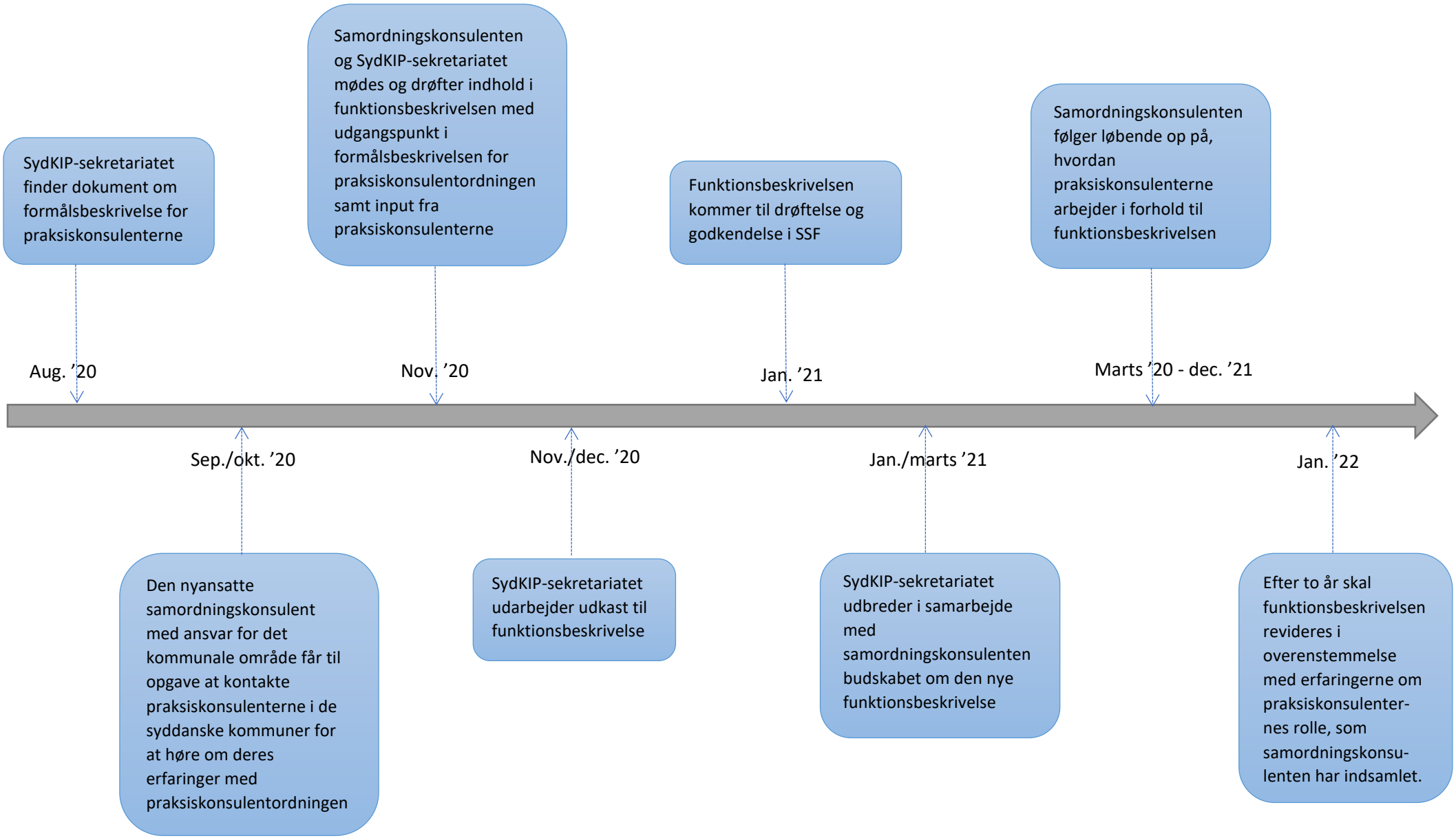
Tidslinje over proces for fælles funktionsbeskrivelse for praksiskonsulenter på tværs af de 22 syddanske kommuner



Monitoreringsopgaver

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Følgegruppe for forebyggelse:

Antal opgaver, som monitoreres: 4*

Med følgende frekvens:

- Hvert 4. år: 1
- Én gang: 1
- Løbende: 3

Ud fra følgende data:

- Eksisterende databaser: 2
- Tilvejebragt database/manuel indsamling: 2

**Implementering af partnerskabsprojektet "Røgfri Fremtid", Forløbsprogrammer for mennesker med hjertesygdom, Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet, Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning.*

Antal opgaver, som evt. skal monitoreres: 6*

Med følgende frekvens:

- Uafklaret: 5
- Løbende: 1

Ud fra følgende data:

- Uafklaret: 6

**Samarbejdsaftale for børn og unge med overvægt og overvægtige gravide (familieorienteret tilgang), Forløbsprogram for mennesker med KOL, Forløbsprogram for mennesker med diabetes, Forløbsprogram for mennesker med depression, Samarbejdsaftalen om sårbare gravide, Samarbejdsaftale omkring gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet Plus*

Følgegruppe for genoptræning og rehabilitering:

Antal opgaver, som monitoreres: 1*

Med følgende frekvens:

- Årligt: 1

Ud fra følgende data:

- Manuel indsamling: 1

**Opfølgning på tværsektoriel aftale om tidsfrister for opstart af genoptrænings-indsatser*

Antal opgaver, som evt. skal monitoreres: 2*

Med følgende frekvens:

- Uafklaret: 2

Ud fra følgende data:

- Uafklaret: 2

**Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører af rehabilitering på specia-liseret niveau, Opfølgning på understøt-telsen af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter*

Monitoreringsopgaver

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Følgegruppe for behandling og pleje:

Antal opgaver, som monitoreres: 8*

Med følgende frekvens:

- Årligt: 3
- Halvårligt: 2
- Én gang: 3

Ud fra følgende data:

- Eksisterende databaser: 3
- Manuel indsamling: 4
- Uafklaret: 1

**Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe, Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof – eller alkoholmisbrug, Samarbejdsaftale om IV behandling med væske og antibiotika, Samarbejdsaftale om sondeernæring & parenteral ernæring, Samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til undersøgelser, Samarbejdsaftale om pasning af dræn & kateteranlæggelse og pleje, Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem, Telemedicinsk sårvurdering*

Antal opgaver, som evt. skal monitoreres: 4*

Med følgende frekvens:

- Uafklaret: 4

Ud fra følgende data:

- Uafklaret: 4

**Aftale om dosisdispensering, Samarbejdsaftaler for medicinadministration (Intravenøs og subcutan) , Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet, Samarbejdsaftale om lavpotent kemoterapi*

Følgegruppe for uddannelse og arbejdsmarked:

Antal opgaver, som monitoreres: 1*

Med følgende frekvens:

- Løbende: 1

Ud fra følgende data:

- Eksisterende: 1

**Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere*

Antal opgaver, som evt. skal monitoreres: 2*

Med følgende frekvens:

- Uafklaret: 2

Ud fra følgende data:

- Uafklaret: 2

**Samarbejde mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis – forberedende grunduddannelse (FGU), Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*

Strategisk drøftelse

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Spørgsmål	Light	Ressourcetung
Hvorfor?	Måle implementering Måle indikation på virkning	Måle effekt
Hvor meget?	1-2 indikatorer	Mange indikatorer
Hvor ofte?	Hvert eller hvert 2. år	Flere gange årligt Løbende/ad hoc
Hvilke data?	Eksisterende data, f.eks. regionale og nationale databaser Begrænset manuel indrapportering	Nye databaser/indsamlingsmetoder Egne evalueringer
Hvem?	Arbejdsgrupper/sekretariater (forudsat at det er eksisterende data)	Specielt nedsatte arbejdsgrupper med relevante fagpersoner

Indsats	Opstart af og ressourceforbrug i indsats								Status og håndtering af indsatsen Herunder organisering, evt. inddragelse af arbejdsgruppe/ sekretariat/kompetencegruppe
	1-2020	2-2020	1-2021	2-2021	1-2022	2-2022	1-2023	2-2023	
Implementering af partnerskabsprojektet ”Røgfri Fremtid”	x	x	x	x	X	x	x	x	Følgegruppen vil fortsat løbende understøtte initiativer under projekt Røgfri Fremtid, herunder sikre fortsat fremdrift i implementeringen af VBA-metoden og udbrede kendskabet til de mange digitale inspirationsværktøjer, som er udviklet som led i projektet. Forår 2022 offentliggøres resultaterne fra den nye sundhedsprofil, hvilket kan medføre behov for nye indsatser, derfor et forstørret kryds her. Følgegruppen vil understøtte etableringen af en ensartet registreringspraksis i kommunerne vedrørende henvisninger fra både almen praksis, sygehuse og internt i kommunen. Dette for at belyse hvad der i praksis sker med de mange henvisninger til rygestop.
Samarbejdsaftale for børn og unge med overvægt og overvægtige gravide (familieorienteret tilgang)		X	X	x	X	x	x	x	På baggrund af et godkendt kommissorie, vil udpegning til en faglig bred arbejdsgruppe igangsættes i det tidlige efterår 2020. Ved udpegningen vil der være en særlig opmærksomhed på at sikre repræsentation fra behandlingspsykiatrien, mere specifikt på spiseforstyrrelsesområdet. Arbejdsgruppen forventes at skulle sikre en tæt sammenhæng til øvrige indsatsområder, herunder et røgfrit Syddanmark og mental trivsel hos børn og unge. Et oplæg til en samarbejdsaftale forventes udarbejdet i første halvår af 2021, og implementeringen forventes igangsat senest i foråret 2022.
Implementering af partnerskabsprojektet ”ABC for mental sundhed”		X	X	X	x	x	x	x	Følgegruppen udarbejder et skriftligt oplæg om det fælles samarbejde i regi af partnerskabet ”ABC for mental sundhed”, herunder en beskrivelse af en fælles koordinatorfunktion på opgaveområdet (lidt tilsvarende projektleder/koordinatorfunktion under Røgfri Fremtid) Oplægget forventes drøftet og godkendt på følgegruppemøde den 6. oktober, og forelægges dernæst på møde i Det Administrative Kontaktforum den 20. november.
Sundhedsprofilen		X	X	X	X	x	x	x	Forberedelserne af den kommende Sundhedsprofilundersøgelse 2021 er i fuld gang. Selve spørgeskemaer sendes ud til borgerne foråret 2021, og resultaterne offentliggøres i foråret 2022.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk syge	x	x	X	X	x	x	x	x	Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression er udsendt til kommunal politisk godkendelse. Først når programmet er endeligt godkendt i kommunerne, i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget igangsættes forløbsprogram for ryglidelser. Den nedsatte arbejdsgruppe skal justeres med hensyn til opgave indholdet. Der mangler en kommunal medformand, som senest skal udpeges når forløbsprogrammet for ryglidelser igangsættes.
Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet	x	X	x	x					Implementeringen er i gang, men nødvendiggør at de respektive sektorer afsætter tid og ressourcer til deltagelse i fælles kursusdage mv. i efteråret 2020, hvilket dog kan udfordres af bl.a. Covid-19.
Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område			x						Indholdet i aftalen indgår som faglig forpligtelse i Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet. Derfor håndteres denne opgave i regi af arbejdsgruppen herfor.
Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning		X	x						Den eksisterende arbejdsgruppe bestående af sygehusenes hygiejnesygeplejersker har til opgave at evaluere den eksisterende rammeaftale, herunder at inddrage de lokale samordningsfora samt kommuner, der hhv. har og ikke har tilkøbt basispakken. Evalueringen forventes foretaget i efteråret 2020, og skal danne baggrund for en beslutning om, hvorvidt aftalen skal revideres og i så fald i hvilket omfang. Følgegruppen vurderer, at det tværsektorielle samarbejde på hygiejneområdet er af stadig større vigtighed i lyset af Covid-19, og bl.a. derfor skal den nuværende aftale drøftes i de lokale samordningsfora som led i evalueringen. Evalueringen forelægges forventeligt Det Administrative Kontaktforum primo 2021.
Ammepolitikken				x	x				Opgaven håndteres i Fødeplansudvalget, og forventeligt forelægges et udkast til en ny ammepolitik i efteråret 2021.
Samarbejdsaftalen om sårbare gravide			x	x	(x)				Der tages stilling til aftalerne primo 2021 i følgegruppen.

Samarbejdsaftale omkring gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet Plus			x	x	(x)				
Aftale om regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse									Følgegruppen følger efterspørgsel og behov for rådgivning løbende, og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteter.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling: **Tværsektorielt Samarbejde**
Journal nr.:
Udarbejdet af: Arne Vesth Pedersen
E-mail: Arne.vesth.Pedersen@rsyd.dk
Telefon: 29 20 11 04

Dato: 18-08-2020

Notat

Status og årshjul vedrørende indsatser i porteføljen for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

1. Baggrund og formål

I kommissoriet for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering indgår fem indsatser, som er videreført fra den foregående sundhedsaftaleperiode. Hertil kommer, at der i den tidligere følgegruppes regi er igangsat en opfølgning på en tværsektoriel aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser, som den nye følgegruppe også skal varetage fremover. Endvidere har formandskabet for Det Administrative Kontaktforum besluttet, at udarbejdelsen af en samarbejdsaftale på stomi-området skal forankres i følgegruppen.

Den 11. august drøftede Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering sin samlede opgaveportefølje og godkendte en prioritering af arbejdet med indsatserne i form af et årshjul, der angiver, hvornår den enkelte indsats skal dagsordenssættes i følgegruppens regi.

I dette notat redegøres for baggrunden og den aktuelle status vedrørende opgaveporteføljen for Følgegruppen for genoptræning og genoptræning . Som afslutning rummer notatet følgegruppens årshjul.

2. Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler

Ansvarsfordelingen mellem region og kommuner, når det gælder behandlingsredskaber og hjælpemidler, er beskrevet i Afgrænsningscirkulæret (CIR nr. 9079 af 22/02/2013 – Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet).

Imidlertid er der i nogle tilfælde brug for en nærmere fortolkning af cirkulæret i en løbende dialog mellem kommuner og region om konkrete cases. Derfor fastlagde Sundhedsaftalen 2015 – 2018, at parterne skulle fortsætte arbejdet med at vedligeholde det såkaldte casekatalog, som skal formidle bidrag til afgrænsningscirkulærets fortolkning. Opgaven blev placeret i en permanent arbejdsgruppe, hvor både terapeutfaglig og sygeplejefaglig ekspertise er repræsenteret. Arbejdsgruppen har hidtil refereret til Følgegruppen vedr. behandling og pleje, men med den nye sundhedsaftale overgår casekataloget til opgaveporteføljen for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Casekataloget er ikke juridisk bindende, men er vejledende, hvis der opstår tvivl om ansvarsfordelingen. Ud fra konkrete eksempler peger casekataloget på, under hvilke omstændigheder et givet remedie er henholdsvis et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel.

De enkelte cases er hidtil blevet udarbejdet i arbejdsgruppens regi, ligesom arbejdsgruppen har afrapporteret til Følgegruppen for behandling og pleje om sit arbejde. Følgegruppen har så efterfølgende drøftet denne afrapportering, men ikke enkeltcases.

3. Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Det Administrative Kontaktforum godkendte den 29. januar 2016 en aftale, som beskriver målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, krav til leverandørerne af en sådan rehabilitering samt sygehusenes ansvar og opgaver.

Aftalen kan findes via denne side: https://regionsyddanmark.dk/wm277969

For yderligere at facilitere arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau godkendte Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016 en række hjælpedokumenter, som skulle gøre det lettere at efterleve aftalen i det tværsektorielle samarbejde, herunder en oversigt over krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau. Disse krav omhandler:

- Tilstedeværelsen af en række forskellige faggrupper med sundhedsfaglig eller socialfaglig baggrund
- Det sundhedsfaglige personales specialisering i forhold til at arbejde med neurologiske lidelser
- Det socialfaglige personales erfaring i at arbejde med hjerneskaderehabilitering i fase III (rehabilitering efter udskrivelse) og adgang til supervision ved specialistgodkendt neuropsykolog
- Medarbejdernes adgang til vidensmiljøer på specialiserede områder og deltagelse i udviklingsarbejde
- Indgåelse af samarbejdsaftaler om adgang til lægelig behandling/konsulentbistand
- Indgåelse af samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning

Endelig godkendte Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017 en model for den tværsektorielle opfølgning på indsatsen vedrørende rehabilitering på specialiseret niveau med to faser.

I første fase besvarer kommunerne et spørgeskema, som alene sigter på at afklare, hvilke leverandører kommunerne benytter i relation til rehabilitering på specialiseret niveau.

I anden fase besvarer de relevante leverandører (som er identificeret i fase 1) et spørgeskema, som sigter på at afklare deres efterlevelse af de kvalitetskrav, som er opstillet i tværsektorielt regi.

Begge faser blev gennemført i 2018, og leverandørernes besvarelser blev sammenfattet i et oversigtsskema, som Det Administrative Kontaktforum tog til efterretning den 4. april 2019, idet en videre drøftelse af skemaet i de lokale samordningsfora blev anbefalet. Jf. årshjulet drøfter Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering den fremtidige opfølgning på aftaler med leverandører på specialiseret niveau den 6. oktober 2020.

4. Nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskadeområdet

Sundhedsstyrelsen publicerede i november 2017 et servicetjek af indsatsen på hjerneskadeområdet:

https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Servicetjek-af-genoptr%C3%A6ningsog-rehabiliteringsindsatserne-til-mennesker-med-hjerneskade.ashx?la=da&hash=36664CC4A0631C60464E546FF2A9F71568DC73B1

Som led opfølgningen på servicetjekket er der igangsat to projektspor, hvoraf det ene er tværsektorielt. Dette projekt omhandler udviklingen af fælles måleredskaber, som kan bruges til at måle udbyttet af rehabiliteringsindsatsen og oplevelsen af indsatsen hos såvel patienter som pårørende. Projektet afsluttes efter planen ved udgangen af 2020.

På denne baggrund får Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering en orientering om forløbet af de nationale projekt på sit møde den 8.december 2020.

5. Opfølgning på understøttelsen af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter

Det Administrative Kontaktforum godkendte den 30. marts 2017 "Notat om afgrænsning af målgruppe og snitflader ift. genoptræningsplaner i psykiatrien i Region Syddanmark" med:

- En nærmere afgrænsning af, hvornår psykiatriske patienter kan have behov for en genoptræningsplan: hvem er i målgruppen?

- En model for, hvordan der kan sondres mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer

Denne tydeliggørelse af rammerne for arbejdet genoptræningsplaner til psykiatriske patienter var foranlediget af, at det gældende regelgrundslag præciserer, at psykiatriske patienter på samme måde som somatiske patienter har ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov ved udskrivning fra sygehuset. Genoptræningsbehovet behøver ikke (som det fremgik af den tidligere vejledning) være somatisk, men kan lige så vel relatere sig til patienternes psykiske sygdom.

Med hensyn til afgrænsning af målgruppen indebærer notatet, at den sker i to trin. Først en helhedsvurdering af, om patientens situation er sådan, at vedkommende kan forventes at have gavn af den målrettede, tidsbegrænsede proces, som en genoptræning er. Hvis det vurderes at være tilfældet, skal der i næste trin tages stilling til, om patienten har en eller flere funktionsevnenedsættelser, som vil kunne afhjælpes gennem genoptræning. Det kan være bevægelsesmæssige, aktivitetsmæssige, mentale eller sociale funktionsevnenedsættelser. Er det tilfældet, udarbejdes en genoptræningsplan.

Hvad angår spørgsmålet om sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer sker den på baggrund af patientens situation på syv forskellige parametre:

- Selvmordsrisiko
- Psykologisk indsigt
- Motivation for at arbejde med sig selv
- Evne til symptom-mestring
- Tidligere behandlingsforløb
- Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver
- Årsagen til funktionsevnenedsættelsen

Ud fra patientens placering på de syv parametre (og parametrenes betydning for patienten) vurderes det sundhedsfagligt, om den videre indsats skal ske i form af behandling, specialiseret genoptræning eller almen genoptræning.

Den tidligere følgegruppe for genoptræning og rehabilitering drøftede indsatsen i forhold til psykiatriske patienter ved flere lejligheder, senest den 28. november 2019. Her besluttede følgegruppen, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentation fra psykiatrisygehuset og kommunerne. Arbejdsgruppen skulle sætte fokus på, dels hvordan der kan udarbejdes flere relevante genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder mennesker med angst og depression; dels indholdet af kommunernes genoptræningstilbud til psykiatriske patienter.

Følgegruppen får en foreløbig rapportering om arbejdsgruppens arbejde på mødet den 6. oktober 2020, og der sigtes imod, at en endelig afrapportering foreligger den 8. december 2020.

6 Tværsektoriel samarbejdsaftale om cerebral parese (CPOP)

CPOP er et tværsektorielt opfølgningsprogram for børn og unge (0-15 årige) med cerebral parese og godkendt som national klinisk kvalitetsdatabase af Sundhedsdatastyrelsen. Cerebral parese er den form for hjerneskade, som tidligere gik under betegnelsen spastisk lammelse.

Formålet med CPOP er at forebygge udvikling af hofteluksationer (dvs. hofteskred, hvor lårbenshovedet glider ud af ledskålen) og svære fejlstillinger gennem en kontinuerlig tværfaglig opfølgning og tidlig behandlerindsats. Opfølgningsprogrammet skal således sikre, at behandlere tidligt i forløbet opdager ændringer i barnets tilstand, så tidlig og specifik behandlerindsats kan iværksættes.

Det Administrative Kontaktforum godkendte den 25. januar 2018 en tværsektoriel, syddansk samarbejdsaftale om CPOP, som:

- opsummerer, hvilke indikatorer, der følges op på,
- præciserer arbejdsfordelingen i forhold til de enkelte indikatorer,
- fastlægger arbejdsgangene mellem kommune og sygehus
- giver en række anbefalinger til, hvordan implementeringen af aftalen rent praktisk kan ske

Aftalen, som kan findes via siden https://regionsyddanmark.dk/wm277969 fastlægger også, at opfølgningen på dens implementering sker i regi af de lokale samordningsfora.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering drøfter det videre arbejde med samarbejdsaftalen på mødet den 6. oktober 2020.

7 Opfølgning på tværsektoriel aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den 5. december 2019 den reviderede "Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser". Den tidligere følgegruppe for genoptræning og rehabilitering fastlagde den 28. november 2019 rammerne for den fremtidige opfølgning på aftalen, herunder at:

- Monitorering af "Aftalen om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser" følges op årligt, indtil der foreligger valide data fra Sundhedsdatastyrelsen på dette område
- Succeskriteriet på 95 pct. for overholdelse af ventetidsaftalen gælder både "rettidig afsendelse af genoptræningsplaner" og "overholdelse af tidsfrister".
- De lokale samordningsfora er ansvarlige for indsamling af data i forbindelse med monitorering, også for at give lokalt medejerskab i forhold til opgaven; følgegruppesekretariatet udarbejder spørgeskema med retningslinjer for udfyldelsen og samler resultaterne.

- registreringen af genoptræningsplaner foregår forskelligt i kommunerne og på sygehusene. I kommunerne gennemgås alle genoptræningsplaner gennemgås fra to uger, mens sygehusene i 8 uger gennemgår 5 genoptræningsplaner pr uge (hvis ikke der er modtaget 5 specialiserede genoptræningsplaner den pågældende uge, registreres det antal, der er modtaget);
- Monitorering af "årsagerne til at ventetidsaftalen ikke overholdes", udgår, da fokus i monitoreringen går på det tilbudte tidspunkt for opstart af genoptræningsindsatsen; hvis dette ikke er inden for de aftalte tidsfrister, må dette bero på kapacitet/ressourcer.

På dette grundlag har følgegruppesekretariatet til sekretærerne for de lokale samordningsfora udsendt skemaer, som skal bruges til registrering af de relevante data. Efter planen skal skemaerne senest den 15. januar 2021 returneres til følgegruppesekretariatet. Afhængigt af fastlæggelsen af følgegruppens møderække næste år vil følgegruppen kunne få forelagt en sammenskrivning af besvarelserne på sit første eller andet møde i 2021.

8. Samarbejdsaftale på stomiområdet

Der pågår en proces omkring et fælles udbud på stomiområdet, som omhandler indkøb af stomiprodukter og etablering af en serviceplatform, der omfatter lager, logistikcenter, call-center og it-system. Udbuddet forberedes i et samarbejde mellem Region Midtjylland, Region Syddanmark, Aarhus Kommune og Odense Kommune.

I forbindelse med udbudsarbejdet er der blevet afklaret et behov for en samarbejdsaftale mellem region og kommuner på stomiområdet, som skal skabe bedre kvalitet for borgerne ved at optimere forløb, skabe større ensartethed og lette overgangen mellem sygehus og kommune. Der er allerede i Region Midtjylland indgået en samarbejdsaftale om stomiområdet mellem region og kommuner, som vil være udgangspunktet for arbejdet med en tilsvarende, syddansk aftale.

Det Administrative Kontaktforums formandskab har besluttet, at arbejdet med den syddanske samarbejdsaftale skal forankres under Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Følgegruppen har derfor godkendt et kommissorium for og igangsat nedsættelsen af en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et forslag til samarbejdsaftale.

Der sigtes imod, at et forslag til samarbejdsaftale vil være klar til forelæggelse for følgegruppen i januar/februar 2021.

9 Årshjul for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

På baggrund af de foregående afsnit kan følgende årshjul for arbejdet i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering opstilles:

<u>6 oktober</u>

- Opfølgning på indsatsen vedr. rehabilitering på specialiseret niveau
- Samarbejdsaftale vedr. cerebral parese (CPOP)
- Foreløbig afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende genoptræningsplaner til psykiatriske patienter

<u>8. december:</u>

- Afrapportering fra nationalt projekt om brugertilfredshed på hjerneskadeområdet

- Endelig Afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende genoptræningsplaner til psykiatriske patienter

Følgegruppen vil på sit første møde i 2021 kunne få forelagt en afrapportering fra arbejdsgruppen, der vedligeholder casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Endvidere vil følgegruppens opfølgning på aftalen om tidsfrister for igangsættelse af en genoptræningsindsats samt behandlingen af forslag til samarbejdsaftale på stomiområdet finde sted snarest muligt i 2021.

Status og forventet ressourcetræk ift målsætninger og indsatser under Følgegruppe for uddannelse og arbejde (FUA)

		Ressourcetræk				
Målsætning	**Indsats**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
1: Vi vil sikre, at andelen af unge med psykiske lidelser, som har fuldført en ungdomsuddannelse, er steget til minimum 53%.	1.1: Samarbejde mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis – forberedende grunduddannelse (FGU)	X*	X **X***	X **X**	X **X**	X **X**
2: Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til min. 82%.	2.1: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	X	X **X**	**X**		
	2.2: Øvrige indsatser under afklaring, herunder prøvehandlinger ift tværgående indsatser for patienter med funktionelle lidelser, uspecifikke rygsmerter /lidelser og kroniske smertepatienter		**X**	**X**	**X**	**X**
3: Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til min. 51%.	3.1: Samarbejde om rehabilitering og recovery vedrørende psykiatrien			X **X**	X **X**	X **X**

* Ressourcetræksfordeling angivet i Sundhedsaftalen 2019-2023 version 1

* Revideret prioritering og ressourcetræk indrapportes til DAK i september 2020

	Ressourcetræk				
Eksisterende indsatser	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere		X **X**	**X**		
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	X	**X**	**X**		

Behandling og Pleje - Prioritering af opgaver

#	Indsats	Status på indsatsen	2020	2021	2022	2023	Status planlæg	Tidsplan jf. Sundhedsaftale --> Ny tidsplan	Handleplan for indsats
Nye indsats									
1	**Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser**	I sygehusregi er der udarbejdet pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser. Det skal skabe en systematisk tilgang til arbejdet med gentagne indlæggelser på sygehuset. Det er intentionen, at dette bakkes op af tværsektorielle indsatser omkring denne type patienter. Det forventes, at dette arbejde vil munde ud i beskrivelsen af konkrete indsatser, som kan forebygge indlæggelse og genindlæggelser. Endvidere forventes det, at en tættere kommunikation omkring borgerne evt. kan dæmme op for færdigbehandlingsdage. Fra 1.september 2020 pilottestes pakkeforløbet i alle Medicinske afd. VIVE laver evaluering, klar feb-mar 2021.Tilretning af pakkeforløbet sker apr. 2021, hvor Følgegruppen kan komme med input.	(+)	START	x	x	NY	2019-2023 --> 2021 - 2023	• Mathilde Schmidt-Petersen deltager på Følgegruppemøde den 19.8.20 for at præsentere erfaringer fra deres arbejde • Følgegruppen drøfter udviklingsmuligheder på Følgegruppemøde i augst og påbegynder udkast til kommisorium for arbejdet. • Følgegruppen klar med forslag til tilretninger/tilføjelser til pakkeforløb forår 2021
2	**Tværsektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner**	Følgegruppen vil sætte fokus på det tværsektorielle samarbejde om udvikling og understøttelse af akutte sygeplejeindsatser i det nære sundhedsvæsen. Det forventes, at denne indsats kan forebygge indlæggelse og genindlæggelser. Endvidere forventes det, at en tættere kommunikation omkring borgerne evt. kan dæmme op for færdigbehandlingsdage.		START	+		NY	2021 → 2021-2022	• At denne opgave, som planlagt, igangsættes 2021 eller evt. 2022. • Fokus på arbejdet omkring Akutplan 2020
3	**Fleksible indlæggelser**	Opgavebeskrivelse: I et tæt samarbejde mellem kommune og sygehus vurderes det, om patienten skal indlægges. Det forventes, at denne indsats kan forebygge indlæggelse og genindlæggelser. Endvidere forventes det, at en tættere kommunikation omkring borgerne evt. kan dæmme op for færdigbehandlingsdage.	(+)	START	+	+	NY	2019 – 2020 → 2021-2023	•At denne opgave, afventer arbejdet fra akutplansarbejdsgruppen. Følgegruppen vil således først kunne påbegynde arbejdet primo 2021. Denne opgave bør ses i sammenhæng med opgaven "Tværsektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner"
4	**Samarbejde om rehabilitering og recovery vedr. psykiatrien**	Denne opgave udspringer bla. fra erfaringer fra projektet "Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet". Et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland.		START	x	x	NY/FØLG	2021-2023	• At Følgegruppen for Uddannelse og Arbejdsmarked vil være Lead på denne indsats, og har ansvaret for at involvere Behandling og Pleje, om nødvendigt. • Følgegruppen for Uddannelse og Arbejdsmarked skal være opmærksom på målsætningen om at reducere
Eksisterende indsatser									
5	**Drift og videreudvikling af SAM:BO**		x	x	x	x	FØLG	Løbende i 2019-2023	• At arbejdsgrupperne for arbejdsmarkedsområdet og den tværsektoriel SAM:BO arbejdsgruppe, gives autonomi til videreudvikling af SAM:BO. Såfremt der måtte opstå uklarheder i arbejdet vil Følgegruppen kunne involveres. • Status gives hvert år
5.1	Videreudvikling af SAM:BO ift. socialpsykiatri	Den 19. dec 2017 godkendte SKU tre nye forløb samt implementeringsplan. De nye forløb er implementeret den 23. okt 2018. DAK har på møde den 21. nov 2019 behandlet en sag, hvor Følgegruppen for behandling og pleje anmodede om at få godkendt en præcisering af begrebet "én indgang" i relation til arbejdet med SAM:BO-aftalen. En indgang til kommunen er i forlængelse heraf ensbetydende med et lokationsnummer. I forbindelse med drøftelsen af sagen i DAK blev legaliteten i forhold til de nuværende SAM:BO-forløb ikke anfægtet.	x	x	x	x	FØLG		Der ligger ikke umiddelbart opgaver her, udover at følge driften.
5.2	Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet	DAK godkendte d. 23. nov 2017, videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet. Følgegruppen godkendte den 3. dec 2018 et kommissorium for den indledende arbejde. Arbejdsgruppen skal udarbejde et kommissorium samt tids- og procesplan for videreudviklingen af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet. Dette forelægges Følgegruppen til godkendelse snarest muligt. DAK har d. 27. maj 2020 behandlet sagen om godkendelse af en præcisering af begrebet *én indgang, som at være ensbetydende med ét lokationsnummer i hver kommune, gældende for eksisterende SAM:Bo aftaler.* Fremtidige videreudviklingsarbejde på arbejdsmarkedsområdet samt børn- og ungeområdet, vil være op til arbejdsgrupperne at få belyst de juridiske og tekniske muligheder i forbindelse med afdækningen af behovet for tværsektoriel kommunikation på de nye områder.	x	x	x	x	FØLG		• Følgegruppen sender et informationsbrev om præciseringen af begrebet til alle SOF´erne.
5.3	Drift af SAM:BO somatik og psykiatri	Der er 1. jun 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. Følgegruppen har den 8. okt 2018 drøftet, at en audit af SAM:BO bør afvente, at SAM:BO Socialpsykiatri er implementeret og i drift, hvorfor audit er udskudt til denne sundhedsaftale periode. Følgegruppen besluttede den 3. dec 2018, at kommissoriet for den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe blev justeret, så der blev nedsat et formandsskab for gruppen, socialpsykiatrien blev repræsenteret og arbejdsgruppen blev suppleres med en kommunal og en regional jurist. Følgegruppen har d. 11.6.20 overdraget opgaven med implementering af MedCom11-meddelselse til den Tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe.	x	x	x	x	FØLG		• Følgegruppen afklare om der er grundlag for en audit, og hvordan audit evt. skal planlægges.
6	**Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe**	DAK har på møde den 29. jan 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.	x	x	x	x	FØLG	Løbende i 2019-2023	• At arbejdsgruppen gives autonomi til at følge implementeringen og igangsætte projekter til udbrede brugen af FMK jf. kommissorium. Såfremt der måtte opstå uklarheder i arbejdet vil Følgegruppen kunne involveres. • Status gives hvert år
7	**Samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid**	DAK godkendte den 7. jun 2019 den reviderede samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid. DAK besluttede i forbindelse med behandling af samarbejdsaftalen, at der skal afholdes en temadrøftelse i DAK omkring dette emne, som blandt andet skal ses i lyset af et stigende antal kræftramte og en aldrende befolkning. Følgegruppen for behandling og pleje fik til opgave at udarbejde et oplæg til en sådan fremtidig drøftelse. Drøftelsen kan eventuelt tage afsæt i gode eksempler fra de lokale samordningsfora, ligesom borgeres ønsker i forhold til genoplivning kan indgå. I forbindelse med implementering af den reviderede aftale er SOF´erne blevet bedt om at bidrage med input til temadrøftelsen. Pjecen "Alvorligt syge og døende" opdateres jf. den reviderede samarbejdsaftale.	DAK		REV		DAK/REV	2019 og 2021 (revision)	• At der på Følgegruppemødet d. 19.8.20 drøftes afvikling af temadrøftelse på DAK i november. • SOFerne vurdere i 2021 om der er behov for revidering.
8	**Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet**	Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens. På baggrund af evalueringerne har Sundhedsstyrelsen udarbejdet faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Anbefalingerne omfatter såvel organisering som rolle og ansvarsfordeling i forhold til arbejdet. De endelige anbefalinger er endnu ikke udsendt. Seneste oplysning fra ministeret er, at det beror på, at KL endnu ikke har indsendt kommentarer til DUT-høringen. Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i regionen vil indlede arbejdet med revision af samarbejdsaftalen for demens, så den harmonerer med de nye anbefalinger, så snart de nye anbefalinger udsendes.	REV				FØLG	2019 --> 2020 (afventer)	• Afventer anbefalinger fra SST. • Arbejdsgruppe etableret og klar til at påbegynde revision.
9	**Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange**	DAK godkendte den 23. nov 2017 Regional Vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange. DAK godkendte den 14. maj 2018 et oplæg til læringsinitiativer med den præcisering, at arbejdet med læringsinitiativer skal forankres lokalt. Der er afholdt en temaeftermiddag om læringsinitiativer vedr. UTH i sektorovergange den 15. nov 2018. Opsamling på temaeftermiddagen er sendt til deltagerne og SOF-sekretariaterne med henblik på lokal forankring af læringsinitiativer. 1.september afholdes en tværsektoriel konference om UTH i overgange.	REV				FØLG	2020	• Umiddelbare vurdering i Kvalitets og Forskning, er at der ikke er behov for revision af aftale nu. Endelig vurdering af venter Tværsektoriel Patientsikkerhedskonference den 1.september. • At det drøftes i Følgegruppen om aftalen skal revideres
10	**Samarbejdsaftale om kommunikation, ledsagelse og praktisk hjælp**	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Igangsættelse af revision af aftalen er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven. Revideret aftale er godkendt i DAK d. 27.5.20, og efterfølgende SKU. Implementeringsbrev sendt til SOFerne.	DAK		REV		FØLG/REV	2019 og 2021 (revision) --> 2022 (revision)	• SOFerne vurderer i 2022, om der er behov for revidering.
11	**Aftale om dosisdispensering**	Opgave fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse. De har tidligere set på udfordringer i forhold til en bredere anvendelse af dosisdispensering og finder, at det er en opgave, som vil være vigtig at få på plads, da det både handler om sikker medicinadministration (færre UTH) og økonomi. Det er imidlertid ret kompliceret at løse udfordringerne på området, og det er ikke lykkedes nogen steder i landet trods ihærdige forsøg. Senest har Århus Kommune igangsat en omfattende proces med involvering af Sundhedsstyrelsen mhp. øget brug af dosisdispensering. Problematikken er også rejst i regi af 6-by samarbejdet. Følgegruppen for Opgaveoverdragelse har udarbejdet et notat, som beskriver udfordringerne, og forsøgte uden held at rejse sagen i DAK.	START	x			NY	2019-2021 --> 2020-2021 (Afventer)	• at der afventes resultaterne af bestræbelserne i Århus Kommune og Region Nord, inden der igangsættes arbejde med opgaven.

12	**Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof – eller alkoholmisbrug**	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen afsluttes med en konference 7. jun 2018. Afsluttende opsamling på arbejdet med samarbejdsaftalen blev forelagt DAK den 24. jan 2019. DAK godkendte, at opgaven med registrering af antallet af koordinerende indsatsplaner forankres i SOF, og at Følgegruppen, på baggrund af indberetninger fra SOFer, en gang årligt præsenterer DAK for et overblik over udviklingen i antallet af koordinerende indsatsplaner.	(mon)	REV	(mon)	(mon)	MON/REV	2021 (revision)	• Aftalen monitoreres årligt. • At der primo 2021 tages stilling til, hvorvidt aftalen fortsat er relevant, og om en revision skal iværksættes i 2021.
13	**Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem**	Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 udkast til den reviderede samarbejdsaftale. Den reviderede samarbejdsaftale blev godkendt på møde i DAK den 14. maj 2018. Den reviderede aftale er sendt ud til region og kommuner til implementering.	(mon)	REV			MON/REV	2021	• At Følgegruppen tager stilling til om monitorering af aftalen kan igangsættes i efteråret 2020. • Monitoreringen vil give mere information om der er behov for en justering/revision i 2021.
14	**Samarbejdsaftaler for medicinadministration (Intravenøs og subcutan)**	Der udpeget 3 prioriterede præparater, hvor der principielt skal udarbejdes særskilte samarbejdsaftaler i medfør af Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner. Der er efterfølgende fremsendt forslag fra OUH om endnu et medikament (Ditte Naundrup Therkildsen, Hæmatologisk Afdeling X vil have medtænkt præparatet Zometa – som kræver anlæggelse af PVK – og som ikke hører under Cytostatika eller antibiotika. Zometa® er et lægemiddel, som bruges til at behandle for meget kalk i blodet samt spredning af kræftsygdomme til knoglerne), og der er desuden en bruttoliste over andre lægemidler. Se de tre prioriterede præparater herunder: 14.1 Ændret samarbejde om behandling med Uracyst/Laluril 14.2 Ændret samarbejde om behandling med Furix til hjerte- og lungepatienter 14.3 Ændret samarbejde om behandling med Salbutamol	START	+			NY	2019-2020 --> 2020-2021 (afvent)	• at udarbejdelse af særskilte samarbejdsaftaler for de nævnte og andre præparater i medfør af Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen ikke prioriteres i første omgang – bl.a. med henvisning til, at det tværsektielle samarbejde om IV-behandling føsrt skal genbesøges.
15/16	**Samarbejdsaftale om IV behandling med væske og antibiotika**	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017, og i primo november 2017 sendt til implementering i SOFerne. Monitoreringsresultater blev præsenteret for DAK den 23.jan 2020, hvor det blev besluttet af resultater skal drøftes i SOFerne.	(mon)	REV	(mon)	(mon)	MON/REV	2021	• Aftaler monitoreres halvårligt • Evaluering af aftale i 2021, dog skal revidering kun foretages hvis vilkår for opgaven er markant ændret. • SOFerne kommer med input til om aftalen skal revideres i 2021.
17/18	**Samarbejdsaftale om sondeernæring & parenteral ernæring**	Samarbejdsaftalerne er godkendt af DAK d. 14/5 2018, og sendt til implementering i SOFer med effekt fra d. 1/6 2018. Monitoreringsresultater blev præsenteret for DAK den 23.jan 2020, hvor det blev besluttet af resultater skal drøftes i SOFerne.	(mon)	REV	(mon)	(mon)	MON/REV	2021	• Aftalen monitoreres årligt, igen i 2021, hvor aftalen evt. revideres. • SOFerne kommer med input til om aftalen skal revideres i 2021
19	**Samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til undersøgelser**	Kommunale akutfunktioners kobling til den regionale Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK d. 25/1 2018 og igen i tilrettet form den 19. november 2019. Samarbejdsaftalen er primo 2018 sendt til implementering i SOFer samt KLU effekt fra 1/5 2018. Samarbejdsaftalen evalueres primo 2020.	EVAL	(mon)	(mon)	(mon)	EVAL	2020 --> Opstart snarest	• Der nedsættes en arbejdsgruppe til evaluering af aftalen, sekretariat udarbejder kommisorium. • Monitorering afklares
20/21	**Samarbejdsaftale om pasning af dræn & kateteranlæggelse og pleje**	Samarbejdsaftalerne er godkendt af DAK d. 14/5 2018, og sendt til implementering i SOFer med effekt fra d. 1/6 2018. Evalueres i 2021. Der er i medfør af samarbejdsaftalen taget initiativ til at udarbejde e-læringsmodul for kateteranlæggelse på mænd som supplement til den obligatoriske fysiske undervisning. Den nedsatte arbejdsgruppe er klar til at præsentere status for arbejdet på et kommende møde i Følgegruppen.	(mon)	REV	(mon)	(mon)	MON	2021 (revision)	• Præsentation af e-learning i Følgegruppen for behandling og pleje i august 2020 ved projektleder Malik Hertzum-Hendriksen, SDSI. • Aftale evalueres i 2021, afklar behov med SDSI
22	**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. Evaluering af Samarbejdsaftalen blev godkendt i DAK på mødet 7/6 2019, hvor det samtidig blev besluttet at revidere samarbejdsaftalen i henhold til arbejdsgruppens anbefalinger. Reviderede aftale blev godkendt af Følgegruppen d. 11.6.20, og at blive præsenteret for DAK den 17.september.	DAK	(mon)	(mon)	(rev)	DAK	2019 --> Til godkendelse i DAK 17.sep 2020	• Revideret aftale til godkendelse i DAK d. 17.sep 20. • Ved godkendelse sendes aftale til implementering, monitorering afklares
23	**Telemedicinsk sårvurdering**	DAK besluttede d.t 14. maj 2018, at der udarbejdes en samarbejdsaftale for telemedicinsk sårvurdering. Ny organisering blev godkendt på møde i DAK d. 19. nov 2018, der er efterfølgende nedsat en lokal forvaltning i forbindelse med telemedicinsk sårvurdering. Der er i regi af SDSI en proces i gang ift. opfølgning på hvordan der kan ske kompetenceløft ift. læger. Evaluering af aftale i 2020.		EVAL			FØLG	2019 --> Opstart af evaluering snarest	• Aftalen skal evalueres ved udgangen af 2020. Sekretariatet udarbejder proces herfor.
24	**Samarbejdsaftale om lavpotent kemoterapi**	Samarbejdsaftalen er revideret og godkendt af DAK den 22. juni 2017. Reviderede aftale inkluderer nu både Cytosar og Vidaza. Denne information er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH. Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres. I perioden d. 1/1– 31/12 2018 har 17 patienter modtaget behandling med cytosar og 19 patienter modtaget behandling med vidaza i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I hele 2017 modtog 11 patienter behandling med lavdosis cytosar i eget hjem. Følgegruppen for Opgaveoverdragelse har i 2019 modtaget en henvendelse fra Hæmatologisk Afdeling X, OUH omkring muligheden for at få indskrevet et nyt præparat (Velcade) i samarbejdsaftalen om lavdosis cytostatika i eget hjem. Præparatet administreres på samme måde som de øvrige, og mange kan selv læres op i at bruge det. Patientgrundlaget er ligeledes det samme som for de øvrige opgaver. Samarbejdsaftalen om lavpotent kemoterapi i eget hjem kan evt. udvides ved en formandsgodkendelse i DAK, såfremt arbejdsgruppen indstiller dette via Følgegruppen for behandling og pleje. Endelig er der fra Region Syddanmark ønske om at udvide ordningen til de øvrige sygehusenheder, såfremt det er muligt (af hensyn til patienterne). Sundhedsplanlægning i Region Syddanmark har været i dialog med Sundhedsstyrelsen herom, og det er ikke umiddelbart muligt (med visse undtagelser).	NY	(mon)	(mon)	(mon)	MON/NY		• At der foretages fagligvurdering af brugen af Velcade. Såfremt præparatet uproblematisk kan tilføjes samarbejdsaftalen indstiller Følgegruppen den udvidede samarbejdsaftale til godkendelse i formandskabet for DAK. • Monitoreres af Følgegruppen • Den tidligere arbejdsgruppes søges genetableret , og suppleret med Overlæge Hanne Vestergård, afd. X, OUH. Afklaring omkring status for den gamle arbejdsgruppe under Følgegruppen for Opgaveoverdragelse mhp. Evt. formandsgodkendelse i DAK. (se pkt. 14).
25	**Samarbejdsaftale for respiration**	Aftalen er godkendt i SKU den 25. okt 2016 og blev godkendt af regionsrådet den 28. nov 2016. Det er Følgegruppens opgave at monitorere samarbejdsaftalen. Der er nedsat en ERFA-gruppe på området. Følgegruppen godkendte den 3. dec, at samarbejdsaftalen revideres jf. ny organisering på området. Kommissorium og revideret tidsplan for arbejdet er godkendt af følgegruppen den 14.maj 2019. Revideret blev den 21. nov 2019 godkendt i DAK.	DAK				DAK	2019 --> 2020	• Nedsat ERFA-gruppe arbejder på case-katalog, som skal præsenteres for Følgegruppen • Der skal gives status for arbejdet til DAK ultimo 2020
26	**Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område**	Aftalen godkendt i SKU d. 17. dec 2014. Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF´erne.		REV			REV	2021	• At der primo 2021 tages stilling til, hvorvidt aftalen fortsat er relevant, og om en revision skal iværksættes i 2021.
Adhoc indsatser									
27	**Ny samarbejdsaftale om IV behandling**		NY				NY		• Der nedsættes en arbejdsgruppe, med evt. underarbejdsgrupper der arbejder med forskellige spor (faglig, økonomi mv.) • Der kan indhentes erfaringer fra Region Nord og Midt
28	**Telemedicinsk udskrivningspakke**			NY			NY		
29	**Implementering af MedCom11-meddelelser**		NY				NY		• Opgaven lægges under den Tværsektorielle rådgivende SAM:BO arbejdsgruppe • Kommisorium er udarbejdet
30	**Fald i eget hjem**	Efter aftale med DAK- formandsskabet er der i samarbejde mellem kommunerne i Syddanmark og Region Syddanmark udarbejdet en henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet vedr. borgere, som falder i eget hjem, som ikke er tilskadekomne og skal have hjælp til at blive rejst op. Ministeriet har i forlængelse heraf oplyst, at praksis på dette område skal aftales mellem region og kommuner. Der udarbejdes nu et oplæg til at belyse området nærmere. Oplægget præsenteres for Følgegruppen i oktober 2020							
31	**Implementeringsopskrift vedr. tværsektoriel anvendelse af video**	SKU besluttede den 5/12 2019 efter indstilling fra DAK: At der udarbejdes en implementeringsopskrift vedr. tværsektoriel anvendelse af video til brug i SOF og implementeringsgrupperne samt at opgaven forankres i Følgegruppen for behandling og pleje med støtte i de stående kompetencegrupper for sundhedsteknologi og monitorering. For så vidt angår en fremadrettet monitorering af den tværsektorielle anvendelse af video, skal Følgegruppen for behandling og pleje – med inddragelse af Kompetencegruppen for monitorering – komme med et bud på, hvorledes opgaven kan gribes an.	NY				NY		

31	**Samarbejdsaftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr**	DAK d. 21/11 2019: Følgegruppen anbefaler som led i implementeringen af samarbejdsaftalen, at parterne har en særlig opmærksomhed på håndtering af APV-hjælpereredskaber. Det vurderes, at der fortsat kan opstå uklarheder om, hvornår der er tale om APV-hjælpemidler og hvornår der er tale om hjælpemidler og behandlingsredskaber. Det har ikke været en del af opdraget at se på denne dimension, men Følgegruppen for behandling og pleje indhenter status på området om et år. Endelig anbefales det, at den eksisterende ERFA-gruppe på området fokuserer på en smidig implementering af samarbejdsaftalen samtidig med, at det vil understøtte samarbejdet på tværs for en ofte kompleks målgruppe.	NY				NY		

Farveforklaring

	Igangsætning af opgave
	Planlægning af opgave
	Opgave afventer
	Opgave afsluttet
Rød tekst	Ændringer ift. sundhedsaftale

Retsinformation

Senere ændringer til forskriften

Lovgivning forskriften vedrører

LBK nr 903 af 26/08/2019

Ændrer i/ophæver

BEK nr 1569 af 16/12/2013

Yderligere dokumenter

Alle cirkulærer, vejledninger m.v. til denne bekendtgørelse

Afgørelser truffet i henhold til denne retsforskrift

Beretninger fra ombudsmanden, der anvender denne retsforskrift

BEK nr 679 af 30/05/2018

Sundheds- og Ældreministeriet

Yderligere oplysninger

Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

I medfør af § 204, stk. 5, og § 205, stk. 2 og 4, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 191 af 28. februar 2018, fastsættes:

§ 1. Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg.

Stk. 2. Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Den nærmere sammensætning kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen. Dog skal mindst ét medlem udpeges af Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

Stk. 3. Hvor ikke andet aftales, jf. stk. 2, består sundhedskoordinationsudvalget af

1) 3 medlemmer udpeget af regionsrådet,

2) 5 medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i regionen og

3) 2 medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

Stk. 4. Sundhedskoordinationsudvalget vælger sin formand blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget.

§ 2. Sundhedskoordinationsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden.

Stk. 2. Sundhedskoordinationsudvalget afholder mindst fire møder om året.

Stk. 3. Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiode.

Stk. 4. Sundhedskoordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, bl.a. med henblik på faglig rådgivning af sundhedskoordinationsudvalget.

Stk. 5. Sundhedskoordinationsudvalget skal systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen, jf. bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg, i drøftelserne af emner, der ligger inden for sundhedskoordinationsudvalgets emneområder, jf. § 3.

Stk. 6. Regionen sekretariatsbetjener sundhedskoordinationsudvalget.

§ 3. Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder udkast til den sundhedsaftale, der jf. sundhedslovens § 205, skal indgås mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen. Der udarbejdes én aftale i hver region. Sundhedsaftalen omfatter både somatik og psykiatri. Sundhedskoordinationsudvalget understøtter, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende sundhedsaftalen.

Stk. 2. Sundhedskoordinationsudvalget skal i udkastet til sundhedsaftalen, bl.a. med afsæt i de nationale mål for sundhedsområdet, opstille fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de områder og målgrupper, som sundhedskoordinationsudvalget beslutter at indgå aftale om, og skal løbende følge op på disse.

Stk. 3. Sundhedskoordinationsudvalget drøfter i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner samt koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

§ 4. Sundhedskoordinationsudvalget kan som en del af sundhedsaftalerne indgå samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører, f.eks. i relation til en konkret målgruppe, jf. § 8.

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

§ 6. Regionsrådet indsender sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Indsendelsen af sundhedsaftalen skal ske senest den 1. juli i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen skal inden for 8 uger efter modtagelsen, jf. stk. 1, godkende aftalen eller gøre indsigelse.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsens godkendelse beror på, om sundhedsaftalen følger de anvisninger, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, og som følger af Sundhedsstyrelsens øvrige sundhedsfaglige anbefalinger.

Stk. 4. Kan Sundhedsstyrelsen ikke godkende en sundhedsaftale, tilkendegiver Sundhedsstyrelsen over for aftaleparterne, hvori manglerne består og sætter en frist for udbedring. Det påhviler herefter regionsrådet og kommunalbestyrelserne at ændre aftalen og indsende på ny til Sundhedsstyrelsens godkendelse inden for den af Sundhedsstyrelsen fastsatte tidsfrist, jf. 1. pkt.

§ 7. Sundhedskoordinationsudvalget skal følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I det omfang sundhedsaftalen skal revideres, udarbejder sundhedskoordinationsudvalget et revideret udkast til sundhedsaftalen i overensstemmelse med § 3 og indsender sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen med henblik på godkendelse. Sundhedskoordinationsudvalget skal senest 2 år efter indsendelse af sundhedsaftalen, jf. § 6, udarbejde en midtvejsstatus. Inden sundhedsaftalens udløb skal Sundhedskoordinationsudvalget udarbejde en afsluttende status på aftalens resultater.

Stk. 2. Sundhedskoordinationsudvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

§ 8. Sundhedsstyrelsen udsteder en vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsens godkendelse, jf. § 6, og om rammer for indgåelse af samarbejdsaftaler som led i sundhedsaftalerne, jf. § 4.

§ 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 8. juni 2018, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler ophæves.

Stk. 3. Bekendtgørelsen finder ikke anvendelse på sundhedsaftaler indgået for perioden 2015-2018. For disse aftaler finder reglerne i bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 fortsat anvendelse.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 30. maj 2018

Ellen Trane Nørby

/ Sandra Husted Manata

Om

Retsinformation.dk er indgangen til det fælles statslige retsinformationssystem, der giver adgang til alle gældende love, bekendtgørelser og cirkulærer m.v. Der er også adgang til Folketingets dokumenter og beretninger fra Folketingets Ombudsmand.
På retsinformation.dk anvendes der ikke cookies.

Om Retsinformation | Kontakt | FAQ | Om ELI

Besøg også

Vælg site

Retsinformation

Senere ændringer til forskriften

Lovgivning forskriften vedrører

BEK nr 679 af 30/05/2018

Ændrer i/ophæver

VEJ nr 9449 af 04/06/2018

Yderligere dokumenter

Beretninger fra ombudsmanden, der anvender denne retsforskrift

VEJ nr 9504 af 04/06/2018

Sundheds- og Ældreministeriet

Yderligere oplysninger

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1. Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den 4. juni 2018 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2013.

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

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

Sundhedsaftalen omfatter både det somatiske og psykiatriske område.

1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning

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

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

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

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

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

2. Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er en aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne inden for de områder eller de målgrupper, der indgås aftale om. Udkast til sundhedsaftale udarbejdes af sundhedskoordinationsudvalget (se kapitel 6), mens regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen godkender indholdet af aftalen. Sundhedsaftalen fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på de områder eller for de målgrupper, der indgås aftale om.

2.1 Formål

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

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

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

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

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

2.2 Fastlæggelse af fælles, forpligtende målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2, i sundhedsaftalen opstille fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de områder og/eller målgrupper, som sundhedskoordinationsudvalget beslutter, at udkast til sundhedsaftale skal omfatte.

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

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

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

Sundhedskoordinationsudvalget har ansvar for, at der er sammenhæng mellem de nationale mål for sundhedsvæsenet, de overordnede målsætninger for sundhedsaftalen og konkrete mål, delmål og succeskriterier i udkastet til sundhedsaftale, som skal forelægges regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen.

2.3 Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser

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

Det anbefales, at en differentieret og proaktiv tilgang til det tværsektorielle samarbejde om borgernes forløb før, under og efter sygdom udgør grundlaget for parternes samarbejde om indsatser og målgrupper i regi af sundhedsaftalen. Det betyder, at indsatser tilrettelægges og målrettes

ud fra behov, ressourcer og præferencer hos en given målgruppe på baggrund af fx risikostratificering af den befolkning, som er omfattet af sundhedsaftalen i den pågældende region.

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

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

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

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

2.4 Sundhedsaftalens form

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

2.5 Sundhedsaftalens varighed og gyldighedsperiode

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

Det skal fremgå af aftalen, hvornår den træder i kraft. Ikrafttræden behøver ikke at afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse. Varigheden af sundhedsaftalen er i udgangspunktet fire år fra ikrafttrædelsesdatoen. Sundhedsaftalen er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.

3. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen

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

3.1 Nye modeller for samarbejde

Med henblik på at styrke udviklingen af fælles løsninger, der går på tværs af sektorerne, anbefales det, at parterne i regi af sundhedsaftalen etablerer og afprøver nye modeller for samarbejde om udvalgte målgrupper blandt andet gennem fælles funktioner, hvor der samarbejdes om ledelse og finansiering samt øvrige former for incitamenter, med fortsat klart myndighedsansvar. Der kan også afprøves modeller for offentligt-privat samarbejde i regi af sundhedsaftalen.

3.2 Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning

I det følgende beskrives en ramme for indgåelse af konkrete samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning i sundhedsaftalen, jf. bekendtgørelsens § 3 stk. 4 og § 8. Rammen består af en række delelementer, som fremgår nedenfor, og har til formål at understøtte samarbejdet om indsatser i regi af sundhedsaftalen på tværs af regioner og kommuner.

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

Der tages stilling til følgende delelementer:

Opgaveløsning og opgavefordeling

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

Mål for indsatsen

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

understøtte operationalisering, implementering og opfølgning.

Kapacitet

Parterne drøfter og koordinerer løbende, hvilken kapacitet der er nødvendig for at kunne levere og samarbejde om den pågældende fælles/tværsektorielle indsats, samt om (og eventuelt hvornår) der er behov for opfølgning på kapaciteten, eksempelvis i en opfølgningsplan. Det er fortsat op til den enkelte part at træffe beslutning om egen kapacitet og sikre, at den fornødne kapacitet er til stede til at kunne levere eller samarbejde om den pågældende indsats.

Ansvar for borgerens/patientens forløb, herunder det lægelige behandlingsansvar

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

Adgang til kompetencer og rådgivning

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

Adgang til medicin, udstyr, digital understøttelse og lignende

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

Implementering af og opfølgning på indsatsen

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

Vilkår for ændret opgaveløsning og arbejdsdeling, herunder økonomi

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

3.3 Forløbsprogrammer

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

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

4. Godkendelse af sundhedsaftalen

4.1 Indsendelse af sundhedsaftalen

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

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

Bekendtgørelsens § 6 fastlægger frister for Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalen.

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

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

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

4.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalen forudsætter:

- At der er formuleret overordnede målsætninger for sundhedsaftalen, som viser sammenhæng med de nationale mål for sundhedsvæsenet, og
- At det er dokumenteret, at sundhedsaftalen er udarbejdet med afsæt i det fælles grundlag for samarbejde om målgrupper og indsatser i sundhedsaftalen, jf. vejledningens afsnit 2.3.

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

4.3 Godkendte aftaler

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

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

Hvis sundhedsaftalen skal revideres, udarbejder sundhedskoordinationsudvalget et revideret udkast til sundhedsaftale, jf. bekendtgørelsens § 7. Den reviderede sundhedsaftale sendes til fornyet godkendelse i Sundhedsstyrelsen, og der gives mulighed for at indsende den reviderede aftale med en senere frist. Sundhedsstyrelsens procedure for fornyet godkendelse er som beskrevet i afsnit 4.2.

4.4 Ikke godkendte aftaler

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

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

4.5 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider. Herudover offentliggør regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen den midtvejsstatus og slutstatus, der indsendes til Sundhedsstyrelsen, jf. kapitel 5.

Parterne skal derudover aftale yderligere formidling af aftalen, således at ledere, medarbejdere, borgere og relevante aktører nemt og hurtigt kan få kendskab til den. Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendte sundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside. Midtvejsstatus og slutstatus, som sundhedskoordinationsudvalget indsender til Sundhedsstyrelsen, jf. kapitel 5, offentliggøres desuden på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

4.6 Rådgivning

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

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

5. Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus

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

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

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

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

Det anbefales endvidere, at sundhedskoordinationsudvalget deler resultaterne fra slutstatus med de øvrige sundhedskoordinationsudvalg.

6. Sundhedskoordinationsudvalg

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

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

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

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

Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. sundhedslovens § 204, stk. 3, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget kan blandt andet understøtte, at patient- og borgerperspektivet inddrages i forbindelse med sundhedskoordinationsudvalgets udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale samt implementering af og opfølgning på aftalen. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og/ pårørendeorganisationer.

Endvidere bør sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis, se nærmere herom i afsnit 6.6 og kapitel 7.

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

6.1 Udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale

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

6.2 Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. bekendtgørelsens § 7, stk. 1, 1. pkt., følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at der i kommunernes og regionernes økonomiaftaler, andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav, som influerer på sundhedsaftalen, og som skal indarbejdes i en revideret aftale.

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

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

6.3 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

Sundhedskoordinationsudvalget er, jf. bekendtgørelsens § 7, høringspart i forhold til kommentering af udkast til regionens sundhedsplan,

herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

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

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

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

6.4 Drøftelse af øvrige relevante emner

Sundhedskoordinationsudvalget drøfter, jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3, i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

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

6.5 Videndeling mellem sundhedskoordinationsudvalg

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

Det anbefales endvidere, at sundhedskoordinationsudvalget deler erfaringer og viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne med de øvrige sundhedskoordinationsudvalg, jf. kapitel 5 om opfølgning og slutstatus.

6.6 Koordination med praksisplanudvalget

Som tidligere nævnt skal sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis. Herunder bør der ske en tæt koordination mellem sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget i forbindelse med udarbejdelse og implementering af sundhedsaftalen med henblik på at understøtte, at aftalte indsatser i henholdsvis sundhedsaftale og praksisplan ses i sammenhæng med og understøtter hinanden. Herudover skal koordinationen med praksisplanudvalget understøtte, at sundhedsaftalen i relevant omfang beskriver samarbejde mellem almen praksis og henholdsvis kommuner og det øvrige regionale sundhedsvæsen om indsatser og målgrupper.

Sundhedskoordinationsudvalget bør desuden løbende holde praksisplanudvalget orienteret om status på implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen.

For yderligere at understøtte koordinationen kan det være hensigtsmæssigt, at der er et vist sammenfald mellem repræsentanterne i sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget.

7. Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

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

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

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

Der er – for så vidt angår almen praksis' rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen – en tæt sammenhæng med praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og

almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

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

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

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

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

7.1 Aktører

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

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

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

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

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

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

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

8. Ophævelse af tidligere vejledning

Vejledning nr. 9449 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler af 4. juni 2018 ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 4. juni 2018

Janet Marie Samuel

/ Kirsten Hansen

Om

Retsinformation.dk er indgangen til det fælles statslige retsinformationssystem, der giver adgang til alle gældende love, bekendtgørelser og cirkulærer m.v. Der er også adgang til Folketingets dokumenter og beretninger fra Folketingets Ombudsmand.
På retsinformation.dk anvendes der ikke cookies.

Om Retsinformation | Kontakt | FAQ | Om ELI

Besøg også

Vælg site

National model for systematisk test af kommunalt plejepersonale på plejehjem og i hjemmeplejen

03-09-2020

Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner har den 30. juni 2020 indgået en aftale om test af personale på plejehjem og i hjemmeplejen.

Af aftalen fremgår det, at i kommuner med 20 eller derover nye smittede per 100.000 indbyggere den seneste uge – de røde kommuner - skal personalet testes minimum én gang inden for to uger. I kommuner med under 20 nye smittede den seneste uge – de grønne kommuner- skal personalet testes systematisk hver 6. uge.

Incidensen pr. kommune m.h.p. vurdering af rød eller grøn kategori opgøres dagligt på Covid-19-Dashboard https://experience.arcgis.com/experience/aa41b29149f24e20a4007a0c4e13db1d. Her kan kommunerne følge udviklingen.

- ”Rød”: Kommuner med 20 eller derover nye smittede pr. 100.000 indbyggere den seneste uge.
- ”Grøn”: Kommuner med under 20 nye smittede pr. 100.000 indbyggere den seneste uge.

Incidensen på kommuneniveau indgår i den generelle risikovurdering, som Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) foretager, så snart en kommune bliver ”rød”.

Kommunen og regionen kontaktes af STPS samme dag, som incidensen er over 20 nye smittede den seneste uge, og kommunen følges tæt, indtil incidensen er normaliseret. STPS drøfter ved den første henvendelse med kommunen, om der er særlige forhold i den enkelte kommune, der tilsiger en bestemt tilgang til den regelmæssige testning. Eksempler på dette kan være:

- prioritering af testningen efter risiko inden for en kommune.
- at man ved små, kontrollerede smitteforekomster i mindre kommuner, f.eks. hvor der er få smittede på få enkelte adresser, kan suspendere skift til rød kategori eller afgrænse til personale i geografisk nærhed på udbruddet.
- at man i større kommuner med lokalt koncentreret smitte kan afgrænse den hyppige testning til nærmere områder med smittespredning.

Hvis en kommune skifter til rød kategori, er der behov for tæt dialog mellem de operationelle led i kommuner og regioner. I tilfælde af væsentligt pres på den samlede testkapacitet, afklares prioritering af den regelmæssige testning i dialog mellem kommune og region med STPS som rådgiver. Det kan evt. understøttes af drøftelser i de lokale beredskabsstabe (LBS). Kommunerne kan løbende rådføre sig med STPS.

Skift fra rød tilbage til grøn kategori sker, når smittespredningen er under kontrol i den pågældende kommune. STPS vurderer minimum en gang om ugen sammen med kommunen, hvornår det er relevant, at skiftet sker.

Risikobillederne drøftes desuden ugentligt i et koordinationsforum kaldet "signalgruppen" i regi af Statens Serum Institut (SSI) med deltagelse af bl.a. SSI´s forskellige afdelinger, Sundhedsstyrelsen og STPS. Forslag og viden herfra indgår i drøftelserne mellem kommune og STPS.

Kommunerne kan følge smittespredningen ved de daglige opdateringer på SSI's hjemmeside og rådføre sig løbende med STPS. Skift mellem rød og grøn kategori sker dog fast med kontakt fra STPS til berørte kommuner og den tilhørende region hver onsdag. Skift fra grøn til rød kommune fører ikke automatisk til, at man overgår fra testning hver sjette uge til test hver anden uge, jf. eksempler på de særlige forhold ovenfor.

I henhold til aftalen foretages tests for covid-19 som udgangspunkt på arbejdspladsen og i forbindelse med arbejdstiden af hensyn til, at driften skal kunne køre og for at sikre den bedst mulige test-dækning. Medarbejdere fra regionen vil oplære udvalgte kommunale medarbejdere i podning, således de kan oplære yderligere kommunalt personale. Antallet af oplærte medarbejdere aftales med regionen. De oplærte medarbejdere foretager podning af øvrige medarbejdere. Kommunen orienterer regionen om antallet af medarbejdere, der skal oplæres i podning og stiller lokaler til rådighed for oplæring efter behov.

Ift. private og selvejende plejehjem præciseres, at disse er en del af tilbuddet om regelmæssig testning af plejepersonale. Selvejende og private plejehjem kan således på lige fod med de kommunale institutioner indgå aftale med regionerne om testset-up, herunder om oplæring af egne medarbejdere fra det private/selvejende plejehjem i podning. Hvordan de private og selvejende plejehjem indgår i det samlede tilbud, herunder regionens samlede logistikplan på tværs af kommuner, oplæring i regionen, udstyr fra regionen/Testcenter Danmark mv. aftales lokalt. Det vil være naturligt, at private og selvejende plejehjem samt regioner og kommuner går i lokal dialog om, hvordan indsatserne kan koordineres og tilrettelægges bedst muligt.

Neden for følger en nærmere beskrivelse af den nationale model, som parterne er enige om. I den praktiske planlægning af testningen er det muligt at afvige modellen, hvis man lokalt er enige om det.

Planlægningsgrundlag

Kommunerne skal i samarbejde med egen region lave en afdækning af:

- Forventet testomfang
- Forventet uddannelsesomfang af personale
- Testdage og testrul (alt efter forventet testomfang). Regionen aftaler testdage i samarbejde med kommunerne. Af hensyn til at logistikken omkring aflevering og afhentning af testkits samt analysekapaciteten ikke overbelastes.
- Lokationer for afleverings- og opsamlingssteder. I henhold til aftalen sørger regionerne eller Testcenter Danmark for indsamling af prøver på den enkelte pleje-

hjem/hjemmeplejedistrikter. Der kan lokalt laves andre aftaler om logistikken for afhentning mellem kommune og region.

Forventet testomfang

Målgruppen for systematisk test hver 6. uge vil være kommunalt personale, der arbejder med sårbare borgere i hjemmeplejen og på plejecentre – herunder hjemmesygeplejen. Kommunerne bedes estimere antal medarbejdere i målgruppen og melde dette til regionen.

Aftalen omhandler test af medarbejdere på plejehjem og hjemmepleje i kommunerne, som har direkte kontakt med sårbare borgere.

"Hjemmeplejen" omfatter medarbejdere, der yder praktisk hjælp, personlig pleje eller sygepleje.

Private leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje er også omfattet via den kommune, opgaverne udføres for. Såfremt store leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje kan organisere det på en mere hensigtsmæssig måde ved at teste selv, kan der indgås aftale med kommune(r) samt regionen eller Testcenter Danmark herom (aftalepart vil afhænge af det endelige test-set-up, jf. neden for).

Selvejende og private plejehjem er også omfattet af dette set-up og kan på lige fod med de kommunale institutioner indgå aftale med regionerne om testset-up.

Uddannelse af personale

Regionen forestår undervisning af udvalgte kommunale medarbejdere. Undervisningskoncept tilrettelægges af regionen og afvikling vil blive planlagt i samarbejde med kommunen. Det vil være understøttet af e-læringsmateriale. Regionen foretager én oplæringsrunde af de udpegede medarbejdere. De oplærte kommunale medarbejdere oplærer øvrigt kommunalt personale efter behov i kommunen.

Kommunen:

- Koordinerer afvikling af undervisning sammen med regionen
- Udpeger et antal medarbejdere, der skal oplæres i at varetage test af personalet og betjene WebReq og registrering af tests, samt oplære øvrigt kommunalt personale
- Finder egnet lokation(er) til undervisningen, medmindre at det aftales, at det kan foregå i Testcenter Danmarks telte eller regionen har planlagt andet.

Regionen:

- Udpeger undervisningsteams
- Oplærer udvalgte kommunale medarbejdere

Antal testdage i den enkelte kommune

Planlægges i rul af de enkelte kommuner i samarbejde med regionen ud fra antal personale ansat i ældreplejen. Rul/testdage fordeles ud over den 6 ugers periode. Så-

fremt medarbejderen ikke har mulighed for at deltage i test udført på arbejdspladsen, har medarbejderen mulighed for at blive testet i et Testcenter Danmark. Der er ikke krav om, at medarbejderen skal lade sig teste. Der skal i planlægningen tages hensyn til lokale forhold som for eksempel geografi, transport, arbejdstid m.m. Test skal tilrettelægges, så der kan testes i alle tre vagtlag.

Lokationer

Kommunen planlægger, hvilket lokale testen foretages i.

Alt efter hvor mange der skal testes, hvor, vil der være forskellige fordringer til rummets størrelse og til hensigtsmæssig bestykning (borde, skraldespande etc.). Kommunen kan indhente råd hos regionen vedrørende indretning af test-steder. Skrald bortskaffes på sædvanlig vis.

Planlægning af testdage

Kommunen:

- Udarbejder en plan/et rul for testdagene på alle plejecentrene og hjemmeplejedistrikter. Dette koordineres med regionen ift. tidsplan. I planen indgår:
  - Hvem
  - Hvor
  - Hvornår

Kommunen udarbejder en plan for, hvornår hvilke medarbejdere skal komme til test, således der ikke bliver unødig ventetid. På hvert test-sted skal der foreligge et dokument med navne på de personer, der har udført podningerne, dato og lokation. Der kan være en eventuel kommunal nøgleperson til stede til registrering af test.

Regionen:

- afhenter prøver fra de enkelte plejehjem/hjemmeplejedistrikter.

Test-kits, scanning og registrering

Den systematiske test af kommunalt plejepersonale it-understøttes af det allerede etablerede it-system WebReq. Kommunerne skal installere dette på PC'er, og opsætte arbejdsstationer på de kommunale testlokationer. Installationen foregår via et tilsendt link og kan installeres på alle PC'ere. Se bilag 1 for yderligere forklaring angående it-setup.

Der kan evt. arrangeres møder mellem regionens it og kommunale it-repræsentanter om hvordan, og hvad der skal til, for at WebReq kan installeres på PC'erne på testlokationerne i kommunerne.

Derudover skal kommunen ansøge om et fiktivt ydernummer, og oprette kommunale brugere, der kan udføre testopgaven og betjene it-systemet. **Det anbefales, at der kun gives adgang til så få som muligt**

Der er etableret automatiseret rekvisition og genrekvisition af test i regi af TCDK, så det er ikke nødvendigt at oprette særskilte rekvisitioner for de kommunale medarbejdere, der skal testes.

1 arbejdsstation kræver følgende udstyr:

- 1 PC (stationær eller bærbar)
- 1 tastatur
- 1 mus
- 1 musemåtte
- 1 4G router eller anden netværkskabling
- Sikker opkobling til Sundhedsdatanettet

Obs på strøm, forlængerledninger, netværkskabler og antal USB-porte i PC'en til ekstern tastatur, mus og scanner.

Kommunen:

- Anskaffer og opsætter arbejdsstationer lokalt
- Anmoder regionen om fiktivt ydernummer
- Opretter brugere i egne systemer (digital medarbejdersignatur)
- Opretter brugere i WebReq
- Udvælger evt. nøglepersoner blandt testpersonalet, der skal registrere tests
- Sikrer de nødvendige værnemidler til de kommunale medarbejdere. Der henvises til Statens Seruminstituts vejledninger for brug af værnemidler: https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-covid-19.

Regionen:

- Koordinerer ydernumre med kommunen og WebReq leverandøren
- Leverer test-kits med glas, podepinde, spritwraps og det udstyr der i øvrigt skal benyttes til selve testen. Dette leverer regionen ved afhentning af prøver.
- Bistår kommunerne med information om installation og opsætning af WebReq

Kommunen og regionen:

- Aftaler hvorledes der kan sikres 1 USB-scanner til hver arbejdsstation. Scanneren skal kunne håndtere stregkode på sundhedskort og QR-koder på SSI prøvetagningsrør. Som udgangspunkt hører scanneren med til det udstyr, som regionen leverer. Imidlertid har det vist sig, at der er lang leveringstid på scannere. Såfremt der er mangel på scannere bidrager kommunerne, såfremt de har egnede scannere, fx til brug for valghandlinger.

Håndtering af test

Regionen forestår afhentning af prøver på de enkelte plejehjem/hjemmeplejedistrikter i kommunerne.

Test opbevares i henhold til Testcenter Danmarks retningslinjer.

Opfølgning på test

Medarbejderen tjekker selv sit testsvar på www.sundhed.dk.

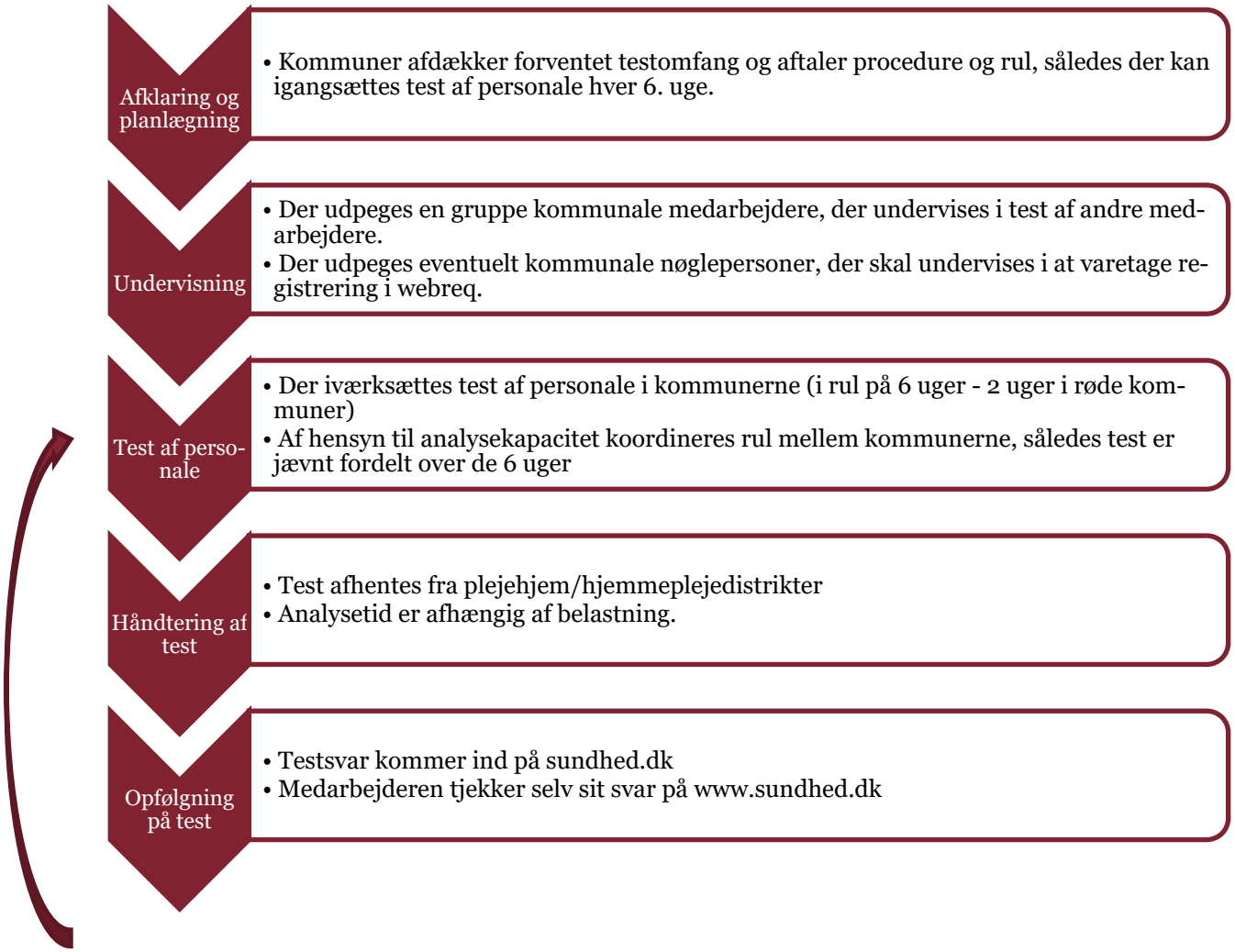
Hvis en medarbejder testes positiv, ringer STPS til den smittede og anmoder om samtykke til at videregive oplysninger til nære kontakter, herunder til arbejdsplads (dvs. plejehjem eller hjemmeplejen) om, at vedkommende er smittet med henblik på smitteopsporing.

Ledelsesinformation: Statens Serum Institut offentliggør ugentligt brancheforde lte opgørelser over COVID-19-testede og -positive. Se under ”Brancheforde lte opgørelser over COVID-19-testede og -positive” og dernæst ”COVID-19 og ansatte inden for social- og sundhedsvæsenet” her: https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/c/covid19-overvaagning

Økonomi

Kommunernes og regionernes udgifter forbundet med den systematiske test af personale på plejehjem og i hjemmeplejen kompenseres via bloktilskuddet.

FLOW

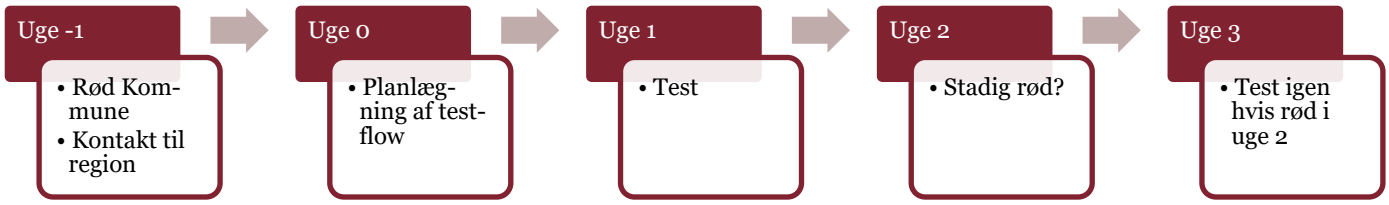


Flow gentages i et rul på 6 uger (2 uger ved røde kommuner), således der er systematisk testtilbud til medarbejderne hver 6. uge.

I visse kommuner kan der i perioder være behov for at øge testtilbuds intensitet, såfremt der er særlige forhold, der taler herfor.

Forløb ved røde kommuner

Såfremt en kommune fortsat er rød i ugen efter første test, skal der tilbydes test igen efter to uger. Det vil sige:
Ugen, hvor der testes første gang, er uge 1. Såfremt kommunen (for)bliver rød i uge 2, skal der tilbydes test igen i uge 3.


Uge -1
• Rød Kommune
• Kontakt til region
Uge 0
• Planlægning af test-flow
Uge 1
• Test
Uge 2
• Stadig rød?
Uge 3
• Test igen hvis rød i uge 2

Implementeringsplan Praksisplan for almen praksis 2020- 2023

Læsevejledning: Forberedelse | Igangsættelse | **X** - PPUs prioritering af indsatsområdet

Indsatsområder / tidsplan		2020		2021		2022		2023	
		1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår
9.9	**Tilgængelighed**								
9.9.1	*Undersøgelse af tilgængelighed i almen praksis*						?	?	
9.9.3	*Fastholdelse af ældre læger i praksis*								
9.7	**Mennesker med psykisk sygdom**		**X**						
9.7.1	*Inddragelse af patient og pårørende i tilrettelæggelsen af behandlingen*								
9.7.2	*Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler*								
9.7.3	*Lokalaftale om somatisk helbredsundersøgelse*								
9.7.4	*Specialistrådgivning fra psykiatrien, herunder medicinrådgivning*								
9.7.5	*Udbredelse af muligheden for akut udredning for mennesker med en psykisk lidelse §66*								
9.3	**Børn og unge i mental mistrivsel**			**X**					
9.3.1	*Fokus på tidlige tegn på mistrivsel og familier i krise*								
9.3.2	*Lokalaftale om Socialmedicinske hjemmebesøg samt Lokalaftale om Samtaleterapi og krisesamtale*								
9.3.3	*Tættere samarbejde med kommunernes børne- og ungeområde*								
9.3.4	*Tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien*								
9.3.5	*Særlig indsats til forebyggelse og behandling af dårlig mental trivsel for teenagere*								
9.3.6	*Samarbejde med og henvisning til kommunale tilbud*								
9.3.7	*Udvikling af e-kommunikation*								

Indsatsområder / tidsplan		2020		2021		2022		2023	
		1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår
9.8	**Borgere på kanten af arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet**				X				
9.8.1	*Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler*								
9.8.2	*Fokus på anvendelsen af sygemeldinger*								
9.8.3	*Understøttende e-kommunikation*								
9.5	**Ældre medicinske patienter**					X			
9.5.1	*Implementering af lokalaftaler om hjemmebesøg*								
9.5.2	*Styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunal akutsygepleje*								
9.5.3	*Styrket samarbejde mellem kommunal akutsygepleje og vagtlæge*								
9.5.4	*Den trygge overgang mellem sygehus og almen praksis*								
9.5.5	*Udbredelse af telemedicinske løsninger til understøttelse af behandling*								
9.4	**Mennesker med kroniske lidelser**						X		
9.4.1	*Systematisk indsats for patienter med kroniske sygdomme*								
9.4.2	*Styrket samarbejde mellem AP og kommunal akutsygepleje*								
9.4.3	*Den trygge overgang fra sygehus til almen praksis*								
9.4.4	*Implementering af lokalaftale om forebyggelse af akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser*								
9.4.5	*Telemedicinske løsninger til understøttelse af patienternes egenomsorg*								

Indsatsområder / tidsplan		2020		2021		2022		2023	
		1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår
9.1	**Rygning**							X	
9.1.1	*Fokus på rygestop i almen praksis*								
9.1.2	*Henvisning til kommunale rygestop-tilbud*								
9.1.3	*Systematisk tilgang til forebyggelse af ryge-debut*								
9.2	**Overvægt**								X
9.2.1	*Tidlig opsporing af overvægt hos børn, unge og voksne*								
9.2.2	*Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud*								
9.2.3	*Samarbejde og kommunikation med sundhedsplejen(systematisk)*								
OBS - ikke tidsmæssigt prioriteret i PPU									
9.6	**Samarbejde om sikker medicinering**								
9.6.1	*Sikre patientforløb og sektorovergange: almen praksis - sygehus*								
9.6.2	*Samarbejde om brugen af FMK*								
9.9	**Tilgængelighed**								
9.9.2	*Rekruttering til- og uddannelseslæger i almen praksis*								

17-09-2020 Sundhedsstrategisk Forum

Praksisplan for almen praksis 2020 -2023

Disposition

- Hvad er det særlige ved almen praksis?
- Status for implementering af Praksisplanen
- Koordination og samordning
  - med Sundhedsaftalen
  - og i almen praksis
- Opfordring

Hvad er det særlige ved almen praksis?

- Selvstændige erhvervsdrivende uden ledelsessystem
  - PLO er interesseorganisation – uden ledelsesbeføjelse
  - Regionen er aftalepart – uden ledelsesbeføjelse

- Overenskomst og lokalaftaler er ”købskontrakt” for ydelser i almen praksis
- Sundhedsaftale og praksisplan sætter rammen for indsatsen i almen praksis

Region Syddanmark

Praksisplan for almen praksis 2020 -2023

Hovedmelodi:

- Mest til dem med størst behov
- Samarbejdet mellem kommune og almen praksis i fokus
- Sikker overgang mellem sygehus og almen praksis
- Fælles fokus på sikker medicinering

Tilgang i almen praksis:

- Populationsansvar i almen praksis
- Systematisk kronikeromsorg
- Forebyggelse – henvisning til kommunale tilbud
- Samarbejde med kommunal hjemmesygepleje og akutsygepleje
- Anvende nye lokalaftaler: særlige hjemmebesøg og krisesamtaler

Status for implementering af Praksisplanen

- Politisk vedtaget tidsplan (let forsinket):

År		Indsatsområde
2020	1.halvår	(Forberedelse)
	2.halvår	Psykisk syge + Tilgængelighed
2021	1.halvår	Børn og unges mentale trivsel
	2.halvår	Fastholdelse på arbejdsmarked og uddannelse
2022	1.halvår	Den ældre medicinske patient/samarbejde med akutsygeplejen
	2.halvår	Kronisk syge
2023	1.halvår	Rygning
	2.halvår	Overvægt

- Implementeringsredskaber:
  - Kvalitetsorganisationen, Efteruddannelse, Klynger
  - Informationsmateriale
  - Lokal dialog
  - Nye aftaler med PLO Syd

Region Syddanmark

Koordination og samordning

-med sundhedsaftalen:

- Samme retning (vision og temaer/indsatsområder)
- Overlap i sekretariat for koordination

-om indsatsen i almen praksis:

-revitalisere Styregruppe for implementering af OK



Region Syddanmark

Koordination og samordning i almen praksis

Stor udfordring – intet svar

- Sætte krav om temaer der skal arbejdes med (praksisplan)
- Lave rammer og udgangspunkt for arbejdet i AP:
  - Lokalaftaler
  - SydKIP
    - Organisationsudvikling
    - Efteruddannelsestilbud
    - Konsulenthjælp
- Tyrkisk musik
    - Opmærksomhed og fokus



Opfordring til kommunerne

Udfordr almen praksis på den fælles opgave – implementeringen sker i det daglige arbejde:

- Ældre medicinske patienter
- Kronikere
- Forebyggelse
- Samarbejde og koordination (også virtuelt)

-Rammen er der (sandsynligvis)

KONCEPTET

LEV LIVET MED TYPE 2-DIABETES

Region Syddanmark
Steno Diabetes Center Odense

LEV LIVET MED TYPE 2-DIABETES

Udarbejdet af:
Steno Diabetes Center Odense i tæt samarbejde med Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen Kommune.

Udgiver:
Steno Diabetes Center Odense

Tryk:
Clausen Grafisk
Odense, december 2019

Materialer fra konceptet kan downloades på
www.ouh.dk/wm510158

Ved spørgsmål til konceptet
Steno Diabetes center Odense
Mail: ouh.sdco@rsyd.dk

INDHOLD

FORORD **4**

KONCEPTETS ORGANISERING **5**

SAMARBEJDET MELLEM STENO DIABETES CENTER ODENSE OG DE 5 KOMMUNER 5

PROJEKT: LEV LIVET - DIN HVERDAG MED TYPE 2-DIABETES 5

KOMPETENCEUDVIKLING 6

EVALUERING AF KONCEPTET 6

SUNDHEDSPÆDAGOGISK TILGANG **7**

DE 5 SUNDHEDSPÆDAGOGISKE PRINCIPPER 7

DET DOBBELTE KRAM 8

LEV LIVET MED TYPE 2-DIABETES **9**

KONCEPTETS OPBYGNING 9

DEN AFKLARENDE SAMTALE 10

DET GRUPPEBASEREDE FORLØB 11

DET DIGITALE FORLØB 13

DET INDIVIDUELLE FORLØB 14

REFERENCELISTE **16**

MATERIALER BRUGT I KONCEPTET 16

VIDENSKABELIGE BAGGRUNDSARTIKLER 17

NOTER **18**

FORORD

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Konceptet "Lev livet med type 2-diabetes" er et bud på, hvordan kommunerne kan tilrettelægge deres tilbud om sygdomsmestring til borgere med type 2-diabetes.

Konceptet er udviklet i tæt og konstruktivt projektsamarbejde mellem Steno Diabetes Center Odense (SDCO) og Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen Kommune. SDCO og de fem kommuner etablerede samarbejdet af flere grunde. For det første deler SDCO og kommunerne en ambition om at hjælpe mennesker med type 2-diabetes til at få det bedste liv med diabetes. Et liv, hvor sygdommen ikke fylder meget i hverdagen, hvor livskvaliteten er høj, og hvor komplikationer af sygdommen holdes på afstand. For det andet ønskede vi at samle vore kræfter og kompetencer, så kommunernes faglighed og forståelse for borgernes hverdagsliv blev koblet med SDCO som fagligt kraftcenter for udvikling af diabetesområdet i Region Syddanmark.

Det er vores mål, at vi med dette koncept kan bidrage til at skabe et mere ensartet tilbud på tværs af kommunegrænser til borgere med type 2-diabetes. Et ensartet tilbud vil være til stor gavn for kommunernes samarbejdspartnere i almen praksis og på sygehusene, så de over tid får et styrket kendskab til, hvad kommunerne kan tilbyde deres borgere. Ensartethed på tværs af kommunegrænser giver desuden mulighed for at styrke evalueringen af tilbuddet og den databaserede udvikling af tilbuddets kvalitet. Vi tror således på, at ensartethed er en vigtig forudsætning for, at flere mennesker med type 2-diabetes deltager i kommunernes tilbud, og at deres udbytte af tilbuddet bliver større.

Vi har tilstræbt at finde den rette balance mellem at lave et fælles koncept, som ensretter det kommunale tilbud, og som samtidig giver plads til, at de sundhedsprofessionelle undervisere i kommunerne kan udfolde deres faglighed og erfaring.

Det er desuden vores intention, at konceptet finder anvendelse for mennesker med andre sygdomme end type 2-diabetes. Vi har tilrettelagt tilbuddet med en første del, der går på tværs af diagnoser, og en anden del, der er målrettet mennesker med type 2-diabetes. Den diagnosespecifikke del vil nemt kunne bruges som ramme til at udvikle et lignende tilbud til mennesker med fx hjertesygdom eller KOL.

Vi håber, at konceptet bliver taget vel imod og kan være til inspiration for andre kommuner i Region Syddanmark og i resten af landet.

Med venlig hilsen,

formandskabet for styregruppen bag projektet

Arne Gårn

Programleder for tværsektorielt samarbejde
Steno Diabetes Center Odense
Odense Universitetshospital

Irene Ravn Rossavik

Sundhedschef
Sundhed og Omsorg
Esbjerg Kommune

KONCEPTETS ORGANISERING

SAMARBEJDET MELLEM STENO DIABETES CENTER ODENSE OG DE 5 KOMMUNER

På et møde i det lokale samordningsforum (SOF) v. Sydvestjysk sygehus (SVS) i juni 2018 præsenterede programleder Arne Gårn det nyetablerede Steno Diabetes Center i Odense (SDCO) og de strategisk prioriterede indsatsområder for det tværsektorielle spor, herunder gruppebaseret patientuddannelse.

På mødet var der en umiddelbar interessetilkendegivelse blandt de kommunale mødedeltagere i at deltage i udvikling, afprøvning og evaluering af et fælles diabetesrehabiliterings-koncept på tværs af de fem kommuner: Varde, Esbjerg, Billund, Vejen og Fanø.

Mødet i SOF blev fulgt op af et møde mellem de kommunale repræsentanter, SVS og SDCO den 13. september 2018, hvor det blev besluttet, at gå videre med samarbejdet om et fælles tværkommunalt patientuddannelseskoncept. Den 31. oktober 2018 blev samarbejdsaftale og kommissorier for styregruppe og projektgruppe godkendt, og arbejdet med at definere og beskrive projektets indhold kunne gå i gang.

Deltagerkommunerne har helt fra starten af samarbejdet udtrykt en ambition om, at de kommunale tilbud skal være mere ensrettede på tværs af kommunerne, og i styregruppen har det været et udtrykt ønske, at der i det nye fælles koncept skal være fokus på den sundhedspædagogiske tilgang. SDCO ser ligeledes et potentiale i at ensrette, afprøve og evaluere diabetesrehabiliterings-tilbuddene på tværs af flere kommuner således at borgere med diabetes modtager et ensartet tilbud, uanset hvilken kommune borgerne tilhører.

De fem deltagerkommuner (Varde, Billund, Vejen, Esbjerg og Fanø) har tilsammen 238.862 indbyggere (4. kvartal 2018, Dansk Statistikbank), og det samlede antal borgerne med type2-diabetes er jf. opgørelserne fra Sundhedsprofilen 2018 ca. 11.000.

Deltagerkommunerne adskiller sig fra hinanden på flere områder; Der er stor forskel på kommunernes størrelse og indbyggertal, der er både fastlandskommuner og en enkelt ø-kommune, der er kommuner med meget og mindre erfaring med patientuddannelsesforløb, en enkelt kommune har gjort brug af det digitale tilbud, der er forskel på hvor højt diabetesrehabiliteringen er prioriteret og hvor mange ressourcer, der afsættes, der er forskel på den politiske velvilje, og der er forskellige erfaringer med rekruttering af borgere til de kommunale tilbud. En afprøvning af et fælles koncept på tværs af disse forskelle vil understøtte at konceptet efterfølgende kan anbefales som et godt bud på et diabetesrehabiliteringstilbud, som kan implementeres i de andre kommuner i Region Syddanmark.

PROJEKT: LEV LIVET – DIN HVERDAG MED TYPE 2-DIABETES

En styregruppe med kommunale ledere fra de 5 kommuner og repræsentation fra SDCO blev nedsat og rammerne for projekt "Lev livet – din hverdag med type 2-diabetes" sat. SDCO varetager i projektperioden projektledelsen. Gennem projekt- og materialegrupperne, har kommunernes sundhedsprofessionelle været fagligt bredt repræsenteret (sundhedskonsulenter, diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker).

Idéen med projektet er at skabe et fælles patientuddannelsesforløb på baggrund af allerede eksisterende og validerede materialer fra bl.a. Stenos værktøjskasser (se referencelisten) og praksiserfaring fra de involverede kommuner. Kommuner uden for projektet, har også budt ind med erfaringer undervejs i udviklingsperioden. Ud fra erfaringer og ønsker om nye øvelser, er der til dette koncept udviklet nye materialer til enkelte temaer i konceptet.

Pilotperioden for nærværende koncept er hele 2020, hvorfor der må forventes at komme tilretninger af konceptet og det tilhørende materiale undervejs.

Projektet har resulteret i konceptet: Lev livet med type 2-diabetes. Konceptet indeholder 3 forløb; et gruppebaseret, et individuelt og et digitalt forløb (for yderligere information gå til beskrivelsen af disse).

KOMPETENCEUDVIKLING

I januar 2020 tilrettelægges i samarbejde med de sundhedsprofessionelle fra kommunerne et kompetenceudviklingsforløb fordelt på 3 dage. Heri indgår hovedsageligt tværfaglig fælles undervisning og desuden fagopdelt opkvalificering for sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister. Disse faggrupper er som nævnt de primære undervisere i konceptet hos kommunerne. Indholdet i den opkvalificerende undervisning, tager udgangspunkt i deltagernes egne ønsker og er derudover koblet til konceptets indhold. Dette er med henblik på at klæde de sundhedsprofessionelle i kommunerne på til at udvikle egne faglige og sundhedspædagogiske handlekompetencer til brug i konceptet. Der vil endvidere på dagene foregå decideret undervisning af konceptets materialer og indhold fra det gruppebaserede forløb.

Det psykosociale aspekt, den sundhedspædagogiske tilgang og den biomedicinske undervisning koordineres og kobles med det samlede koncept på kompetenceudviklingsdagene.

Undervisningsmaterialet fra Det Digitale Sundhedscenter, som er konceptets digitale forløb, gennemgås af en IT-projektleder, fra Digital Innovation. Deltagerne bliver undervist i såvel den praktiske del i forhold til at give borgere adgang til systemet samt i den indholdsmæssige del i Det Digitale Sundhedscenter.

Sideløbende med kompetenceudviklingsforløbet udleveres konceptets materialer til kommunerne. Dette er med til at give en hands-on tilgang, hvor de sundhedsprofessionelle får mulighed for at få praktisk erfaring med materialerne samtidig med at de modtager undervisning i brugen heraf. De sundhedsprofessionelle får alle udleveret et personligt eksemplar af konceptbeskrivelsen, hvor det også er muligt at tage noter undervejs under kompetenceudviklingen samt i den øvrige projektperiode.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) deltager med 2 medarbejdere, som gennemgår evalueringsprocessen i projektperioden. SIF uddeler en tjekliste til de sundhedsprofessionelles hvor opgaverne vedr. evalueringen i kommunerne er klar og tydelig.

I projektperioden vil SDCO stå for efterfølgende at afholde supervision hos kommunerne med henblik på at kunne give feedback på undervisning i konceptet. Ydermere afholder SDCO en dag i maj 2020, som vil bære præg af erfaringsudveksling og kompetenceudvikling mellem de sundhedsprofessionelle i kommunerne.

EVALUERING AF KONCEPTET

Statens institut for Folkesund står for at evaluere konceptet og evalueringsperioden varer i år 2020.

Evalueringen skal bidrage med viden om følgende fire evalueringstemaer:

1. **Dimensionering og rekruttering:** Der afdækkes, hvor mange borgere med type2-diabetes der visiteres til det kommunale diabetes-rehabiliteringstilbud, hvordan borgerne fordeler sig på de tre tilbud, hvorfor de visiteres til et af de tre tilbud og i forlængelse heraf, undersøges hvordan borgerne er blevet rekrutteret til de tre kommunale tilbud og hvilken betydning rekrutteringen har haft for borgerens oplevelse. Karakteristika på borgerne der visiteres til tilbuddene kortlægges ift.– antal borger i alt/per kommune, alder, køn, patientgruppe, diagnosetidspunkt mm. Desuden undersøger evalueringen frafald og fravær på tilbuddene.
2. **Borgeroplevet kvalitet:** Der indsamles viden om, hvordan borgerne oplever og vurderer de tre tilbud, samt borgerens oplevede udbytte og selvrapporteret effekt.
3. **Implementering:** Der undersøges om de kommunale sundhedsprofessionelle føler sig kompetente til at varetage patientuddannelsen samt hvilken opfattelse de har af det udviklede koncept herunder implementering, kvalitet, tid, fleksibilitet mm.
4. **Organisatoriske rammer:** Der indsamles viden om, hvilke organisatoriske rammer der hhv. hæmmer og fremmer de kommunale sundhedsprofessionelles arbejde med patientuddannelsen i praksis. Endvidere indsamles der information om ressourceforbruget i hver kommune pr. borger som gennemfører forløbet.

SUNDHEDSPÆDAGOGISK TILGANG

I udviklingen af dette koncept har den sundhedspædagogiske tilgang været en integreret og bevidst del af processen. Det dobbelte KRAM og Bjarne Bruun Jensens 5 sundhedspædagogiske principper danner således rammen for konceptets opbygning og indhold. For at give borgerne, som deltager i konceptets forløb, mulighed for at arbejde inden for de 5 sundhedspædagogiske principper, er det dobbelte KRAM brugt som et gennemgående og konkret redskab. Herunder forklares kort de 5 sundhedspædagogiske principper og det dobbelte KRAM.

DE 5 SUNDHEDSPÆDAGOGISKE PRINCIPPER[1]

1) Et bredt og positivt sundhedsbegreb

Sundhed er mere end blot fravær af sygdom. Det handler bl.a. om betydningen af sociale relationer og at leve et godt liv. En given intervention bør derfor tage udgangspunkt i borgerens livssituation og livsvilkår.

2) Deltagelse og dialog

> "Deltagelse og involvering er måske det mest centrale af de sundhedspædagogiske principper, idet varig sundhedsfremmende forandring hos mange målgrupper kun kan lade sig gøre, hvis de har mulighed for at udvikle ejerskab."

3) Handling og handlekompetence

Handlekompetence indebærer fem komponenter, der tilsammen udgør graden af handlekompetence hos et individ; indsigt, engagement, visioner, handleerfaringer og kritisk sans.

Med et sundhedspædagogisk afsæt kan man øge deltagernes handlekompetence ved at tage udgangspunkt i deltagernes egne erfaringer og give deltagerne mulighed for at reflektere over de konsekvenser, som deres handlinger fører til. Handling og handlekompetence er ikke det samme. Deltagerne kan godt være handlekompetente, men forhold i deres liv kan forhindre at handlingen kan ske. Derfor kan den sundhedsprofessionelle sammen med deltageren forsøge at åbne op for "handlerum" fx via metoder, som dialog, dialogværktøjer, billedkort mv, så den enkelte støttes i at finde veje og måder, hvor den ønskede handling kan gøres mulig[2].

4) Sundhed skal ses i et settingperspektiv

De rammer og den kontekst, som man lever, arbejder og bor i, påvirker de valgmuligheder, som man har for at leve sundt.

5) Lighed i sundhed

Alle har ikke de samme muligheder for at leve sundt og for at ændre vaner og praksis. De pædagogiske tilgange og andre interventioner må tage højde for disse forskelle.

DET DOBBELTE KRAM

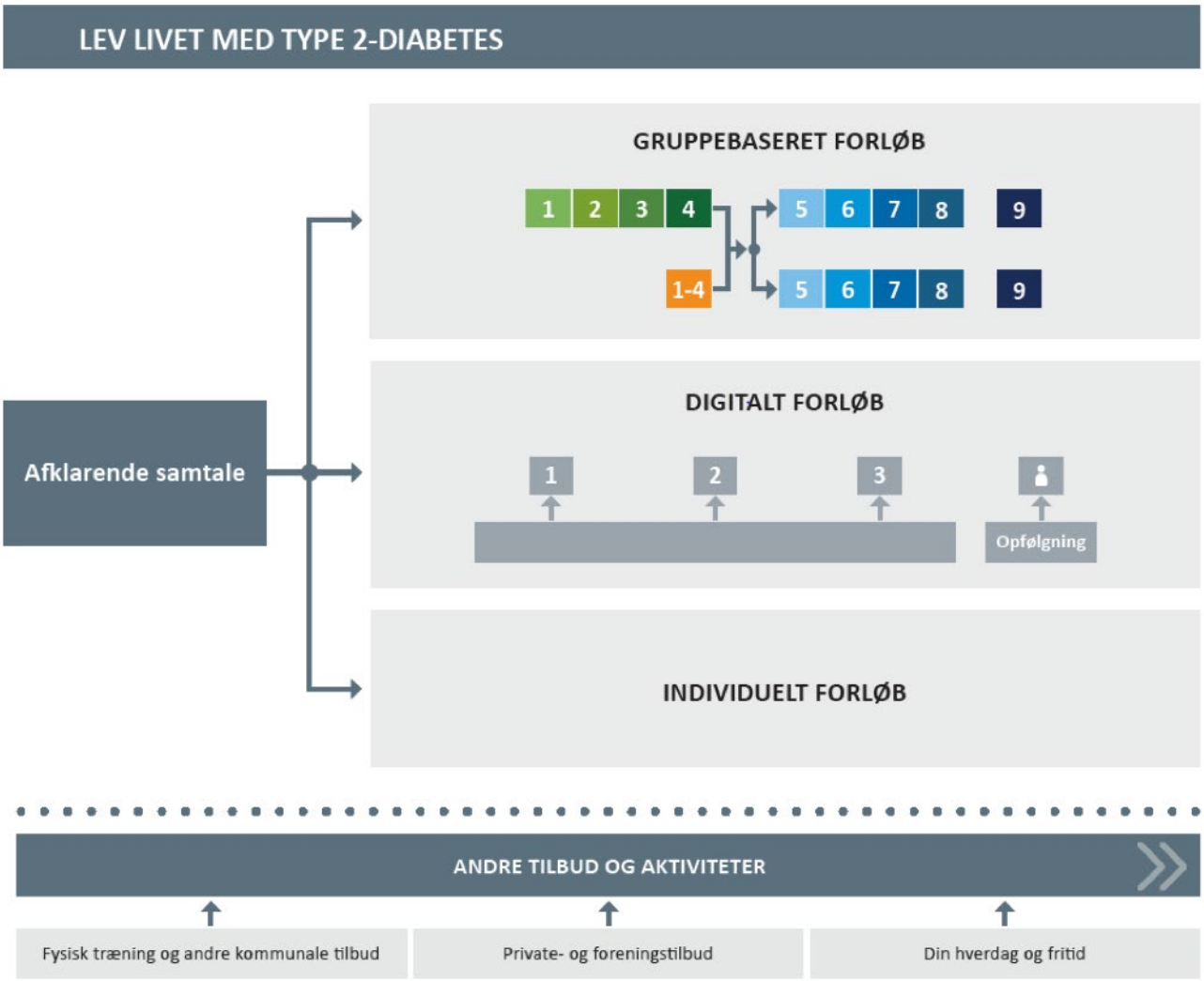
KRAM-faktorerne indeholder elementer som kan påvirke et individs sundhed. KRAM er forkortelsen af; Kost, Rygning, Alkohol, Motion. Overbygningen (det dobbelte KRAM) siger noget den mentale sundhed og hvordan et individ kan arbejde evnen til at tackle modstand og belastninger i livet. Overbygningen består af Kompetence, Relationer, Accept og Mestring[3]. I dette koncept har vi valgt at udbygge KRAM-faktorerne med S, som står for **søvn, stress og seksuel sundhed.**

Kost	**K**ompetence
Rygning	**R**elationer
Alkohol	**A**ccept
Motion	**M**estring
(**S**øvn, **S**tress, **S**eksuel sundhed)	

1) Jensen, B. B (2015). Når sundheden skal frem. Steno Diabetes Center: Frederiksberg Trykkeri A/S.
2) Grabowski, D., Andersen, T.H., et all (2016). Guide til Familiekassen. København; Diabetesforeningen, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center Copenhagen.
3) Thybo, Peter (2018). Det dobbelte KRAM: Et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. Han Reitzels forlag.

KONCEPTETS OPBYGNING

Konceptet består af 3 forløb; et gruppebaseret, et digitalt og et individuelt forløb. Indgangen til forløbene er gennem den afklarende samtale i kommunen. Den sundhedsprofessionelle i kommunen aftaler sammen med borgeren, hvilket forløb der passer bedst til borgeren. Indholdet i den afklarende samtale og de 3 forløb gennemgås yderligere på de følgende sider. Figur 1 herunder viser konceptets opbygning. Den stiplede linje i figuren symboliserer afgrænsningen af projektet. Projektets og konceptets indhold er således vist over linjen.



Figur 1 - Det samlede koncept

DEN AFKLARENDE SAMTALE

MÅLGRUPPE

Borgere, der er henvist til kommunale forebyggelses-/rehabiliteringstilbud via egen læge og sygehus.

FORMÅL

Formålet med den afklarende samtale er, at den sundhedsprofessionelle i samarbejde med borgeren træffer en fælles beslutning om, hvordan borgeren bedst støttes i et individuelt tilrettelagt forebyggelses-/rehabiliteringsforløb. Formålet er desuden at understøtte et meningsfuldt og relevant forløb gennem fælles forståelse af forventninger, behov og muligheder for kommunale forebyggelsestilbud og lokale foreningstilbud

RETNINGSLINJER

Den enkelte kommune vælger en metode, der lever op til Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" indeholdende nedenstående principper:

1. Afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren Formålet er en afdækning af borgerens ressourcer og livskvalitet og sigter mod afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren
2. Afklaring af, hvad borgeren er motiveret for Formålet er en afdækning af borgerens parathed til at ændre vaner, herunder opfattelse af egen sundhed
3. Afklaring af, hvordan borgeren bedst støttes i forhold til princip 1 (vigtighed) og princip 2 (motivation) Formålet er at kunne afdække, hvordan borgeren bedst kan støttes med udgangspunkt i, hvad borgeren finder vigtigt og er motiveret for (2)

Modellen for den motiverende samtale kan bruges som metodisk tilgang til den afklarende samtale:

- Etablering af tillidsfuld relation (kontakt)
- Forventningsafstemning (kontrakt)
- Afdækning af motivation, parathed og ambivalens (katalysér)
- Tilrettelæggelse af en realistisk plan for forløbet (konkretisér)

Den sundhedsprofessionelle vurderer hvilke materialer, der konkret kan understøtte samtalen.

KOMPETENCER, VÆRDIER OG VÆRKTØJER

Ifølge Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" bør sundhedsprofessionelle, der gennemfører behovsvurdering, som minimum have en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse, sundhedspædagogiske kompetencer samt løbende gennemgå nødvendig kompetenceudvikling.

Kommunens værdier er fundamentet for, hvordan den sundhedsprofessionelle arbejder, og bør derfor fungere som et fælles fagligt udgangspunkt for behovsvurderingen i den afklarende samtale.

Behovsvurdering baseres ikke kun på ét værktøj. Det er principperne og værdierne bag tilgangen samt den sundhedsprofessionelles kompetencer i overensstemmelse med disse principper og værdier, der er afgørende.

Vigtige værktøjer er desuden et velfungerende og løbende samarbejde med regionen og almen praksis, som henviser borgeren til afklarende samtale i kommunen, viden om kriterierne for deltagelse i kommunens tilbud og viden om lokale tilbud i foreningsregi.

4) "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" s. 4-5 Sundhedsstyrelsen 2019
5) "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" s. 8 Sundhedsstyrelsen 2019

DET GRUPPEBASEREDE FORLØB

INDHOLD

Det gruppebaserede forløb består først af 4 moduler på tværs af diagnoser. Herefter overgår borgerne til diagnosespecifikke moduler. I figuren nedenfor ses det, at der er mulighed for at tage et kortere mestrings modul om eftermiddagen/aften fremfor de fire formiddagsmoduler. Yderligere er der mulighed for diagnosespecifikke moduler eftermiddag/aften med henblik på at tilgodese de borgere, der arbejder i dagtimerne. Til den afklarende samtale vurderes det, hvilket af de gruppebaserede forløb, som passer bedst til borgeren. Som udgangspunkt vil modulerne afholdes i forlængelse af hinanden, og dermed otte uger i træk med undtagelse af eventuelle ferie- og helligdage, der kan medføre at modulerne skubbes. Det niende modul afholdes tre måneder efter ottende modul. Af hensyn til frafald skal der min. være 10 borgere på det gruppebaserede forløb fra start. Som det ses nederst i figuren tilbydes eventuelle kommunale træningsforløb og øvrige tilbud uafhængigt af modulerne, og er dermed ikke en del af konceptet.

Der er mulighed for, at borgerne kan optages til og med andet modul. Hvis en borger tilknyttes efter første modul, skal borgeren tilbydes en ekstra individuel samtale som forberedelse. Det gruppebaserede forløb afholdes af en gennemgående medarbejder. Det er ikke afgørende, hvilken faglig uddannelse denne gennemgående sundhedsprofessionelle har; sygeplejerske, fysioterapeut eller diætist. Der vil dog som udgangspunkt altid være 2 undervisere på modulerne.

Pårørende til borgere med type 2-diabetes inviteres med til de diagnosespecifikke moduler.

I modulerne i det gruppebaserede forløb er der gennem forløbet fokus på forskellige elementer, som har betydning for borgere med type 2- diabetes og deres hverdag. Gennemgående er der fokus på at skabe de rigtige rammer for erfaringsudveksling deltagerne imellem samtidig med, at borgerne får redskaber til at håndtere hverdagslivet og dets tilhørende udfordringer.

FORMÅL MED DET GRUPPEBASEREDE FORLØB

Borgere med type 2-diabetes skal opnå handlekompetence til at mestre hverdagslivet med diabetes med udgangspunkt i borgerens ressourcer*, livskvalitet og motivation

*økonomiske, sociale og kulturelle

MÅLGRUPPE

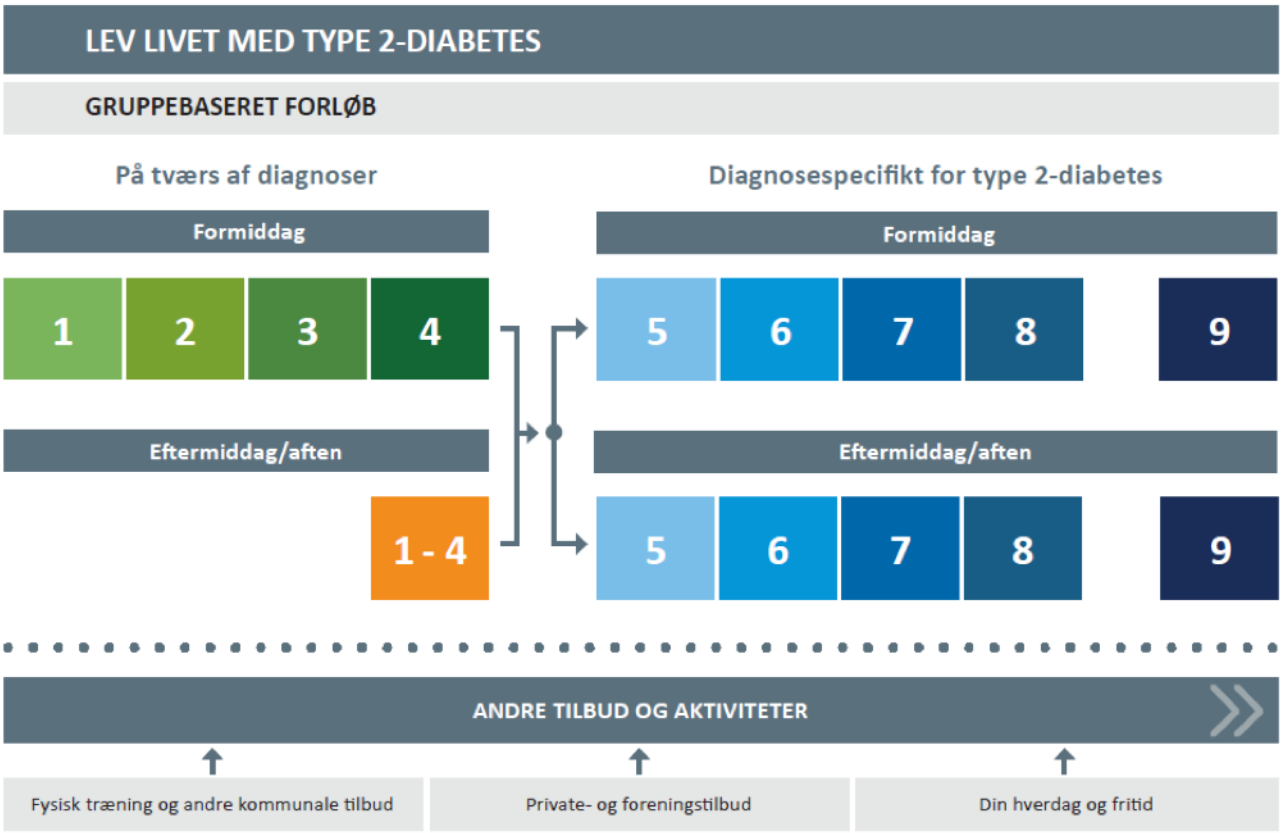
Borgere med type 2-diabetes som har behov for at få øget handlekompetence til at mestre hverdagen med type 2-diabetes.

INKLUSIONSKRITERIER

- Borgere over 18 år
- Borgere der kan forstå og tale dansk
- Borgere der vurderes til at kunne indgå i gruppebaserede forløb

VISITERING

I den afklarende samtale i kommunen aftaler borgeren sammen med den sundhedsprofessionelle hvad der passer bedst til borgerens behov og ønsker. Skal borgeren indgå i det gruppebaserede forløb, anviser den sundhedsprofessionelle opstartsdato for forløbet. Såfremt der er ventetid, kan borgeren henvises til det individuelle eller digitale forløb og den sundhedsprofessionelle instruerer i den praktiske del i at koble borgeren på Det Digitale Sundhedscenter.



Figur 2 - Det gruppebaserede forløb

DET DIGITALE FORLØB

INDHOLD

Indholdet i det digitale tilbud "Det Digitale Sundhedscenter" er udviklet i et partnerskabssamarbejde mellem Region Syddanmark, 6 syddanske kommuner samt Diabetes- og hjerteforeningen. Det Digitale Sundhedscenter er afprøvet i 4 syddanske kommuner og er evalueret af den regionale enhed Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI). Tilbuddet består af to elementer: et e-læringsmodul og et webinar, som borgeren kan logge på efter aftale, og hvor kommunale sundhedsprofessionelle faciliterer gruppesessioner.

FORMÅL MED DET DIGITALE SUNDHEDSCENTER

Formålet med det digitale forløb er at give borgeren mulighed for, på en fleksibel og individuelt tilpasset måde, at få viden om livet med diabetes via e-læring og/eller webinarer. I dette koncept kan det Det Digitale Sundhedscenter bruges som supplement til både det gruppebaserede og det individuelle forløb.

MÅLGRUPPE

Borgere der ikke ønsker/har mulighed for et individuelt eller gruppebaseret forløb med fysisk fremmøde. Borgere der venter på opstart af et gruppebaseret forløb. Borgere med et individuelt eller gruppebaseret forløb, der ønsker at supplere med et digitalt forløb og borgere, der ønsker selv at følge op på/vedligeholde deres forløb i kommunalt regi.

INKLUSIONSKRITERIER

- Borgere inden for konceptets målgruppe som har mod på at arbejde digitalt
- Borgere i individuelt eller gruppebaseret forløb
- Borgere hvor der er ventetid på at komme i gruppebaseret eller individuelt forløb

VISITERING

I den afklarende samtale i kommunen aftaler borgeren sammen med den sundhedsprofessionelle, hvad der passer bedst til borgerens behov og ønsker. Skal borgeren kobles på Det Digitale Sundhedscenter, instruerer den sundhedsprofessionelle i det praktiske. Der aftales en dato for opfølgning af deltagelse i Det Digitale Sundhedscenter. Den sundhedsprofessionelle står for opfølgningen.

DET INDIVIDUELLE FORLØB

INDHOLD

Vurderes borgeren til at få mest gavn af et individuelt forløb, aftaler borgeren og den sundhedsprofessionelle et forløb, som passer til borgerens behov og ønsker. Den sundhedsprofessionelle vurderer, hvilke elementer fra det gruppebaserede forløb, som kan inddrages. Der lægges op til, at indholdet bygger på de gennemgående læringsmål fra det gruppebaserede forløb. I det individuelle forløb får borgeren individuel støtte i forhold til de udfordringer og problemstillinger, som borgerne har ifm. at mestre hverdagen med type 2-diabetes. I det individuelle forløb arbejdes der med at øge borgerens tro på egne evner og med at sætte hverdagsnære og konkrete mål. Den sundhedsprofessionelle arbejder ud fra en forståelse for den enkeltes livssituation (ift. ressourcer, viden, selvindsigt, handleerfaringer, øge handlekompetence og settingsperspektiv) og støtter borgeren i nå sine mål.

FORMÅL MED DET INDIVIDUELLE FORLØB

I det individuelle forløb får borgeren mulighed for at øge sin viden om type 2-diabetes med henblik på at kunne omsætte denne viden til konkrete handlinger i hverdagen. I denne proces skal borgeren opnå indsigt i eget liv og livsvilkår med type 2-diabetes. Borgeren skal hjælpes til at se muligheder for at ændre vaner og leve det bedste liv med type 2-diabetes.

MÅLGRUPPE

(Sårbare) borgere der ikke kan rumme at være i større grupper og som har brug for megen støtte til at opnå små/simple mål i deres arbejde med type 2-diabetes i hverdagslivet. Borgere der venter på opstart af et gruppebaseret forløb.

INKLUSIONSKRITERIER

Borgere over 18 år der ikke opfylder inklusionskriterierne til gruppeforløb, herunder:

- Borgere der ikke forstår eller taler dansk og har brug for tolkebistand
- Borgere der pga. eksempelvis høre- og/eller synshandicap ikke kan indgå i gruppeforløbet
- Borgere der pga. særlige udfordringer vurderes til ikke at kunne få tilstrækkeligt udbytte af at deltage i gruppeforløbet

VISITERING

I den afklarende samtale i kommunen aftaler borgeren sammen med den sundhedsprofessionelle, hvad der passer bedst til borgerens behov og ønsker. Skal borgeren have et individuelt forløb, aftaler borgeren og den sundhedsprofessionelle det videre forløb. Udover det individuelle forløb, aftales der en dato for opfølgning af forløbet. Den sundhedsprofessionelle står for opfølgningen.

REFERENCELISTE
MATERIALER BRUGT I KONCEPTET

1. **Det Digitale Sundhedscenter. (u.d.).** Følgesygdomme og medicin - Andres erfaringer med medicin**. Hentet 21. november 2019 fra https://www.prologio.com/play/3535**
2. **Det Digitale Sundhedscenter. (u.d.).** Lev livet med diabetes - At passe på min krop**. Hentet 4. november 2019 fra https://www.prologio.com/courses/detdigitalesundhedscenter/lev-livet-med-diabetes-at-passe-paa-min-krop**
3. **Diabetesforeningen & Sundhedsstyrelsen. (2019).** Ny indkøbsguide til mennesker med til type 2-diabetes**. Hentet 21. november 2019 fra https://diabetes.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/2019/ny-indkoebsguide-til-mennesker-med-type-2-diabetes.aspx**
4. **Diabetesforeningen. (2016).** Balancekort**. Hentet 4. november 2019 fra https://diabetes.dk/diabetes-2/egenomsorg-og-foelgesygdomme/apps-og-andre-vaerktoejer-til-hverdagen-med-diabetes-2/balancekort.aspx**
5. **Diabetesforeningen. (2017).** Sådan påvirker alkohol dit blodsukker. Diabetes, 2017**(1), 30-31.**
6. **Diabetesforeningen. (2018).** Hvad er diabetes? **Hentet 4. november 2019 fra https://diabetes.dk/fagfolk/materiale/tegninger-til-undervisningsbrug.aspx**
7. **Diabetesforeningen. (2018).** Pas på dine fødder**. Hentet 4. november 2019 fra https://diabetes.dk/diabetes-1/egenomsorg-og-foelgesygdomme/pas-paa-dine-foedder.aspx**
8. **Diabetesforeningen. (2018).** Seksuelle komplikationer**. Hentet 4. november 2019 fra https://diabetes.dk/diabetes-2/foelgesygdomme/seksuelle-komplikationer.aspx**
9. **Diabetesforeningen. (2019).** Produktoversigter**. Hentet 21. november 2019 fra https://diabetes.dk/velvaerekoekkenet/temaer/produktoversigter.aspx**
10. **Diabetesforeningen. (2019).** Rejse og diabetes 1**. Hentet 21. november 2019 fra https://diabetes.dk/diabetes-1/hjaelp-og-stoette/rejse-og-type-1-diabetes.aspx**
11. **Diabetesforeningen, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center Copenhagen. (2017).** Guide til familiekassen. **København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.**
12. **Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center. (2015).** Guide til sundhedspædagogiske værktøjer - undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom **(2.1 udg.). København: Frederiksberg Trykkeri A/S.**
13. **Johansen, C. B., & Mose, A. H. (2013).** Et bedre liv med diabetes: en psykologisk håndbog **(1.1 udg.). Specialtrykkeriet Viborg A/S.**
14. **Kommiteen for sundhedsoplysning. (2013).** VEJEN VIDERE - Kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes **(2.1 udg.). Vejle: Peter Dyrvig Grafisk Design.**
15. **Region Syddanmark, De 22 syddanske kommuner, Steno Diabetes Center Copenhagen og Diabetes Management Research. (2017).** Livsstilsguide i praksis - Sundhedspædagogisk samarbejde mellem professionelle og voksne med psykisk sygdom **(2.1 udg.). København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.**
16. **Steno Center for Sundhedsfremme. (2012).** I Balance med kronisk sygdom - Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse **(2.1 udg.). Gentofte.**
17. **Steno Diabetes Center Copenhagen. (2016).** Måling af blodglukose - Vejledning og motivation til nykonstaterede personer med type 1 diabetes**. Hentet 4. november 2019 fra https://vimeo.com/189299540**
18. **Steno Diabetes Center Copenhaven. (u.d.).** Injektion af insulin til voksne med diabetes**. Hentet 21. november 2019 fra https://www.sdcc.dk/fagfolk/uddannelsesvideoer/Sider/Injektion-af-insulin-til-voksne-med-diabetes.aspx**
19. **Sundhed.dk. (2017).** Diabetes**. Hentet 4. november 2019 fra https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/illustrationer/animationer/diabetes/**

VIDENSKABELIGE BAGGRUNDSARTIKLER

Steno Diabetes Center Copenhagens værktøjskasser, som der refereres til i konceptet, er underbygget af videnskabelige artikler. Værktøjskasserne er listet herunder med en kobling artiklerne.

1. **Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center. (2015).** Guide til sundhedspædagogiske værktøjer - undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom **(2.1 udg.). København: Frederiksberg Trykkeri A/S.**

    a. **Varming, A. R., Torenholt, R., Andersen, T. H., Møller, B. L., & Willaing, I. (2018).** Targeting "hardly reached" people with chronic illness: a feasibility study of a person-centered self-management education approach**. Patient Preference and Adherende, s. 275-289.**

2. **Steno Center for Sundhedsfremme. (2012). I Balance med kronisk sygdom - Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse (2.1 udg.). Gentofte.**

    a. **Christoffersen, L. A., Hansen, A. K., Pals, R. A., Willaing, I., Siersma, V., & Olesen, K. (18. September 2018).** Effect of a participatory patient education programme (NExt EDucation) in group-based patient education among Danes with type 2 diabetes. **SAGE journals.**

    b. **Hansen, U. M., Engelund, M. E., Rogvi, S. á., & Willaing, I. (20. Marts 2013).** The Balancing Person: an innovative approach to person-centred education in chronic illness. **European Journal for Person Centered Healthcare, 3, s. 290-302.**

    c. **Engelund, G., Hansen, U. M., & Willaing, I. (2. februar 2014).** "The Health Education Juggler" Development of a model describingeducator roles in participatory, group-based patient education. **Emerald Health Education, 5, s. 398-412.**

    d. **Pals, R. A., Olesen, K., & Willaing, I. (15. januar 2016).** What does theory-driven evaluation add to the analysis of self-reported outcomes of diabetes education? A comparative realist evaluation of a participatory patient education approach. **Patient Education and Counseling, 6, s. 995-1001.**

3. **Region Syddanmark, De 22 syddanske kommuner, Steno Diabetes Center Copenhagen og Diabetes Management Research. (2017).** Livsstilsguide i praksis - Sundhedspædagogisk samarbejde mellem professionelle og voksne med psykisk sygdom **(2.1 udg.). København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.**

    a. **Hempler, N. F., Pals, R. A., Pedersbæk, L., & DeCosta, P. (oktober 2018).** Barriers and facilitators of effective health education targeting people with mental illness: a theory-based ethnographic study. **BMC Psychiatry, 18(1).**

4. **Diabetesforeningen, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center Copenhagen. (2017).** Guide til familiekassen. **København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.**

    a. **Grabowski D, Andersen TH, Varming A, Ommundsen C, Willaing I.** Involvement of family members in life with type 2 diabetes: Six interconnected problem domains of significance for family health identity and healthcare authenticity. **SAGE Open Med. 2017;5:1–9.**

NOTER:

NOTER:

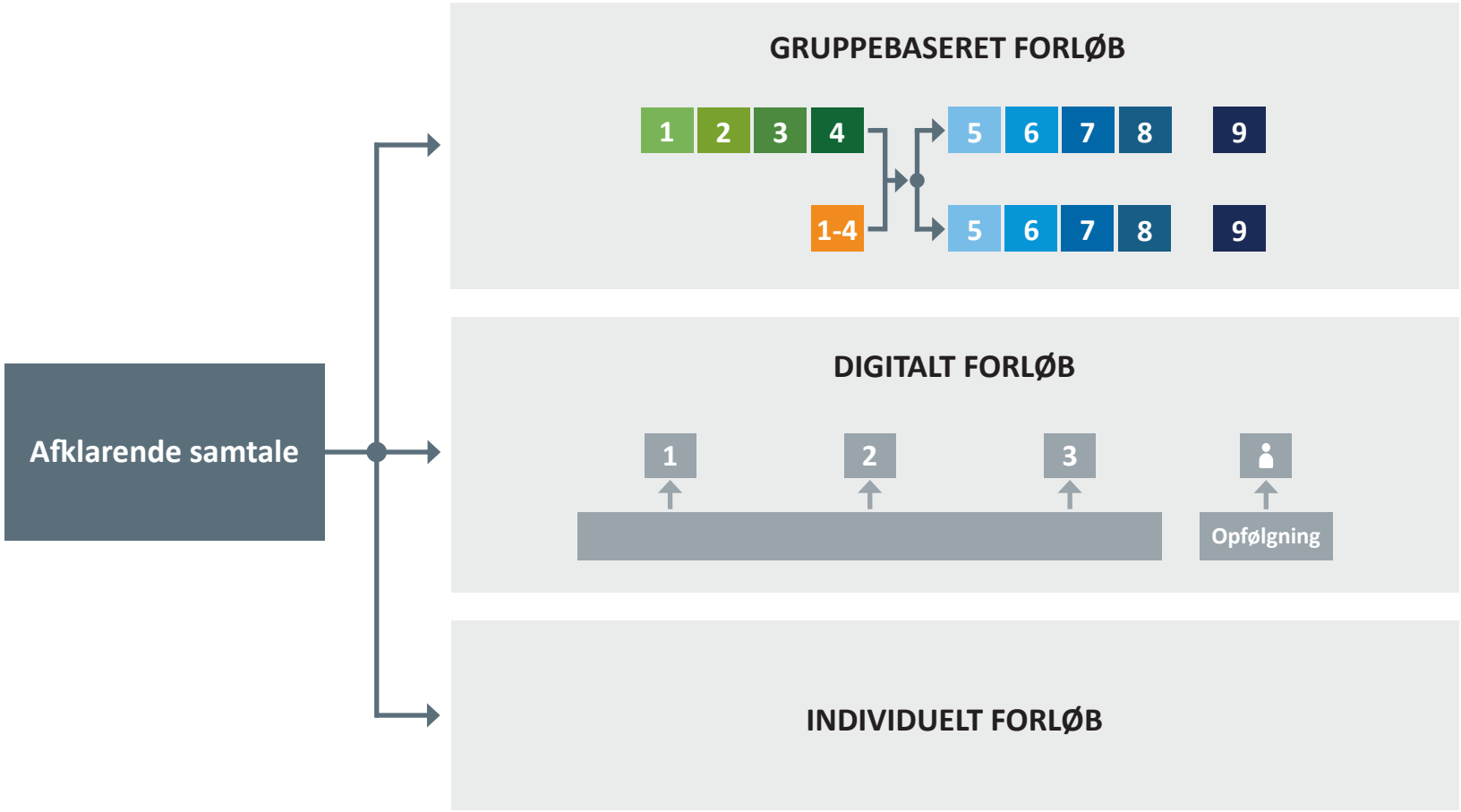
NOTER:

NOTER:

NOTER:

NOTER:

LEV LIVET MED TYPE 2-DIABETES



ANDRE TILBUD OG AKTIVITETER

Fysisk træning og andre kommunale tilbud	Private- og foreningstilbud	Din hverdag og fritid

GRUPPEBASERET FORLØB

Mestring på tværs af diagnoser

M1 – Hverdagen med kronisk sygdom

- Introduktion til forløbet
- Livet med en kronisk sygdom
- Det brede sundhedsbegreb

M2 – Hverdag, vaner og motivation

- Vaner og motivation
- KRAMS-faktorerne
- Mål og plan

M3 – Vaner, netværk og mental sundhed

- Mål og plan
- Netværkets betydning
- Hvor meget fylder kronisk sygdom i hverdagen?

M4 - Energiforvaltning og balance i hverdagen

- Hvad giver eller tager energi i hverdagen
- Mål og plan og forandring
- Det dobbelte KRAM
- Evaluering - hvordan kommer jeg videre

Fast Track (sammenkogning af modul 1 - 4)

- Det brede sundhedsbegreb
- Det dobbelte KRAM
- Mål og plan og forandring

Diagnosespecifikt for type 2-diabetes

M5 - Diabetes, kroppen og kost

- Hvad er diabetes?
- Næringsstoffer i maden

M6 - Blodsukkermåling og forebyggelse af følgesygdomme

- Følgesygdomme relateret til diabetes
- Blodsukkermåling
- Fodpleje

M7 - Kost, motion og medicin

- Besøg hos lokalt supermarked (varedeklarationer og indkøbsguides)
- Diabetes og motion
- Medicinsk behandling

M8 - Hverdagen med diabetes

- Lokale motions- og bevægelsestilbud
- Dagens måltider
- Dilemmaer fra hverdagen

M9 - Hvor er du nu?

- Status og erfaringsudveksling
- Hvor finder jeg støtte
- At sætte mål og plan

ARBEJDSGANGE I SAMARBEJDET OMKRING SUNDHEDSAFTALEN 2019-2023

Baggrund

Den 28. januar 2020 blev der afholdt Kick-off møde for arbejdet i Følgegrupper og Kompetencegrupper. Kick-off mødet havde det formål at få fastlagt klare principper og praksis for samarbejdet internt i Følgegrupper og Kompetencegrupper samt mellem grupperne og de lokale samordningsfora.

På Kick-off mødet blev der efterspurgt en tydeligere beskrivelse af arbejdsgangene i samarbejdet, blandt andet en tydelig og fælles kommunikationsstruktur mellem Det Administrative Kontaktforum (DAK), Følgegrupperne og De Lokale Samordningsfora (SOF). Endvidere efterspurgtes overblik over samspillet mellem DAK, Følgegrupper og SOF'erne i implementeringsarbejdet samt i brugen af Kompetencegrupperne.

Der blev også efterlyst information om gruppernes (og medlemmernes) rolle og mandat. Koordinationsgruppen henleder opmærksomheden på den mail med PP-dias, som blev rundsendt den 6. marts 2020, som netop beskriver gruppernes rolle og mandat. Dertil skal det nævnes, at kommissorierne for grupperne altid kan tilgås her.

Dette dokument er udarbejdet som en konkretisering af arbejdsgangene i samarbejdet.

Indhold

Sagsgange for udvikling og implementering af indsatser i Sundhedsaftalen 3

Ved udvikling og implementering skal følgegrupper og arbejdsgrupper være særligt opmærksomme på: 4

Aktivering og brug af kompetencegrupperne 5

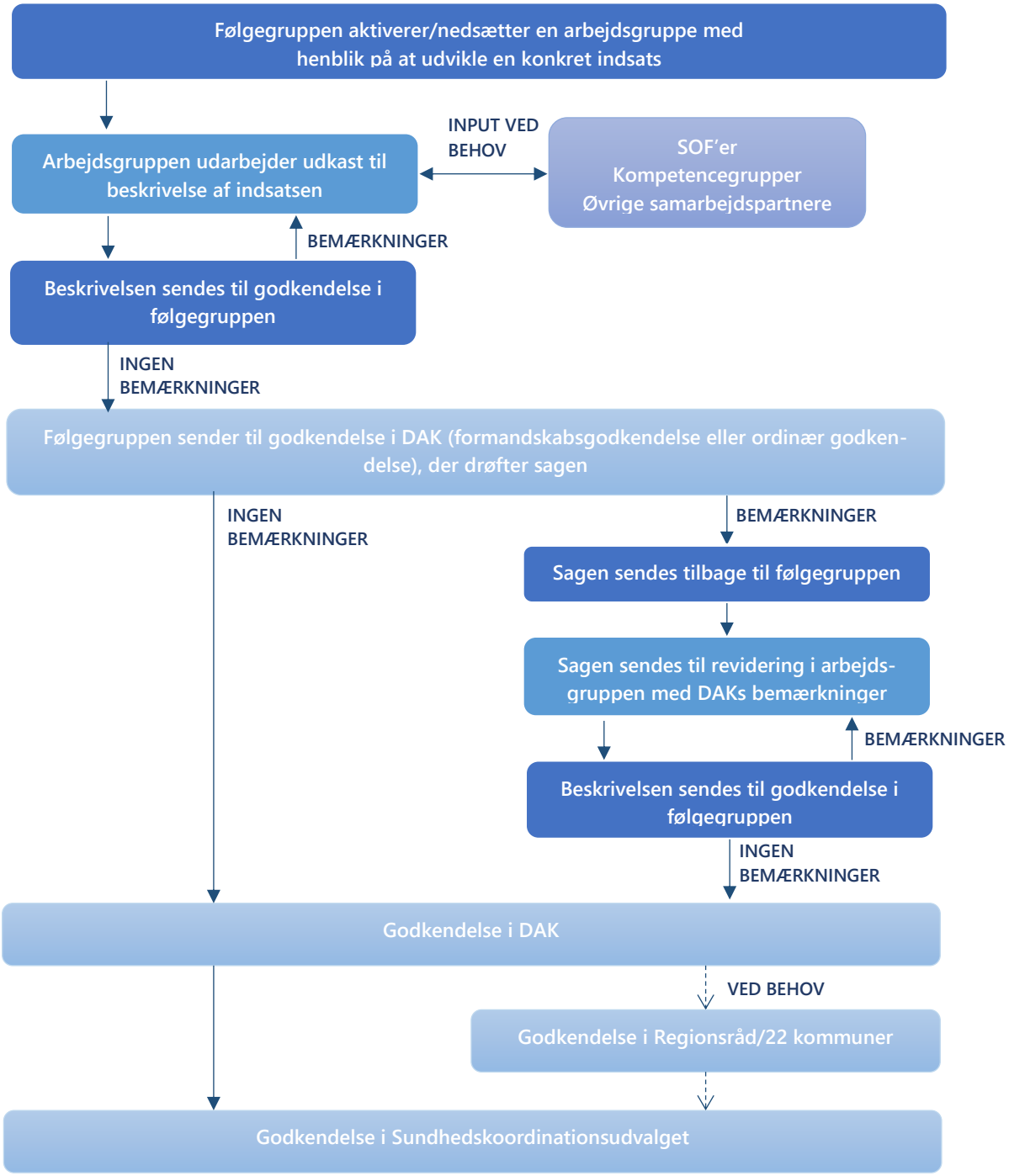
Kommunikationsstruktur mellem DAK, følgegrupper og SOF'ere 6

Arbejdsgange for at lægge sager på dagsordenen til Det Administrative Kontaktforum 7

Sagsgange for udvikling og implementering af indsatser i Sundhedsaftalen

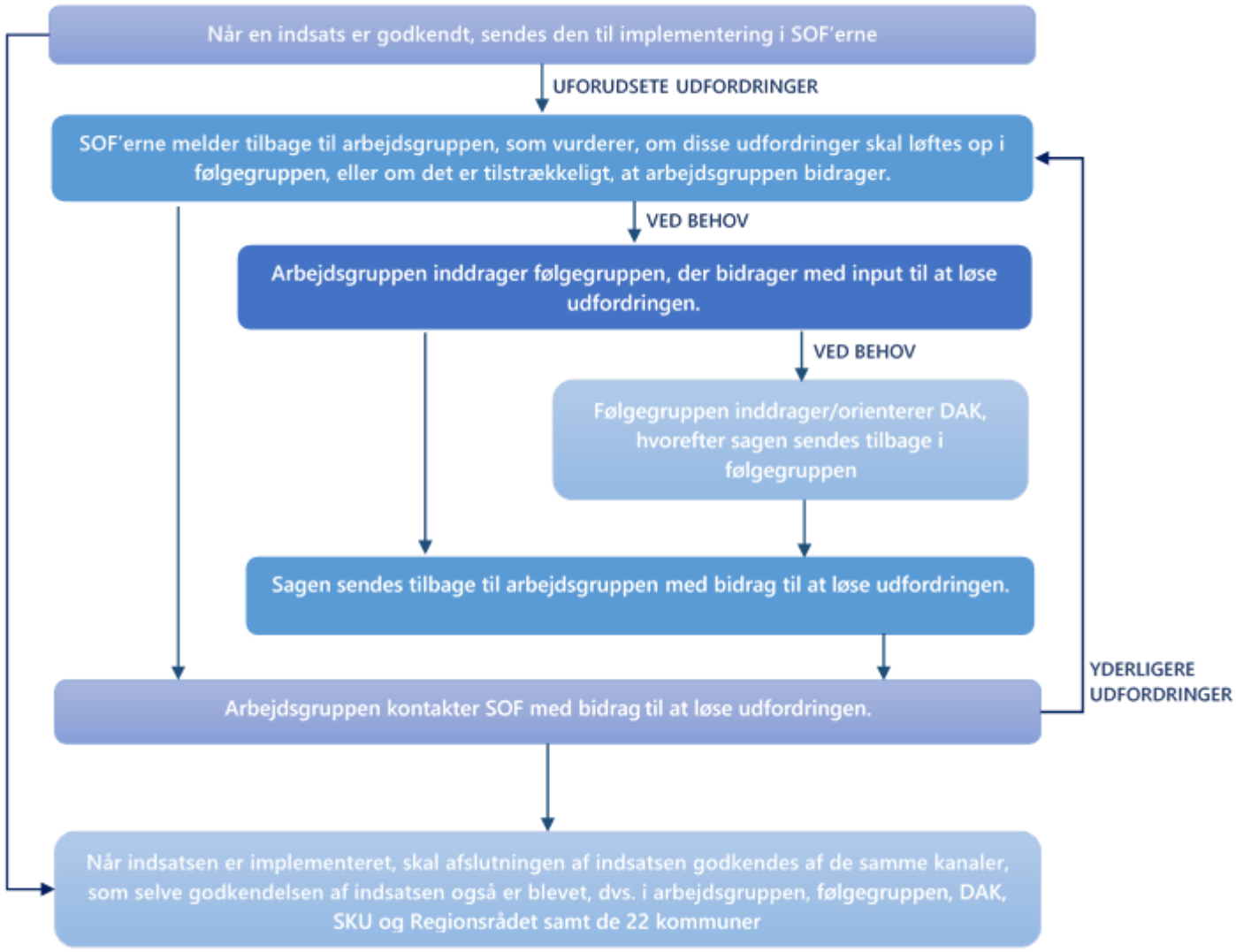
Figur 1a og 1b illustrerer arbejdsgangene, når indsatser i Sundhedsaftalen udvikles og implementeres. Følgegrupperne har ansvaret for at udvikle deres indsatsområder, og som det ses i figur 1a sker dette i en dynamisk proces mellem følgegrupperne og arbejdsgrupperne, der arbejder ud fra input fra relevante kompetencegrupper, SOF'er og eventuelle øvrige samarbejdspartnere. Når Følgegruppen vurderer, at en indsats er parat til at sættes i gang, sendes den til godkendelse i DAK. Det vurderes ved hver enkelt sag, hvorvidt sagen kan sendes til formandskabsgodkendelse, eller hvorvidt sagen bør sendes til godkendes i hele DAK.

FIGUR 1a – SAGSGANGE I UDVIKLING AF INDSATSER



Når indsatsen er godkendt, sendes den til implementering i SOF'erne. Hvis der opstår uforudsete udfordringer omkring sagen undervejs, melder SOF'erne tilbage til arbejdsgruppen, som vurderer, om sagen skal løftes op i følgegruppen. Figur 1b viser arbejdsgangene omkring implementeringen af en konkret indsats, hvor den løbende justering af selve implementeringen fortsætter, indtil indsatsen skal afsluttes.

FIGUR 1b – SAGSGANGE I IMPLEMENTERING AF INDSATSER



<u>Ved udvikling og implementering skal følgegrupper og arbejdsgrupper være særligt opmærksomme på:</u>

- Hvorvidt der er særlig politisk bevågenhed omkring sagen eller om den medfører merudgifter samt i hvilket omfang, der dermed er behov for at rejse sagen i DAK og/eller sikre politisk godkendelse af sagen. For en nærmere beskrivelse heraf henvises til procesbeskrivelsen[1].
- Løbende at involvere alle relevante parter og inddrage disse, fx andre forvaltningsområder i kommunerne, uddannelsesinstitutioner mv. Formændene for følgegrupperne og arbejdsgrupperne har ansvaret for at sikre den rette inddragelse. Såfremt det vurderes, at der er behov for at rejse en sag

[1] Denne er under udarbejdelse

i DAK som følge af merudgifter eller særlig politisk bevågenhed, er det følgegruppen, der tager stilling hertil.
- At inddrage kompetencegrupperne så tidligt som muligt, så disse kan opnå kendskab til opgaven og omfanget samt spille ind med relevant viden tidligt i processen.
- Følgegruppeformændene har et særligt ansvar for at sikre, at relevante drøftelser bliver dagsordenssat i SOF'erne, og at der sker løbende inddragelse af SOF'erne
- Følgegruppeformændene har et særligt ansvar for at sikre de nødvendige justeringer af en indsats i overensstemmelse med den feedback, der kommer fra SOF'erne, kompetencegrupperne og øvrige samarbejdspartnere

Som udgangspunkt er det arbejdsgrupperne, der har ansvaret for den fulde sagsoplysning i en indsats, herunder at tydeliggøre eventuelle økonomiske konsekvenser af en indsats[2]. Dette kan blandt andet sikres ved at inddrage de nødvendige kompetencer løbende.

Aktivering og brug af kompetencegrupperne

Når en følgegruppe erfarer, at de mangler viden inden for områderne monitorering, opgaveoverdragelse eller sundhedsteknologi, kan de inddrage den kompetencegruppe, der arbejder med det pågældende område. Dette gøres ved at rette direkte henvendelse til kompetencegruppens regionale og kommunale tovholdere (se liste over medlemmer af Kompetencegrupperne her) med en konkret beskrivelse af, hvad følgegruppen ønsker kompetencegruppens bistand til. Tovholderne forestår den umiddelbare sparring og afdækning af behov, og de har mulighed for at inddrage de andre medlemmer af kompetencegruppen.

Følgegruppen bør aktivere Kompetencegruppen så snart, de ved, der er et behov for at aktivere gruppen (uagtet om følgegruppen mener, at dette behov først opstår senere i processen). Dette gøres, så kompetencegruppen kan få kendskab til opgaven og omfanget af denne så tidligt som muligt. Dels for at planlægge deres ressourcer, og dels for at sikre, at kompetencegrupperne spiller ind med relevant viden ift. området så tidligt i processen som muligt.

Kompetencegruppens rolle er at bidrage til, at følgegruppen bedre kan løse den samlede opgave om de konkrete indsatser, og kompetencegrupperne bør derfor ses som kvalificerede sparringspartnere. Kompetencegruppen skal derimod ikke løse faste opgaver for følgegrupperne.

Kompetencegrupperne leverer deres input til følgegrupperne hurtigst muligt og kan i perioden også inviteres til at deltage i følgegruppemøderne for at sikre optimal videndeling og indsigt til at løse opgaven.

Kompetencegrupperne kan afvise en opgave, hvis der er tale om en driftsopgave, hvis de ikke har mulighed for at løse den med de ressourcer, de har til rådighed (det være sig tid eller kompetencer), eller hvis de mener, at opgaven ikke er beskrevet tilstrækkeligt konkret. I disse tilfælde kan følgegruppenrette henvendelse til Det Administrative Kontaktforum, hvor der i fællesskab findes en løsning, der sikrer følgegruppen den bistand, de har behov for for at kunne løse deres opgaver.

Det er følgegruppernes ansvar at aktivere kompetencegrupperne efter behov. Følgegrupperne og kompetencegrupperne kan kontakte Koordinationsgruppen ved behov for at få afklaret, hvem der kan hjælpe med at løse en konkret opgave.

[2] Kompetencegruppe for opgaveoverdragelse har fået til opgave at tilvejebringe en model over økonomiske konsekvenser ved en indsats, som kan anvendes af følgegrupperne/arbejdsgrupperne

Kommunikationsstruktur mellem DAK, følgegrupper og SOF'ere

Nedenstående figur visualiserer en proces for kontinuerlig kommunikation mellem DAK, følgegrupperne og SOF'erne. Processen er bundet op på de løbende møder, der afholdes. I DAK er samtlige følgegruppeformænd repræsenteret samt mindst et både regionalt og kommunalt medlem fra hvert SOF. Følgegruppeformændene og SOF-medlemmerne, der har en fast plads i DAK, har en særlig rolle som videreformidlere af information til og fra de forskellige fora. Noget af denne videreformidling og kommunikation sker i regi af det efterfølgende faste møder i Forum for Udvidet Sundhedsaftalekoordinering, der afholdes 1-2 uger efter DAK-mødet. Da det er tovholderne for kompetencegrupperne, SOF-sekretariaterne og følgegruppesekretariaterne, der sidder med her, påhviler der disseen særlig rolle som kommunikationsled mellem DAK, Følgegrupperne og SOF'erne.

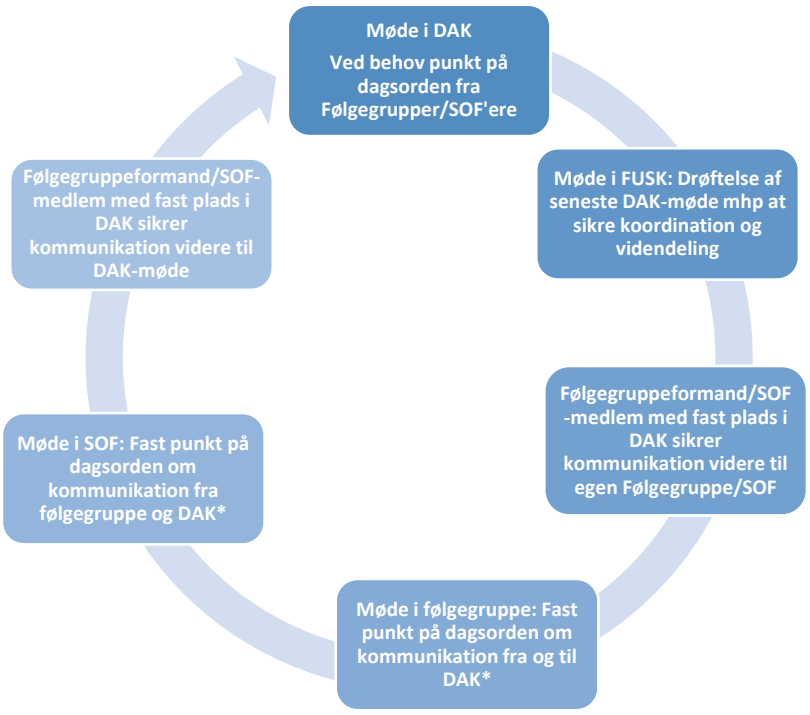
Følgegruppeformændene og SOF-medlemmerne skal efter hvert DAK-møde vurdere, om der er informationer fra mødet, der skal kommunikeres videre til deres respektive gruppe umiddelbart efter mødet. Derudover foreslås det, at der er et fast punkt på dagsordenen i følgegrupperne og SOF'erne, således der er sat prioriteret tid af til at fortælle om seneste DAK-møde, mens de øvrige medlemmer kan komme med spørgsmål/kommentarer og input til næste DAK-møde.

På følgegruppemødet drøftes det ligeledes, om der skal sættes et punkt på dagsordenen til det kommende DAK-møde omkring det arbejde, der pågår. Dette er altid tilfældet, når indsatser startes, afsluttes eller der ændres på de økonomiske forhold. Dertil drøftes det på SOF-møderne, om der skal punkter på følgegruppemøderne.

Til næste DAK-møde har følgegruppeformændene og SOF-medlemmerne en særlig rolle ift. at spille ind med relevant viden og information fra deres respektive fora. På den måde sikres den løbende kommunikation mellem DAK, Følgegrupperne og SOF'erne.

For at sikre overblikket over følgegruppernes indsatsområder på tværs af følgegrupperne, SOF'erne og kompetencegrupperne, bør porteføljestyrringsoverblikket opdateres efter følgegruppemøderne, hvorefter det lægges op på siden for Forum for udvidet sundhedsaftalekoordination (FUSK).

FIGUR 2 – KOMMUNIKATION MELLEM DAK, FØLGEGRUPPER OG SOF'ER

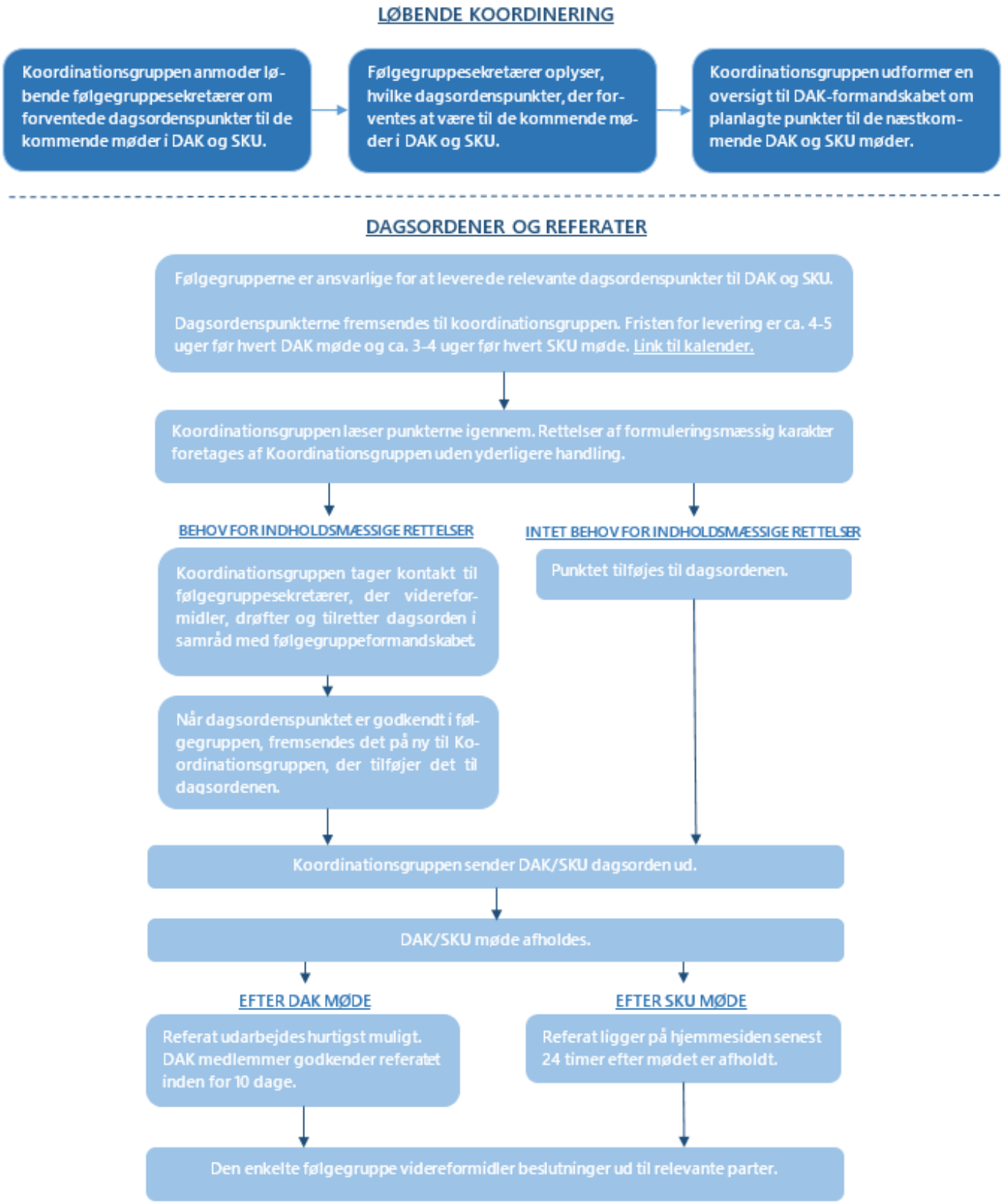


*Koordinationsgruppen foreslår, at der er et fast punkt om kommunikation fra og til DAK på møderne i Følgegrupperne og SOF'erne

Arbejdsgange for at lægge sager på dagsordenen til Det Administrative Kontaktforum

Figur 3 illustrerer de arbejdsgange, der forekommer i forbindelse med DAK-møder og møder i Sundhedskoordinationsudvalget. Det understreges, at processen omkring levering af dagsordenspunkter ofte vil blive meget presset, hvorfor det er en god ide at være på forkant med deadline. Derudover bemærkes det, at hvis der skal følges op på beslutninger umiddelbart efter et møde i DAK, henvises følgegruppesekretærerne til følgegruppeformandskaberne for en udlægning af beslutningen. Der vil dog ikke kunne meldes noget endeligt ud, før der foreligger et godkendt referat.

FIGUR 3 – ARBEJDSGANGE FOR AT LÆGGE SAGER PÅ DAGSORDEN TIL DAK



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/ Følgegruppe: **Koordinationsgruppen**
Journal nr.: 20/35864
Udarbejdet af: Astrid Godthaab Dilling
E-mail: agd@rsyd.dk
Telefon: 29201281

Dato: 30-09-2020

Notat

Baggrund for opdatering af måltal i Sundhedsaftalen 2019-2023

Baggrund

De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet benyttes til opfølgning på *målsætningerne om bedre overgange og sammenhæng* i Sundhedsaftalen 2019-2023. En lang række af indikatorerne under de nationale mål er helt eller delvist baseret på Landspatientregisteret (LPR), som i 2019 undergik en omfattende omlægning til LPR3, hvor mange af de oplysninger, der indberettes af regionerne rent datamæssigt nu struktureres anderledes. Dette betyder, at opgørelsesmetoderne for en række af indikatorerne i de 8 nationale mål ændres. Ændringerne er ført tilbage i tid, hvilket fra 2019 giver et nyt datagrundlag for opgørelsen af de nationale mål.[1]

Ændring i indlæggelsesdefinition[2]
Den ændring i LPR3, der har størst betydning for målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023, er en ny definition på indlæggelser. Hvor den forhenværende definition på indlæggelser ikke har indeholdt nogen regel omkring varighed, baserer den nye definition sig på tidsmæssigt sammenhængende længere ophold på et eller flere sygehuse, og en indlæggelse defineres til at være et ophold på 12 timer eller derover. Ambulante ophold defineres til at være ophold under 12 timer. Ændringen har betydning for tre af målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023: målet omkring forebyggelige indlæggelser af ældre patienter og de to mål omkring fastholdelse af somatisk- og psykisk syge på arbejdsmarkedet.

Opdatering af målsætninger
For fortsat at kunne følge op på de berørte målsætninger i sundhedsaftalen er der behov for at opdatere måltallene, så de stemmer overens med de nye data. Opdateringen til de nye måltal er lavet, så de følger samme procentvise udvikling i sundhedsaftaleperioden som de nuværende måltal. Det vil sige, at den procentvise udvikling, der forekommer mellem tallene for 2018 (baseline)[3] og måltallet for 2023 på den pågældende målsætning er beregnet og herefter lagt til det nye tal for 2018 (baseline) på den pågældende målsætning. Dette har givet det nye måltal for 2023.

[1] https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret/landspatientregisteret-moderniseres
[2] https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Nationale-maal-2019-okt-2019.aspx
[3] Grundet udfordringer med implementeringen af LPR3 er de nyeste tilgængelige tal på indikatorerne fra 2016 eller 2017. Tallene for 2018 (baseline) er udtryk for de nyest tilgængelige tal på den pågældende indikator.

Forebyggelige indlæggelser for ældre patienter

Nuværende målsætning: *Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 per 1000 ældre.*

Som følge af ændringen i indlæggelsesdefinitionen og for også at indfange kortere, forebyggende ophold, er denne indikator i LPR3 ændret fra "forebyggelige indlæggelser" til "forebyggelige sygehusophold", som omfatter sygehusophold på 4 timer eller derover. Som det ses i tabel 1, medfører denne ændring, at der er forskel på antallet af forebyggelige indlæggelser og antallet af forebyggelige sygehusophold pr. 1000 ældre patienter, hvor den nye indikator indfanger et højere antal forebyggelige sygehusophold sammenlignet med den gamle indikator. Målsætningen om maksimalt 35 forebyggelige indlæggelser pr. 1000 ældre er sat med udgangspunkt i den reduktion i antal forebyggelige indlæggelser, som ses i opgørelsen i 2016 og 2017 (ved den gamle indikator). Her ses det, at antallet af forebyggelige indlæggelser i 2016-2017 er faldet fra 59 % til 48,4 %, mens antallet af forebyggelige sygehusophold (den nye indikator) er steget fra 58,1 % til 60,1 % i samme periode. Hvis justeringen af måltallet blot foretages ved at følge udviklingen i tallene for den gamle indikator, vil det give et overambitiøst måltal for målsætningen om at reducere antallet af forebyggelige sygehusophold for ældre patienter. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at justere målsætningen til et ambitiøst men samtidig realistisk måltal, hvorfor nedenstående justering af målsætningen foreslås.

Ny målsætning: *Vi vil reducere antallet af forebyggelige sygehusophold blandt ældre patienter til maksimalt 55 per 1000 ældre.*

TABEL 1: ANTAL FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER/SYGEHUSOPHOLD PR. 1000 ÆLDRE PATIENTER

Målsætning	2016	2017	2018 (baseline)[3]	2019	2020	2021	2022	2023
Nuværende målsætning [G]: *Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 per 1000 ældre.*	59,0	48,4	48,4	45,0	43,0	40,0	38,0	35,0
Ny målsætning [N]: *Vi vil reducere antallet af forebyggelige sygehusophold blandt ældre patienter til maksimalt 55 per 1000 ældre.*	58,1	60,1	60,1	59,0	58,0	57,0	56,0	55,0

Note: [G] Baseret på den gamle indikator. [N] Baseret på den nye indikator. [3] Se fodnote på s. 1. De blå felter angiver tal baseret på LPR/LPR3, mens de grønne felter angiver beregnede måltal.

Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet

Nuværende målsætning: *Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 82 %.*

Som følge af den nye indlæggelsesdefinition er opgørelsen af denne indikator også ændret, da den er baseret på andelen af beskæftigede borgere, som fortsat er i beskæftigelse seks måneder efter udskrivning fra somatisk indlæggelse. Nu inkluderes kun de borgere, som har været somatisk indlagt i 12 timer eller derover. Som det ses i tabel 2, medfører dette, at den nye indikator indfanger en lavere andel borgere i beskæftigelse efter somatisk indlæggelse sammenlignet med den gamle indikator. For

denne målsætning er der ikke stor forskel på udviklingen i tallene baseret på de to forskellige opgørelsesmetoder. Det er således muligt at justere måltallet ud fra den procentvise difference mellem det nuværende måltal på 82 % og tallet på den gamle indikator for 2018 (baseline) på 79,6 %. Denne difference er 2,4 procentpoint, som derved lægges til tallet på den nye indikator for 2018 på 76,9 %. Dette giver således et måltal for 2023 på 79,3 %. Dermed foreslås nedenstående o af målsætningen:

Ny målsætning: *Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 79,3 %.*

TABEL 2: FASTHOLDELSE AF BORGERE PÅ ARBEJDSMARKEDET EFTER SOMATISK INDLÆGGELSE

Målsætning	2015	2016	2018 (baseline)[3]	2019	2020	2021	2022	2023
Nuværende målsætning [G]: *Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 82 %.*	79,6	79,6	79,6	80,1	80,6	81,0	81,5	82,0
Ny målsætning [N]: *Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 79,3 %.*	77,3	76,9	76,9	77,4	77,9	78,3	78,8	79,3

Note: [G] Baseret på den gamle indikator. [N] Baseret på den nye indikator. [3] Se fodnote på s. 1. De blå felter angiver tal baseret på LPR/LPR3, mens de grønne felter angiver beregnede måltal.

Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet

Nuværende målsætning: *Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 51 %.*

For denne indikator har man ændret opgørelsen fra at være baseret på borgere i beskæftigelse efter psykiatrisk indlæggelse til nu at være baseret på borgere i beskæftigelse efter nydiagnosticeret psykisk sygdom. Derudover er forudsætningen i den gamle definition om, at borgeren skal have været i beskæftigelse måneden før indlæggelsen i den nye definition udvidet til, at borgeren skal have været i beskæftigelse i mindst én ud af tre måneder før indlæggelsen. Der er således stor forskel på de to opgørelsesmetoder, hvor den nye opgørelsesmetode inkluderer en større andel borgere med psykisk sygdom. Dette ses i tabel 3, hvor andelen af psykisk syge i beskæftigelse i 2015 og 2016 er langt højere ved den nye indikator sammenlignet med den gamle indikator.

For denne målsætning er udviklingen i tallene baseret på de to opgørelsesmetoder ligeledes sammenlignelige. Det er derfor også her muligt at justere måltallet ud fra den procentvise difference mellem baseline for 2018 for den gamle indikator på 48,9 % og målsætningen i 2023 på 51 %. Dette giver en difference på 2,1 procentpoint, som lægges til baseline for 2018 for den nye indikator på 59,4 %, hvilket medfører et nyt måltal på 61,5 %. Dermed foreslås nedenstående justering af målsætningen:

Ny målsætning: *Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 61,5 %.*

TABEL 3: FASTHOLDELSE AF BORGERE PÅ ARBEJDSMARKEDET EFTER PSYKISK SYGDOM

Målsætning	2015	2016	2018 (baseline)[3]	2019	2020	2021	2022	2023
Nuværende målsætning [G]: *Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 51 %.*	46,6	48,9	48,9	49,3	49,7	50,2	50,6	51,0
Ny målsætning [N]: *Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, er øget til minimum 61,5 %.*	56,6	59,4	59,4	59,8	60,2	60,7	61,1	61,5

Note: [G] Baseret på den gamle indikator. [N] Baseret på den nye indikator. [3] Se fodnote på s. 1. De blå felter angiver tal baseret på LPR/LPR3, mens de grønne felter angiver beregnede måltal.

Mennesker med kronisk sygdom

Overgangen til LPR3 har også medført en ændring i opgørelsesmetoden for indikatorer om mennesker med kronisk sygdom, hvilket har betydning for følgende målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023:

- *Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter til maksimalt 270 per 1000 diabetes type-2 patienter*
- *Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 380 per 1000 KOL-patienter*

Ændringen går ud på, at disse indikatorer nu opgøres i en samlet indikator gennem DRG-værdi pr. borger med KOL og/eller type-2 diabetes, og indikatoren bliver således opgjort ved at se på værdien af sygehusenes aktivitet for borgere med KOL og/eller diabetes type-2 frem for de særskilte antal af akutte indlæggelser af patienter med disse kroniske sygdomme. Denne ændring skal ses i lyset af overgangen fra aktivitetsstyring til nærhedsfinansiering, som er indført med økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen i 2019[4], hvor et af de kriterier, regionerne finansieres ud fra, er reduktionen i sygehusaktivitet pr. borger med KOL og/eller type-2 diabetes (DRG-værdi).

Med den nye samlede indikator er det således ikke muligt med data fra de nationale mål at følge op på antallet af akutte indlæggelser eller skille de to kroniske sygdomme ad i to særskilte opfølgninger. Målsætningerne udgør imidlertid halvdelen af målsætningerne under overskriften "Vi arbejder for bedre overgange for mennesker med kronisk sygdom", og det er derfor ikke hensigtsmæssigt at fjerne disse målsætninger fra Sundhedsaftalen. Der er i stedet behov for at ændre målsætningerne, så de er i overensstemmelse med den nye opgørelsesmetode.

Der er dermed behov for at lave en samlet målsætning for arbejdet med mennesker med KOL og/eller diabetes type-2. Det er ikke muligt direkte at overføre antallet af akutte indlæggelser af borgere med kronisk sygdom til DRG-værdien for samme målgruppe. Det foreslåede nye måltal er derfor estimeret ved at sammenholde det gennemsnitlige antal akutte indlæggelser blandt KOL- og diabetes type-2 patienter i 2016 og 2017 med DRG-værdierne for samme årstal og derudfra (med forbehold for, at tallene ikke er direkte sammenlignelige) beregne måltallet for DRG-værdien i 2023 ud fra de nuværende måltal om akutte indlæggelser pr. borger med KOL og/eller diabetes type-2 i 2023. På denne baggrund foreslås nedenstående målsætning:

[4] https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/naerhedsfinansiering

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Ny målsætning: *Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter og KOL-patienter, så DRG-værdien for sygehusenes aktivitet pr. borger med KOL og/eller diabetes type-2 er 2700*[5].

TABEL 4: MENNESKER MED KRONISK SYGDOM

Målsætning	2016	2017	2018 (baseline)[3]	2019	2020	2021	2022	2023
Nuværende målsætninger [G]: *Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter til maksimalt 270 per 1000 diabetes type-2 patienter*	296	291	291	287	283	278	274	270
Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 380 per 1000 KOL-patienter	461	451	451	436	422	408	394	380
Ny målsætning [N]: Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter og diabetes type 2-patienter, så DRG-værdien for sygehusenes aktivitet pr. borger med KOL og/eller diabetes type-2 er maksimalt 2700.	3039	3117	2834	2807	2781	2754	2727	2700

Note: [G] Baseret på den gamle indikator. [N] Baseret på den nye indikator. [3] Se fodnote på s. 1. De blå felter angiver tal baseret på LPR/LPR3, mens de grønne felter angiver beregnede måltal. DRG-værdi opgjort i 1000 kr., dvs. DRG-værdien på 2700 = 2.700.000 kr.

Ændringer i målsætninger om overvægt

Under arbejdet med opdateringen af måltallene til Sundhedsaftalen er det også blevet klart, at der i opsætningen af målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023 er sket en fejl, som har medført, at det fastsatte måltal for svært overvægtige 14-16 årige børn ikke er kommet med i Sundhedsaftalen, og at der her i stedet fremgår et måltal på 3,3 % for hele perioden. Målsætningerne om overvægt blandt børn er oprindeligt sat ud fra Sundhedskoordinationsudvalgets mål om at bidrage til at indfri den nationale målsætning om at reducere antallet af overvægtige børn med 10% i 2024[6]. På baggrund heraf er det retvisende måltal for andelen af svært overvægtige 14-16-årige sat til 3,4 %.

På samme tid er det blevet klart, at de tal, der står under kolonnen 2018 (baseline) er tal, som er beregnet ud fra 2023-måltallene. Der er således ikke reelt tale om en baseline, fordi tallene er beregninger frem for faktiske tal på andelen af overvægtige og svært overvægtige børn i 2018. Hvis tallene bliver stående som de er, er der således ikke nogen reelle baseline-tal at holde udviklingen i overvægt frem mod 2023 op imod, hvilket går ud over muligheden for opfølgning på målsætningerne.

På baggrund af ovenstående foretages derfor følgende ændringer i Sundhedsaftalen:

[5] DRG-værdi opgjort i 1000 kr., dvs. DRG-værdien på 2700 = 2.700.000 kr.
[6] Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år (2014) https://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal.ashx

- Måltallet for 2023 på andelen af 14-16 årige med svær overvægt rettes til 3,4 % i kolonnen for 2023 i tabel 5.
- I kolonnen 2018 (baseline) i tabel 5 under *nyt måltal* indsættes de faktiske tal på andelen af overvægtige og svært overvægtige børn i 2018[7], og herefter beregnes den ønskede udvikling i måltallene for perioden 2019-2022 på baggrund af baseline-tallene og måltallene for 2023.

TABEL 5 – MÅLTAL FOR ANDELE BØRN MED OVERVÆGT OG SVÆR OVERVÆGT 2018-2023

	2018 (baseline)		2019		2020		2021		2022		2023	
	Over-vægt	Svær overvægt	Over-vægt	Svær overvægt	Over-vægt	Svær overvægt	Over-vægt	Svær overvægt	Over-vægt	Svær overvægt	Over-vægt	Svær overvægt
6-8 år												
Nuværende måltal	9,7	3,3	9,5	3,1	9,3	2,9	9	2,6	8,9	2,5	8,6	2,3
Nyt måltal	9,4	3,4	9,3	3,2	9,2	3,0	9,0	2,8	8,8	2,5	8,6	2,3
9-13 år												
Nuværende måltal	15,1	3,6	15,0	3,5	14,8	3,4	14,7	3,3	14,5	3,2	14,4	3,1
Nye måltal	14,9	3,4	14,8	3,35	14,7	3,3	14,6	3,25	14,5	3,2	14,4	3,1
14-16 år												
Nuværende måltal	15,6	3,3	15,1	3,3	14,7	3,3	14,2	3,3	13,7	3,3	13,2	3,3
Nye måltal	15,0	3,8	14,7	3,75	14,4	3,7	14,0	3,6	13,6	3,5	13,2	3,4

[7] Den nationale Børnedatabase - https://www.esundhed.dk/Registre/Den-nationale-boernedatabase/Maalinger-i-skolen

Rammeaftale om blodprøvetagning i eget hjem

Region Syddanmark og de 22 kommuner har indgået denne rammeaftale om blodprøvetagning i eget hjem. Aftalen fastlægger vilkårene for, hvordan sygehusene i Region Syddanmark kan indgå aftaler med den enkelte kommune, såfremt denne ønsker det.

Rammeaftalen skal sikre, at borgere, som bor på et botilbud o. lign/er tilknyttet hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen, og som på grund af somatiske eller psykiske lidelser kun med stort besvær kan komme til læge eller ambulatorium, får mulighed for at få taget blodprøve i eget hjem.

Aftalen omfatter ikke akutte blodprøver.

Grundprincippet for aftalen er, at regionen stiller en mobil bioanalytikerordning til rådighed, som kommunen har mulighed for at købe anvendelse af. Det vil altid være en læge, enten på sygehus eller i almen praksis, der rekvirerer en blodprøve, men det er alene kommunen, der afgør, om blodprøven skal tages i eget hjem ved den regionale bioanalytikerordning. Beslutningen herom vil typisk ligge i kommunens hjemmesygepleje.

Der vil være typer af blodprøver, som kræver særligt udstyr eller håndtering, og som derfor kun kan foregå på sygehuset. Patienter med disse særlige behov er derfor ikke omfattet af aftalen.

Der er til denne rammeaftale udarbejdet en standardaftale, som kommunen indgår med sygehuset. Standardsaftalen beskriver primære målgruppe, kommunikation og planlægning samt taksterne for ordningen.

Taksterne i standardaftalen er beregnet ud fra, at sygehusenes aktivitet i medfør af aftalen kan hvile i sig selv. Beregningsmodellen fremgår af Bilag 2. Såfremt arbejdskraftsbesparende teknologi betyder, at det ekstra tidsforbrug forbundet med blodprøvetagning i eget hjem mindskes væsentligt, er Region Syddanmark forpligtet til at foranstalte en genberegning af afregningstakstern.

Parterne er enige om, at rammeaftalen om blodprøvetagning i eget hjem er en service, som den enkelte kommune alene afgør om man ønsker at tilbyde – generelt og i de konkrete tilfælde.

Opfølgning på rammeaftalen
Opfølgning på rammeaftalen sker på grundlag af:

- opgørelser fra sygehusene over antal blodprøver taget i regi af aftalen, og antallet af borgere, der har fået taget sådanne blodprøver (opgøres pr. måned og som årstotal)

- opgørelser over antallet af rekvisitioner, som kommunen har modtaget (opgøres pr. måned og som årstotal).

Opgørelserne drøftes årligt i de Kommunalt-lægelige Udvalg – KLU (første halvår) og i de lokale samordningsfora – SOF'er (andet halvår), første gang i 2021.

På baggrund af tilbagemeldinger fra de lokale samordningsfora vurderer Følgegruppen for behandling og pleje tidligst i 2023, om der er behov for at indstille til Det Administrative Kontaktforum, at der iværksættes en revision af aftalen.

Fortolkning af rammeaftalen og håndtering af tvister i forhold til indgåede aftaler
Aftalen er godkendt af og forankret administrativt under Det Administrative Kontaktforum, som uddelegerer ansvaret for aftalen til Følgegruppen for behandling og pleje.

Uenigheder om fortolkning af rammeaftalen eller de enkelte aftaler indgået mellem sygehus og kommune søges i første omgang afklaret i det relevante lokale samordningsforum (SOF).

Ved principielle problemstillinger eller uklarheder forelægges sagen Følgegruppen for behandling og pleje, som herefter vil tage stilling til, om sagen skal rejses for Det Administrative Kontaktforum.

Bilag til denne aftale:

Bilag 1: Standardaftale
Bilag 2: Beregningsmodel for beregning af den aktuelle takst

[…..] Kommune og […..] Sygehus har indgået følgende aftale:

1. […..] Afdeling , […..] Sygehus foretager efter aftale ambulant blodprøvetagning i borgerens hjem.

2. Målgruppen for prøvetagning i medfør af denne aftale er borgere i […..] Kommune, som bor på et botilbud og lignende/er tilknyttet hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen, og som på grund af sygdom eller handicap har brug for ledsagelse og/eller liggende transport.

3. Rekvisition af blodprøver og stillingtagen til, hvor prøverne kan tages, er principielt uafhængige aktiviteter. Rekvisition af blodprøver sker altid på lægelig indikation og kommer fra almen praksis eller en sygehusafdeling. Undersøgelsesresultaterne afleveres til den læge/sygehusafdeling, der har rekvireret undersøgelserne, uanset hvor prøverne er taget. Blodprøver kan tages på regionens sygehuse, af den praktiserende læge, i nogle kommuner af akutfunktioner/-teams eller i henhold til denne aftale af personale fra en klinisk-biokemisk afdeling i patientens hjem. Det er alene kommunen, der bestemmer, om en blodprøve skal tages i hjemmet. Beslutningen herom vil typisk ligge i kommunens hjemmesygepleje. I de tilfælde, hvor kommunen vælger ikke at benytte denne mulighed, er det rekvirentens ansvar at finde en anden løsning. Det bemærkes, at nogle analyser kræver speciel håndtering og kun kan foretages på blodprøver, der er taget på sygehuset.

4. Hvis rekvirenten af en blodprøve vurderer, at en borger kan være en del af målgruppen for denne aftale, går rekvirenten i dialog herom med borgerens kommune.

5. Når hjemmeplejen/hjemmesygeplejen efter dialog med rekvirenten og borgeren (eller evt. dennes pårørende) vurderer, at der jf. aftalens §2 er behov for prøvetagning foretaget i borgerens eget hjem, giver hjemmeplejen besked herom til […..] Afdeling. Det skal i den forbindelse angives, hvis prøven skal tages et andet sted end på borgerens folkeregisteradresse. Kommunikationen mellem hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og sygehusafdelingen (herunder tilbagemelding om dato og omtrentligt tidspunkt for prøvetagning) sker som udgangspunkt elektronisk.

6. Prøvetagning i medfør af aftalen kan kun finde sted på hverdage, sædvanligvis senest 10 hverdage efter, at […..] Afdeling har modtaget henvisningen/beskeden. Hvis der sker en ændring i patientens tilstand, således at blodprøvetagning i hjemmet ikke længere er relevant, er det kommunens ansvar at sikre, at blodprøvetagningen aflyses, så snart kommunen bliver bekendt hermed. Aflysninger ind til 24 timer før planlagte blodprøvetagninger sker elektronisk. Aflysninger mindre end 24 timer før planlagte blodprøvetagninger sker telefonisk. Ønske om prøvetagning på forudbestilte dage vil blive forsøgt efterkommet, men dette kan ikke påregnes.

7. Kommune og sygehus kan indgå aftale om, at beboere på botilbud i forbindelse med blodprøvetagningen også får taget et EKG. De nærmere vilkår herfor aftales mellem kommunen og sygehuset.

8. Kommune og sygehus aftaler præcist, hvordan den elektroniske og telefoniske kommunikation i forbindelse med blodprøvetagning i eget hjem skal foregå.

9. Kommunen vurderer i dialog med borgeren, om der er behov for, at en kommunal medarbejder eller en pårørende er til stede under blodprøvetagningen. I givet fald sikrer kommunen, at den nødvendige hjælp er på plads. Sygehusafdelingen orienteres herom i forbindelse med, at blodprøvetagningen i eget hjem bestil-

les. Kommunen skal sikre, at der kan foretages sikker patientidentifikation, evt. ved at udstyre borgeren med et ID-armbånd eller ved at sikre, at en medarbejder eller pårørende er til stede. Hvis borgeren ikke selv kan sikre, at døren til boligen åbnes, skal der ved bestillingen af blodprøvetagningen aftales, hvordan den sygehusansatte får adgang til boligen.

10. [.....] Afdeling fremsender månedlig specificeret opgørelse samt faktura over udførte prøvetagninger i eget hjem til [.....] Kommune.

11. Der afregnes med en fast pris pr. henvisning (2020-niveau: 147,38 kr.), svarende til den ekstra tid, blodprøvetagning i eget hjem gennemsnitligt tager sammenlignet med blodprøvetagning i laboratoriet. Derudover afregnes for tid medgået til transport (i 2020-niveau med 5,16 kr. pr. transporteret km.). Tid brugt på såvel kørsel som færgetransport indgår i transporttiden. Priserne reguleres årligt med den generelle fremskrivningsprocent for løn. Desuden afregnes selve kørslen med statens højeste takst for tjenesterejser ved kørsel i egen bil.

12. [.....] Afdeling planlægger prøvetagningsruterne, så transport og transporttid minimeres.

13. Aftalen kan skriftligt opsiges af begge parter med et varsel på 6 måneder til den 1. i en måned.

14. Ved tvivlspørgsmål og uenigheder henvises til rammeaftalen om blodprøvetagning i eget hjem.

15. Aftalen træder i kraft pr. _____

Dato

For [.....] Sygehus

For [.....] Kommune

Ekstra omkostninger i forbindelse med prøvetagning i patientens hjem

Tidsforbrug til selve prøvetagningen og udgifter til utensilier er ikke medregnet, da disse omkostninger afholdes af sygehuset

Aktivitet	Minutter per rekv. (mean)	Kommentar
Modtagelse af meddelelse om prøvetagning i eget hjem, svar i tilfælde af at det ikke er muligt	4	
Fremsøgning af rekvisitioner og placering på dage	2	Dagligt (i dag bruges 5 min på denne aktivitet; men den tænkes delvist gjort ifm opringning/henvendelse fra hjemmeplejen)
Skrivning og udsendelse af brev	3	
Planlægning af rute	3	
Henvendelse fra patienter/pårørende, ændringer	1	forekommer ved ca. 8% af rekvisitionerne men tager ofte relativ lang tid, da der ofte skal sendes nyt brev, informeres til kommune, ændres i ruter osv.
Ekstra tid ifm selve prøvetagningen,	10	Parkering, ankomst, udpakning af utensilier, sammenpakning af utensilier, læsning i bil
Registrering af kørt km	1	Dagligt
Udtræk af regningsgrundlag og udfærdigelse af	0,4	Månedligt
Ekstra tidsforbrug per rekvisition i alt	**24,4**	Minutter

Timeløn - effektiv - gennemsnit	281,56	
Lokallønstillæg for prøvetagning i patientens hj	28,00	
Timeløn i alt	**309,56**	
Omkostninger til administration og ekstra prøve	125,89	
Porto almindeligt brev	9,50	Brev-porto 2016 (normal brev 19 kr) Der kalkuleres med, at 50% af patienterne skal have almindeligt brev - fritaget for digital post
Gennemsnitlige omkostninger i alt	**135,39**	
Gennemsnitlig årsløn - bioanalytiker	403.419	
Netto-timer årsbasis	1432,8	Effektive timer a la OUH (brutto - (ferie+ helligdage+pauser+anden personlig tid)

Sundhedssamarbejdet i Syddanmark



Arne Nikolajsen
Medformand i Det Administrative Kontaktforum
Næstformand i Sundhedsstrategisk forum

Flere ældre

Særligt ældre borgere trækker på de kommunale sundhedsydelser

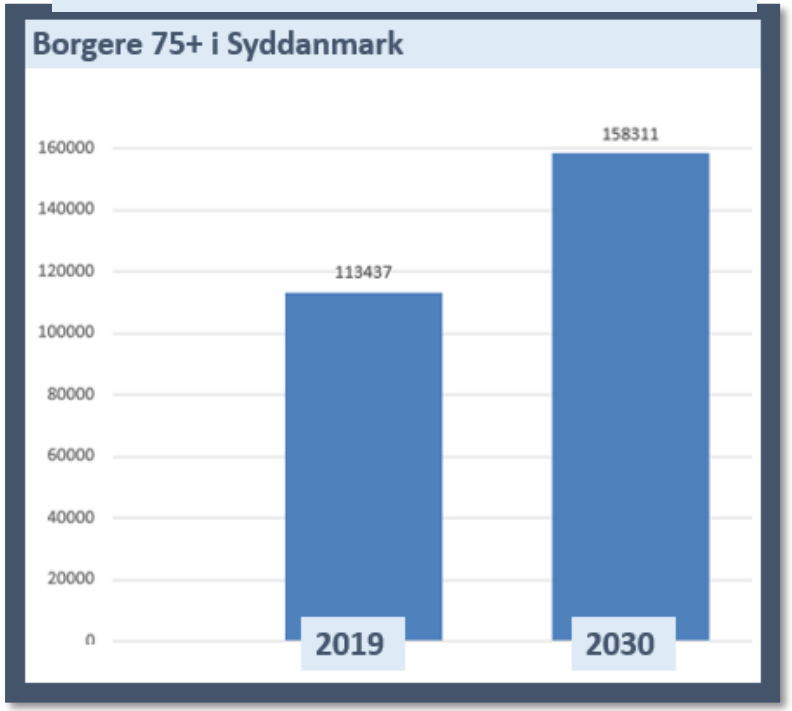
Flere kronikere



200.000 flere ældre i DK



45.000 flere ældre i Syddanmark



Flere opgaver

Kommunerne har omstillet sig til nye opgaver og roller - uden en overordnet koordinering og finansiering.

Kommunerne varetager i stigende grad behandlingsopgaver.

Dansk sygehusvæsen de seneste 40 år			
	1980	2000	2020*
Udskrivninger	939.000	1.154.213	1.500.000
Ambulante besøg	3.384.200	4.436.507	10.700.000
Sengepladser	41.621	22.927	13.000
Sengedage	11.956.400	7.298.396	3.400.000
Liggetid i snit (kun somatik)	9,9	5,8	2,7
Organisatoriske enheder	128	76	21

Kilder

- 1980: Tiårsoversigt for sundhedsvæsenet 1977-86. Statistiske oversigter IV:2:1988. Tabeller side 92-100
- 2020: Sundhedsstatistikken 2002:2, Virksomheden ved sygehuse 2000. Tabel 9 og 10. Sundhedsstyrelsen
- 2020*: Definitionerne blev ændret i 2018. Der er tale om et kvalificeret skøn efter de gamle definitioner

Stigende sundhedsudgifter



Det er en ønsket udvikling, at flere borgere modtager behandling tæt på eller i hjemmet, og samlet set er det billigere, men der er behov for, at pengene følger opgaven.

Sundhedsaftalen definerer fælles mål og visioner, men..

- Hvad gør vi med økonomien i opgaver, der overdrages eller udvikles i fællesskab?

En national plan mangler

KL, DR, PLO med flere sendte et fælles brev til Sundhedsministeren med en kraftig opfordring til at igangsætte arbejdet for en sundhedsreform (februar 2020)

- Hvordan samarbejder vi frem til en sundhedsreform?



Kære Magnus Heunicke
cc. sundhedspolitiske ordførere

En politisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet står over for en række udfordringer, der kræver politisk handling fra regeringen. Blandt andet er der behov for at styrke kompetencer og kapacitet i det samlede sundhedsvæsen i takt med, at antallet af ældre og kronisk syge borgere samt borgere med psykiske lidelser i de kommende år stiger markant. Og der er behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så borgerne i højere grad oplever sammenhæng på tværs af sektorer, herunder især mellem sygehus, kommunale tilbud og almen praksis.

Regeringen har taget flere initiativer, som er positive skridt i den rigtige retning.

Blandt andet er der indgået økonomiaftaler med regioner og kommuner, der bl.a. tager højde for den demografiske udvikling, og der er afsat yderligere midler på Finansloven til at give visse løft. Regeringen har samtidig lavet en bred politisk aftale om at sætte ind overfor rygning, ligesom der blandt andet er nedsat en taskforce for rekruttering til sundhedsvæsenet.

Det samlede sundhedsvæsen venter fortsat med stor interesse på regeringens udspil til en sundhedsaftale, der skal sætte en politisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet fremover.

Danske Regioner, KL, PLO, Yngre Læger, Overlægeforeningen, FOA, HK Kommunal og Sundhedskartellet har alle en række anbefalinger, forventninger og krav til en kommende udvikling af sundhedsvæsenet. Afsættet for alle parter er, at udviklingen af sundhedsvæsenet skal ske ud fra en patient/borgercentreret tilgang, hvor målet er at sikre et bæredygtigt, stærkt og sammenhængende sundhedsvæsen, som opleves nært for borgerne. Sundhedsvæsenet skal samtidig være en attraktiv og sund arbejdsplads for de mange medarbejdere, der hører hjemme her.

1. Behov for afklaring af sundhedsvæsenets udvikling nu

Sundhedsvæsenet har været genstand for politiske drøftelser igennem en årrække, uden at der er fundet en samlet og holdbar løsning. Imens er udfordringerne ikke blevet mindre.

Parterne anbefaler regeringen snarest at tage initiativ til en afklaring af sundhedsvæsenets fremtidige udvik-

>>

DANSKE REGIONER FOA KL HK KOMMUNAL OL

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION Sundhedskartellet Yngre Læger

1

Sidste drøftelse i KKR

KKR var enige om:

- At der er behov for nationale og regionale aftaler, hvor økonomi indgår
- At den nødvendige finansiering skal følge nye opgaver
- At der er behov for mandat fra den enkelte kommune til at indgå aftaler



Nyt princip for samarbejdet

- Vi har en model for opgaver, der overdrages
- Vi mangler en model for nye opgaver, der udvikles i fællesskab
- Nye opgaver, der kræver økonomi, skal – som noget nyt - til politisk godkendelse i kommunerne



Kommende drøftelse i Kommunekontaktudvalget

Der er lagt op til en drøftelse af implementeringen af Sundhedsaftalen på næste møde i Kommunekontaktudvalget (KKU).

Drøftelsen er aktuel, fordi kommunerne har udtrykt et behov for, at der følger finansiering med, når nye opgaver skal varetages.

Regionen er optaget af at sikre den politiske opbakning og godkendelse af de forløbsprogrammer, som kommunerne og Regionen udvikler i fællesskab.



Tre pointer

- **Vi står stærkest sammen**
  - Når vi har mandatet på plads (alle 22 kommuner), sikrer vi en stærk forhandlingsposition

- **Øget fokus på regionale og nationale aftaler med økonomi**
  - Regionale og nationale aftaler sikrer ensartede behandlingsforløb og bedre aftaler
  - Skal IV-aftalen løftes nationalt?

- **Nyt princip for samarbejdet**
  - Opgaver, der kræver merøkonomi, sendes til politisk godkendelse i de 22 kommuner.

- Endnu bedre samarbejde med kommunerne om udvikling af tilbud målrettet afgrænsede lokale behov, så erhvervshusene og deres tilbud opleves som relevante for virksomheder og lokale erhvervsfremmeaktører
- At virksomhedernes kendskab til erhvervshusene øges (der gennemføres en baseline kendskabsmåling i efteråret 2020)
- Ambitiøse målsætninger med fokus på kvalitet og effekt for virksomhederne frem for mål om eksempelvis antal vejledte virksomheder.

Landsdækkende klynger
I løbet af september forventes uddannelses- og forskningsministeren at udpege de 12 nye landsdækkende klyngeorganisationer, som ministeriet støtter med 320 mio. kr. i perioden 2020-2023. Derefter træffer DEB i efteråret beslutning om fordeling af de yderligere 320 mio. kr., som erhvervsfremmebestyrelsen har besluttet at støtte de nye klyngeorganisationer med i samme periode.

KL vurderer, det er vigtigt, at:
- Klyngeorganisationernes virksomhedsrettede tilbud er tilgængelige for virksomheder i hele landet, uanset hvor selve klyngeorganisationens hovedsekretariat er placeret
- Tilbuddene har en høj kvalitet, hvor relevant viden fra vidensinstitutioner bringes i spil i SMV'er
- Der er et godt samarbejde mellem klyngeorganisationer og erhvervshuse og andre erhvervsfremmeaktører.

./. KKR-formandskabet har ultimo juni 2020 sendt et brev til ministrene for erhverv, uddannelse og forskning for at gøre opmærksom på vigtigheden i, at klyngerne placeres geografisk bredt. Der er endnu ikke kommet svar fra ministrene.

3.3. Styrkelse af Sundhedskoordinationsudvalget

SAG-2020-03447 suha

Baggrund
Karsten Meyer Olesen, medlem af KKR Syddanmark og Sundhedskoordinationsudvalget, ønsker en drøftelse af, hvordan den kommunale rolle i Sundhedskoordinationsudvalget kan styrkes, så udvalgets kommunale repræsentanter kan få et stærkere mandat fra kommunerne til at indgå i samarbejdet med regionen.

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at bane vejen for gode fælles løsninger på tværs af sektorerne, for herved at understøtte målopfyldelsen af den fælles Sundhedsaftale, som parterne har tilsluttet sig. Dog har udval-

get ikke beslutningskompetence, hvorfor nye indsatser, der medfører flere udgifter og som er udviklet i sundhedsaftalesamarbejdet, kræver politisk godkendelse i den enkelte kommune.

Karsten Meyer Olesen vil indlede drøftelsen, hvorefter kommunaldirektør, Ole Slot, Vejen kommune, vil holde et kort oplæg for at bidrage med konkrete udfordringer og perspektiver i sundhedssamarbejdet.

Indstilling
Det indstilles, at KKR Syddanmark drøfter:
- Hvordan Sundhedskoordinationsudvalgets kommunale rolle kan styrkes
- Hvordan udvalgets kommunale repræsentanter kan få et stærkere mandat fra kommunerne til at indgå i samarbejdet med regionen.

Sagsfremstilling
Sundhedskoordinationsudvalget er, som overordnet politisk organ for Sundhedsaftalen, et centralt omdrejningspunkt for det tværsektorielle samarbejde mellem regionens sygehuse, kommunerne og praksissektoren.

./. Udvalget har hjemmel i Sundhedsloven §204 og består af medlemmer udpeget af Regionsrådet, KKR Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i Syddanmark. Udvalgets formand er udpeget af Regionsrådet, mens Udvalgets næstformand er udpeget af KKR.

Sundhedskoordinationsudvalgets kommunale medlemmer har således sit ophæng i KKR.

Sundhedskoordinationsudvalgets formål
Sundhedskoordinationsudvalget er et rådgivende udvalg, der har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar. Sundhedskoordinationsudvalget har samtidig ansvaret for at udarbejde den sundhedsaftale, der skal indgås mellem Regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen.

Sundhedsaftalen – en grundsten for samarbejdet
Mange patienter har ikke lineære forløb, men bevæger sig rundt i sundhedsvæsenet og har behov for forskellige indsatser samtidigt. Det stiller krav til kommuner, regioner og almen praksis om at samarbejde tæt og forholde sig til patienterne i et helhedsorienteret perspektiv, som ikke er afgrænset til en enkelt indsats eller sektor. På den baggrund er Sundhedskoordinationsudvalget etableret og med udgangspunkt i Sundhedsaftalen, samarbejder udvalget ud fra politisk fastsatte mål og indsatser på området.

Centralt udvalg uden beslutningskompetence

Sundhedskoordinationsudvalget har ikke beslutningskompetence. Udvalget har derfor ingen mulighed for at forpligte parterne i forhold til Sundhedsaftalens udmøntning og implementering. Sundhedskoordinationsudvalget er dog et centralt forum, der har til formål at styrke, rådgive og koordinere i forhold til det tværsektorielle samarbejde mellem regionens hospitaler, kommunerne og praksissektoren.

Nyt princip for samarbejdet
Som følge af de fortsat stigende kommunale sundhedsudgifter har man i Syddanmark indført et princip, der betyder, at opgaver der udvikles under sundhedsaftalesamarbejdet, og som medfører flere udgifter til kommunerne, fremover skal godkendes politisk i de 22 kommuner.

Det kan være vanskeligt at indgå regionale aftaler, hvor der følger økonomi med til de sundhedsopgaver, kommunerne påtager sig, hvis ikke alle kommuner tilslutter sig.

Med dette for øje spiller Sundhedskoordinationsudvalgets kommunale repræsentanter en afgørende rolle, idet de kan bidrage til at understøtte, at kommunerne går i samme retning og indgår regionale aftaler, også med økonomi.

./. Samtidig forudsætter en stærk kommunal rolle i Sundhedskoordinationsudvalget, at kommunerne bakker op om og sikrer et klart mandat til Sundhedskoordinationsudvalget, da udvalgets kommunale rolle ellers bliver begrænset.

Der er derfor behov for, at kommunerne både på administrativt og politisk niveau løbende afklarer deres holdning, så Sundhedskoordinationsudvalgets kommunale repræsentanter kender den fælleskommunale ramme, de har at forhandle og sætte retning ud fra.

3.4. Godkendelse af Rammeaftale 2021-2022 for det specialiserede social- og specialundervisningsområde

SAG-2020-03447 bel

Baggrund
Rammeaftalen er kommunernes og regionens redskab til på tværs at styre den faglige udvikling, kapacitet og økonomi på det specialiserede social- og specialundervisningsområde. Rammeaftalen består af en Udviklingsstrategi og en Styringsaftale. Rammeaftalen er en toårig aftale.

	under antal deltagende kommuner i hhv. fase 1 og 2
December	Igangsættelse af DK2020 evt. med opstartskonference

Beslutning
KKR Syddanmark drøftede organisering af arbejdet omkring DK2020 og besluttede at indlede dialogen med Region Syddanmark om samarbejdet.

Samarbejdet skal bygge på allerede eksisterende indsatser.

2.6. Sundhedsaftalesamarbejdet

SAG-2020-01705 suha

Baggrund
Med Sundhedsaftalen 2019-2023 sætter kommunerne og Regionen i Syddanmark i fællesskab ambitiøse mål for udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Kommunerne indtager en central rolle i denne udvikling, hvor flere opgaver løses tættere på borgerne. I takt med, at kommunerne varetager flere sundhedsopgaver, stiger de kommunale sundhedsudgifter. Dette har skabt behov for en klar plan for finansieringen af de øgede sundhedsudgifter, samt en klar koordinering af opgaver og ansvar på tværs af sektorer.

Næstformand i Sundhedsstrategisk Forum og medformand i Det Administrative Kontaktforum, Arne Nikolajsen, deltager i en temadrøftelse om sundhedssamarbejdet. Drøftelsen skal ses i sammenhæng med den drøftelse, formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indledte på mødet i KKR i februar 2020.

Indstilling
Det indstilles, at KKR Syddanmark drøfter sundhedsområdet, særligt med fokus på samarbejde, styring og finansiering.

Sagsfremstilling
I sommeren 2019 indgik kommunerne og regionen i Syddanmark en ny sundhedsaftale. Sundhedsaftalen bygger videre på et godt tværsektorielt samarbejde, hvor der allerede er opnået gode og målbare resultater.

Udgifterne på sundhedsområdet har udviklet sig de senere år. Dette skyldes en stadig stigende efterspørgsel efter kommunale sundhedsydelser, at flere

opgaver flyttes fra sygehusene til kommunerne, og at de kommunale opgaver skifter karakter og omfang. Et eksempel herpå er hjælpemiddelområdet, hvor der i dag ikke kun efterspørges standardhjælpemidler, men også dyrt specialudstyr. Der er derfor behov for en afklaring af opgavefordeling, styring og finansiering på sundhedsområdet.

./. I februar 2020 sendte en forenet sundhedssektor et fælles brev til sundhedsministeren med en opfordring til politisk handling for at imødekomme de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor.

Sundhedssamarbejdet i Syddanmark

Som en del af sundhedsaftalesamarbejdet, udvikler kommunerne og Regionen i Syddanmark i fællesskab nye forløbsprogrammer. Forløbsprogrammerne kan indeholde nye opgaver, som ikke tidligere har været løftet. Man er derfor, i Det Administrative Kontaktforum, i gang med at undersøge, om den syddanske model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, kan udvides, så den fremadrettet også kan anvendes, når det foreslås at løfte nye opgaver. Dette for at give kommunerne et grundlag for at kunne beslutte om en ny opgave, med den økonomi opgaven kræver, skal løftes.

Nye opgaver kræver økonomi

På KKR Syddanmarks møde i februar var der enighed om at arbejde for at styrke det nære sundhedsvæsen, så der skabes en bedre sammenhæng og mere ensartede tilbud til gavn for borgeren. Samtidig var der enighed om, at den nødvendige finansiering skal følge nye opgaver.

Kommende drøftelse om sundhedssamarbejdet i KKU

På grund af den aktuelle covid-19-situation blev mødet i Kommunekontaktudvalget (KKU), der skulle have været afholdt den 13. marts 2020, aflyst. På mødet havde Regionen lagt op til en drøftelse af implementeringen af Sundhedsaftalen, herunder sundhedssamarbejdet. Drøftelsen er aktuel, fordi kommunerne har udtrykt et behov for, at der følger finansiering med, når nye opgaver, der udvikles i samarbejdet, skal varetages af kommunerne. Det forventes, at drøftelsen vil blive sat på dagsordenen ved det kommende KKU-møde i august 2020.

Regionen er optaget af at sikre den politiske opbakning og godkendelse af de forløbsprogrammer, som kommunerne og Regionen udvikler i fællesskab, så udviklingen i sundhedssamarbejdet ikke bremses. For kommunerne er det særligt relevant også at drøfte finansieringen af nye opgaver, og hvordan sundhedsaftalesamarbejdet kan udvikles og implementeres.

Konkrete samarbejdsinitiativer

Sideløbende med, at der er igangsat drøftelser om sundhedssamarbejdet, opgaver og økonomi, fortsætter samarbejdet om løbende at arbejde for et styrket og sammenhængende sundhedsvæsen. Blandt andet er man konkret i gang med:

Forløbsprogram for depression
Der er i sundhedsaftalesamarbejdet udviklet et forløbsprogram for depression, hvor det foreslås, at kommunerne varetager nye opgaver. Inden forløbsprogrammet sendes til godkendelse i de enkelte kommuner, er det besluttet at belyse, hvilke merudgifter opgaverne vil medføre for kommunerne.

IV-aftale
I både KKR Nordjylland og KKR Midtjylland har man indgået en aftale for intravenøs behandling (IV). Denne aftale adskiller sig fra den syddanske aftale, da kommunerne i de to KKR har forpligtet sig til at varetage al IV-behandling, som er hensigtsmæssigt at give i borgerens eget hjem. Til gengæld dækker Regionen 70 pct. af udgifterne. I Syddanmark har man indledt drøftelserne om en lignende IV-aftale i Det Administrative Kontaktforum.

Beslutning
Direktør **Arne Nikolajsen**, næstformand i Sundhedsstrategisk forum og medformand i Det Administrative Kontaktforum, gav en status på sundhedsområdet.

I takt med at kommunerne varetager flere sundhedsopgaver, stiger de kommunale sundhedsudgifter. Der mangler en national plan for sundhedssamarbejdet og finansieringen på området, hvorfor man i Syddanmark har indført et nyt princip, hvor nye opgaver, der kræver merøkonomi, sendes til politisk godkendelse i de 22 kommuner.

Samtidig er der fokus på at indgå aftaler på regionalt og nationalt niveau, så vi sikrer ensartede behandlingsforløb og bedre aftaler, hvor økonomi indgår.

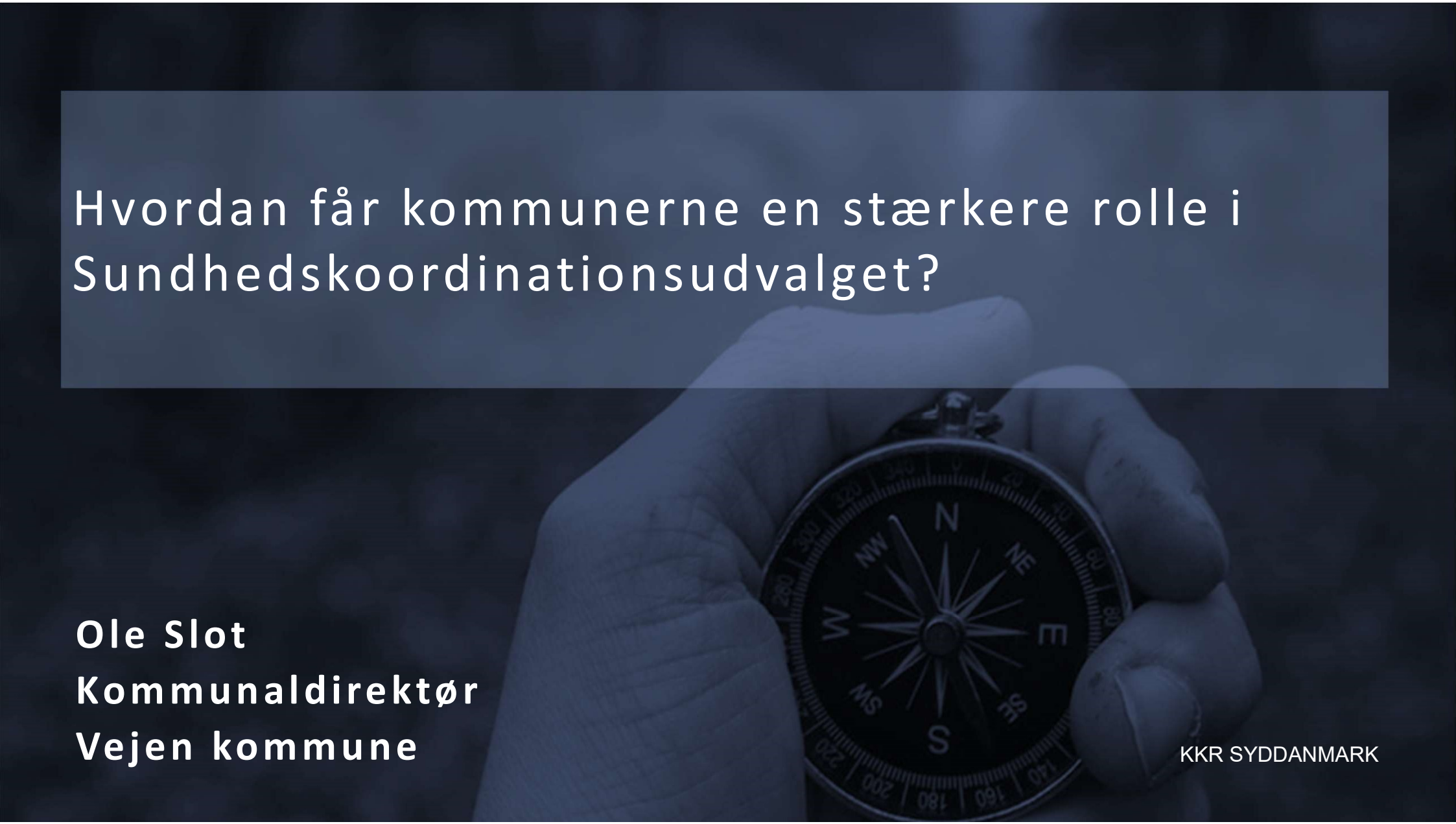
KKR Syddanmark opfordrer KL til at arbejde for en national aftale for intravenøs behandling (IV).

2.7. Coronakrisen – status og læring

SAG-2020-01705 suha/hfh

Baggrund
Coronakrisen er ikke ovre, men stadig mere i samfundet vender tilbage til normal gænge. Kommunerne har i allerhøjeste grad bidraget til, at landet er kommet så godt igennem krisen som tilfældet er.

Hvordan får kommunerne en stærkere rolle i Sundhedskoordinationsudvalget?



Ole Slot
Kommunaldirektør
Vejen kommune

KKR SYDDANMARK

Styrke sammenhænge og samle kommunerne om en retning

Fire bud

1. **Fælles prioriteringer i de kommunale budgetter**
2. **En regional sundhedsreform**
3. **Bringe Sundhedskoordinationsudvalget tættere på byrådene**
4. **Udpege en kommunal næstformand, der sidder i KKR**

1. Fælles prioriteringer i de kommunale budgetter

- Sundhedskoordinationsudvalget kan udarbejde en oversigt over næste års indsatser
- Oversigten kan indgå i kommunernes budgetlægning
- Det giver udvalget en økonomisk ramme at samarbejde ud fra
- **I praksis er det en vanskelig og meget ressourcekrævende opgave**



2. En regional sundhedsreform

- En sundhedsreform i Syddanmark som forløber til en national sundhedsreform?
- Velvilje hos regionsrådsformanden på Kommunekontaktudvalgsmødet i august
- **Det kræver en plan for opgaver, roller og økonomi, som reelt kan være vanskelig at gennemføre**



3. Bringe Sundhedskoordinationsudvalget tættere på kommunerne

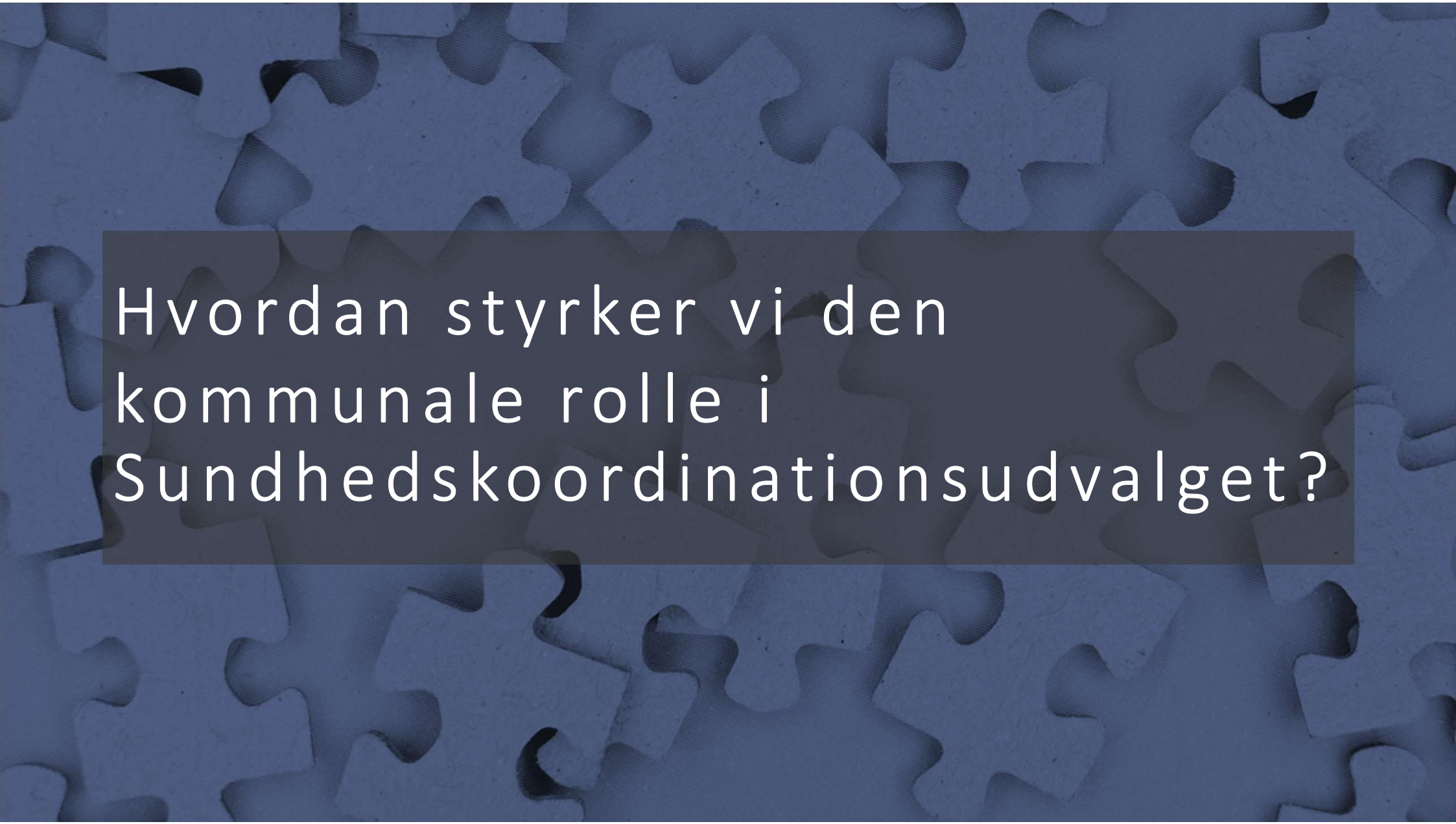
- Systematiske møder mellem Sundhedskoordinationsudvalgets kommunale medlemmer og byrådsmedlemmer fra kommunerne
- Det vil give et større kendskab til Sundhedskoordinationsudvalgets rolle og betydningen af det fælleskommunale samarbejde



4. Udpege en kommunal næstformand, der sidder i KKR

- Det vil styrke sammenhængen mellem SKU og KKR
- Det vil sikre løbende orientering, videndeling og afklaring
- Tilstræbe, at de udpegede medlemmer af SKU dækker alle sygehusoplandene




Hvordan styrker vi den kommunale rolle i Sundhedskoordinationsudvalget?

Status på arbejdet med akutplan 2020

v/Charlotte Scheppan

Sundhedsstrategisk Forum – den 17. september 2020

BAGGRUND

- Budgetforliget for 2020 i Region Syddanmark…
- Der skal arbejdes med en ny akutplan med afsæt i Sundhedsstyrelsens ”*anbefalinger for styrket akut behandling, herunder anbefalinger vedr. det præhospitale område, akutmodtagelserne (somatik og psykiatri), almen praksis, og den akutte indsats i kommunerne.”*
- Akutplanen skal *undersøge* potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulant besøg på sygehus eller indlæggelse.
- Arbejdet med udarbejdelse af en akutplan for Region Syddanmark har derfor bl.a. sammenhæng til samarbejdet mellem kommuner og sygehuse, som er beskrevet i sundhedsaftalen for 2019-2023.
- Akutplan 2020 kører i et regionalt spor.
- De dele, som direkte kommer til at kræve en kommunale indsats, vil blive videregivet til Følgegruppen for Behandling og Pleje.

OVERORDNET TIDS- OG PROCESPLAN – AKUTPLAN

- Input til akutplan fra alle relevante udvalg (februar)
- **Arbejdsgrupperne** arbejder (marts - juni)
- Generel beskrivelse af akutområdet i udvalgene (juni).
- Temadrøftelse i Regionsrådet i september 2020.
- Drøftelse af input fra **arbejdsgrupperne** i udvalgene i oktober/november 2020.
- Behandling af høringsudkast i januar 2021
- Skitse til økonomi i april/maj 2021
- Behandling af høringssvar i april/maj 2021

ORGANISERING AF ARBEJDET MED AKUTPLAN 2020

Én overordnet akutplansstyregruppe med kommunal repræsentation:

- *Sundhedschef Charlotte Scheppan, Odense Kommune*
- *Social- og Sundhedsdirektør Irene Ravn Rossavik, Middelfart Kommune*

Styregruppen refererer til Koncernledelsesforum i Region Syddanmark.

Arbejdsgrupper:

1. Koordinering af visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer
2. Det akutte patientforløb for psykisk syge og psykisk sårbare patienter
3. Forløb for akutte hjertepatienter
4. Lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene

- Plus: Overvejelser om efterfølgende styrkelse af det præhospitale område

ARBEJDSGRUPPE 1: KOORDINERING AF VISITATIONEN AF DEN AKUTTE PATIENT PÅ TVÆRS AF SEKTORER

Bidrage med **anbefalinger til det samlede arbejde med akutplanen 2020** – herunder **hvordan Region Syddanmark skal implementere** Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte arbejde.

Formål:

- at sikre at patienter med behov for en **akut sundhedsindsats oplever en høj og ensartet kvalitet uanset geografi**
- at der opleves **sammenhæng i sundhedstilbuddene** på tværs af faglighed og sektorgrænser
- at alle patienter ved behov oplever at få **rette tilbud til rette tid på rette sted af rette kompetence**.

Organisering:

- Sygeplejefaglig direktør Eva Nielsen, Sygehus Sønderjylland (**formand**)
- Oversygeplejerske Hanne Andersen, **FAM**, Sygehus Lillebælt
- Oversygeplejerske Jette Kynde Schøtz, **FAM**, Sydvestjysk Sygehus
- **Præhospital** chef, Gitte Jørgensen, Sundhedsplanlægning, Region Syddanmark
- Økonomi og planlægningschef Berit Matzen, **Psykiatrisygehuset**
- Praksiskonsulent Thomas Laungaard, Brørup lægehus
- Chef for Sundhed og forebyggelse, Jette Mark Sørensen, Odense Kommune
- Ældre- og rehabiliteringschef, Kirsten Dyrholm Hansen, Vejen Kommune
- Chef for Sundhed og Rehabilitering, Judith Poulsen, Nordfyns Kommune

ARBEJDSGRUPPENS TIDSPLAN OG LEVERANCER

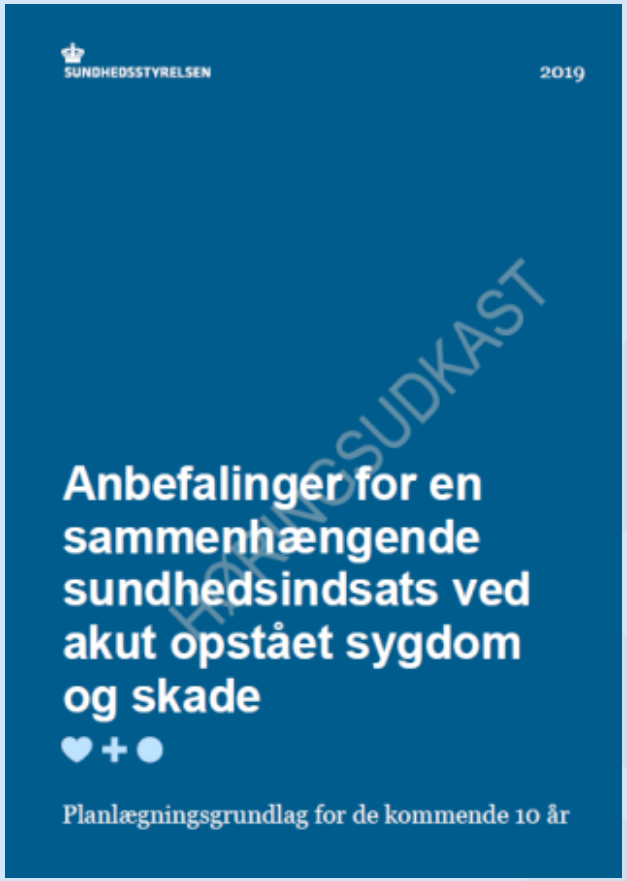
- **Leverance 1:** 10.juni til Akutplansstyregruppen → **angivelse af retning og indsatser** for arbejdsgruppen, samt **kortlægning** af hvordan koordinering og visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer foregår i dag.

- **Leverance 2:** 26.juni til Regionsrådet → **Konkretisering af indsatser** og **oplæg i Regionsrådet** om forslag til koordinering og visitation af den akutte patient på tværs af sektorer

SUNDHEDSSTYRELSENS ANBEFALINGER 2019

32 anbefalinger

- Praksis
- Kommuner
- Præhospital indsats
- Somatik
- Psykiatri



Høringssvar fra KL påpeger:

- Styrket indsats i kommunerne og almen praksis kunne forebygge indlæggelser
- Taler ind i en klassisk forståelse af sundhedsvæsenets rollefordeling
- Ingen nye opgaver til kommuner eller grundlæggende ændret opgavevaretagelse
- Ingen finansiering trods anbefalinger udover de opgaver, som kommunerne i dag løser
- Udfordringer vedr. deling af personfølsomme oplysninger om akutte patienter (især de for kommunerne ukendte borgere)

KOORDINERING AF VISITATION AF AKUTTE PATIENTER PÅ TVÆRS AF SEKTORER

Arbejdsgruppen arbejder alene med følgende anbefalinger:

- Anbefaling 1: Samarbejde om borgerrettet visitation
- Anbefaling 2: Samarbejde i sundhedsfaglig visitation
- Anbefaling 4: Kompetencer i den borgerrettede visitation
- Anbefaling 16: Udvikling af samarbejde mellem sygehus og kommunale akuttilbud
- Anbefaling 29: Adgang til centrale patientoplysninger på tværs
- Anbefaling 30: Integration mellem dokumentationssystemer på tværs

KONKLUSION

- Konkrete indsatser i kommunerne er nødvendige for at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. akutområdet
- Indsatserne kan være/er udgiftsdrivende for kommunerne
- Ifølge KL er der ikke finansiering af de kommunale indsatser i medfør af Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- De dele, som direkte kommer til at kræve en kommunale indsats, vil ifølge Region Syddanmark blive videregivet til Følgegruppen for Behandling og Pleje
- Dermed følges normale procedurer for opgaveoverdragelse/nye opgaver i medfør af Sundhedsaftalearbejdet (Model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse)

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser



Region Syddanmark

Indhold

1. Introduktion 3
2. Målgruppe 6
3. Opsporing 7
3.1. Daglig gennemgang af patienter med gentagne indlæggelser 7
3.2. Screening 9
4. Indsatser 10
4.1. Den dialogbaserede indlæggelse 10
4.2 Indsats i front 13
4.3 Den trygge udskrivelse 15
5. Tids- og implementeringsplan 17
6. Monitorering 18
7. Ressourcer og forudsætninger 18
8. Organisering 18
9. Overlevering til Det Administrative Kontaktforum 18
10. Baggrund for arbejdet 19

1. Introduktion

Når en patient indlægges gentagne gange, kan det være en stor indgriben i livet for denne og de pårørende. Ofte vil indlæggelserne være ledsaget af hyppig kontakt med almen praksis samt eventuelle forløb i kommunen.

Der er tale om en bred og kompleks patientgruppe, og gentagne indlæggelser som problemstilling kan ikke isoleres til en enkel diagnose eller aldersgruppe.

Ét eksempel kan være en multisyg patient, der tidligere har haft en hjerneblødning, og som grundet spise- og synkeproblemer har sonde. Derudover har patienten mobiliseringsvanskeligheder og inkontinens, og indlægges derfor hyppigt med lungebetændelse samt urinsvejsinfektioner. Et andet eksempel kan være en KOL-patient, der har vanskeligt ved at mestre sin inhalationsmedicin. Patienten indlægges hyppigt med midlertidige forværringer af sin kroniske lungesygdom og lungebetændelser. Et tredje og sidste eksempel kan være en ældre og sårbar patient, der lider af demens og er kognitivt svækket. Patienten glemmer at spise og drikke, og har gentagne gange været indlagt med dehydrering, urinvejsinfektion og eventuelt fald. Eksemplerne er mange, og kan desuden være yderligere kompliceret af sociale forhold og misbrugsproblemer.

Størstedelen af de patienter, der indlægges gentagne gange, har brug for akut sygehusbehandling og indlæggelse.

Men der er også en gruppe af patienter, der indlægges unødigt, og hvor en systematisk og koordineret indsats på sygehusene kan forebygge de unødvendige indlæggelser. Formålet med pakkeforløbet er formuleret i boks 1 nedenfor.

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser dækker såvel somatik som psykiatri. Pakkeforløbet er i første omgang beskrevet med afsæt i somatiske patientforløb, og en tilsvarende beskrivelse for de psykiatriske forløb er igangsat.

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser er en proaktiv indsats henvendt til patienter med mindst tre akutte kontakter (indlæggelser og akutambulante kontakter) inden for et halvt år (182 dage) med henblik på, at der tages særligt hånd om de behov, der findes hos målgruppen. Tiltagene i pakkeforløbet er formuleret under tre indsatser:

- Den **dialogbaserede indlæggelse**, hvor der skal være en dialog om, hvorvidt der er andre og bedre alternativer til en indlæggelse
- En styrket **indsats i front**, hvor der sættes målrettet ind initialt i indlæggelsesforløbet via målrettet opsporing og screening samt tidlig multidisciplinær teamkonference (MDT)
- En **tryg udskrivelse**, hvor patienten sendes hjem med en koordineret og afstemt plan for det videre forløb

Boks 1 – Formål med pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Formålet med pakkeforløbet er:

- at blive i stand til systematisk at identificere de patienter, der har særlige behov – og samlet at løfte kvaliteten i disse patientforløb.
- at understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, der finder sted – og således reducere antallet af indlæggelser.

Eftersom akutte patienter som hovedregel har første kontakt i FAM, vil den dialogbaserede indlæggelse primært være forankret i FAM. Det bemærkes, at dialogbaseret indlæggelse ikke kun er møntet på den særlige målgruppe for gentagne indlæggelser, men er henvendt til samtlige akutte patienter.

Indsats i front og den trygge udskrivelse dækker over en vifte af tiltag, der skal løftes på FAM såvel som på de medicinske afdelinger. Indsats i front og den trygge udskrivelse er målrettet den særlige målgruppe, som udgøres af medicinske patienter med mindst tre akutte kontakter inden for et halvt år.

De tiltag, som er formuleret under de respektive indsatser, anvendes allerede i varierende omfang på sygehusene i dag. Det vil således være forskelligt fra sygehus til sygehus, hvilke tiltag, som allerede er til stede på det respektive sygehus. Med pakkeforløbet er det hensigten at sikre et ensartet tilbud på tværs af sygehusene.

Følgende tiltag er dog overvejende nye for sygehusene i den variant, som de er beskrevet i pakkeforløbet:

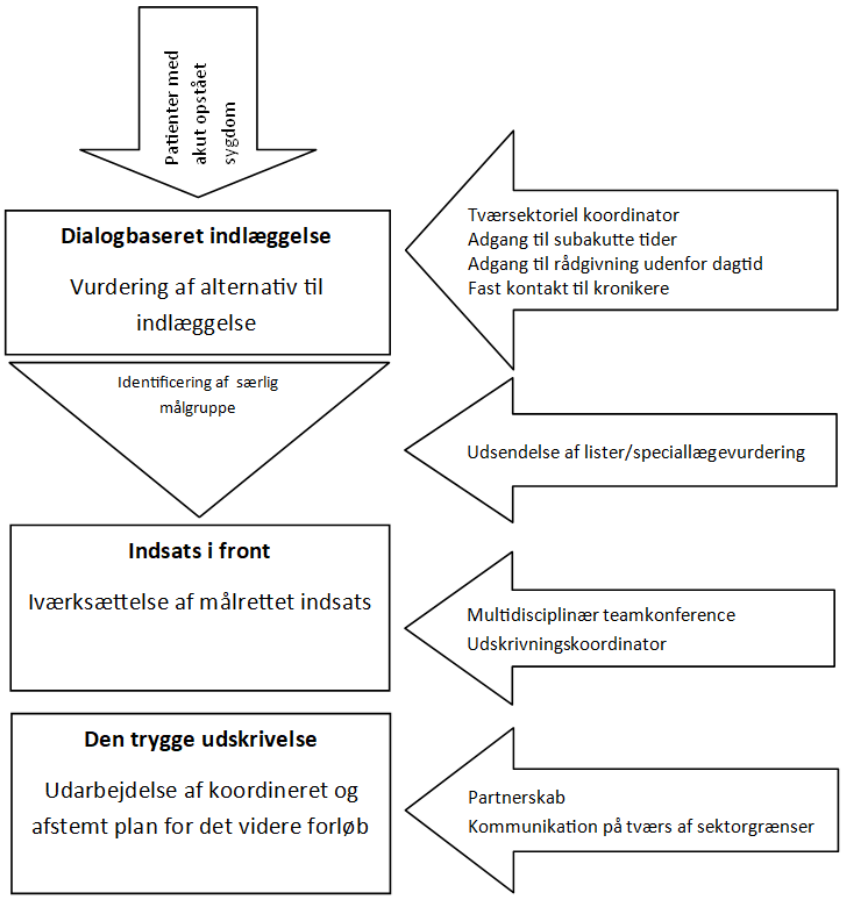
- Den tværsektorielle koordinator
- Gennemgang af lister for patienter med gentagne indlæggelser
- MDT-konferencen
- Deltagelse fra udskrivningskoordinator under forløbet og ved udskrivelse

På følgende side ses figur 1, der viser pakkeforløbet for patienter med gentagne indlæggelser i helt overordnede træk.

Samarbejde med kommuner og praksis

Pakkeforløbet for patienter med gentagne indlæggelser beskriver primært indsatser, som involverer sygehusene. Dette med henblik på at sikre, at sygehusene har det bedst mulige tilbud til målgruppen. Imidlertid kan indsatsen på sygehusene ikke stå alene og fordrer et tæt og velfungerende samarbejde med kommuner og praksis. Der er derfor arbejdet på at sikre en konneks til arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-23, hvor *Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser* er formuleret som en konkret indsats i hele Sundhedsaftaleperioden under Følgegruppen for Behandling og pleje (se også afsnit 9 - Overlevering til Det Administrative Kontaktforum).

Figur 1 - Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser



2. Målgruppe

Pakkeforløbet er målrettet medicinske patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter indenfor et halvt år (182 dage) på den samme sygehusenhed[1]. Se boks 2 for definition af gentagne indlæggelser[2].

Med henblik på at vurdere volumen i målgruppen for gentagne indlæggelser er der indledningsvist i arbejdet udarbejdet et datagrundlag. Data dækker en toårig periode (2017-2018), og viser antallet af patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter inden for et halvt år.

Data er opgjort på baggrund af E-sundhedsdata og viser Sygehus-DRG-forløb. Hvert CPR-nr. figurerer kun én gang, og kan dække over flere akutte kontakter i samme forløb.

Data er afgrænset på samme vis som de nationale kriterier for akutte somatiske genindlæggelser, og er således frasorteret udvalgte aktionsdiagnoser[3].

Der er kun trukket data for borgere fra Region Syddanmark behandlet i Region Syddanmark, og patientens alder, diagnose og afdeling er fra første kontakt i første sygehusforløb.

Tabel 1 og 2 på følgende side viser antallet af patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter inden for et halvt år på de medicinske afdelinger i 2017-2018. Data er fordelt på alder og sygehus.

I data ses overordnet en overvægt af akutambulante patienter, hvorfor den største volumen per dag ses på de fælles akutmodtagelser. Der er dog også et mindre antal patienter, der indlægges på stamafdelingerne.

Derudover bemærkes det, at gentagne indlæggelser ikke er begrænset til en enkelt aldersgruppe, men at der ses en større volumen af ældre patienter på 75 år og derover.

[1] Det bemærkes, at dialogbaseret indlæggelse, udover at være henvendt til den særlige målgruppe for gentagne indlæggelser, er henvendt til alle akutte patienter.

[2] Der vil blive udarbejdet en særskilt definition for de psykiatriske patientforløb. Det bemærkes, at opgørelsen ikke indeholder data for Psykiatrisygehuset.

[3] Data er frasorteret aktivitet vedrørende hospice, hjernedøde, telemedicinsk behandling, samt telefon og e-mail konsultationer og ikke-takstbærende aktivitet. Derudover ses der bort fra kræft-forløb, fødsler, den radiologiske aktivitet som praksissektoren får foretaget på de offentlige sygehuse, Stenoaktivitet og raske ledsagere. Ude-/hjemmebesøg er frasorteret, hvis én af eller begge procedurekoderne, AAF6 og AAF7, er tilknyttet én eller flere af DRG-kontakterne, der indgår i DRG-sygehusforløbet.

Boks 2 - Definition af gentagne indlæggelser

- Gentagne indlæggelser dækker over medicinske patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter inden for et halvt år (182 dage)
- Akutte kontakter dækker over akutambulante kontakter og akutte indlæggelser
- De akutte kontakter skal være på samme sygehusenhed

Tabel 1 - Indlagte patienter på medicinske afdelinger, 2017-2018

Sygehus	18 - 64	65 - 69	70 - 74	75+	Hovedtotal	Pr. dag
Odense Universitetshospital	652	209	276	596	**1.733**	**2,4**
Sygehus Lillebælt	245	86	154	401	**886**	**1,2**
Sydvestjysk Sygehus	179	64	86	299	**628**	**0,9**
Sygehus Sønderjylland	241	95	150	384	**870**	**1,2**
Hovedtal	**1317**	**454**	**666**	**1680**	**4117**	**5,6**
Pr. dag	**1,8**	**0,6**	**0,9**	**2,3**	**5,6**	

Tabel 2 - Akutambulante patienter på medicinske afdelinger, 2017-2018

Sygehus	18 - 64	65 - 69	70 - 74	75+	Hovedtotal	Pr. dag
Odense Universitetshospital	1.793	373	524	1.712	**4.402**	**6**
Sygehus Lillebælt	531	130	181	664	**1.506**	**2,1**
Sydvestjysk Sygehus	1.579	388	525	1.556	**4.048**	**5,5**
Sygehus Sønderjylland	1.598	219	310	1.071	**3.198**	**4,4**
Hovedtal	**5.501**	**1.110**	**1.540**	**5.003**	**13.154**	**18,0**
Pr. dag	**7,5**	**1,5**	**2,1**	**6,9**	**18,0**	

3. Opsporing

Omdrejningspunktet for at iværksætte konkrete tiltag for målgruppen er at blive i stand til at identificere patienterne. I pakkeforløbet lægges der derfor op til en dataunderstøttelse, hvor der dagligt udsendes lister til de kliniske afdelinger. Herudover vil opsporingen involvere, at listerne gennemgås ved speciallæge med henblik på en konkret vurdering af den videre indsats.

3.1. Daglig gennemgang af patienter med gentagne indlæggelser

For at blive i stand til at identificere patienter, som inden for det sidste halve år har haft mindst tre akutte kontakter, er det nødvendigt med dataunderstøttelse af opgaven.

Ved hjælp af en algoritme er det muligt at genere lister til de kliniske afdelinger, som viser, hvor mange patienter i målgruppen, der er, eller netop har været, på afdelingen[4].

[4] Arbejdet er blandt andet inspireret af Aktiv Patientstøtte, hvor målgruppen ligeledes identificeres via en algoritme.

Der er i september 2019 afviklet et fire ugers pilotprojekt, hvor Akutafdelingen på Kolding Sygehus og Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital har modtaget lister over patienterne i målgruppen. Se data for pilotperioden i boks 3 nedenfor.

Den daglige gennemgang af patienter med gentagne indlæggelser tager afsæt i lister, der indeholder:

- en linje for hver af de kontakter, patienten har haft inden for det sidste halve år
- patientens CPR.nr. og navn
- aktionsdiagnose
- afdeling forløb
- afdeling kontakt
- startdato kontakt
- slutdato kontakt

Data bliver trukket via COSMIC og udsendes inden kl. 11.00 på hverdage. I pilotperioden er listerne trukket manuelt, men udtrækket skal fremadrettet automatiseres på en server. Data dækker over patienter, som blev indlagt inden kl. 18.00 den foregående dag. Med COSMIC-online vil det forventeligt på sigt blive muligt at få data med mindre forsinkelse[5].

[5] Der skal arbejdes videre med set-up omkring udsendelse af listerne, listernes layout samt oplæring i anvendelse af listerne.

Boks 3 - Data for pilotperioden

Geriatrisk Afdeling ved Odense Universitetshospital har i perioden den 16. september 2019 til den 2. oktober 2019 haft 17 patienter på listen over gentagne indlæggelser fordelt med et dagligt antal på 0-3 patienter.

Akutafdelingen ved Kolding Sygehus har i perioden den 17. september 2019 til den 2. oktober 2019 haft i alt 114 patienter på listen over gentagne akutte kontakter på tværs af specialer fordelt med et dagligt antal på 7-14 patienter. Hvis der kun ses på de medicinske patienter på Akutafdelingen, har der i samme periode været i alt 54 medicinske patienter på listen over gentagne akutte kontakter fordelt med et dagligt antal på 3-9 patienter.

På baggrund af gennemgangen af listerne er der identificeret tre overordnede kategorier inden for målgruppen:

1. Patienter, som er ældre og multisyge
2. Patienter med sociale forhold som medvirkende årsag til genindlæggelse
3. Patienter med misbrugsproblemer eller dobbeltdiagnose

3.2. Screening

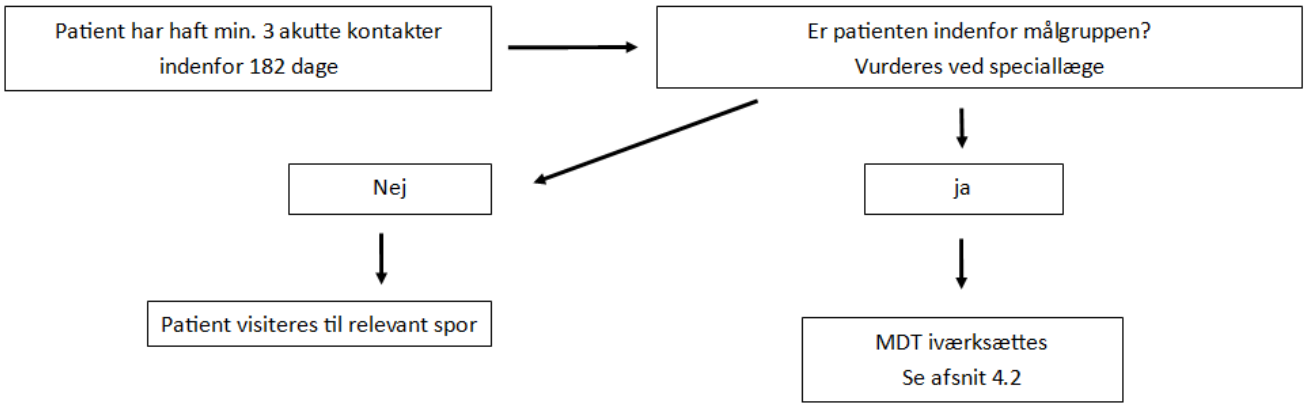
Eftersom der er tale om en bred og kompleks patientgruppe, er det nødvendigt, at speciallægen foretager en overordnet screening af de patientforløb, som fremgår af dagens liste over patienter med gentagne indlæggelser.

Det er speciallægen, der vurderer, hvorvidt der skal iværksættes tiltag i relation til den pågældende patient. I nogle tilfælde vil det være speciallægens vurdering, at der ikke aktuelt skal iværksættes yderligere tiltag.

Såfremt en patient vurderes i målgruppen for pakkeforløb for gentagne indlæggelser, iværksættes en multidisciplinær teamkonference (MDT) med deltagelse af relevante fagpersoner. Dette beskrives yderligere i afsnit 4.2.

Se figur 2 nedenfor, der illustrerer den indledende screening af patienter i målgruppen.

Figur 2 - Indledende screening af patienter i målgruppen



4. Indsatser

Nedenfor beskrives de konkrete indsatser, som pakkeforløbet dækker over. Indsatserne relaterer sig til henholdsvis indlæggelsen, selve behandlingsforløbet på sygehuset og udskrivelsen. Nogle indsatser går dog på tværs af hele patientforløbet.

4.1. Den dialogbaserede indlæggelse

Indsatserne, som relaterer sig til selve indlæggelsessituationen, afviger fra de øvrige indsatser i pakkeforløbet, da de henvender sig til alle patienter, som bliver henvist til akut behandling på sygehuset.

Eftersom de fleste akutte patienter går igennem FAM, vil indsatserne i forhold til dialogbaseret indlæggelse være forankret på FAM.

Der lægges op til, at der i forbindelse med alle akutte kontakter på sygehuset skal være en dialog om alternativer til en akutambulant kontakt eller indlæggelse på sygehuset.

Her skal det afklares, om patientens forløb i stedet kan klares med en subakut tid i et relevant ambulatorium, i en kommunal akutplads med opbakning fra egen læge eller i hjemmet ved den kommunale akutsygepleje og pårørende.

Fra sygehusets side er **den tværsektorielle koordinator** en central figur i den dialogbaserede indlæggelse med sit overblik over de kommunale tilbud og tilbud i almen praksis.

Den tværsektorielle koordinator har særligt til opgave at varetage dialogen omkring indlæggelsen sammen med visitationsfunktionen på FAM. Se boks 4 for en uddybende beskrivelse af den tværsektorielle koordinators rolle.

Et lignende tiltag ses i Sundhedsvisitationen i Midtklyngen i Region Midtjylland. Sundhedsvisitationen er bemandet af rutinerede sygeplejersker med et indgående kendskab til de tilhørende kommuner og sygehusets akutfunktion. Formålet med Sundhedsvisitationen er at kunne tilbyde kommunale tilbud til vagtlægen i vagttid samt henvise til akut indlæggelse og subakutte ambulatorietider.

Boks 4 - Den tværsektorielle koordinator

- Refererer til FAM.
- Varetager dialogen omkring indlæggelse med visitationsfunktionen på FAM.
- Har indgående kendskab til SAM:BO aftalerne samt til kommunernes tilbud præ og post indlæggelse, samt relevante forebyggende kommunale muligheder.
- Reducerer unødvendige indlæggelser gennem oplysning til praksislæger og vagtlæger om de alternative tilbud til indlæggelse, som findes i kommunerne i sygehusets optageområde.
- Etablerer og udbygger det gode samarbejde mellem FAM, praktiserende læger, akutteams og relevante områder i den kommunale sektor.
- Samarbejder med udskrivningskoordinatoren (se også afsnit 4.2) om opdatering af overblik over tilbud i kommune og praksis.
- Identificerer populationer, hvor der kan udvikles et bedre forløb og forebygge unødvendig indlæggelse.

Den dialogbaserede indlæggelse indeholder, ud over den tværsektorielle koordinator, fire forskellige tiltag, som beskrives nedenfor:

1. Overblik over tilbud i kommuner og almen praksis

Sygehuset har ansvaret for at udarbejde og vedligeholde lister over tilbud i kommuner og almen praksis, som i en indlæggelsessituation vil kunne hjælpe faggrupper i begge sektorer med at finde det bedste tilbud i forhold til opfølgning efter akut sygdom og/eller forebyggelse af nyopstået behov for endnu en kontakt.

Se overblik over, hvad der skal indgå i listerne i boks 5 og 6 nedenfor.

I overblikket over tilbud i almen praksis (boks 6) oplyses om lokalaftalerne. Formålet er at understøtte, at lokalaftalerne er kendte og anvendes i relevante patientforløb med henblik på at sikre, at det er de rette patienter, der indlægges.

Den tværsektorielle koordinator sørger for den løbende opdatering af listerne, så listerne er tidssvarende.

.

Boks 5 – Overblik over kommunale tilbud

- Åbningstid i visitation og akutteam samt telefonnumre
- Akutpladser
- IV-behandling
- Midlertidige-pladser og genoptræningspladser
- Hjælpemidler
- Relevante oplysninger om kliniske værktøjer:
    - Observation og vurdering af borgeren ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet)
    - Sikker mundtlig kommunikation med læge om observationsfund for eksempel ved ISBAR-metoden
    - Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser
- Akutfunktions tilbud i forhold til bedside-analyser
- Overblik over adgang til lægeordineret behandling i kommunen
- Øvrige tilbud

Boks 6 – Overblik over tilbud i almen praksis

- Indgåede lokalaftaler:
    - Forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser (Ikrafttræden 01-03-19)
    - Rammeaftale om anvendelse af telemedicin i almenpraksis (ikrafttræden 15-03-18)
    - Særlig socialmedicinsk indsats for sårbare borgere og familier (ikrafttræden 01-03-19)
    - Indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid (ikrafttræden 01-03-19)
    - Honorering af de praktiserende læger eller praksissygeplejerske for deltagelse i udskrivningskonferencer på sygehusene (ikrafttræden 01-04-11)
    - Opfølgning og koordination efter indlæggelse (ikrafttræden 01-03-19)

2. Rådgivning fra specialister i FAM udenfor dagtid til akutteam og vagtlæge

Der er i dag mulighed for, at akutteams og almen praksis kan indhente faglige råd ved specialister på sygehusene i dagtid. Der lægges op til, at denne mulighed i højere grad skal anvendes i forbindelse med vurdering af, om patienten skal indlægges.

Via rådgivningsfunktionen skal der yderligere være mulighed for, at akutteams og vagtlæger kan indhente faglige råd udenfor dagtid ved kontakt til specialister i FAM. Her skal der være særlig opmærksomhed på, at lægevagten ikke har adgang til patientens journal, og at patienten derfor eventuelt indlægges "for en sikkerheds skyld".

3. Adgang til subakutte tider

Der skal være kendskab til og tilbud om subakutte tider i specialambulatorier på tværs af alle fem sygehusenheder. Tilbuddet om subakutte tider anvendes allerede i et vist omfang på sygehusene. Der skal være direkte adgang til at booke subakutte tider.

4. Kronikere skal have fast kontakt til specialafdeling

Kronikere skal efter en konkret vurdering have en fast kontakt på den specialafdeling, hvor patienten er tilknyttet. Den faste kontakt kan eventuelt også formidles til egen læge og udgøre egen læges mulighed for at få rådgivning om patientens sygehusforløb.

Den faste kontakt kan eventuelt enten være i form af et telefonnummer til afdelingen eller et telefonnummer til den patientansvarlige læge.

En fast kontakt kan være en god løsning for patienter med stor sygdomsindsigt, og hvor en direkte kontakt til "kendte specialister" vil øge tryghed og muligvis også egenomsorgsevnen hos patienten. Via den faste kontakt kan patienten få hjælp til at vurdere behovet for yderligere henvendelse til sygehuset.

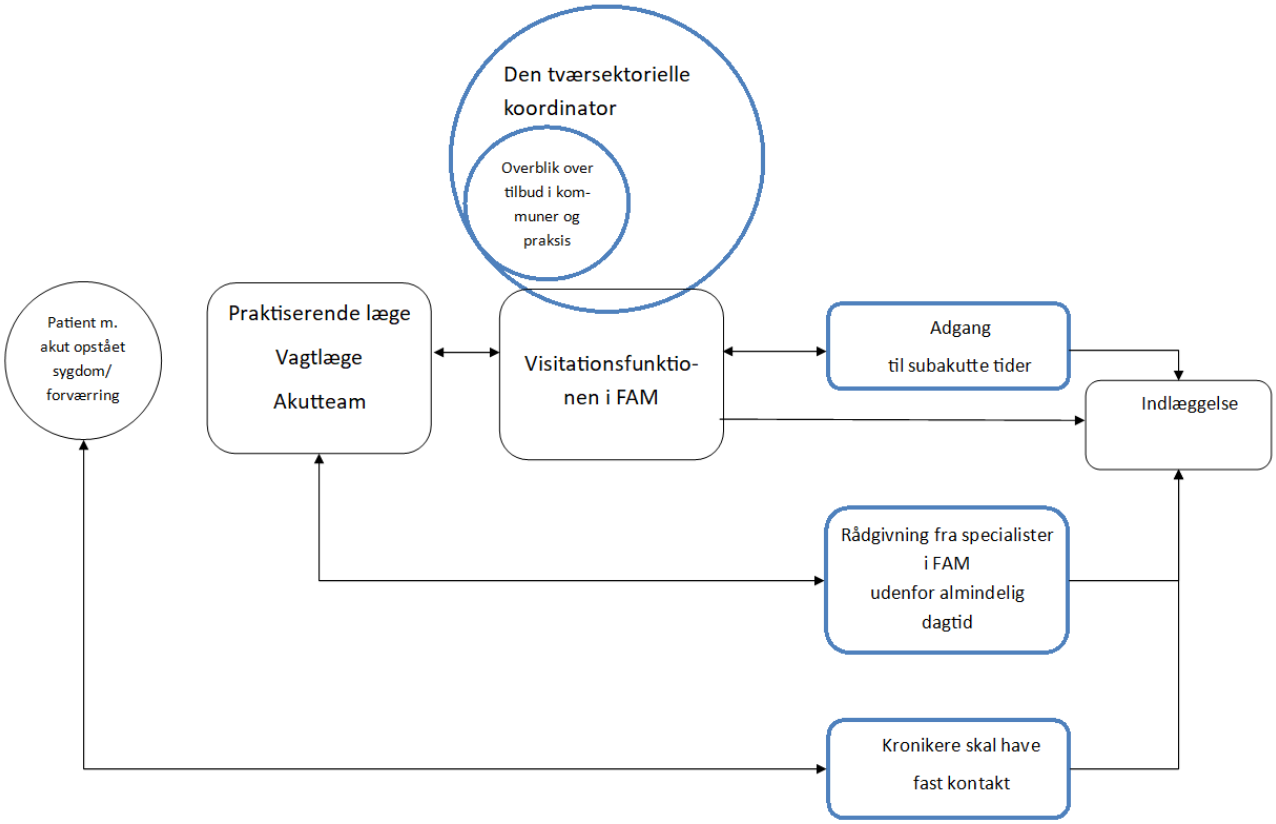
En fast kontakt kan blandt andet være relevant i forhold til følgende patientgrupper:

- Kronisk lunge- og hjertesyge patienter
- Patienter med kroniske tarmsygdomme
- Diabetespatienter
- Multisyge ældre patienter,
- Alkoholikere (både yngre og ældre)
- Patienter med dobbeltdiagnoser (somatisk/psykisk)

Der skal fra sygehusets side sikres en kontakt til primærsektor for etablering af tilstrækkelig opfølgende hjælp og sygepleje (for eksempel i forhold til multisyge ældre patienter).

På følgende side ses figur 3, der illustrerer den dialogbaserede indlæggelse. De tiltag, der er formuleret i nærværende afsnit, er markeret med blåt.

Figur 3 – Dialogbaseret indlæggelse



4.2 Indsats i front

Indsats i front er en målrettet indsats, som iværksættes, når speciallægen, på baggrund af de daglige lister, har vurderet, at patienten falder inden for målgruppen. Indsats i front dækker derfor både over tiltag i FAM og i de medicinske afdelinger og er målrettet de medicinske patienter.

Første indsats er en **multidisciplinær teamkonference (MDT)**, der iværksættes indledende i patientforløbet.

Til konferencen deltager relevante speciallæger (på tværs af somatik og psykiatri) og sygeplejersker, terapeut og eventuel diætist med henblik på at gennemgå patientens sygdom/sygdomme og forløb.

Patient og pårørende kan deltage på konferencen – den pårørende kan eventuelt deltage via video. Se boks 7 nedenfor for overordnede overvejelser vedrørende anvendelse af MDT.

Boks 7 - Multidisciplinær teamkonference

- Afholdes tidligt i indlæggelsesforløbet
- Med deltagelse af relevante tværfaglige aktører
- Patient og pårørende kan deltage
- Indeholder som minimum en gennemgang af alder, kort anamnese, komorbiditet, kliniske og parakliniske fund, funktionsevne og sociale forhold

I MDT-konferencen kan der med fordel være deltagelse fra en **udskrivningskoordinator** med henblik på:

- at sikre den mest hensigtsmæssige inddragelse af patient og pårørende
- at understøtte at overgange mellem afdelinger og hospitaler er koordineret
- at andre specialer involveres efter behov

Se boks 8 nedenfor for en uddybende beskrivelse af udskrivningskoordinatorens rolle.

MDT-konferencen bør som minimum indeholde:

- alder
- ultrakort anamnese
- komorbiditet
- kliniske og parakliniske fund
- funktionsevne
- sociale forhold

Ved MDT-konferencen bør det sikres, at nationale retningslinjer for diagnostik, udredning, behandling, supplerende behandling og fastlæggelse af opfølgningsprogram følges. Efter hver patientgennemgang dikteres MDT'ens anbefaling i patientjournalen.

Udover de MDT-konferencer, der målrettes den enkelte patient, kan sygehusene efter behov afholde ugentlige eller månedlige interne konferencer, hvor der drøftes komplekse cases med henblik på erfaringsudveksling og kompetenceudvikling..

På baggrund af MDT'en iværksættes følgende tre tiltag:

1. Gennemgang og forventningsafstemning med patient og pårørende

Gennemgang skal være i dialog med patient og pårørende, og det er vigtigt, at der skal sikres forventningsafstemning omkring det videre forløb. Patient og pårørende har eventuelt allerede deltaget i MDT-konferencen.

2. Koordinering

Der skal ske en koordinering med relevante aktører, som ikke har deltaget på MDT-konferencen. Dette indebærer henvisning til øvrig udredning eller til forebyggende tiltag som eksempelvis faldscreening.

3. Forberedelse af udskrivelse

Forberedelsen af udskrivelsen fordrer, at:

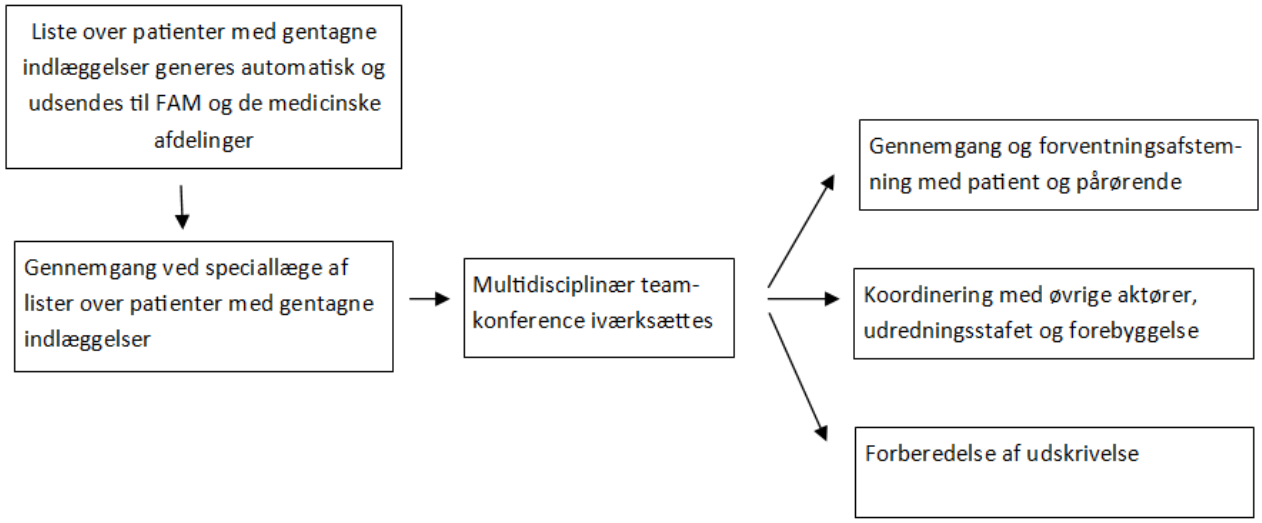
- udskrivningskoordinator bidrager med overblik over tilbud i kommune og almen praksis.
- læge kontakter eventuelt praktiserende læge.
- terapeut kontakter eventuelt kommunal terapeut.
- diætist kontakter eventuelt kommunal diætist.
- udskrivningskoordinator koordinerer det videre forløb og kontakter øvrige relevante aktører.

På følgende side ses figur 4, som illustrerer indsats i front.

Boks 8 - Udskrivningskoordinator

- Deltager i MDT'en og følger op MDT'ens konklusioner
- Koordinerer det videre forløb
- Deltager i udskrivelsessamtaler
- Er orienteret om tilbud i kommuner og praksis
- Har ansvaret for kommunikation via SAM:BO

Figur 4 – Indsats i front



4.3 Den trygge udskrivelse

Den trygge udskrivelse dækker over en række tiltag, som skal bidrage til, at patienten sendes hjem med en koordineret og afstemt plan for det videre forløb.

Målet med tiltagene er:

- at patienten og de pårørende er informeret om den videre plan og er klar over, hvem de kan henvende sig til ved eventuelle spørgsmål.
- at patientens og de pårørendes ønsker er afstemt med fagparternes viden.
- at de faglige parter, patienten og pårørende har fælles information om patientens ønsker i forhold til det fremtidige forløb.
- at informationer om behandling, pleje og omsorg videregives, og at alle involverede fagpersoner, inklusiv egen læge, har samme informationsniveau om patientens aktuelle situation og den videre plan.
- at eventuelle detaljer og uklarheder vil blive afklaret ved udskrivelsen.

Den trygge udskrivelse indebærer i forlængelse heraf, at patient og pårørende inddrages i beslutninger omkring udskrivelsen og det videre forløb (partnerskab), og at der er fokus på kommunikation på tværs af sektorgrænser samt konkrete tilbud fra sygehusets side ved udskrivelsen. Tiltag omkring udskrivelse beskrives nedenfor:

1. Partnerskab

Partnerskab dækker over, at patient og pårørende skal inddrages i beslutninger omkring udskrivelse og det videre forløb i en samtale inden udskrivelsen. Patienter og pårørende skal være informeret om fremgangsmåden og om, hvad der er muligt i forhold til det videre forløb. Der laves en nedskreven patientaftale i almindeligt lægmandssprog, som patient og pårørende kan forholde sig til. Alle informationer skal videregives så præcist som muligt til alle øvrige involvererede.

Det er vigtigt, at der er klarhed over patientens ønsker for eksempel omkring den sidste tid. Ønsker patienten forebyggende eller livsforlængende behandling? Det har betydning for, hvad der skal ske, hvis patienten bliver syg. I forhold til livsforlængende behandling skal der være særlig opmærksomhed på, at der ved udskrivelse skal laves nye aftaler med egen læge.

Der bør være fokus på at tilrettelægge udskrivelsessamtaler, således relevante parter (herunder pårørende) har mulighed for at deltage. Pårørende kan eventuelt deltage via video.

2. Kommunikation på tværs af sektorgrænser forud for udskrivelsen

Kommunikation på tværs af sektorgrænser dækker over den kommunikation, som er nødvendig for at sikre, at patientforløbet er sammenhængende og koordineret optimalt:

Udskrivningskoordinatorens opgaver:

- Deltager i MDT'en og følger op på baggrund heraf.
- Koordinerer det videre forløb og kontakter øvrige relevante aktører.
- Har kendskab til kommunale tilbud i hjemkommunen og øvrige relevante tværsektorielle indsatser.
- har ansvaret for kommunikation via SAM:BO i tæt samarbejde med det plejepersonale, der er omkring patienten.

Læge kontakter eventuel praktiserende læge.

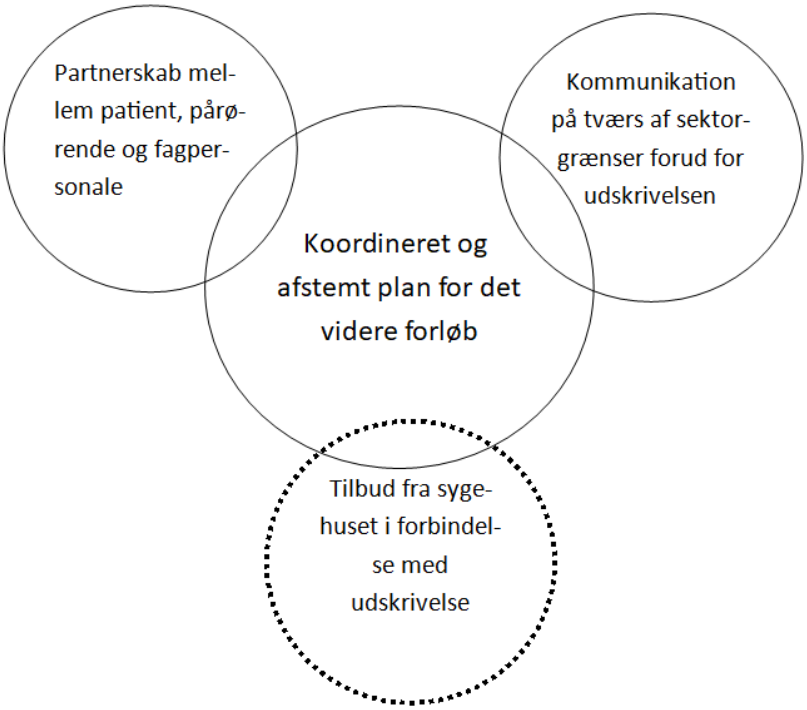
3. Tilbud fra sygehuset i forbindelse med udskrivelse

Herudover kan sygehuset, efter konkret vurdering, stille en række tilbud til rådighed for det videre forløb:

- Følge-hjem ordning, hvor en regional sygeplejerske følger patienten med hjem og mødes med den kommunale sygeplejerske.
- Ringe-hjem ordning, hvor en regional sygeplejerske ringer til hjemmet eller den kommunale sygeplejerske efter udskrivelse.
- Videosamtale med patient og pårørende i hjemmet.

Nedenfor ses figur 5, der illustrerer den trygge udskrivelse.

Figur 5 – Den trygge udskrivelse



5. Tids- og implementeringsplan

Nedenfor ses tidsplan for godkendelsen af pakkeforløbet for patienter med gentagne indlæggelser:

- Planlægningsmøde: 27. november 2019
- Sundhedsudvalget: 10. december 2019
- Psykiatri- og socialudvalget: 7. januar 2020 (til orientering)
- Udvalget for det nære sundhedsvæsen: 13. januar 2020
- Forretningsudvalget: 15. januar 2020
- Regionsrådet: 27. januar 2020

Der lægges desuden op til, at der skal orienteres om sagen i henholdsvis Det Administrative Kontaktforum, i Sundhedskoordinationsudvalget og i relevante fora for de praktiserende læger, da der i arbejdet er en snitflade til det videre arbejde med *Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser* i regi af Følgegruppen for Behandling og pleje jf. det Administrative tillæg til Sundhedsaftalen 2019-2023.

Herudover ønskes der en dialog med henholdsvis kommune og praksis om de ændrede arbejdsgange og nye tilbud på sygehusene. Det er vigtigt, at primærsektor kender til sygehusenes tiltag, og at der etableres smidige kommunikationsveje.

Implementering af pakkeforløb

Der lægges op til, at pakkeforløbet implementeres i to tempi. Først afprøves pakkeforløbet. På baggrund af afprøvningen og den efterfølgende erfaringsopsamling og tilretning implementeres pakkeforløbet endeligt. Det foreslås, at afprøvningen finder sted i 2020, og at endelig implementering sker primo 2021. Nedenfor i figur 6 ses tidsplan for implementering og evaluering af pakkeforløbet.

Med henblik på at sikre, at alle sygehuse opnår erfaringer med de tre indsatser i pakkeforløbet (dialogbaseret indlæggelse, indsats i front og den trygge udskrivelse), er der lagt op til, at sygehusene afprøver:

- dialogbaseret indlæggelse på den fælles akutmodtagelse
- indsats i front og den trygge udskrivelse på mindst én medicinsk afdeling/afsnit

Sygehusene indgår med følgende afdelinger i forhold til pilotafprøvningen:

- Odense Universitetshospital: FAM og Geriatrisk Afdeling, OUH
- Sygehus Lillebælt: FAM og Medicinske Sygdomme, Kolding
- Sygehus Sønderjylland: FAM og Medicinske Sygdomme, Sønderborg
- Sydvestjysk Sygehus: FAM og Kardiologisk Afsnit, Esbjerg

Psykiatrisygehuset udarbejder en særskilt procesplan for afprøvning og implementering.

Figur 6 – Implementeringsplan

IMPLEMENTERINGSPLAN PAKKEFORLØB FOR GENTAGNE INDLÆGGELSER	2020											2021
	Feb	Marts	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Forberedelse af pilot												
Pilot afvikles												
Erfaringsopsamling												
Tilretning af pakkeforløb												
Fuld implementering på medicinske afdelinger												

6. Monitorering

Nedenfor beskrives overvejelserne vedrørende monitorering i relation til pakkeforløb for gentagne indlæggelser.

Der lægges op til monitorering af:

- Data på patienter på lister, som genereres ud fra algoritmen beskrevet i afsnit 3.1
- Data på patienter, som efter gennemgang af lister inkluderes i målgruppen jf. afsnit 3.2
- Eventuelt sammenlignende analyse
- Undersøgelse af patienttilfredshed

Det skal nærmere kvalificeres, hvilke variable det er relevant at monitorere på. Derudover skal der være fortsat opmærksomhed på, hvad der kan konkluderes på baggrund af data, da målet i sig selv ikke udelukkende er en reduktion i antallet af kontakter.

Der er fra national side fastlagt en monitorering af nærhedsfinansieringen, hvor der monitoreres på relevante indikatorer i forhold til fire af de fem principper på regionsniveau. Der vil ligeledes i Region Syddanmark blive monitoreret på udvalgte indikatorer vedrørende nærhedsfinansieringen på sygehus- og afdelingsniveau.

7. Ressourcer og forudsætninger

Det vurderes, at en fuld implementering af pakkeforløbet på henholdsvis FAM og de medicinske afdelinger vil kræve:

- at opgaverne, som er beskrevet i forhold til den tværsektorielle koordinator samles til en funktion, og arbejdsgange tilrettelægges, så der tages højde for etableringen af den nye funktion.
- at der sættes tid af til, at speciallæger kan gennemgå de daglige lister over patienter med gentagne indlæggelser.
- at der sættes tid af til, at relevante fagpersoner kan mødes til multidisciplinære teamkonferencer.
- at opgaverne, som er beskrevet i forhold til udskrivningskoordinatoren samles til en funktion, og arbejdsgange tilrettelægges, så der tages højde for etableringen af den nye funktion.
- at der afsættes tid til implementering af øvrige tiltag.
- at der i en indkøringsperiode afsættes projektlederressourcer til projektet.

8. Organisering

Der lægges op til, at Koncernledelsesforum løbende orienteres om status på implementering af pakkeforløbet på sygehusene i 2020.

9. Overlevering til Det Administrative Kontaktforum

Der har i arbejdet med pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser været fokus på at sikre en konneks til Sundhedsaftalen 2019-23, hvor *Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser* er formuleret som en konkret indsats i hele Sundhedsaftaleperioden under Følgegruppen for Behandling og pleje.

Der lægges op til, at der sker en overlevering af arbejdet til Det Administrative Kontaktforum, når pakkeforløbet er politisk behandlet i Region Syddanmark.

Arbejdsgruppen vedrørende pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser har, som led i arbejdet, peget på forslag til udvikling af det tværsektorielle samarbejde. Se boks 9 på følgende side for en beskrivelse af disse forslag. Det bemærkes, at det i sidste ende vil være borgerens samlede situation og problemstilling, som afgør, hvilke tilbud henholdsvis sygehus og kommuner vurderer relevante i den konkrete situation.

Boks 9 - Forslag til udvikling af det tværsektorielle samarbejde

Tværsektoriel multidisciplinær teamkonference (MDT)
I særligt komplekse tilfælde kan det være en fordel, hvis relevante aktører fra sygehus/kommune/almen praksis kan deltage i en MDT for at lave den bedste plan for patienten.

Fælles møder mellem speciallæger og plejehjemslæger
Odense Universitetshospital (OUH) har gode erfaringer med fælles møder med de praktiserende læger. Det kan overvejes at etablere mødeforum mellem geriatriske læger og plejehjemslæger med henblik på vidensdeling om patienten.

Udskrivelse
Der er gode erfaringer med konkrete aftaler i forbindelse med udskrivelser. Der kan eventuelt arbejdes videre med:

- Fremskudt visitation, hvor kommunale visitatorer møder op på sygehuset, når en patient indlægges med henblik på at tilrettelægge en god udskrivelse
- Telefonisk kontakt til myndighedsfunktionen i kommunerne eller den kommunale sygepleje uden for deres åbningstid
- Forslag om udbredelse af videokonferencer mellem sygehus og kommune ved eksempelvis udskrivelsessamtaler. Formålet er blandt andet at sikre en systematisk overlevering til kommunen i forhold til patientens videre behandling

Forebyggelse af gentagne indlæggelser
Der er ønske om, at der sættes yderligere fokus på kommunale tilbud, som kan være et alternativ til en indlæggelse. Det kan for eksempel være:

- Midlertidige pladser/aflastningspladser
- Der kan eventuelt arbejdes videre med tilstedeværelse i eget hjem, som det ses i nogle kommune
- Støtte- og aflastning i hjemmet til pårørende, der varetager pasning og pleje af den syge/svage borger
- Akutsygeplejen

Telefonstøtte til patienter
Tilbud om telefonstøtte til patienter med flere kroniske sygdomme eller andre komplekse behandlings- eller plejebehov. Der kan eventuelt indhentes erfaring fra Aktiv Patientstøtte, som aktuelt er under evaluering.

Kompetenceudvikling
Fælles kompetenceudvikling af regionale og kommunale sygeplejersker med henblik på forebyggelse af unødvendige indlæggelser.

Fælles data
Adgang til fælles data på tværs af sygehus, kommune og almen praksis.

Data alert i almen praksis/kommune
Der er ønske om, at også kommuner og almen praksis får besked, hvis der er en overvægt af gentagne akutte kontakter fra den pågældende kommune/almen praksis.

Gennemgang af samarbejdsaftaler
Indsats i forhold til at skabe bedre overblik over eksisterende samarbejdsaftaler, der er relevante i forhold til arbejdet med gentagne indlæggelser.

10. Baggrund for arbejdet

Initiativet indgår i budgetforliget for 2019. Afsættet for arbejdet er principperne for nærhedsfinansieringen, og arbejdet med pakkeforløb for gentagne indlæggelser skal ses i sammenhæng med de øvrige initiativer, som er igangsat med henblik på at sikre en lokal oversættelse af principperne for nærhedsfinansieringen.

Region Syddanmark

Tværsektorielt samarbejde
Damhaven 12, 7100 Vejle

Region Syddanmark

Opdateret tidsplan

	Dec. 2019	Jan/Feb. 2020	Feb. 2020	Mar. 2020	Apr. 2020	Maj. 2020	Jun. 2020	Jul. 2020	Aug. 2020	Sep. 2020	Okt. 2020	Nov. 2020	Dec. 2020
Godkendelse af projektforslag i USIT													
Analyse af organisering, målgrupper, arbejdsgange samt kliniske retningslinjer													
Analyse af teknisk løsning													
Analyse for potentiale for udbredelse													
Nedsættelse af projektgruppe													
Nedsættelse af styregruppe													
Interviews af klinikere													
Workshop for klinikere													
Godkendelse af projektbeskrivelse i USIT													

Mailkorrespondance mellem formandskabet for Følgegruppen for behandling og pleje og Formandskabet for Det Administrative Kontaktforum

Emne: Forespørgsel fra formandskabet for Følgegruppen for Behandling og Pleje om Involvering af kompetencegruppen for monitorering

Til formandskabet for Det Administrative Kontaktforum - på vegne af formandskabet for Følgegruppen for Behandling og Pleje, Charlotte Scheppan, Sundhedschef, Odense Kommune, og Eva Nielsen, Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Sønderjylland.

Kære formandskab,

Som nævnt på møde i Det Administrative Kontaktforum har Følgegruppen for Behandling og Pleje en omfattende opgaveportefølje, som dels skyldes videreførte opgaver fra den forudgående aftaleperiode fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse, samt nye indsatser i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023, som Følgegruppen for Behandling og Pleje arbejder med. Følgegruppen for Behandling og Pleje præsenterer på det kommende møde i DAK i den 17. september et forslag til prioritering af opgaverne, men det står allerede nu klart, at især revision og monitorering af eksisterende samarbejdsaftaler fra den forudgående aftaleperiode fylder forholdsmæssigt meget, hvilket spænder ben for arbejdet med at understøtte samarbejdet og indfri ambitionerne i den nye Sundhedsaftale (vedhæftet er både følgegruppens samlede opgaveprioritering og en liste over revisions- og monitoreringsopgaver).

På seneste møde i DAK blev det tilmed besluttet, at Følgegruppen for Behandling og Pleje får til opgave at arbejde videre med afklaring omkring en mulig ny IV-aftale i Syddanmark. I arbejdet skal indgå erfaringer fra de andre regioner, erfaringer fra anvendelsen af IV-pumperne i Region Syddanmark og en afklaring af målgrupperne for henholdsvis IV-pumperne og en mulig IV-aftale. Arbejdet skal præsenteres for Det Administrative Kontaktforum hurtigst muligt.

Formandskabet for Følgegruppen for Behandling og Pleje ønsker på baggrund af ovenstående at anmode om mulighed for at aflaste følgegruppen opgavemæssigt, for allerede nu at skabe rum til at arbejde med IV-aftalen og de nye opgaver, som understøtter målsætningerne i den nye Sundhedsaftale. Konkret foreslås, at:

- Opgaver vedr. monitorering af eksisterende samarbejdsaftaler placeres i Kompetencegruppen for Monitorering med frihed til, at kompetencegruppen kan kvalificere monitoreringen metodisk og herefter selv, eller via en nedsat arbejdsgruppe under kompetencegruppen, forestå dataindsamling og udarbejdelse af sagsfremstilling til DAK, som kan godkendes i Følgegruppen for Behandling og Pleje.

Såfremt formandskabet for DAK giver grønt lys til ovenstående forespørgsel, vil Følgegruppen for Behandling og Pleje tage kontakt til tovholderne for Kompetencegruppen for Monitorering.

Venlig hilsen

Frida Johanne Pilgaard Middelfart
Konsulent
Tværsektorielt samarbejde

E-mail: fjpm@rsyd.dk
Direkte: 24908769
Mobil:

Region Syddanmark
Damhaven 12, 7100 Vejle
Hovednummer: 7663 1000
www.rsyd.dk

Emne: Svar på Forespørgsel fra formandskabet for Følgegruppen for Behandling og Pleje om Involvering af kompetencegruppen for monitorering

Kære formandskab for Følgegruppen for behandling og pleje

Mange tak for jeres henvendelse.

Vi er meget bevidste om, at den opgaveportefølje, I har i Følgegruppen for behandling og pleje, er omfattende. Derfor er der behov for at se på, hvilke af opgaverne, det er vigtigst af få løst, så der også kan blive plads til at sætte fokus på de indsatser, der skal understøtte de politiske mål i vores nye ambitiøse sundhedsaftale. Samtidig er det også en højt prioriteret opgave at sætte arbejdet i gang vedr. afklaring omkring en mulig ny IV-aftale i Syddanmark.

Vi bakker derfor op om, at I ser på mulighederne for at aflaste følgegruppen opgavemæssigt, men vi vurderer ikke, at det er hensigtsmæssigt, at der placeres driftsopgaver i kompetencegrupperne.

Vi foreslår derfor, at I anmoder Kompetencegruppen for monitorering om at kvalificere monitoreringen af de mange samarbejdsaftaler metodisk. Som en del af opgaven kan Kompetencegruppen for monitorering – i samarbejde med relevante parter – som f.eks. repræsentanter fra Kompetencegruppen for opgaveoverdragelse, Følgegruppen for behandling og pleje samt SOF'erne – vurdere, hvorvidt og i så fald hvor ofte, en monitorering af en given aftale er relevant.

Når der foreligger et koncept og en beskrivelse af hyppigheden for monitorering, leveres dette tilbage til Følgegruppen for behandling og pleje, der godkender konceptet herfor og enten selv – eller i kraft af en arbejdsgruppe – foretager den nødvendige monitorering samt udarbejder sagsfremstillinger til DAK i det omfang, der er behov herfor.

Såfremt ovenstående giver anledning til spørgsmål, er I meget velkomne til at vende tilbage. Alternativt kan det indgå som en drøftelse af prioriteringen i opgaveporteføljen på det kommende møde i DAK den 17. september.

Venlig hilsen Arne Nikolajsen og Kurt Espersen

Venlig hilsen

Christine Lund Momme
Chefkonsulent
Tværsektorielt samarbejde

E-mail: Christine.Lund.Momme@rsyd.dk
Direkte: 29201318
Mobil: 29201318

Region Syddanmark
Damhaven 12, 7100 Vejle
Hovednummer: 7663 1000
www.rsyd.dk

Fora / udvalg:	**Formandsskabet for DAK**
Overskrift:	Godkendelse af den videre proces for en samarbejdsaftale på stomi-området
Journal-/Sagsnr:	18/25107
Sagsfremstilling:	**Samarbejdsaftale på stomiområdet** I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde omkring en ny løsning på stomiområdet, blev det i analysefasen vurderet, at et vigtigt element til at sikre en succesfuld ny tværsektoriel løsning på stomiområdet til gavn for borgere med stomi, er et tættere sundhedsfagligt samarbejde mellem region og kommuner. Et tættere samarbejde skal dels sikre ensartede tilgange i samarbejdet mellem kommuner og region, smidige sagsgange samt uvildig sundhedsfaglig rådgivning til borgere med stomi. Det er vigtigt her at pointere, at et sådant samarbejde vil være til gavn for borgere i alle syddanske kommuner, også selvom kommunen står udenfor den kommende tværsektorielle løsning. Fagpersoner i Region Midtjylland har på baggrund af samme analyse udarbejdet en samarbejdsaftale for stomi. Samarbejdsaftalen blev vedtaget i september 2019 (jf. bilag) Region Syddanmark har indgået en aftale med Region Midtjylland om at kunne få adgang til samarbejdsaftalen, således at vi i Syddanmark kan revidere denne, så den tilpasses syddanske forhold. Det Administrative Kontaktforum drøftede sagen om stomiudbuddet den 23. november 2019 og besluttede, at udskyde beslutningsprocessen i forhold til en tilslutning til løsningen og i forhold til udarbejdelse af en samarbejdsaftale, idet flere kommuner ikke var afklarede. Kommunerne har afgivet en midlertidig tilkendegivelse om, hvem der tilslutter sig stomiudbuddet. I efteråret 2020 skal kommunerne endeligt tilkendegive om de tilslutter sig. Ifølge tidsplanen er tilslutningen til stomiudbuddet fastlagt til den 30. september. Arbejdet med en revision af samarbejdsaftalen for stomi, skal derfor igangsættes snarest muligt. Optimalt set skulle samarbejdsaftalen være klar til godkendelse samtidig med, at kommunerne tilslutter sig udbuddet på stomi og tiltrædelsen af foreningen, der skal stifte stomiløsningen. Dette er imidlertid ikke realistisk, hvorfor rammerne for en syddansk aftale bør beskrives så tilstrækkeligt, at den enkelte kommune og regionen har et klart overblik over, hvad man forpligter sig til ved at tilslutte sig.
Indstilling:	Det indstilles: • at Formandskabet for DAK godkender, at opgaven omkring tilpasning af samarbejdsaftalen for stomi, forankres i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Bilag:	Bilag 1: Samarbejdsaftale på stomiområdet fra Region Midtjylland