



GÆSTEKORT

Gæstekortet er gyldigt på denne plads/adresse:

DGI Hus pladser, P-nord/P-vest

DGI Huset Vejle

Kortet er gyldigt i perioden:

19-11-18 kl. 07.00 - 19-11-18 kl. 17.00

Kortet skal være placeret synligt og let læseligt i frontruden på bilen.
Ved tilsidesættelse af bestemmelserne kan der udstedes en
kontrolafgift på på kr. 750,- pr. døgn.



Valthøjs Alle 174-176 | 2610 Rødovre | Tlf. 70 25 26 96 | www.parkzone.dk

Kære sundhedsdirektører og -chefer

Fælles Servicecenter for Telesundhed i Midtjylland har rettet henvendelse til de Syddanske Kommuner igennem Region Syddanmark og KKR Syddanmark.

Fælles Servicecenter for Telesundhed i Region Midtjylland er en tværsektoriel enhed mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner. Centeret vil tilbyde de 22 syddanske kommuner en mulighed for at gå med i en option på et udbud. Centeret har et udbud på vej omkring support og service til understøttelse af borgeres og sundhedsfagliges anvendelse af informationsteknologi via videokommunikation, telemonitorering, telemedicinske målinger, virtuelle træningsløsninger mv. Den kommende service- og supportleverandør skal blandt andet stå for service og support for borgerløsningen i KOL-programmet i den midjyske region.

Formandskabet for SSF har drøftet henvendelsen fra Midt og vurderer, at det er hensigtsmæssigt, at alle 22 kommuner får muligheden for at beslutte, hvorvidt de vil være med eller ej, da kommunerne vil have forskellig afsæt for at træffe beslutning i forhold til eget sep-up i den enkelte kommune.

Centeret er nystartet og har i opstartsfasen skullet finde sine ben at stå på, og derfor kommer henvendelsen til de syddanske kommuner på et sent tidspunkt i processen. Der er derfor behov for, at der allerede på mandag den 19. november træffes beslutning om, hvorvidt den enkelte kommune ønsker at være med i optionen eller ej. Det er derfor arrangeret således, at Per Bo Andersen fra Centeret vil være i DGI-huset på mandag fra kl. 10. Der vil derfor være mulighed for, at deltagere i både direktørmødet og SSF-mødet kan stille spørgsmål til udbuddet, og hvad det indebærer.

Se uddybende information fra Per Bo Andersen i nedenstående samt vedhæftede dokument.

Med venlig hilsen

Christina Ryborg
Specialkonsulent

E-mail: cetr@haderslev.dk
Mobil: 40281307

Gåskærgade 28, st. - 6100 Haderslev

www.faelleskommunalsundhed.dk

Fra: Per Bo Nørgaard Andersen [<mailto:PERAND@rm.dk>]

Sendt: 14. november 2018 15:42

Til: Christina Ryborg

Cc: 'Morten Kjærulff Jespersen'; Per Bo Nørgaard Andersen

Emne: Sagbeskrivelse

Kære KKR Region Syddanmark

Tilbud om at gå med på option i forhold til service- og support opgaven til Fælles Servicecenter for Telesundhed i midtjylland.

Vedhæftede redegørelse har til formål at orientere KKR bedst muligt om hvad det betyder at tage imod tilbuddet om at gå med på option. Der ønskes en hurtig stillingtagen til tilbuddet.

Baggrund

Fælles Servicecenter for Telesundhed blev 1. maj 2018, på baggrund af et 3 årigt OPI-projekt, etableret som en fællesoffentlig tværsektoriel organisatorisk enhed. Alle 19 kommuner, praktiserende læger i den midtjyske landsdel og Region Midtjylland står bag Fælles Servicecenter for Telesundhed (herefter FSC).

Den fælles vision for FSC er at skabe et fundament til enkel og tryk telesundhed for borgere og sundhedsfaglige i Region Midtjylland. FSC leverer på nuværende tidspunkt primært service og support til borgere og sundhedsfaglige via et callcenter dagligt fra kl. 07-16, samt logistik til borgere, der får sat telesundhedsudstyr op i eget hjem. Herudover ydes rådgivning ved igangsætning og skalering af telesundhedsløsninger, samt vidensopsamling og sparring omkring organisering og implementering i forbindelse med udbredelse af telesundhedsløsninger på hospitaler og i kommuner.

FSC leverer i dag support til ca. 1.000 brugere af henholdsvis sårjournalen/stomijournalen. Herudover leveres ligeledes fortsat service, support og logistik til Sundhedshotspottet til mellem 60-70 borgere med henholdsvis diabetes, KOL, hjertepatienter, samt den ældre medicinske patient udskrevet fra Regionshospitalet Horsens. Sidst leveres fortsat meget begrænset support til to virtuelle løsninger i henholdsvis Skanderborg og Syddjurs kommuner.

I fremtiden skal FSC udover at leverer service, support og logistik til telesundhedsløsninger, herunder TeleKol, også leverer support, rådgivning og logistik til produkter til hjemmebehandling. En del af sidstnævnte overfatter produkter til stomibehandling i eget hjem. Den opgave er FSC udset til at løse på vegne af kommunerne og regionen i midtjylland, som et led i et fælles tværsektorielt udbud mellem kommunerne i syd, midt, samt regionerne i de to landsdele. For at være med i udbuddet forudsættes etablering af en leverandøruafhængig support og rådgiver, samt en logistikenhed. Da FSC netop står overfor et udbud omkring service og support (incl. rådgivning omkring produkter til hjemmebehandling) er det muligt at tilbyde kommunerne og regionen i Syddanmark at gå med på option.

Hvad betyder det for kommunerne og regionen i Syddanmark at gå med på uforpligtende option?

Kommunerne og region i Syddanmark får en mulighed for at benytte optionen, på det tidspunkt man i givet fald ønsker (man er ikke forpligtet). Derved kan borgerne i Syddanmark benytte FSC's service- og supportleverandør til for eksempel at levere service- og support (samt rådgivning) til borgere der ønsker rådgivning til valg/bestilling af stormiprodukter eller rådgivning omkring sin stomi (en support og rådgivning kommuner og region i Syddanmark er forpligtet til at etablere i forbindelse med det fælles tværsektorielle udbud omkring stormi). Ønsker kommunerne og regionen i Syddanmark, at benytte optionen til andre service- og supportopgaver som ligger inden for kontrakten med den valgte leverandør, kan optionen naturligvis også benyttes til det, men igen, det er man ikke forpligtet til ved at gå med på optionen.

Ønsker kommuner og region i Syddanmark at oprette sit eget Fælles Servicecenter kan optionen i givet fald benyttes til, at man kan starte ud med at benytte samme leverandør som FSC.

Gevinsten ved at gå med på option er man i Syddanmark ikke behøver at gennemføre et udbud omkring service- og support (incl. rådgivning) udelukkende for at leve op til sin forpligtelse ind i det fælles udbud omkring Stomi. Det løser dog ikke forpligtelsen til at finde en logistik operatør til stomiprodukter, da dette desværre ikke er indeholdt i FSCs udbud og derfor ikke kan tilbydes option på.

Hvad er konsekvensen af at takke nej, tak til at gå med på uforpligtende option?

Det betyder så i relation til de forpligtende samarbejde om fælles udbud af Stomiprodukter at kommuner og regionen i Syddanmark skal i udbud på service, support og logistik opgaven på stomiprodukter.

Hvad er konsekvensen hvis nogle kommuner i Syddanmark takker ja, og andre takker nej til at gå på uforpligtende option?

Det betyder at de kommuner som takker nej, som følge af det forpligtende fælles udbud af Stomiprodukter skal i udbud på service, support og logistik opgaven på stomiprodukter.

Hvorfor er det uforpligtende at gå med på option? (opsummerende)

Det er uforpligtende for kommuner og region i Syddanmark at gå med på option da:

- det kan vælges om optionen skal benyttes (man er ikke forpligtet af at benytte, hvis man efterfølgende ikke ønsker, eller selv ønsker at konkurrenceudsætte, eller hvis man ikke er enig i den valgte leverandør)
- det kan vælges hvad optionen skal benyttes til (det kan vælges at den kun skal benyttes til Stomiprodukter og derved afhjælpe et udbud af service- og support løsning i Syddanmark som forudsættes i fælles udbud omkring stomiprodukter)
- det kan vælges at træde ind midt i kontraktperioden (man behøver ikke at være med fra aftaleindgåelsesstart)
- det kan vælges at etablere et eget Fælles Servicecenter i Syddanmark og benytte optionen til at afprøve leverandør som har kontrakt med Fælles Servicecenter i Midtjylland
- det tilbydes fuld indflydelse på valg på lige fod med kommuner og region i Midtjylland, såfremt det ønskes at gå med på option

FAQ

Relevante spørgsmål stillet og besvaret i forlængelse af tilbud om at gå med på option i forhold til service- og supportopgaven for Fælles Servicecenter for Telesundhed

Svar på spørgsmål:

- Koster det noget økonomisk at være med i optionen?

Nej, det koster ikke noget at være med i optionen

- Hvilke muligheder får de syddanske kommuner for at være med til at træffe beslutning om, hvilken leverandør, som vælges?

De syddanske kommuner inviteres via repræsentation med i udbuddet som afvikles som konkurrencepræget dialog dvs. prækvalificering december 2018/januar 2019, herefter dialog med prækvalificerede leverandører. Disse forventes gennemført inden udgangen Q1.

- Er det muligt at gå med på et senere tidspunkt, men så blot ikke have medindflydelse på valget?

Nej, det er ikke muligt at gå med på et senere tidspunkt.

- Kan kommunerne gå med i optionen uden at være med i udbuddet om service- og supportløsningen til Fælles Servicecenter?

*Nej. Hvis kommunerne vælger at gå med i optionen er man med i optionen på det hele. Men man er **ikke** forpligtet til at udnytte optionen på andet end det kommunerne og regionen i Syddanmark bliver enige om at benytte optionen til*

Med venlig hilsen / Best regards,

Per Bo Nørgaard Andersen

Daglig leder, Fælles Servicecenter for Telesundhed



Sundvej 30, indgang S,

8700 Horsens

+45 40433654

perand@rm.dk

www.faellesservicecenter.dk

Fælles Servicecenter for Telesundhed er et samarbejde mellem Region Midtjylland, de 19 kommuner, Aarhus, Favrskov, Hedensted, Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-Brandø, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Struer, Syddjurs, Viborg, samt praktiserende læger i den midtjyske region.

Sundhedsaftalen 2019-2023

Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis. Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb, der går på tværs af sektorer, med det fælles mål at sikre høj ensartet kvalitet og patienttilfredshed. Aftalen dækker et bredt og komplekst opgavefelt og omfatter borgere i alle aldre både på det somatiske og psykiatriske område.

Denne sundhedsaftale bygger videre på et stærkt og udviklingsorienteret tværsektorielt samarbejde, som har opnået mange gode resultater. Vi har eksempelvis reduceret:

- Liggetiden for de færdigbehandlede patienter på sygehusene
- Antallet af forebyggelige indlæggelser hos ældre medicinske patienter
- Antallet af akutte indlæggelser af patienter med KOL og type 2-diabetes.

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

- Flere ældre borgere
- Flere borgere med en eller flere kronisk sygdomme
- Flere borgere med psykiske lidelser

Vi skal derfor tænke innovativt og i fællesskab anvende vores ressourcer klogt og til størst mulig gavn for borgerne i Syddanmark. Det gør vi ved i fællesskab at udvikle det nære og sammenhængende sundhedshusvæsen. Det indebærer, at vi:

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

Vi vil med denne sundhedsaftale udbygge det effektfulde samarbejde mellem region, kommuner og praktiserende læger i Syddanmark. Vi ønsker at skabe et sundhedsvæsen, hvor borgeren oplever sammenhæng, tryghed og sømløse overgange. Vi vil udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance, så vi i fællesskab kan håndtere de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden.

Vi vil gøre hinanden stærkere. Kun ved fælles hjælp, gennemsigtighed i vores samarbejde og med borgere og pårørende som medskabende og ligeværdige parter, kan vi lykkes med at forbedre borgernes sundhed. Det gør det muligt for os at prioritere ressourcer til de borgere, der behøver en særlig indsats og ekstra støtte, hvormed vi skaber lighed i sundhed.

I Syddanmark baserer vi vores tværsektorielle samarbejde på værdier, der bygger på faglighed, ansvarlighed, respekt og gensidig læring. Det forventes af sundhedsprofessionelle i alle sektorer, at de til enhver tid tager ansvar for, at en borger oplever sammenhæng, tryghed og medbestemmelse i eget forløb. Det kræver, at alle parter ser ud over deres egne ansvarsområder og er bevidste om, at de sammen med andre indgår som led i en kæde, hvis borgeren skal sikres et optimalt forløb. Vi skal på tværs af sektorer tage ved lære af såvel gode

UDKAST TIL HØRINGSVERSION DEN 6. NOVEMBER 2018

som u hensigtsmæssige forløb. Samtidig er vi optaget af at måle og dokumentere effekterne af vores indsatser, for derved at sikre, at vi investerer vores ressourcer i de rette indsatser.

Udmøntning af politiske visioner og målsætninger

Nærværende sundhedsaftale er bygget op om de politiske visioner, målsætninger og virkemidler, som vi er enige om. De tydeliggør den overordnede ramme for det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde og parternes indbyrdes forpligtelser.

Den administrative del af sundhedsaftalen er beskrevet i et tillæg. Her er det fastlagt hvilke indsatser og midler, der tages i brug for, at de politiske visioner og målsætninger kan indfries. Den administrative del er således en del af sundhedsaftalen, og har samme forpligtende karakter, men den er adskilt fra selve aftalen for at sikre fokus på de politiske visioner og målsætninger.

Visioner og målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget har en overordnet vision om at styrke det tværsektorielle samarbejde, skabe mere lighed i sundhed og i fællesskab udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med afsæt i de udfordringer, vi står overfor de kommende år.

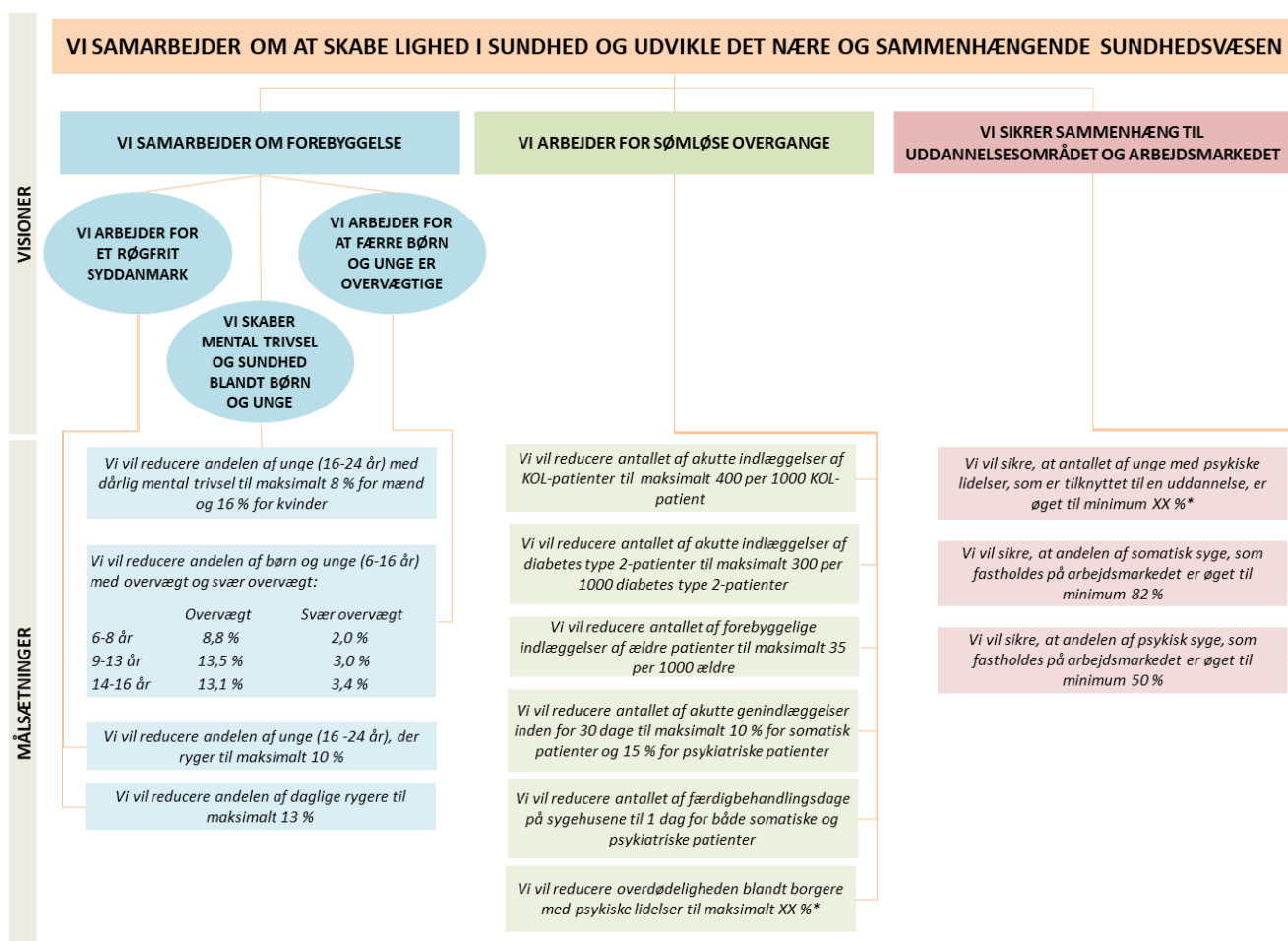
Sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet, og vi skal derfor gøre mere for at forebygge og reducere ulighed i sundhed. Sundhedsadfærd er en vigtig faktor i forhold til ulighed i sundhed. Sociale forskelle i livsstilsfaktorer, eksempelvis rygning, kan forklare en stor del af uligheden i dødelighed. Vi har derfor som overordnet vision at skabe lighed i sundhed. Det kalder på en bred palette af indsatser, og derfor er lighed i sundhed et fokuspunkt på tværs af vores visioner og målsætninger for Sundhedsaftalen 2019-2023.

Vi vil skabe lighed i sundhed for udsatte borgere inden for somatik og psykiatri. Vi vil anskue borgerens situation ud fra en helhedsorienteret tilgang, hvor vi i fællesskab er opmærksomme på de udfordringer eller barrierer, udsatte borgere kan have i forhold til behandling og rehabilitering, fx misbrug, andre sundhedsproblemer, økonomi eller boligforhold. Vi vil forsøge at mindske geografiske forskelle og vil med afsæt i en populationsbaseret tilgang sikre øget generel sundhed hos borgerne i Syddanmark. Disse fælles mål nødvendiggør, at vi tilrettelægger vores tilbud om forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering, så flere, også socialt udsatte borgere, får mulighed for at forbedre deres sundhedstilstand.

Vi vil udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så vi i fællesskab kan imødegå de udfordringer, vi står overfor. Borgerne i Syddanmark skal også i fremtidens sundhedsvæsen tilbydes indsatser af høj kvalitet og sikres let og lige adgang. Forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering skal i højere grad tilbydes tæt på borgernes hverdag og med særlig fokus på deres mestring af egen sygdom. Det betyder, at sundhedstilbud skal tilrettelægges ud fra individuelle behov, ressourcer og mål, hvilket nødvendiggør nye og innovative løsninger og samarbejdsformer. Udviklingen stiller krav om endnu stærkere samarbejde om borgerens forløb, herunder tydelig dialog og rådgivning samt den rette brug og deling af informationer.

Den overordnede vision for sundhedsaftalen udfoldes i tre visionsområder med tilhørende målsætninger.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION DEN 6. NOVEMBER 2018



* Måltallet fastsættes, når første måling på indikatoren offentliggøres i forbindelse med næste afrapportering på de otte nationale mål, forventeligt medio 2019

VI SAMARBEJDER OM FOREBYGGELSE

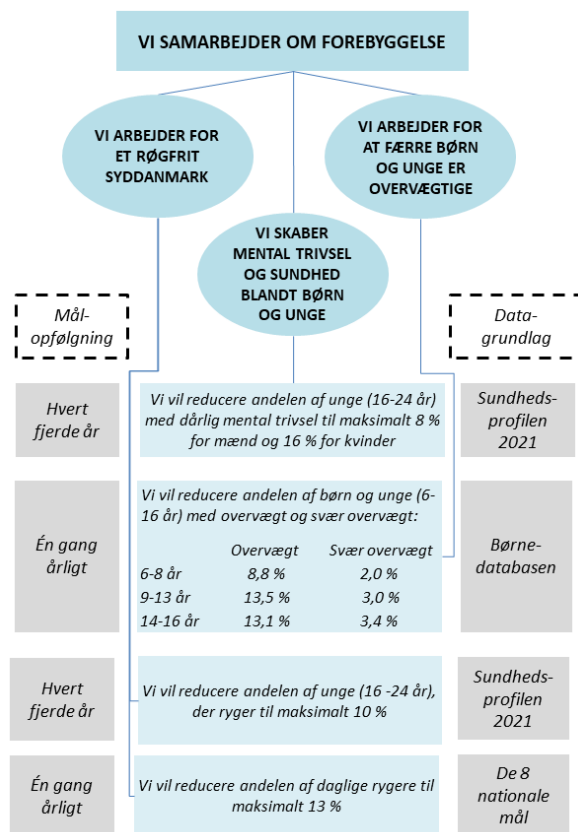
Forebyggelse er et fælles ansvar i Syddanmark. Vi vil i højere grad investere i forebyggelse og skabe flere sunde leveår for borgere i Syddanmark. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre forebyggelsestilbud, så borgerne undgår sygdom, eller at sygdom forværres.

Vi har et særligt fokus på rygning, overvægt samt mental sundhed blandt børn og unge.

VI ARBEJDER FOR ET RØGFRIT SYDDANMARK

Rygning er den enkeltstående faktor, der påvirker folkesundheden mest, både målt i sygelighed og dødelighed. Sundhedsprofilen fra 2017 viser, at 19 % af borgerne i Syddanmark ryger. Det er lige så mange som i 2013. Samtidig viser undersøgelsen, at flere unge begynder at ryge.

Vi vil bidrage til forebyggelse af røgdebut og styrke samarbejdet om rygestoptilbud. Vi har sat os som mål at reducere andelen af



UDKAST TIL HØRINGSVERSION DEN 6. NOVEMBER 2018

daglige rygere og andelen af unge, der ryger, med 1,5 procentpoint pr. år. Det betyder, at andelen af daglige rygere er faldet til 13 % og andelen af unge mellem 16-24 år, der dagligt ryger, er faldet til 10 % i Syddanmark i 2023. Samtidig vil vi have fokus på, at unge ikke udvikler et afhængighedsforhold til andre tobaks- eller nikotinprodukter som e-cigaretter og snus.

VI ARBEJDER FOR AT FÆRRE BØRN OG UNGE ER OVERVÆGTIGE.

Tal fra den Nationale Børnedatabase viser, at overvægt og svær overvægt blandt børn og unge i Syddanmark er et stigende problem. Det er kendt, at størstedelen af de overvægtige børn og unge fastholder deres overvægt som voksne. Samtidig har overvægt hos børn både fysiske og psykiske konsekvenser, især fylder psykosociale problemer meget i barndommen. Det kalder på en tidlig indsats.

Vi vil derfor bidrage til, at færre børn og unge udvikler overvægt og svær overvægt.

VI SKABER MENTAL TRIVSEL OG SUNDHED BLANDT BØRN OG UNGE

Sundhedsprofilen fra 2017 viser, at andelen af unge (16-24 år), som mistrives mentalt, i perioden 2010-2017 er steget fra 16 % til 23 % for kvinder og fra 8 % til 11 % for mænd. Der er endnu ikke nogen entydig forklaring på, hvorfor unge mistrives mentalt.

Vi vil belyse årsagerne til den dårlige mentale trivsel blandt unge og igangsætte målrettede indsatser, der i første omgang reducerer antallet af unge, der mistrives til 2010-niveau. Det betyder, at der i 2023 vil være maksimalt 16 % kvinder og 8 % mænd, som mistrives mentalt. Vi vil ligeledes have fokus på tidlig opsporing og forebyggelse af mental mistrivsel hos børn.

VI ARBEJDER FOR SØMLØSE OVERGANGE

Vi vil bygge videre på vores eksisterende samarbejde om ældre medicinske patienter og mennesker med kronisk sygdom.

Vi vil tilbyde borgerne forebyggelse, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Alle parter i sundhedsvæsenet skal levere sundhedsydelser, der er individuelt tilpasset borgeren, og som samtidig understøtter samarbejdspartnere i og udenfor egen sektor.

Vi skal se fordomsfrit på opgaveløsningen og i fællesskab tilbyde ældre medicinske patienter og borgere med en eller flere kroniske sygdomme mere sammenhængende sundhedstilbud i deres nærmiljø. Samtidig skal vi styrke deres evne og muligheder for at tage aktiv del i deres eget forløb.

VI ARBEJDER FOR SØMLØSE OVERGANGE		
Mål-opfølgning		Data-grundlag
Én gang årligt	Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 400 per 1000 KOL-patient	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type 2-patienter til maksimalt 300 per 1000 diabetes type 2-patienter	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 per 1000 ældre	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatiske patienter og 15 % for psykiatiske patienter	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for både somatiske og psykiatiske patienter	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil reducere overdødeligheden blandt borgere med psykiske lidelser til maksimalt XX %*	De 8 nationale mål

* Måltallet fastsættes, når første måling på indikatoren offentliggøres i forbindelse med næste afrapportering på de otte nationale mål, forventeligt medio 2019

UDKAST TIL HØRINGSVERSION DEN 6. NOVEMBER 2018

VI SIKRER SAMMENHÆNG TIL UDDANNELSESOMRÅDET OG ARBEJDSMARKEDET

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

Vi vil arbejde for, at andelen af borgere med psykisk sygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet øges til 51 %, og at andelen af borgere med somatisk sygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet øges til 82 % i 2023.

Vi vil styrke sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Vi vil sikre, at erhvervsaktive borgere sikkert og hurtigt kan vende tilbage i beskæftigelse efter længere tids sygefravær.

VI SIKRER SAMMENHÆNG TIL UDDANNELSESOMRÅDET OG ARBEJDSMARKEDET		
Mål-opfølgning		Data-grundlag
Én gang årligt	Vi vil sikre, at antallet af unge med psykiske lidelser, som er tilknyttet til en uddannelse, er øget til minimum XX %*	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 82 %	De 8 nationale mål
Én gang årligt	Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 51 %	De 8 nationale mål

* Måltallet fastsættes, når første måling på indikatoren offentliggøres i forbindelse med næste afrapportering på de otte nationale mål, forventeligt medio 2019

Virkemidler

Sundhedsaftalen skal ikke alene fastlægge visioner og målsætninger, den sætter ligeledes retningen for, hvordan vi arbejder sammen om at nå dem. Når vores fælles visioner og målsætninger skal omsættes til konkrete indsatser og initiativer, har vi fokus på følgende:

- **Sæt borgeren først**

Værdiskabelse for borgere og pårørende er omdrejningspunktet for vores indsatser og initiativer i sundhedsaftalesamarbejdet. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Alle parter har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden.

Når vi udvikler og implementerer indsatser i sundhedsaftalen, gør vi det i tæt samarbejde med borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle. Vi inddrager civilsamfundet og frivillige, hvor det giver værdi for vores samarbejde og borgeren.

- **Tænk nyt – nye samarbejdsformer**

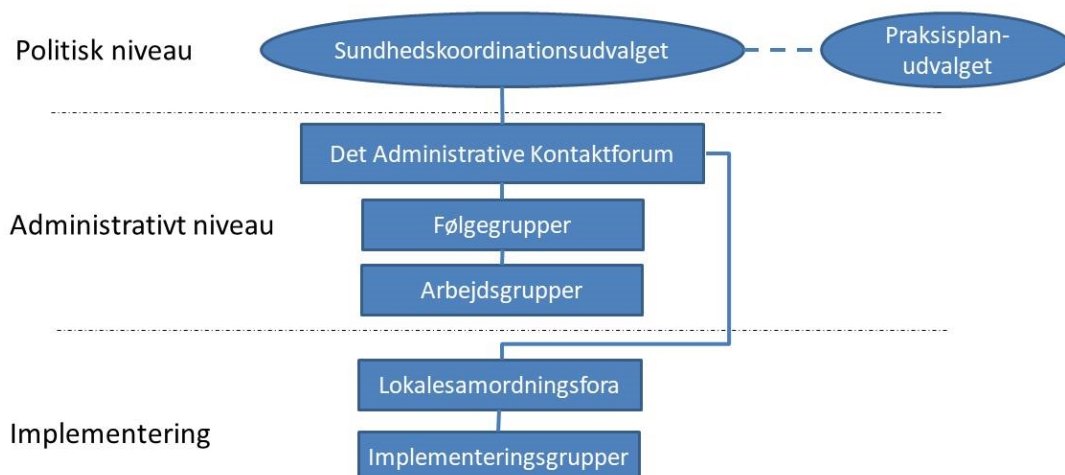
Vi har i Syddanmark en styrkeposition i forhold til anvendelsen af sundhedsteknologi, digitale løsninger og telemedicin, som vi vil anvende til at udvikle løsninger på fremtidens udfordringer. Sundhedsaftalen skal styrke sammenhæng og fortsat understøtte en effektiv og bæredygtig anvendelse af ressourcer i sundhedsvæsenet.

Vi vil videreudvikle vores eksisterende samarbejde om elektronisk kommunikation og koordinering af patientforløb, med det formål at styrke trygheden for den enkelte borger. Vi vil udvikle nye samarbejdsformer og samarbejdsaftaler, som muliggør, at borgere kan tilbringe mindre tid på sygehusene og mere tid i eget nærmiljø og hverdagsliv.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION DEN 6. NOVEMBER 2018

Organisering

I Syddanmark har vi opbygget en solid og velfungerende tværsektoriel organisering, som videreføres i Sundhedsaftalen 2019-2023.



Sundhedskoordinationsudvalget har jf. Sundhedsloven ansvaret for sundhedsaftalen og det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark. Sundhedskoordinationsudvalget er sammensat af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunerne i Syddanmark (kommunekontaktrådet) og almen praksis i regionen (PLO Syddanmark). Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med Praksisplanudvalget, med det formål at sikre, at indsatser i sundhedsaftalen og praksisplanen hænger sammen.

Det Administrative Kontaktforum, som består af kommunale og regionale ledelsesrepræsentanter samt repræsentanter fra almen praksis, har ansvaret for at understøtte Sundhedskoordinationsudvalget og koordinere sundhedsaftalearbejdet mellem parterne.

Følgegrupperne har ansvaret for at udvikle og følge igangsatte indsatser, som skal sikre målopfyldelse. Følgegrupperne kan efter behov nedsætte arbejdsgrupper.

Den lokale implementering af sundhedsaftalens indsatser er organiseret i samordningsfora omkring de fem sygehusenheder i Region Syddanmark. Herudover hjælper de lokale samordningsfora med at bygge bro mellem sygehuse, kommuner og de praktiserende læger igennem løbende dialog og samarbejde.

Opfølgning på politiske visioner og målsætninger

Målsætningerne for sundhedsaftalen er koblet til de otte nationale mål for sundhedsvæsenet, sundhedsprofilen og andre nationale databaser. Sundhedskoordinationsudvalget vil én gang årligt blive præsenteret for en status på de politiske visioner og målsætninger. Den årlige status muliggør, at der både politisk og administrativt kan justeres og prioriteres i forhold til de igangsatte indsatser.

Sundhedskoordinationsudvalget har ansvaret for, at der midtvejs, og ved aftalens udløb, udarbejdes en samlet status til Sundhedsstyrelsen.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION DEN 6. NOVEMBER 2018

Løbende politisk samarbejde

Sundhedskoordinationsudvalget vil systematisk inddrage Praksisplanudvalget og Patientinddragelsesudvalget i implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget vil styrke det politiske ejerskab for sundhedsaftalen ved årligt at afholde et møde med kommunale udvalgsformænd med ansvar for sundhedsaftaleområdet samt lokale repræsentanter fra PLO Syddanmark. Ligeledes vil Sundhedskoordinationsudvalget i aftaleperioden være vært for et midtvejsmøde, hvor der gøres status på indfrielsen af de politiske visioner og målsætninger.

Sundhedskoordinationsudvalget vil ligeledes arbejde for at øge vidensdelingen med Sundhedskoordinationsudvalgene på tværs af de fem regioner, med det formål at inspirere og blive inspireret til at udvikle det tværsektorielle samarbejde.

Det skal ses i sammenhæng med, at Sundhedsaftalen de senere år i stigende grad er blevet sammenkoblet med implementeringen af nationale initiativer, handlingsplaner, forløbsprogrammer og kvalitetsstandarder. Denne udvikling forventes at fortsætte i den kommende aftaleperiode.

Vi bygger videre på vores gode erfaringer med systematisk at integrere nationale initiativer i vores sundhedsaftalesamarbejde ved at skabe gennemsigtighed og oversætte indholdet til den syddanske kontekst.

Bilaterale samarbejder

Der igangsættes løbende mange samarbejdsprojekter i Syddanmark med relevans for det tværsektorielle samarbejde. Der vil være behov for, at Sundhedskoordinationsudvalget har et særligt fokus på disse samarbejder igennem aftaleperioden. Dels for at sikre, at Sundhedskoordinationsudvalget er orienteret om, hvad der udvikles lokalt, og dels for at understøtte, at erfaringer fra succesfulde projekter deles mellem parterne og understøtter visionerne i sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget vil på et årligt møde med udvalgsformændene drøfte, om der er projekter, det vil være relevant at arbejde for at udbrede.



Steno Diabetes Center Odense

Sundhedsstrategisk Forum den 19. november 2018

Arne Gårn, programleder, Steno Diabetes Center Odense



Disposition for oplægget

1. Kort oprids om SDCO og det tværsektorielle spor
2. Status: Igangværende projekter/opgaver og projekter i pipeline
3. Drøftelse af strategiske spørgsmål i samarbejdet mellem kommunerne og SDCO

SDCO's nuværende rammer på OUH



3., 4. og 6. sal:
Diabetesbehandling

9. sal: DD2,
akademi, stab

5. sal: Ledelse
og stab

Kløervænget 10, indgang 112, 5000 Odense C

SDCO på Nyt OUH (~nytår 2022/2023)



Kort om det tværsektorielle spor i SDCO

- Det tværsektorielle spor skal **udvikle, afprøve og evaluere** nye koncepter, løsninger, modeller, samarbejds-former mv. på diabetesområdet
 - Regionalt udviklingssigte – trods placering på OUH
 - Sammenhæng med de eksisterende tværsektorielle, administrative og politiske beslutningsorganer
 - Organisering med SDCO-bestyrelse
-

Hvem er vi?



Programleder
Arne Gårn



Programleder
**Mette Damkjær
Syse**



Chefkonsulent
**Signe Skaarup
Andreassen**



Specialkonsulent
**Grete Skøtt
Pedersen**

Hvem er vi?



Specialkonsulent
Merete Brixen



Projektmedarbejder
Kathrine Kjær



Diabetes-
koordinator
**Mona Engdal
Larsen**



Chefkonsulent
Tina Linaa

Hvad kan vi?

Fælles kernekompetencer:

- Viden om diabetes
- Tværsektorielt samarbejde – forståelse af aktørerne
- Projektudvikling og projektledelse
- Procesledelse og facilitering

Øvrige kompetenceområder – bl.a.:

- Fundraising
 - Sundhedspædagogik
 - Brugerperspektivet og brugerinvolvering
 - Dataforståelse, evaluering og kvalitetsarbejde
 - Læring og kompetencer
 - Innovation
-

Arbejdsoverskrifter og prioriterede temaer

Forebyggelse og tidlig opsporing	Prioriterede temaer
Patientuddannelse og rehabilitering	Patient-uddannelse
Tværasektoriel håndtering af type 2-diabetes	Særlig større til sårbare borgere Datadrevet kvalitetsudvikling

Projekter og opgaver i gang eller i pipeline

Forebyggelse og tidlig opsporing

Overvejelser om
indsats for tidlig
opsporing (SOF i
Syd, Ærø)

FACE-IT: Graviditets-
diabetes og forebyggelse
(forskningsprojekt)

Overvægt i
folkeskoler

Igangværende

I pipeline

Projekter og opgaver i gang eller i pipeline

Patientuddannelse og rehabilitering

Koncept for patient-uddannelse (5 sydvest-jyske kommuner)

Videreudvikling af Digital Patientuddannelse (12 kommuner)

Kortlægning af apps til støtte i hverdagslivet med diabetes

Overlevering af patientuddannelse til kommuner

Kortlægning af kommunale tilbud (sundhed.dk)

Igangværende

I pipeline

Projekter og opgaver i gang eller i pipeline

Tværasektoriel håndtering af type 2-diabetes

Etnicitet og diabetes
(Odense, ...?)

Psykisk sårbarhed og diabetes (følger Sundhedscenter Haderslev)

Digital støtte til sårbare borgere (puljeansøgning, 6 kommuner)

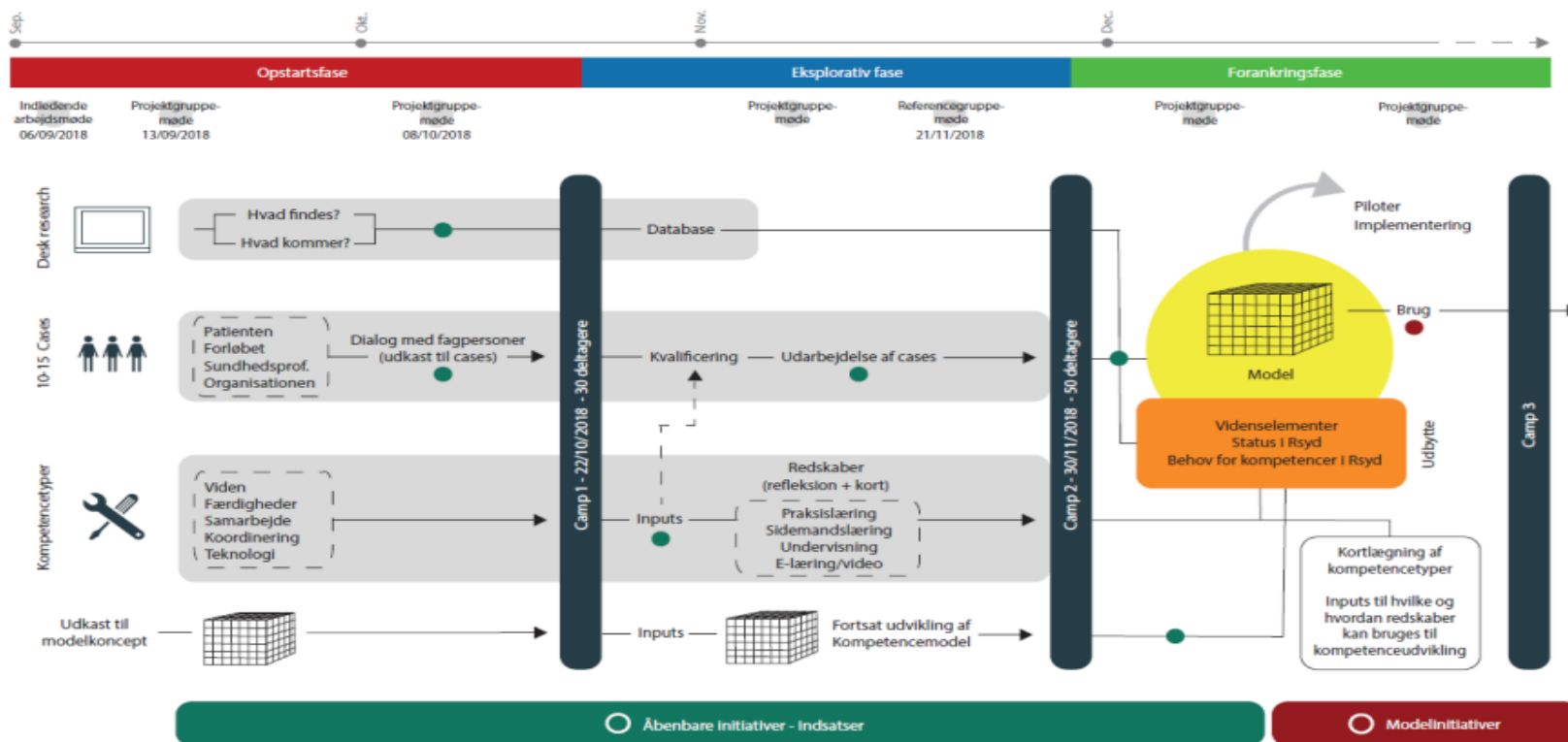
Udvikling af regional, klinisk kvalitets-database

Igangværende

I pipeline

Kompetenceudviklingssporet i SDCO

Udvikling af kompetencemodel



Kompetenceudviklingssporet i SDCO

- ❑ Konceptudvikling for e-læringsbaseret uddannelse til sundhedsprofessionelle (samarbejde med Deakin University)
 - ❑ Samarbejde med uddannelser om kvalificering af diabetes spor – præ- og postgraduat
 - ❑ Samarbejde med kommuner om kvalificering af kompetencer - behov (viden, færdigheder og samarbejde)
-

Kompetenceudviklingssporet i SDCO

- ☐ Afholde kurser for sundhedsprofessionelle baseret på behov
 - Markedsdag for patientuddannelse (23. januar 2019)
 - Fyraftensmøde for praksislæger på Fyn (Podcast)
 - Livsstilsguide i praksis – kurser i foråret 2019
 - ☐ Verdens diabetesdag 2018
 - ☐ Revision af Diabeteshåndbogen
-

Strategiske spørgsmål i samarbejdet med kommunerne

Rådgivning fra kommuner om prioritering af aktiviteter

- ☐ Årlig orientering og drøftelse på SOF'erne
- ☐ Årlig orientering og drøftelse i Følgegruppen for Forebyggelse m.fl.
- ☐ "Syddansk diabetesdag" (arbejdstitel)

Udbredelse og forankring af nye løsninger mv.

- ☐ Udvikling med få kommuner og udbredelse til mange kommuner
- ☐ Fælles ejerskab for det, der udvikles

-> Hvordan?

Endeligt UDKAST 5. dec. 2017

Samarbejdsaftale om projekt "GERI-kuffert"

§ 1 Aftalens parter og afgrænsning

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

Aftalen er begrænset til almindelig dagtid og gælder ikke lægevagten.

§ 2 Aftalens formål

Aftalen har til formål at understøtte, at det via et projekt kan afprøves, om akut intensiv og dataunderstøttet dialog mellem akutsygeplejerske og almen læge kan medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

GERI-kuffert – projektet tilbyder ældre medicinske patienter mulighed for et bedre forløb ved nyopstået eller forværret sygdom. Projektet indebærer, at praktiserende læger kan få adgang til særlige kliniske data og sygdomsoplysninger fra kommunernes akutsygeplejersker via en akut edifact.

Ved overførsel af kliniske data og sygdomsoplysninger kvalificeres behandlende læges beslutningsgrundlag mhp. om videre behandling kan ske:

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

§ 3 Projektets indhold

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

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

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

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

På baggrund af sygeplejerskens beskrivelse af borgeren og de fremsendte data kan lægen sikre fortsat vurdering og behandling. Lægen kan frit vælge at sende sine ordinationer direkte til hjemmesygeplejen, eller indskrive dem i det fælles interface. Aftalen kan gennemføres uden at lægen tilgår det fælles interface.

Lægen har desuden mulighed for at bestille en ambulant geriatrisk vurdering næste hverdag ved hjælp af en almindelig henvisning til geriatrisk afdeling i lægens eget journalsystem.

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

§ 4 Afregning og honorering

Aftalen indeholder honorar for ydelser leveret i projektet:

Honoraret dækker alle e-konsultationer og telefonkonsultationer i forbindelse med akutsygeplejerskens kontakt til praksis:

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

Ydelsen kan anvendes én gang dagligt pr. patient.

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

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

Ydelserne i denne aftale er undtaget økonomiløftet.

Ydelsen udgør 350,00 kr

Ydelsen registreres med ydelseskode: XXXX

Ydelserne registreres af lægen og afregnes med lægens øvrige ydelser.

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

Omfang:

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

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

§ 5 Tvister

Uenigheder om aftalen tages op i Lokalaftaleudvalget.

Hvis der ikke kan opnås enighed, kan hver part opsige aftalen.

§ 6 Ikrafttrædelsesdato og ophør

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

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

For PLO SYD, den

For Region Syddanmark, den

Jørgen Skadborg

Tage Petersen

For Kommunerne i Region Syddanmark, den

Henning Ravn, Esbjerg Kommune

Opfølgning og koordination efter indlæggelse

§1 Grundlag og tema for aftalen

Denne aftale er indgået i Praksisplanudvalget i Region Syddanmark og indgår som en del af den underliggende aftale mellem Region Syddanmark, kommunerne i Regionen og PLO Syddanmark.

Denne aftale skal være med til at sikre det bedst mulige patientforløb såvel efter en sygehusindlæggelse som i særlige tilfælde, hvor der er et tilsvarende behov.

Med aftalen ønsker parterne at understøtte, at de praktiserende læger gennemfører diagnostik og behandling af udsatte eller særligt sårbare borgere.

Formålet med aftalen er at sikre opfølgning efter sygehusindlæggelse i de situationer, hvor der er behov for koordineret opfølgning mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen – eller i særlige tilfælde opfølgning uden forudgående indlæggelse, hvor der er tilsvarende behov for en koordineret opfølgning og planlægning af fælles indsats, f.eks. i forbindelse med indflytning på kommunalt plejecenter ell.lign.

Aftalen udgør en revision af tidligere §2-aftale om "Opfølgning og koordinering efter indlæggelse" og erstatter denne.

§2 Formål med aftalen

Aftalen vil typisk anvendes i forhold til ældre alvorligt syge patienter og patienter med komplicerede patientforløb.

Opfølgningen vil have karakter af en opfølgningssamtale/-undersøgelse.
Opfølgningen sker i samarbejde med hjemmesygeplejen.

For at en koordinerende og opfølgende indsats kan honoreres efter denne aftale, skal følgende betingelser være opfyldt:

- Opfølgningen foregår på lægens initiativ, rekvireres af hjemmesygeplejen eller efter anmodning fra sygehusafdeling og medfører forberedelse og koordination mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejen
- Opfølgningen foregår som udgangspunkt med samtidig tilstedeværelse af praktiserende læge og hjemmesygeplejen hos patienten
- Besøget er planlagt
- Besøget omfatter medicingennemgang og ajourføring af FMK
- Besøget afsluttes med aftale med hjemmesygeplejen om fremtidig plan for forebyggelse, behandling og pleje af patienten. Ordinationer sendes som en korrespondance til hjemmesygeplejen.

Aftalen omfatter følgende ydelser:

Samarbejde mellem sygehusafdeling, kommune og almen praksis

Det indgår i handlingsplanen for den ældre medicinske patient, at den udskrivende sygehusafdeling screener patienter for behovet for opfølgende hjemmebesøg. Afdelingen sender anmodning om opfølgning til såvel kommune (via plejeforløbsplan) som almen praksis (via epikrisen).

For samtlige patienter, der er omfattet af aftalen gælder, at det er den praktiserende læge eller hjemmesygeplejen, der tager initiativ til samarbejdet om opfølgning og koordination. Det er en forudsætning for at anvende ydelsen, at opfølgningen sker i koordination med hjemmesygeplejen, og som udgangspunkt skal den kommunale hjemmesygepleje være til stede under opfølgningen.

Tidspunktet for opfølgende hjemmebesøg eller fremmøde i konsultationen aftales mellem hjemmesygeplejen og den praktiserende læge.

Hjemmesygeplejen har ansvaret for, at aftalen om besøget er afstemt med patienten samt eventuelle pårørende.

Deltagere

Den praktiserende læge, hjemmesygeplejen, patienten og eventuelt patientens pårørende.

Indhold

Opfølgning og koordination følger vejledningen fra Dansk Selskab for Almen Medicin om den ældre patient:

"Både læge, hjemmesygeplejerske og gerne pårørende er til stede, og indholdet afpasses efter situationen:

- Gennemgang af plan i epikrisen inkl. medicinændringer og specifikt opfølgningsbehov, paraklinisk m.m.
- Generel helbredsbedømmelse inkl. funktionsevne.
- Vurdering af behov for personlig og praktisk hjælp samt hjælpemidler
- Medicin gennemgang inkl. gennemgang af medicinskab
- Fælles fremadrettet plan. Hvem gør hvad, herunder fortsat ansvar for opfølgning."

Kilde: Den ældre patient. Dansk Selskab for Almen Medicin. 2012; 24.

Vurdering af funktionsevne samt andre former for færdighedstest forventes dog primært foretaget af det kommunale personale, der i forvejen har dette som opgavefelt.

Opfølgningen dokumenteres i journalen, og lægelige ordinationer sendes i en korrespondancemeddelelse til kommunen.

Opfølgning i hjemmet eller i lægens konsultation

Opfølgningen sker som udgangspunkt i **hjemmet** sammen med hjemmesygeplejen. Hvis patienten har mulighed for at møde op i lægens konsultation og det ikke har afgørende, faglig betydning for opfølgningen, at lægen foretager en vurdering af de hjemlige forhold, kan opfølgningen ske i lægens konsultation.

§4 Aftalens afgrænsning

Aftalen omfatter alment praktiserende læger i Region Syddanmark.

Ydelsen kan ikke udføres af klinikpersonale i praksis.

Aftalen vedrører ydelser til opfølgning og koordination efter indlæggelse til borgere, der er tilmeldt lægepraksis beliggende i Region Syddanmark.

Der kan alene honoreres for opfølgning og koordination for patienter bosiddende i Region Syddanmark efter denne aftale

§ 4

Honorering

Honoraret for opfølgning i hjemmet... ydelse [XXXX].

Ydelsen udgør kr. [XXXX]

Honoraret for opfølgning i lægens konsultation udgør kr. 378,72 (grundhonorar pr. 1.04.2018) svarende til ydelse 0120.

Stk. 2.

Ydelsen for opfølgning i hjemmet har ydelsesnummer XXXX.

Ydelsen for opfølgning i lægens konsultation har ydelsesnummer 4676.

Ydelserne afregnes med praksisafdelingen hver måned sammen med øvrige sygesikringsydelser.. Der kan ikke samtidigt honoreres for andre grundtydelser.

Ydelserne indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 4 i Overenskomst for almen praksis, Økonomiprotokollat af 14. september 2017, ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til overenskomstens § 88.

Stk. 3.

Honoraret reguleres på samme måde som øvrige ydelseshonorarer i henhold til Overenskomst om almen praksis.

§ 5

Implementering af aftalen

Samtlige praktiserende læger og kommuner i Region Syddanmark orienteres om aftalen.

Aftalen skal være tilgængelig på www.sundhed.dk

Parterne er enige om at anmode hvert Kommunalt lægeligt udvalg om at drøfte og aftale, hvorledes samarbejdet mellem læger og hjemmesygepleje/institutioner om opfølgning og koordination efter indlæggelse kan forbedres og aftalen anvendes på den mest hensigtsmæssige måde og anmodes om at bidrage til at evaluere brugen af aftalen

Kvalitets og Efteruddannelsesudvalget anmodes om at tilrettelægge implementeringsindsatsen

§ 6

Forventning til brugen af aftalen

Det forudsættes, at antallet af opfølgende ydelser i lægens konsultation udgør mindre end 50% af det samlede antal opfølgende ydelser.

Anmærkning:

Det nuværende forbrug (2017) er

Det forventes at omfanget af brugen af aftalen i udgangspunktet vil antage omtrentligt samme omfang som brugen af den hidtidige aftale om opfølgning og koordination efter indlæggelse, dog med en forventet stigning i brugen, da parterne forventer at alle praktiserende læger fremadrettet anvender

aftalen i relevant omfang i forhold til profilen af de tilmeldte patienter til praksis, samt at øget fokus på opgavevaretagelsen gennem drøftelse i KLU vil give et øget forbrug af aftalens ydelser

§ 7

Evaluering & opfølgning

Praksisplanudvalget drøfter én gang årligt omfanget af aftalens anvendelse, herunder antal ydelser, fordelingen af ydelsens anvendelse i hhv. hjemmet/lægens konsultation, samt antal læger, der benytter ydelsen.

Parterne / Lokalaftaleudvalget har mulighed for individuelt overfor den enkelte læge at opsige muligheden for at udføre ydelsen med 1 måneds varsel, såfremt parterne finder, at der foregår en uhensigtsmæssig brug af ydelsen. Forud for dette gives henstilling eller påbud om at følge aftalen på korrekt vis.

§ 8

Aftalens ikrafttræden og ophør (opsigelsesvarsel)

Aftalen træder i kraft pr. 01-01-2019.

Aftalen kan af de respektive parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned

Godkendt

Vejle den

den

For Praktiserende Lægers Organisation
Formand for PLO Syddanmark
Jørgen Skadborg

For Region Syddanmark
Afdelingschef
Frank Ingemann Jensen

For kommunerne i Region Syddanmark

Indsats til forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser

§1 Grundlag og tema for aftalen

Denne aftale er indgået i Praksisplanudvalget i Region Syddanmark og indgår som en del af den underliggende aftale mellem Region Syddanmark, kommunerne i Regionen og PLO Syddanmark.

Med aftalen ønsker parterne at understøtte, at de praktiserende læger gennemfører diagnostik og behandling i eget hjem hos udsatte eller særligt sårbare borgere.

Med denne aftale ønskes særligt fokus på diagnostik, behandling og pleje af patienter, hvor det vurderes, at en særlig, koordineret og akut indsats fra egen læge og hjemmesygeplejen kan forebygge, at en patient indlægges akut, eller genindlægges kort tid efter udskrivelse fra sygehus.

§2 Formål med aftalen

Parterne er med nærværende aftale enige om at understøtte, at den praktiserende læge gør en ekstra indsats for at forebygge akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser for akut syge patienter gennem et styrket samarbejde i patientens hjem mellem den praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje.

I akutte situationer, hvor man i tæt samarbejde mellem den kommunale hjemmesygepleje og egen læge søger at forebygge indlæggelse, anses besøget for at være omfattet af denne aftale.

For at et besøg er omfattet af aftalen, gælder samtidigt at:

- besøget er rekvireret af hjemmesygeplejen og medfører forberedelse og koordination mellem hjemmesygeplejen og den praktiserende læge
- besøget køres akut den dag, det rekvireres
- besøget kan medføre stillingtagen til bedsideanalyser¹ og besvarelse/stillingtagen til disse samme dag
- besøget omfatter medicingennemgang og ajourføring af FMK
- besøget kan også indeholde rådføring med sygehuset
- Besøget afsluttes med aftale med hjemmesygeplejen om fremtidig plan for forebyggelse, behandling og pleje af patienten. Ordinationer sendes som en korrespondance til hjemmesygeplejen.

Den kommunale hjemmesygepleje vil som udgangspunkt være til stede under hjemmebesøget.

§3 Aftalens afgrænsning

Aftalen vedrører ydelser til forebyggelse af akutte indlæggelser eller genindlæggelser for borgere, der **opholder sig i hjemmet eller på kommunal plejehospital**, og som er tilmeldt lægepraksis beliggende i Region Syddanmark.

Aftalen omfatter alment praktiserende læger i Region Syddanmark.

Ydelsen kan ikke udføres af klinikpersonale i praksis.

¹ Se aftale om akutte bedside analyser: [link](#)

Der kan alene honoreres for indsats til egne patienter efter denne aftale.
Der kan alene ydes besøg til patienter bosiddende i Region Syddanmark

§ 4

Honorering

Honoraret for indsats til forebyggelse af indlæggelser følger ydelse [FFFF].

Ydelsen udgør kr. [XXXX]

Stk. 2.

Ydelserne afregnes med praksisafdelingen hver måned sammen med øvrige sygesikringsydelser jf. overenskomstens § 80. Der kan ikke samtidigt honoreres for andre grundtydelser.

Ydelserne indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 4 i Overenskomst for almen praksis, Økonomiprotokollat af 14. september 2017, ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til overenskomstens § 88.

Stk. 3.

Honoraret reguleres på samme måde som øvrige ydelseshonorarer i henhold til Overenskomst om almen praksis.

§ 5

Implementering af aftalen

Samtlige praktiserende læger og kommuner i Region Syddanmark orienteres om aftalen.

Aftalen skal være tilgængelig på www.sundhed.dk

Parterne er enige om at anmode hvert Kommunalt lægeligt udvalg om at drøfte og aftale, hvorledes samarbejdet mellem læger og hjemmesygepleje/institutioner om opfølgning og koordination efter indlæggelse kan forbedres og aftalen anvendes på den mest hensigtsmæssige måde og anmodes om at bidrage til at evaluere brugen af aftalen.

Kvalitets og Efteruddannelsesudvalget anmodes om at tilrettelægge implementeringsindsatsen.

§ 6

Forventning til brugen af aftalen

Aftalen forventes at understøtte den målsætning, der er i henholdsvis "De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet" og "Sundhedsaftalen i Region Syddanmark" om reduktion i antallet af akutte indlæggelser for blandt andet patienter med KOL/Diabetes 2, forebyggelige indlæggelser for ældre patienter og akutte genindlæggelser indenfor 30 dage.

Aftalens brug forventes derfor at følge det behov, der måtte være for at gøre en ekstra indsats for at forebygge akutte indlæggelser, og vil derfor naturligt varierer på tværs af regionen og på tværs af praksis afhængig af patientprofil i de enkelte praksis.

Monitorering af brugen af aftalen vil derfor også følge monitoreringen af opfyldelsen af de nationale mål for sundhedsområdet samt [opfyldelsen af sundhedsaftalens målsætninger for reduktion af akutte indlæggelser](#).

§ 7

Evaluering & opfølgning

Praksisplanudvalget drøfter én gang årligt aftalens anvendelse, herunder antal ydelser, samt antal læger, der benytter ydelsen.

Aftalens anvendelse sammenholdes med udviklingen i målopfyldelse for de nationale mål for sundhedsvæsenet samt sundhedsaftalen jf. § 6.

Parterne / Lokalaftaleudvalget har mulighed for individuelt overfor den enkelte læge at opsig muligheden for at udføre ydelsen med 1 måneds varsel, såfremt parterne finder, at der foregår en uhensigtsmæssig brug af ydelsen. Forud for dette gives henstilling eller påbud om at følge aftalen på korrekt vis.

§ 8

Aftalens ikrafttræden og ophør (opsigelsesvarsel)

Aftalen træder i kraft pr. 01-01-2019.

Aftalen kan af de respektive parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned

Godkendt

Vejle den

den

For Praktiserende Lægers Organisation
Formand for PLO Syddanmark
Jørgen Skadborg

For Region Syddanmark
Afdelingschef
Frank Ingemann Jensen

For kommunerne i Region Syddanmark

Særlig socialmedicinsk indsats for sårbare borgere og familier

§1 Grundlag og tema for aftalen

Denne aftale er indgået i Praksisplanudvalget i Region Syddanmark og indgår som en del af den underliggende aftale mellem Region Syddanmark, kommunerne i regionen og PLO Syddanmark.

Med aftalen ønsker parterne at understøtte, at de praktiserende læger gennemfører diagnostik og behandling i eget hjem hos udsatte eller særligt sårbare borgere.

Med denne aftale ønskes særligt fokus på vurdering af de hjemlige forhold hos patienter, hvor disse forhold formodes at have indflydelse på patientens samlede helbredstilstand.

Behovet for en vurdering af de hjemlige forhold kan f.eks. udspringe af gentagne kontakter til almen praksis pga. høj grad af sygdom, hvor et indblik i de hjemlige forhold forventes at give den praktiserende læge et bedre udgangspunkt for forståelse af eksempelvis fysiske eller psykiske lidelser, der kan opstå på baggrund af dårlige boligforhold, henholdsvis belastende forhold i hjemmet. Det kan f.eks. være voksne, herunder sygemeldte patienter, hvor et indblik i de sociale omstændigheder i hjemmet vil kunne skabe en bedre baggrund for efterfølgende konsultationer i praksis.

Aftalen kan ligeledes finde anvendelse i forhold til børn og unge, hvor der er formodning om, at de hjemlige forhold påvirker barnet/den unges helbred og trivsel, og aftalen kan dermed understøtte den praktiserende læges opsporende indsats i forhold til mistrivsel hos børn og unge.

§2 Formål med aftalen

Parterne er med nærværende aftale enige om at understøtte, at den praktiserende læge foretager vurderinger af de hjemlige forhold hos patienten, og/eller patientens funktionsevne i hjemmet, når der opstår bekymring om patientens hjemlige forholds påvirkning af patientens psyke og helbred. Bekymringen kan opstå hos lægen selv, samarbejdspartnere eller pårørende, og kan foranledige, at det er lægefagligt begrundet at gennemføre konsultationen i hjemmet.

Konsultationen vil typisk medføre efterfølgende koordination og inddragelse af andre aktører omkring den pågældende og/eller dennes familie. Det kan f.eks. være sundhedsplejerske, misbrugsbehandling, sociale instanser, socialpsykiatri, hjemmesygepleje, og andre relevante kommunale forvaltninger eller regionale tilbud, herunder f.eks. familieambulatorierne.

For at en indsats kan honoreres efter denne aftale gælder at:

- der med en lægefaglig begrundelse findes grundlag for en vurdering af patientens hjemlige forhold
- lægen udover den konkrete sygdomsproblematik har særligt fokus på borgerens/familiens generelle trivsels- og helbredsmæssige forhold
- vurderingen af de hjemlige forholds indvirken på patientens helbred skal dokumenteres via et journalnotat, hvor observerede relevante forhold, der kan have betydning for patientens helbredstilstand, beskrives.
- der sker efter vurderingen en koordinering med relevante aktører omkring patienten/familien

§4 Aftalens afgrænsning

Aftalen vedrører besøg til patienter til vurdering af hjemlige forholds betydning for patientens samlede helbredstilstand, for patienter som er tilmeldt lægepraksis beliggende i Region Syddanmark.

Aftalen omfatter alment praktiserende læger i Region Syddanmark.

Ydelsen kan ikke udføres af klinikpersonale i praksis.

Der må alene ydes besøg til egne patienter efter denne aftale.

Der kan alene ydes besøg til patienter bosiddende i Region Syddanmark

§ 4

Honorering

Honoraret for særlig socialmedicinsk indsats ... ydelse [SSSS].

Ydelsen udgør kr. [XXXX]

Ydelserne afregnes med praksisafdelingen hver måned sammen med øvrige sygesikringsydelser.

Der kan ikke samtidigt honoreres for andre grunddydelser.

Ydelserne indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 4 i Overenskomst for almen praksis, Økonomiprotokollat af 14. september 2017, ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til overenskomstens § 88.

Stk. 2

Honoraret reguleres på samme måde som øvrige ydelseshonorarer i henhold til Overenskomst om almen praksis

§ 5

Implementering af aftalen

Samtlige praktiserende læger og kommuner i Region Syddanmark orienteres om aftalen.

Aftalen skal være tilgængelig på www.sundhed.dk

Parterne er enige om at anmode hvert Kommunalt lægeligt udvalg om at drøfte og aftale, hvorledes samarbejdet mellem læger og hjemmesygepleje/institutioner om opfølgning og koordination efter indlæggelse kan forbedres og aftalen anvendes på den mest hensigtsmæssige måde og anmodes om at bidrage til at evaluere brugen af aftalen.

Kvalitets og Efteruddannelsesudvalget anmodes om at tilrettelægge implementeringsindsatsen.

§ 6

Forventning til brugen af aftalen

Det forventes, at antallet af særlige socialmedicinske besøg udgør ca. 1000 besøg på regionsplan pr. år, svarende til gennemsnitligt 1-2 besøg pr. læge pr. år.

§ 7 Evaluering & opfølgning

Praksisplanudvalget drøfter én gang årligt aftalens anvendelse, herunder antal ydelser, samt antal læger, der benytter ydelsen.

Parterne / Lokalaftaleudvalget har mulighed for individuelt overfor den enkelte læge at opsiges muligheden for at udføre ydelsen med 1 måneds varsel, såfremt parterne finder, at der foregår en uhensigtsmæssig brug af ydelsen. Forud for dette gives henstilling eller påbud om at følge aftalen på korrekt vis.

§ 8

Aftalens ikrafttræden og ophør (opsigelsesvarsel)

Aftalen træder i kraft pr. 01-01-2019.

Aftalen kan af de respektive parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned

Godkendt

Vejle den

den

For Praktiserende Lægers Organisation
Formand for PLO Syddanmark
Jørgen Skadborg

For Region Syddanmark
Afdelingschef
Frank Ingemann Jensen

For kommunerne i Region Syddanmark

Godkendt

Vejle den

den

Indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid

§1 Grundlag og tema for aftalen

Denne aftale er indgået i Praksisplanudvalget i Region Syddanmark og indgår som en del af den underliggende aftale mellem Region Syddanmark, de syddanske kommuner og PLO Syddanmark.

Aftalen omhandler den palliative indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid og har til formål at understøtte den praktiserende læge i forbindelse med behandling og pleje af denne patientgruppe.

Målgruppen omfatter patienter med alvorlig, livstruende sygdom, for hvem behandlingsmulighederne er udtømte, bortset fra lindrende pleje og behandling, herunder patienter i terminalstadiet. Ved patienter i terminalstadiet forstås patienter, der lider af en uhelbredelig sygdom, og hvor patienten er uafvendeligt døende og den aktive sygdomsbehandling er ophørt¹.

Aftalen udgør en revision af den tidligere "§2-aftale om honorering af ydelser vedr. alvorligt syge og døende patienter" og erstatter denne.

§2 Formål med aftalen

Parterne er med nærværende aftale enige om at understøtte, at den praktiserende læge yder lægehjælp til patienter i en situation, hvor sygdomsbehandling efter en lægelig vurdering må anses for udsigtsløs, og den syges tilstand ikke i øvrigt nødvendiggør indlæggelse eller forbliven på sygehuset eller anden institution. Hensigten er således at forbedre livskvaliteten for den alvorligt syge eller døende patient.

Den praktiserende læges indsats følger i øvrigt DSAMs vejledning om palliation:

<https://vejledninger.dsam.dk/palliation/>

Samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark, Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" og "Anbefalinger for den palliative indsats"

For at indsatsen kan opfylde kravene til honorering efter denne aftale, skal følgende betingelser være opfyldt:

- Indsatsen er planlagt under inddragelse af hjemmesygepleje, pårørende, evt. palliativt team ell.lign.
- Indsatsen har til formål at koordinere indsatsen om behandling og pleje af den døende patient
- Lægen skal medvirke til at sikre afklaring af den døendes ønsker til den sidste tid, herunder gennemføre "den svære samtale" – og sikre inddragelse af de pårørende i nødvendig og tilstrækkelig grad.
- Indsatsen indebærer aftale med hjemmesygeplejen og evt. palliativt team om fremtidig plan for behandling, lindring og pleje af patienten

¹ Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for den palliative indsats (2017)

Parterne er enige om, at besøget skal planlægges, så den kommunale hjemmesygepleje som udgangspunkt er til stede under besøget.

Ydelsen kan ikke udføres af klinikpersonale i praksis.

§3 Aftalen omfatter følgende ydelser:

A: Udskrivningskonferencer

Formål:

At sikre patienten en problemfri overgang fra sygehusafdelingen til primærsektoren.

Deltagelse i udskrivningskonferencen skaber mulighed for:

- At lægen i samråd med de øvrige deltagere kan få et samlet overblik over patientens situation
- At lægen kan få et overblik over de hjælpeforanstaltninger eller behandlingstiltag, der vil være iværksat i samarbejde med kommunen og hjemmesygeplejen
- At patienten får indtryk af, hvilken rolle den praktiserende læge kan påtage sig i det videre forløb

Deltagelse i udskrivningskonference sker som udgangspunkt som videokonference, men kan dog undtagelsesvist foregå ved fremmøde.

B: Planlægningsmøder mellem hjemmesygepleje og praktiserende læge (kan enten foregå via telefon, video eller som et møde)

Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark² lægger op til et tæt team-samarbejde mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen. Det er derfor vigtigt, at hjemmesygeplejen har let adgang til at komme i kontakt med den praktiserende læge, således at de sammen kan planlægge indholdet og tidspunkt for indsatsen i patientens hjem.

Planlægningsmøder kan foregå på følgende måder:

- Telefonisk
- Møde i lægeklinikken
- Møde hos hjemmesygeplejen
- Via videokonference

Formålet med planlægningsmøderne er at nå frem til enighed om følgende:

- Det overordnede indhold og formål med indsatsen.
- Det overordnede behandlingsforløb for den enkelte patient.
- Hvorvidt det Palliative Team skal kontaktes i den specifikke patients situation.

Enighed mellem læge og hjemmesygepleje om disse punkter har til formål at sikre, at patienten ikke gives modstridende oplysninger om forslag til fortsat behandling og omsorg, der i givet fald vil svække tilliden og øge utrygheden hos patienten og dennes pårørende.

² Link til aftalen

C: Palliativ indsats hos patienten

Palliative besøg aflægges i patientens hjem efter aftale mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen. Palliative besøg kan aflægges umiddelbart efter udskrivning eller som et led i patientforløbet.

Formålet med palliative besøg er som følger:

- Umiddelbart efter udskrivelsen af en alvorligt syg eller døende patient afholdes der et besøg hos patienten med deltagelse af både hjemmesygepleje og læge samt evt. pårørende. Formålet med mødet er, at de ansvarlige sundhedspersoner kan give patienten (og evt. dennes pårørende) fyldestgørende information om det planlagte behandlingsforløb, således at patienten kan indgå informeret samtykke om behandlingsplanen.
- I det omfang det vurderes hensigtsmæssigt at afholde palliative besøg, kan disse arrangeres løbende i forbindelse med nyopstået problemer, hvor lægen er ansvarlig for behandlingsforløbet og hvor besøgene skønnes nødvendige til varetagelsen af den fysiske, psykiske, sociale og åndelige omsorg for den terminale patient.

D: Samtale med pårørende

Som et led i behandlingsforløbet kan patientens pårørende have brug for en samtale med patientens læge vedr. følgende:

- Selve behandlingsforløbet
- Egne sorger og bekymringer under forløbet
- Egne sorger og bekymringer efter patienten er afdøet ved døden

Samtalen kan finde sted på foranledning af læge eller hjemmesygepleje, eller efter anmodning fra de pårørende. Samtalen foregår sædvanligvis i lægens konsultation med mindre de pårørendes helbredstilstand nødvendiggør besøg i hjemmet.

§4 Aftalens afgrænsning

Aftalen omfatter alment praktiserende læger i Region Syddanmark.

Aftalen vedrører ydelser til alvorligt syge og døende patienter i terminalstadiet, som har bopæl i Region Syddanmark

Aftalen omfatter alene ydelser til egne patienter. Dog ikke ydelse D)

Sygebesøg, som alene omfatter en afgrænset klinisk problemstilling til terminale patienter er ikke omfattet af denne aftale. Denne type sygebesøg honoreres med almindelig sygebesøgstakst.

§ 5 Honorering

A: Udskrivningskonferencer

Deltagelse i udskrivningskonferencer sker som udgangspunkt via videokonference, og honoreres efter "Rammeaftale om anvendelse af telemedicin i almen praksis" med tidsmodul kr. 152,01 pr. påbegyndt 10 min.(2018 - niveau) (kode indsættes)

Sker deltagelse i udskrivningskonference ved fremmøde honoreres tilsvarende "§2 Aftale om praktiserende lægers deltagelse i udskrivningskonferencer" med tidsmodultakst 6x10 min, svarende til kr.[XXX,XX] , samt afstandstillæg (ydelserne 4659, 46xx-46xx) og kørselsgodtgørelse (§??+ honorar, takstniveau) (koder indsættes)

B: Planlægningsmøder mellem praktiserende læge, hjemmesygepleje og/eller evt. palliativt team

Møder mellem praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje forgår i videst muligt omfang enten i lægens konsultation, gennem telefonisk kontakt eller via videokonference.

Planlægningsmøder honoreres således:

Møder i lægens konsultation – 3 moduler §95 (kode indsættes)

via telefon pr påbegyndt 10 minutters modul jf. 95 (kode indsættes)

Videokonference, honoreres efter "Rammeaftale om anvendelse af telemedicin i almen praksis" med tidsmodul kr. 152,01 pr. påbegyndt 10 min. (kode nr)

Møder, hvor lægen deltager "ud af huset" - §95 – 3 moduler (kode indsættes)

Afholdes mødet ved fremmøde udenfor lægens konsultation er lægen tillige berettiget til tidsforbrugstillæg efter overenskomstens § 95 (kode indsættes) samt kørselsgodtgørelse efter overenskomstens § 61

C: Palliativ indsats hos patienten

Palliative hjemmebesøg honoreres på følgende vis:
ydelse [PPPP].

Ydelsen udgør kr. [XXXX].

D: Samtale med pårørende

Samtale med de pårørende honoreres som følger
xxxxx

Stk. 2.

Honorar for udskrivningskonference har ydelsesnummer XXXXfremmøde / XXXXvideo

Honorar for planlægningsmøde har ydelsesnummer XXXX/telefon; XXXX/møde, XXXXvideo, XXXX/ud-af-huset

Honorar for palliative besøg har ydelsesnummer XXXX

Honorar for samtale med pårørende har ydelsesnummer XXXX

Stk. 3.

Honoraret reguleres på samme måde som øvrige ydeshonorarer i henhold til Overenskomst om almen praksis.

Ydelserne afregnes med praksisafdelingen hver måned sammen med øvrige sygesikringsydelser. Der kan ikke samtidigt honoreres for andre grundtydelser.

Ydelserne indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 4 i Overenskomst for almen praksis, Økonomiprotokollat af 14. september 2017, ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til overenskomstens § 88.

§ 6 Implementering af aftalen

Samtlige praktiserende læger og kommuner i Region Syddanmark orienteres om aftalen.

Aftalen skal være tilgængelig på www.sundhed.dk

Parterne er enige om at anmode hvert Kommunalt lægeligt udvalg om at drøfte og aftale, hvorledes samarbejdet mellem læger og hjemmesygepleje/institutioner om den palliative indsats kan forbedres og aftalen anvendes på den mest hensigtsmæssige måde, og anmodes om at bidrage til at evaluere brugen af aftalen

Kvalitets og Efteruddannelsesudvalget anmodes om at tilrettelægge implementeringsindsatsen

§ 7

Forventning til brugen af aftalen

Det forventes at omfanget af brugen af aftalen i udgangspunktet vil antage omtrentligt samme omfang som brugen af den hidtidige aftale om indsats for alvorligt syge og døende, dog med en forventet stigning i brugen, da parterne forventer, at alle praktiserende læger fremadrettet anvender aftalen i relevant omfang i forhold til profilen af de tilmeldte patienter til praksis, samt at øget fokus på opgavevaretagelsen gennem drøftelse i KLU vil give et øget forbrug af aftalens ydelser.

Parterne / Lokalaftaleudvalget har mulighed for individuelt overfor den enkelte læge at opsig muligheden for at udføre ydelsen med 1 måneds varsel, såfremt parterne finder, at der foregår en uhensigtsmæssig brug af ydelsen. Forud for dette gives henstilling eller påbud om at følge aftalen på korrekt vis.

§ 8

Evaluering & opfølgning

Praksisplanudvalget drøfter én gang årligt aftalens anvendelse, herunder antal ydelser, fordelingen af anvendelsen af ydelserne, samt antal læger, der benytter ydelsen.

§ 9

Aftalens ikrafttræden og ophør (opsigelsesvarsel)

Aftalen træder i kraft pr. 01-01-2019.

Aftalen kan af de respektive parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned

Godkendt

Vejle den

den

For Praktiserende Lægers Organisation
Formand for PLO Syddanmark
Jørgen Skadborg

For Region Syddanmark
Afdelingschef
Frank Ingemann Jensen

For de syddanske kommuner

Til alle på vedlagte liste

Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (præcisering af målgruppen til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling, indstillingsret for regionsrådet og justering af visitationskriterierne til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling)

Hermed sendes vedlagte udkast til forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (herefter psykiatriloven) i høring.

Ministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til lovudkastet senest den 19. november 2018 kl. 12.00.

Bemærkningerne bedes sendt til ministeriet til sum@sum.dk med kopi til nff@sum.dk, kari@sum.dk og sagl@sum.dk.

Eventuelle spørgsmål til lovforslaget kan rettes til undertegnede på 7226 9591 / 3061 1832.

Lovforslaget formål og baggrund

Det blev med vedtagelsen af psykiatrilovens kapitel 12 a i juni 2017 besluttet, at regionernes sygehuse skulle etablere særlige pladser på psykiatriske afdelinger med henblik på at håndtere særligt udsatte patienter med svære psykiske lidelser, udadreagerende adfærd, gentagne indlæggelser, afbrudte forhandlingsforløb og ofte misbrug og/eller dom til behandling.

Der har efter vedtagelsen af etableringen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling vist sig udfordringer med at visitere tilstrækkeligt med patienter til de særlige pladser. En stor del af pladserne står således tomme.

Danske Regioner og KL har på baggrund af de foreløbige praktiske erfaringer med visitationen til de særlige pladser bemærket, at visitationskriterierne er unødigt begrænsende i forhold til at visitere patienter inden for den relevante målgruppe.

Sundheds- og Ældreministeriet stiller derfor forslag om at justere psykiatrilovens visitationskriterier til de særlige pladser for at sikre, at visitationskriterierne ikke virker unødigt begrænsende. Derudover fremsættes der forslag om, at også regionsrådet i patientens bopælsregion får mulighed for at anmode visitationsforummet om at udfærdige en indstilling til en særlig plads. Endelig foreslås det at præcisere, at børn og unge under 18 år ikke vil være omfattet af reglerne om de særlige pladser.

Lovforslagets hovedpunkter

Det foreslås, at de tre første visitationskriterier i § 42, c, stk. 1, skal være opfyldt, samt herudover blot én af visitationskriterierne i bestemmelsens nr. 1-3. Farlighedskriteriet i nr. 1 justeres således, at det vil være tilstrækkeligt, at patienten vurderes til at være eller i risiko for at blive til fare for andre. Farlighedsbegrebet vil således ikke længere nødvendigvis omfatte et krav om en vis kvalificeret og aktuel fare. Det foreslås derudover, at kriteriet om, at patienten skal have en svær psykisk lidelse i kriterium nr. 2 justeres således, at en formodning om en svær psykisk lidelse vil være tilstrækkeligt til at opfylde kriteriet. Det vil således ikke være påkrævet, at patienten har fået stillet en endelig diagnose, for at blive visiteret til en særlig plads på psykiatrisk afdeling. Endeligt foreslås det for så vidt angår kriterium nr. 5, at opholdet på en særlig plads blot skal vurderes til at være det bedst egnede til at kunne imødekomme den pågældendes særlige behov for behandling, rehabilitering og støtte, herunder eventuelt misbrugsbehandling. Det vil dog fortsat være et krav, at opholdet tilbydes til patienter, hvis behov ikke kan dækkes via andre indsatser i serviceloven.

Det foreslås endvidere, at der ikke længere skal ske opfyldelse af samtlige seks visitationskriterier. Det er således hensigten med forslaget, at der kun skal ske opfyldelse af kriterierne i nr. 1-3 samt minimum ét af kriterierne i nr. 4-6. Det foreslås desuden, at regionsrådet i patientens handlekommune får mulighed for at anmode visitationsforummet om at udfærdige en indstilling til en særlig plads. Den regionale psykiatris indsigt og viden om de enkelte borgeres behov vil dermed bedre kunne komme i spil ved vurderingen af patienter, som allerede har en kontakt med det regionale sygehusvæsen.

Derudover foreslås det at præcisere direkte i loven, at børn og unge under 18 år ikke vil være omfattet af reglerne om de særlige pladser.

Endelig foreslås det, at det præciseres i lovbemærkningerne, at den vejledende varighed på en særlig plads er typisk mellem tre til 12 måneder.

Lovforslagets økonomiske konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have økonomiske eller administrative konsekvenser.

Lovforslagets ikrafttræden

Det er hensigten, at lovforslaget skal træde i kraft den 1. juni 2019.

Proces

Lovforslaget ventes fremsat for Folketinget i december 2018.

Med venlig hilsen

Nina Fjord Fromberg

Høringsliste om forslag til

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Regionale og kommunale parter

Danske Regioner

KL

Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Region Hovedstaden

Region Sjælland

Region Syddanmark

Region Midtjylland

Region Nordjylland

Faglige organisationer m.fl.

3F

Ansatte Tandlægers Organisation

Danmarks Apotekerforening

Danmarks Optikerforening

Dansk Kiropraktor Forening

Dansk Psykolog Forening

Dansk Psykoterapeutforening

Dansk Socialrådgiverforening

Dansk Sygeplejeråd

Dansk Tandplejerforening

Danske Bandagister

Danske Bioanalytikere

Danske Dental Laboratorier

Danske Fodterapeuter

Danske Fysioterapeuter

De Offentlige Tandlæger

Den Danske Dommerforening

Den Danske Dyrlægeforening

Ergoterapeutforeningen

Farmakonomforeningen

FOA

Foreningen af Kliniske Diætister

Foreningen af Speciallæger

Jordemoderforeningen

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Lægeforeningen

Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber

Praktiserende Lægers Organisation

Praktiserende Tandlægers Organisation

Psykolognævnet

Radiograf Rådet

Socialpædagogernes Landsforbund

Tandlægeforeningen

Yngre Læger

Patientforeninger m.fl.

Alzheimerforeningen
Bedre Psykiatri
Dansk Handicap Forbund
Danske Handicaporganisationer
Danske Patienter
Danske Ældreråd
Det Centrale Handicapråd
Diabetesforeningen
Gigtforeningen
Hjernesagen
Hjerteforeningen
Høreforeningen
Kost- og Ernæringsforbundet
Kræftens Bekæmpelse
Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP)
Landsforeningen LEV
Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS)
Landsforeningen SIND
Patientforeningen
Patientforeningen i Danmark
Patientforeningernes Samvirke
Scleroseforeningen
Sjældne Diagnoser
Udviklingshæmmedes Landsforbund
ÆldreForum
Ældresagen

Andre private organisationer, institutioner m.fl.

Advokatrådet
Brancheforeningen for Private Hospitaler og Klinikker
Dansk Erhverv
Dansk Industri
Dansk IT – Råd for IT-og persondatasikkerhed
Dansk Psykiatrisk Selskab
Dansk Selskab for Almen Medicin
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi
Dansk Selskab for Retsmedicin
Dansk Standard
Danske Dental Laboratorier
Danske Seniorer
Dignity – Dansk Institut mod Tortur
Forbrugerrådet
Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark
Forsikring & Pension
Retspolitisk Forening
Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning

Statslige myndigheder m.fl.

Ankestyrelsen
Datatilsynet
Den Nationale Videnskabsetiske Komité
Det Etske Råd
Erhvervsstyrelsen
Finanstilsynet
Færøernes Landsstyre
Grønlands Selvstyre
Institut for Menneskerettigheder
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen
Lægemiddelstyrelsen
Patienterstatningen
Rigsadvokaten
Rigsombudsmanden på Færøerne
Rigsombudsmanden på Grønland
Rigspolitiet
Rådet for Digital Sikkerhed
Rådet for Socialt Udsatte
Statens Serum Institut
Sundhedsstyrelsen
Sundhedsdatastyrelsen
Styrelsen for Patientsikkerhed

Ministerier m.fl.

Beskæftigelsesministeriet
Børne- og Socialministeriet
Finansministeriet
Erhvervsministeriet
Justitsministeriet
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Statsministeriet
Kirkeministeriet



31. oktober 2018

Notat om revidering af Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

Grundlæggende er vi i Syddanmark glade for de ændringer der, er lagt op til i det nye lovforslag. Vi mener dog, at det er meget uhensigtsmæssigt, at regionsrådet får indstillingsret. Regionsrådet har ikke de fornødne oplysninger til at kunne oplyse sagen. Den regionale psykiatri har kun indsigt i borgerens psykiatriske problemstillinger og måske ved de noget om borgerens udadreagerende adfærd. De kender ikke borgerens sociale situation, de ved ikke hvilke tiltag kommunen har sat i værk, om alt er afprøvet og dermed, om de særlige pladser er svaret på borgerens problemstillinger.

Hvis læger kan henvise risikerer vi, pga. deres manglende indsigt i borgerens samlede sag, at borgeren og de pårørende bliver stillet noget i udsigt, som ikke kommer til at ske. Enten fordi borgeren ikke opfylder visitationskravene eller fordi kommunen af andre årsager ikke vurderer de særlige pladser, som løsning for den pågældende borger. Ud over skuffede borgere/pårørende lægger det grobund for et dårligt fremtidigt samarbejde mellem borger/pårørende og kommunen.

Vi undrer os herudover over, hvorfor loven først skal træde i kraft 1. juni 2019. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis den træder i kraft 1. januar eller 1. februar.



Oktober 2018

Samarbejdsaftale om bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i kommunale akutfunktioner



Baggrund

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

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

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

Formål med samarbejdsaftalen

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

Målgruppen for samarbejdsaftalen

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

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 25. januar 2018 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. maj 2018.



Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

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

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

Bed-side analyser	Mikrobiologiske undersøgelser
- Blodsukker	- Urindyrkning
- Blodprocent (hæmoglobin)	- Podning
- Infektionstal (CRP)	

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

Herudover kan kommunerne vælge at udføre måling af International Normalised Ratio (INR). Et eventuelt samarbejde herom koordineres i de lokale samordningsfora (SOF) og kommunal lægelige udvalg (KLU).

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

Instruks i prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser

[Klinisk Mikrobiologisk Afdeling - Odense Universitetshospital](#)

[Klinisk Mikrobiologisk Afdeling - Sygehus Sønderjylland](#)

[Klinisk Mikrobiologisk Afdeling - Sygehus Lillebælt](#)

[Klinisk Mikrobiologisk Afsnit - Sydvestjysk Sygehus](#)

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



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

Når resultaterne af bed-side analyserne foreligger, vil det ofte være relevant at kommunikere resultatet mundtligt, men de skal også sendes via en korrespondancemeddelelse til den behandlingsansvarlige læge. Den kommunale akutfunktion og behandlingsansvarlige læge skal registrere svarene i eget journalsystem.

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

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

Den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordningen omfatter:

- Kontrol af apparaturmålinger (parallelkontroller)
- Undervisning og kompetenceudvikling af akutsygeplejersker, herunder:
 - instruktion i prøvetagning og forsendelse
- Et årligt besøg af en laboratoriekonsulent hos den kommunale akutfunktion, hvor det er muligt at få vejledning i:
 - korrekt anvendelse og vedligeholdelse af apparatur
 - forbindelse med apparaturanskaffelse
 - præanalytiske forhold

Ydelserne varetages af sygehusenes Klinisk Biokemiske Afdelinger/Klinisk Mikrobiologiske Afdelinger, og samarbejdet koordineres i regi af de lokale samordningsfora. Den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning er nærmere beskrevet [her](#).

Økonomiske omkostninger forbundet med den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordning afregnes mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

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



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

Det lægefaglige behandlingsansvar:

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

Ansaret indebærer:

- Ordination af bed-side analyser eller mikrobiologiske undersøgelser
- Tolkning af analyseresultatet(-erne)
- Registrering af resultater i den elektroniske patientjournal
- Aftale om opfølgning på resultatet
- Ved udskrivelse til færdigbehandling i eget hjem aftales en plan for prøvetagning med den kommunale akutfunktion
- At være tilgængelig per telefon for den kommunale sygepleje ved spørgsmål relateret til den ordinerede bed-side analyse eller mikrobiologiske undersøgelser.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når den behandlingsansvarlige læge beslutter, at patienten skal have foretaget en bed-side analyse eller prøvetagning til en mikrobiologisk undersøgelse, og at det skal ske i samarbejde med den kommunale akutfunktion, kontakter lægen akutfunktionen for at aftale nærmere om varetagelsen af opgaven.

Sker det som en del af behandlingen eller udskrivelsen fra et sygehuse, kommunikeres der ligeledes iht. SAM:BO aftalen. Det indebærer, at der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at der udleveres kontaktoplysninger, herunder et telefonnummer, som den kommunale akutfunktion kan bruge ved spørgsmål til bed-side analysen eller prøvetagning til den mikrobiologiske undersøgelse.

Den behandlingsansvarlige læge skal sammen med den kommunale akutfunktion sikre sig, at patienten er informeret om behandlingsplanen.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen skal kommunerne købe udstyr og de nødvendige remedier til bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser. Region Syddanmarks sygehusenheder kan i den sammenhæng bidrage med råd og vejledning.



Kompetenceudvikling

For at kunne udføre bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om præanalytiske forhold
- Korrekt venøsbloodprøvetagning
- Korrekt betjening og vedligeholdelse af apparatur
- Kendskab til tolkning af analyseres resultater

Den fornødne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora og Laboratoriemedicinske Kvalitetsordninger.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse vil i oktober 2019 forestå evaluering aftalens anvendelse.

Evalueringen skal blandt andet belyse:

- Udviklingen i antallet af bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser
- I hvilken sammenhæng analyserne har været anvendt og hvilke gevinster det har medført, eksempelvis ift. forebyggelse af indlæggelser m.v.
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder kvalitet og kompetenceudvikling i regi af den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning
- Utsigtede hændelser
- Borgernes tilfredshed med ordningen

Evalueringen vil danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune og den regionale Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning. Det Administrative Kontaktforum præsenteres for evalueringens resultater og eventuelle anbefalinger til justering af samarbejdsaftalen.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål vedr. elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om akutte bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser aftales og koordineres lokalt mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgaven, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

For yderligere information se:

Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde - <https://www.regionsyddanmark.dk/wm276686>

Bilag 1: Lokal forvaltningsressource/fællesfunktion

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

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

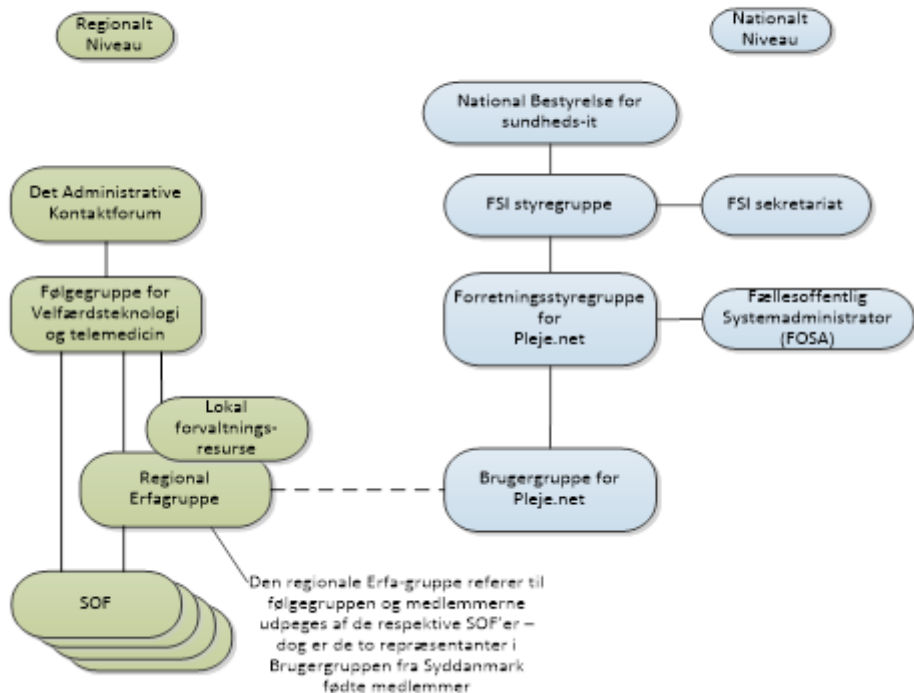
- Projektleder niveau (svarende til nuværende) ca. 400.000 kr. + 25.000 kr. til overhead = **425.000 kr.**
- Sygeplejerske højt niveau ca. 325.000 kr. + 25.000 kr. til overhead = **350.000 kr.**
- Sygeplejerske alm. niveau ca. 275.000 kr. + 25.000 kr. til overhead = **300.000 kr.**

Foruden midler til løn foreslås afsat en ramme på kr. 25.000 til transport og afholdelse af møder i erfa-gruppen.

Gennemførte og kommende aktiviteter, som er varetaget af projektsekretariatet i 2018, fremgår af nedenstående oversigt:

Kommunikationskampagne, herunder borgerrettede plakater, der er blevet distribueret til kommunerne (sundhedsklinikker), sårcentre, m.fl., pjecer indeholdende information til borgere og pårørende, der er distribueret i august 2018, artikel om telemedicinsk sårvurdering på LinkedIn og Sund i Syd bragt i 2. udgave 2018.

- Information til Praksis om uddannelse i sårbehandling (kurser og aktiviteter efterår 2018) samt artikel til Praksisnyt nr. 5
- Samarbejde:
 - Møde med OUH sårambulatorium og fynske kommuner gennemført i maj 2018 (næste møde 8. november 2018).
 - Erfa-gruppemøde, der er gennemført i august 2018 på Sygehus Lillebælt, Kolding.
- Undervisning:
 - Kursus i oktober og november 2017 i sårbehandling og Pleje.net, Middelfart (25 deltagere)
 - Kursus maj og juni 2018 i sårbehandling og Pleje.net, Middelfart (15 deltagere)
 - Kursus desuden planlagt 1. og 2. oktober + 29., 30. og 31. oktober 2018
 - Alle kommuner og sygehuse har fået tilbudt undervisning i Pleje.net vinter/forår 2018 v/ Dansk Telemedicin, 10 kommuner og 4 sygehuse har taget imod. Tilbuddet er løbende.
- Afholdelse af møder i den regionale erfa-gruppe (tidligere regionale styregruppe for det nationale udrulningsprojekt. Seneste møde er afholdt den 28. august 2018.





Udkast til samarbejdsaftale om telemedicinsk sårvurdering

Baggrund

Telemedicinsk sårvurdering er blevet implementeret i samtlige danske kommuner og regioner, som led i økonomiaftalen for 2013 og Den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin.

Telemedicinsk sårvurdering omfatter et fælles system til tværsektoriel deling af journaloplysninger. Telemedicinsk sårvurdering har til hensigt at understøtte borgerens forløb ved styrket kommunikation og overlevering ved sektorovergange, samt medvirke til et samlet billede af patientens sårudvikling på tværs af sektorer. Ligeledes vil arbejdet med telemedicinsk sårvurdering betyde øgede sårfaglige kompetencer og skærpet fokus på det tværsektorielle samarbejde.

Med samarbejdsaftalen ønskes opnået en øget kvalitet ved en rettidig indsats og en hurtig behandlingsplan for patienter i tværsektorielle behandlingsforløb. Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid til sygehus, vil kunne drage nytte af sit sociale netværk og erhvervsaktive borgere vil eventuelt bedre være i stand til at passe et arbejde.

Ved at inddrage patienten i sin egen omsorg, ved personlig adgang til såroplysninger via log-in, forventes der en bedre compliance.

Samarbejdsaftalen vil således være med til, at systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder, de 22 syddanske kommuner og de praktiserende læger, vedrørende brugen af telemedicinsk sårvurdering til gavn for borgeren.

Formålet med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at sætte rammen for, hvilke forpligtelser som henholdsvis region og kommune indgår i, i forhold til brugen af telemedicinsk sårvurdering. Samarbejdsaftalen har et særligt fokus på, at tydeliggøre aftaler og samarbejdsrelationerne omkring patienter med sår, for at sikre en optimal udredning, behandling, koordinering og pleje i tværsektorielle forløb.

Samarbejdsaftalen formaliserer således det samarbejde, der med afsæt i det nationale udbredelsesprojekt allerede er i gang på det telemedicinske område vedrørende sårvurdering. Aftalen får dermed også til formål at sikre, at det fremadrettede samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo mellem sygehus, kommuner og almen praksis.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Som minimum skal telemedicinsk sårvurdering benyttes til patienter med komplekse sår i tværsektorielle forløb, men det kan anvendes til alle typer sår, hvor telemedicinsk sårvurdering kan bidrage til hurtig kvalificeret udredning og forbedret sårheling. Patienten vil som minimum møde i ambulatoriet til et første besøg; alternativt vurderes ved praktiserende læge. Dog kan der ved forudgående aftale med sårambulatoriet oprettes patienter i telemedicinsk sårvurdering, som af forskellige årsager ikke kan møde op til besøg på sygehuset.

Telemedicinsk sårvurdering kan desuden anvendes monosektorielt, og eventuelle data kan med fordel bruges, hvis der senere finder et tværsektorielt samarbejde sted.

Inklusionskriterier:

- Sår, der ikke viser fremgang i forhold til heling.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX. 2018 og Sundhedskoordinationsudvalget den XX.XX. 2018 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2019.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Patientens samtykke indhentes altid af det sundhedsfaglige personale forud for oprettelse i telemedicinsk sårvurdering.

Nedenfor beskrives samarbejdspartneres ansvarsforpligtelser i forbindelse med brug af telemedicinsk sårvurdering:

Ansvar og opgaver hos den praktiserende læge

Den praktiserende læge vurderer patienten med henblik på at henvise patienten rettidigt til relevant sygehusafsnit. Al registreringspraksis fortsættes på sygehuset, således vil den praktiserende læge fortsat modtage et ambulant notat mv. fra sygehuset, som det er gældende for andre forløb. Når patientforløbet afsluttes på sygehuset, sender sygehuset en epikrise til den praktiserende læge.

Den praktiserende læge kan også have et samarbejde med den kommunale sårsygeplejerske om patienten, hvor det er muligt for den praktiserende læge, at lave et opslag i systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering, hvis den kommunale sårsygeplejerske har sendt et link.

Ansvar og opgaver hos sårspecialister på sygehuset

Efter henvisning til sårambulatoriet fra den praktiserende læge, vurderer ambulatoriet om, og i hvilket omfang, patienten kan inkluderes til telemedicinsk sårvurdering. Dette er en løbende vurdering gennem hele behandlingsforløbet. Sårambulatoriet opretter relevante patienter i systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering.

Når patienten henvises til et andet sygehus, skal der informeres om, at patienten er oprettet i telemedicinsk sårvurdering, og det aftales, hvem der har ansvaret for det videre forløb i forhold til telemedicinsk sårvurdering. Aftalen noteres i systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering.

Læge og/eller sårsygeplejerske på sygehuset følger patienterne løbende i telemedicinsk sårvurdering på tidspunkter aftalt mellem sårambulatoriet og den kommunale sårsygeplejerske, da den telemedicinske konsultation foregår på en booket tid. I forbindelse med patientens besøg i ambulatoriet skal der noteres i systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering med sårvurdering, billede og notat med behandlingsplan.

Ansvar og opgaver i kommunen

Den kommunale sårsygeplejerske har ansvar for at vedligeholde og indrapportere rettidigt på eksiste-

rende patienter, der er i aktive tværsektorielle forløb. Ved hver kontakt skal der altid foreligge sårvurdering, billede og notat.

Den kommunale sårsygeplejerske kan efter aftale med sårambulatoriet oprette patienten i telemedicinsk sårvurdering.

Skriveadgang til telemedicinsk sårvurdering gives kun til et begrænset personale, og kun til det personale i kommunen, der har gennemført det regionale kursus. Kontakt til sårambulatoriet varetages af den kommunale sårsygeplejerske eller sygeplejerske på niveau 2.

Ved spørgsmål vedr. sårbehandling kan den kommunale sårsygeplejerske eller sygeplejerske på niveau 2 kontakte sårambulatoriet telefonisk for at få en ekstra telemedicinsk konsultation.

Ved behov for akut sårbehandling tages om muligt kontakt til sårambulatoriet og alternativt til den praktiserende læge. Undtagelsesvis tages kontakt til vagtlæge.

Når den kommunale sårsygeplejerske, efter aftale med sårambulatoriet, opretter en patient i telemedicinsk sårvurdering, skal patientens praktiserende læge orienteres.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Adgangen til telemedicinsk sårvurdering oprettes og vedligeholdes af lokale administratorer dels i kommunen og på sygehuset. Dog kan praksislæger opnå adgang ved brug af medarbejdersignatur eller link fremsendt af kommunal sårsygeplejerske.

Det er muligt for patienter i aktuelle sårforløb, at få adgang til egne data i systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering ved brug af NemID. Patienten har mulighed for at hente en applikation, der kan bruges til at uploade patientens egne billeder til systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering. Der skal indgås individuelle aftaler med patienten omkring brugen af dette. Applikationen kan downloades til henholdsvis iOS eller Android.

Kompetenceudvikling¹

Kompetenceniveauer for sygeplejersker, der er involveret i telemedicinsk sårvurdering, inddeles i tre niveauer:

	Fagpersonale	Anbefalede sårkompetencer	Sektorspecifikke kompetencer	Opgaver
Niveau 1	Sårsygeplejersker har som minimum gennemført et diplommodul eller har en længere-	Et endags-telekommunikationskursus.	<u>Kommunen:</u> Sårsygeplejersker er superbrugere i telemedicinsk sårvurdering og får opdateret viden inden for sår-	Undervise kolleger efter behov. Oprette patientforløb i systemunderstøttelsen af tele-

¹ Afsnittet tager udgangspunkt i de nationale anbefalinger jf. <https://www.medcom.dk/media/6789/anbefaling.pdf>

	varende efteruddannelse i sårbehandling. (Sårspecialister har gennemført 3 diplommoduler.)		behandling. Sårsygeplejerskerne har en studiedag i samarbejdsambulatoriet med fokus på samarbejde og telemedicin i praksis. <u>Sygehus:</u> Sårsygeplejersker er superbrugere i telemedicinsk sårvurdering og får opdateret viden inden for sårbehandling. Sårsygeplejerskerne har en studiedag i kommunen med fokus på samarbejde og telemedicin i praksis.	medicinsk sårvurdering, hvor dette er aftalt lokalt. Uddelegere relevante kompetencer til sygeplejersker på niveau 2, efter aftale med ledelsen. Kommunikere tværsektorielt via systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering. Være lokal resursepå person for de øvrige ansatte i området.
Niveau 2	Kommunale nøglepersoner med sårfunktion med reference til sårsygeplejersken.	Et 5-dages sårkursus indeholdende telekommunikation og grundlæggende principper for sårbehandling/ produktvejledning og sygdomslære/udredning og behandling samt en studiedag i samarbejdsambulatoriet med fokus på samarbejde og telemedicin i praksis.		Kommunikere tværsektorielt via systemunderstøttelsen af telemedicinsk sårvurdering.
Niveau 3	Basissygeplejersker	Undervisning i anvendelse af telemedicinsk sårvurdering i forhold til at have læseadgang til systemet.		Udføre sårbehandling efter anvisning fra sårsygeplejerske eller sygeplejerske på niveau 2. Ved forværring, kontakte den lokale sårsygeplejerske eller sygeplejerske på niveau 2.

Kommunerne skal som minimum have én sårsygeplejerske pr. 15.000 borgere eller eksempelvis én

sårsygeplejerske pr. delområde i kommunen.

Kommunerne har ansvar for, i det enkelte borgerforløb, at give sårambulatoriet besked, hvis de ikke har de fornødne kompetencer til at kunne løfte den telemedicinske sårvurdering. Ligeledes er kommunerne ansvarlige for at give sygehuset besked, når kompetencerne igen er til stede i kommunen.

Det anbefales, at læger i sårfunktioner på sygehuse:

- har interesse i og erfaring med sårbehandling
- har samarbejde mellem dermatologi, endokrinologi, karkirurgi, ortopædkirurgi og statsautoriseret fodterapi (dem der er ansat på sygehusene – altså de regionalt ansatte).
- tilegner sig særlig viden på sårområdet ved kursusaktiviteter og eventuelt fokuseret studieophold
- følger anvisninger i de nationale/regionale retningslinjer.

Det anbefales herudover, at der fra Den lægefaglige videreuddannelses side oprettes et kompetenceløft særlig rettet mod sygehuslæger med ansvar for sårbehandling, samt at læger deltager i et endags telekommunikationskursus.

En nærmere beskrivelse af kursus i sårbehandling i Region Syddanmark fremgår af nedenstående link:

<https://rsd.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=33484>

Link til patientfolder:

<https://www.syddansksundhedsinnovation.dk/service-menu/nyheder/2018/aug-dec2018/efterspoergsel-paa-telemedicinsk-saarvurdering/>

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin vil senest to år efter godkendelse af samarbejdsaftalen forestå en evaluering af aftalens anvendelse. Evalueringen vil tage udgangspunkt i afrapporteringsguiden godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 22. september 2017.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samarbejdsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om telemedicinsk sårvurdering aftales og koordineres lokalt mellem kommuner, sygehusenheder og praktiserende læger med udgangspunkt i den nuværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der er afgørende ændrede vilkår for opgaven, eksempelvis nye Kvalitetsstandarder.

Bilag 2: Estimat over kompetenceløft i kommunerne

Som sårsygeplejerske på niveau 1, skal man have gennemført et diplom modul indenfor sår. UCSyd udbyder 3 forskellige moduler, hvor det er underordnet, hvilket modul der gennemføres. Som sårspecialist skal man gennemføre alle 3 diplom moduler.

Der er forskellige priser på modulerne:

- Forløb for mennesker med sår – arterielle og venøse sår: 16.000 kr.
- Vanskelige sår – den diabetiske fod: 17.400 kr.
- Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis – specielle sår: 17.000 kr.

I nedenstående skema, er udarbejdet et estimat på udgifterne for kommunerne i forbindelse med uddannelse af sårsygeplejersker. Estimatet er udarbejdet ud fra den betragtning, at der endnu ikke er uddannet sårsygeplejersker i kommunerne.

Tallene er regnet ud fra, at der skal være en sårsygeplejersker pr. 15.000 indbygger. Prisen er sat til 16.800, som er gennemsnitsbeløbet mellem de 3 valg af uddannelserne. Prisen kan derfor variere lidt.

Kommune	Antal indbyggere (pr. 2018)	Antal sårsygeplejersker	Pris i kr.
Assens Kommune	41.328	3	50.400
Billund Kommune	26.482	2	33.600
Esbjerg Kommune	116.032	8	134.400
Fanø Kommune	3.401	1	16.800
Fredericia Kommune	51.326	4	67.200
Faaborg-Midtfyn Kommune	51.536	4	67.200
Haderslev Kommune	55.963	4	67.200
Kerteminde Kommune	23.756	2	33.600
Kolding Kommune	92.515	7	117.600
Langeland Kommune	12.641	1	16.800
Middelfart Kommune	38.210	3	50.400
Nordfyns Kommune	29.516	2	33.600
Nyborg Kommune	32.032	3	50.400
Odense Kommune	202.348	14	235.200
Svendborg Kommune	58.698	4	67.200
Sønderborg Kommune	74.650	5	84.000
Tønder Kommune	37.777	3	50.400
Varde Kommune	50.301	4	67.200
Vejen Kommune	42.844	3	50.400
Vejle Kommune	114.140	8	134.400
Ærø Kommune	6.178	1	16.800
Aabenraa Kommune	59.089	4	67.200

Kommunerne har mulighed for, at have en sårsygeplejerske pr. delområde, hvis kommunen er inddelt i delområder, hvilket kan ændre antallet af sårsygeplejersker, som er beskrevet i tabellen.

Bilag 3: Følgeskrivelse

I samarbejdsaftalen for telemedicinsk sårvurdering fremsættes flere krav til parterne.

Da det ikke kan forventes, at alle krav er opfyldt ved samarbejdsaftalen start, er der herunder fremsat en tidsplan for, hvornår kravene forventes at være opfyldt.

Krav	Frist
Der er administratorer af telemedicinsk sårvurdering i alle sårambulatorier samt i alle kommuner	1/5-2019
Alle kommuner har minimum en sårsygeplejerske pr. 15.000 indbygger eller en sårsygeplejerske pr. delområde.	1/1-2020
Der anbefales oprettet et kompetenceløft særlig rettet mod sygehuslæger med ansvar for sårbehandling, samt at læger deltager i et endagstelekommunikationskursus.	1/1-2020

Tak fordi du vil hjælpe 😊

Du får dette spørgeskema, fordi du deltager i et kommunalt forløb for personer med KOL i din kommune.

Din besvarelse af dette spørgeskema indgår i en undersøgelse for personer med KOL i Region Syddanmark. Undersøgelsen skal belyse dele af samarbejdet mellem sygehus, praktiserende læge og kommune.

Din tilbagemelding er vigtig, for at samarbejdet mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen kan blive bedre for personer med KOL.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Ved at udfylde spørgeskemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen.

Dine svar behandles fortroligt. Alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Region Syddanmark er dataansvarlig, og undersøgelsen udføres af Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset, Damhaven 12, 7100 Vejle i samarbejde med kommunerne i Region Syddanmark.

I det følgende bliver du stillet spørgsmål opdelt i temaer. Temaerne er [farvemarkeret](#).

Du finder ud af, at du har KOL

1. Hvornår fik du første gang at vide af en læge, at du har KOL?

Angiv venligst årstal, fx 2018:

2. Hvilken læge var det, som fortalte dig, at du har KOL?

- ☐ Min egen læge
- ☐ En læge på sygehuset

3. Tænk på da lægen fortalte, at du har KOL. Hvad var sværhedsgraden af din KOL på daværende tidspunkt?

- ☐ Mild (Lungefunktion 80-100%)

- ☐ Moderat (Lungefunktion 50-79%)
- ☐ Svær (Lungefunktion 30-49%)
- ☐ Meget svær (Lungefunktion under 30%)
- ☐ Ved ikke

Tiden før du fik at vide hos en læge, at du har KOL

4. Tænk på årene/månederne før du fik at vide af en læge, at du har KOL. Fik du i denne periode før at din KOL-sygdom blev opdaget undersøgt din lungefunktion enten på sygehuset, hos egen læge eller i kommunen?

(Lungefunktion undersøges ved pustetest – spirometri – foretaget af en sundhedsfaglig uddannet person)

	Nej	Ja, en enkelt gang	Ja, to-tre gange	Ja, flere end tre gange	Ved ikke
På sygehuset (sæt ét X i denne række)	☐	☐	☐	☐	☐
Hos egen læge (sæt ét X i denne række)	☐	☐	☐	☐	☐
I kommunen (sæt ét X i denne række)	☐	☐	☐	☐	☐

Involvering af dig i behandlingen af din KOL

5. Har du været på sygehuset for at få behandlet din KOL?

(Sæt ét kryds)

- ☐ Ja
- ☐ Nej – (Gå til spørgsmål 7)

6. Du har i forrige spørgsmål angivet, at du har haft kontakt (konsultationer eller indlæggelser) til et sygehus med henblik på at blive behandlet for din KOL. Nedenfor følger en række spørgsmål om din kontakt til sygehuset. Du skal svare med tanke på de sygehuskontakter, hvor I talte om din KOL-behandling.

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Spurgte lægen / sundhedspersonalet ind til dine erfaringer med at have KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gav lægen / sundhedspersonalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om behandlingen af din KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gav lægen / sundhedspersonalet (efter din godkendelse) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling af din KOL? (Hvis du ikke ønskede pårørende inddraget, skal du svare "ikke relevant") (Sæt ét X i denne række)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Havde du samtaler med lægen / sundhedspersonalet om, hvordan du bedst håndterer din KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tog lægen / sundhedspersonalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse? (Hvis du ikke har været indlagt men kun til konsultation på sygehuset indenfor det seneste år bedes du svare "Ikke relevant") (Sæt ét X i denne række)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Har du været hos din egen læge for at få behandlet din KOL?

(Sæt ét kryds)

☐ Ja

☐ Nej – (gå til spørgsmål 9)

8. Du har i forrige spørgsmål angivet, at du har været hos egen læge med henblik på at planlægge eller modtage behandling for din KOL. Nedenfor følger en række spørgsmål om den/de konsultationer, hvor du har talt med lægen om behandlingen af din KOL. Du skal svare med tanke på den/de konsultationer, hvor I talte om din KOL-behandling.

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Spurgte lægen ind til dine erfaringer med at have KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gav lægen dig mulighed for at deltage i beslutninger om behandlingen af din KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gav lægen (efter din godkendelse) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling af din KOL? <i>(Hvis du ikke ønskede pårørende inddraget, skal du svare "ikke relevant")</i> (Sæt ét X i denne række)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Havde du samtaler med lægen om, hvordan du bedst håndterer din KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Tidligere tilbud for at forebygge udvikling af KOL

9. Har du tidligere deltaget i ét eller flere af følgende tilbud for at forebygge udvikling / forværring af KOL?

		Ja	Nej	Ved ikke
Forløb på sygehus vedrørende forebyggelse for personer med KOL. (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐
Kommunalt forløb for personer med KOL, fx et træningsforløb eller et andet forløb vedrørende forebyggelse (et forløb <u>før</u> dét, du deltager i nu). (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐
Kommunalt rygestopkursus (hvis du ryger / har røget). (Sæt ét X i denne række)	Jeg har aldrig røget ☐	☐	☐	☐
Rygestoprådgivning ved egen læge, apotek, patientforening (fx lungeforening) eller andet sted. (Sæt ét X i denne række)	Jeg har aldrig røget ☐	☐	☐	☐

10. Hvem har henvist dig til dette forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen? (Sæt ét kryds)

- ☐ Sygehuset
- ☐ Min læge
- ☐ En medarbejder i kommunen
- ☐ Jeg er ikke blevet henvist, jeg har selv henvendt mig
- ☐ Andre: _____ – (gå til spørgsmål 15)
- ☐ Ved ikke – (gå til spørgsmål 15)

Tid fra din henvisning eller egen henvendelse til din start på deltagelse i kommunalt forløb for personer med KOL

11. Hvornår blev du henvist til eller henvendte dig for deltagelse i det forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen?

____-____ (Angiv måned og år ved MM-ÅÅÅÅ, fx 05-2018)

12. Hvornår startede du på det forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen?

____ - ____ (Angiv måned og år ved MM-ÅÅÅÅ, fx 05-2018)

13. Hvilken beskrivelse passer bedst på tiden, fra du blev henvist eller selv henvendte dig, og til du startede på det forløb for personer med KOL, som du nu deltager i her i kommunen?

(Sæt kun ét kryds)

- ☐ Jeg tog imod det første tilbud fra kommunen om forløb for personer med KOL. Det er det forløb, jeg deltager i nu.
- ☐ Jeg var forhindret i at tage imod det første tilbud fra kommunen om forløb for personer med KOL (fx pga. helbredsmæssige eller praktiske omstændigheder), og jeg blev derfor forsinket i min opstart på et forløb for personer med KOL.
- ☐ Jeg påbegyndte ét eller flere tidligere forløb for personer med KOL i kommunen, som jeg ikke afsluttede, inden jeg startede op på det forløb, som jeg deltager i nu.
- ☐ Andet _____

14. Hvordan oplevede du ventetiden, fra du blev henvist eller selv henvendte dig for at deltage i et forløb for personer med KOL, og til du fik mulighed for at starte på forløbet?

Alt for kort	Lidt for kort	Passende	Lidt for lang	Alt for lang
☐	☐	☐	☐	☐

15. Nedenfor følger en række spørgsmål om dine første samtaler med det kommunale sundhedspersonale i forbindelse med, at du skulle deltage i et kommunalt forløb for personer med KOL.

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Har sundhedspersonalet spurgt ind til dine erfaringer med at have KOL? (Sæt ét X i denne række)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Har sundhedspersonalet givet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din pleje og rehabilitering i kommunen i relation til din KOL?		☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Sæt ét X i denne række)							
Har sundhedspersonalet (efter din godkendelse) givet dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din pleje og rehabilitering i kommunen i relation til din KOL? (Hvis du ikke har ønsket pårørende inddraget, skal du svare "ikke relevant")	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Sæt ét X i denne række)							
Har du haft samtaler med sundhedspersonalet om, hvordan du bedst håndterer din KOL?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Sæt ét X i denne række)							

Uddannelse

16. Hvad er din højst fuldførte uddannelse?

(Sæt ét X)

- ☐ Grundskole (Folkeskoleklassetrin, fx 9.klasses afgangseksamen)
- ☐ Erhvervsuddannelse / faglært (Fx frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)
- ☐ Gymnasial uddannelse (Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX))
- ☐ Kort videregående uddannelse (2-3 år. Fx politibetjent, laborant, økonoma, tandplejer)
- ☐ Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år. Fx folkeskolelærer, socialrådgiver, sygeplejerske, bachelor)
- ☐ lang videregående uddannelse (Længere end 4 år. Fx civilingeniør, cand.mag, psykolog, ph.d.)

Tak for din deltagelse!

Venlig hilsen

Din region og kommune

Afdeling:	Kvalitet, Forskning, Innovation og uddannelse	Udarbejdet af:	Lisbeth Møller Andersen
Sagsnr.:		E-mail:	lisbeth.moeller.andersen@rsyd.dk
Dato:	23. oktober 2018	Telefon:	+45 4029 0627

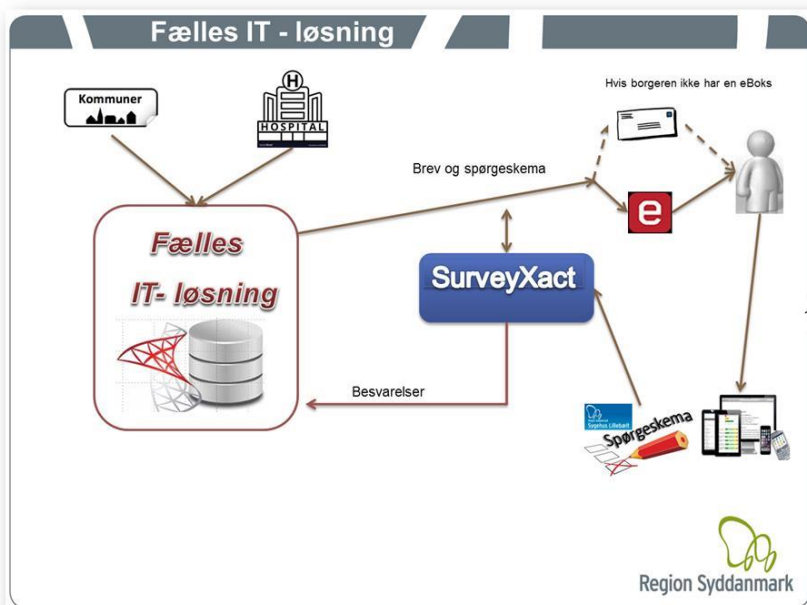
Bilag 2:

Modeller for gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med monitorering af KOL programmet v. Monitoreringsgruppen

1. Kommunerne sender cpr. nr. til regionen, og regionen sender link til spørgeskema ud til borgerne via e-boks.
Fordelene ved metoden er, at arbejdsgangen for udsendelse, rykker og indsamling bliver ensartet. Hertil får vi ved denne metode datamæssige oplysninger, så vi kan foretage en detaljeret frafaldsanalyse, hvilket vil give oplysninger om hvilke borgere, som henholdsvis deltager og ikke deltager i undersøgelsen. Det kræver dog kobling til registre, hvis vi i frafaldsanalysen vil analysere på parametre, som rækker ud over køn og alder – eksempelvis uddannelse. Ulemperne ved metoden er, at hver kommune skal foretage en juridisk vurdering af, om de vil udlevere cpr.nr. på borgere i kommunens KOL-rehabiliteringsforløb til regionen samt være ansvarlige for at fremsende cpr. numrene.
2. Den enkelte kommune udsender spørgeskema til de borgere, som er i et af kommunens KOL-rehabiliteringsforløb. Kommunerne kan med hjemmel i §10 kontakte egne borgere med henblik på et statistisk projekt. Besvarelsene i undersøgelsen kan enten indhentes i anonym eller i personhenførbart form. Hvis svarene ikke er anonyme, så skal hver kommune indhente tilladelser til at foretage undersøgelsen samt til at videregive data til regionen. For at begrænse det juridiske arbejde foreslår vi derfor, at kommunerne i denne model indhenter svarene anonymt ved hjælp af et såkaldt selvoprettelseslink til et anonymt spørgeskema.
Fordelene er, at kommunerne ikke skal udlevere cpr.nr. De indsamlede data via selvoprettelseslinket vil være anonyme, hvorfor både kommuner og region kan modtage svarene uden yderligere juridiske tilladelser.
Ulemperne er, at arbejdsgangene med at indsamle data pålægges de respektive kommuner, og der kan derfor opstå metodiske forskelle i dataindsamlingen på tværs af kommuner på trods af instrukser fra monitoreringsgruppen; fx ift. at rykke for besvarelser. En anden ulempe er, at vi giver køb på at kunne foretage en detaljeret frafaldsanalyse, hvor der udarbejdes en karakteristik af de borgere, som henholdsvis svarede og ikke-svarede på undersøgelsen. Frafaldsanalysen anvendes til at vurdere kvaliteten af undersøgelsen. Vi kan imidlertid godt forsøge at lave en reduceret udgave af en frafaldsanalyse, hvis vi tilføjer to spørgsmål til spørgeskemaet, som giver oplysninger om respondentens køn og aldersgruppe, og samtidigt beder kommunerne sende oplysninger om, hvor mange borgere med KOL, som de har inviteret til at deltage i undersøgelsen samt oplysninger om køns- og aldersfordelingen. Endelig skal det påpeges, at vi i metode 2) ikke vil kunne belyse evt. kommunale forskelle i resultaterne af undersøgelsen, eftersom svarene vil være anonyme. I metode 1) er svarene ikke anonyme, men behandles fortroligt og vi kan derfor, teoretisk set, opdele resultaterne på kommuneniveau, men det kommunale deltagerantal vil sandsynligvis ikke have en størrelse, som tillader meningsfulde statistiske sammenligninger på tværs af kommuner, så kommunale sammenligninger er i realiteten både et problem i metode 1) og 2).

Fælles it-løsning til monitorering af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL

Spørgeskemaet, der anvendes til monitorering af forløbsprogrammet, kan udsendes til borgere via en fælles it-løsning:



Konkret er der mulighed for:

1. Kommune eller sygehus indtaster borgerens cpr.nr. i den fælles it-løsning. Ved indtastningen hentes navne- og adresse oplysninger fra nationalt CPR-register og borgeren oprettes i systemet.
2. It-løsningen sender et lokalt brev (inkl. kommunens eget logo mv.) fra kommunen / sygehuset med et bilag, hvori der er et personligt link til spørgeskemaet til borgerens eBoks. Hvis borgeren ikke er tilmeldt eBoks kan løsningen sende et manuelt brev indeholdende et udskrevet spørgeskema. Kommune og sygehus kan forudbestemme, hvornår borgeren skal modtage brevet.
3. Borgeren klikker på linket til spørgeskemaet, som besvares elektronisk via SurveyXact. Til de borgere, der ikke er tilmeldt eBoks, skal der etableres en manuel proces, hvor papirbesvarelser kan indtastes direkte i løsningen.
4. Når borgeren har besvaret skemaet i SurveyXact, bliver besvarelsen indlæst i databasen.
5. Kommunen kan herefter udtrække data for egne borgere på individ og aggregeret niveau, ligesom sygehusene kan trække for egne patienter. Herefter kan der foretages analyser af data.

Forudsat, at der indhentes de nødvendige tilladelser, er al lovgivning overholdt med den skitserede løsning.



It-løsningen programmeres af Databaseenheden i Region Syddanmark. Det foreslås at systemejer og forvalteren af systemet af samme grund tillægges Region Syddanmark. Forvalteren sørger for de nødvendige tilladelser i forhold til gældende lovgivning, og har som forvalter desuden mulighed for at levere yderligere analyser og levere data på aggregeret niveau.

Der er en mindre driftsøkonomi ved løsningen. Dels til udsendelse af breve via eBoks, dels til svarkuverter og indtastning af "manueller" skemaer.



Afdeling: Praksis
Journal nr.: 17/44563
Dato: 26. oktober 2018

Udarbejdet af: Anita Lerche
E-mail: Anita.Lerche@rsyd.dk
Telefon: 2157 3116

Bilag

Status for implementering af øvrige emner i Overenskomst om almen praksis 2018

Det Administrative Kontaktforum november 2018

Generel kræftopfølgning i almen praksis

Almen praksis forpligtes til at sikre en tilstrækkelig opfølgning i almen praksis for patienter i et kræftforløb eller patienter med et afsluttet kræftforløb. Det kan f.eks. omhandle øget fokus på senfølger, recidiv, henvisning til kommunale rehabiliteringstilbud mv.

Status

Dansk selskab for almen medicin har udsendt en vejledning om "Kræftopfølgning i almen praksis". Implementeringsgruppen under Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget (KEU) har drøftet udfoldelsen af vejledningen, herunder behov for efteruddannelse, og forventes at afgive anbefalinger til temagruppen om den videre implementering af vejledningen i løbet af efteråret 2018.

Forløbsplaner: KOL, diabetes type 2 og lænderygsmærter

Elektroniske forløbsplaner implementeres i overenskomstperioden. Den praktiserende læge opretter, anvender og vedligeholder forløbsplanen i samarbejde med patienten i det videre forløb.

Status:

Forløbsplanerne for KOL er teknisk implementeret i alle lægesystemer og forventes at kunne tages i brug i efteråret 2018, mens forløbsplaner for diabetes forventes klar medio 2019, og forløbsplaner for lænderyg-patienter medio 2020.

Temagruppen vil løbende følge udviklingen i antal forløbsplaner.

Opfølgning ved sektorovergange (trafiklysmetoden)

Almen praksis forpligtes til naturligt at følge op overfor patienter, som modtager behandling i flere sektorer. I visse situationer er der behov for at sikre en særlig hurtig opfølgning i almen praksis efter en sygehusindlæggelse. Den udskrivende læge markerer epikrisen ved patienter med særlige opfølgningsbehov med rødt, gult eller grønt flag til indikation af, hvor hurtigt der skal foretages aktiv opfølgning i almen praksis.

Status:

Opgaven forløber i et nationalt spor. Der forventes implementeret en midlertidig epikrisestandard i sygehusenes elektroniske patientjournalssystem i efteråret 2018, som forløber for den endelige standard.

Opprioritering af sygebesøg

Opprioritering af sygebesøgsopgaven, herunder anvendelse af stedlige læger

Status:

Opgørelse af antal sygebesøg (1.-3. kvartal 2017 sammenholdt med 1.-3. kvartal 2018) viser, at antal kørte sygebesøg til den ældre befolkning er stigende.

Temagruppen forventer at påbegynde opgaven i efteråret 2018.

Opsporing af lungen sygdom/KOL

Der ønskes i overenskomstperioden en styrket indsats i almen praksis for tidlig opsporing af mennesker med lungen sygdomme målrettet borgere med uopdaget KOL.



Status:

Opgørelse af antal spirometri foretaget i almen praksis i 2018 viser, at der er praksis, som ikke foretager spirometri. Spirometri foretages fortrinsvis på den ældre befolkning. Temagruppen forventer at påbegynde opgaven i efteråret 2018.

Astma hos børn og unge

Almen praksis varetager en tidlig og målrettet opsporing, diagnostik og udredning af børn og unge (0-18 år) med astma, eller hvor der foreligger mistanke herom.

Status:

Temagruppen forventer at påbegynde opgaven i efteråret 2018.

Mennesker med kronisk sygdom

De praktiserende læger skal i øget omfang forebygge, opspore, være opsøgende over for patienter med særligt behov og behandle kroniske sygdomme hos deres patienter.

Status:

Temagruppen forventer at påbegynde opgaven i efteråret 2018.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
KOL programmet i Syddanmark (Landsdelsprogram Syd)					
Leveranceplan for 2018	Igangsat			Februar 2018	Programledelsen er pt. i gang med udarbejdelsen af en overordnet leveranceplan, så der giver en overblik over de leverancer der hører under de enkelte milepæle.
Leverancebeskrivelser til relevante følgegrupper	Igangsat				
Milepæl 3: Behandlingstilbud inden for landsdelen er godkendt					
Milepæl 3.1: Behandlingstilbud inden for landsdelen godkendt (Sundhedsfagligt indhold, organisering og målgruppe) Milepælen er gennemført, når rammerne for	Afsluttet			November 2017	Programstyregruppen godkendte det sundhedsfaglige grundlag på møde den 23. november 2017.



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
det telemedicinske behandlingstilbud er godkendt i relevante styregrupper. Behandlingstilbud omfatter det kliniske indhold af den telemedicinske ydelse, rolle- og ansvarsfordeling blandt sundhedsfaglige, målgruppen for tilbuddet.					
Milepæl 4: Aftaler indgået					
Milepæl 4.1: Behandlingstilbud indskrevet i Sundhedsaftalen Milepælen er godkendt når behandlingstilbud er indskrevet i sundhedsaftalen og godkendt i Sundhedsstyrelsen	Ej Igangsat			Medio 2019	Det er centralt besluttet, at godkendelsen af de kommende sundhedsaftaler i Sundhedsstyrelsen skydes med 6 måneder dvs. medio 2019.
Milepæl 4.2: Behandlingstilbud godkendt i Praksisplanen	Igangsat			Januar 2019	Indledede kontakt taget til Praksisafdelingen, som har tovholderfunktion på Praksisplanen. Den nuværende Prak-



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepælen er gennemført, når der er indgået aftale om behandlings-tilbud med almen praksis					sisplan i Region Syddanmark er gældende fra 2015 - 2018.
Milepæl 4.3: Behandlingstilbud indskrevet i Forløbsprogrammet	Igangsat			2. kvartal 2018	Forløbesprogrammet i Region Syddanmark er udarbejdet og godkendt. På baggrund af arbejdet i landsdelsprogrammet vil der ske en revidering af forløbsprogrammet. Proces for indskrivning i forløbsprogrammet skal startes op snarest og er endnu ikke klarlagt. Landsdelsprogrammet er afhængig af proces i Sundhedsaftaleregion.
Milepæl 5: Koncept, etablering og idriftsættelse af Service, support og logistikfunktioner					
Milepæl 5.1: Fastlagt koncept for SSL Milepælen er gennemført, når den overordnede ramme/koncept for SSL i landsdelen ligger fast og er godkendt i programstyregruppen. Konceptet	Ej igangsat			Oktober 2018	



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
skal som minimum omfatte en beskrivelse af governance, finansieringsmodel, roller og ansvar for udførende funktioner/operationalisering, kontraktstyring, SLA samt den videre plan for selve etableringen af SSL-konceptet					
Milepæl 5.2: Udbud og tilde- ling/kontraktindgåelse gennemført Milepælen er gennemført, når eventuelle udbud af SSL-funktioner i landsdelen er gennemført og kontrakter indgået. Det er uanset om der gennemføres udbud af en total-løsning for SSL, udbud af enkelte SSL-funktioner og om der er tale om fælles	Ej igangsat			Marts 2019	Vi forventer at en evt. lokal udbudsproces forløber uden problemer og at kontrakter kan indgås senest marts 2019.



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
udbud / tværkommunale udbud / lokale udbud. Milepælen er kun aktuel, såfremt der skal gennemføres udbud af SSL-funktioner.					
Milepæl 5.3: SSL i drift Milepælen er gennemført, når alle nødvendige SSL-funktioner til understøttelse af den telemedicinske behandling fungerer i drift (operationalisering)	Ej igangsat			April 2019	Klar til pilot Vi er dog afhængig af at udbudsorganisationens tidsplan ikke ændres.
Milepæl 6: Teknisk løsning indkøbt og klar til drift					
Milepæl 6.1A Bekendtgørelse af udbud af telemedicinsk infrastruktur Milepælen er gennemført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogramernes milepæl.			27-11-2017	



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 6.2A Bekendtgørelse af udbud af telemedicinske løsninger Milepælen er gennemført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogramernes milepæl.			18-12-2017	
Milepæl 6.1B Tildeling af leverandør på telemedicinsk infrastruktur og afslutning af udbuddet Milepælen er gennemført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en leverandør.	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogramernes milepæl.			31-07-2018 Revideret tidsplan fra FUT: 01-12-2018	Landsdelsprogrammerne har på tværs igangsat arbejdet med at kvalificere en bruttoliste af tekniske forberedende aktiviteter og drøftelser der skal ske lokalt inden for landsdelsprogrammet før, under og efter udbuddene.
Milepæl 6.2B Tildeling af leverandører på telemedicinske løsninger og afslutning af udbuddet	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogramernes milepæl.			15-09-2018 Revideret tidsplan fra FUT: Bestilling af medarbejderløsning: 07-02-2019 Bestilling af borgerløsning: 06-06-2019	Landsdelsprogrammerne har på tværs igangsat arbejdet med at kvalificere en bruttoliste af tekniske forberedende aktiviteter og drøftelser der skal ske lokalt



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepælen er gennemført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en eller flere leverandør(er)					inden for landsdelsprogrammet før, under og efter udbuddene.
Milepæl 6.3: Landsdelsprogram har indgået aftale med leverandør på rammeaftale Milepælen er gennemført, når kommuner og regionen i landsdelen har indgået relevante kontrakter på de fælles rammeaftaler. Det er (for de fleste landsdelsprogrammer) den enkelte kommuner og regionen, der skal indgå selvstændige kontrakter. Det er ikke et kriterium, at alle kommuner / regioner indgår kontrakter for borgerløs-	Ej igangsat				



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
ningen.					
Milepæl 6.4 Telemedicinsk infra- struktur og løsninger er idriftsat til national drift Milepælen er gennem- ført, når infrastruktur og TM-løsninger (bor- gere og medarbejdere) er klar til fuld drift. Det er således efter pilot med 1000 borgere og efterfølgende tilpas- ning.	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogram- mernes milepæl.			01-09-2019 Revideret tidsplan fra FUT: Fuld skallering i landsdelsprogrammerne 28-04-2020	
Milepæl 6.5 Landsdelsspecifikke optioner og medarbej- dervendt løsning sat i drift Milepælen er gennem- ført, når borgervendte løsninger inkl. tilvalgte optioner er i drift i	Ej igangsat			01.05.2020	Milepæl er afhængig af hvad der kommer til at være en del af udbuddene og hvad der bliver optioner samt potentiel- le leverandørers udviklingstid. Landsdelsprogrammet har derfor ikke mulighed for at angive en data for milepæl.



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
landsdelen.					
Milepæl 6.6 Anskaffelsesstrategi for udstyr til borgere fastlagt Milepælen er gennemført, når der er truffet beslutning om indkøb af relevant teknisk udstyr	Ej igangsat			Januar 2019	
Milepæl 6.7 Udstyr til borgere sat i drift Milepælen er gennemført, når relevant teknisk udstyr (fx tablets, måleudstyr) til borgere, der skal understøtte det telemedicinske behandlingstilbud er indkøbt og i drift	Ej igangsat			Juli 2019	Milepæl relateret til drift og ikke pilot.
Milepæl 7: Sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer udfærdiget					
Milepæl 7.1: Sundhedsfaglige instrukser og retningslin-	Igangsat			Juli 2018	



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
er udfærdiget Milepælen er gennemført, når relevante fælles sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer for landsdelen (men som kan kræve lokal tilpasning i kommuner og hospitalsafdelinger) er udarbejdet og godkendt af programstyregruppen					
Milepæl 8: Uddannelse og kompetenceudvikling					
Milepæl 8.1: Koncept, plan og materiale for uddannelse af sundhedsfaglige personale er klart Milepælen er gennemført, når det overordnede koncept for uddannelse af sundhedsfagligt personale samt uddannelsesmateriale og den videre proces	Ej igangsat			Marts 2019	Der er nedsat et tværgående udvalg for uddannelse og kompetenceudvikling.



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
for etablering / operationalisering af uddannelsen er godkendt i programstyregruppen					
Milepæl 8.2: Koncept, plan og materiale for uddannelse af borgere er klart Milepælen er gennemført når det overordnede koncept for uddannelse af borgere samt uddannelsesmateriale og den videre proces for etablering / operationalisering af uddannelsen er godkendt i programstyregruppen	Ej igangsat			Marts 2019	Der er nedsat et tværgående udvalg for uddannelse og kompetenceudvikling.
Milepæl 8.3: Uddannelsesstilbud til borgere og sundhedsfaglige er sat i drift Milepælen er gennemført, når de godkendte uddannelsesstilbud, jf. milepæl 8.1 og 8.2 er i	Ej igangsat			April 2019	



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
drift. Drift er efter pilot og eventuel revidering af uddannelseskoncept og materiale					
Milepæl 9: Integrationer til IT-fagsystemer					
Milepæl 9.1: Snitfladekoncept og muligheder afklaret og informeret til lokale beslutningstagere Milepælen er gennemført, når landsdelsprogrammerne (program-niveau) har drøftet og besluttet anbefaling til integrationer ml. lokale fagsystemer og hhv. national infrastruktur og infrastruktur jf. fælles telemedicinsk løsning. Der er tale om en anbefaling til de enkelte kommuner og regionen i landsdelen, eftersom programmet ikke kan beslutte om man lokalt	Ej igangsat			Oktober 2018	Det er op til den enkelte aktør (kommune/region/Almen Praksis) at sikre integration til fagsystemer, såfremt dette måtte ønskes. FUT vil muliggøre at den indkøbte infrastruktur udstiller snitflader, som så kan understøtte/anvendes fra fagsystemerne.



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
ønsker integration.					
Milepæl 9.2: Lokale (region, kommuner og almen praksis) beslutninger om snitflader truffet Milepælen er gennemført, når der fra programniveau er kommunikeret ud til region og kommuner omkring anbefaling / beslutning vedr. integrationer	Ej igangsat			November 2018	Det er op til den enkelte aktør (kommune/region/Almen Praksis) at sikre integration til fagsystemer, såfremt dette måtte ønskes. FUT vil muliggøre at den indkøbte infrastruktur udstiller snitflader, som så kan understøtte/anvendes fra fagsystemerne.
Milepæl 9.3: Integrationer sat i drift (data kan ses i fagsystemer) Milepælen er gennemført, når de kommuner og region, der ønsker integrationer ml. fagsystemer og infrastruktur har gennemført disse og sat i drift.	Ej igangsat			April 2019	Usikkerhed om hvorvidt fastsat deadline kan nås: vi kender ikke udviklingstid ved de enkelte leverandører samt hvor mange der er i gang med udbud af fagsystem, herunder leverandørernes pipeline for udviklingsønsker. Såfremt lokale integrationer skal testes, skal de være klar til pilottest juli 2019.



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 10: Rammer for driftsorganisation					
Milepæl 10.1 Fastlægge rammer for driftsorganisation (governance, sysemforvaltning og sundhedsfagligt indhold) Milepælen er gennemført, når rammerne for driftsorganisationen er fastlagt og godkendt	Ej igangsat			April 2019	
Milepæl 10.2 Pilot 1 gennemført	Ej igangsat			Juni 2019 02-03-2020	Forudsat at tidsplanen for FUT udbud overholdes.
Milepæl 10.3 Pilot 2 (Teknisk og organisatorisk afprøvning i produktionsmiljø) Dette er den egentlige pilot med op til 1000 borgere i alt landsplan. Milepælen er gennemført når der er sket en test, evaluering og justering af både teknik og organisering	Ej igangsat			August 2019 27-04-2020	Milepæl er ajourført pba. FUTs orientering om forsinkelse i tidsplan på 9. porteføljestyre-gruppemøde



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 11: Implementering					
Milepæl 11.1 Implementeringsplan fastlagt og godkendt Milepælen er gennemført, når plan for implementering af det telemedicinske tilbud i landsdelen er fastlagt og godkendt i programstyregruppen. Planen skal som minimum omfatte tidsplan/eventuel bølgeplan (Implementering er her defineret ved "Go-live" / de første borgere er henvist til det telemedicinske tilbud)	Ej igangsat			Januar 2019	
Milepæl 11.2 10 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram Hver landsdel fastlægger forventet antal in-	Ej igangsat			Juli 2019 – forventer 0-6 mdr's forsinkelser	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
kluderede borgere på et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx GOLD gr. D), der kan identificeres og som ønsker at deltage i det telemedicinske tilbud.					3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)
Milepæl 11.3 50 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram Hver landsdel fastlægger forventet antal inkluderede borgere på et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx	Ej igangsat			Oktober 2019 – forventer 0-6 mdr's forsinkelser	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)



Nationale milepæle	Status på milepælen	Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
GOLD gr. D), der kan identificeres og som ønsker at deltage i det telemedicinske					
Milepæl 11.4: Mindst 95 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram	Ej igangsat			December 2019 Forventer forsinkelse på 0-6 måneder	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)

Bilag

Vigtige datoer for Landsdelsprogrammerne

Tidsplanen for FUT gennemførselsprojektet er opdateret som følge af KL og DR indhentning af mandater.

Under forudsætning af at der underskrives en leveranceaftale for infrastrukturen den 19. december 2018 kan gennemførselsprojektets udviklingsaktiviteter starte op den 3 januar 2019.

Som følge af justeringen af planen ændres landsdelsprogrammernes aktiviteter tilsvarende.

Grundlæggende får landsdelene længere tid til at forberede deres bestillinger af løsninger.

Nedenfor er vigtige datoer beskrevet (Landsdelenes aktiviteter er skrevet med **fed**):

Tidsplan Medarbejderløsning			
Nr.	Fase	Ny Startdato	Ny Slutdato
1M	Forberede bestilling LP	19-12-2018	06-02-2019
2M	<i>Frist for bestilling af Medarbejderløsning (LP)</i>	<i>07-02-2019</i>	
3M	Integrationsleverance (Leverandør)	07-03-2019	27-06-2019
4M	Integrationsprøve (FUT)	28-06-2019	04-07-2019
5M	Delleverance 2 (FUT)	05-07-2019	21-11-2019
6M	Overtagelsesprøve (FUT)	22-11-2019	28-11-2019

Tidsplan Borgerløsning			
Nr.	Fase	Ny Startdato	Ny Slutdato
1B	Forberede bestilling af Borgerløsning (LP)	03-01-2019	05-06-2019
2B	<i>Frist for bestilling af Borgerløsning (LP)</i>	<i>06-06-2019</i>	
3B	Delleverance 1 (FUT)	08-03-2019	20-06-2019
4B	Integrationsprøve (FUT)	21-06-2019	27-06-2019
5B	Endelig leverance (Leverandør)	28-06-2019	18-11-2019
6B	Overtagelsesprøve (FUT)	19-11-2019	25-11-2019

Tidsplan Test og Pilot			
Nr.	Fase	Ny Startdato	Ny Slutdato
1T	Test (op til 100 borgere) (FUT+LP)	29-11-2019	02-03-2020
2T	Pilot (op til 1000 brugere) efterfulgt af driftsprøve (FUT+LP)	03-03-2020	27-04-2020
3T	Fuld skallering (LP)	28-04-2020	

Fælles Udvikling af Telemedicin FUT

Orientering om ny tidsplan for FUT
gennemførselsprojektet - oktober 2018



Fælles Udvikling af Telemedicin
Kommuner og Regioner i Danmark

Genbekræftelse af politisk mandat

- Danske Regioner og KL har ønsket at få genbekræftet det politiske mandat, inden valg af leverandør kan meddeles og kontrakten underskrives
- Årsagen er, at de samlede projektkostninger for den fælles infrastruktur er højere end estimeret
- Konsekvensen er, at den samlede tidsplan for gennemførelsesprojektet udskydes med ca. 4 måneder
- Implementering af telemedicin i regioner og kommuner udskydes tilsvarende
- FUT pauseres frem mod 1. december, hvor det forventes at de nødvendige mandater er i hus

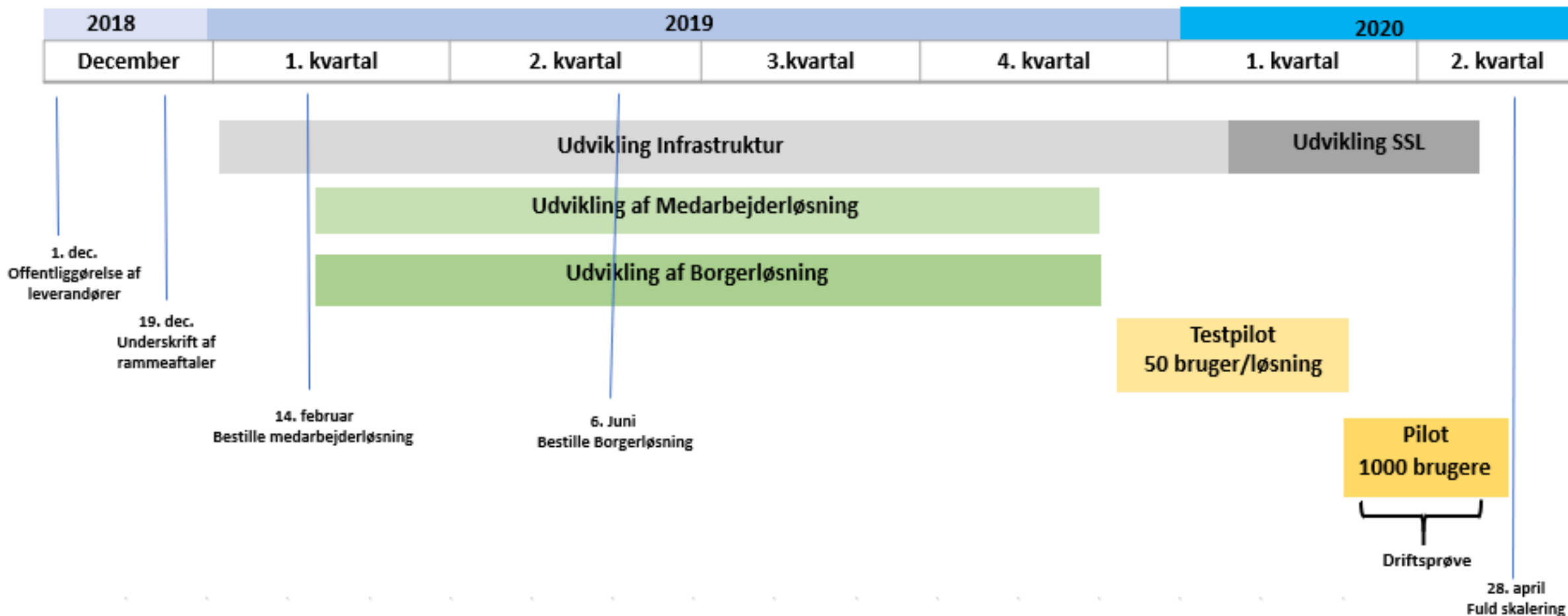
Ny tidsplan for FUT-gennemførselsprojektet

- Ny tidsplan udarbejdet med afsæt i forventning om, at projektet går i gang igen d. 1. december 2018
- Tidsplanen er gjort robust ved at tage højde for:
 - Ferier og helligdage
 - Nødvendig buffer som er knyttet til test og prøver
 - Tilstrækkelig tid til landsdelene til forberedelser og koordinering af deres bestillinger af løsninger
- Tidsplanen er godkendt af FUT-styregruppen d. 15. oktober 2018

Vigtige datoer

- **Primo januar 2018:** Opstart af udvikling af infrastruktur
- **Ultimo november 2019:** Test af infrastruktur og løsninger på op til 100 borgere
- **Primo marts 2020:** Pilot på op til 1000 brugere
- **Ultimo april 2020:** Fuld skalering af telemedicin til borgere med KOL

Tidsplan FUT-gennemførelse



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af SAM:BO ift. socialpsykiatri	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. DAK godkendte den 22. juni 2017 det forelagte høringsudkast til tre nye SAM:BO forløb, der omhandler kommunikation og samarbejde mellem både det somatiske og det psykiatriske sygehus og socialpsykiatrien i kommunerne. Forløbene var sendt i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017. Forløbene blev endeligt godkendt i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober 2017 samt i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Den 19. december 2017 godkendte SKU de tre nye forløb samt implementeringsplan. Implementeringsplanen følges planmæssigt, og de nye forløb forventes implementeret den 23. oktober 2018.	03-12-18: Følgegruppen forelægges status.			
Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet	DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsmarkedsområdet. Følgegruppen fik den 19. februar 2018 forelagt en sag om udpegning af repræsentanter til en arbejdsgruppe, som deltager i to workshops med det formål at udarbejde kommissorium samt tids- og procesplan for arbejdet. Kommissorium samt tids- og procesplan forventes forelagt for Følgegruppen primo 2019. Udpegningen til arbejdsgruppen har trukket ud blandt andet som følge af, at Socialdirektørforum ønskede at drøfte spørgsmålet om videreudvikling af SAM:BO på et møde, førend de ville tage stilling til udpegningsspørgsmålet. Fælleskommunalt Sundhedssekretariat sætter gang i udpegningen 2. halvår 2018.	03-12-18: Følgegruppen forelægges status.			Kommissorium forventes klar til godkendelse i Følgegruppen i februar 2019.
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				DAK besluttede på møde den 27.januar 2017, at monitorering af ajourførings-procenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.	Der indhentes halvårlig status i april og okt.			
Særlige opgaver					

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Den foreliggende samarbejdsaftale er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2017 reviderede anbefalinger for den palliative indsats. Følgegruppen besluttede på møde 19-02-18 at indstille til DAK, at Samarbejdsaftalen for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid revideres med henblik på at leve op til de reviderede anbefalinger. Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 kommissorium for tværsektoriel arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Formandsskabet for DAK besluttede på formandsmøde, at kommissoriet ikke kræver godkendelse i DAK, og at arbejdet derfor kan igangsættes af Følgegruppen. Revideret kommissorium er godkendt af Følgegruppen for Behandling og pleje 8. oktober 2018. Udpegning til arbejdsgruppen er igangsat.	Oplæg til en revideret samarbejdsaftale forelægges Følgegruppen for Behandling og Pleje i marts 2019.			DAK formandsskabet besluttede, at sagen ikke kræver godkendelse i DAK, men at Følgegruppen kan igangsætte arbejdet.
Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	Psykiatriområdet i Region Syddanmark arbejder ud fra SAM:BO aftalen på lige fod med det somatiske område. I det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje anvendes de MedCom-standarder, som fremgår af den reviderede SAM:BO (implementeret den 3. oktober 2017). Psykiatrisygehuset deltager ligeværdigt i den auditering, som fremgår af tids- og procesplanen for implementering af den reviderede SAM:BO-aftale.	Der gives en årlig status på implementering/data på rapporttyper i oktober.			
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017, og implementering er gennemført i tredje kvartal 2017. Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe, som er nedsat som underarbejdsgruppe under Følgegruppen, afholdt sit første møde den 31. oktober 2017. Arbejdsgruppen mødes efter behov. Arbejdsgruppens første opgave var at afklare kommunernes behov for overskrifter i korrespondancemeddelelser. Følgegruppen har på møde 19-02-18 godkendt oplæg, som er udarbejdet på baggrund af input fra kommunerne.				
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	På møde den 23. november 2016 behandlede DAK den nye nationale handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. DAK besluttede den 23. november 2016, at Følgegruppen for behandling og pleje fremadrettet er ansvarlig for at udarbejde et ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at DAK i forbindelse med den årlige afrapportering orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt. Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer). DAK besluttede den 22. juni 2017, at udarbejdelse af et ramme- og retningspapir skal afvente denne proces.	Udarbejdelse af ramme- og retningspapir afventer. Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Audit/evaluering af SAM:BO	Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet. I den kommende periode arbejdes der på en afklaring af, hvilken betydning ændringen af sundhedsloven har ift. audit af SAM:BO. Følgegruppen har den 8. oktober 2018 drøftet, at en audit af SAM:BO bør afvente, at SAM:BO Socialpsykiatri er implementeret og i drift. Følgegruppen vurderer derfor, at en audit af SAM:BO mest hensigtsmæssigt finder sted i den ny sundhedsaftaleperiode.				
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder, om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget. Status gives helårligt i oktober.				
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens. På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Anbefalinger til organisering herunder rolle og ansvarsfordeling skal ligeledes indgå i arbejdet. Sundhedsstyrelsens arbejde igangsættes i løbet af 2017 med henblik på færdiggørelse i 2018. Herefter påbegyndes arbejdet med revision af samarbejdsaftalen på demensområdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe.	Løbende afrapportering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc. Primo 2018: Afrapportering fra arbejder under Sundhedsstyrelsen og drøftelse vedr. videre proces.			
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Udfordringen omkring underrepræsentation af etniske minoriteter i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af demens vil blive løftet ind i forbindelse med arbejdet med øvrige initiativer i demenshandlingsplanen. Bl.a. når de nationale anbefalinger for tværfaglige forløb for mennesker med demens foreligger, og der skal arbejdes med en revision af samarbejdsaftalen.				
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der blev udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb. Da kurset blev udbudt, var der efterfølgende ikke tilslutning hertil. På den baggrund er opgaven vedr. kompetenceudvikling skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium. Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan (Initiativ 22).				
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	DAK godkendte den 23. november 2017 Regional Vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange, hvor DAK også godkendte, at der udarbejdes et oplæg om læringsinitiativer med henblik på forelæggelse for Det Administrative Kontaktforum 1. halvår af 2018. Følgegruppen godkendte oplæg til læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange. DAK godkendte oplægget den 14. maj 2018, dog med den præcisering, at der ikke skal udpeges en tværsektoriel UTH-arbejdsgruppe. Der er udsendt invitation til en temaeftermiddag om læringsinitiativer vedr. UTH i sektorovergange den 15. november 2018.			1. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 udkast til den reviderede samarbejdsaftale. Den reviderede samarbejdsaftale blev godkendt på møde i DAK 14-05-18. Den reviderede aftale er sendt ud til region og kommuner.	Primo 2019 gives status på implementering aftalen.		3. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16 og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16. Det er Følgegruppens opgave at monitorere samarbejdsaftalen. Data blev forelagt Følgegruppen den 9. april 2018. Monitorering blev taget til efterretning. Det er følgegruppens vurdering, at samarbejdsaftalen fungerer efter hensigten. Der er blevet indgået aftale om revitalisering af ERFA-gruppen på respirationsområdet. ERFA-gruppen for samarbejdsaftalen på respirationsområdet mødes næste gang 15-11-18. Forud for dette møde mødes kommunerne for at afklare deres deltagelse. Kommunerne mødes 04-10-18.	03-12-18: Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen.			Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der er nedsat en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven.	Første møde i 2019: Forslag til revideret samarbejdsaftale forventes klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje.			Der er fremkommet svar fra Sundhedsministeriet vedr. en opklaring på ansvarsfordelingen under indlæggelse ift. hjælp efter serviceloven. På den baggrund genoptages arbejdet i arbejdsgruppen. Det forventes afsluttet ved udgangen af 2018.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	DAK godkendte den 22. juni 2017, at der ikke længere er behov for en særskilt samarbejdsaftale for det psykiatriske område, når SAM:BO for Socialpsykiatrien er implementeret. Godkendelsen skete med det forbehold, at underaftaler til samarbejdsaftalen kan stå alene, inden man kan udfase den overordnede samarbejdsaftale. Følgegruppen godkendte den 19. februar 2018 redaktionelle justeringer af følgende 3 underaftaler: - Samarbejdsaftale om retspsykiatriske patienter, 2015 - Samarbejdsaftalen om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet, 2015 - Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug og alkoholmisbrug, 2015 Da justeringerne alene er af redaktionel karakter forelægges de ikke DAK til godkendelse.				Med ganske få redaktionelle ændringer er ophænet til Sundhedsaftalen 2015-18 og SAM:BO-aftalen sikret. Da der er planlagt justering af de øvrige underaftaler inden udgangen af 2019, kan samarbejdsaftalen for det psykiatriske område derfor udfases, når SAM:BO indenfor socialpsykiatrien træder i kraft pr. 23-10-18.
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF'erne. Der er afholdt temadag i 2017. Der er ikke bemærkninger til aftalen. Spørgsmål ift. implementering af aftaleindholdet drøftes efter behov i SOF'erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (april).			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF'erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (feb.).			
Aftale om sårbare gravide	DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017. Aftalen implementeres via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.	03-12-18: Følgegruppen forelægges årlig status. Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS	Den reviderede samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark blev godkendt af DAK den 25. januar 2018 med en tilføjelse om monitorering på udviklingen af antal familier i Familieambulatoriet, samt antal besøg pr. familie. Aftalen implementeres via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.	03-12-18: Følgegruppen forelægges årlig status. Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der blev nedsat en arbejdsgruppe, til at understøtte implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016. Alle kommuner i Region Syddanmark kan nu modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Arbejdsgruppen er derfor nedlagt. Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.				Det blev besluttet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 17. august 2017, at monitoreringen ikke videreføres. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses over for Følgegruppen.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

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

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	DAK har besluttet, at følgegruppen kan igangsætte et pilotprojekt med 2-3 kommuner, hvor potentialet i et ændret samarbejde kan undersøges. Den 27. september 2018 har DAK besluttet, at Følgegruppen kan afvente Sundhedsaftalen 2019-2022 inden projektet sættes i gang.	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet den 23/11 2017. M2: Identifikation af kommuner til pilotprojekt primo 2018. M3: Pilotafprøvning i 2-3 kommuner igangsættes medio 2018. M4: Modellens Evt. Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK medio 2019. M5: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet medio 2019.	Afventer Sundhedsaftalen 2019-2022	En eventuel samarbejdsaftale afventer resultaterne af pilotprojektet.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)	- Intravenøs væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo november 2017 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, næste gang op til mødet i DAK d. 19/9 2019.
	- Sondeernæring - Parenteral ernæring	M1: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo 2018 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, næste gang op til mødet i DAK d. 19/9 2019.
	- Akutte bed-side blodprøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	M1: Samarbejdsaftalen evalueres i maj 2020.	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK d. 25/1 2018	Samarbejdsaftalen er primo 2018 sendt til implementering i de lokale samordningsfora samt kommunal lægelige udvalg med effekt fra 1/5 2018.	Samarbejdsaftalen evalueres to år efter implementering.
	- Pasning af dræn - Kateteranlæggelse og pleje	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i den 21/3 2018 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne behandles på mødet i DAK d. 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne forventes godkendt på mødet i DAK den 14. maj 2018 og sendes efterfølgende til implementering i SOF'erne med effekt fra d. 1/6 2018.	Samarbejdsaftalerne evalueres to år efter implementering.
	- Rundspørge om forslag til ændret arbejdsdeling om medicin håndtering i kommunale akutfunktioner	M1: Forespørgsel sendt til kommuner, sygehuse og praktiserende læger i Syd-danmark.	Indstilling fra Følgegruppen præsenteres på DAK på mødet den 24/1 2019		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		M2: Arbejdsgruppe er ved at kvalificere de indkomne forslag			
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.	M1: Udpegning til evalueringsgruppe (ultimo oktober) M2: To møder i evalueringsgruppe (ultimo november 2018 og primo februar 2019) M3: Følgegruppen drøfter udkast til evaluering (den 27. februar 2019) M4: DAK drøfter evaluering (den 4. april 2019)		Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem.	Det er aftalt, at samarbejdsaftalen skal evalueres to år efter implementering, dvs. arbejdet igangsættes september 2018. Resultatet af evalueringen forventes at kunne præsenteres for DAK i april 2019.
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse. SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemo-	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK's møde den 22. juni 2017 revideret og	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. I perioden d. 1/7– 31/12 2017



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
terapi i eget hjem				inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne informa- tion er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	har 5 patienter modtaget be- handling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I hele 2017 modtog 11 patienter behand- ling med lavdosis cytosar i eget hjem.



Porteføljestyrværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

oktober 2018

Farvekoder:

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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

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

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	DAK godkendte den 23. november 2017 den foreslåede model for den tværsektorielle opfølgning på indsatsen, og opfølgningen er herefter igangsat		Resultater fra opfølgningen forventes at kunne forelægges DAK på først kommende møde i 2019.		
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet blev godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	



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



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondancemeddelelse , bl.a. ved at: -sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet		fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen afsluttes		Afsluttende opsamling på arbejdet med samarbejdsaftalen forelægges DAK på første møde i 2019.		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	med en konference 7. juni 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe. Det videre implementeringsarbejde i forhold til aftalen drøftes i efteråret 2018				
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion.	DAK behandlede den 22. juni 2017 en opfølgning på samarbejdsaftalen og godkendte ved denne lejlighed bl.a., at følgegruppen nedsætter en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et forslag til revision af samarbejdsaftalen, når nationale pakkeforløb og specialeplan foreligger.	En sag om den videre håndtering af samarbejdsaftalen forelægges DAK på det første møde i 2019		
Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af genoptræning		Oplæg behandlet i følgegruppen i juni 2018 og forventes yderligere drøftet på et	Oplæg til den videre håndtering af et forskningsprojekt forventes forelagt DAK på første		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		følgegruppemøde i december.	møde i 2019		
DAK-formandskabet har godkendt, at der i regi af Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering etableres en lokal gruppe i relation til et nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskodeområdet	Følgegruppen forventes at drøfte arbejdet i den lokale gruppe på et møde i december.				



Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område	Følgegruppen for forebyggelse godkendte på møde d 11/10 2018 igangsættelse af behovsafdækning for opdatering af samarbejdsaftalen	Følgegruppen for Forebyggelse følger op på behovsafdækningen d. 10/12 2018	Ultimo 2019 (afhænger af tilbagemelding på behovsafdækningen)		Afhængig af tilbagemelding vedr. behovsafdækning, nedsættes en arbejdsgruppe til at varetage opdateringen af samarbejdsaftalen.

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

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

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom	Hjerte Forløber planmæssigt Depression: I den forbindelse har formandskabet også godkendt, at arbejdsgruppen vedr. kronisk sygdom i forbindelse med udarbejdelsen af depressionsforløbsprogrammet får tilknyttet en ekstra sekretær fra kommunesiden og en ekstra sekretær fra den regionale side. Det tilstræbes, at to nye sekretærer har forhåndskendskab til det psykiatriske område, herunder også driftsmæssige og kliniske forhold. Endvidere har følgegruppen godkendt, at arbejdsgruppen udvides med en vidensperson med kendskab til psykiatri og demensforløbsprogrammet. Udvidelsen af arbejdsgruppen er midlertidig.	Hjerte Formandskaberne for følgegruppen og DAK har godkendt høringsversion af forløbsprogrammet og det tilhørende høringsmateriale. Depression Formandskaberne for følgegruppen og DAK har godkendt iværksættelsen af arbejdet med forløbsprogrammet for mennesker med depression.	Hjerte Forløbsprogrammet for hjerte er sendt til høring i perioden d. 7.september- 26 oktober 2018. Endeligt forslag til et nyt forløbsprogram forventes at kunne forelægges DAK/SKU primo 2019. Depression En høringsudgave af forløbsprogrammet forventes klar til forelæggelse for DAK i juni 2019	Hjerte 2. kvartal 2019 Depression 1.kvartal 2020	

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

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe for monitorering	Monitorering af KOL forløbsprogram: Monitoreringsgruppen er klar med monitoreringen fase 1: <i>Monitorering af, om patienter med KOL sygdom og deres pårørende reelt oplever, at implementering af forløbsprogrammet reelt har en værdi for deres sygdomsforløb</i> Monitoreringsgruppen har i samarbejde med kommunale sundhedsprofessionelle, som varetager KOL rehabilitering, udarbejdet et forslag spørgeskema som er testet på 15 borgere på et KOL-rehabiliteringshold i Kolding Kommune den 10. september. På baggrund af testen er spørgeskemaet justeret. Vedr. arbejdsgruppens ønsker om ændringer i kommissoriet: Arbejdsgruppens ønsker om ændringer i arbejdsgruppens kommissorium blev afvist af Følgegruppen for Forebyggelse d 6/2 2018. Begrundelsen for afvisningen er, at arbejdsgruppens ønsker lå for langt fra det oprindelige kommissorium.	Forår 2018: Udarbejde spørgeskema til KOL borgere i rehabiliteringsforløb i samarbejde med Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom. Spørgeskema klar til godkendelse i Følgegruppen 29/8 og DAK 27/9	Det endelige spørgeskema er klar til godkendelse følgegruppen for forebyggelse d. 11/10 og DAK d. 19/11.		DAK har godkendt planen med den ændring, at der monitoreres på patienternes oplevelse som det første og ikke på om sygehuse kommuner og almen praksis har implementeret programmet.

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

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Ny aftale på børne- og ungeområdet	Der er nedsat en arbejdsgruppe med Koncerndirektør Kurt Espersen og Sundheds- og forebyggelseschef i Odense kommune, Sonja Seerup Hansen som formænd. Arbejdsgruppen har afholdt seks møder i perioden november 2017 til april 2018. Det Administrative Kontaktforum godkendte på møde den 27. september 2018 et høringsudkast til en aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark. Aftaleudkastet er efterfølgende sendt i høring i perioden 1. oktober til 1. november, hvorefter det tilpasses og forventes endeligt godkendt primo 2019. Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har den 6. september fået besked fra Sundhedsstyrelsen om, at den fælles ansøgning om midler til implementering af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser er godkendt, og at parterne modtager 6.4 mio. kr. til implementeringsprojektet.	29. august 2018: Følgegruppen for Forebyggelse præsenteres for høringsudkast 27. september 2018: Det Administrative Kontaktforum godkender høringsudkast til Aftale på børne- og ungeområdet. 1. oktober til 1. november 2018: Aftalen sendes i høring hos relevante parter.	27. september 2018: DAK godkendte høringsudkastet, og aftalen på børne- og ungeområdet er sendt i høring i perioden 1/10-1/11 2018.	Primo 2019.	

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

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. På baggrund af drøftelse i DAK d 23.11 2017, besluttede DAK, at der ikke var opbakning til at bede Følgegruppen for Forebyggelse om at udarbejde forslag til en videre proces, da tilgang og forventninger til en fælles børne- og ungeprofil var forskellige i hhv. kommuner og regionen. Sagen anses derfor som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Opgaven er afsluttet	23/11 2017: Behandlet på DAK.	Ej relevant	
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. samarbejde med Sammen om Velfærd	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev behandlet i DAK d 22/6 2017, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, begrundet i, at man ønskede sagen drøftet i regi af Sammen om Velfærd en gang til. Denne del af aftalen anses dermed som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Opgaven er afsluttet	22/6 2017: Behandlet på DAK		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbeitsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.	30. marts 2017 Materialet godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbeitsgruppens opgave er dermed færdiggjort.		1. kvartal 2017 Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	
Arbeitsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark" .	Arbeitsgruppen nedlægges, da monitoreringsopgaver fremadrettet skal varetages af arbejdsgruppen "monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse"				
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse i 3./4. kvartal.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen. Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer aftalen fremadrettet.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår. Primo 2018: Første status på implementering til DAK.
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017.	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund implementeres i den nye aftale på børne- og ungeområdet.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Tværasektoriel anvendelse af video Det Administrative Kontaktforum godkendte på mødet 14. maj 2018 handleplanen for tværasektoriel anvendelse af videokommunikation med det forbehold, at der kun nedsættes én	Der er udpeget medlemmer til en arbejdsgruppe, som arbejder videre med at konkretisere de 4 spor i handleplanen. Afsluttende møde i arbejdsgruppen 21/11, hvor alt fremstillet materiale præsenteres for gruppen.		24. januar 2019		

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
arbejdsgruppe, som tager sig af de fire spor.					
Videndeling Det Administrative Kontaktforum godkendte handleplanen for organisatorisk implementering af videntdeling vedr. velfærdsteknologi og telemedicin. Herunder, at Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin kan arrangere en temadag med fokus på videntdeling.	Plan for afholdelse af temadag er i proces.		24. januar 2019		
Organisering af telemedicinsk sår vurdering Der var ikke enighed om den fremtidige forvaltningsopgave og	Nyt forslag til fælles forvaltning fra 1. januar 2019.		19. november 2018		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
det blev besluttet på mødet 24. september, at Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin udarbejder et nyt beslutningsoplæg til Det Administrative Kontaktforum med udgangspunkt i det præsenterede organisationsdiagram.					
Udarbejdelse af samarbejdsaftale for Telemedicinsk Sårvurdering Det Administrative Kontaktforum besluttede på mødet 14. maj, at der udarbejdes en samarbejdsaftale for telemedicinsk sårvurdering. Samarbejdsaftalen udarbejdes af Følgegruppen for telemedicin og	Færdigt udkast af aftalen er klar.		19. november 2018		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
velfærdsteknologi med involvering af Følgegruppen for behandling og pleje.					
Organisering af KOL Landsdelsprogrammet Det Administrative Kontaktforum besluttede på mødet 24. september, at Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin skal udarbejde et forslag til en ny organisering for KOL-programmet. Dette for særligt at sikre, at Det Administrative Kontaktforum kan være tættere på udvikling i projektet, herunder de forskellige parter valg af løsninger og de muligheder, der kan være i valg af fælles løsninger.	Følgegruppen har 2 planlagte arbejds møder i november og december.		24. januar 2019		

Porteføljestyringsværktøj - Sundhedsaftalen 2015-2018

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/første resultater af indsats
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt arbejder med at udvikle præsentationen af den kommende rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU. Følgegruppen vil i rapporteringen komme med en status og vurdering for hver enkel af de fem udvalgte indikatorer.		Den årlige nationale statusrapport blev offentliggjort 6. september 2018. Følgegruppen har herefter forelagt de tværsektorielle data og vurderinger for DAK 27. sep. og SKU 25. okt. 2018. DAK og SKU forventes sommeren 2019 at modtage næste opdatering på de otte nationale kvalitetsmål. I år blev den nationale rapport dog først offentliggjort i september og den regionale rapportering følger kaden- cen for den nationale statusrapporte- ring.		
Øge graden af gennemsigtighed i data for kommunernes aktivitetsbaserede medfinansiering.	Der afventes en kommunal specificering af ønsker til præsentation af dataområder.		Forelæggelse af datapræsentation på DAK-mødet 24. januar 2018.		DAK besluttede 27. sep. 2018, at FØKE får til opgave at dykke ned i eksisterende data. Det blev præciseret i godkendelsen, at det skal specificeres fra kommunernes side, hvad det er for konkrete områder og fælles data, som FØKE skal arbejde videre med.
KOL-landsdelsprogrammet i Region Syddanmark. Beregning af lokal business case og gevinstrealisering.	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har udpeget en arbejdsgruppe der arbejder med lokal business case og gevinstrealisering etc. Arbejdsgruppen rapporterer direkte til programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet, selvom arbejdsgruppen formelt ligger under følgegruppen. Følgegruppens sekretariat indgår i				Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/ første resultater af indsats
	arbejdsgruppen for at holde FØKE orienteret.				
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformationen.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afsluttet de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af forskningsdesign er overdraget til følgegruppen for genoptræning og rehabilitering		
SPOT-projektet	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering arbejder med at integrerer SPOT spørgeskemaet i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.				