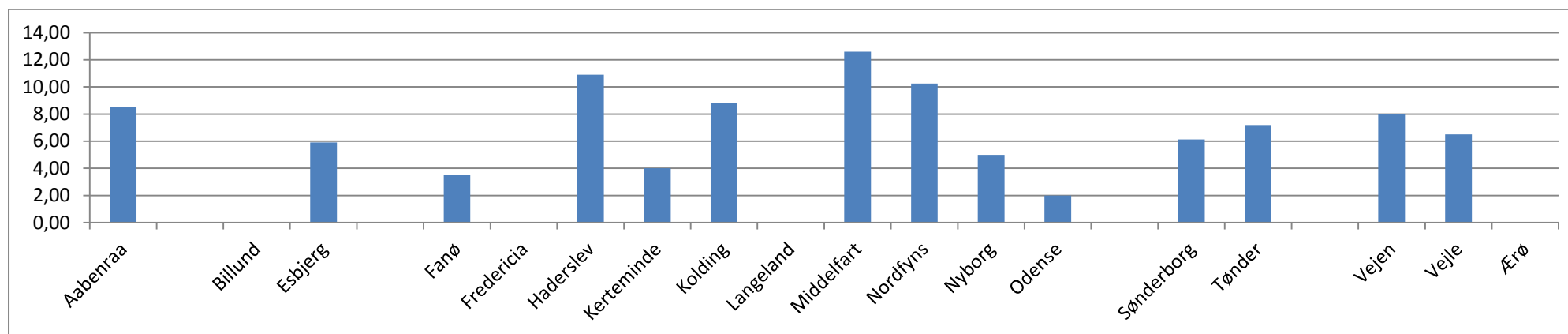
## Monitorering af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika

Figur 2: Antal borgere, der har modtaget IV-behandling med antibiotika fra den 1. januar – 30. juni 2018



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Varde kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika og fremgår derfor ikke i figuren herover.

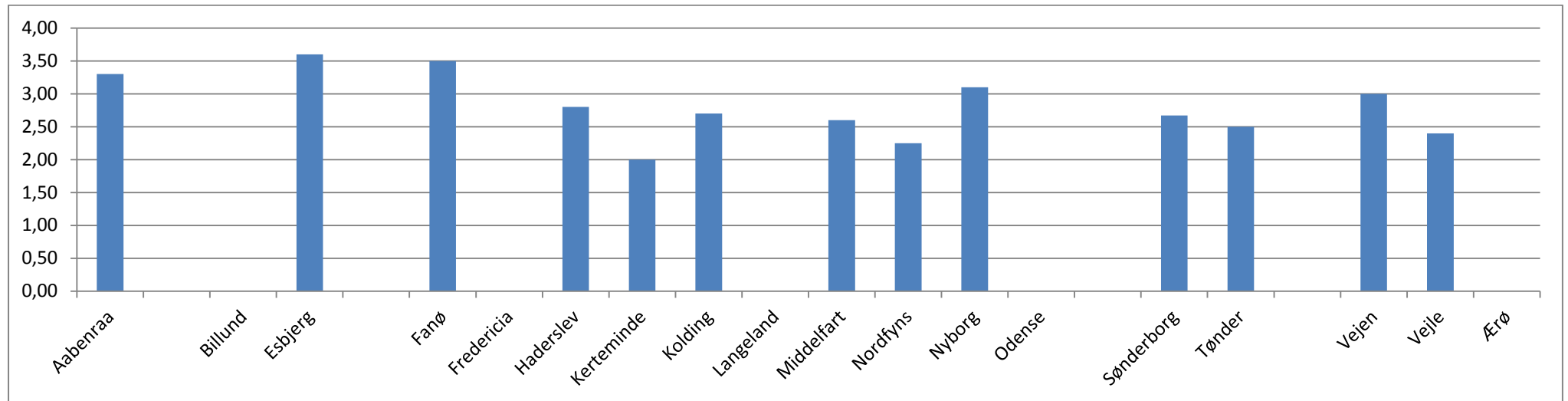
Figur 3: Gennemsnitlig behandlingsvarighed per borger, antal dage



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Varde kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika og fremgår derfor ikke i figuren herover.

## Monitorering af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika

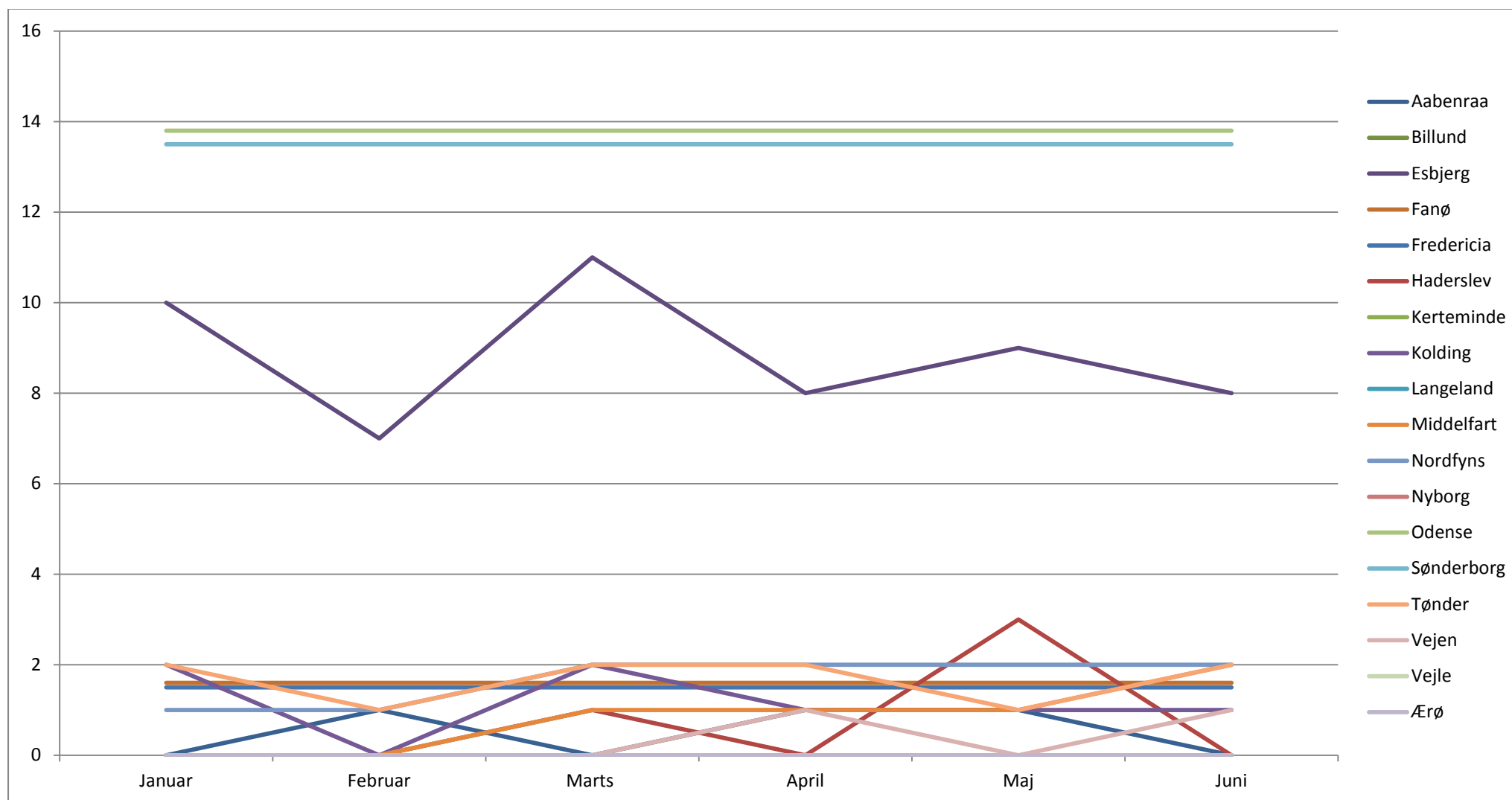
Figur 4: Gennemsnitligt antal behandlinger per dag per borger



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Varde kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om IV-behandling med antibiotika og fremgår derfor ikke i figuren herover.

## Monitorering af samarbejdsaftalen om IV-behandling med væske

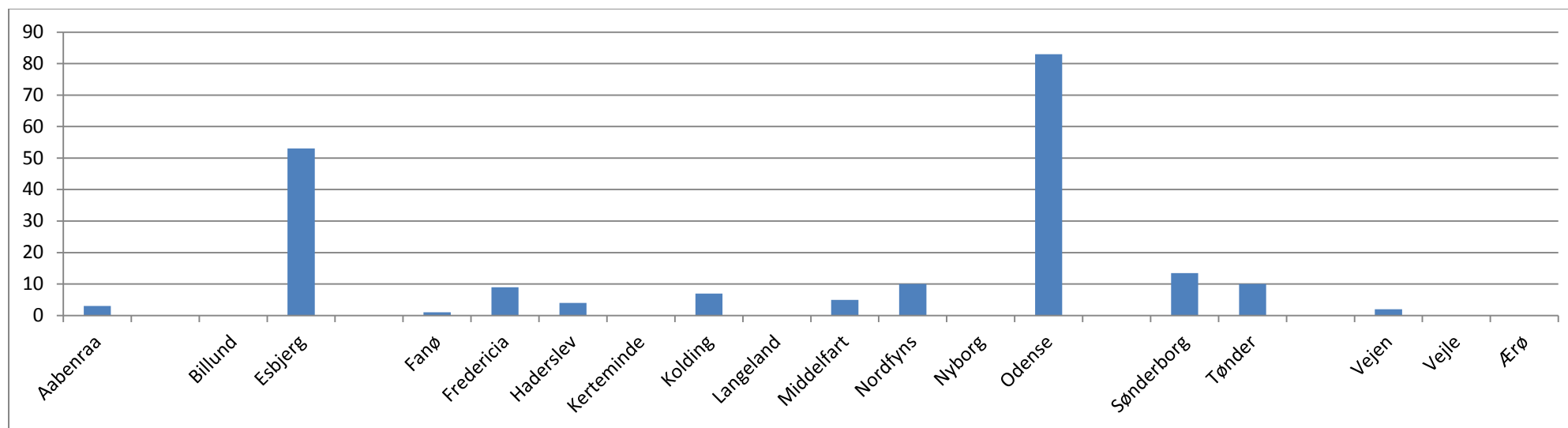
Figur 1: Udvikling i antal borgere, der modtager IV-behandling med væske per måned, i perioden den 1. januar – 30. juni 2018



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Varde kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om IV-behandling med væske og fremgår derfor ikke i figuren herover.

## Monitorering af samarbejdsaftalen om IV-behandling med væske

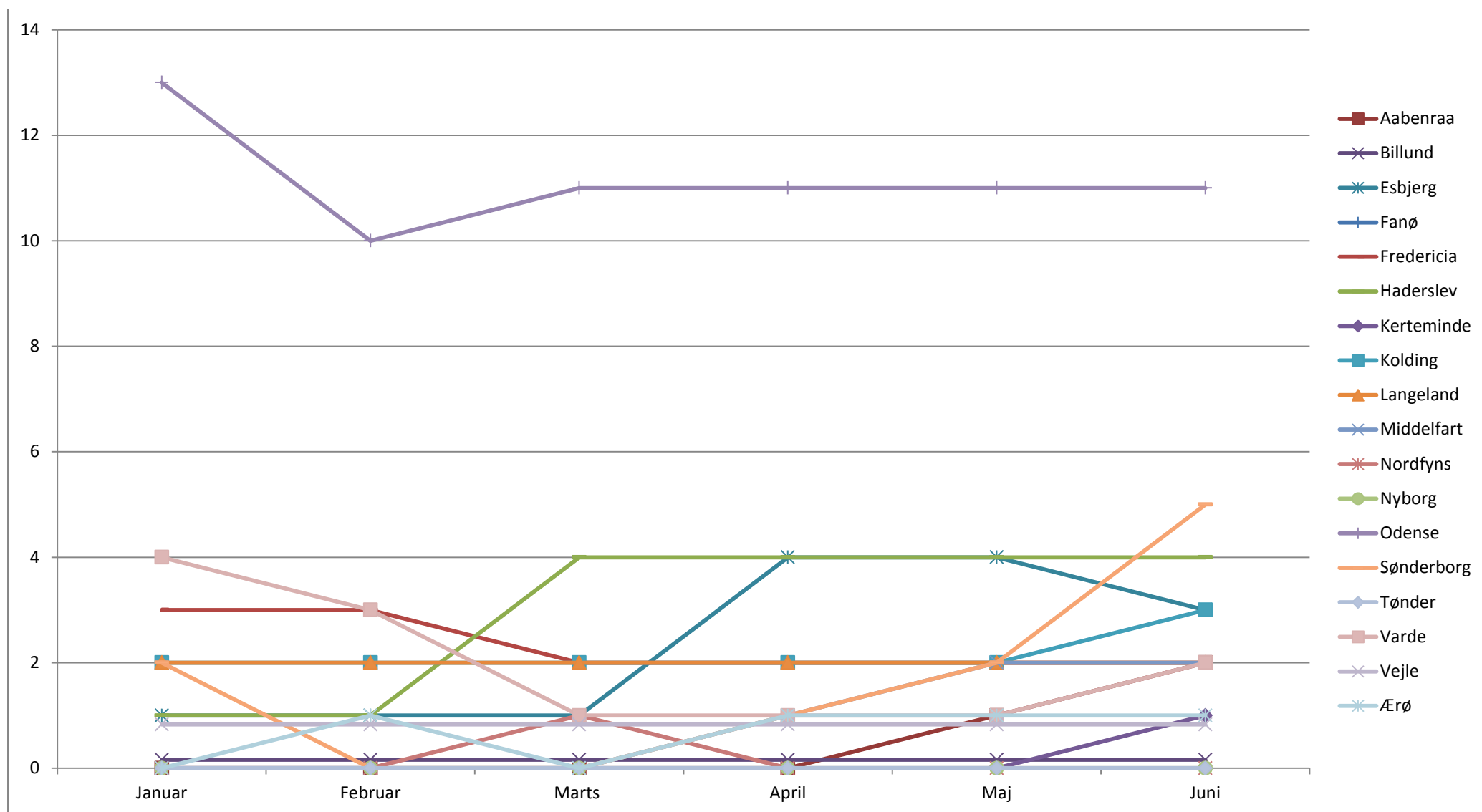
Figur 2: Antal borgere, der har modtaget IV-behandling med væske fra den 1. januar – 30. juni 2018



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Varde kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om IV-behandling med væske og fremgår derfor ikke i figuren herover.

## Monitorering af samarbejdsaftalen om parenteral ernæring

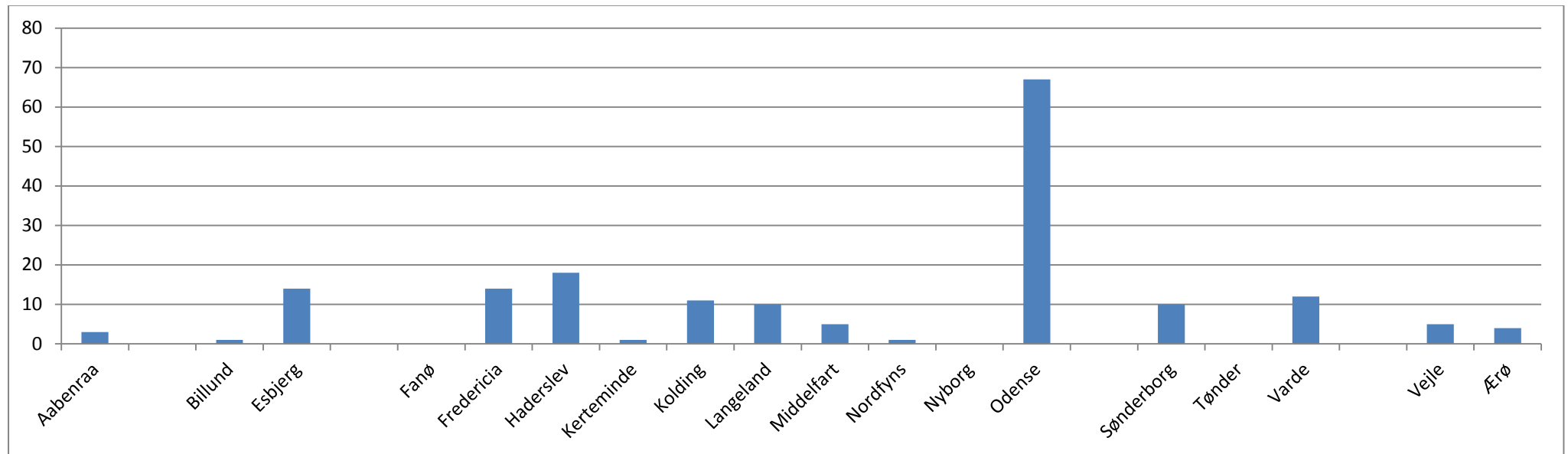
Figur 1: Udvikling i antal borgere, der modtager parenteral ernæring per måned, i perioden den 1. januar – 30. juni 2018



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Vejen kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om parenteral ernæring og fremgår derfor ikke i figuren herover.

## Monitorering af samarbejdsaftalen om parenteral ernæring

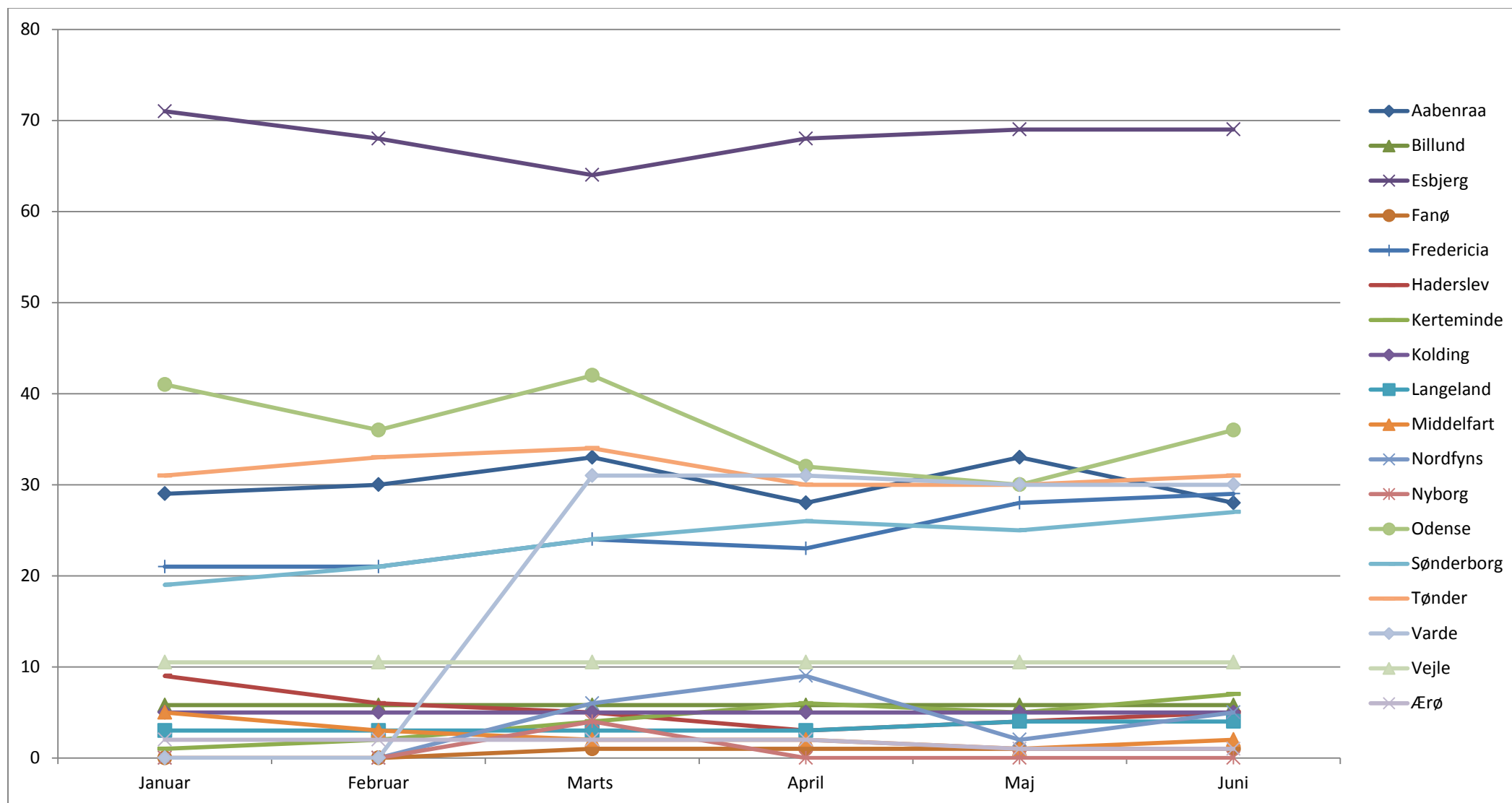
Figur 2: Antal borgere, der har modtaget parenteral ernæring fra den 1. januar – 30. juni 2018



\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Vejen kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om parenteral ernæring og fremgår derfor ikke i figuren herover.

# Monitorering af samarbejdsaftalen om sondeernæring

Figur 1: Udvikling i antal borgere, der modtager sondeernæring per måned, i perioden den 1. januar – 30. juni 2018

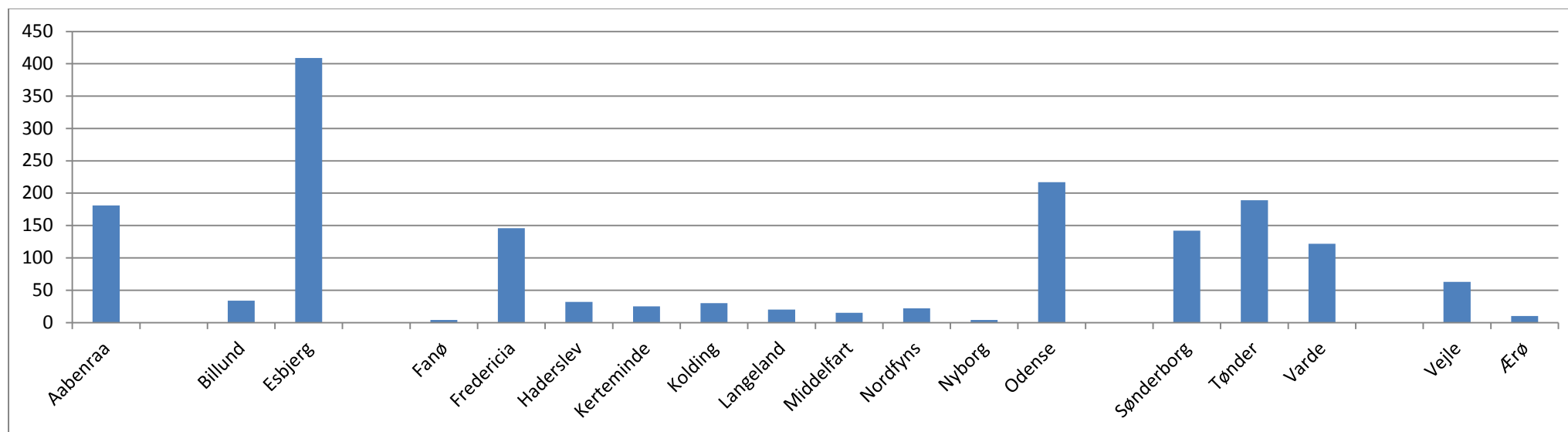


\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Vejen kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om sondeernæring og fremgår derfor ikke i figuren herover.



## Monitorering af samarbejdsaftalen om sondeernæring

Figur 2: Antal borgere, der har modtaget sondeernæring fra 1. januar 2018 – 30. juni 2018



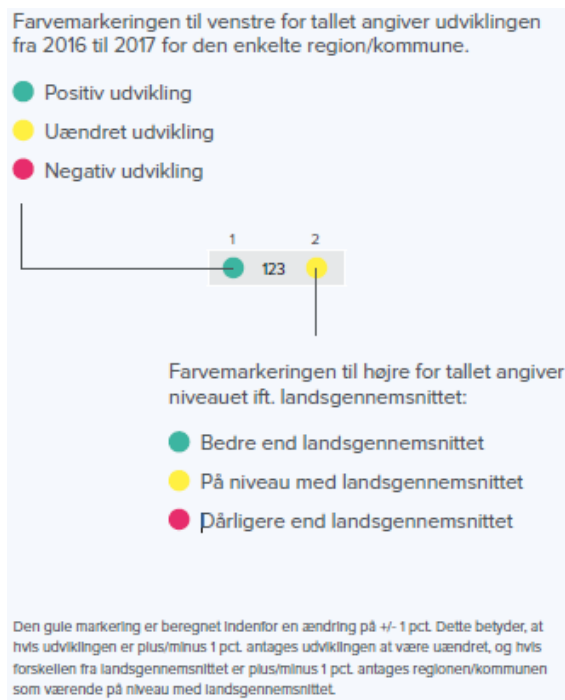
\*Assens, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Vejen kommune har ikke fremsendt data for anvendelsen af samarbejdsaftalen om sondeernæring og fremgår derfor ikke i figuren herover.



## Hvordan skal de enkelte markeringer læses

Udviklingen i de nationale mål følges via en trafiklysmarkering, der angiver, hvor den enkelte region eller kommune bevæger sig hen i forhold til de nationale mål.

Farverne angiver, hvordan regioner og kommuner hhv. har udviklet sig det foregående år, og hvordan de er placeret ift. landsgennemsnittet. Det er hensigten, at både regionerne og kommunerne skal kunne følge indikatorerne og lære af bedste praksis.



Under hver indikator er der indsat en graf, der følger udviklingen 2009-2017 i Region Syddanmark og landsgennemsnittet.

## Opsummering for Region Syddanmark

	Indikator	måleenhed	Status 2017	Udvikling fra 2016-2017 for regionen	Niveauet i forhold til landsgennemsnittet
Fokus 1	Akutte genindlæggelser inden for 30 dage, somatik	Antal somatiske genindlæggelser som andel af samlet antal somatiske indlæggelser i pct.	11,1 %	<span style="color: red;">●</span>	<span style="color: green;">●</span>
Fokus 2	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene	Antal dage pr. 1.000 borgere	2,3 dage	<span style="color: yellow;">●</span>	<span style="color: green;">●</span>
Fokus 3	Ajourførte medicinoplysninger i Almen praksis	Ajourføring i pct.	14,7% i almen praksis	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: red;">●</span>
Fokus 4	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre	65+ år, antal indlæggelser pr. 1.000 ældre	48,4 indlæggelser	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: green;">●</span>
Fokus 5	Daglige rygere i befolkningen	(16+ år), andel af befolkning i pct.	18,7 %	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: red;">●</span>

Afrapporteringen afsluttes med en opsummering af potentielle fokusområder med udgangspunkt i de udvalgte indikatorer.



## Fokus 1: Akutte genindlæggelser inden for 30 dage, somatik

Overordnet mål for indikatoren, er at skabe: "Bedre sammenhængende patientforløb"

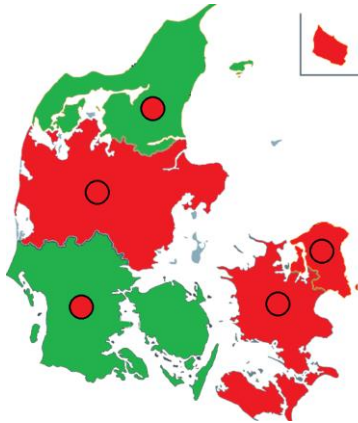
**Indikator mål:** Antal somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) som andel af samlet antal somatiske indlæggelser, pct.

**Indikator beskrivelse:** En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

**Bemærk.** Der er sket en ændring af definitionen for 'Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage'. Den tidligere definition af genindlæggelser har været udfordret grundet bl.a. organisatoriske ændringer og ændret registrering som følge af etableringen af fælles akutmodtagelser (FAM). Dette har medført, at indikatoren dels har undervurderet niveauet af genindlæggelser og dels påvirket sammenligneligheden over tid og mellem regioner og kommuner. Der er dermed udarbejdet en ny definition, der er mere retvisende og øger sammenligneligheden på tværs. Indikatorerne er metodisk forskellige og derfor kan opgørelser efter de to metoder ikke sammenlignes. Se den nærmere beskrivelse af den nye definition på: <http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/Sider/SUA01.aspx>

### Udvikling regionalt

HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
11,6	10,8	11,9	11,1	12,0	12,3

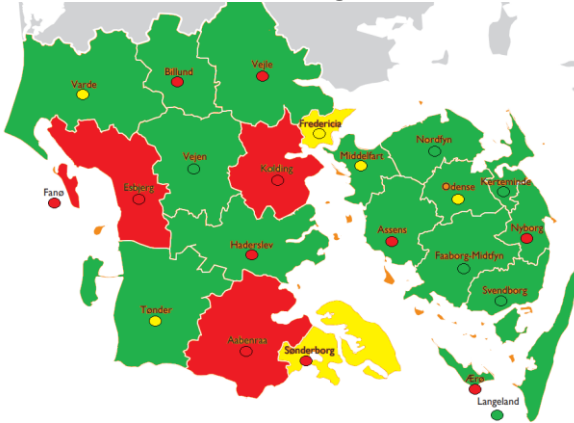


Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet.

Da definitionen for 'Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage' er blevet ændret, er det således ikke muligt at aflæse udviklingstendensen.

### Udvikling på kommunalt

#### Niveau i forhold til landsgennemsnittet



Esbjerg, Kolding, Aabenraa, og Fanø ligger over landsgennemsnittet, og har samtidig haft en negativ udvikling fra 2016 til 2017.

Sønderborg ligger på landsgennemsnittet, med en negativ udvikling.

Fredericia ligger på landsgennemsnittet, og har haft en uændret udvikling.

De resterende kommuner i Region Syddanmark ligger alle under landsgennemsnittet og har alle haft et fald i antallet af genindlæggelser.

#### Vurdering/Tiltag/status på området:

Overordnet er vurderingen at Region Syddanmark ikke har væsentlige udfordringer, hvad angår antallet af genindlæggelse. Der er dog fortsat behov for en fokuseret indsats og Region Syddanmark arbejder sammen med kommunerne på en bred vifte af indsatser for at reducere akutte genindlæggelser. Der er således igangsat en række tværfaglige og tværsektorielle projekter mellem sygehusene og de enkelte kommuner, hvor der afprøves indsatser med henblik på at reducere antallet af genindlæggelser.

Udviklingen i kommunerne Esbjerg, Kolding Aabenraa og Fanø peger på, at der i disse kommuner bør være et skærpet fokus på genindlæggelse i samarbejdet med sygehusene for at vende udviklingen.

ASSENS	10,5
BILLUND	10,5
ESBJERG	12,1
FANØ	13,3
FREDERICIA	11,6
FAABORG-MIDTFYN	9,8
HADERSLEV	11,1
KERTEMINDE	9,2
KOLDING	11,8
LANGELAND	9,2
MIDDELFART	10,7
NORDFYNS	9,8
NYBORG	11,1
ODENSE	10,3
SVENDBORG	10,1
SØNDERBORG	11,7
TØNDER	10,2
VARDE	10,8
VEJEN	10,4
VEJLE	11,0
JÆRØ	10,2
AABENRAA	12,3



## Fokus 2: Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene

Overordnet mål for indikatoren, er at skabe: "Bedre sammenhængende patientforløb"

**Indikator mål:** Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 borgere.

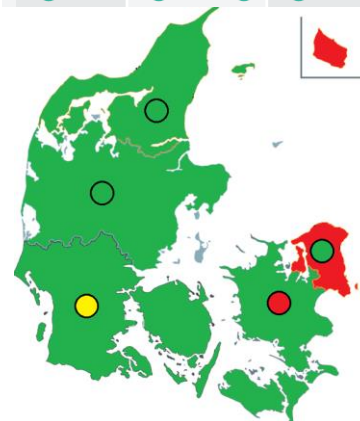
**Indikator beskrivelse:** Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0).

Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling.

Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

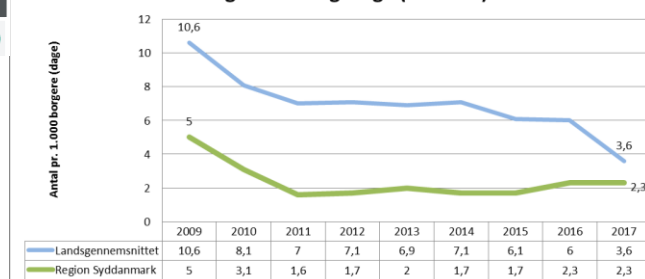
### Udvikling regionalt

HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
3,6	1,7	2,1	2,3	6,4	3,2



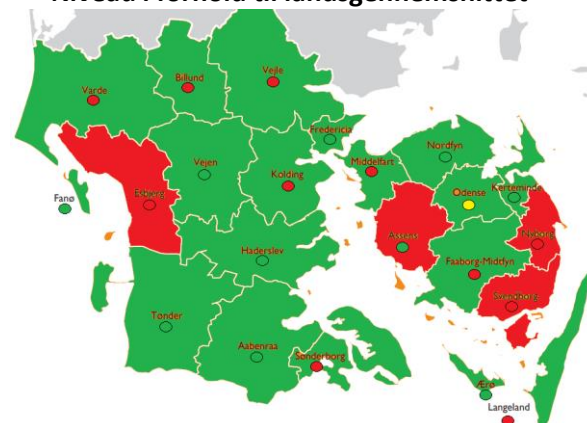
Region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet. Har haft en uændret udvikling fra 2016 til 2017.

### Færdigbehandlingsdage (somatik)



### Udvikling på kommunalt

#### Niveau i forhold til landsgennemsnittet



Esbjerg, Assens, Nyborg og Svendborg ligger over landsgennemsnittet, og har haft en negativ udvikling fra 2016 til 2017

De resterende kommuner ligger under landsgennemsnittet.

Billund, Faaborg-Midtfyn, Kolding, Langeland, Middelfart, Sønderborg, Varde og Vejle kommuner har dog haft en negativ udvikling fra 2015 til 2016.

ASSENS	7,0
BILLUND	1,4
ESBJERG	5,1
FANØ	0,6
FREDERICIA	0,2
FAABORG-MIDTFYN	3,1
HADERSLEV	3,4
KERTEMINDE	2,6
KOLDING	0,8
LANGELAND	2,9
MIDDELFART	1,1
NORDFYNS	1,0
NYBORG	7,9
ODENSE	0,7
SVENDBORG	5,6
SØNDERBORG	1,6
TØNDER	1,5
VARDE	1,7
VEJEN	0,0
VEJLE	1,4
ÆRØ	0,5
AABENRAA	3,0

#### Vurdering/tiltag/status på området:

Overordnet er vurderingen, at Region Syddanmark ikke har væsentlige udfordringer, hvad angår antallet af færdigbehandlede sengedage. Dog indikerer niveauet af færdigbehandlede sengedage i Assens, Esbjerg, Nyborg og Svendborg kommuner, at der er et potentiale i at reducere antallet af færdigbehandlede sengedage til regionsgennemsnittet i disse kommuner.



## Fokus 3: Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge og sygehuse)

Overordnet mål for indikatoren, er at skabe: "Bedre sammenhængende patientforløb"

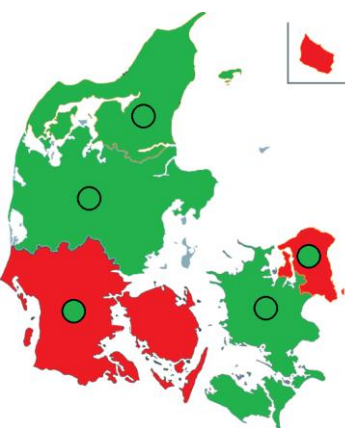
**Indikator mål:** Antal ajourføringsmarkeringer i FMK i almen praksis for borgere med kommunal medicinadministration som andel af det samlede antal "FMK-konsultationer" i almen praksis for borgere med kommunal medicinadministration, pct.

**Indikator beskrivelse:** Indikatoren er et udtryk for på den praktiserende lægers brug af ajourføringsknappen i FMK i forhold til antallet af ændringer i en patients medicinering, forstået som en "FMK-konsultation". En "FMK-konsultation" omfatter en eller flere af følgende handlinger af den praktiserende læge i FMK:

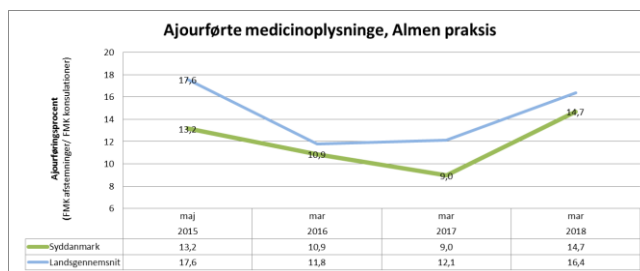
- Oprettelse af lægemiddelordination
- Pausering af lægemiddelordination
- Ophævelse af pausering af lægemiddelordination
- Opdatering af lægemiddelordination
- Seponering af lægemiddelordination
- Afseponering af lægemiddelordination

### Udvikling i Almen praksis

HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
16,4	20,5	18,7	14,7	13,1	18,2



Region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet og har haft en positiv udvikling.



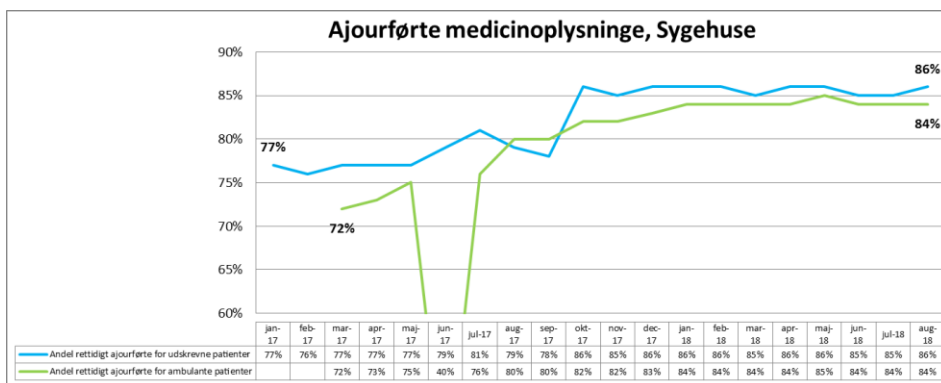
#### Vurdering/tiltag/status på området:

Der ses en positiv udvikling i ajourføringen af Fælles Medicin Kort (FMK) hos praktiserende læger. Der er dog fortsat grundlag for at have fokus på problematikken, da Region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet og har en generelt lav målopfyldelse.

I regi af Sundhedsaftalen er der nedsat en tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe, som arbejder med problemstillingen og med at følge op og understøtte almen praksis' implementering og ajourføring af FMK. Derudover, pågår et bilateralt samarbejde mellem PLO-Syd og Regionen om oplysningsaktiviteter, der skal fremme de praktiserende lægers fokus på ajourføring.

### Udvikling på regionens sygehus

Grafen viser ajourføringen af Fælles Medicin Kort (FMK) samlet for alle regionens sygehuse, for hhv. andel rettidigt ajourførte for udskrevne patienter (blå linje) og andel rettidigt ajourførte for ambulante patienter (grøn linje).



#### Vurdering/tiltag/status på området:

Der ses en positiv udvikling i ajourføringen af Fælles Medicin Kort (FMK) hos regionens sygehuse.



## Fokus 4: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

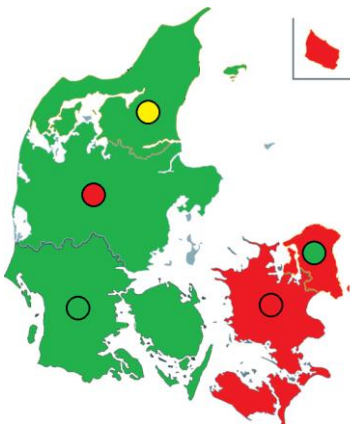
Overordnet mål for indikatoren, er at skabe: ” Styrket indsats for kronikere og ældre patienter ”

**Indikator mål:** Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+ år)

**Indikator beskrivelse:** Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejs sygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

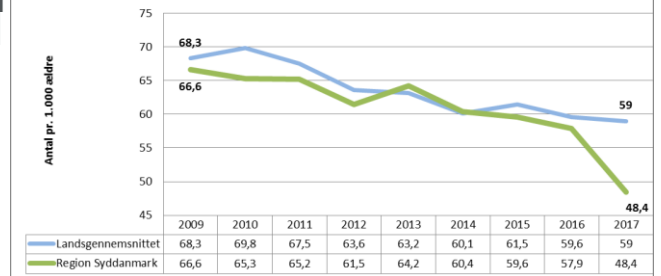
### Udvikling regionalt

HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
59,0	50,8	54,5	48,4	71,3	64,7



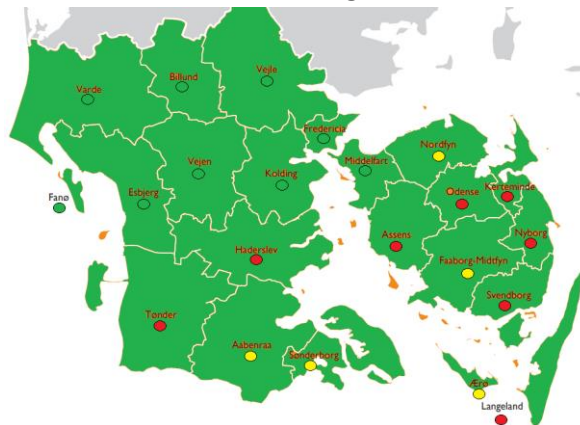
Region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet, og har haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016.

### Forebyggelige indlæggelser blandt ældre



### Udvikling kommunalt

#### Niveau i forhold til landsgennemsnittet



Alle syddanske kommuner ligger under landsgennemsnittet.

Assens, Hadeslev, Kerteminde, Langeland, Nyborg, Odense, Svendborg, Tønder og Ærø kommuner har dog haft en negativ udvikling.

Faaborg-Midtfyn, Nordfyns, Sønderborg og Aabenraa kommuner har haft en uændret udvikling.

De resterende kommuner Billund, Esbjerg, Fanø, Fredericia, Kolding, Middelfart, Varde, Vejen og Vejle har set et fald i antallet forebyggelige indlæggelser.

ASSENS	53,5
BILLUND	48,4
ESBJERG	46,0
FANØ	58,4
FREDERICIA	38,7
FAABORG-MIDTFYN	45,5
HADERSLEV	54,4
KERTEMINDE	50,2
KOLDING	30,8
LANGELAND	56,7
MIDDELFART	33,3
NORDFYNS	53,9
NYBORG	54,2
ODENSE	55,9
SVENDBORG	54,4
SØNDERBORG	58,1
TØNDER	51,4
VARDE	32,1
VEJEN	32,6
VEJLE	51,1
ÆRØ	57,2
AABENRAA	51,5

#### Vurdering/Tiltag/status på området:

Region Syddanmark og kommunerne i regionen ligger på denne indikator i den absolutte top på landsplan og parterne skal således fokusere på at fortsætte de gode resultater.



## Fokus 5: Daglige rygere i befolkningen, andel af alle borgere

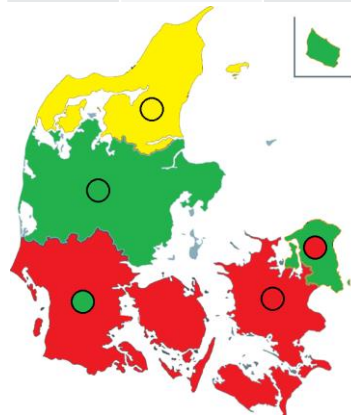
Overordnet mål for indikatoren, er at skabe: "Flere sunde leveår"

Indikator mål: Andelen af personer over 16 år, der ryger dagligt, pct.

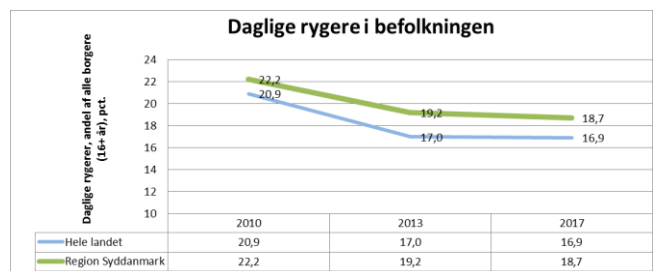
Indikator beskrivelse: Andelen af personer, der har svaret "ja, hver dag" til spørgsmålet "Ryger du?" i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af danskernes sundhed med besvarelser fra over 160.000 personer. Undersøgelsen er indtil videre gennemført i 2010 og 2013. Undersøgelsen vil fremadrettet blive gennemført hver 4. år.

### Udvikling på regionalt niveau

HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
16,9	16,9	15,7	18,7	15,9	18,4

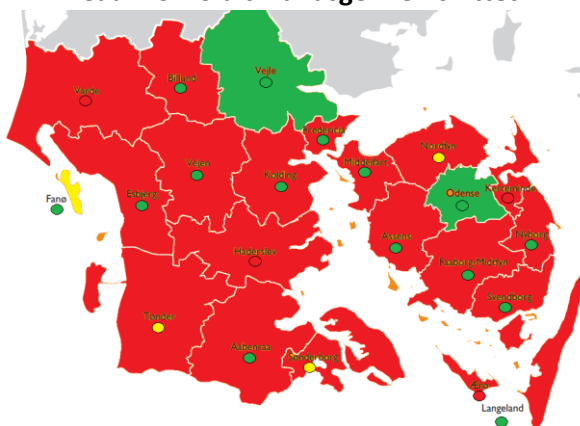


Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet, men har haft en positiv udvikling. Der er et gennemsnitligt fald i regionen på 0,5 %, til 18,7 % af daglige rygere i befolkningen.



### Udvikling på kommunalt niveau

#### Niveau i forhold til landsgennemsnittet



Størstedelen af de syddanske kommuner ligger over landsgennemsnittet for andelen af daglige rygere.

Vejle og Odense kommuner ligger under landsgennemsnittet og har en positiv udvikling.

Fanø ligger på landsgennemsnittet, med en positiv udvikling.

Billund, Haderslev, Kerteminde, Sønderborg, Varde, Vejle og Ærø kommuner har haft en negativ udvikling.

ASSENS	20,5
BILLUND	18,0
ESBJERG	19,0
FANØ	17,0
FREDERICIA	20,1
FAABORG-MIDTFYN	18,0
HADERSLEV	21,8
KERTEMINDE	20,6
KOLDING	18,0
LANGELAND	23,8
MIDDELFART	18,5
NORDFYNS	20,0
NYBORG	20,2
ODENSE	16,7
SVENDBORG	18,5
SØNDERBORG	18,5
TØNDER	20,1
VARDE	18,5
VEJEN	20,7
VEJLE	16,5
ÆRØ	23,7
AABENRAA	19,3

#### Vurdering/Tiltag/status på området:

Rygestop og forebyggelse af rygestart er fortsat et vigtigt indsatsområde i Region Syddanmark under ét, der således også er særligt udpeget i arbejdet med den kommende sundhedsaftale. Det skal også bemærkes, at der i mange syddanske kommuner er igangsat tiltag for at nedbringe antallet af daglige rygere. Derudover har Region Syddanmark i 2018 tiltrådt partnerskabet for Røgfri Fremtid og udarbejdet oplæg til partnerskab med ungdomsuddannelserne beliggende i Region Syddanmark.

Oplægget inviterer ungdomsuddannelser og kommuner til et partnerskab om at skabe røgfrie miljøer og røgfri skoletid. En del ungdomsuddannelser er allerede godt i gang med at arbejde med røgfri skoletid.

Men der er fortsat mange, hvor de unge enten kan ryge på matriklen eller må ryge uden for skolens område. Kommunerne er naturlige samarbejdspartnere, da de varetager rygestoptilbuddene lokalt og der er også allerede nu, mange kommuner der er blevet projektpartnere.





## Opsummering

Ser man på ovenstående områder, træder to fokusområder for Region Syddanmark frem:

- Ajourføring af FMK hos almen læge
- Andelen af daglige rygere

På disse to områder viser data, at der er særlige udfordringer i regionen.

På de øvrige områder som genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlede sengedage, der har været en stor del af den nationale dagsorden, klarer regionen og kommunerne sig bedre eller på niveau med landsgennemsnittet.



## **Bilag 1: Deltagere i den nationale forretningsstyregruppe og brugergruppe**

### **Forretningsstyregruppen**

Iben Kromann / Region Syddanmark (suppleant for Christian Mercado)  
Britt Saarup Kronbøge / Esbjerg Kommune  
Britta Ravn / Region Midtjylland  
Elin Kallestrup / Århus Kommune  
Charlotte Buch Gøthgen / Region Nordjylland  
Lone Thiel / Region Nordjylland  
Carsten S. Mortensen / Aalborg Kommune  
Gregor Borut Ernst Jemec / Region Sjælland  
Vivi Orthmann Johansen / Vordingborg Kommune  
Nikoline Lisa Palm / Region Hovedstaden  
Merete Halkjær / Københavns Kommune  
Mette Daugbjerg Krog / Sundhedsdatastyrelsen  
Merete Hartun Jensen / Region Hovedstaden (formand for brugergruppen)  
Henriette Adamsen / Region Nordjylland (referent)

### **Brugergruppen**

Merete Hartun Jensen / Region Hovedstaden (formand)  
Josephine Hansen / Region Syddanmark  
Merete Krusborg Hansen / Esbjerg Kommune  
Niels Ej skjær / Region Nordjylland  
Hanne Helenius / Aalborg Kommune  
Ida Hjalager / Region Sjælland  
Maja Fischer Juul Larsen / Vordingborg Kommune  
Helle Lauritsen / Region Midt  
Jane Hampton / Århus Kommune  
Anders Christian Laursen / Region Hovedstaden  
Trine Randløv / Ballerup Kommune  
Annette Høgh / Dansk Selskab for Sår  
Henriette Adamsen / Region Nordjylland (referent)

Deltager ad hoc:

Nikolaj Humle / Dansk Telemedicin  
Nina Bækmark / Dansk Telemedicin

## Bilag 2: Lokal forvaltningsressource/fællesfunktion

I forhold til videreførelse af aktiviteter, herunder undervisning, der skal være med til at understøtte den lokale implementering og anvendelse af telemedicinsk sårbehandling fremadrettet, foreslås det, at der afsættes finansiering til en fælles ressource svarende til 2/3 fuldtidsmedarbejder.

Funktionen varetages i dag af en konsulent tilknyttet SDSI. I forhold til den videre finansiering af funktionen, er der i nedenstående opgjort et overslag på udgifter i forhold til, hvilken medarbejder, der påtager sig funktionen:

- Projektleder niveau (svarende til nuværende) ca. 400.000 kr. + 25.000 kr. til overhead = **425.000 kr.**
- Sygeplejerske højt niveau ca. 325.000 kr. + 25.000 kr. til overhead = **350.000 kr.**
- Sygeplejerske alm. niveau ca. 275.000 kr. + 25.000 kr. til overhead = **300.000 kr.**

Foruden midler til løn foreslås afsat en ramme på 25.000 til transport og afholdelse af møder i erfagruppen.

Nedenstående oversigt giver en oversigt over de aktiviteter (gennemførte og kommende), som er varetaget af projektsekretariatet i 2018.

- Kommunikationskampagne, herunder borgerrettede plakater, der er blevet distribueret til kommunerne (sundhedsklinikker), sårcentre, m.fl., pjecer indeholdende information til borgere og pårørende, der distribueres i august 2018, artikel om telemedicinsk sårbehandling på LinkedIn og Sund i Syd bragt i 2. udgave 2018.
- Information til Praksis om uddannelse i sårbehandling (kurser og aktiviteter efterår 2018) samt artikel til Praksisnyt nr. 5
- Samarbejde:
  - Møde med OUH sårambulatorium og fynske kommuner gennemført i maj 2018 (næste møde 8. november 2018).
  - Erfa-gruppemøde, der gennemføres i august 2018 på Sygehus Lillebælt, Kolding.
- Undervisning:
  - Kursus i oktober og november 2017 i sårbehandling og [Pleje.net](http://Pleje.net), Middelfart (25 deltagere)
  - Kursus maj og juni i sårbehandling og [Pleje.net](http://Pleje.net), Middelfart (15 deltagere)
  - Kursus planlagt 1. og 2. oktober + 29., 30. og 31. oktober 2018
  - Alle kommuner og sygehuse har fået tilbudt undervisning i [Pleje.net](http://Pleje.net) vinter/forår 2018 v/ Dansk Telemedicin, 10 kommuner og 4 sygehuse har taget imod. Tilbuddet er løbende.
- Afholdelse af møder i den regionale erfagruppe (tidligere regionale styregruppe for det nationale udrulningsprojekt). Seneste møde afholdt 28. august 2018.

### Porteføljestyringsværktøj - Sundhedsaftalen 2015-2018

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/første resultater af indsats
<b>Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt</b>					
<b>Præsentation af resultater på de 8 nationale mål</b>	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt arbejder med at udvikle præsentationen af den kommende rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU. Følgegruppen vil i rapporteringen komme med en status og vurdering for hver enkel af de fem udvalgte indikatorer.		Følgegruppen afventer data fra Sundhedsdatastyrelsen, der er flere mdr. forsinket med data. Når data foreligger, vil en præsentationen hurtigst muligt blive forelagt DAK.		Afventer data fra Sundhedsdatastyrelsen.
<b>KOL-landsdelsprogrammet i Region Syddanmark. Beregning af lokal business case og gevinstrealisering.</b>	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har udpeget en arbejdsgruppe der arbejder med lokal business case og gevinstrealisering etc. Arbejdsgruppen rapporterer direkte til programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet, selvom arbejdsgruppen formelt ligger under følgegruppen. Følgegruppens sekretariat indgår i arbejdsgruppen for at holde FØKE orienteret.				Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformationen.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afsluttet de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af forskningsdesign er overdraget til følgegruppen for genoptræning or rehabilitering		
SPOT-projektet	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering arbejder med at integrerer SPOT spørgeskemaet i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.				



## Sundhedsaftalen 2015-2018

### Porteføljestyrværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Følgegruppen for opgaveoverdragelse</b>					
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	DAK har besluttet, at følgegruppen kan igangsætte et pilotprojekt med 2-3 kommuner, hvor potentialet i et ændret samarbejde kan undersøges.  Følgegruppen har dog den 27. september 2018 foreslået DAK at afvente igangsættelsen af projektet.	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet den 23/11 2017.  M2: Identifikation af kommuner til pilotprojekt primo 2018.  M3: Pilotafprøvning i 2-3 kommuner igangsættes medio 2018.  M4: Modellens Evt. Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK medio 2019.  M5: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet medio 2019.		En eventuel samarbejdsaftale afventer resultaterne af pilotprojektet.	

<sup>1</sup> Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intravenøs væskebehandling</li> <li>- Intravenøs og subcutan medicinadministration</li> </ul>	M1: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo november 2017 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, førstegang op til mødet i DAK d. 27/9 2018.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sondeernæring</li> <li>- Parenteral ernæring</li> </ul>	M1: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo 2018 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, førstegang op til mødet i DAK d. 27/9 2018.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akutte bed-side blodprøver</li> <li>- Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser</li> </ul>	M1: Samarbejdsaftalen evalueres i maj 2020.	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK d. 25/1 2018	Samarbejdsaftalen er primo 2018 sendt til implementering i de lokale samordningsfora samt kommunal lægelige udvalg med effekt fra 1/5 2018.	Samarbejdsaftalen evalueres to år efter den er implementeret.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasning af dræn</li> <li>- Kateteranlæggelse og pleje</li> </ul>	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i den 21/3 2018  M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne behandles på mødet i DAK d. 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne forventes godkendt på mødet i DAK den 14. maj 2018 og sendes efterfølgende til implementering i SOF'erne med effekt fra d. 1/6 2018.	Samarbejdsaftalerne evalueres to år efter implementering.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rundspørge om forslag til ændret arbejdsdeling om medicinhandtering i kommunale akutfunktioner</li> </ul>	M1: Forespørgsel sendt til kommuner, sygehuse og praktiserende læger i Syd-danmark.  M2: Følgegruppen har an-	Indstilling fra Følgegruppen præsenteres på DAK på mødet den 18/11 2018		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		modet en faglig arbejdsgruppe om hjælp til at vurdere potentialet i et ændret samarbejde om de foreslåede præparatgrupper			
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af SKU d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9 2016, Forretningsudvalget d. 14/9 2016 og Regionsrådet d. 23/9 2016.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem.	Det er aftalt at samarbejdsaftalen skal evalueres to år efter implementering, dvs. september 2018.
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse.  SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemo-terapi i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK's møde den 22. juni 2017 revideret og inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne informa-	I hele 2017 modtog 11 patienter behandling med lavdosis cytosar i eget hjem.



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
				tion er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	





**Sundhedsaftalen 2015-2018**  
**Porteføljestyringsværktøj**

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Følgegruppen for forebyggelse</b>					

<sup>1</sup> Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom	Arbejdet med udviklingen af de nye forløbsprogrammer forløber planmæssigt.	<p><b>KOL</b> DAK behandlede den 23. november 2017 en sag om monitoreringen af indsatsen i forlængelse af patientforløbsprogrammet. DAK besluttede ved den lejlighed, at der i regi af Følgegruppen for forebyggelse skal udarbejdes et mere detaljeret monitoreringsforslag.</p> <p><b>Diabetes</b> Den 4. december 2017 behandlede Følgegruppen for Forebyggelse det endelige udkast til forløbsprogram på baggrund af de indarbejdede høringssvar.</p>	<p><b>KOL</b> DAK forelægges monitoreringsforslag på KOL området d. 19/11 2018.</p> <p><b>Diabetes</b> Den 26. januar 2018 godkendte DAK udkast til forløbsprogram med henblik på forelæggelse på førstkomende møde i SKU. D. 28. februar godkendte SKU forløbsprogrammet for diabetes.</p>	<p><b>Diabetes</b> (P)SOFerne blev orienteret om godkendelse af forløbsprogrammet i starten af april. Der blev sendt en mail rundt indeholdende det godkendte forløbsprogram, kommunikationspakken samt en præsentation til brug i forbindelse med at implementeringen af forløbsprogrammet drøftes i det enkelte (P)SOF.</p>	Følgegruppen for forebyggelse anmoder årligt (ultimo) Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom om at gennemgå og evt. opdatere de udarbejdede forløbsprogrammer

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom		<p><b>Hjerte</b> D. 19. marts blev der afholdt workshop med deltagelse af patienter, pårørende, sundhedsprofessionelle fra kommunerne, regionen og almen praksis.</p> <p>D. 24. maj blev Følgegruppen for Forebyggelse fremlagt en ikke layoutet høringsversion. Den endelige høringsversion er blevet layoutet hen over sommerferien.</p> <p>Formandskabet for Følgegruppen har i august 2018 godkendt høringsversionen og det tilhørende høringsmateriale, som efterfølgende forventes godkendt af DAK-formandskabet, inden materialet sendes i høring d. 27/8-12/10 2018 ved relevante høringsparter.</p> <p><b>Kommende forløbsprogrammer:</b> Forløbsprogram vedr.</p>	<p><b>Hjerte</b> Det forventes at formandskabet for DAK godkender den endelige høringsversion d. 22. august. Forløbsprogrammet for hjerte vil derefter kunne blive sendt i høring i perioden fra d. 27. august – 12. oktober.</p> <p>Forløbsprogrammet på hjerteområdet forventes klar til godkendelse i DAK i januar 2019 og i SKU i februar 2019.</p>	<p><b>Hjerte</b> 2. kvartal 2019</p>	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom		<p><b>Kommende forløbsprogrammer</b> Følgegruppens formandskab har godkendt iværksættelsen af arbejdet med forløbsprogrammet for mennesker med depression.</p> <p>I den forbindelse har formandskabet også godkendt, at arbejdsgruppen vedr. kronisk sygdom i forbindelse med udarbejdelsen af depressionsforløbs- programmet får tilknyttet en ekstra sekretær fra kommunesiden og en ekstra sekretær fra den regionale side. Det tilstræbes, at to nye sekretærer har forhåndskendskab til det psykiatriske område, herunder også driftsmæssige og kliniske forhold.</p>	<p><b>Kommende forløbsprogrammer</b> Det forventes at formandskabet for DAK godkender iværksættelsen af arbejdet med forløbsprogrammet for mennesker med depression d. 22. september 2018</p>	<p><b>Kommende forløbsprogrammer</b></p>	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen 2017</b>	<p>Region Syddanmark har offentliggjort sundhedsprofilen den 7. marts 2018. Resultaterne viser en generel tilbagegang i trivsel, sygdom og sundhedsadfærd blandt syddanskerne. Kun på alkoholområdet er der fremgang med færre, der overskrider høj- og lavrisikogrænserne. Desuden kan der i enkelte aldersgrupper ses positive ændringer i enkelte indikatorer.</p> <p>Der har ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen været en del medieomtale i regionale og lokale medier. Særligt har overvægt, dårlig mental sundhed blandt unge samt den generelle forværring af sundhedstilstanden fyldt i mediebilledet.</p>	<p><b>Efterår 2018:</b> Regionen står fortsat til rådighed for oplæg om sundhedsprofilens resultater i kommuner og SOF'er, yderligere analyser af data på kommuneniveau, rådgivning om anvendelse af data samt udlevering af data til videre analyser.</p> <p>Der har i foråret og sommeren været afholdt oplæg i en del kommuner. Der har også været afholdt oplæg på konferencer, i regionale udvalg, SOF'er osv. Aktuelt er der ikke yderligere forespørgsler.</p> <p>Forberedelsen af den kommende sundhedsprofilundersøgelse 2021 starter op i slut 2018/start 2019.</p>		<p>Kommuner og SOF'er tilbydes fortsat oplæg mv. om sundhedsprofilen.</p>	<p>Sundhedsprofilen indgår i drøftelser af indsats, målgrupper mv. i sundhedsaftalen, der udarbejdes i løbet af 2018 og godkendes i 2019..</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Arbejdsgruppe for monitorering</b>	<p><b>Monitorering af KOL forløbsprogram:</b></p> <p>Monitoreringsgruppen er klar med monitoreringen fase 1: <i>Monitorering af, om patienter med KOL sygdom og deres pårørende reelt oplever, at implementering af forløbsprogrammet reelt har en værdi for deres sygdomsforløb</i></p> <p>Monitoreringsgruppen har i samarbejde med kommunale sundhedsprofessionelle, som varetager KOL rehabilitering, udarbejdet et forslag spørgeskema som testes på et KOL-rehabiliteringshold i Kolding Kommune den 9. september. På baggrund af testen justeres spørgeskemaet hvorefter den egentlige spørgeskemaundersøgelse gennemføres.</p> <p><b>Vedr. arbejdsgruppens ønsker om ændringer i kommissoriet:</b></p> <p>Arbejdsgruppens ønsker om ændringer i arbejdsgruppens kommissorium blev afvist af Følgegruppen for Forebyggelse d 6/2 2018. Begrundelsen for afvisningen er, at arbejdsgruppens ønsker lå for langt fra det oprindelige kommissorium Følgegruppen har i stedet tilbudt muligheden for at tilføje flere medlemmer til gruppen, evt. inddrage center for kvalitet og evt. etablere et formandskab</p>	<p><b>Efterår 2018:</b> Udarbejde monitoreringsoplæg for KOL i samarbejde med Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom. Spørgeskema pilottestes i september og forventes klar til godkendelse i Følgegruppen 11/10 og DAK 19/11-18</p>	<p><b>2. halvår 2018:</b> DAK præsenteres for forslag til monitorering af forløbsprogrammet for mennesker med KOL (vha. spørgeskema). Det forventes, at monitoreringsforslaget godkendes på DAK den 19. november 2018.</p>		<p>DAK har godkendt planen med den ændring, at der monitoreres på patienternes oplevelse som det første og ikke på, om sygehuse, kommuner og almen praksis har implementeret programmet.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse</p>	<p><b>Feb.-mart 2017:</b> 4 orienteringsmøder målrettet kursisternes nærmeste ledere er afholdt. Samlet har 43 ledere deltaget i møderne.</p> <p><b>Feb.-maj 2017:</b> 5 kursusforløb af hver 3 dages varighed er afholdt. Samlet har ca. 100 kursister gennemført kursus i foråret 2017.</p> <p><b>Maj-december 2017:</b> Projekterevalueringen er udarbejdet og forelægges styregruppen den 29.11.17. Evalueringen blev forelagt Følgegruppen for Forebyggelse ved mødet den 04.12.17. Forankringsarbejdet er i gang, herunder planlægning af formidlingsbesøg, etablering af e-læring og videreudvikling af projektet.</p> <p><b>1. halvår 2018:</b> Forankring og udvikling</p>	<p>Den oprindelige proces- og milepælsplan er blevet fulgt med få undtagelser, herunder tilføjelse af planlægning og afholdelse af lederorienteringsmøder.</p> <p>Desuden fortsætter forankringsarbejdet i 2018. Det være sig primært formidling til relevante uddannelsesinstitutioner, færdiggørelse af e-læring, videreudvikling af projektet og planlægning af temadag.</p> <p>Den 4. december 2018 afholdes en temadag for regionale og kommunale drifts- og funktionsledere samt udviklingsmedarbejdere fra social- og lokalpsykiatri, træningsområdet, beskæftigelsesområdet, plejeområdet, socialområdet. Temadagens titel er sundhedsfremme gennem samarbejde.</p>		<p>PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".</p>	<p>Projekterevalueringen er udarbejdet og forelagt styregruppen den 29.11.17 og Følgegruppen for forebyggelse den 04.12.17.</p> <p>Det sundhedspædagogiske koncept og nogle af projektets resultater er præsenteret ved Nordisk Folkesundhedskonference i august 2017.</p> <p>Der er udgivet en forskningsartikel omhandlende projektet i Scandinavian journal of caring Sciences.</p> <p>Der etableres e-læring målrettet professionelle. Arbejdet er i gang. Modulerne forventes tilgængelige ultimo 2018.</p> <p>Der planlægges i øjeblikket en proces for overdragelse af projektets videreudvikling i regi af Steno diabetes Center Odense.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: <b>Ny aftale på børne- og ungeområdet</b>	<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe med Koncerndirektør Kurt Espersen og Sundheds- og forebyggelseschef i Odense kommune, Sonja Seerup Hansen som formænd. Arbejdsgruppen har afholdt seks møder i perioden november 2017 til april 2018.</p> <p>Der foreligger nu et høringsudkast til en aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark, som behandles på DAK den 27. september 2018.</p> <p>Aftaleudkastet sendes derefter i høring i perioden 1. oktober til 1. november, hvorefter det tilpasses og forventes endeligt godkendt primo 2019.</p> <p>D. 5. april er der indsendt en fælles ansøgning til satspuljemidler til implementering af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser. Regionen og de 22 kommuner er tildelt 6,4 mio. kr. under forudsætning af, at ansøgningen tilrettes, således at samarbejdet mellem kommuner og region bliver mere tydeligt.</p>	<p><b>29. august 2018:</b> Følgegruppen for Forebyggelse præsenteres for høringsudkast</p> <p><b>27. september 2018:</b> Det Administrative Kontaktforum godkender høringsudkast til Aftale på børne- og ungeområdet.</p> <p><b>1. oktober til 1. november 2018:</b> Aftalen sendes i høring hos relevante parter.</p>	<b>27. september 2018:</b> Det forventes, at der på møde i DAK vil kunne behandles et høringsudkast til en aftale.	Primo 2019.	Det Administrative Kontaktforum besluttede på møde den 25. januar, at der kunne udformes en fælles ansøgning på tværs af regionen og de 22 kommuner om satspuljemidler til implementering af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser. Der er modtaget tilbagemelding om, at regionen og de 22 kommuner er blevet tildelt 6,4 mio. kr. under forudsætning af en tilrettet ansøgning. Tilretningsarbejdet pågår pt.



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om <b>kompetenceudvikling og videndeling – vedr. "lead" model i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer</b>	<p>Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen om kompetenceudvikling og videndeling. I rammeaftalen beskrives en model, hvor et SOF skal være "lead" på et kompetenceudviklingsforløb i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer. Modellen afprøves på diabetesforløbsprogram, hvor SOF-Fyn tildeles "lead".</p> <p>Kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af diabetesforløbsprogrammet udarbejdes i samarbejde mellem SOF-Fyn, Steno Diabetes Center Fyn og Fyns Diabetescenter, og rundsendes derefter til de øvrige SOF'er.</p>			Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes er sendt til implementeringsgrupperne i de fire SOF'er i starten af april 2018, jf. status for Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: <b>Syddansk børne- og ungesundhedsprofil</b>	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Afrapportering forelagdes DAK d. 23/11 2017. På baggrund af drøftelse i DAK d 23.11 2017, besluttede DAK, at der ikke var opbakning til at bede Følgegruppen for Forebyggelse om at udarbejde forslag til en videre proces, da tilgang og forventninger til en fælles børne- og ungeprofil var forskellige i hhv. kommuner og regionen. Sagen anses derfor som <b>afsluttet</b> for Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	<b>23/11 2017:</b> Behandlet på DAK.	Ej relevant	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om <b>kompetenceudvikling og videndeling – vedr. samarbejde med Sammen om Velfærd</b>	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev behandlet i DAK d 22/6 2017, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, begrundet i, at man ønskede sagen drøftet i regi af Sammen om Velfærd en gang til. Efter drøftelse i Sammen om Velfærd besluttede Følgegruppen for Forebyggelse d 04.12.2017, at der ikke følges yderligere op på denne del af aftalen, da der allerede pågår en række tværsektorielle kompetenceudviklingsinitiativer lokalt, hvorfor det ikke giver mening at lave en regional aftale herom også. Denne del af aftalen anses dermed som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant			

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Kommissorium til Ny aftale på børne- og ungeområdet</b>	På baggrund af afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge, har DAK d. 27/1 2017 bemærket, at der skal arbejdes videre med en ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2. Følgegruppesekretariatet har udarbejdet et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, som er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget d. 15/8 2017. Udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen er sat i gang, og der er deadline for udpegning d 4/9 2017.	<p><b>22/6 2017:</b> Kommissoriet behandlet i Det administrative kontaktforum.</p> <p><b>15/9 2017:</b> Kommissorium godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget</p> <p><b>Efterår 2017:</b> Arbejdsgruppen nedsættes og opstarter arbejdet</p> <p><b>Forår 2018:</b> Høringsudkast klar</p>	<p><b>22/6 2017:</b> Behandlet på DAK.</p> <p><b>15/8 2017:</b> Godkendt af SKU</p>	Forventes at kunne implementeres ultimo 2018	<p>Igangsættelse af arbejdet kræver en relativt stor arbejdsgruppe og evt. en mindre skrivegruppe.</p> <p>Følgegruppen for forebyggelse mødes med arbejdsgruppen, når denne er nedsat.</p>
Arbejdsgruppe: <b>Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose</b>	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.	<b>30. marts 2017</b> Materialet godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbejdsgruppens opgave er dermed færdiggjort.		<b>1. kvartal 2017</b> Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: <b>Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark"</b> .	Arbejdsgruppen nedlægges, da monitoreringsopgaver fremadrettet skal varetages af arbejdsgruppen "monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse"				
Aftale om Regionens <b>rådgivning til kommunerne om forebyggelse</b>	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne.  Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når sidstnævnte aftale foreligger.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: <b>Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning</b>	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016.  Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen.  Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer aftalen fremadrettet.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår.  Primo 2018: Første status på implementering til DAK.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Afdækning af kommunale erfaringer med <b>indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.</b>	<p>Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017.</p> <p>Følgegruppen for Forebyggelse udarbejder et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2</p>	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	<p>Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling. Afdækningen giver anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.)</li> <li>2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (Sundhedsaftalen pkt. 6.1.6.)</li> </ol>

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

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlægge for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Følgegruppen for behandling og pleje</b>					
<b>Prioriterede indsatser</b>					
<b>Videreudvikling af SAM:BO ift. socialpsykiatri</b>	<p>DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. DAK godkendte den 22. juni 2017 det forelagte høringssudkast til tre nye SAM:BO forløb, der omhandler kommunikation og samarbejde mellem både det somatiske og det psykiatriske sygehus og socialpsykiatrien i kommunerne.</p> <p>Forløbene var sendt i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017. Forløbene blev endeligt godkendt i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober 2017 samt i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Den 19. december 2017 godkendte SKU de tre nye forløb samt implementeringsplan.</p> <p>Implementeringsplanen følges planmæssigt, og de nye forløb forventes implementeret den 23. oktober 2018.</p>	08-10-18: Følgegruppen forelægges status på implementeringsarbejdet.			Der udarbejdes et generisk dagsordenspunkt til understøttelse af implementeringsarbejdet i PSOF'erne.
<b>Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet</b>	<p>DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsmarkedsområdet.</p> <p>Følgegruppen fik den 19. februar 2018 forelagt en sag om udpegning af repræsentanter til en arbejdsgruppe, som deltager i to workshops med det formål at udarbejde kommissorium samt tids- og procesplan for arbejdet. Kommissorium samt tids- og procesplan forventes forelagt for Følgegruppen i december 2018.</p> <p>Udpegningen til arbejdsgruppen har trukket ud blandt andet som følge af, at Socialdirektørforum ønskede at drøfte spørgsmålet om videreudvikling af SAM:BO på et møde, førend de ville tage stilling til udpegningsspørgsmålet. Fælleskommunalt Sundhedssekretariat sætter gang i udpegningen efter sommerferien.</p>	08-10-18: Følgegruppen forelægges status			Kommissorium forventes klar til godkendelse i Følgegruppen i december 2018.
<b>Samarbejdsaftale om FMK</b>	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				DAK besluttede på møde den 27. januar 2017, at monitorering af ajourføringsprocenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
<b>Tværasektoriel FMK arbejdsgruppe</b>	<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 afreporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværasektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.</p> <p>Der har været afholdt FMK-netværksmøde den 29. marts 2017. Der lægges aktuelt op til en drøftelse i SOF'erne omkring håndtering af drøftelser omkring FMK i relevante lokale netværk/fora.</p>	08-10-18: Status fra Tværasektoriel FMK-arbejdsgruppe.  Der indhentes halvårlig status i april og okt.			
<b>Særlige opgaver</b>					

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark</b>	<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 besluttede på møde 19-02-18 at indstille til DAK, at Samarbejdsaftalen for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid revideres med henblik på at leve op til de reviderede anbefalinger.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 kommissorium for tværsektoriel arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Formandsskabet for DAK besluttede på formandsmøde, at kommissoriet ikke kræver godkendelse i DAK, og at arbejdet derfor kan igangsættes af Følgegruppen.</p> <p>Da der dels forventes nye retningslinjer vedr. palliation for børn og unge i september 2018 og dels har været behov for afklaring vedr. beskrivelse af ensartet arbejdsgang ift. videregivelsen af helbredsoplysninger fra behandlingsansvarlige læge til sundhedsfagligt personale, drøftes kommissorium atter på møde i oktober. Som følge deraf er udpegning til arbejdsgruppen udskudt.</p>				DAK formandsskabet besluttede, at sagen ikke kræver godkendelse i DAK, men at Følgegruppen kan igangsætte arbejdet.
<b>Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje</b>	<p>Psykiatriområdet 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>Psykiatripsygehuset deltager ligeværdigt i den auditering, som fremgår af tids- og procesplanen for implementering af den reviderede SAM:BO-aftale.</p>	<p>Der gives en årlig status på implementering/dat a på rapporttyper i oktober.</p> <p>08-10-18: Årlig status til Følgegruppen</p>			
<b>Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)</b>	<p>DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017, og implementering er gennemført i tredje kvartal 2017.</p> <p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe, som er nedsat som underarbejdsgruppe under Følgegruppen, afholdt sit første møde den 31. oktober 2017. Arbejdsgruppen mødes efter behov.</p> <p>Arbejdsgruppens første opgave var at afklare kommunernes behov for overskrifter i korrespondancemeddelelser. Følgegruppen har på møde 19-02-18 godkendt oplæg, som er udarbejdet på baggrund af input fra kommunerne.</p>				
<b>Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom</b>	<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>DAK besluttede den 23. november 2016, at Følgegruppen for behandling og pleje fremadrettet er ansvarlig for at udarbejde et ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at DAK i forbindelse med den årlige afrapportering orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt.</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). DAK besluttede den 22. juni 2017, at udarbejdelse af et ramme- og retningspapir skal afvente denne proces.</p>	<p>Udarbejdelse af ramme- og retningspapir afventer.</p> <p>Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.</p>			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlægge for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Audit/evaluering af SAM:BO</b>	Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet.  I den kommende periode arbejdes der på en afklaring af, hvilken betydning ændringen af sundhedsloven har ift. audit af SAM:BO.	08-10-18: Status på arbejdet vedr. audit/evaluering af SAM:BO jf. lovændring.			
<b>Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler</b>	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder, om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar.  Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	Status gives helårligt i oktober.			
<b>Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet</b>	Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens.  På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.  Anbefalinger til organisering herunder rolle og ansvarsfordeling skal ligeledes indgå i arbejdet.  Sundhedsstyrelsens arbejde igangsættes i løbet af 2017 med henblik på færdiggørelse i 2018. Herefter påbegyndes arbejdet med revision af samarbejdsaftalen på demensområdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe.	Løbende afrapporteret fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc.  Primo 2018: Afrapportering fra arbejder under Sundhedsstyrelsen og drøftelse vedr. videre proces.			
<b>Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne</b>	Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i Region Syddanmark har haft nedsat en underarbejdsgruppe, der har arbejdet med at afdække de udfordringer, der er i forhold til underrepræsentation af etniske minoriteter i opsporing, udredning og behandling af demens.  Udfordringen omkring underrepræsentation af etniske minoriteter i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af demens vil blive løftet ind i forbindelse med arbejdet med øvrige initiativer i demenshandlingsplanen. Bl.a. når de nationale anbefalinger for tværfaglige forløb for mennesker med demens foreligger, og der skal arbejdes med en revision af samarbejdsaftalen.				
<b>Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens</b>	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.  Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan (Initiativ 22).				
<b>Revision af Demenssyd.dk</b>	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
<b>Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse</b>	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftaler					
<b>Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange</b>	<p>DAK godkendte den 23. november 2017 Regional Vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange, hvor DAK også godkendte, at der udarbejdes et oplæg om læringsinitiativer med henblik på forelægning for Det Administrative Kontaktforum 1. halvår af 2018.</p> <p>Følgegruppen godkendte oplæg til læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange. DAK godkendte oplægget den 14. maj 2018, dog med den præcisering, at der ikke skal udpeges en tværsektoriel UTH-arbejdsgruppe.</p> <p>Der er udsendt invitation til en temaeftersmiddag om læringsinitiativer vedr. UTH i sektorovergange den 15. november 2018.</p>	08-10-18: Status vedr. tværsektoriel UTH arbejdsgruppe og temaeftersmiddag.		1. kvartal 2018	
<b>Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem</b>	<p>Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012.</p> <p>Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 udkast til den reviderede samarbejdsaftale. Den reviderede samarbejdsaftale blev godkendt på møde i DAK 14-05-18. Den reviderede aftale er sendt ud til region og kommuner.</p>	Primo 2019 gives status på implementering af aftalen.		3. kvartal 2018	
<b>Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr.</b>	<p>Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16 og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16.</p> <p>Det er Følgegruppens opgave at monitorere samarbejdsaftalen. Data blev forelagt Følgegruppen den 9. april 2018. Monitorering blev taget til efterretning. Det er følgegruppens vurdering, at samarbejdsaftalen fungerer efter hensigten.</p> <p>ERFA-gruppen for samarbejdsaftalen på respirationsområdet mødes næste gang 15-11-18. Forud for dette møde mødes kommunerne for at afklare deres deltagelse. Kommunerne mødes 04-10-18.</p>	03-12-18: Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen.			Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der er nedsat en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.
<b>Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp</b>	<p>Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014.</p> <p>Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17.</p> <p>Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven.</p>	03-12-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelægning på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje.			Arbejdet afventer aktuelt svar fra Sundhedsministeriet vedr. en opklaring på ansvarsfordelingen under indlæggelse ift. hjælp efter serviceloven.
<b>Samarbejdsaftale for det psykiatriske område</b>	<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.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 19. februar 2018 redaktionelle justeringer af følgende 3 underaftaler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbejdsaftale om retspsykiatriske patienter, 2015</li> <li>- Samarbejdsaftalen om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet, 2015</li> <li>- Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug og alkoholmisbrug, 2015</li> </ul> <p>Da justeringerne alene er af redaktionel karakter forelægges</p>				Med ganske få redaktionelle ændringer er ophængt til Sundhedsaftalen 2015-18 og SAM:BO-aftalen sikret. Da der er planlagt justering af de øvrige underaftaler inden udgangen af 2019, kan samarbejdsaftalen for det psykiatriske område derfor udfases, når SAM:BO indenfor

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	de ikke DAK til godkendelse.				socialpsykiatrien træder i kraft pr. 23-10-18.
<b>Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)</b>	Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF'erne. Der er afholdt temadag i 2017.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (april).  08-10-18: Årlig afrapportering til Følgegruppen for behandling og pleje.			
<b>Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område</b>	Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF'erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (feb.).			
<b>Aftale om sårbare gravide</b>	DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017.  Aftalen implementeres via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.	Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
<b>Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS</b>	Den reviderede samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark blev godkendt af DAK den 25. januar 2018 med en tilføjelse om monitorering på udviklingen af antal familier i Familieambulatoriet, samt antal besøg pr. familie.  Aftalen implementeres via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.	Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
<b>Ammepolitikken</b>	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
<b>Nye sygehus-hjemmepleje-standarder</b>	Der blev nedsat en arbejdsgruppe, til at understøtte implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016.  Alle kommuner i Region Syddanmark kan nu modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Arbejdsgruppen er derfor nedlagt. Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.				Det blev besluttet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 17. august 2017, at monitoreringen ikke videreføres. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses over for Følgegruppen.
<b>Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt</b>	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet.  Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

**[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder**

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt  
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i Følgegruppen/afventer afklaringer  
Rød = indsatsen kræver handling i Følgegruppen – evt. også i DAK  
Grå = indsatsen er afsluttet i Følgegruppen  
Blå = Afventer igangsættelse

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



## Sundhedsaftalen 2015-2018

### Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin</b>					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Tværasektoriel anvendelse af video  Det Administrative Kontaktforum godkendte på mødet 14. maj 2018 handleplanen for tværasektoriel anvendelse af videokommunikation med det forbehold, at der kun nedsættes én	Der er udpeget medlemmer til en arbejdsgruppe, som arbejder videre med at konkretisere de 4 spor i handleplanen.  Første møde i arbejdsgruppen er afholdt 30. august 2018		24. januar 2019		

<sup>1</sup> Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
arbejdsgruppe, som tager sig af de fire spor.					
Videndeling  Det Administrative Kontaktforum godkendte handleplanen for organisatorisk implementering af videndeling vedr. velfærdsteknologi og telemedicin. Herunder, at Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin kan arrangere en temadag med fokus på videndeling.	Plan for afholdelse af temadag er i proces.		24. januar 2019		
Telemedicinsk sår vurdering.  Beslutningsoplæg om fælles forvaltning med virkning fra 2019	Forslag til fælles forvaltning fra 1. januar 2019 forelægges under selvstændigt punkt.		27. September 2018		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
udarbejdes.					
<p>Udarbejdelse af samarbejdsaftale for Telemedicinsk Sårvurdering.</p> <p>Det Administrative Kontaktforum besluttede på mødet 14. maj, at der udarbejdes en samarbejdsaftale for telemedicinsk sårvurdering. Samarbejdsaftalen udarbejdes af Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi med involvering af Følgegruppen for behandling og pleje.</p>	<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe som har til opgave at udarbejde forslag til samarbejdsaftale for Telemedicinsk Sårvurdering.</p> <p>Arbejdsgruppen holdt sit første møde 21. august 2018.</p>		Mandag den 19. november 2018		





## Porteføljestyrværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

August 2018

Farvekoder:

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<b>Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering</b>					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale:  - om krav til indholdet i			Materiale til understøttelse af implementeringen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau blev godkendt af DAK den 23. november 2016.	December 2016.	

<sup>1</sup> Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	DAK godkendte den 23. november 2017 den foreslåede model for den tværsektorielle opfølgning på indsatsen, og første fase i opfølgningen er herefter igangsat		Resultater fra opfølgningen forelægges DAK på mødet den 27. september.		
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet blev godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.					
Opfølgning på materialet til understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter	Opfølgningsindsats planlægges i første halvår af 2018.  Data til opfølgningen forventes indsamlet i andet halvår af 2018		Resultaterne af opfølgningen forventes forelagt DAK i første halvdel af 2019		
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	SKU godkendte opfølgningen den 19 december 2017.				Opfølgningen gentages i efteråret 2018
Implementering af G- GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-plattform pauseres, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger.		DAK godkendte den 22. juni 2017 slutrapport med tilhørende bilag fra arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation	Klar til implementering	



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	<p>I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017) på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondancemeddelelse, bl.a. ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift;</li><li>- følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs;</li><li>- afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet</li></ul>		<p>på kræftområdet, idet det fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora</p>		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen		Afsluttende opsamling på arbejdet med samarbejdsaftalen forelægges DAK den 27. september 2018.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	praksis. Indsatsen afsluttes med en konference 7. juni 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe.				
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion.	DAK behandlede den 22. juni 2017 en opfølgning på samarbejdsaftalen og godkendte ved denne lejlighed bl.a., at følgegruppen nedsætter en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et forslag til revision af samarbejdsaftalen, når nationale pakkeforløb og specialeplan foreligger.	Til DAK-mødet den 27. september 2018 foreslår følgegruppen, at samarbejdsaftalen ikke revideres, og at området i stedet reguleres direkte af sundhedsaftalen.		
Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af genoptræning		Oplæg behandlet i følgegruppen i juni 2018.	Oplæg forelægges DAK den 27. september 2018 med anbefaling af, at videre arbejde med forskningsprojekt til afdækning af genoptræningens effekter		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle <sup>1</sup>	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
DAK-formandskabet har godkendt, at der i regi af Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering etableres en lokal gruppe i relation til et nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskeadeområdet	Gruppen forventes nedsat på førstkommende møde i følgegruppen.				

## Telemedicin til hele Danmark

# Leverandørvalg af telemedicinsk infrastruktur udskudt

**Den 29. august 2018** – Meddelelsen om leverandørvalg til Danmarks første nationale telemedicinske infrastruktur er blevet udskudt i forhold til den oprindelige plan. FUT forventer at kunne offentliggøre valg af leverandør i slutningen af september 2018.

Evalueringen af de modtagne tilbud på den telemedicinske infrastruktur er afsluttet, og prisen på de samlede projektkomkostninger viser sig at være højere end tidligere estimeret. FUT skal derfor have genbekræftet mandatet i baglandet, inden valg af leverandør kan meddeles, og kontrakten underskrives.

FUT er i gang med at vurdere forsinkelsens samlede konsekvenser for tidsplanen for implementering af den fælles telemedicinske infrastruktur og for borger- og medarbejderløsningerne.

Forventningen er, at den telemedicinske infrastruktur og løsningerne er klar til drift i begyndelsen af 2020. Næste skridt er offentliggørelsen af den valgte leverandør af den telemedicinske infrastruktur, hvorefter leverandørerne til borger- og medarbejderløsninger skal udpeges.

### Yderligere oplysninger

Christian Boel

Koncerndirektør i Region Midtjylland og regional formand for FUT

Telefon: 2374 9162

E-mail: [christian.boel@stab.rm.dk](mailto:christian.boel@stab.rm.dk)

Mette Harbo

Digitaliseringschef, Københavns Kommune og kommunal formand for FUT

Telefon: 51 24 08 98

E-mail: [E84W@suf.kk.dk](mailto:E84W@suf.kk.dk)

### Om FUT

FUT står for **Fælles Udbud af Telemedicin** og er den organisation, der har ansvaret for at gennemføre to fælles udbud af telemedicinske løsninger til KOL-borgere på vegne af landets 98 kommuner og 5 regioner. Forventningen er, at den telemedicinske infrastruktur og de telemedicinske løsninger er klar til drift i begyndelsen af 2020.