Årsrapport 2020
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

DATO: 15-02-2021 12:44

FÆLLESKOMMUNALT SUNDHEDSSEKRETARIAT

E-MAIL: SUNDHEDSSEKRETARIAT@HADERSLEV.DK

Kommunerne har et særligt kendskab til borgernes liv, og dermed har kommunerne også en central rolle i at varetage borgernes interesser i sundhedssamarbejde mellem Regionen, almen praksis og de 22 syddanske kommuner. Denne opgave bidrager Fælleskommunalt Sundhedssekretariat til at løfte.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariats hovedopgave er at understøtte Sundhedsstrategisk Forums arbejde med at sikre, at kommunernes interesser bliver varetaget i sundhedssamarbejdet med Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. Det gøres blandt andet ved at formulere fælleskommunale holdninger på sundhedsområdet og ved at sikre kommunikation og vidensdeling mellem kommunerne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har i 2020 været med til at sikre implementeringen af Sundhedsaftalen 2019-2023 og Praksisplanen for almen praksis 2020-2023. Tilsammen indeholder de to aftaler konkrete mål opstillet af Region Syddanmark, kommunerne i Syddanmark og almen praksis i Syddanmark. Målene repræsenterer det, der skal arbejdes hen imod for at sikre sundheden for borgerne i regionen gennem tværsektorielt arbejde.

Foruden de faste opgaver i relation til Sundhedsaftalen og Praksisplanen, har sekretariatet også spillet en væsentlig rolle i forbindelse med at stå for de koordinerende opgaver omkring Covid-19 samarbejdet mellem Region Syddanmark, Praktiserende Lægers Organisation og de 22 syddanske kommuner. Dette er sket i tæt samarbejde med KKR Syddanmark.

De faste drifts- og udviklingsopgaver i sekretariatet i 2020 indebærer udarbejdelsen af sagsfremstillinger til mere end 30 dagsordener, der fordeler sig ud på syv forskellige mødefora. Herudover kommer udarbejdelsen af

fælleskommunale høringssvar, udarbejdelsen af forskellige syddanske aftaler samt et større antal skrivelser og notater vedrørende fælleskommunale og tværsektorielle sager samt generel faglig bistand til kommunerne, når der er opstået et behov for dette.

Sekretariatet har løbende kontakt med medarbejdere – direktører, fagchefer, stabs- og fagmedarbejdere – hos de 22 syddanske kommuner. Endvidere udvikles og vedligeholdes et bredt samarbejdsnetværk til afdelinger og medarbejdere i Region Syddanmark og øvrige samarbejdspartnere (eksempelvis KL, Fælleskommunalt Socialsekretariat og de fælleskommunale sundhedssekretariater i andre dele af Danmark). Fælleskommunalt Sundhedssekretariat deler kontor med Fælleskommunalt Socialsekretariat og KKR Syddanmark, og samarbejdet mellem Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og de to førnævnte sekretariater er derfor tæt.

De største resultater fra 2020

Nedenfor fremgår sekretariatets tre største resultater fra 2020.

Sundhedsaftalen 2019-2023

I 2020 har der været fokus på at få igangsat og følge indsatserne i Sundhedsaftalen 2019-2023.

I starten af 2020 blev der afholdt kick-off for Sundhedsaftalen, hvor følgegrupper, kompetencegrupper og de lokale samordningsfora mødtes for at blive klogere på den nye organisering i Sundhedsaftalen og komme godt i gang med arbejdet.

Desuden er der i regi af Koordinationsgruppen, der understøtter Det Administrative Kontaktforum, og som sekretariatet sidder med i, blevet oprettet et forum for sekretærerne i følgegrupperne og de lokale samordningsfora samt tovholderne i kompetencegrupperne, hvor de ca. 14 dage efter seneste møde i Det Administrative Kontaktforum indkaldes til et møde, hvor de kan drøfte sagerne fra seneste møde i Det Administrative Kontaktforum og videndele med hinanden. Derudover sikrer Koordinationsgruppen også, at andre relevante emner dagsordenssættes.

Praksisplan 2020-2023

I løbet af 2020 har sekretariatet været en aktiv part i at sikre igangsættelsen af udmøntningen af Praksisplan for almen praksis 2020-2023. I 2019 blev planen udarbejdet og vedtaget af Praksisplanudvalget, (Praksisplanudvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter for almen praksis), og i 2020 skulle de første planlagte aktiviteter sættes i gang. Her har sekretariatet haft en afgørende rolle i forhold til at sikre, at kommunernes interesser er blevet taget med ind i udarbejdelsen af initiativkataloger for implementeringen af Praksisplan for almen praksis 2020-2023. Indsatsområderne i Praksisplanen er udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsaftalens indsatsområder. Sekretariatet sidder med som kommunal repræsentant i sekretariatet for implementering af Praksisplanen, hvor de konkrete indsatsområder beskrives, planlægges og lægges op til godkendelse i Praksisplanudvalget.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt fra kommunal side har været at sikre overensstemmelse mellem indsatserne i Sundhedsaftalen og Praksisplanen, da disse ikke tidligere har været tidsmæssigt koordineret. Dette har sekretariatet medvirket til at sikre ved at skabe et samlet overblik over indsatserne i de to aftalers tidsmæssige planlægning sammenholdt med hinanden. På baggrund af denne oversigt, besluttede Praksisplanudvalget i december 2020 at rykke tidsplanen for enkelte indsatser i Praksisplanen, således der nu er skabt sammenhæng mellem indsatserne i de to aftaler.

COVID-19 relaterede opgaver

Siden marts 2020 har COVID-19 relaterede opgaver fyldt meget i sekretariatets arbejde. Dette fordi der under hele pandemien har været løbende behov for fælleskommunal og tværsektoriel koordinering på området.

Generelt har sekretariatet, også i denne forbindelse, ydet faglig bistand til kommunerne i Syddanmark og brugt meget tid på at svare på og formidle diverse COVID-19 relaterede spørgsmål og svar til og fra de syddanske kommuner. Dette i tæt samarbejde med KKR-sekretariatet, hvorigennem sekretariatet også har haft en tæt dialog med KL om afklarende spørgsmål til nationale udmeldinger og lignende. Generelt i dette arbejde har der været et tæt samarbejde mellem Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og KKR Syddanmark, da både det politiske niveau og det administrative niveau i kommunerne er centrale i samarbejdet.

Tværsektoriel COVID-19 Taskforce

I marts 2020 nedsatte Region Syddanmark en overordnet COVID-19 taskforce, og i regi af denne nedsatte man en tværsektoriel COVID-19 taskforce. Den tværsektorielle Taskforce består af både regionale og kommunale medlemmer. Siden denne blev oprettet, har sekretariatet i tæt samarbejde med tværsektoriel afdeling i Region Syddanmark, stået for at sekretariatsbetjene gruppen, herunder at bidrage til udarbejdelsen af dagsordner, at videreformidle relevant information til de resterende kommuner fra møderne og stået for at indhente relevant viden i relation til COVID-19 fra kommunerne til regionen og taskforcen. Derudover er der i regi af taskforcen udarbejdet flere samarbejdsaftaler, procedureplaner og lignende. Disse har sekretariatet ligeledes haft en stor andel i udarbejdelsen af. Alt dette ofte med kort leveringstid og på skæve tidspunkter.

Der har i lange perioder af 2020 været afholdt møder i Tværsektoriel taskforce en gang ugentligt.

Sekretariatet har under hele forløbet haft et tæt samarbejdet med den kommunale formand for Det Administrative Kontaktforum, og har i denne forbindelse også deltaget i møderne i den regionale COVID-19 taskforce 1-2 gange ugentligt for at understøtte den kommunalt formand for Det Administrative Kontaktforum forud for og på møderne og for at sikre sammenhæng til de resterende kommuner.

Der har generelt været stor tilfredshed blandt parterne (kommunerne, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation) med samarbejdet omkring Covid-19.

Driftsopgaverne for 2020

Foruden igangsættelsen af implementeringen af de to store aftaler på sundhedsområdet mellem regionen, kommunerne og almen praksis, løser sekretariatet også en række løbende driftsopgaver. Den største driftsopgave er at sekretariatsbetjene de kommunale og tværsektorielle sundhedsfora, som de 22 kommuner sidder med i. I de kommende underafsnit er de mest centrale udvalg, som sekretariatet betjener, beskrevet.

Foruden sekretariatsbetjening af nedenstående udvalg har sekretariatet også haft løbende kontakt med de 22 kommuner i Syddanmark, hvor de ansatte i sekretariatet yder konsulentbistand inden for det fælleskommunale og tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Dertil kommer løbende opdatering af hjemmeside, udsendelse af nyheder, udpegninger til diverse udvalg, styregrupper og arbejdsgrupper samt samarbejde med de øvrige fælleskommunale sundhedssekretariater.

Sundhedsstrategisk Forum

Det er sekretariatets hovedopgave at betjene Sundhedsstrategisk Forum og hermed de 22 syddanske kommuner. I Sundhedsstrategisk Forum sidder repræsentanter på chef- eller direktørniveau fra alle 22 kommuner.
Der afholdes fem årlige møder. Forummet fungerer med et formandskab til at forestå den løbende ledelse og drivkræft. Formandskabet er valgt for fire år ad gangen og består af fem mandater. Formandskabet bestod ved udgangen af 2020 af direktører fra kommunerne Odense (formand), Esbjerg, Haderslev og Middelfart kommuner. Der afholdes typisk fem årlige møder i Formandskabet forud for møderne i Sundhedsstrategisk Forum.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste administrative organ på det tværsektorielle sundhedsområde i Syddanmark og består af repræsentanter fra Region Syddanmark, de 22 syddanske kommuner og repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation i Syddanmark. Sundhedsstrategisk Forum har besluttet, at kommunerne repræsenteres i Det Administrative Kontaktforum ved Formandskabskommunerne og følgegruppeformændene. Mødeforberedelse og beslutninger i Det Administrative Kontaktforum er derfor et naturligt omdrejningspunkt for mange af sekretariatets opgaver. Det Administrative Kontaktforum afholder årligt fem møder.

Det Administrative Kontaktforum afholdte i 2020 fem møder. Sekretariatet indgår sammen med konsulenter fra Regionshuset i Koordinationsgruppen, som udarbejder en væsentlig del af sagerne til Det Administrative Kontaktforum, og gruppen forestår i fællesskab kvalitetssikring af de øvrige sager på dagsordenen. Dertil kommer udarbejdelsen af referater og øvrige sekretariatsopgaver i forbindelse med understøttelsen af Det Administrative Kontaktforum.

Sundhedskoordinationsudvalget

Sekretariatet betjener i samarbejde med det syddanske KKR-sekretariat de fem kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark. Sundhedskoordinationsudvalget er det politiske tværsektorielle udvalg på sundhedsområdet. Udvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter for alment praktiserende læger. De fem kommunale medlemmer er udpeget gennem KKR Syddanmark og består i indeværende valgperiode af repræsentanter fra Esbjerg (kommunal medformand), Faaborg-Midtfyn, Aabenraa, Odense og Varde. I slutningen af 2020 overgik DF's mandat fra Varde Kommune til Per Nyhus fra Billund Kommune. Dette skete på baggrund af Tina Agergaard Hansen fra Varde Kommunes partiskifte. Per Nyhus er først indtrådt i Sundhedskoordinationsudvalget i 2021.

Praksisplanudvalget

Sekretariatet betjener og deltager i samarbejde med det syddanske KKR-sekretariat på møder i Praksisplanudvalget. Udvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter fra almen praksis. Praksisplanudvalgets opgave er at udmønte de dele af sundhedsaftalen, som vedrører almen praksis. Herunder indgår Praksisplanudvalget lokale samarbejdsaftaler mellem regionen, almen praksis og PLO.
De fem kommunale medlemmer er udpeget gennem KKR Syddanmark og består i indeværende valgperiode af repræsentanter fra kommunerne Esbjerg, Varde, Aabenraa, Langeland og Vejen. I slutningen af 2020 overgik DF's mandat fra Varde Kommune til Per Nyhus fra Billund Kommune. Dette skete på baggrund af Tina Agergaard Hansen fra Varde Kommunes partiskifte. Per Nyhus er først indtrådt i Praksisplanudvalget i 2021.

Sekretariatet deltager desuden i sekretariatet for implementering af Praksisplanen, som udarbejder initiativkataloger, der skal sikre udmøntningen af Praksisplanen mange indsatsområder, herunder at der sker en løbende koordinering med følgegruppernes arbejde i regi af Sundhedsaftalen.

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

Sekretariatet betjener de to kommunale medlemmer af Samarbejdsudvalget for fysioterapi, som er udpeget af KKR. I denne valgperiode er dette én repræsentant fra Nordfyns Kommune og én fra Faaborg-Midtfyn Kommune. Udvalget består herudover af to regionale politiske medlemmer og fire repræsentanter for de privatpraktiserende fysioterapeuter i Syddanmark. Udvalget er en del af det

paritetiske system, som er de sundhedsområder, hvor der er indgået overenskomster (privatretslige aftaler) mellem det offentlige og de privatpraktiserende sundhedsfaggrupper.

Samarbejdsudvalget afholdt i 2020 fem møder. Sekretariatet er forud for møderne ansvarlig for at udarbejde de sagsfremstillinger, der vedrører vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi, da disse er kommunernes ansvarsområder, ligesom sekretariatet også efter møderne er ansvarlig for at udarbejde og udsende skriftlige afgørelser, foretaget af udvalget, til ansøgerne.

Sekretariatet har derudover ansvaret for at sikre at indhente kommunale hørringsvar til diverse sager som behandles på udvalgtes møder, som har kommunal interesse, fra den enkelte kommune som sagen vedrører.
Sekretariatet er i forbindelse med udarbejdelsen af sagsfremstillingerne, jævnligt i kontakt med både fysioterapeuter og kommuner vedrørende sagsbehandlingen, ligesom der indimellem også er få borgerhenvendelser.

Derudover repræsenterer sekretariatet de kommunale interesser i udarbejdelsen af praksisplanen for fysioterapi og sekretariatet deltager i en arbejdsgruppe, der årligt forestår kontrolstatistik på den vederlagsfri fysioterapi samt ridefysioterapi. Sekretariatet yder ligeledes konsultation til kommunerne i forhold til fysioterapiområdet og samarbejdsudvalget.

Økonomi

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat er oprettet på baggrund af beslutning i KKR Syddanmark i juni 2008. Sekretariatet påbegyndte sit virke 1. marts 2009. Sekretariatet var i 2020 bemandet af to medarbejdere og en teamleder på halv tid (i januar-februar 2020 var der en vakant stilling som konsulent i sekretariatet, hvorfor sekretariatet i den periode kun var bemandet med én medarbejder og en teamleder på halv tid). Sekretariatet var i 2020 – sammen med Fælleskommunalt Socialsekretariat og Sekretariatet for KKR Syddanmark – placeret på Haderslev Rådhus, da borgmester HP Geil er formand for Kommunekontaktrådet i indeværende valgperiode.

Sekretariatet har i 2020 været bemandet med konsulent Louise Overgaard Nielsen, teamleder Stinna Kruse Sonnichsen (0,5 årsværk) og pr. 1. marts 2020 konsulent Tina Holmgaard Juul.

Det blev i december 2020 besluttet at nedlægge teamlederfunktionen i forbindelse med at Stinna Kruse Sonnichsen opsagde stillingen.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat finansieres af kommunerne ud fra en fordelingsnøgle baseret på indbyggertal (opgjort 1. januar i budgetåret).

Perspektivering: Kommende opgaver for sekretariatet

Tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde om Covid-19

I 2020 har opgaver vedrørende koordinering af samarbejdet omkring håndteringen af Covid-19 pandemien været en central opgave i sekretariatet, der har optaget en stor del af den ene af de to konsulenters tid. Disse opgaver er forsat en stor del af sekretariatets opgaveportefølje i skrivende stund (februar 2021), og det må forventes, at der forsat vil være en del opgaver knyttet til det tværsektorielle samarbejde vedrørende Covid-19 i resten af 2021.
Derudover har arbejdet omkring at koordinere det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med Covid-19 vist sig at være en opgave, der naturligt tilfalder Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, da sekretariatet netop har redskaberne og positionen til at håndtere det fælleskommunale såvel som det tværsektorielle samarbejde. Det vil derfor være oplagt, at lignende opgaver i fremtiden også vil søges løst i sekretariatet.

Forberedelsen til udarbejdelse af en ny sundhedsaftale

Den nuværende sundhedsaftale løber til og med 2023, og der vil således allerede i 2021 og 2022 igangsættes et større arbejde med at planlægge en inddragende proces med henblik på at samle input til den kommende sundhedsaftale. Da det er Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, der er medskrivere på aftalen fra kommunal side, er det vurderingen, at dette arbejde i 2022 vil optage en del af sekretariatets tid.

Forberedelsen til udarbejdelse af ny praksisplan

Den nuværende praksisplan løber – ligesom Sundhedsaftalen – til og med 2023, og der vil ligeledes sideløbende med udarbejdelsen af Sundhedsaftalen ske en koordinering af udarbejdelsen af den kommende praksisplan. Også her er Fælleskommunalt Sundhedssekretariat medskrivere på aftalen fra kommunal side, og det vurderes ligeledes at være en større opgave, som vil optage en del af sekretariatets tid.

Forberedelsen til udarbejdelse af ny praksisplan for fysioterapi

Den gældende praksisplan for fysioterapi gælder til og med 2022. Sekretariatet er medskrivere på praksisplanen for fysioterapi, og det forventes at arbejdet med udviklingen af den næste praksisplan for fysioterapi opstartes i slutningen af 2021.

Øget fokus på det tværsektorielle samarbejde inden for sundhedsområdet

Samfundsudviklingen peger generelt i retningen af, at der skal være mere fokus på det tværsektorielle samarbejde inden for sundhedsområdet med henblik på, at borgeren skal opleve glidende overgange mellem sektorerne og få den bedst mulige kvalitet i behandlingen. Dette vil formentligt resultere i, at sekretariatet også vil opleve en øget efterspørgsel på kerneydelsen: at bistå kommunerne i det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde inden for en række forskellige områder.

651087 Sundhedssekretariat -

regnskab 2020, budget 2021 og frem

						Forslag (2021 LP)	Forslag (2021 LP)
	Regnskab 2020	Budget 2020	**Forventet regnskab 2021**	**Godkendt budget 2021**	**Budget 2022**	**Budget 2023**
	Skal godkendes	Godkendt	2021 LP		***Skal godkendes***	
Løn, efteruddannelse, tjenestekørsel mm	1.316.374,00 kr.	1.705.860,00 kr.	1.040.000,00 kr.	1.504.700,00 kr.	1.165.000,00 kr.	1.115.000,00 kr.
Fælleskommunal mødevirksomhed, rejser, repræsentation, pulje til fælleskommunal medfinansiering, udgifter til IT samt drift af hjemmeside og First Agenda	130.762,00 kr.	352.202,00 kr.	325.000,00 kr.	352.202,00 kr.	375000	375.000,00 kr.
Husleje	64.063,00 kr.	51.200,00 kr.	52.800,00 kr.	62.800,00 kr.	52800	52.800,00 kr.
Udgifter i alt	**1.511.199,00 kr.**	**2.109.262,00 kr.**	**1.417.800,00 kr.**	**1.919.702,00 kr.**	**1.592.800,00 kr.**	**1.542.800,00 kr.**
Kommunebetaling a)	1.821.482,00 kr.	1.786.762,00 kr.	1.821.500,00 kr.	1.786.762,00 kr.	1.821.500,00 kr.	1.821.500,00 kr.
Indtægter i alt	**1.821.482,00 kr.**	**1.786.762,00 kr.**	**1.821.500,00 kr.**	**1.786.762,00 kr.**	**1.821.500,00 kr.**	**1.821.500,00 kr.**
Opsamlet regnskabsresultat	310.283,00 kr.	-322.500,00 kr.	403.700,00 kr.	-132.940,00 kr.	228.700,00 kr.	278.700,00 kr.
Overførsler tidligere år	914.791,00 kr.	914.791,00 kr.	1.225.074,00 kr.	592.291,00 kr.	1.628.774,00 kr.	1.857.474,00 kr.
Overførsel mellem årene	**1.225.074,00 kr.**	592.291,00 kr.	**1.628.774,00 kr.**	469.351,00 kr.	**1.857.474,00 kr.**	**2.136.174,00 kr.**

Fremskudt funktion – anbefalinger og samarbejdsmodel(ler)

Fremskudt (psykiatri) Funktion – er et samarbejdsprojekt mellem kommunernes PPR, Praktiserende læger og børn/ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark. Formålet med projektet er at forebygge, at psykisk sårbare børn og unge står uden indsatser, fordi de ikke tilhører målgruppen for psykiatri og samtidig er svære at løfte for kommunerne i nærmiljøet. Målgruppen er derfor børn og unge med mistrivselsudfordringer mellem 6 og 18 år. Med projektet ønsker man:

- Udvikling af en 'generisk' (fleksibel) samarbejdsmodel, der kan rumme forskellige målgrupper inden for satspuljens rammer og tage højde for de variationer, der er i de 22 kommuners organisering og kapacitet inden for børne- og ungeområdet
- Kompetenceudvikling for frontpersonale og pårørende
- Direkte indsatser i et samarbejde mellem psykiatri og kommune i nærmiljøet

Projektet består af syv indsatser, som er afprøvet i 21 af 22 kommuner, da Fanø Kommune betjenes af Esbjerg:

- Koordinerende sparringsteams
- Supervision (rådgivning og sparring)
- Udvikling af samarbejde med frivillige organisationer
- Kompetenceudvikling til frontpersonalet
- Pårørendekurser
- Direkte indsatser
- Formidling

Syddansk Sundhedsinnovation har i efteråret 2020 gennemført antropologiske studier af 8 sparringsteam/kommuner. Endvidere har projektgruppen analyseret projektets datamateriale, afholdt samarbejdsmøder med kommunerne, og gennemført spørgeskemaundersøgelse blandt forældrene om deres oplevelse af at deltage i projektet. Projektgruppens materiale er vedlagt som bilag til rapporten fra Syddansk Sundhedsinnovation.

Med udgangspunkt i det samlede evalueringsmateriale er udarbejdet anbefalinger til permanentgørelse af Fremskudt funktion. Det anbefales, at antallet af permanente indsatser reduceres, da projektet i sin nuværende udformning er meget stort og komplekst med syv indsatser, som skal gennemføres i 21 kommuner. Det har betydet, at mange kommuner – især de mindre - har været pressede på ressourcer i forhold til at løfte alle syv indsatser på en gang, og generelt at kommunerne har forskellige vilkår og forudsætninger for at løfte opgaven. Dette ressourcepres afspejler sig i evalueringen fra Syddansk Sundhedsinnovation, hvor der gives udtryk for disse udfordringer med varierende styrke.

Anbefalinger (tiltrådt af projektets styregruppe den 10. december 2020):

1. *Der etableres en bred ledelsesmæssig forankring af Fremskudt funktion på såvel kommunal side som i Psykiatrien ved permanentgørelse af de foreslåede indsatser.*

2. *I forhold til projektets syv indsatser anbefales følgende:*

    - *Det anbefales, at koordinerende sparringsteams i hver kommune permanentgøres. Der er koordinerede sparringsteams i 21 af 22 kommuner i Region Syddanmark, bortset fra Fanø Kommune. Hvert sparringsteams virke og arbejdsform tilpasses den organisatoriske virkelighed i den enkelte kommune. Baggrunden for anbefalingen er, at sparringsteam/sparringsmødet har en stor værdi for børn, forældre og professionelle og er meget positivt evalueret af Syddansk Sundhedsinnovation. Karakteristika ved koordinerende sparringsteams er nærmere beskrevet nedenfor.*

- *<u>Rådgivning og sparring</u> på medarbejderniveau anbefales permanentgjort som en del af det faglige arbejde i sparringsteamet. Baggrunden herfor er, at det har værdi for flere kolleger end sparringsteamets umiddelbare medlemmer. Endvidere er der med rådgivning og sparring mulighed for gensidigt at drøfte/hjælpe flere børn og unge end de, der drøftes ved sparringsmøder, idet spredningseffekten gør sig gældende. Psykiatriplanen for Region Syddanmark 2020-2024 fastlægger, at der skal etableres specialistrådgivning. På den baggrund foreslås det, at specialistrådgivning ikke er en del af Fremskudt funktion.*

- *<u>Frivillige tilbud</u> er endnu ikke afprøvet i større skala i projektet, men det er en væsentlig del af det offentliges arbejdsform i 2020 og er indskrevet i lovgivningen. Civilsamfundet udgør en kæmpe supplerende værdi til de professionelles arbejde med børn og unge i mistrivsel. Derfor anbefales, at der permanent skabes et tættere samarbejde med frivillige organisationer, og at deres tilbud indtænkes i så stort et omfang som muligt i det forebyggende arbejde.*

- *<u>Direkte indsatser</u> betyder, at regionale medarbejdere er direkte involveret i en indsats til børn/unge og deres forældre i nærmiljøet. Det anbefales, at sparringsteamet permanent kan iværksætte indsatser målrettet det enkelte barn/ung og dennes familie. Det kan være lokale indsatser, regionale indsatser eller fælles indsatser. Baggrunden herfor er, at man sammen finder den rette indsats, afhængig af eksisterende tilbud, viden, kompetencer og ressourcer i forhold til barnets/familiens konkrete behov.*

- *Det anbefales, at <u>forældrekurser</u> ikke permanentgøres som en del af Fremskudt funktion. Baggrunden herfor er dels, at der i projektperioden har været manglende efterspørgsel (og mulighed for afvikling og gennemførelse som følge af nedlukning og forsamlingsforbud), og dels at forældre ofte har behov for mere målrettet viden og sparring 1:1.*

- *Det anbefales, at <u>kompetenceudvikling</u> ikke permanentgøres. Baggrunden herfor er, at der dels er kompetenceudviklingsmuligheder tilknyttet implementeringsindsatsen for forløbsprogrammerne og børn- og unge aftalen og dels at der i Region Syddanmarks psykiatriplan 2020-2024 er afsat midler til fælles kompetenceudvikling med kommunerne. Samtidig sker der kompetenceudvikling og læring tværsektorielt gennem rådgivning og sparring samt ved, at regionale og kommunale medarbejdere er sammen om direkte indsatser til børn/unge og deres forældre.*

- *Det anbefales, at <u>formidling/udvikling af læringsmateriale</u> ikke permanentgøres. Baggrunden herfor er, at der ikke mangler læringsmateriale om børn og unges mistrivsel. Der findes rigtig meget på markedet i forvejen. I stedet anbefales det, at der skabes handlekompetencer/praksislæring for medarbejdere i det tværsektorielle samarbejde, og at det sker i sparringsteams i stedet for i et læringsmateriale.*

I tilknytning til anbefalingerne er der udarbejdet en beskrivelse af 6 snitflader/samarbejdsmodeller mellem Psykiatrien, kommuner og praktiserende læger, som Fremskudt funktion spiller ind i og sammen med. Det bidrager til og er svaret på den "generiske" (fleksible) samarbejdsmodel, som skal udvikles i dette projekt.

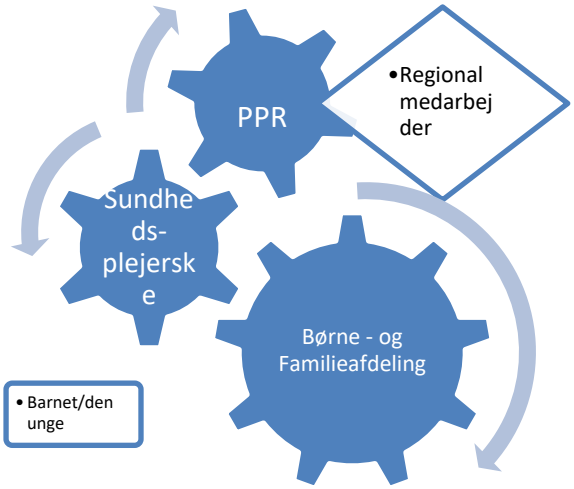
Endvidere indeholder notatet opmærksomhedspunkter til henholdsvis kommuner og psykiatri ved implementering af de fire anbefalinger, herunder økonomiske overvejelser. Afslutningsvis henledes opmærksomheden på, at der er behov for, at Fremskudt funktion udbredes til Almen Praksis, og at der sikres en lettere henvendelsesmulighed og kommunikationsvej fra praktiserende læge til Fremskudt funktion og kommunerne.

<u>Hvorfor anbefaling om permanentgørelse af koordinerende sparringsteams og sparringsteammøder?</u>

Et koordinerende sparringsteam i hver kommune har været et gensidigt værdifuldt samarbejdsforum, og en central aktivitet i projektet for alle parter i det forebyggende arbejde med børn og unge i mistrivsel. Forudsætningen er, at sparringsteamet tilpasses hver enkelt kommune.

Det anbefales derfor, at det koordinerende sparringsteam permanentgøres med følgende karakteristika:

a. *Koordinerende sparringsteams er bemandet med regionale psykiatrifaglige medarbejdere samt med kommunalt forankrede medarbejder(e), der har en koordinerende rolle med at sikre bred udbredelse i og inddragelse af den kommunale organisation (f.eks. PPR, Sundhedspleje, Børn og Familie).*
b. *I sparringsteamet koordineres sager mellem kommune, Psykiatri og praktiserende læge for at undgå, at sager ender i "gråzonen" og sikre børn/unge og deres forældre den rette hjælp. Der er identificeret 6 snitflader/ samarbejdsmodeller, der kalder på forskellige sagstyper og arbejdsopgaver for henholdsvis kommune og Psykiatri i sparringsteamet. Disse er beskrevet nederst i notatet. Samtidig skal der sikres en lettere vej for Almen Praksis i at få adgang til sparringsteamet.*
c. *Det enkelte sparringsteams samarbejdsform er tilpasset den lokale organisering. Dette betyder, at de regionale medarbejdere kan deltage i nuværende samarbejdsstrukturer og mødefora i den enkelte kommune – evt. på ad hoc basis. Samarbejdet består derfor tillige af andre mødefora end formelle sparringsteammøder.*
d. *I det koordinerende sparringsteam afholdes sparringsteammøder, hvor konkrete sager drøftes efter en mødeskabelon, der er udviklet i projektperioden. Deltagerne har haft stor værdi af mødeformen og dertilhørende skabelon med samtykke, oplysningsskema og referat. Anbefalingerne i referatet har også stor værdi for forældrene og er med til at understøtte socialrådgiverens arbejde, orientere praktiserende læge og kvalificere henvisning til andet regi.*
e. *I det koordinerende team gennemføres der faglige drøftelser samt rådgivning og sparring af sager. Der er mulighed for at drøfte og lede en sag videre uden om et formelt sparringsteammøde. Arbejdet med sager fra Almen Praksis og Psykiatrien kan således bestå i at "folde sager ud", dvs. afdække barnets/den unges historik samt nuværende og tidligere indsatser i sagen, og herud fra vejlede videre til et lokalt tilbud eller f.eks. en frivillig indsats.*
f. *Det koordinerende sparringsteam kan iværksætte indsatser til børn/unge og deres familier i nærmiljøet. Det kan være lokale indsatser, regionale indsatser eller fælles indsatser (såkaldte direkte indsatser).*
g. *Deltagelse i Fremskudt funktion og i sparringsteammødet er et frivilligt tilbud for forældrene. De aftaler, der indgås er anbefalinger til kommende indsatser i sagen. Sparringsteamet har ingen myndighed*



I tilknytning hertil kan flere faggrupper/kommunale forvaltninger med fordel inddrages i koordinerende sparringsteams fremadrettet. Sundhedsplejersken møder alle børn og unge i almen tilbud, også i skolealderen. PPR-psykologen møder et større antal af børnene i almen og specialskoleregi, i en relativ kort periode. Socialrådgiveren møder en mindre procentdel af børn og unge, dette både i forhold til forebyggende og støttende foranstaltninger, varighed af forløb kan være fra få måneder til flerårige. PPR-ledernetværket fremhæver, at Fremskudt funktion bør forankres i en model, som tillader tilpasning til den lokale ramme og struktur.

Baggrunden for at anbefale permanentgørelse af koordinerende sparringsteams og sparringsteammødet er blandt andre følgende udsagn i evalueringsmaterialet:

<u>Fordele ved sparringsteams:</u>

- Det er væsentligt med ligeværdighed og gensidig høj respekt i det tværsektorielle samarbejde. I det koordinerende sparringsteam mødes medarbejdere, der gensidigt respekterer og værdsætter hinandens faglighed og forstår, hvordan man bedst muligt samarbejder og høster gevinsterne. Der er mange eksempler på, at det

tværsektorielle samarbejde fungerer rigtig godt, hvorfor det bør være genstand for vidensdeling af de gode eksempler (Syddansk Sundhedsinnovation)

- Der opleves en meget positiv og stor værdi ved en fast og afstemt struktur for afvikling af sparringsmøder. De fleste kommuner praktiserer dette med godt resultat (Syddansk Sundhedsinnovation)
- Sparringsmødet opleves ifølge PPR-ledernetværket værdifuldt på flere parametre:
    - Færre sager havner i gråzonen mellem Almen Praksis, kommune og Psykiatrien
    - Bedre tværsektoriel dialog og koordinering ift. sager
    - Flere fagligheder = flere nuancer og perspektiver på sager så en eventuel henvisning til Psykiatrien kvalificeres eller rette indsats tilbydes.
- Samarbejdet med de regionale projektmedarbejdere har bidraget til at etablere en bedre/lettere adgang til og samarbejde med Psykiatrien.… (PPR-ledernetværket).
- Det har været afgørende, at samarbejdsstrukturerne undervejs (i projektet, red.) er tilpasset de kommunale strukturer (PPR-ledernetværket)
- Undersøgelsen blandt forældre, der har deltaget i sparring, viser, at forældrene er overordentlig positive. De finder det positivt at få drøftet fremtidige indsatser, og mange føler, at de her kan opnå den rette hjælp til deres barn/ung og den øvrige familie:
    - 91 % af forældrene synes at det alt i alt har været et godt møde (i meget høj grad eller i høj grad)
    - 86 % af forældrene føler sig hørt og forstået ved sparringsmødet (i meget høj grad eller i høj grad)
    - 87 % af forældrene vurderer, at det gjorde en positiv forskel med deltagere fra både Psykiatrien og fra kommunen i mødet (i meget høj grad eller i høj grad)
    - 81 % af forældrene er enige i, at der er tydelige aftaler om det, der nu skal ske for barnet eller den unge, og 86 % af forældrene er i overvejende grad enige i, at mødets aftaler vil gøre en forskel for barnet/den unge

Opmærksomhedspunkter på kommunal og regional side til implementering

Med anbefaling om permanentgørelse af koordinerende sparringsteams tegner der sig et ressourcebehov i henholdsvis Psykiatrien og i kommunerne. Ressourcebehovet/arbejdsopgaver er beskrevet i tilknytning til samarbejdsmodellerne nedenfor og afhænger af det fremtidige ambitionsniveau for Fremskudt funktion, herunder antallet af sager, som Fremskudt funktion forventes at arbejde med i det enkelte sparringsteam/kommune.

Der er planlagt to workshops i januar 2021 med ledere og projektmedarbejdere, lægekonsulenter mv., som skal kvalificere anbefalingerne, og med udgangspunkt heri kan bidrage til et inspirationskatalog og give indspark til mere detaljerede beskrivelser af opgaver og arbejdsgange forbundet med sparringsteams.

Opmærksomhedspunkter på kommunal side

Projektressourcerne til kommunale projektmedarbejdere svarer til pt. ca. 11,5 fuldtidsstillinger på et lønniveau som en psykolog, og er oprindeligt fordelt til kommunerne efter indbyggertal. De mindste kommuner har haft ca. 7-10 timer pr. uge mens den største har haft ca. 70-80 timer pr. uge til alle arbejdsopgaver, herunder alle projektets syv indsatser, tværgående mødeaktiviteter, kompetenceudvikling mv. Det ugentlige timetal har imidlertid ikke afspejlet sig i antallet af sager på sparringsmøder i kommunerne. Tværtimod har de mindre kommuner haft forholdvis mange sager til sparring målt pr. indbygger (jf. figur 2, bilagsmaterialet fra Syddansk Sundhedsinnovation) og har som følge heraf selv lagt forholdsvis mange ressourcer i projektet.

De mindre kommuner har været og er fortsat væsentligt pressede på ressourcer i forhold til de arbejdsopgaver, der ligger i projektet - adskillige mindre men også mellemstore kommuner har lagt et stort arbejde i koordinering med den øvrige del af den kommunale organisation (f.eks. til Børn & Familie eller til skolerne). Dette har betydet, at nogle kommuner selv har medfinansieret ressourcer til projektet, både til sparringsmøder og til øvrige projektopgaver men også fordi kommunen via Fremskudt funktion har fået kendskab til flere børn og unge, som de har brugt ressourcer på at hjælpe. Der er fortællinger om, at man selv har lagt op til fire gange så mange ressourcer i projektet, som man har modtaget.

I nogle af de store kommuner er ikke alle midler anvendt til sparringsteammøder og projektets øvrige indsatser. En andel af projektmidlerne er anvendt til lokale forebyggelses- eller behandlingstilbud – eksempelvis til særlige skoleværingstilbud, til DAT-behandling eller til relationel koordinering. Disse muligheder vil forsvinde, når projektet afsluttes.

De kommuner, der har modtaget ressourcer til PPR svarende til ca. 25 timer pr. uge / ca. 325.000-350.000 kr. pr. år fortæller, at det stort set svarer til deres ressourceforbrug, med den nuværende mængde af arbejdsopgaver. Ca 25 timer pr. uge pr. kommune forventes derfor at kunne tilgodese de fleste kommuners behov fremover. Det skal anvendes til en koordinerende rolle, da en stor andel af ressourcerne anvendes i relation til sparringsmøderne, men også til håndrering af de sager, der af sparringsteamet ledes videre til et tilbud, uden om et formelt sparringsmøde. Der vil være typiske projektopgaver, som falder bort, men samtidig er der koordinerende opgaver omkring sparringsmødet, som fremover vil skulle løftes lokalt, når projektkonsulenterne stopper ved projektets ophør. Samtidig er der en forventning om, at det samlede sagsantal via Fremskudt funktion fortsat er stigende, når f.eks. flere lægehuse får øje på det. Det er udførligt beskrevet af Syddansk Sundhedsinnovation.

Foruden timer til koordinering og drift af sparringsteammøder vil der i kommunerne være behov for lokale tilbud til målgruppen. Der er brug for et overblik over kommunens samlede tilbudsvifte til målgruppen men også at udvikle nye tilbud og lettere behandlingsformer i takt med implementering af forløbsprogrammerne. Det kan være lokale tilbud, som den enkelte kommune har i forvejen, f.eks. individuelle samtaleforløb, angsttilbuddet Cool Kids mv. Det kan ligeledes være andre lokale forebyggelsestilbud - såkaldte §11 tilbud - som kan anvendes til målgruppen. Syddansk Sundhedsinnovation anbefaler kommunerne, at de afdækker eksisterende kommunale tilbud og etablerer nye indsatser, som supplerer disse. En forudsætning herfor er et indgående kendskab til egen målgruppe og dennes behov. Flere lokale tilbud til målgruppen vil kræve særskilt finansiering, og er ikke medregnet i de 25 timer pr. uge pr. kommune.

Opmærksomhedspunkter på regional side

Der er i Fremskudt funktion pt. 9 fuldtidsstillinger på regional side, og ressourcerne er i projektperioden maksimalt udnyttet. I alle kommuner deltager de regionale medarbejdere i sparringsteams og gennemfører 1-2 sparringsmøder med 2-6 sager pr. kommune pr. måned. Det er væsentligt flere sparringsmøder end oprindeligt planlagt i projektet, hvor man kun forventede ca. 1/3. Dertil kommer, at de regionale medarbejdere håndterer sager til Fremskudt funktion fra Almen Praksis og Psykiatrien, gennemfører direkte indsatser, tilbyder åben rådgivning og sparring til frontpersonale, deltager i ad hoc møder på skoler, planlægger forældrekurser, online sparring til forældre, webinarer, udvikler e-læringsprogrammer mv.

Med permanentgørelse af sparringsteams i en form som her beskrevet vil der blive frigivet ressourcer på regional side, da tre projektindsatser falder bort. Det anbefales, at regional Fremskudt funktion som minimum opretholdes med 9 regionale medarbejdere, hvis der skal være mulighed for at øge kapaciteten i forhold til antallet af sparringsmøder i hver kommune. Endvidere er der behov for kapacitet til direkte indsatser samt til faglig sparring og rådgivning i sparringsteamet. Herved kan de sammen med kommunale medarbejdere "folde sager ud" og vejlede direkte videre til en indsats uden om et formelt sparringsmøde. Det anvendes mere og mere i projektet for at øge kapaciteten, så sparringsteamet kan håndtere flere sager, end der reelt er plads til ved et formelt sparringsmøde.

Som et supplement til den eksisterende specialistrådgivning er der behov for, at kommuner sammen med regionale fremskudte medarbejdere kan få mulighed for at få revurderet sager i særlige – på forhånd definerede – situationer. Der er behov for at etablere en mere smidig mulighed for revurderingen af en sag, når først sagen har været henvist til Psykiatrien én gang men er blevet afvist/afsluttet uden behandling, og den i stedet er henvist til Fremskudt funktion. Denne type af sager kræver ofte mange faglige ressourcer fra henviser, og det opleves, at tilsyneladende velbeskrevne sager alligevel vurderes til ikke at tilhøre Psykiatriens målgruppe. Normalt skal sagen henvises igen, hvis der bliver et behov, men det opleves uhensigtsmæssigt og er en stor belastning for familien med denne tunge arbejdsgang. De regionale medarbejdere i Fremskudt funktion kunne indgå i en rolle, hvor de med deres psykiatrifaglige viden og kendskab til den enkelte sag kunne argumentere for et tilbageløb til Psykiatrien inden for nogle velbeskrevne rammer.

Opmærksomhedspunkt i forhold til Almen Praksis

Udbredelsen af Fremskudt funktion har ligeledes sigte mod de praktiserende læger. Dette understreges i anbefalingerne fra Syddansk Sundhedsinnovation. De praktiserende læger har ofte et begrænset kendskab til barnets/den unges baggrund og tidligere indsatser i kommunen. Det kan derfor være svært på 15 minutter at afgøre, om der er mulighed for hjælp i nærmiljøet, eller skal sendes en henvisning til Psykiatrien eller en decideret underretning til kommunen. Fremskudt funktion vil være en let måde for lægen at skabe kontakt til psykiatri og kommune, når der er tale om lettere mistrivsel hos barnet/den unge. I projektet er der derfor igangsat et nyt initiativ, hvor man i tre kommumer sætter særligt fokus på samarbejdet med Almen Praksis.

Der er behov for en let henvendelsespraksis for lægen til Fremskudt funktion. I projektet henvender flere lægehuse sig direkte til de regionale projektmedarbejdere telefonisk, men med godt 800 praktiserende læger i regionen er der behov for elektronisk støtte og en fast henvendelsespraksis. I projektet Forløbsprogrammer arbejdes der over hele landet med elektroniske og sikre postforbindelser i tilknytning til arbejdsgangsbeskrivlser mellem læger, kommuner og psykiatri.

Er der en ambition om, at praktiserende læger henviser markant flere sager til Fremskudt funktion fremfor at sende en henvisning til Psykiatrien i de lettere sager om børn og unges mistrivsel, vil det kræve flere ressourcer til regionale medarbejdere – dels til den pt. håndholdte kontakt til lægehusene, men også til sparringsteammøder, hvor en del sager fra lægerne behandles i samarbejde med kommunen. I projektperioden har kontakten fra Almen Praksis i de fleste kommuner gået via de regionale medarbejdere. Alternativet er, at alle læger i de lettere sager om børn og unges mistrivsel skal via en tværfaglig visiteringsenhed i kommunen. Dette gør man forsøg med bl.a. i Herning Kommune, som en del af Fremskudt funktion i Region Midtjylland. Det vil i givet fald stille nogle ressourcemæssige krav til kommunerne, hvis det skulle blive en realitet i Region Syddanmark.

Øvrige nødvendige arbejdsopgaver og ressourcebehov er nærmere beskrevet i hver af de 6 snitflader/samarbejdsmodeller nedenfor.

6 snitflader/samarbejdsmodeller: Fremskudt funktion spiller ind mellem kommune, psykiatri og Almen Praksis

Parter og snitflader

I projektperioden har samarbejdet mellem de 3 parter (kommune, praktiserende læge og Psykiatrien) foregået via et sparringsmøde. Hver kommune har haft kontinuerlige fastlagt sparringsmøder 1 -2 gange pr. måned, afhængig af antallet af sager, der ønskes drøftet.

Dertil er der i samarbejdet lokal planlægning af sparring/supervision (nogle steder kaldet Åben rådgivning), som også spiller ind i samarbejdsformen samt de lokale aftaler om direkte indsatser, hvor den fremskudte medarbejder fra Psykiatrien indgår i en indsats sammen med kommunen over for barnet/den unge og den øvrige familie.

I de konkrete sager, der har været drøftet på sparringsmøderne i kommunerne, har der vist sig forskellige behov for sparring. Behovet for og niveauet af sparringen er ofte afhængig af sagens problematik. Sagerne kan have en problemstilling, som peger i retning af en ren forebyggende umiddelbar indsats. Alternativt kan der i sagerne være afprøvet flere forskellige indsatser i forskellige dele af barnets/ den unges hverdag tidligere. Her tænkes indsatser i forhold til skole, hjemmet eller familierelationer, hvor andre ud over PPR er eller har været involveret.

Der kan beskrives følgende forskellige typer af sager/situationer, hvor Fremskudt funktion spiller en rolle i samarbejdet mellem parterne, og som kalder på forskelligt ressourcebehov i kommunerne og i Psykiatrien:

1. Skole/PPR bringer sagen til sparring – Det forebyggende
2. Praktiserende læge bringer sagen til sparring

3. BUPA (=Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling) bringer sagen til sparring
    a. Efter 1. afklarende samtale uden videre behandlingstilbud i Psykiatrien.
    b. Henvist fra praktiserende læge uden beskrivelser af kommunale observationer og indsatser
4. Børne/familieafdelingen bringer sag til sparring, hvor der er/har været iværksat flere indsatser både i familien og på skoleområdet.
5. PPR-psykolog har brug for specialpsykologisk sparring fra Psykiatrien. Eventuelt med henblik på henvisning til Psykiatrien.
6. Åben Rådgivning til frontpersonale (socialrådgiver) – uden lidelsesgrad af psykiatrisk karakter.

Sager fra skole/PPR

Forudsætning for gode fællesmøder/sparringsmøder i sparringsteamet for disse sager vil være:

- Være med til at forberede sagerne
- Fælles forberedelse / dialog med forældre
- Tydeligt formål med sparringen
- Fremskudt regional medarbejder kan ikke være i alle kommunale "tværsmøder" på hver skole i hele regionen
- Fast tidslots/ kadence som afsæt for fællesmøder

I projektperioden har sparringsmøderne bevæges sig længere ud i den kommunale eksisterende kontekst, dvs. eksisterende organisering.

Erfaringerne med de sager, der kommer fra skole/PPR er ofte sager med "svære" mistrivsel i skolen og indlæringsvanskeligheder. Der er forsøgt forskellige pædagogiske indsatser, som ikke har skabt den ønskede forandring. Indsatsene og de anvendte redskaber er iværksat ud fra en pædagogisk/psykologisk forståelse.

Deltagelse af Psykiatrien på møderne i dette forebyggende arbejde bidrager til / supplerer med den psykiatrifaglige forståelse. Det betyder, at forståelse af barnet/den unges vanskeligheder og adfærd bliver set på og vurderet ud fra en bredere tværfaglig viden. Derved oplever skolen, lærer, pædagoger og forældre bedre at kunne tilpasse krav, forventninger og rammer for barnet/den unge med henblik på bedre trivsel og læringsmiljø.

Forventet kommunalt ressourceforbrug:

- "Fange" sager fra "tværsmøder" – Skoleleder
- Forberede sagerne til mødet
- Deltage i mødet
- Koordinere på tværs mellem skole, PPR og Børne-familieafdelingen.

Forventet ressourceforbrug fra Fremskudt psykiatrifaglig medarbejder:

- Forberedelse af sager
- Deltagelse i møder
- Rådgivningsfunktion
- Direkte indsatser til forældre / børn og unge

Sager fra Praktiserende læger/BUPA

Arbejdsgange og opgaver i Fremskudt funktion er de samme for sager, der kommer fra praktiserende læger eller fra BUPA. Modellerne er derfor her slået sammen.

Forudsætning for gode fællesmøder/sparringsmøder i sparringsteamet for de sager vil være:

- Forberede / "belysning" af sagerne ved oplysninger om
  - Tidligere og igangværende indsatser / beskrivelser fra PPR
  - Tidligere og igangværende indsatser / beskrivelser fra lærer/skolen
  - Tidligere og igangværende indsatser / beskrivelser fra Børne-familieafdelingen.
- Dialog med forældre
- Tydeligt formål
- Kendskab til kommunale tilbud og muligheder
- Forudsætter, der er behov for en fælles indsats

Erfaringerne med de sager, der kommer fra praktiserende læger er ofte, at det er sager, der er beskrevet ud fra barnet/den unges symptombillede og familiens belastninger. Ofte er der ikke kendskab til tidligere og igangværende indsatser og beskrivelser fra skole og sociale myndigheder. Har praktiserende læger kendskab til Fremskudt funktion, giver det mulighed for, at sagen kan blive forstået / belyst bredere på et møde med skolen, kommunen og Psykiatrien, så barnet/den unge og familien kan få den rette hjælp uden henvisning til Psykiatrien.

Med Fremskudt funktion har BUPA haft mulighed for i lettere sager at tilbyde familien, at sagen kan blive belyst i et møde med deltagelse fra Psykiatrien, skole og kommunen/Familieafdelingen. Det har betydet, at barnet/den unge og familien er blevet tilbudt den rette og mere forbyggende støtte, når sagen ikke har været en psykiatrisk problemstilling, som kræver behandling i Psykiatrien. Henvisning til Fremskudt funktion har i de lettere sager været et alternativ til at afslutte sagen uden behandling og umiddelbar returnering til henviser.

Forventet kommunalt ressourceforbrug:

- Orientere sig i sager fra praktiserende læger / BUPA
- Deltagelse på møder
- Kendskab til/tilbud om forebyggende tilbud der indgår i afklaring af problemstillingen

Forventet ressourceforbrug fra Fremskudt psykiatrifaglig medarbejder:

- Afklarende samtaler med praktiserende læger og forældre
- Deltagelse på møder
- Rådgivningsfunktion
- Direkte indsatser til forældre / børn og unge

Sager fra Børne-familieafdelingen:

Forudsætning for gode fællesmøder for disse sager vil være:

- Forberedelse af sagen
- Deltagelse af alle aktører omkring sagen (Relationel koordinering)
- Tydeligt formål
- Kendskab til kommunale tilbud og muligheder
- Sagen har psykiatrinær problemstilling

I projektperioden har fællesmøder omkring komplekse sager fra Børn-og Familieafdelingen bevæget sig fra sparringsmøderne ud i de kommunale eksisterende netværksmøder med deltagelse af de fremskudte regionale medarbejdere. I nogle kommuner har Fremskudt Funktion på den måde været en del af kommunens Relationel Koordinerings møder.

Sagerne har ofte være meget komplekse og kendetegnet ved mange og flere indsatser både i familien og omkring barnet/den unge. Det kan også være sager, hvor barnet/den unge har eller har fået en psykiatrisk diagnose. Fremskudt Funktion kan her bistå med sin faglige viden på en sådan måde, at kommunen lettere kan omsætte anbefalingerne til konkrete indsatser til barn/den unge og familien. Ligeledes kan Fremskudt Funktion bistå med sin viden, til at justere / kvalificere indsatsen i forhold til det udviklingstrin barnet/den unge nu er i, således at en genhenvisningen til Psykiatrien ikke er nødvending. Da de pædagogiske indsatser omkring barnet er en kommunal opgave har Fremskudt funktion haft en rolle i direkte indsatser i barnet/den unges omkringliggende miljø.

Forventet kommunalt ressourceforbrug:

- Forberede sager
- Deltagelse på møder
- Koordinere på tværs mellem skole, PPR og Børne-familieafdelingen.

Forventet ressourceforbrug fra Fremskudt psykiatrifaglig medarbejder:

- Forberede sager
- Deltage på møder
- Supervision / rådgivning til frontpersonale
- Direkte indsatser til forældre / børn og unge
- Deltage i netværksmøder, hvor der behov for psykiatrifaglig viden, men ikke behandlingsbehov i Psykiatrien.

PPR-psykologer med behov for specialpsykologisk sparring fra Psykiatrien i konkrete sager

Forudsætning for gode fællesmøder for disse sager vil være:

- Forberedelse af sagen
- Deltagelse af specialpsykolog / psykiater
- Tydeligt formål med sparringen
- Kendskab til kommunale tilbud og muligheder
- Sagen har psykiatrinær problemstilling

PPR-psykologer har i nogle sager behov for specialpsykologisk sparring, når der er tvivl om, hvorvidt der skal udarbejdes en henvisning til Psykiatrien. Ligeledes kan der være tvivl om, hvad der skal beskrives i en henvisning, hvad der skal være afprøvet og f.eks. hvilket testmateriale, der kan være relevant at sende med en henvisning. Fremskudt Funktion har i nogle af denne type af sager kunne bidrage til vurdere, om hvorvidt barnets/den unges sag og sværhedsgraden heri kræver en henvisning til Psykiatrien, samt bidrage til at kvalificere grundlaget.

Denne samarbejdsmodel med mulighed for at få specialistrådgivning er en del af Psykiatriplan 2020-2024 på Børneungeområdet. Indsatsen er i projektperioden blevet etableret på flere Børne- og Ungdomspsykiatriske matrikler i Region Syddanmark.

Forventet kommunalt ressourceforbrug:

- Forberede sager
- Deltagelse på møder
- Koordinere på tværs mellem skole, PPR og Børne- og Familieafdelingen.

Forventet ressourceforbrug fra fremskudt psykiatrifaglig medarbejder:

- Forberede sager
- Deltagelse på møder

- Supervision / rådgivning til Frontpersonale (PPR, socialrådgiver)

Åben Rådgivning til frontpersonale (socialrådgiver) – uden lidelsesgrad af psykiatrisk karakter.

- Være med til at forberede sagerne
- Tydeligt formål med rådgivningen
- Fast tidsplan som afsæt for fælles møder

I projektperioden har der vist sig et behov for sparring til frontpersonale, hvor sagen kan have "karakter" af en psykiatrisk problemstilling (uden lidelsesgrad tilhørende Psykiatriens målgruppe). Der kan opstår usikkerhed om, hvordan sagen løftes i kommunalt regi, eller usikkerhed om hvorvidt sagen skal henvises til Psykiatrien. Denne form for åben rådgivning har først og fremmest været til sagsbehandlere fra Familieafdelingen. Der har dog vist sig et lignede behovet for sparring/vurdering til andre faggrupper og til forældre, da de kan have en opfattelse, at sagen har karakter af en psykiatrisk problemstilling (en såkaldt diagnoseforståelse). Praktiserende læger har ligeledes i enkelte kommuner benyttet sig af muligheden for sparring/vurdering. Sagerne har ofte været vurderet til ikke at tilhøre Psykiatriens målgruppe, og dermed at den ikke skal henvises til Psykiatrien.

Forventet kommunalt ressourceforbrug:

- Forberede sager
- Deltagelse på møder
- Koordinere på tværs mellem skole, PPR og Børne-familieafdelingen.

Forventet ressourceforbrug fra Fremskudt psykiatrifaglig medarbejder:

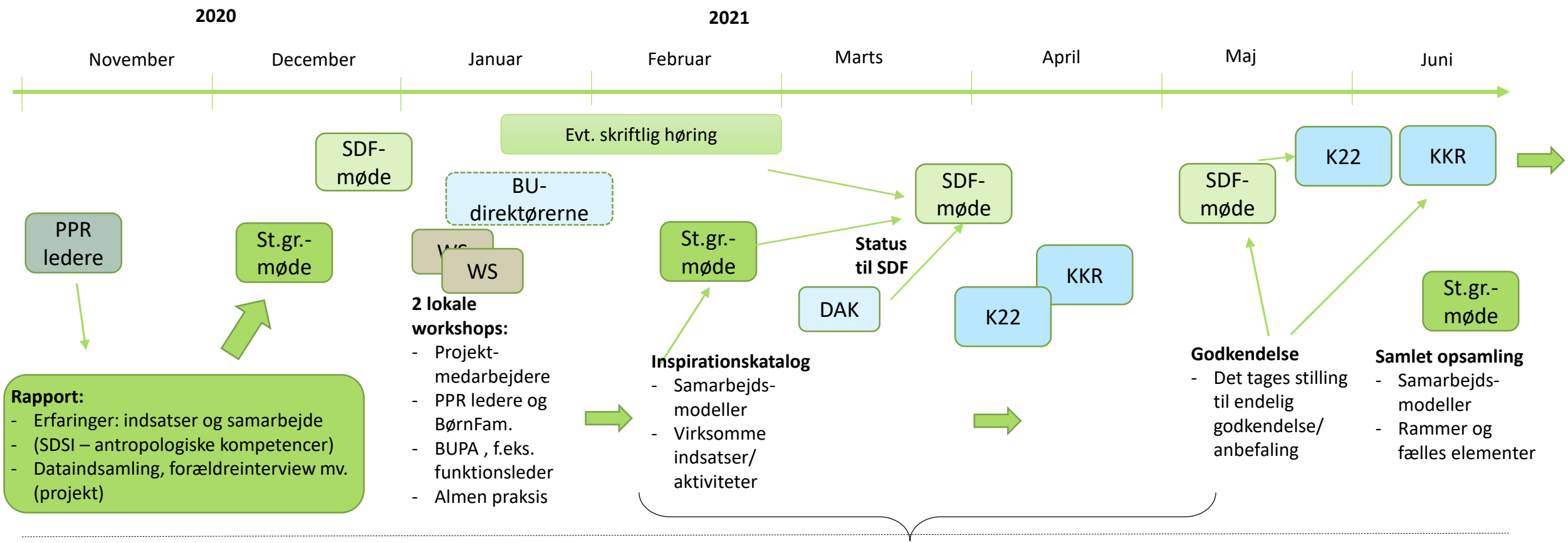
- Forberede sager
- Deltagelse på møder
- Supervision / rådgivning til Frontpersonale (PPR, socialrådgiver)

Procesplan, fremskudt funktion – pr. jan 2021

Psykiatrien i Region Syddanmark

Region Syddanmark

Fælleskommunalt Socialsekretariat Syddanmark



Beslutningsproces:

Indledende præsentation → **SDF-forretnings-udvalg samt Børne- og Ungedirektørerne** → **Evt. tilpasning af model, økonomi mv.** → **Kommunale lokale budgetprocesser: Maj til oktober 2021**

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Følgegruppen for Behandling og Pleje
Journal nr.: 20/37410
Udarbejdet af: Jette Dalsgaard Andersen, Lisa Albæk Pedersen, Allan Vittrup og Dorthe Lilliendal
E-mail: Jette.Dalsgaard.Andersen@rsyd.dk
Telefon: 24988027
Dato: 12-02-2021

Samarbejdsaftale for IV-behandling i nærområdet

Antibiotika og væske i kommunalt regi

Baggrund
Sundhedsaftalen har fokus på at udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance, hvor parterne i fællesskab kan håndtere de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. Det betyder, at vi skal tænke innovativt og i fællesskab anvende vores ressourcer klogt og til størst mulig gavn for borgerne i Syddanmark. Det skal ske ved i fællesskab at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og med dette som bagtæppe præsenteres herværende samarbejdsaftale, som omhandler IV-behandling[1] i kommunalt regi.

IV-behandling med antibiotika og væske foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er dog stabile og friske nok til at kunne tage hjem i nogle timer mellem hver behandling. Andre modtager ambulant behandling, hvor de møder ind to-fire gange i døgnet til planlagt infusion. For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man flere gange dagligt skal møde på sygehuset til behandling, og de fleste foretrækker at modtage behandlingen i nærmiljøet[2], hvis den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid, undgå isolation og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk. Erhvervsaktive borgere vil bedre være i stand til at passe uddannelse eller arbejde. Desuden forventes det, at IV-behandling i nærmiljøet vil reducere risikoen for sygehusinfektioner og konfusion hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne fastholde vanligt funktions- og aktivitetsniveau eller tidligere påbegynde rehabilitering og dermed undgå immobilisering i forbindelse med indlæggelse.

Samarbejdsaftalen rammesætter samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika eller væske i borgerens nærmiljø og beskriver opgaver, ansvar og økonomi for de involverede parter[3].
Samarbejdsaftalen tager afsæt i sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017).

1. Parter i aftalen
Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen 2019-2023. Parterne er Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Aftalen indgås mellem regionen og den enkelte kommune.

[1] Intravenøs behandling.
[2] Eget hjem, på kommunal sygeplejeklinik eller lignende
[3] Parenteral ernæring og lavpotent kemoterapi adresseres i særskilte samarbejdsaftaler (bl.a. Samarbejdsaftale om behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem).

2. Formål
Samarbejdsaftalen giver mulighed for, at IV-behandling kan foregå tæt på borgerens hverdag, når der ikke længere er behov for behandling i sygehusregi ud over IV-behandlingen. Aftalen bygger på Sundhedsaftalens vision om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen på borgerens præmisser og med sundhedsløsninger tæt på borgeren.

Formålet med samarbejdsaftalen er:

- Inden for de givne rammer at skabe forløb på borgernes præmisser
- At borgeren får mulighed for behandling i nærmiljøet/eget hjem
- At sikre en rammeaftale for ensartet praksis på tværs af alle sygehuse og kommuner til gavn for borgerne
- At udnytte ressourcerne optimalt på tværs af sektorerne

3. Målgruppen
Målgruppen er borgere fra 15 år, hvor der er påbegyndt IV-behandling i sygehusregi, og hvor der er et fortsat behov for IV- behandling, men hvor der ikke er behov for indlæggelse. Borgerne skal være stabile, og lægefagligt vurderet egnet til at færdiggøre behandlingen i nærmiljøet. Borgeren skal bo under forhold, der vurderes egnet til hjemmebehandling af den kommunale sygepleje, eller hvor behandlingen kan foretages i en kommunal funktion. Den samlede vurdering beror på en samtale mellem borger, evt. pårørende samt kommunalt og regionalt sundhedspersonale.[4]

4. Afgrænsning
Samarbejdsaftalen inkluderer følgende behandlinger:

- IV-behandling med isotone væsker
- IV-behandling med alle typer antibiotika

Krav:

- Behandlingen skal administreres i et lukket system
- Behandlingen må maksimalt skulle administreres tre gange i døgnet
- Den enkelte infusion skal kunne administreres på en måde, der tilgodeser, at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mindre end én time ad gangen

Aftalen omfatter alle lukkede systemer herunder fx:

- Codan-mix Add sæt[5]
- Elastomerisk pumpe
- CADD-pumpe
- DivibaX overføringskanyle

Aftalen omfatter alle følgende velfungerende IV- adgange herunder fx:

- Perifert venekateter (PVK)

[4] Obs. en patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information (jf. SUL §16), og inddrages i den mindreåriges stillingtagen (SUL §17).
[5] Kombineret blande- og infusionssæt der kobles manuelt til hætteglasset kort før brug. Det er muligt at forfylde og efterskylle med saltvand i det lukkede system, og sættet tilgodeser arbejdsmiljø både ved blanding og administration. Der kan ved senere udbud vælges et andet system, der opfylder samme kriterier. Evt. implementering af nyt system følges af tilbud om oplæring.

- Centralt venekateter (CVK)
- PICC-line eller MID-line
- Vaskulær injektionsport (VIP) som fx Porth-a-cath

Der kan lokalt indgås aftale om supplerende behandlingsforløb i kommunalt regi, hvis begge parter finder det hensigtsmæssigt – fx i forhold til unge under 15 år eller flere forløb end de i aftalen fastlagte.

Kommunerne forpligter sig som udgangspunkt til at levere ydelsen, når hospitalslægen vurderer, at IV-behandling i kommunalt regi er det bedste for patienten. Ved generel manglende kapacitet i den enkelte kommune afklares kapacitetstilpasning ledelsesmæssigt mellem parterne.

I tillæg til ovenstående kan der være ekstraordinære situationer, hvor det af hensyn til patientsikkerheden (fx hvis de nødvendige kompetencer ikke er til rådighed) er muligt for kommunen at afvise kommunal håndtering af IV- behandlingsforløb. Forløbet håndteres i så fald i sygehusregi. Der er enighed mellem parterne om, at dette kun er undtagelsesvist, forventes at være tilfældet.

5. Indsatsen
IV-behandling er i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje* defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af den kommunale sygepleje.

Borgerne starter behandlingen på sygehuset og skal ved IV-behandling med antibiotika have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for et eventuelt anafylaktisk chok.

Sygehuset er ansvarligt for, at borgeren sendes hjem med en velfungerende IV-adgang med slange, og at der medsendes IV-kasse med ordineret antibiotika/væske og remedier til det antal dage, hvor det forventes, at borgeren skal fortsætte behandling.

Den kommunale sygepleje administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc. IV-behandling i kommunalt regi varetages i nærmiljøet af den kommunale sygepleje i tidsrummet kl. 07:00 – 23:00.

Det lægefaglige behandlingsansvar:
Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvaret indebærer:

- At borgeren er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- At ordinere IV- behandling (både væske og antibiotika) i FMK
- At vurdere om borgeren kan behandles i hjemmet/kommunalt regi
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv. Dette skrives ind i udskrivningsrapporten – jf. SAM:BO
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge

- At sikre mulighed for at kontakte den behandlingsansvarlige afdeling (herunder den vagthavende læge) 24/7, hvis den kommunale sygepleje har spørgsmål til sygehusafdelingen

I nogle tilfælde vil borgere få ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus i Region Syddanmark end det i deres lokalområde. I disse tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre udlevering af medicin og remedier - også hvis behandlingen forlænges. Det er tilsvarende en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang.

Efter afslutning af IV-behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har borgerens praktiserende læge ansvaret.

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.

6. Remedier og øvrigt udstyr
Når det er aftalt, at en borger skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller nærmiljø, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier evt. pumpe, og medicin/væske til den ordinerede behandling.

IV-kassen for antibiotikabehandling varierer iht. de medicinske præparater, men indeholder som udgangspunkt:

- Medicin, borgerinformation, infusionssæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang

IV-kassen for væskebehandling varierer i indhold, men indeholder som udgangspunkt:

- Væske, borgerinformation, infusionssæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang

Dokumentation:

- Kommunerne sikrer tidstro dokumentation[6]

Opbevaring af medicin i borgerens hjem:

- Medicin, væsker og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn

Utensilier:

- Brugte utensilier såsom engangshandsker m.m. kasseres som almindelig dagrenovation
- Kanyler kasseres i kanyleboksen, mens medicinbeholder, mini-bag og infusionsslanger med evt. lægemiddelrester efter endt behandling, betragtes som risikoaffald og skal i gul kasse, som medbringes af patienten i forbindelse med kontrol på sygehuset. Patienten/pårørende/sygeplejerske kan også aflevere brugte kanyler mm. til kassation på et apotek

[6] Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at fx patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser. Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier.

7. Kompetenceudvikling
Det aftales i de lokale samordningsfora, hvordan de kommunale sygeplejersker sikres mulighed for relevant kompetenceudvikling ift. at udføre IV-behandling – f.eks. via "Fælles Skolebænk". De lokale samordningsfora understøtter hinanden i kompetenceudviklingen. Kompetencer, der skal være til stede hos kommunale sygeplejersker, i forhold til IV-behandling:

- Medicinadministration i diverse intravenøse adgange
- Anvendelse af lukkede systemer, f.eks. elastomerisk pumpe, Codan-mix Add sæt og CADD-pumper
- Observation af og relevant handling på virkning og bivirkninger (herunder observation af allergiske reaktioner) under infusion
- Påbegyndelse af behandling af akut allergisk chok
- Pleje- og observation af IV-adgang
- Anlæggelse af perifert venekateter (PVK)

8. Opgave- og ansvarsfordeling
Ansvarsfordeling mellem sygehus og kommune er angivet nedenfor, se ligeledes bilag 1 for en tabeloversigt og flowdiagram.

8.1 Regionen, herunder sygehuset og den behandlende afdeling
Regionen, herunder sygehuset og den behandlende afdeling, har det lægefaglige ansvar for den påbegyndte IV-behandling, indtil denne er afsluttet.

Det omfatter ansvar for:

- At udarbejde en individuel behandlingsplan (både for IV-væske og IV-antibiotika), herunder plan for kontrol, opfølgning og behandlingsafslutning, samt formidle denne behandlingsplan, jf. SAM:BO aftale. Behandlingsplanen skal have fokus på behandlingens varighed, anvendelse af pumpe og overgang til tabletbehandling eller selvadministration. Plan for evt. måling af vitale værdier
- At behandlingen starter på sygehuset, og borgeren ved IV-behandling med antibiotika har modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for anafylaktisk chok
- At foretage en lægefaglig vurdering af, om patienten kan behandles i kommunalt regi og tage stilling til om patienten kan forlades under infusionen (Forudsætter at patienten kan komme i kontakt med behandlingsansvarlig sygeplejerske)
- At kontakte hjemkommunen, jf. SAM:BO, med henblik på at aftale opgavens løsning i kommunalt regi
- At ajourføre Fælles medicinkort (FMK) med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling
- At informere patienten og/eller pårørende om den ordinerede IV-behandling, herunder behandlingsplan, kontrol
- Oplyse patient/pårørende samt kommunale sygeplejersker om direkte telefonnummer på den behandlingsansvarlige læge/vagthavende læge (hovednummer) i afdelingen

- At rådgive og undervise kommunale sygeplejersker, der varetager medicinadministrationen, samt evt. stå til rådighed ved kompetenceudvikling jf. ovenstående
- At levere medicin og specifikke sygeplejeartikler til den ordinerede behandling
- At videregive epikrise til praktiserende læge ved behandlingens afslutning jf. retningslinjer i InfoNet
- At genanlægge IV-adgange i det omfang kommunen vurderer, at de ikke har de nødvendige kompetencer til det

8.2 Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske
Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske, har ansvar for:

- At kommunale sygeplejersker er oplært i intravenøs medicinadministration
- At planlægge og organisere hvor IV-behandlingen varetages i kommunalt regi
- At sørge for, at patienten kan få fat i sygeplejen, hvis patienten forlades under administrationen
- At kommunale sygeplejersker er oplært i, og følger, lokal kommunal instruks vedrørende behandling af anafylaktisk chok
- At kommunerne genanlægger IV-adgang hvis kompetencerne er til stede
- Administration af IV-behandling kræver en sygeplejefaglig baggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videredelegation af dele af opgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

8.3 Praktiserende læge/vagtlæge
Praktiserende læge/vagtlæge har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er påbegyndt i sygehusregi. Efter afslutning af IV-behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

9. Information
9.1 Information mellem region og kommune forud for overdragelse
Når det besluttes, at en patient skal færdiggøre IV-behandling i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven jf. SAM:BO. Sygehuset kan tidligst overdrage opgaven til kommunen, når kommunen har accepteret.

I henhold til SAM: BO-aftalen skal der sendes information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med antibiotika. Sygehuset er ansvarligt for, at informationsmaterialet er opdateret.

9.2 Patientinformation
Sygehuset skal sikre, at patienten er informeret mundtligt og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika. Informationen skal beskrive IV-behandlingen i kommunalt regi og ansvarsfordelingen mellem den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og patientens praktiserende læge. Patienten skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi og informeres om muligheden for en ambulant tid eller indlæggelse, hvis noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses uden

for sygehuset. I forbindelse med udskrivelse kan der blive afholdt udskrivningskonference, gerne virtuelt, med deltagelse af repræsentanter fra kommunen, patienten og evt. pårørende. Patienten udskrives med telefonnummeret på den behandlingsansvarlige afdeling, således det er lettilgængeligt ved behov for kontakt, samt aftaler om behandlingsplan og kontrol i sygehusregi. Derudover skal patienten udskrives med telefonnummer til den kommunale sygepleje, hvis der skulle opstå behov for kontakt, inden iværksættelse af den kommunale behandling.

10. Økonomi
Region Syddanmark og kommunerne finansierer IV-behandlinger i kommunalt regi i fællesskab. Forslag til en finansieringsfordeling fremgår af bilag. Tilsvarende fremgår gældende takster for behandlingstyper af bilag.

Taksterne for IV-aftalen i Region Syddanmark skal årligt genberegnes, så priserne løbende afspejler det reelle udgiftsniveau i kommunerne og så over- eller underbetaling undgås.

11. Monitorering opfølgning
Følgegruppen for Behandling og Pleje har ansvaret for, at der bliver monitoreret på samarbejdsaftalen. På nuværende tidspunkt indeholder hverken regionale eller kommunale systemer et datagrundlag til at vurdere det potentielle omfang for IV-behandling i kommunalt regi.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres årligt for en afrapportering, og den første afrapportering sker et halvt år efter samarbejdsaftalens indgåelse. Afrapporteringen indeholder opgørelser over:

- Antal borgere som har modtaget IV-behandling i eget hjem eller i nærmiljø
- Antal behandlinger på tværs af de tre IV-behandlingstyper
- Antal behandlinger foretaget i eget hjem og antal behandlinger foretaget i nærmiljø
- Antal IV-behandlinger pr. forløb
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed pr. IV-behandling
- Antal borgere som er afvist til modtagelse af IV-behandling i kommunalt regi
- Status over den samlede økonomi

Opfølgningen baseres på afregningerne mellem Region Syddanmark og kommunerne og det tilhørende datamateriale i form af oversigter over samtlige behandlinger, der er leveret.
Regionalt skal det opgøres, hvor mange borgere, som er afvist til at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Dette for at kende det fulde potentielle omfang af IV-behandlinger i kommunalt regi.

Opgørelse af den gennemsnitlige varighed pr. IV-behandling baseres på opgørelser fra udvalgte kommuner i en periode på 14 dage.

Til at udarbejde opfølgningen nedsætter Følgegruppen for Behandling og Pleje en IV-opfølgningsgruppe med regionale og kommunale repræsentanter. Monitoreringen tager udgangspunkt i de principper for monitorering der er beskrevet i ”Drejebog til monitorering af nye opgaver under sundhedsaftalen 2019 -2023” og godkendt på DAK den 8. februar 2021.

Der skal kvartalsvis følges op på udviklingen i ovenstående parametre (med undtagelse af den gennemsnitlige varighed pr. IV-behandling, som kun er årligt). Efter ét halvt år skal aftalen revideres.

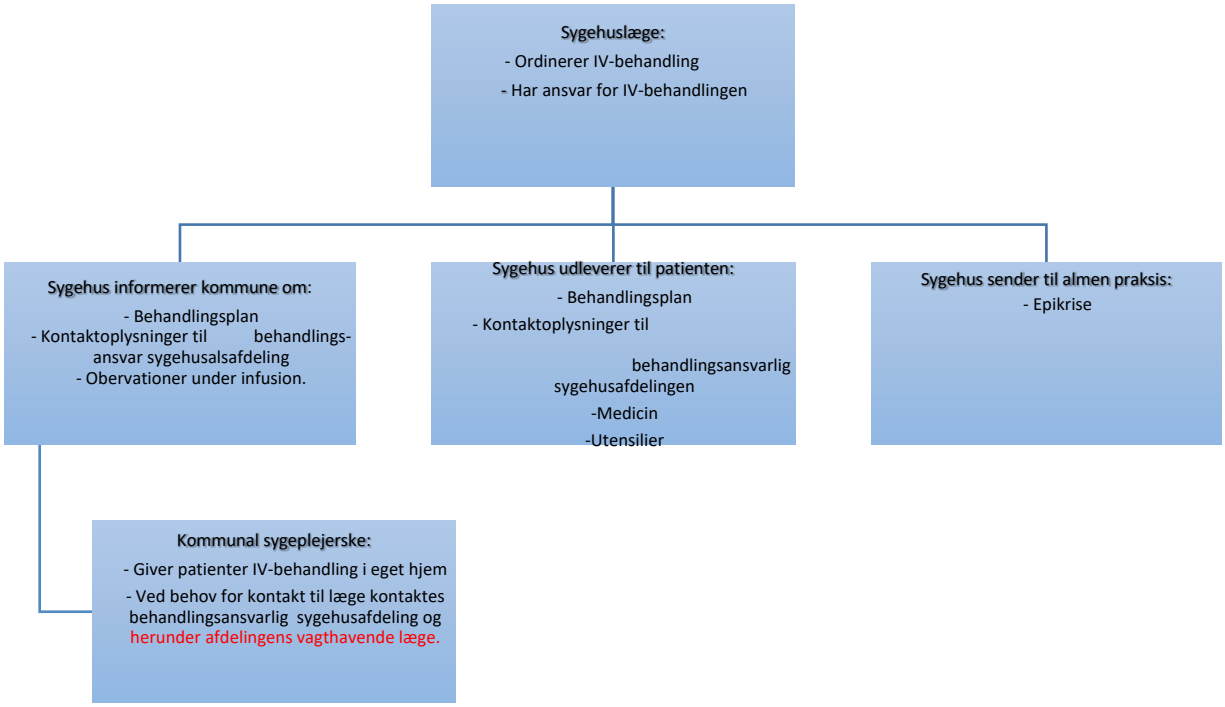
12. Aftalens ikrafttræden og opsigelse

Aftalen er godkendt politisk i Sundhedskoordinationsudvalget og er gældende fra det tidspunkt, hvor der er indgået aftale mellem [NAVN] Kommune og Region Syddanmark.

Aftalen kan opsiges af begge parter ([NAVN] Kommune og Region Syddanmark) med tre måneders varsel.

Bilag 1

Opgave	Sygehus	Kommune	Praktiserende læge
Lægefagligt ansvar for IV-behandlingen	X		
Behandlingsplan, herunder evt. overgang til tabletbehandling	X		
Ordination	X		
Opstart af behandling	X		
Blodprøver	X		
Stillingtagen til om patienten kan forlades under infusionen	X		
Medicin og utensilier	X	X	
Planlægning af udskrivning	X	X	
Information til patienten om behandlingsplan og kontrol	X		
Oplysning om telefonnummer på behandlingsansvarlige afdeling til patienten	X		
Epikrise til praktiserende læge	X		
Information til kommune om observationstid, behandlingsplan via. plejeforløbsplan og/eller korrespondance	X		
Sygeplejersker med kompetencer til opgaven		X	
Undervisere til kompetenceudvikling	X		
Afvikling af kompetenceudvikling +lokaler til kompetenceudvikling	X	X	
Planlægning og organisering af hvor IV-behandlingen varetages i kommunalt regi		X	
Sygdom/behov som ikke vedrører IV-behandlingen			X


Sygehuslæge:
- Ordinerer IV-behandling
- Har ansvar for IV-behandlingen
Sygehus informerer kommune om:
- Behandlingsplan
- Kontaktoplysninger til behandlings-ansvar sygehusalsafdeling
- Obervationer under infusion.
Sygehus udleverer til patienten:
- Behandlingsplan
- Kontaktoplysninger til behandlingsansvarlig sygehusafdelingen
-Medicin
-Utensilier
Sygehus sender til almen praksis:
- Epikrise
Kommunal sygeplejerske:
- Giver patienter IV-behandling i eget hjem
- Ved behov for kontakt til læge kontaktes behandlingsansvarlig sygehusafdeling og herunder afdelingens vagthavende læge.

Behandlingstype	Takst i kr.
IV-antibiotika m. pumpe	514,24
IV-antibiotika u. pumpe	197,78
IV-væske	197,78

Beregningselement	Antal	Kilde
Timepris i kr.	**847,64**	Beregning
Minutpris i kr.	14,13	Anvendes i beregningen af taksterne
Brugertidsprocent (BTP)	40%	Det er BDO's generelle vurdering, at en Brugertidsprocent på 40% for sygeplejen i afspejler en økonomisk effektivt drevet sygepleje og samme niveau er udgangspunkt for aftalen i RM
Timeløn i kr.	319,06	Beregnet
Årsløn i kr.	480.819	https://dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/loen-og-pension/hvad-tjener-en-sygeplejerske/loeneksempel-sygeplejerske-paa Kommunal sygeplejerske på løn trin 7 fraregnet tillæg for nattevagter
Effektive arbejdstimer	1.507	Beregnet jf. tabel Kommune
Overhead i kr.	50,00	Estimat

Kommune	
Brutto timer pr. år	1924 timer
5. Ferieuger	185 timer
6. Ferieuge	37 timer
Søn- og helligdage (10 dage)	74 timer
Sygefravær (4%)	77 timer
Kurser (3 dage)	22 timer
Frokost	
Omsorgsdage og seniordage (3 dage)	22 timer
Effektive timer	**1.507 timer**

Afregning	Andel
RSD	70%

Behandlingstype	Tid i min.	Kilde
IV-antibiotika m. pumpe	52	Estimeret af tværsektoriel arbejdsgruppe
IV-antibiotika u. pumpe	20	Estimeret af tværsektoriel arbejdsgruppe
IV-væske	20	Estimeret af tværsektoriel arbejdsgruppe

Datastruktur for indsatser til IV-behandling med afregning mellem Region Syddanmark og kommunerne.

Denne beskrivelse tager udgangspunkt i en kommune, der anvender KMD Nexus som elektronisk omsorgs journalsystem (herefter benævnt EOJ). Der kan være forskelle til øvrige EOJ'er, men grundlæggende er metoden en teknisk understøttelse af FSIII[1]. Der beskrives den nødvendige datastruktur i kommunens EOJ dernæst en beskrivelse af inddatering af aktiviteter. Afslutningsvis gennemgås hvilke data der skal eksporteres til fakturering, controlling samt evt. monitorering.

Datastruktur:

I kommunens EOJ skal der oprettes nye indsatsnavne til at identificere IV-behandlingerne. De nye indsatsnavne skal navngives, så det er muligt at identificere de behandlinger i kommunen, der foregår under IV-samarbejdsaftalen. I dag er det obligatorisk for kommunerne at anvende indsatser i EOJ, der afspejler behandlinger i hjemmesygeplejen. Der skal i hver kommune, der tilslutter sig aftalen, således oprettes følgende enslydende lokale indsatser under FSIII:

- Intravenøs medicinsk behandling u. pumpe (aftale Region Syddanmark)
- Intravenøs medicinsk behandling m. pumpe (aftale Region Syddanmark)
- Intravenøs væskebehandling (aftale Region Syddanmark)

Disse tre lokale indsatser er afgørende for afregningsgrundlaget mellem kommunerne og Region Syddanmark.

Indsatsnavne med betegnelse "aftale Region Syddanmark" gør det muligt at identificere det rette indsatsnavn for brugerne. Derudover vil det også være muligt at danne ledelsesinformation på aktivitet, behandlingssted og antal borgere.

Hvis kommunen hjemtager en borger udskrevet fra et hospital uden for Region Syddanmark, skal kommunen selv indgå aftale med det pågældende hospital. Ovenfornævnte indsatsnavne må kun anvendes på borgere, der udskrives til IV-behandling i eget hjem fra hospitaler i Region Syddanmark.

Inddatering

Dette afsnit er ikke fyldestgørende, da det afhænger af kommunernes opsætning og det anbefales, at kommunens egne systemansvarlige lokalt uddyber arbejdsgangen for bestilling og planlægning af indsatser. Grundlæggende skal følgende registreringer foretages i omsorgssystemet:

- Oprettelse af henvendelsesskema på borgeren.
- Opret/rediger helbredstilstande SUL.
- Indsats bestilles i indsatskataloget for sundhedslovsindsatser (jf. indsatsnavne defineret ovenfor)
- Relevante felter[2] udfyldes. Eksempelvis ansøgningsdato, ikrafttrædelsesdato, frekvens, udfører[3] m.fl.
- Planlægger/sygeplejerske disponerer besøg i kalender i tråd med at borgerens behandling igangsættes i kommunen

[1] Fælles Sprog III er en fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på social-og sundhedsområdet
[2] Disse felter vil i en vid udstrækning være obligatoriske at udfylde i systemet.
[3] Angivelse af leverandør/udfører vil danne grundlag for monitorering af, hvor behandlingerne udføres. Eksempelvis på sygeplejeklinik eller i borgerens hjem.

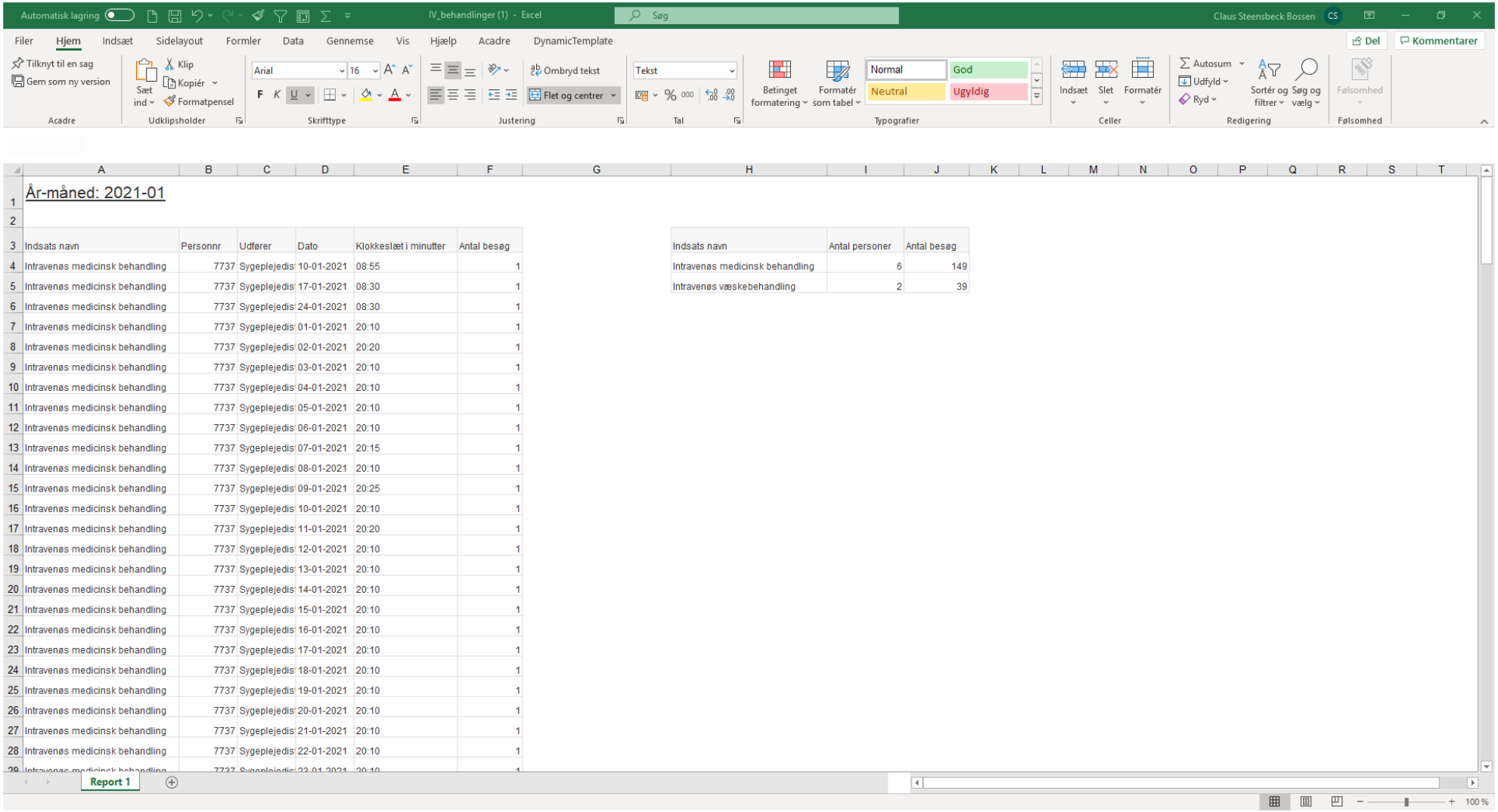
Eksport af data

Når kommunen skal opgøre omfanget af aktiviteterne til afregning med Region Syddanmark, skal der eksporteres en Excel-fil fra kommunens EOJ opstillet i tabelform. Tabellen skal indeholde en række oplysninger. Se bilag Grunddata til afregningseksempel.

- Kolonne a: Indsatsnavn
- Kolonne b: Borgerens personnummer
- Kolonne c: Angivelse af organisationsenhed som udfører behandlingen
- Kolonne d: Dato for behandlingen
- Kolonne e: Tidspunkt for behandlingen
- Kolonne f: Antal behandlinger pr. besøg (i kommunen angivet som besøg)

I eksemplet er også vist en tabel, der opsummerer den pågældende måneds samlede aktivitet, som danner grundlag for fakturaudarbejdelsen.

Filen kan dannes fra en kommunes statistikprogram eller direkte fra et omsorgssystem, så længe ovenstående informationer medtages. Det er afgørende for, at parterne er i stand til at identificere borgeren og indsatserne (behandlinger).



År-måned: 2021-01

Indsats navn	Personnr	Udfører	Dato	Klokkeslæt i minutter	Antal besøg
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	10-01-2021	08:55	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	17-01-2021	08:30	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	24-01-2021	08:30	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	01-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	02-01-2021	20:20	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	03-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	04-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	05-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	06-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	07-01-2021	20:15	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	08-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	09-01-2021	20:25	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	10-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	11-01-2021	20:20	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	12-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	13-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	14-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	15-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	16-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	17-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	18-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	19-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	20-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	21-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	22-01-2021	20:10	1
Intravenøs medicinsk behandling	7737	Sygeplejedis	23-01-2021	20:10	1

Indsats navn	Antal personer	Antal besøg
Intravenøs medicinsk behandling	6	149
Intravenøs væskebehandling	2	39

IBAN: DK3130004810481048
Bankkonto: 4394-4810481048
Tlf.: 74343434
CVR/SE: 29961662 SWIFT:DABADKKK

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

FAKTURA

Fakturadato 14-01-2021 Debitornr. 0000706701	Fakturanr. 12348678 CPR/CVR 12345678

Debitorrekv./kunderef.	-
Side	1 af 1
Sagsbehandler	Hans Hansen
Lokalnummer	74343434
Forfaldsdato	29-01-2021
Sidste rettidige betalingsdag	28-02-2021

Fiktiv afregning IV-behandling (aftale med Region Syddanmark) for perioden 1. januar 2021 – 31. januar 2021. Henvendelse til Hans Hansen 74343434 eller hanshansen@haderslev.dk

Tekst	Antal	Enhedspris	Pris
Intravenøs medicinsk behandling (aftale RSD)	149,00	197,78	29.469,71
Intravenøs medicinsk behandling – pumpe (aftale RSD)	0,00	514,24	0,00
Intravenøs væskebehandling (aftale RSD)	39,00	197,78	7.713,55

Ordresaldo	Nettobeløb	Moms	**Total**
37.183,26	37.183,26	0,00	**37.183,26 DKK**

Betalingsid
+71< 123456789123456+12345678<

Sidste rett.indb.dato	**28-02-2021**
Beløb til betaling	**37.183,26 DKK**

EKSEMPEL

Udgiftsberegningsgrundlag og afregningsstruktur for IV-behandling i kommunerne

I dette notat beskrives kort de forudsætninger, der ligger til grund for beregningen af taksterne for IV-behandling i eget hjem hos kommunerne i Syddanmark – herunder en illustration af ændringerne i udgiftsfordelingen ved forlagt behandling i kommunerne. Derudover indeholder notatet en anbefaling til afregningsstruktur for IV-behandling i kommunerne.

1. Beregningsgrundlag

Beregningsgrundlaget for de kommunale udgifter til den forlagte behandling, består af tre elementer; 1) timepris, 2) overhead og 3) tidsforbruget.

1.1 Timepris

Timepris er en beregningsmetode, der blandt andet anvendes i kommunerne til at udregne den pris, der skal afregnes, for at dække de samlede tidsmæssige omkostninger ved en borgerrettet indsats.

En timepris består af to delelementer; a) **timelønnen** og b) **brugertidsprocenten** (BTP).

a) Timelønnen

Timelønnen kan beregnes med udgangspunkt i en årsløn fordelt på det antal timer, det er muligt for en sygeplejerske at levere borgerrettede ydelser i. Timetallet korrigeres således for fravær, da kommunen ikke blot har udgifter til en sygeplejerske, i den tid medarbejderen er på arbejde, men skal have finansieret den fulde årsløn i leverancen af indsatserne (jf. nedenstående tabel).

Tidstype	Timetal
Fremmøde	1.507
Fravær	417
Samlet	1.924

Årslønnen i beregningen er fastsat til en kommunal sygeplejerske på løntrin 7 fraregnet nattillæg. Årslønnen er ifølge Dansk Sygeplejeråd 480.819 kr. før skat og inklusiv pension. Dermed fås en gennemsnitlig timeløn på 319,06 kr. pr. time. Fordelen ved denne beregningsmetode er, at man undgår at arbejde med differentierede timepriser afhængigt af eksempelvis tidspunktet på dagen, hvor indsatsen leveres.

b) Brugertidsprocenten

Brugertidsprocenten beregnes med udgangspunkt i forholdet mellem den direkte borgertid og den øvrige tid. For sygeplejen kan en fordeling se ud som i nedenstående tabel:

Tidstype	Timetal		Fordeling
Direkte borgertid	1.507	• Behandling • Medicinhåndtering • Rådgivning • Øvrige kliniske opgaver	40%
Øvrig tid		• Vejtid (kørsel) • Dokumentation • Planlægning • Møder, sparring, udvikling • Kommunikation	60%
Fravær	417	• Ferie • Helligdage • Sygefravær • Søn- og helligdage • Kurser • Øvrigt fravær	0%

Samlet	1.924	• Alle	100%

Brugertidsprocenten skal forstås på den måde, at for hver 24 minutter en sygeplejerske leverer i direkte borgertid, går der yderligere 36 minutter til øvrig tid såsom kørsel, dokumentation mm. Ved en brugertidsprocent på 40 er der ifølge BDO tale om en effektivt drevet kommunal sygepleje.

Beregningen af **timeprisen** uden overhead er således timelønnen delt med brugertidsprocenten. Dermed bliver timeprisen:

$$Timepris\ uden\ overhead = \frac{319{,}06\ kr.}{40\%} = 797{,}64\ kr.\ pr.\ time$$

Timeprisen skal forstås således, at det koster kommunen 797,64 kr. pr. time, ved en brugertidsprocent på 40, at levere én time hos borgeren. Timeprisen er ved én leveret time hos borgere udtryk for, at kommunen har betalt for 2½ sygeplejerske timer.

1.2 Overhead

Overhead er et udtryk for, at udgifterne til en sygeplejerske ikke alene dækkes af den rene timepris. Overhead dækker blandt andet afledte udgifter til ledelse, bygningsdrift, uniformer mm.

I beregningen er der estimeret et overhead på 50,00 kr. pr. time til dækning af overhead, således at timeprisen med overhead bliver følgende:

$$Timepris\ inklusiv\ overhead = 797{,}64\ kr.\ pr.\ time + 50{,}00\ kr.\ pr.\ time = 847{,}64\ kr.\ pr.\ time.$$

1.3 Tidsforbruget

Tidsforbruget for de tre indsatser IV-antibiotika u. pumpe, IV-antibiotika m. pumpe og IV-væske danner grundlaget for det antal minutter, arbejde, der skal udføres hos borgeren af en kommunal sygeplejerske.

Den tværsektorielle faggruppe har vurderet følgende tidsforbrug på de tre indsatstyper:

- IV-antibiotika u. pumpe til **52 min**. svarende til 0,87 timer
- IV-antibiotika m. pumpe til **20 min.** svarende til 0,33 timer og
- IV-væske til **20 min**. svarende til 0,33 timer.

Dermed kan de kommunale udgifter for ovenstående behandling beregnes på følgende måde:

$$IV - antibiotika\ u.\ pumpe = 847{,}64\ kr.\ pr.\ time\ x\ 0{,}866\ timer = 734{,}62\ kr.\ pr.\ ydelse$$

$$IV - antibiotika\ m.\ pumpe = 847{,}64\ kr.\ pr.\ time\ x\ 0{,}333\ timer = 282{,}55\ kr.\ pr.\ ydelse$$

$$IV - væske = 847{,}64\ kr.\ pr.\ time\ x\ 0{,}333\ timer = 282{,}55\ kr.\ pr.\ ydelse$$

1.4 Kommentarer til beregningerne

Der er i beregningerne tale om den samlede omkostning, kommunen vil have til at udføre behandlingen i eget hjem. Ved at påføre taksterne en eventuel **fordelingsnøgle** – forstået som en mindre regional betaling – vil det medføre, at kommunerne ikke får dækket deres samlede udgifter til at levere behandlingen på vegne af regionen.

Det er muligt at ændre på forudsætningerne i beregningerne, men det er vanskelig at ændre på beregningsmetoden. Med andre ord kan der være uenighed om antallet af fremmødetimer, men ikke om at der skal tages udgangspunkt i fremmødetimer. Ligeledes kan brugertidsprocenten diskuteres, men at der skal anvendes en brugertidsprocent for at beregne det fulde udgiftsniveau, kan vanskeligt diskuteres.

Endelig kan det diskuteres, om levering af IV-behandling i eget hjem i kommunen er udtryk for levering af indsatsen på laveste, effektive omkostningsniveau. Afhængigt af beregningsmetoden i regionen for levering af IV-behandling på et sygehus kan det være billigere for regionen at levere behandlingen på sygehuset.

2. Afregningsstruktur

I forbindelse med varetagelsen af IV-behandling i eget hjem i kommunerne anbefales der en afregningsstruktur baseret på stykafregning frem for forløbsafregning, som der er valgt i Region Midt. Argumenterne skal findes inden for følgende områder:

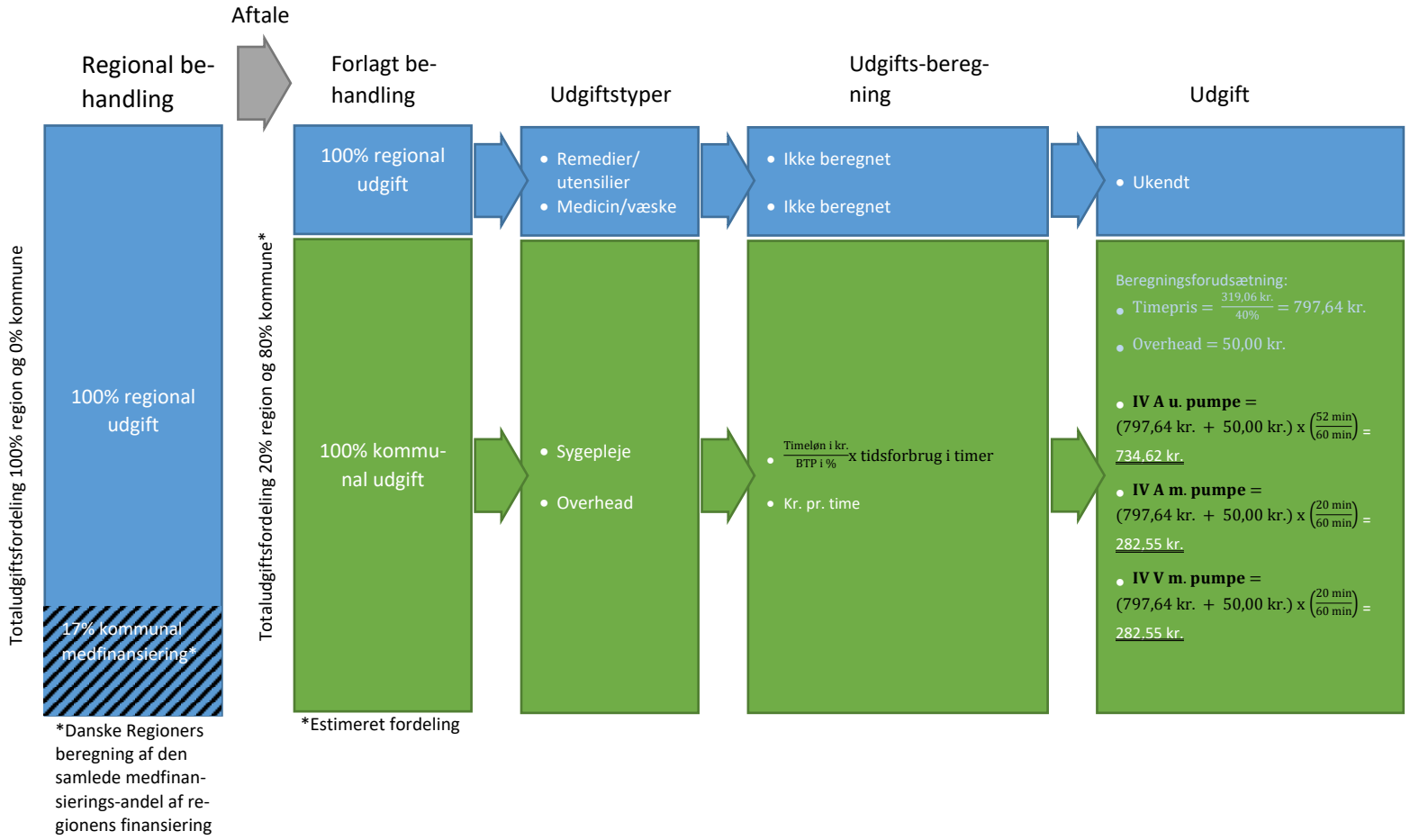
- Det er vurderingen, at administrationen af stykafregning vil være at foretrække, da fakturaen i kommunen kan udarbejdes på baggrund af dataudtræk i kommunernes EOJ-systemer under forudsætning af, at den aftalte registreringspraksis følges (jf. *Arbejdsgangsbeskrivelse for dokumentation af IV-afregning*). Med andre ord registreres der i kommunerne, under alle omstændigheder, for hver enkelt planlagt besøg/ydelse og der skal således ikke registreres yderligere.

- Dertil skal lægges, at man ikke, i modsætning til forløbsafregning, skal forholde sig til start- og slutdatoer. Man opgør således blot antallet af besøg/ydelser for en given måned frem for at skulle holde styr på individuelle forløb. Dermed er der en højere sammenhæng mellem, hvornår udgifter og indtægter falder. Man skal således hverken i kommunerne eller regionen forholde sig til længden af et forløb i den indbyrdes afregning.

- Stykafregning giver yderligere bedre muligheder for, at monitere de leverede ydelser i kommunen. Det vil være tydeligt at se, hvor mange besøg der er faktureret for, hvornår på døgnet de er leveret og hvor besøget/ydelsen er leveret. Ved en forløbsafregning bortfalder detaljerne i afregningen. Dermed giver stykafregningen en højere gennemsigtighed end ved en forløbstilgang. Dette vil derudover lette regionens controlling og revision af kommunernes fakturering. Regionen vil således betale for det, der leveres og kommunerne få finansieret de besøg/ydelser, der bliver leveret – hverken mere eller mindre.

- Incitamentstrukturen er meget tydelig ved stykafregning, da man hverken 'vinder' eller 'taber' ved at påvirke aktiviteten – man kan lade fagligheden styre og ikke økonomien. Forløbsafregning åbner for en potentiel spekulereren i, om man ligger over eller under, det aftalte forløbsgennemsnit af besøg/ydelser. Hvis man aftaler en forløbstakst, der i gennemsnit dækker seks besøg/ydelser, bliver alt over denne grænse gratis for bestilleren og det er omvendt muligt at påvirke antallet af besøg/ydelser i kommunerne i nedadgående retning, bliver omkostningerne for høje.

Illustration af udgiftsfordeling ved en aftale



Notat

Beregning af den samlede økonomi i IV-aftalen
Der eksisterer hverken fra kommunal eller regional side et tilstrækkeligt datagrundlag i Syddanmark til at opgøre den samlede aktivitet og dermed værdi af IV-aftalen. Følgegruppen for Behandling og Pleje har dog bedt økonomigruppen om at give et overslag med afsæt i IV-aftalen fra Midtjylland korrigeret for forskellen i befolkningstallet.

Region Midt forventer et årligt omkostningsniveau på 16,2 mio. kr. om året.

Dette vil, med udgangspunkt i folketallet for 4. kvartal 2020 i regionerne Midt og Syd, modsvare 14,9 mio. kr. om året i Region Syddanmark.

Bemærk venligst at der er tale om forskellige målgruppeafgrænsninger, takster, takstopdelinger og forudsætninger for, hvor behandlingen udføres. Beregningsgrundlaget for de to regioner er kun ens, hvad angår den direkte borgertid på 40% og fordelingen på 70/30 mellem region og kommuner.

Økonomigruppen vil på det kraftigste anbefale, at man ikke bruger estimatet til kapacitetsplanlægning eller økonomiopfølgning i hverken regionen eller kommunerne.

Notat

Bemærkninger fra Følgegruppen for Behandling og Pleje til materialet vedr. ny IV-aftale
Følgegruppen for Behandling og Pleje har 9/2 2021 afholdt ekstraordinært møde om IV-aftalen og har på baggrund af mødet formuleret en række opmærksomhedspunkter, som det samlede materiale vedr. ny IV-aftale i Syddanmark giver anledning til.

Bemærkningerne fremsendes i enighed, men der er tale om bemærkninger fra forskellige parter i følgegruppen. Dvs. at der kan være tale om problemstillinger, der udelukkende relaterer til sig kommunerne og modsat. Det er dog bemærkninger, som det vurderes, at DAK skal være opmærksom på i drøftelsen af det videre IV-samarbejde i Syddanmark.

1. Følgegruppen har først og fremmest fokus på borgerperspektivet og finder, at der er behov for en aftale, der sikrer mulighed for IV-behandling i eget hjem. Dog har kapacitet og økonomi samtidig fyldt meget i drøftelserne i følgegruppen

2. Økonomien i fremsendte materiale tager afsæt i IV-aftalerne i Nordjylland og Midtjylland, da det var opdraget fra DAK, men det understreges, at principperne bag såvel fordelingsnøgle som takstudregning har været genstand for væsentlige drøftelser og fortsat er til forhandling.

   Eksempelvis vil der i flere kommuner være megen transport forbundet med opgaven i tyndtbefolkede områder, og det kan derfor være vanskeligt at varetage alle opgaver eller optimere planlægning, når det ikke pga. afstanden er muligt at forlade patienten/borgeren under indgift for at varetage andre opgaver i dette tidsrum

3. En aftale om IV-behandling i eget hjem, hvor der opnås enighed om fordelingen af udgifterne mellem sektorerne, retter sig alene mod den aktuelle samarbejdsaftale, og skal derfor ikke danne præcedens for evt. fremtidige samarbejdsaftaler

4. Det blev fremført, at der kan komme flere afledte opgaver i forbindelse med IV-behandling i eget hjem – dette anbefales at indgå i evalueringsdesignet for samarbejdet

5. Det bemærkes, at udregningen af aftalen/taksterne tager afsæt i, at alle behandlinger foregår i eget hjem. Ved en årlig genberegning af taksterne vil disse muligvis blive nedjusteret i det omfang, kommunerne lykkes med at få borgere til at modtage behandling i en klinik. Med andre ord vil brugertidsprocenten stige og udgifterne for regionen evt. falde

6. Sygehusene har fortsat udgifter til personale på de afdelinger, der udskriver patienter til IV-behandling i eget hjem samt ekstra udgifter til kompetenceudvikling af det kommunale sundhedspersonale, ift. logistik, leverancer og administrative omkostninger. Der vil desuden være administrative omkostninger for alle parter til afregning og monitorering

Region Syddanmark

AKUTPLAN

REGION SYDDANMARK

ARBEJDSVERSION 25. FEB. 2021

KLADDE

Indhold

Forord ... 4
1. Indledning ... 5
2. Akutområdet i Region Syddanmark ... 7
2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp ... 7
2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark ... 8
2.3 Lægevagten ... 10
2.4 Kommunale akutfunktioner ... 10
2.5 Præhospitalt beredskab ... 10
2.6 Aktivitet i akutfunktioner ... 12
3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats ... 14
4. Danske Regioners udspil *Når du har brug for os* ... 16
5. Status for Region Syddanmark ... 17
6. En styrket visitation ... 19
6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser ... 19
6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus ... 21
6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse ... 21
6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri ... 22
6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri ... 22
6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem ... 22
6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer ... 23
6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer ... 25
7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene ... 28
7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen ... 28
7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten ... 29
7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner ... 30
7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr ... 30
8. Akutte hjerteforløb ... 33
9. Implementering af akutplanen ... 35
Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020 ... 41
Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats ... 44
Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen ... 51
Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mm. ... 56
Bilag 5. Overblik over implementeringstakt ... 60
Bilag 6. Afledt økonomi af akutplanens indsatser ... 61

KLADDE

KLADDE

Forord

[Forord ved Stephanie Lose]

KLADDE

1. Indledning

Regionsrådet besluttede i forbindelse med budgetforlig for 2020, at der skulle udarbejdes en akutplan for Region Syddanmark. Med akutplanen omsættes Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger til den akutte sundhedsindsats fra 2020 til regionale tiltag. Herudover bygger akutplanen på forslag, der indgik i Danske Regioners udspil fra 2018: *Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade*.

Det fremgik af budgetforliget, at den regionale akutplan skulle undersøge potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulant besøg på sygehus eller indlæggelser. Herudover skulle erfaringer fra Region Midtjylland vedrørende indlæggelse af hjertepatienter via et "fast track" indgå.

Direktionen nedsatte i december 2019 en styregruppe for arbejdet med en ny akutplan for Region Syddanmark. Kommissorium for arbejdet blev forelagt de relevante politiske udvalg i januar 2020. Direktionen godkendte på møde 25. maj 2020 som følge af COVID19 en revideret tids- og procesplan. Tidsplanen blev efterfølgende justeret, blandt andet i forbindelse med, at de nationale anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen var forsinket. Kommissorium og sammensætning af styregruppen fremgår af bilag 1.

Arbejdet med en ny akutplan blev tilrettelagt i fire overordnede spor med hver sin arbejdsgruppe:

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

I grundlaget for arbejdet blev der lagt op til efterfølgende at se på, hvilke konsekvenser eventuelle ændringer ville få for det præhospitale område. Der er ikke taget stilling til et eventuelt yderligere spor rettet mod det præhospitale område.

Sundhedsstyrelsens endelige anbefalinger for den akutte sundhedsindsats blev offentliggjort 9. oktober 2020. Arbejdsgruppernes forslag er derfor overvejende baseret på anbefalinger i den version, som Sundhedsstyrelsen sendte i høring i november 2019.

Formålet med en ny akutplan
Region Syddanmark har et velfungerende akut beredskab, der kan hjælpe borgerne med somatiske såvel som psykiske lidelser. Med regionens akutplan fra 2007, *Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark*, som grundlag, blev der etableret 5 somatiske akutsygehuse med fælles akutmodtagelse samt et mere udbygget præhospitalt beredskab indeholdende lægebiler og akutbiler. Med Psykiatriplanen fra 2019 har regionen ligeledes igangsat en række indsatser på det psykiatriske område, der skal bidrage til øget lighed i sundhed, mere sammenhæng, bedre behandling, en tilstrækkelig kapacitet samt medarbejdere med de nødvendige kompetencer.

Grundlaget er derfor på plads til nu at søge at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark. Borgere, der henvender sig med behov for akut hjælp fra sundhedsvæsenet, skal opleve en mere sammenhængende koordinering og visitation, en smidig overgang til behandling, og endelig en gnidningsfri udskrivning til eventuel videre opfølgning. Det skal ske ved et tættere samarbejde i den borgerrettede visitation, ved en mere sammenhængende sundhedsprofessionel visitation og ved flere og bedre indsatser på tværs af sektorer og tilbud.

KLADE

Det overordnede sigte i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats er at få skabt rammerne for et mere integreret samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i alle dele af den akutte indsats. Anbefalingerne fra 2020 har således særligt fokus på indsatser, der går på tværs af organisatoriske enheder og på tværs af fagligheder. Der stilles dermed højere krav til samarbejde, viden, kompetencer og tilgængelighed.

Forslagene i denne akutplan flugter med Region Syddanmarks pejlemærker, herunder at Region Syddanmark prioriterer udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner. Det skal ske med udgangspunkt i at skabe helhed og værdi i indsatsen over for patienterne, samt ved at lette patientens vej igennem sundhedsvæsenet. Herudover flugter akutplanen med pejlemærket om, at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

Blandt de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet harmonerer akutplanen særligt med målene om bedre sammenhængende patientforløb, hurtig udredning og behandling, behandling af høj kvalitet, flere sunde leveår, forbedret overlevelse og patientsikkerhed.

Læsevejledning
Akutplanen beskæftiger sig i høj grad med borgerens møde med det akutte sundhedsvæsen, og dermed forløb, der ikke nødvendigvis fører til indlæggelse. Det er valgt overvejende at bruge ordet patient frem for borger for at signalere, at der er tale om en kontakt i sundhedsvæsenet. I tilfælde, hvor kontakten til kommunen tæller mere, er ordet borger overvejende anvendt.

KLADDE

2. Akutområdet i Region Syddanmark

Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. Dette har resulteret i betydelige anlægsmæssige investeringer og store strukturelle tilpasninger. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. I samme forbindelse bortfalder OUH Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

I 2019 vedtog Region Syddanmark en psykiatriplan for 2020-2024 indeholdende 39 konkrete anbefalinger, der er under implementering. Det vigtigste element i planen er at få etableret en styrket ambulant psykiatri tæt på borgerne understøttet af specialiserede døgnfunktioner.

I forhold til særligt de ældre medicinske patienter spiller kommunerne en vigtig rolle i akutberedskabet, blandt andet med udkørende akutteams eller akutpladser. De praktiserende læger understøtter samarbejdet med den kommunale sygepleje, og kan som følge af lokalaftaler se patienten i hjemmet og i samarbejde med den kommunale sygepleje medvirke til at færre patienter indlægges på sygehus.

2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp

Akutområdet er kendetegnet ved, at borgerne kan få behov for hjælp på alle tider af døgnet og i hele regionens område. Henvendelse om akut hjælp kan enten ske fra borgeren selv, af pårørende, af eventuelle forbipasserende eller af eksempelvis sundhedsprofessionelle i form af kommunal sygeplejerske, personale på plejehjem eller bosted eller lignende.

Borgere i Region Syddanmark kan rette henvendelse om akut sundhedsfaglig hjælp via følgende indgange:

- Alarmcentralen 112
- Egen praktiserende læge (telefonisk eller ved fremmøde i dagtid)
- Regionens skade- og lægevagt (telefonisk henvendelse på 70 11 07 07)
- Direkte henvendelse på psykiatrisk akutmodtagelse, fødegang mv.
- Tandlægevagten
- Tandskadevagten[1]
- Kiropraktorvagten[2]
- Center for Voldtægtsofre
- Giftlinjen (landsdækkende telefonrådgivning ved forgiftning).

Den regionale akuthjælps-app giver mulighed for digital hjælp, så man hurtigt kan finde den rette indgang og få skabt kontakt.

Langt de fleste borgere, der kommer akut ind på sygehus, er henvist via egen læge, lægevagt eller 112-alarmcentral. Nogle borgere kommer dog direkte til sygehus uden om visitationen. Det gælder eksempelvis fødende kvinder eller visse psykiatriske patienter, der selv henvender sig på psykiatrisk

[1] Hvis man har behov for akut tandlægehjælp uden for egen læges åbningstid, er det muligt at kontakte tandlægevagten telefonisk og aftale nødbehandling, som ikke kan vente til egen tandlæge åbner. Ved større tandskader kontaktes tandskadevagten.

[2] Hvis man har behov for kiropraktorhjælp i weekender eller på helligdage, kan man ringe til kiropraktorvagten.

KLADE

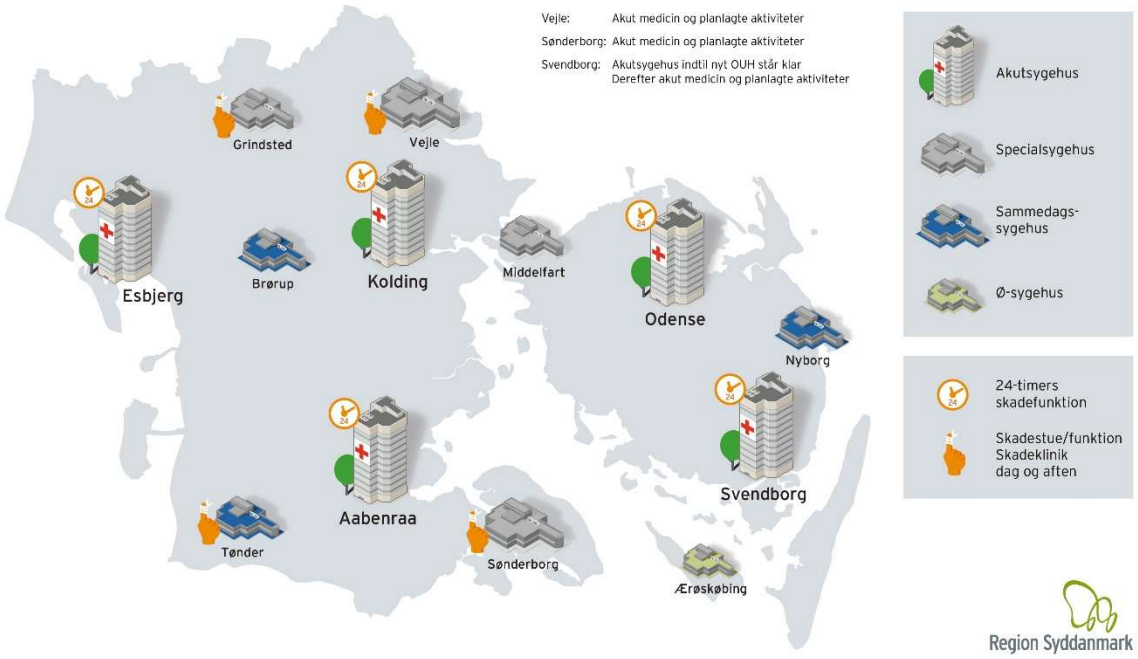
akutmodtagelse. Herudover kan der være henvendelser fra patienter med en åben indlæggelse, hvis man allerede er i et behandlingsforløb.

I øvrigt kan borgere eller pårørende rette henvendelse til den kommunale visitation til kommunal sygepleje i deres egen kommune, herunder akutfunktion, kommunale psykosociale akuttilbud mv.

2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark

Somatik
Kort 1 viser en oversigt over somatiske sygehuse i Region Syddanmark, herunder akutsygehusene.

Kort 1. Somatiske sygehuse i Region Syddanmark



Det fremgår af kortet, at:

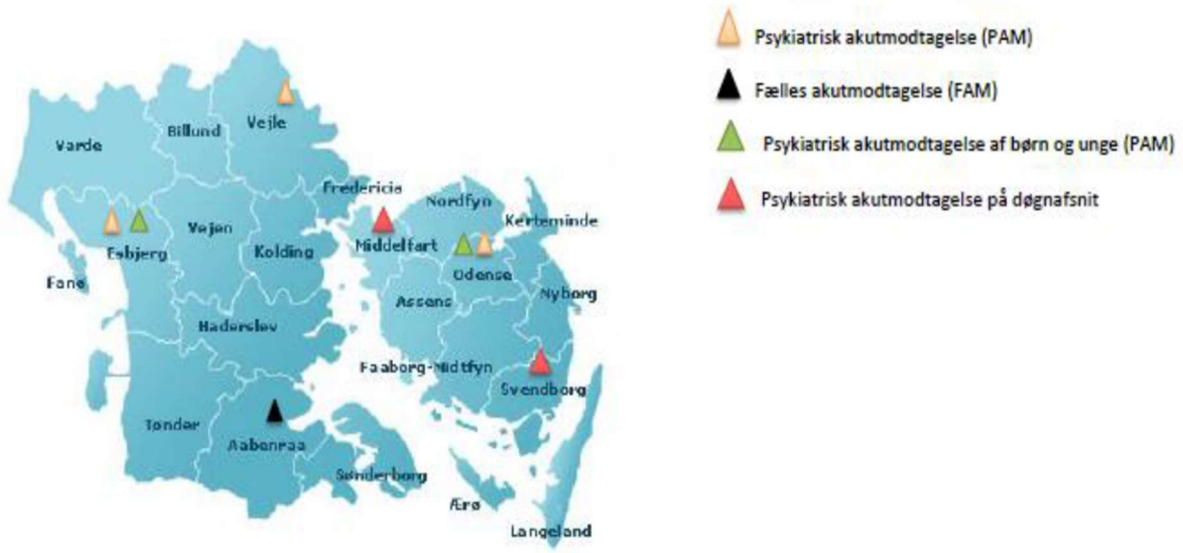
- Der er akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Aabenraa og Esbjerg.
- Der er skadestuefunktioner/skadeklinikker i hhv. Vejle, Sønderborg, Grindsted og Tønder.
- Der er specialsygehuse i hhv. Vejle og Sønderborg, som modtager visiterede akutte medicinske patienter.
- Der er et ø-sygehus på Ærø.

Ved størstedelen af de fysiske fremmøder på sygehusene modtages patienterne i sygehusenes fælles akutmodtagelser (FAM). Afhængigt af sygehusenes konkrete organisering af samarbejdet mellem FAM og specialafdelingerne kan enkelte patientgrupper blive modtaget direkte på specialafdeling. Det drejer sig typisk om børn, hjertepatienter og fødende kvinder, men også visse kræftpatienter eller dialysepatienter, som i forvejen har et forløb på sygehuset.

Psykiatri

Kort 2 viser en oversigt over FAM og PAM (psykiatriske akutmodtagelser) i Region Syddanmark.

Kort 2. Oversigt over FAM og PAM i Region Syddanmark



Der er PAM'er i Aabenraa, Odense, Esbjerg og Vejle. I Aabenraa er den psykiatriske akutmodtagelse integreret med den somatiske akutmodtagelse og benævnes derved FAM. På OUH ligger den psykiatriske og somatiske akutmodtagelse adskilt, men dog på samme matrikel. For nyt OUH bliver PAM og FAM integreret. I Esbjerg og Vejle/Kolding er de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser placeret på hver deres matrikel. De psykiatriske afdelinger i Svendborg og Middelfart har ikke etableret akutmodtagelser i form af selvstændige enheder, men har døgnafsnit og modtager lægeligt visiterede patienter akut. Akut modtagelse af børn og unge sker som udgangspunkt i PAM Esbjerg og PAM Odense.

I 2019 blev der etableret en døgndækket akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark til voksne over 20 år. En psykiatrisk sygeplejerske rådgiver og vejleder politi, praktiserende læger og vagtlæger telefonisk ved akutte tilspidsede situationer eller kører ud for at bistå i den akutte situation. Fokus er blandt andet på at de-eskalere i tilspidsede situationer, og at reducere antallet af tvangsindlæggelser.

I 2019 blev der ligeledes etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion til voksne over 20 år med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter. Patienten tilbydes kontakt indenfor 24 timer.

Børne- og ungdomspsykiatrien i hhv. Odense og Sydjylland[3] har et mobilteam til børn og unge. Med tilbuddet har børn og unge mulighed for at få besøg på et bosted eller i eget hjem, med henblik på, at de unge følger og opsøger den behandling, de har brug for. Samtidig understøttes medarbejderne på botilbuddet i deres forebyggende og støttende arbejde.

Der er desuden igangsat uddannelse af ambulancebehandlere i forhold vedrørende psykisk sygdom og deeskalerende teknikker. Det sker på baggrund af midler afsat i budgetaftalen for 2019 for Region Syddanmark.

2.3 Lægevagten

Uden for almindelig åbningstid hos egen læge kan man ringe til lægevagten for vurdering af sygdom eller mindre skader, der ikke er livstruende eller tidskritiske. Lægevagten er bemandet med speciallæger i almen medicin. I de tilfælde, hvor lægevagten vurderer, at fremmøde er påkrævet, er der mulighed for at blive tilset af en vagtlæge i én af regionens 21 lægevagtskonsultationer, der er geografisk fordelt i regionen. Der er blandt andet placeret lægevagtskonsultationer ved de somatiske akutmodtagelser.

Lægevagten har mulighed for at visitere patienten til akutfunktion på sygehus, ligesom der er samarbejde med de kommunale akutfunktioner.

2.4 Kommunale akutfunktioner

Kommunernes akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan særligt peges på to varianter, akutteams og akutpladser. I akutteams foregår den sygeplejefaglige indsats i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, mens akutpladser medfører midlertidigt ophold på en kommunal institution.

Næsten alle syddanske kommuner har døgndækkende udkørende akutteams med særlige sygeplejekompetencer. Henvisning til kommunal visitation til kommunale akutpladser sker langt overvejende fra hjemmeplejen eller praktiserende læge. Herudover henvises fra sygehuse, lægevagt, borgere eller pårørende eller fra socialpsykiatriske botilbud. Omtrent halvdelen henvises i vagttid.

15 af de 22 syddanske kommuner har etableret akuttilbud til borgere med psykiske lidelser. Der er typisk faste åbningstider for telefonhenvendelser. De fleste akuttilbud har mulighed for overnatning. Det har ikke været muligt at opstille data for aktiviteten i de kommunale akutfunktioner.

2.5 Præhospitalt beredskab

Kort 3 viser de udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger i Region Syddanmark.

KLADDE

[3] Børne- og ungdomspsykiatri Sydjylland er lokaliseret i Esbjerg, Aabenraa og Vejle.

Kort 3. Udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger

Det præhospitale beredskab dækker dels over ambulancetjeneste med henblik på indledende behandling og transport til en akutmodtagelse, og dels over et udkørende beredskab, der kan bistå på stedet og vurdere, stabilisere, lindre og eventuelt afslutte behandlingen. Hvis det vurderes relevant, kan der ydes præhospital assistance i form af:

- Ambulancetransport
- Akutlægebil
- Akutbil
- Akuthelikopter
- Akuthjælpere/hjerteløbere

Akutlægebiler er bemandet med speciallæge med erfaring i præhospital indsats samt med en ambulancebehandler (paramediciner eller lægeassistent) og medbringer medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr mv. Akutlægebilerne muliggør en tidlig lægelig behandling på stedet og kan forberede den behandling, der eventuelt skal finde sted i akutmodtagelsen. Der findes akutlægebiler i Sønderborg, Svendborg, Odense, Aabenraa, Esbjerg og Kolding.

Akutbiler er udrykningskøretøjer bemandet med bl.a. en paramediciner. Akutbilerne bidrager til at sikre en tidlig indsats i områder med længere afstand til en akutmodtagelse. Der findes akutbiler i

Rudkøbing, Agerbæk, Rødding, Nørre Nebel og Tinglev. Akutbilen i Nr. Nebel kører kun i sommermånederne.

Akutlægehelikoptere er bemandet med en speciallæge med erfaring i præhospital indsats, samt med pilot og paramediciner. Der medbringes medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr mv. Region Syddanmark er med i det fællesregionale helikopterberedskab med baser i Skive, Billund, Ringsted og Aalborg. Region Syddanmark kan desuden benytte en akutlægehelikopter, der er placeret i Niebüll. Herudover er der mulighed for at bestille transporter med Søværnets redningshelikoptere.

I områder hvor det tager forholdsvis lang tid for ambulancen af komme frem, er der lavet ordninger med akuthjælpere, der kan give førstehjælp. På Nordals er der en nødbehandlerbil. Af kort 3 fremgår det, hvor der er akuthjælperordninger.

I maj 2020 overgik Region Syddanmark og Region Sjælland til Hjerteløberne, så der nu er en landsdækkende ordning med udkald af frivillige til hjertestop via en app på mobiltelefonen. Hjerteløberne drives af TrygFonden i samarbejde med regionerne. Før 1. maj 2020 blev frivillige til hjertestop i Region Syddanmark kaldt ud via "Danmark Redder Liv".

2.6 Aktivitet i akutfunktioner

I løbet af et år er der cirka 125.000 ambulancekørsler i Region Syddanmark. I 2019 blev ca. 68.000 heraf bestilt via alarmcentralen 1-1-2. 17.700 blev bestilt i vagttid via lægevagt, mens ca. 20.000 kørsler blev bestilt af praktiserende læge i dagtid. Yderligere ca. 20.000 kørsler blev bestilt af sygehus, plejehjem mv.

Tabel 1 viser den præhospitale aktivitet i perioden 1. marts 2019 til 29. februar 2020.

Tabel 1. Præhospital aktivitet i perioden marts 2019 – februar 2020[4]

Ambulancer	124.643
Akutlægebiler	8.149
Akutbiler	1.548
Akutlægehelikoptere[5]	622

I perioden marts 2019 - februar 2020 rykkede akuthjælperne ud ca. 2.500 gange, mens hjerteløberne rykkede ud 1.170 gange.

De akutte funktioner på sygehusene (akutmodtagelser, skadestuefunktioner og skadeklinikker) har årligt ca. 290.000 akutte fremmøder, hvoraf det psykiatriske område udgør ca. 15.000 fremmøder. Fremmøderne fordeler sig meget jævnt med halvdelen i henholdsvis dagtid og vagttid.

Ift. lægevagten var der i 2019 ca. 700.000 opkald til lægevagten. For de 350.000 opkald, svarende til halvdelen, vurderede lægevagten, at borgeren kunne afsluttes i telefonen og dermed tage vare på sig selv. 230.000 opkald førte til en konsultation i lægevagten, mens 50.000 opkald medførte et hjemmebesøg fra lægevagten. De øvrige 70.000 opkald førte til visitation til akutmodtagelse eller skadestuefunktion.

[4] Data er trukket i perioden marts 2019 - februar 2020 for at undgå påvirkning som følge af forudgående omlægning til LPR3 samt efterfølgende COVID-19-epidemi.

[5] Antal flyvninger i Region Syddanmark med både akutlægehelikopteren i Niebøll og det fællesregionale helikopterberedskab. Antallet viser både de tilfælde, hvor patienten flyves fra skadestedet og de tilfælde, hvor helikopterne er fremme hos patienten, men ikke flyver patienten derfra. I tilfælde, hvor patienten ikke flyves derfra, køres patienterne ofte fra skadestedet i ambulance eller eventuelt erklæres døde på stedet.

KLADE

Tabel 2 viser aktiviteten i den akutte psykiatriske udrykningstjeneste, i den mobile psykiatriske skadestue og i mobilteamet til børn og unge. Det bemærkes, at den akutte psykiatriske udrykningstjeneste er i en opstartsfase, og at aktiviteten over tid forventes at ligge på et højere niveau.

Tabel 2. Kontakter i den akutte psykiatriske udrykningstjeneste, den mobile psykiatriske skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge

Den akutte psykiatriske udrykningstjeneste (fra etablering i september 2019 – februar 2020)	69
Den mobile skadestue til voksne (fra marts 2019 – februar 2020)	3.803
Mobilteamet til børn og unge (fra marts 2019 – februar 2020)[6]	341

Den akutte psykiatriske udrykningstjeneste er fra etableringen i september 2019 til februar 2020 rykket ud 45 gange. Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange gange henholdsvis den mobile skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge er rykket ud.

KLADDE

[6] Tallet omfatter kun Odense. Det har ikke været muligt at opgøre antal fra børne- og ungdomspsykiatrien i Sydjylland.

3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri.

Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere gnidningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

Hensigten med anbefalingerne er at tegne et perspektiv for de næste 10 års udvikling på området. Nogle anbefalinger vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil skulle udvikles og sættes i værk i løbet af de kommende år.

Sundhedsstyrelsens 33 anbefalinger til den fremtidige akutte indsats er samlet i fire temaer, der omhandler sammenhængende og enstrenget visitation, kvalitet og sammenhæng på tværs, vidensdeling samt forskning og kvalitetsudvikling. De 33 anbefalinger fremgår af bilag 2.

Anbefalingerne bygger videre på anbefalinger fra 2007 og 2009 vedrørende den akutte sundhedsindsats for forløb i henholdsvis somatik og psykiatri. Disse anbefalinger har ført til grundlæggende ændringer i struktur og opgavevaretagelse for den akutte indsats i sundhedsvæsenet.

Sammenhængende og enstrenget visitation
Anbefalinger vedrørende sammenhængende og enstrenget visitation retter sig blandt andet mod, at man som borger i dag kan bede om akut hjælp flere forskellige steder i sundhedsvæsenet, og at det ikke nødvendigvis er gennemskueligt og entydigt for borgerne, hvor man skal henvende sig. Det kan bidrage til usikkerhed hos borgeren, når man i den akutte situation skal tage kontakt for at få hjælp.

Visitation af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom skal styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og så patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer mv.

Anbefalingerne lægger vægt på at få styrket samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer, således at borgeren får det rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulant tid på sygehus eller indlæggelse.

Kvalitet og sammenhæng på tværs
Anbefalinger vedrørende kvalitet og sammenhæng på tværs retter sig blandt andet mod at sikre, at den akutte sundhedsindsats ses i en helhed på tværs af sektorer, tilbud og fagpersoner. Det skal være entydigt, hvilke sundhedsindsatser man kan forvente som akut patient, og indsatserne skal være af høj kvalitet.

Med en højere grad af specialisering i sundhedsvæsenet opleves mere komplekse og opsplittede forløb, hvilket stiller krav til rammer og samarbejdsformer for at sikre sammenhæng i patientforløb. Den demografiske udvikling og flere patienter med flere samtidige sygdomme bidrager til et stigende

KLADDE

pres for sundhedsydelser. Større, men færre akutsygehuse, stiller krav til tidlig præhospital indsats, samtidig med, at færre sengepladser stiller krav til alle parter i patientforløbet.

Manglende sammenhæng i indsatser udfordrer kvaliteten i indsatsen, herunder for patienter med psykisk sygdom. Sundhedsindsatser på tværs af sektorer stiller krav til gensidig viden om kompetencer, indsatser og organisering for at sikre de rette indsatser og et rettidigt samspil.

Der er i dag på tværs af regionerne en betydelig variation i tilbud, rammer, terminologi, kompetencer mv., når det kommer til akutte sundhedstilbud uden for akutsygehusene. Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen peger på, at der bør tilstræbes en større ensartethed og robusthed, så borgere og øvrige aktører kan have klare forventninger til indsatsen. Det bør ske via en ensartet organisering og med mere ensartede kompetencer og mere ensartet bestykning. Det anbefales at tilrettelægge indsatsen i lægevagtskonsultationer i tæt samarbejde med akutsygehuse og samlokaliseret med akutmodtagelser, hvorved det er muligt at dele udstyr, kompetencer og ressourcer, samt at sikre hurtig og let videre visitation. Herudover lægges op til at udvikle og afprøve modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrenget ledelse mv. Lægevagtskonsultationer, der placeres i afstand til akutmodtagelser, bør have faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

Det anbefales, at samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og lægevagten styrkes og udvikles, herunder med mulighed for at indgå nærmere aftaler om samarbejde i relation til eksempelvis sygebesøg. Anbefalingerne lægger op til, at der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb, og herunder en opdatering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017. Et element heri kan være etablering af bindende krav, således at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner. Udover at det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også bør kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og at psykosocialt samarbejde og lægefaglig rådgivning skal styrkes, lægges der op til at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

Anbefalinger vedrørende vidensdeling
Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægger vægt på, at det er en forudsætning for visitation, diagnosticering og behandling af høj kvalitet, at nødvendig og relevant viden om den enkelte patient er tilgængelig for sundhedspersonalet. Det anbefales derfor fortsat at udvikle administrative, tekniske og organisatoriske forhold, således at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, blandt andet med inspiration fra gode erfaringer med Fælles Medicin Kort (FMK) og Et Samlet Patientoverblik.

Det anbefales herudover, at der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

Anbefalinger vedrørende forskning og udvikling
Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende forskning og udvikling retter sig blandt andet mod, at anvendelsen og kvaliteten af data skal styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis.

Der lægges desuden op til at udvikle og styrke kvalitetsdatabaser for at sikre en national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

KLADDE

4. Danske Regioners udspil *Når du har brug for os*

Danske Regioner udgav i 2018 *"Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade"*. Udspillet beskriver initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats, og herunder styrke sammenhængen for borgerne. De skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Danske Regioners forslag til indsatser på akutområdet indeholder initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte sundhedsindsats. De 10 indsatsområder ligger i store træk på linje med de ambitioner, som Sundhedsstyrelsens anbefalinger er udtryk for.

Med indsatsområderne ønsker regionerne blandt at arbejde for én indgang til det akutte sundhedsvæsen samt at give borgere bedre tilgængelighed til akuthjælp via app'en Min Sundhed. Denne app skal også kunne muliggøre videokonsultationer.

Ved at gøre akutsygehusene mere tilgængelige for den kommunale sygepleje foreslås det, at akutte indlæggelser kan forkortes, så behandlingen fortsætter i hjemmet. Ligeledes skal muligheder for en styrket forebyggende indsats i eget hjem i samarbejde med kommunerne medvirke til, at akutte indlæggelser så vidt muligt forebygges. Det skal blandt ske ved at udbygge de rådgivende specialistfunktioner, der kan understøtte det kommunale personale i borgerens hjem.

På linje med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen ønsker Danske Regioner at tage bedre hånd om patienter med både psykisk og fysisk sygdom. Det skal blandt andet ske ved at patienter med psykiske lidelser mødes med de rette kompetencer, også når de møder op i den somatiske akutmodtagelse.

Regionerne ønsker, at alle borgere har hurtig adgang til den rette sundhedsfaglige behandling. Det skal blandt ske ved at løfte kompetencerne i det præhospitale område og ved at forbedre kommunikation og viden om patienten på tværs af ambulance og akutsygehus. Herved kan behandlingen sættes i gang så tidligt som muligt, og videreføres mere gnidningsfrit ved ankomst til sygehuset.

For at give hurtigere hjælp til borgere med hjertestop, skal den frivillige indsats styrkes med flere førstehjælpere til hjertestop.

Endelig ønsker regionerne at sikre bedre adgang til relevante oplysninger om patienten i den akutte situation, så patientsikkerheden øges. Det skal suppleres af mere valide og sammenlignelige data i kvalitetsdatabaserne for akutte patientforløb.

KLADE

5. Status for Region Syddanmark

Region Syddanmark har et godt udgangspunkt for at arbejde videre med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og forslag fra Danske Regioner. Det vurderes, at anbefalinger, der har betydning for strukturen på akutområdet, er opfyldt eller på vej til at blive opfyldt i Region Syddanmark, og at anbefalingerne dermed ikke giver anledning til nye strukturelle ændringer i Region Syddanmark.

Det løber som en rød tråd gennem anbefalingerne, at patienten skal ledes ind ad den rette indgang og møde de rette sundhedsfaglige kompetencer. Som en forudsætning herfor skal modtagelse være visiteret, så patienten ledes til rette behandling. Region Syddanmark har visiteret adgang for patienter til de akutte somatiske sygehusydelser, mens der foreløbigt er opretholdt en mulighed for adgang til psykiatrisk akutmodtagelse uden visitation.

Det gælder, at akutte patienter som udgangspunkt skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Region Syddanmarks akutmodtagelser er organiseret i henhold til de tidligere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Hovedreglen er, at patienten umiddelbart tilses af en erfaren speciallæge eller et team, og at der er adgang til den fornødne diagnostiske kapacitet. Som udgangspunkt vil et akut patientforløb starte i den fælles akutmodtagelse, og ofte vil forløbet også kunne afsluttes her, eventuelt via en kortvarig indlæggelse i akutmodtagelsens sengeafsnit. Visiterede akutte patienter modtages tillige i de medicinske modtagelser i Vejle og Sønderborg.

Som supplement til centraliseringen af de specialiserede kompetencer på færre akutsygehuse, er lokale tilbud til behandling af mindre skader etableret i form af skadeklinikker bemandet med sygeplejersker. Ligeledes blev lægebemandet skadestuefunktion visse steder delvist opretholdt, dog med indskrænket åbningstid. Et udbygget præhospitalt beredskab med akutlægebiler og akutbiler kan hurtigt sætte ind med enten behandling eller stabilisering inden det videre forløb i sygehusregi.

Der blev i 2019 etableret en akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark, hvor politi og vagtlæge kan rekvirere rådgivningsbistand fra psykiatrisk sygeplejerske i forbindelse med tvangsindlæggelser med det formål at forebygge dette. Udrykningstjenesten er tilgængelig døgnet rundt. Der er desuden etableret mobil psykiatrisk skadestuefunktion med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter.

Med ovenstående strukturelle tilpasninger har Region Syddanmark tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Mange ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske sygdomme er kendetegnet ved at have et forløb både i kommunen og på sygehus, hvor de modtager indsatser. Disse patienter er i særlig risiko for akutte indlæggelser og genindlæggelser. Efter udskrivning fra sygehus, vil der ofte være et behov for en sygeplejefaglig indsats, hvilket stiller krav til samarbejde og aftaler, og til god kommunikation begge veje. Da kommunerne ofte modtager patienter både fra almen praksis, lægevagt og sygehus, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten. Aftaler om udskrivningsforløb indgår derfor som et vigtigt element i sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark, kommunerne og de alment praktiserende læger, og er omfattet af SAM:BO-aftalen. Region Syddanmark har ligeledes indgået flere lokalaftaler med de praktiserende læger vedr. forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser, opfølgning og koordination efter indlæggelse samt indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Disse aftaler understøtter

KLADDE

alternativer til akutte (gen)indlæggelser og bidrager dermed til at patienterne i rette tid kan få det rette tilbud.

Bilag 3 gennemgår Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til status i Region Syddanmark og i forhold til forslag indeholdt i denne akutplan.

KLADDE

6. En styrket visitation

Når en borger henvender sig til egen læge, vagtlæge eller ringer 112 med akut opstået sygdom eller skade, består opgaven i at få patienten hjulpet hen til et relevant sundhedstilbud – at finde rette hjælp til rette tid. Med etableringen af fælles akutmodtagelser er muligheden for egen læge eller vagtlæge til at få patienten vurderet af speciallæger døgnet rundt, blevet forbedret. Det er således lettere at få en hurtig specialistvurdering af patienten på sygehuset.

For en række patienter kan det imidlertid være en udfordring for det sundhedsfaglige personale at vurdere patientens behov og dermed visitere til det tilbud, der bedst hjælper patienten. Det kan for eksempel være den ældre medicinske patient, der har fået det dårligt, men ikke nødvendigvis vil være hjulpet af en indlæggelse. Det kan også være patienten, der har en psykisk lidelse, og måske har brug for både somatisk og psykiatrisk bistand.

Patienter, der møder frem i lægevagten, vil blive mødt af en vagtlæge, der ikke kender patienten i forvejen, og som ikke altid har mulighed for at sætte sig ind i alle tilbud i patientens område. Det kan føre til en sygehusindlæggelse i mangel af kendskab til alternativer.

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger ønsker Region Syddanmark at styrke samarbejdsformer i den sundhedsfaglige visitation og styrke selve visitationen af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Dermed skal der sikres sammenhæng i tilbuddene, sådan at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser.

6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser

For at styrke mulighederne for at lave en samlet koordinering af borgeren/patienten og de forskellige tilbud, der findes på tværs af sektorer og specialer, etableres akutte visitationsenheder fysisk beliggende på hvert af de fire akutsygehuse i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense dækkende hver sit geografiske område.

De akutte visitationsenheder skal bistå den sundhedsprofessionelle visitation på tværs af specialer og afdelinger på sygehusene, og herunder understøtte visitation af patienter med somatiske sygdomme på tværs af specialer, afdelinger og matrikler på sygehusene. Det skal ske ved at fungere som første kontaktpunkt for indgang til somatisk sygehus, og som omdrejningspunkt for videre visitation, hvis patienten vurderes at have gavn af andet tilbud end indlæggelse i akutmodtagelsen. De akutte visitationsenheder skal netop have særligt fokus på patienter, der kan have gavn af et alternativ til indlæggelse på sygehus.

Erfarne akutsygeplejersker med omfattende klinisk erfaring og kendskab til det regionale akutområde samt kompetencer inden for det tværsektorielle samarbejde, vil bemande visitationsenhederne. Ideelt set skal akutsygeplejerskerne have erfaring både fra somatik og psykiatri, ligesom det vil være en fordel med kendskab til rammerne for almen praksis. Akutsygeplejerskerne i de akutte visitationsenheder har mulighed for lægefaglig backup.

I første omgang skal de akutte visitationsenheder være åbne i de timer på døgnet, hvor der er flest henvendelser i akutmodtagelserne om eventuel akut indlæggelse. På længere sigt er det ambitionen, at visitationsenhederne skal være tilgængelige døgnet rundt.

KLADE

De akutte visitationsenheder skal sikre overblik over tilgængelige tilbud på sygehuset og i kommunerne, samt have kendskab til tilbud på psykiatrisygehuset. Det indbefatter overblik over belægningen på de enkelte sygehusafdelinger, muligheden for subakutte tider i relevante ambulatorier samt viden om behandlingstilbud i FAM og i lægevagten. Herudover omfatter det kendskab til tilbud i kommuner omkring akutsygehuset (kommuner i det lokale samordningsforum), samt en veludbygget kontakt til kommunerne, så der sikres en nem og direkte adgang til dialog. Akutsygehuse, der samarbejder med et specialsygehus om medicinske akutte patienter, skal have en særlig opmærksomhed om opretholdelse af fælles organisatorisk viden og vedligehold af forudsætninger for relationel koordinering, herunder kendskab til alle kommuner omkring akutsygehuset. Det kan indebære rotation af personale mellem akutsygehus og akutte medicinske akutafsnit på specialsygehus.

Et tilbud vil kunne bestå af en sub-akut tid i et ambulatorium, hvor der kan blive fulgt op på patienten inden for 0-2 dage. De akutte visitationsenheder skal derfor have mulighed for direkte at booke subakutte tider. Det skal også være muligt at booke subakutte tider inden for psykiatrien, dog i dialog med den regionale psykiatri.

Et kommunalt tilbud kan eksempelvis have form af en akutplads, en midlertidig plejehjemsplads, et socialpsykiatrisk tilbud eller aktivering af den kommunale sygepleje.

Med afsæt i kendskab til somatiske og psykiatriske tilbud, og herunder alternativer til indlæggelse, skal de akutte visitationsenheder kunne rådgive den ansvarlige læge og på dennes vegne påtage sig koordination af det videre forløb for patienten. Hvis aktørerne sammen vurderer, at patienten har behov for et kommunalt sundhedstilbud som alternativ til indlæggelse, aflaster sygeplejersken i den akutte visitationsenhed den praktiserende læge/vagtlæge ved at overtage opgaven med at kontakte og koordinere med det kommunale tilbud. Derudover kan de akutte visitationsenheder være behjælpelige i forhold til øvrige praktiske forhold i relation til henvisningen på vegne af lægen.

De akutte visitationsenheder har ikke myndighedsansvar i kommunerne, men enhederne skal kunne bistå med viden, rådgivning, kontakt og koordination på tværs af sektorer. Det er altid den praktiserende læge/vagtlæge, der har henvisningsretten, og det er kommunen, der foretager den endelige visitation af patienten til det konkrete kommunale tilbud i overensstemmelse med gældende ret om myndighedsansvar for visitation til kommunale sundhedstilbud.

Der forventes en gradvis udvikling i retning af et tættere samarbejde mellem de akutte visitationsenheder, almen praksis og de kommunale visitationer, således at beslutning og overgang sker så glidende som muligt. Dette samarbejde pågår allerede inden for sundhedsaftalens ramme, og dialogen herom kan med fordel finde sted i de lokale samordningsfora omkring hvert akutsygehus.

I tråd med Sundhedsstyrelsens akutanbefaling om samlokalisering kan mulighederne for samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer desuden indgå i den videre udvikling, idet fælles fysisk placering giver en mere direkte adgang til at drøfte forløb for patienter på tværs af sektorer.

Der findes i dag visse samarbejder mellem sygehuse og kommunale akuttilbud, hvorved fælles akutmodtagelser kan rådgive patienten om mulige kommunale akuttilbud. Den fælles akutmodtagelse på Sydvestjysk Sygehus har fra foråret 2020 haft lokalefællesskab med både visitator fra Esbjerg Kommune og lægevagten, ligesom Odense Kommunes akutteam har base i FAM på OUH.

For at sikre tilgængelighed og god service i de akutte visitationsenheder vil der i det videre arbejde blive arbejdet på, at der opstilles kvalitetsstandarder for serviceniveauet, ligesom der i takt med øget åbningstid løbende vil blive evalueret på organisering og opgavevaretagelse.

KLADDE

For patienter, der kan have brug for både akut somatisk og psykiatrisk behandling, skal visitation understøttes af tæt samarbejde mellem den akutte visitationsenhed og den psykiatriske akutmodtagelse. Organisering af samarbejde mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse vil blandt afhænge af, om de er beliggende på samme matrikel eller på adskilte matrikler.

På matrikler med fælles akutmodtagelse for somatik og psykiatri placeres den akutte visitationsenhed sammen med den psykiatriske visitation med henblik på gnidningsfrit at kunne samarbejde om visitation til både somatik og psykiatri. For adskilte matrikler tilstræbes et lignende tæt samarbejde via brug af virtuel kommunikation understøttet af en organisering, der sikrer enkel og direkte kommunikation mellem somatik og psykiatri.

6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus

Akutte medicinske patienter modtages normalt i akutmodtagelsen på et af de fem akutsygehuse i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg eller Aabenraa. Nogle medicinske patienter kan dog efter visitation modtages akut på specialsygehus i Sønderborg eller Vejle. Det kan blandt andet være patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb.

Specialsygehus, der modtager akutte patienter, har adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for umiddelbar assistance fra speciallæge i anæstesiologi.

Med afsæt i placering af visse medicinske specialer på specialsygehuse i Vejle, Sønderborg og på sigt Svendborg, udarbejdes visitationsretningslinjer, lige som der er faste samarbejdsaftaler med akutsygehusene i henholdsvis Kolding, Aabenraa og Odense. Visitationsretningslinjer og samarbejdsaftaler skal muliggøre et fortsat tæt samarbejde mellem akutsygehuse og specialsygehuse, samt inden for rammerne af visitationsretningslinjerne muliggøre en medicinsk akut sygehusbetjening, der tager højde for lokale geografiske forhold, og understøtter det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse

Sundhedsstyrelsens anbefalinger tilsiger, at modtagelse til både somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, eksempelvis fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg mv. kan mulighed for selvhenvendelse dog være hensigtsmæssig.

Region Syddanmark har valgt, at det fortsat er muligt at blive modtaget i de psykiatriske akutmodtagelser uden forudgående visitation. Det er for at reducere barrierer for hjælp til borgere med psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsens anbefalinger giver fortsat mulighed for uvisiteret adgang for patienter, der er i et psykiatrisk behandlingsforløb.

For borgere, der ikke er i psykiatrisk behandling, peger anbefalingerne på, at adgang fremover bør være visiteret. Styrelsen anbefaler dog, at der nationalt udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud. De skal samtidig sikre, at der for særlige patientgrupper, situationer mv. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse.

Region Syddanmark afventer nationalt arbejde vedrørende fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud.

KLADE

6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri

I de fælles akutmodtagelser på Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland anvendes allerede et screeningsværktøj i triageringen af psykisk sårbare patienter. Screeningsværktøjet, der skal afdække patientens psykiske problemstilling, bruges til vurdering af patienter, når der hos den modtagende triagerende sygeplejerske er mistanke om psykisk sårbarhed eller sygdom.

Screeningsværktøjet udbredes til alle fælles akutmodtagelser, hvor det danner grundlag for at udarbejde en behandlingsplan for patienter med psykisk sygdom eller sårbarhed, som har henvendt sig i FAM. Det er hensigten, at behandlingsplanen skal fungere som en fælles referenceramme mellem FAM og PAM. Behandlingsplanen skal også være med til at sikre større mobil fleksibilitet mellem psykiatri og somatik, hvor det er fysisk muligt. Screeningsværktøjet forventes at kunne integreres i EPJ Syd.

6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri

Sygehus Lillebælt har gode erfaringer med ugentlige ERFA-møder mellem læger i FAM i Kolding og PAM i Vejle, hvor erfaring om blandt andet akutte patienter kan udveksles.

Der etableres i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger en fast samarbejdsstruktur mellem de enkelte fælles akutmodtagelser og de samarbejdende psykiatriske akutmodtagelser uafhængigt af, om FAM og PAM ligger på samme matrikel. Det foreslås, at kommunerne ligeledes er repræsenteret.

Herudover iværksættes daglige virtuelle konferencer af kort varighed mellem relevante fagpersoner fra FAM og PAM, omhandlende indlagte patienter af fælles relevans. På møderne bør der være særligt fokus på patienter med både somatiske og psykiatriske diagnoser, som derfor ofte henvender sig i FAM og PAM. Konferencer kan også omfatte patienter med misbrug, der eksempelvis er til afrusning, eller har et akut somatisk behandlingsbehov samtidig med et særligt behov for abstinensbehandling og smertelindring.

6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem

Især for ældre borgere er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme. En indlæggelse kan indebære store fysiske og psykiske funktionstab, som det tager lang tid at genvinde. Mange ældre og sårbare patienter er kun indlagt i kort tid, og i mange tilfælde ville et forholdsvis ukompliceret indlæggelsesforløb kunne have været undgået, hvis samarbejdet i det nære sundhedsvæsen var mere udbygget. I Sundhedsaftalen 2019-2023 er der fastlagt en politisk målsætning om at nedbringe antallet af akutte forebyggelige indlæggelser af ældre patienter.

Alment praktiserende læger skal være tilgængelige for akutte patienter på hverdage fra kl. 8 – 16. Opfattelsen af tilgængelighed hos egen læge er en vigtig faktor for at forebygge kontakt til lægevagt med henblik på videre behandling på sygehus. For at forebygge akutte indlæggelser har Region Syddanmark desuden indgået lokalaftaler med de praktiserende læger, herunder om diagnostik og behandling af særligt sårbare borgere i eget hjem, og om indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid (palliation). Aftalerne understøtter, at patientens egen læge i et samarbejde med den kommunale sygepleje blandt andet kan diagnosticere og behandle patienten i hjemmet, og dermed undgå, at patienten skal indlægges på sygehus.

KLADE

En styrket visitation skal bidrage til at forebygge akutte indlæggelser, og herunder genindlæggelser. Det kan blandt andet ske ved i højere grad at samarbejde med kommunerne, så borgeren får hjælp i hjemmet i stedet for at blive indlagt, blandt andet ved øget brug af indsatser aftalt i ovenstående lokalaftaler.

Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den kommunale sygepleje inddrager særlige sygeplejekompetencer i kommunen til vurdering og eventuelt kvalificering før videre kontakt. Det er relevant for borgere, der allerede modtager kommunal sygepleje.

Regionens sygehuse har i samarbejde med nogle kommuner iværksat projekter, der skal forebygge indlæggelse af den ældre sårbare borger.

Projekterne indeholder eksempelvis mulighed for:

- en klinisk sygeplejefaglig vurdering ved en kommunal akutsygeplejerske forud for indlæggelse,
- tættere samarbejde mellem plejehjem, pårørende, praktiserende læge, og sygehus for plejehjemsbeboere,
- en algoritme, der øger kommunale sygeplejerskers opmærksomhed på ældre borgere med stigende plejebehov, hvilket kan være et udtryk for indlæggelseskrævende sygdomsudvikling og behov for rettidig omhu
- udkørende lægefagligt team fra FAM til plejehjem.

Bilag 4 beskriver de enkelte projekter nærmere. Disse projekter og andre projekter følges med henblik på vurdering af muligheder for udbredelse.

Potentialet i et øget samarbejde mellem kommune, sygehus og det præhospitale område i forhold til at forebygge indlæggelse, skal endvidere afsøges, herunder ved en udvidet brug af eksisterende lokalaftaler med praktiserende læger. Hvordan kan eksempelvis de præhospitale kompetencer i et tættere samarbejde med sygehus og kommune medvirke til en øget behandling i eget hjem/plejehjem? En model herfor kan være, at paramedicinerne medbringer specialiseret udstyr til afklaring af situationen og efter behov er i virtuel kontakt med sygehus for lægefaglig afklaring.

Der arbejdes videre med udvikling af et koncept for, hvordan paramedicinere kan inddrages i samarbejdet omkring og i behandlingen af borgere i eget hjem/plejehjem. Det indbefatter afklaring af juridiske barrierer, herunder det lægelige ansvar, i forhold til at kunne behandle og afslutte på stedet.

Som en variant kan et kommunalt akutteam tage virtuel kontakt til læge på FAM for at få lagt en plan og hvis muligt finde et alternativ til sygehusindlæggelse.

6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer

Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser vil skabe et nyt omdrejningspunkt for visitationen på det akutte område. En forbedret visitation forudsætter dog en samtidig understøttelse af det sundhedsprofessionelle personale, der foretager udredning, vurdering og visitation. Det omfatter både kompetenceudvikling, stærkere relationer på tværs af sektorer og fagområder, samt udbredelse af hjælpeværktøjer.

Katalog over tilbud på tværs af sektorer
For at understøtte et løbende opdateret overblik over akutte tilbud på tværs af sektorer, men omkring de enkelte akutsygehuse, opstilles en digital platform for regionen indeholdende et katalog over regionale og kommunale tilbud, tilgængelighed hertil, kontaktinfo og kompetencer. Kataloget

KLADE

organiseres i forhold til de enkelte akutsygehuse. Heri kan blandt andet relevante tværsektorielle indsatser for den ældre patient indgå. Indsatser ved frivillige kan ligeledes indgå i kataloget.

Fælles viden om patienten
I forhold til målgrupper og behov udvikles fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau, så alle parter har adgang til relevant viden og data om patienten. Det kan eksempelvis være et hjælpeværktøj som *Clinical Frailty Scale*, der på tværs af sektorer kan anvendes til vurdering af borgeres (+65-årige) skrøbelighed i det tværsektorielle samarbejde. Der kan også omfatte eventuelle aftaler med patienten, eksempelvis om behandlingstestamente eller fravalg af livsforlængende behandling.

Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam/sygepleje
Med henblik på at opnå en mere sikker og tryg hjemsendelse fra akutafdeling tilbydes kommunerne, at der etableres en daglig virtuel konference mellem det kommunale akutteam/sygepleje og det enkelte sygehus' akutafdeling, herunder inden for psykiatrien.

Til konferencen vil der være en gennemgang af borgere fra den pågældende kommune, som er på akutafdelingen. Med en fast daglig virtuel tværsektoriel konference kan der planlægges et godt tværsektorielt forløb i forbindelse med hjemsendelse, og det kan drøftes, om patienten eventuelt kan hjemsendes tidligere, hvis det vurderes, at akutteamet kan varetage behandlingen af borgeren i eget hjem. Der vil også være mulighed for, at patienten tilbydes at tale med en medarbejder fra akutteamet, hvis der er spørgsmål relateret til hjemsendelse.

På de daglige virtuelle møder kan sårbare borgeres tilstand endvidere drøftes, så en indlæggelse eventuelt kan forebygges. Drøftelse af patientforhold på tværs af sektorer forudsætter samtykke fra patienten.

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale
For at muliggøre et tæt og smidigt samarbejde mellem den kommunale sygepleje, almen praksis og sygehus, indgås aftaler, der beskriver, hvilke tiltag den kommunale sygepleje i kommunen kan iværksætte, både tidligt og undervejs i et forløb. Det skal fremgå, hvem der har det lægefaglige ansvar, når borgeren behandles i eget hjem/plejehjem.

En sådan rammedelegation skal sikre, at kommunalt sundhedspersonale, særligt i den akutte sygepleje, har mandat og kompetence til at foretage klart definerede målinger og medicinhåndtering. Det vil desuden muliggøre en mere smidig medicinhåndtering til fordel for patienter og praktiserende læger, samt kunne kvalificere dialogen med vagtlæge eller AMK i akutte situationer.

I aftaler om rammedelegation skal det nærmere beskrives, hvilke kompetencer, der er forudsat i den kommunale sygepleje.

Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokalefællesskab
Sygehusene gør sig i disse år lokale erfaringer med fælles stillinger på tværs af akutmodtagelsen og kommunernes akutteams, og herunder brug af fælles lokaler. Samarbejdet vil kunne udvides til at omfatte lokalefællesskaber med lægevagten og øvrige aktører. Der er brug for mere viden om effekterne af lokale-fællesskaber/fremskudte funktioner inden der træffes beslutning om eventuel udbredelse af initiativerne.

Udbygning af standardiseret vidensdeling
For patienter, der er indlagt i mere end 48 timer, er der via SAM:BO-aftalen krav om en fremsendelse af en plejeforløbsplan fra sygehuset til patientens hjemkommune. Det gælder ikke for patienter, der indlægges mindre end 48 timer, eller for patienter, der slet ikke indlægges, hvorfor der her vurderes

KLADE

behov for at styrke udvekslingen af information mellem den kommunale sygepleje/akutteam og sygehusets akutafdeling.

Der arbejdes videre med afdækning af, hvilke informationer, der som standard bør videregives, og gerne fastlæggelse af en standardiseret kommunikationsform.

Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering
I det akutte forløb er der mange faglige og menneskelige ressourcer i spil, og der skal træffes beslutning om igangsættelse af den rette behandling inden for kort tid. For at kunne igangsætte den rette behandling på det rette niveau er det afgørende, at der er en præcis, rettidig og problemløsende kommunikation parterne imellem. For at styrke samarbejdet om den akutte patient på tværs af sektorer er det derfor nødvendigt at have fokus på den relationelle koordinering på tværs af sektorer. Relationel koordinering defineres i denne sammenhæng som arbejdsrelationer gennem fælles mål, delt viden og gensidig respekt.

Region Syddanmark ønsker sammen med de øvrige parter at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering mellem sundhedspersonale på tværs af sektorer.

Fælles kompetenceudvikling kan blandt andet være i form af fælles skolebænk, webinar eller e-læring. Det findes allerede gode lokale erfaringer, som der kan tages udgangspunkt i.

Med fælles undervisning og vidensdeling på tværs af sygehus og kommuner kan der opnås et øget tværgående kendskab til hinandens lovgivende rammevilkår, tilbud og indsatser og en øget accept af hinandens fagligheder og kompetencer. Det kan eksempelvis være viden om kommunernes akutteams, om sygehusenes akutmodtagelser inden for både somatik og psykiatri, eller om det præhospitale område. Et vigtigt fokusområde er deling af journaloplysninger mellem sektorer.

I forhold til at styrke samarbejde og kompetencer om den socialt udsatte borger skal kommunernes erfaringer være fremtrædende.

Med fælles undervisning kan deltagerne på tværs af sektorer opnå en fælles opdatering på nyeste viden inden for udvalgte områder, ligesom der er mulighed for at bidrage med egen viden og erfaring undervejs. Undervisning kan eksempelvis omfatte behandling af specifikke diagnoser, symptomer, eller patientgrupper, herunder psykisk sårbare. Den fælles kompetenceudvikling skal herved bidrage til at forebygge udvikling af akut sygdom hos kroniske patienter og dermed forebygge indlæggelser. Men ikke mindst skal den fælles undervisning medvirke til at opnå en fælles begrebsramme.

6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer

Tværsektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb
Med større kendskab til hinandens data i region og kommuner, kan der skabes bedre forløb for patienterne. Der bør derfor på tværs af sektorer gives adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling. Dette kan eksempelvis være med til at give information om ressourceanvendelse eller eventuelle flaskehalse, og bidrage til en fælles forståelse af, hvordan der i forskellige sektorer bidrages i det akutte forløb.

Det foreslås sammen med kommunerne at etablere en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. En fælles platform skal også gøre det muligt at anvende tværsektorielle data til evaluering og kvalitetsudvikling. Det kan blandt andet være i forhold til at forebygge akutte

KLADE

genindlæggelsesforløb. På længere sigt bør mulighederne for at inkludere data fra almen praksis og lægevagt undersøges. Erfarings- og vidensdeling kan ske via de lokale samordningsfora.

Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb
Det er afgørende for akutindsatsen, at sundhedspersonalet i den akutte situation har adgang til relevante oplysninger og data om patienten på en let og overskuelig måde. Det gælder både i den kommunale sygepleje, for egen læge eller lægevagt, i det præhospitale beredskab samt på sygehuset. Det skal ikke være den tilskadekomne eller akut syge patient, der selv skal være ansvarlig for at huske, hvilken medicin de tager, hvad de er allergiske over for eller hvornår de sidst var hos egen læge. Der er derfor brug for at afdække, hvordan der kan etableres bedre tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter, så patientsikkerheden øges i den akutte situation. Der arbejdes videre med afklaring af juridiske barrierer i forhold til datadeling for den akutte patient.

Der er fokus på implementering af Sundhedsdatastyrelsens *Program for et samlet patientoverblik*, der har udviklet løsninger til blandt andet *Fælles Stamkort* og *Aftaleoversigt*. Fælles Stamkort giver sundhedspersonale en nemmere og mere sikker adgang til patientens stamoplysninger på tværs af sektorer, og patienter og pårørende får mulighed for at sikre, at deres stamoplysninger er korrekte. *Aftaleoversigt* giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge og giver sundhedspersoner mulighed for at koordinere aftaler på tværs.

Der skal ske afklaring af, hvorvidt der er behov for videreudvikling af SAM:BO på det akutte område i forhold til at styrke kvaliteten og systematikken af data og viden i korrespondancemeddeler, der går på tværs af sektorerne.

Herudover foreslås det over for kommunerne, at der igangsættes udvikling af en fælles platform med fælles data om akutte patienter på individniveau. De fælles data kan give sundhedspersonalet viden om tidligere behandling, samt om patientens kliniske og kognitive situation forud for det akutte forløb. Der vil kunne hentes erfaringer og inspiration fra projekt *Fast track via tværsektorielt samarbejde og datadeling mellem akutfunktionen Kolding Kommune, akutafdelingen (FAM) - Kolding Sygehus og almen praksis.*

Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser
Der findes allerede stor viden om risici for akutte indlæggelser, og herunder genindlæggelser. Ved bedre brug af denne viden til målrettede indsatser kan akutte indlæggelser i højere grad forebygges. Det kan ske ved mere systematisk at identificere borgere, der er i særlig risiko for akut (gen)indlæggelse.

En akut indlæggelse, hvor patienten eksempelvis har fået et hjerteanfald, sker ofte i kølvandet på et forløb, hvor patienten allerede har været i kontakt med sundhedsvæsnet flere gange. Herved vil der allerede være registreret data i form af hændelser, symptomer og andre faktorer, der tilsammen kan tegne et billede af, at et akut forløb kan være under opsejling. Disse data er typisk registreret hos egen læge, i hjemmeplejen eller lignende. Ved en samlet adgang til disse data, kan data bruges mere proaktivt til at forudsige, om der er et akutforløb på vej.

Det foreslås i samarbejde med kommunerne dels at afdække igangværende forskning og erfaring med prediktionsmodeller for akutte indlæggelser, og dels at igangsætte yderligere forskning i udvikling af modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser. Som et element kan der igangsættes dataprojekter til udvikling af algoritmer, der trækker på data fra flere sektorer.

KLADE

Oversigt over indsatser til styrket visitation

1. Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.
2. Udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient
3. Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.
4. Afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder
    - udbrede gode erfaringer fra projekter
    - udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner
5. Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.
6. Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.
7. Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.
8. Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.
9. Afdækning af erfaringer med effekter af lokale-fællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.
10. Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.
11. Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.
12. Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.
13. Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.
14. Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.
15. Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser, herunder afdække eksisterende forskning og erfaring.

7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene

Når man bliver syg, er det vigtigt, at man møder et sundhedsvæsen, der fremstår koordineret og sammenhængende. I dag er Lægevagten og sygehusenes akutfunktioner organiseret i to særskilte systemer. Der kan imidlertid med fordel arbejdes hen imod et tættere samarbejde, så der sikres størst mulig faglighed, sammenhæng og effektivitet.

7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen

Bedre støtte til den sundhedsfaglige visitation, når man ringer 1-1-2
Hvis man ringer 1-1-2 for at få akut sundhedshjælp, får man kontakt til regionens AMK-vagtcentral, der er bemandet med sundhedsfaglige visitatorer. De har typisk en baggrund som enten sygeplejerske, paramediciner eller ambulancebehandler.

Hidtil har AMK-vagtcentralen kun i et begrænset omfang haft tilstedeværelse af en læge, men erfaringerne peger på, at der kan være behov for mere fast lægelig support eller rådgivning. I tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal samarbejdet mellem Lægevagten og AMK-vagtcentral nytænkes hen imod øget integration og delvis samlokation. I AMK-vagtcentralen oprettes en særlig visitationsplads, hvorfra en almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge let, hurtigt og bekvemt kan yde rådgivning og support til AMK-vagtcentralens visitatorer eller direkte til borgere, når behovet opstår. Lægen vil herfra fortsat indgå i lægevagtens almindelige telefonvisitation, når der ikke er behov for hjælp eller rådgivning ved AMK-vagtcentral. Endvidere vil lægen kunne bidrage til varetagelse af videokonsultationer i lægevagten. Tilstedeværelse af en læge i AMK-vagtcentralen vil bidrage til at øge patientsikkerheden, fagligheden og dermed kvaliteten i den telefoniske visitation ved vagtcentralen.

Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2 alarmopkald
Videoteknologi er et værktøj, der i stigende grad benyttes til at sikre en mere præcis viden i kommunikationen mellem borger og sundhedsvæsen. Ved et alarmopkald til 1-1-2 kan videoopkald som et supplement til telefonsamtalen hjælpe den sundhedsfaglige visitator med at sikre den rette hjælp til en akut tilskadekommet borger, idet visitator bliver i stand til at se patientens skader eller sygdomstilstand. Den sundhedsfaglige visitator i AMK-vagtcentralen fremsender en SMS-besked med et link, der via borgerens mobiltelefon automatisk opretter en sikker og krypteret forbindelse mellem borgerens telefon og AMK-vagtcentralen. Herved kan visitator vurdere på baggrund af egne observationer, samt vejlede borgeren til at yde den rette førstehjælp. Videomuligheden benyttes kun i tilfælde, hvor visitator finder det relevant, og hvor der er flere personer tilstede på ulykkessteder, således at mindst én borger kan yde førstehjælp og en anden borger kan stå for videoopkaldet.

Videoopkald anvendes allerede, men der vurderes at være et potentiale for yderligere udbredelse, så video anvendes i større omfang, når borgere ringer 1-1-2. Dermed forbedres kvaliteten af den sundhedsfaglige visitation i forhold til at sikre, at patienten tildeles de relevante præhospitale ressourcer.

Paramedicinere som supplement til sygebesøg eller konsultationer i lægevagten
Ambulancer bemandet med paramedicinere skal i højere grad kunne indgå i indsatsen for at forebygge genindlæggelser. Det skal ske dels ved opgradering af udstyr i ambulancer, så der i borgerens eget hjem kan foretages prøver, test mv., og dels ved opkvalificering af paramedicinerne, så de opnår en større viden om sygdomme og kronisk medicinering, og i øvrigt uddannes til at måle og vurdere blodprøver mv.

KLADE

Det forebyggende arbejde vil normalt involvere egen læge, men paramedicinerne kan i vagttiden indgå i supplerende funktioner. Det kan eksempelvis være i forbindelse med tilsyn, opfølgning eller afholdelse af et sygebesøg i lægevagten, eller i forbindelse med afholdelse af konsultationer på nogle af de perifert beliggende konsultationslokaler.

Det er en forudsætning, at paramedicinerne og øvrigt præhospitalt personale har adgang til relevant viden.

7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten

Der er siden 2012 blevet etableret 'brobyggerordninger' ved en række sygehuse i Region Syddanmark. Der er på nuværende tidspunkt brobyggerordninger ved sygehusene i Odense, Esbjerg, Vejle, Kolding, Sønderborg og Aabenraa, dog i forskellige tidsrum. Brobyggerordningen er mest udbygget i Odense, hvor patientantallet tilsvarende er størst.

Brobyggeren er en sygeplejerske, der har til opgave at fremme samarbejdet mellem lægevagten og sygehusets akutfunktion, og som skal bidrage til, at patienter, der skal flyttes fra lægevagt til akutfunktion, oplever et gnidningsfrit forløb. Det kan enten være i forbindelse med indlæggelse, brug af diagnostisk udstyr i FAM eller overgang til skadestuefunktion i Vejle og Sønderborg.

Brobyggeren hjælper også patienter, der har behov for praktisk eller anden form for hjælp, eksempelvis bestilling af hjemtransport. Herudover assisterer brobyggeren vagtlægerne med relevante behandlinger, laboratorieundersøgelser og andre undersøgelser, når det er nødvendigt.

Erfaringer har vist, at en brobyggerordningen er mest velfungerende, når der er en vis aktivitet i lægevagten.

Samarbejde mellem lægevagten, brobyggerordning og sygehusenes børneakutmodtagelsesafsnit
Brobyggerordningerne udbygges til at omfatte samarbejde med sygehusenes akutte modtageafsnit for børn. Herved indgår brobyggere og vagtlæger i en optimering af behandlingsforløbet for de børn, der modtages til akutbehandling.

For familier med svage forældrekompetence kan en sygeplejerske varetage en supervisionsopgave over for familien. Det kan ske ved, at børneafdelingen stiller en sygeplejerske med akutte kompetencer til rådighed i et konsultationsrum i lægevagten i risikoperioder henover døgnet. I Odense vil en realisering heraf skulle afvente Nyt OUH, hvor de fysiske rammer åbner mulighed herfor.

Observation af patienter i lægevagten
Som et redskab til at undgå en indlæggelse eller ophold i akutmodtagelserne etableres en funktion til observation af patienter i lægevagten. Her vil brobyggeren kunne holde opsyn med patienter, der muligvis kan færdiggøres i lægevagtens regi, og dermed undgå indlæggelse.

Funktionen retter sig primært mod patienter, hvor en behandling påbegyndes i lægevagten, men hvor effekten heraf afventes. Det kan være patienter, hvor der igangsættes parakliniske undersøgelser, hvis resultat vil være afgørende for, om der skal ske indlæggelse eller hjemsendelse, eller det kan være udredning af allergier, hvor det vil være nødvendigt at afvente allergireaktion, inden vagtlægen kan iværksætte behandling.

De nødvendige rammer vil omfatte observationsplads (flystol), kvalificeret personale, samt adgang til relevant medicinsk udstyr.

KLADE

Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagten og sygehusfunktionerne
Der etableres en forsøgsordning, hvor sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen integreres i størst muligt omfang. Det indebærer fælles ansvar for alle patienter og rådighed over alle ressourcer på tværs af de to ordninger. Herved vil de almenmedicinske kompetencer fra lægevagten kunne benyttes i sygehusets akutfunktioner, ligesom lægevagten vil kunne drage nytte af speciallæger og sygeplejemæssige funktioner i akutmodtagelserne.

Et sådant forsøg vil formentligt kræve en særlig honorering af de praktiserende læger i vagtordningen baseret på timetal frem for ydelser.

7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner

Specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis
Almen praksis har allerede i nogen grad mulighed for at søge specialistrådgivning fra sygehusafdeling via hotline. For at forebygge indlæggelser skal der større fokus på denne mulighed, ligesom adgangen gradvis skal udbygges.

Direkte booking af sub-akutte tider
For at muliggøre et mere smidigt samarbejde mellem almen praksis og sygehusafdelinger igangsættes en organisatorisk og teknisk udvikling, der på sigt kan gøre det muligt for praktiserende læger direkte at booke sub-akutte tider på sygehus, så en patient i rette tid kan blive vurderet af specialist. Det vil kunne ligestille patienter, der i dagtid møder frem hos egen læge, med patienter, der i vagttid via lægevagten og de kommende akutte visitationsenheder umiddelbart får en sub-akut tid på en sygehusafdeling.

Tværsektorielt samarbejde mellem lægevagten og den kommunale sygepleje
Samarbejdet mellem lægevagten og den kommunale sygepleje skal styrkes og udvikles, herunder i forhold til sygebesøg. Det kan eksempelvis ske ved, at den kommunale sygepleje hos borgere, som i forvejen er kendt af sygeplejen, foretager en vurdering af borgerens tilstand og i samråd med vagtlægen vurderer, om en videregående indsats er nødvendig.

I Region Syddanmark er de kommunale akutfunktioner for regionens 22 kommuner kortlagt og indarbejdet i lægevagtens IT-system. Hermed kan de enkelte vagtlæger få et overblik over de enkelte kommuners tilbud og akutfunktioner i vagttiden, og på baggrund heraf vurdere om et kommunalt tilbud vil kunne gavne borgeren og eventuelt erstatte en indlæggelse på sygehus.

7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr

Lægevagten i Region Syddanmark rummer 21 lægevagtskonsultationer, der ligger geografisk spredt i regionen. Der er betydelig forskel på konsultationsstedernes størrelse, indretning og udstyr.

De 21 konsultationssteder kan opdeles i tre forskellige hovedkategorier, der er baseret på konsultationsstedets beliggenhed, henvisningsmulighed, brobyggeradgang, samt hurtig adgang til andre akutfunktioner eller diagnostisk udstyr og undersøgelsesmuligheder.

Lægevagtskonsultationer på akutsygehuse
Lægevagtskonsultationerne i Odense, Kolding, Esbjerg og Aabenraa er beliggende på sygehusmatrikler med akutfunktioner. Disse konsultationssteder, har udvidet adgang til diagnostisk

KLADE

udstyr, ligesom der i dele af døgnet er mulighed for at benytte brobyggerordningen med en fælles sygeplejerske mellem lægevagt og akutfunktion på sygehus.

Lægevagtskonsultationer på sygehuse med delvis adgang til akutfunktioner
Lægevagtskonsultationer i Sønderborg, Vejle og Svendborg er beliggende på sygehusmatrikler, hvor der er delvis adgang til akutfunktioner i form af akutmodtagelse eller skadestuefunktion. I denne kategori af konsultationssteder er brobyggerordningen dog enten ikke oprettet eller fungerer i begrænset omfang. Der er således ikke brobyggerordning i Svendborg, mens ordningen i Vejle og Sønderborg kun er delvist tilgængelig på hverdage, men ikke i weekender.

Øvrige lægevagtskonsultationer
De øvrige 14 lægevagtskonsultationer er beliggende uden adgang til akutfunktioner, og dermed uden brobyggerordning. Der er ligeledes ikke adgang til et større udvalg af diagnostisk udstyr. Denne kategori af konsultationssteder har ofte en isoleret beliggenhed uden mulighed for opsyn med patient eller venteværelse. Kategorien omfatter konsultationsstederne i Varde, Grindsted, Fanø, Brørup, Fredericia, Ribe, Haderslev, Tønder, Middelfart, Assens, Ringe, Nyborg, Faaborg og Rudkøbing.

Der er på disse konsultationssteder mulighed for at foretage mindre undersøgelser, såsom halspodning og måling af infektionstal, ligesom der er kirurgiske instrumenter til småskader. Herudover er der øjenbakker og gynækologiske undersøgelsesredskaber.

Der igangsættes en modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder, der skal være tilgængelige i en moderniseret lægevagtskonsultation.

Uanset modernisering vil de diagnostiske rammer og muligheder afhænge af om en lægevagtskonsultation ligger på samme matrikel som et sygehus med akutfunktioner. De nuværende lægevagtskonsultationer skal opretholdes, men der kan ved visitation til lægevagtskonsultation tages højde for forskelle i diagnostisk udstyr, således at patienter efter individuel visitation henvises til et konsultationssted med relevant udstyr og mulighed for eventuelt yderligere undersøgelse eller behandling.

Samarbejdsaftaler mellem lægevagt og sygehuse
Der indgås samarbejdsaftaler mellem lægevagten og akutsygehusene med særlig vægt på samarbejde om diagnostik og brug af diagnostisk udstyr. Som et element heri skal mulighederne for yderligere integration af telemedicinsk samarbejde og vidensdeling beskrives.

Videokonsultationer i lægevagten
Videokonsultationer blev taget i brug i lægevagten i forbindelse med COVID19. Videokonsultationer videreføres som en kontaktmulighed ved eksempelvis mindre udslæt, øjensymptomer, visse børnesygdomme og sproglige udfordringer. Udgangspunktet er, at videokonsultationen skal være visiteret.

Når patienten visiteres til en videokonsultation, modtager patienten en mail eller SMS-besked med et link, hvorefter patienten kan komme direkte i kontakt med lægen. Patienten skal være i besiddelse af enten en smartphone, tablet eller computer for at kunne benytte tilbuddet om videokonsultationer. Lægen tilgår fra sin visitationsarbejdsplads det virtuelle venteværelse, hvor patienten venter. Der er tale om en envejsvideokonsultation, hvor patienten ikke kan se lægen. Der skal arbejdes for at opnå 2-vejs videokonsultation.

Videokonsultationer betyder en bedre service for patienten, da patienten kan undgå transport til konsultationsstedet. For lægevagten understøtter video muligheden for at kunne visitere til

KLADDE

sygehustilbud uden et fremmøde i lægevagten. Videokonsultationer medvirker i øvrig til at udfase fotoordninger i vagttiden.

Overblik over indsatser til styrkelse af lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene:

16. Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.
17. Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.
18. Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.
19. Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.
20. Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.
21. Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.
22. Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.
23. Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.
24. Modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder.
25. Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.
26. Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.
27. Videokonsultation i lægevagten

KLAD

8. Akutte hjerteforløb

Det indgik i budgetforlig 2020 for Region Syddanmark, at der i arbejdet med ny akutplan skulle inddrages erfaringer med et kvalificeret 'fast track' for hjertepatienter, som det kendes i Region Midtjylland. Hensigten med et fast track er at opnå færre og kortere indlæggelser, her især for patienter, som indlægges på mistanke om akut koronart syndrom (AKS), men som fejler andet end dette.

Eksisterende tilbud i Region Syddanmark er derfor blevet sammenholdt med tilbud på hjerteklinikken under Regionshospitalet Randers i Region Midtjylland. Klinikken åbnede i september 2018 og fungerer som dagklinik fra kl 8.00 til 16.00 på hverdage. Visitationen til hjerteklinikken for patienter med akutte hjerteproblemer sker via egen læge eller præhospitalt. Klinikken er bemandet med speciallæge.

Sygehusene i Region Syddanmark har i dag dedikerede hjerteforløb ind i sygehusene. Der er døgnåbent året rundt med visitation via fælles akutmodtagelser (FAM), via egen læge eller lægevagt, via hjerteafdelinger eller telemedicinsk i samarbejde med præhospital. For alle sygehusene er der en kardiologisk speciallæge tilstede umiddelbart eller inden for kort tid. Som følge af forskellig organisering af FAM, er organiseringen i forhold til akutte hjerteforløb tilsvarende forskellig. Diagnostisk og behandlingsmæssigt er det dog samlet set det samme tilbud, de akutte ambulante hjertepatienter får på tværs af sygehusene i regionen.

De eksisterende akutte og subakutte ambulante kardiologiske tilbud i Region Syddanmark er på højde med tilbud i hjerteklinikken i Randers i dagtiden. Tilbud i Region Syddanmark er døgnåbne. På den baggrund fortsætter regionens faglige tilbud til akutte hjertepatienter uændret i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer. Dog fastlægges på tværs af sygehusene fælles mål samt en ensartet monitorering.

Forbedrende indsats i det akutte hjerteforløb
For at fremme en mere præcis og hurtigere visitation i de akutte hjerteforløb investeres i en forbedret diagnostik ude ved patienten. Gevinsten vil være en hurtigere adgang til den rette behandling, og desuden kortere patientforløb. Hurtigere behandling er vigtig i forhold til at reducere skade på hjertet.

Konkret investeres i mobile EKG-apparater, der er i stand til at sende EKG-optagelser real-time til hjerteafdelingen. Herved vil den praktiserende læge/vagtlæge eller det præhospitale personale kunne få direkte tolkning og vejledning af kardiolog på baggrund af EKG.

Tiltaget vil desuden reducere antallet af indlæggelser eller ambulante besøg på sygehus, idet den praktiserende læge i højere grad vil kunne afslutte den akutte behandling på stedet, og eventuelt henvise til subakutte tilbud.

I første omgang anskaffes mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationerne i regionen. Den direkte udgift hertil udgør 1,2 mio.kr. Det er desuden en forudsætning, at apparatur teknisk forbindes til database på hjerteafdelinger svarende til opkobling fra ambulancer. Der må forventes driftsudgifter til licenser mv. På sigt er det forhåbningen, at almen praksis vil anskaffe lignende udstyr i egne konsultationer.

Under forudsætning af gode erfaringer fra igangværende projekt i Region Midtjylland indføres der troponin-måling tidligt i det præhospitale forløb for den akutte hjertepatient. Målingen er en indikator for potentiel hjertemuskelskade. Herved øges muligheden for hurtigere diagnostik af akut koronart syndrom og dermed hurtigere relevant behandling. Det kan være i form af ballon-udvidende behandling.

KLADE

Teknologiske investeringer i apparatur og opkobling skal følges af kompetenceudvikling i forhold til diagnostik og behandling af akutte hjertepatienter. Herudover bør samarbejde og relationer mellem almen praksis og sygehusenes hjerteafdelinger udbygges. I lyset af den store geografiske og organisatoriske samarbejdsflade for lægevagtsfunktionen bør der være særligt fokus på samarbejde med lægevagtsfunktioner for at sikre robusthed, organisatorisk bredde, og rette kompetencer tilstede til alle tider, også om aftenen og natten.

Opsamling på indsatser til styrkelse af de akutte hjerteforløb:

28. Uændrede akutte tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer.
29. Fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb.
30. Ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.
31. Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.
32. Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling.
33. Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.

KLADE

9. Implementering af akutplanen

Denne akutplan bygger overvejende på Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger på området. Heri lægges op til, at anbefalingerne skal være opfyldt inden for en 10-årig periode. Region Syddanmarks akutplan skal dog ikke blot bidrage til, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men først og fremmest løfte indsatsen på det akutte område til gavn for patienter og borgere. Det er derfor ambitionen, at akutplanens indsatser skal føres ud i livet inden for de næste 3 år.

Akutplanen har til hensigt at sikre patienterne den rette behandling på det rette sted til rette tid. Det skal blandt andet ske ved skabe de bedste rammer for samarbejde, koordinering og fælles viden på tværs af sektorer. Et betydeligt antal indsatser i akutplanen forudsætter derfor en fælles indsats på tværs af sektorer.

Den overordnede ambition kræver løbende opmærksom om, hvad ændringer i egen organisation betyder for samarbejdet med andre organisationer. For at sikre denne opmærksomhed og for at kunne lykkes er det en vedvarende opgave at pleje relationer på tværs af sektorer, og at tilpasse såvel egen organisering som rammerne for samarbejdet efter nye behov og nye vilkår. Indfrielse af den overordnede ambition er således i høj grad en vedvarende opgave, der skal løses ved optimering af rammer, værktøjer, viden og relationer. Det søger akutplanen at hjælpe med.

Akutplanens indsatser kan grupperes efter typer af tiltag:

1. Organisering og procedure
2. Udbredelse af værktøjer
3. Styrket samarbejde
4. Information, kommunikation og videndeling
5. Investering og udvikling.

Herudover afventer enkelte indsatser afklaring i centrale instanser.

Det er centralt i akutplanen, at den sundhedsprofessionelle visitation og koordinering skal styrkes ved etablering af akutte visitationsenheder ved hvert somatisk akutsygehus. Etablering af funktioner dedikeret til at understøtte akutte patientforløb bygger delvis videre på eksisterende indsatser på flere sygehuse. Med ensartet organisering af visitationsenhederne samt fælles værktøjer og systemer til at underbygge arbejdet, styrkes mulighederne for blandt andet at finde alternativer til indlæggelse markant. Opbygning af visitationsenheder forudsætter en række organisationsmæssige omlægninger, samt en styrket bemanding i forhold til de nye funktioner. Åbningstider og bemanding vil i en opstartsfase finde sted i de mest aktive timer på døgnet. Det vil være fra tidlig eftermiddag til ud på aftenen på hverdage. Gradvist frem mod 2024 kan bemanding og åbningstid udbygges til døgndækning, efterhånden som der indsamles erfaring og allokeres ressourcer. Opbygning af visitationsenheder kan med fordel ske i dialog med kommuner og praktiserende læger, så der er mulighed for at udvikle modellen efter lokale forhold.

Indsatser, der går på tværs af sektorer, skal finde sin endelige form i et samarbejde mellem Region Syddanmark og regionens kommuner, samt i mange tilfælde de praktiserende læger. Drøftelse heraf finder sted i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum. Den konkrete implementering af de tværsektorielle indsatser er i henhold til sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark og regionens kommuner henlagt til Det Administrative Kontaktforum og den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje. Indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, skal accepteres af de enkelte kommuner, der er involveret.

UDKAST

Udvikling af lægevagten skal ske i samarbejde med PLO Syddanmark, der driver lægevagten i Region Syddanmark.

Andre indsatser indebærer ligeledes, at der igangsættes udviklingsprojekter, der nærmere kan afdække og beskrive konkrete løsninger, der kan fungere juridisk og teknisk. Det gælder eksempelvis indsatser, der skal muliggøre deling af data.

Neden for gennemgås akutplanens indsatser grupperet efter typer af tiltag. Initiativ til implementering ligger som udgangspunkt hos den først nævnte aktør i kolonnen vedr. sikring af implementering.

Bilag 5 indeholder overblik over implementeringstakt og -perioder i form af Gantt-diagram.

A. Tiltag, der indbefatter ændret organisering og procedure

Indsats	**Implementeringsperiode**	**Hvem sikrer implementering**
(Indsats 1): Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.	2022: Etablering af struktur og organisering 2023-202: Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. 2024 – frem: Gradvis læring og konsolidering af samarbejde og funktion	Sygehusledelserne
(Indsats 16): Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.	2022: Etablering	Det præhospitale område i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen
(Indsats 17): Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes	AMK Vagtcentral
(Indsats 27): Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes	Lægevagten og Praksisafdelingen
(Indsats 21): Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes	Sygehuse og Praksisafdelingen
(Indsats 18): Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.	Pilotprojekt i 2022 – 2023. Evaluering og udbredelse i 2024-2025	Præhospital
(Indsats 19): Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 2025 Evaluering og eventuelt udbredelse i 2026	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.

KLADE

Indsats	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
(Indsats 20): Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
(Indsats 22): Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Sygehuse og Praksisafdelingen
(Indsats 23): Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2022 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandlingog pleje i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen.
(Indsats 26): Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt i sammenhæng med modernisering af lægevagtskonsultationer	Lægevagten og Praksisafdelingen

B. Tiltag, der indebærer udbredelse af værktøjer

Indsats	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
(Indsats 2): Udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	2022	FAM-følgegruppen + kommende specialeråd for akutmedicin
(Indsats 5): Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	2022 Overblik over tilbud 2023 – 2024 Udvikling og ibrugtagning af digital løsning 2025: Eventuelt udvikling af funktionalitet.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.,
(Indsats 6): Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje

KLADE

C. Tiltag til styrket samarbejde

Indsats	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
(Indsats 4): Udbrede gode erfaringer og afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner	2022 – 2024.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område
(Indsats 3): Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023: Udrulning med kommuner.	FAM-følgegruppen med inddragelse af den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.
(Indsats 7): Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023-2024: Udrulning.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med FAM-følgegruppen
(Indsats 8): Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	2022	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område, lægevagten og Praksisafdelingen.
(Indsats 9): Afdækning af erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.	2022 – 2023: Afdækning. 2024: Initiativ til planlægning af afledte indsatser	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
(Indsats 25): Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	2022 - 2023	Lægevagten og Praksisafdelingen samt sygehusene.

D. Tiltag om udvikling af kommunikation samt informations- og videndeling

Indsats	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
(Indsats 10): Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.	2022 2023.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
(Indsats 11): Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	2022 – 2023: Erfaringsopsamling og pilotafprøvning 2024: Udrulning	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje

KLADDE

(Indsats 12): Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
(Indsats 13): Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
(Indsats 14): Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
(Indsats 15): Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation

E. Tiltag til investering og udvikling.

Indsats	**Implementeringsperiode**	**Hvem sikrer implementering**
(Indsats 24): Modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder.	Udviklingsprojekt 2022 2023: Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.	Lægevagten og Praksisafdelingen
(Indsats 28): Uændrede tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, MEN fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.	2022	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.

UDKAST

(Indsats 31): Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.	2022 – 2023 Afklaring af tekniske forudsætninger for opkobling real-time. Valg af model. Anskaffelse. Undervisning og udbredelse.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.
(Indsats 32): Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling. Forudsætter gode erfaringer fra Region Midtjylland.	2022 – 2023. Afventer erfaringer fra Region Midtjylland.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
(Indsats 33): Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	2022 – 2023. Følger anskaffelse af EKG-apparater, men retter sig bredere.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.

Budgetmæssige konsekvenser
I forbindelse med budgetproces 2022 udarbejdes nærmere beskrivelse af de budgetmæssige forudsætninger for implementering af akutplanen for Region Syddanmark. De budgetmæssige forudsætninger vil afhænge af de konkrete implementeringsplaner, der blandt andet skal aftales med kommuner og almen praksis. Det er forventningen, at en række indsatser vil kunne implementeres uden budgetmæssige konsekvenser.

KLADDE

Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020

Baggrund
I budgetforliget for Region Syddanmark fremgår det, at der skal arbejdes med en ny akutplan:

"Sundhedsstyrelsen ventes i 2019 at afslutte arbejdet med gennemgang af og formulering af anbefalinger for styrket akut behandling, herunder anbefalinger vedr. det præhospitale område, akutmodtagelserne (somatik og psykiatri), almen praksis, og den akutte indsats i kommunerne. Danske Regioner har formuleret udspillet "Når du har brug for os", som bl.a. indeholder forslag om ét fælles landsdækkende akutnummer og ideer til let og tilgængelig adgang til skadesbehandling.

Der udarbejdes forslag til en akutplan for Region Syddanmark, som bl.a. skal omsætte de nationale udspil og anbefalinger til konkrete regionale tiltag. I forslaget til akutplan skal potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer undersøges med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulant besøg på sygehus eller indlæggelse. I arbejdet skal også indgå erfaringer fra fx Region Midtjylland, som viser, at kvalificeret "fast track" for hjertepatienter – via FAM eller udenom FAM – kan give færre og kortere indlæggelser for hjertepatienter.

Sundhedsudvalget, Psykiatri- og Socialudvalget, Udvalget for det nære sundhedsvæsen samt Præhospital-udvalget bidrager med konkrete tiltag til forslag til akutplan."

Region Syddanmarks akutplan fra 2007 formede den samlede sygehusstruktur i Region Syddanmark. Akutplanen for 2020 vil bygge videre på dette grundlag.

Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger forventes ikke at medføre store strukturelle ændringer i akutstrukturen, men til gengæld fokuseres der på sammenhæng i de akutte patient forløb.

Arbejdet med udarbejdelse af en akutplan for Region Syddanmark vil derfor også have sammenhæng til samarbejdet mellem kommuner og sygehuse, som er beskrevet i sundhedsaftalen for 2019 – 2021, til overenskomsten med praktiserende læger – herunder lægevagtsberedskabet – og til psykiatriplanens implementering.

Formål
Formålet med akutplan 2020 er, at fastlægge hvordan Region Syddanmark skal implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte arbejde og Danske Regioners akutudspil "når du har brug for os."

Sundhedsstyrelsen har et 10-årigt perspektiv for sine anbefalinger. Derfor vil man i implementeringen af akutplanen for Region Syddanmark løbende skulle tage højde for ny viden og nye tiltag herfra. Endelig skal Region Syddanmark tage stilling til en fødeplan, en hjerteplan og en beredskabsplan. Alle disse områder har snitflader til den akutte indsats, hvorfor en koordinering af planarbejdet vil være nødvendig.

Det overordnede spor for arbejdet med akutplanen vil være at reducere usikkerheden om visitation og behandling af patienter, der kan benytte flere dele af sundhedsvæsenets akutte tilbud. Akutplanen skal således adressere arbejdet med den komplekse patient og de patienter, hvor der er usikkerhed om, hvor og hvordan de kan tilbydes den bedste behandling i den akutte situation.

KLADE

Der kan identificeres følgende spor for arbejdet:

1. Forløb for akutte hjertepatienter
2. Koordinering af visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer
3. Det akutte patientforløb for psykisk syge og psykisk sårbare patienter
4. Lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene
5. Overvejelser om efterfølgende styrkelse af det præhospitale område

Leverancer
Leverancerne i arbejdet med akutplanen vil være:

- Status for implementeringen af akutplan 2007 og kortlægning af hvor Region Syddanmark er i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger og udspil fra Danske Regioner.

- Beskrivelser af konkrete indsatser:

    - Styrke koordineringen og visitationen af det akutte arbejde mellem den AMK-vagtcentralen, praksis, lægevagten, de fælles akutmodtagelser og kommunerne med henblik på at reducere usikkerheden for de patienter, hvor der er behov for styrket samarbejde mellem parterne.

    - Styrke det akutte patientforløb for psykiatriske og psykisk sårbare patienter gennem bedre koordinering og samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser og de psykiatriske akutte modtagelser. Dette med henblik på at reducere uligheden i de akutte tilbud til akutte patienter på tværs af somatik og psykiatri

    - Udvikling af fast-track for akutte hjertepatienter enten gennem eller udenom FAM.

    - Styrke lægevagten, herunder patientsikkerheden i lægevagtskonsultationerne

    - På baggrund af ovenstående arbejde med konkrete indsatser skal det efterfølgende vurderes, om indsatserne nødvendiggør en styrkelse af det præhospitale område.

I udgangspunktet forventes tiltagene at skulle finansieres inden for de eksisterende rammer på sygehusene, praksis og det samlede præhospitale område.

Organisation

Det foreslås, at der nedsættes en styregruppe for arbejdet bestående af:

Kurt Espersen	Koncerndirektør, Region Syddanmark (formand)
Peter Barkholt	Speciallæge i almen medicin – formand for PLO Syddanmark
Charlotte Scheppan	Sundhedschef, Odense Kommune
Irene Ravn Rossavik	Social- og sundhedsdirektør, Middelfart Kommune
Anna-Marie Bloch Münster	Lægelig direktør, Sydvestjysk Sygehus
Ole Ryttov	Sygeplejefaglig direktør, Psykiatrisygehuset
Eva Nielsen	Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Sønderjylland
Michael Dall	Lægelig direktør, Odense Universitetshospital
Helle Adolfsen	Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Lillebælt
Gitte Jørgensen	Præhospital chef, Region Syddanmark
Kurt Æbelø	Afdelingschef, Tværsektorielt samarbejde
Helene Vestergaard	Afdelingschef, Sundhedsplanlægning
Frank Ingemann Jensen	Afdelingschef, Praksisafdelingen

KLADE

Styregruppen refererer til Koncernledelsesforum

Styregruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Sundhedsplanlægning, Praksisafdelingen og evt. sygehusenes stabsfunktioner.

Styregruppen nedsætter et antal specifikke arbejdsgrupper og koordinerer deres arbejde med henblik på at samle alle bidrag til en samlet akutplan. Det forventes, at der bliver tale om et antal arbejdsgrupper svarende til de første fire konkrete indsatser. Sygehusdirektører forventes at tage formandskabet i disse grupper.

FAM-følgegruppen, præhospitale fora og følgegruppen for behandling og pleje under Det Administrativ Koordinationsudvalg involveres løbende mhp. input til arbejdsgruppernes og styregruppen arbejde.

KLADDE

Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats

1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation
At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger/regionale akuttelefoner, kommunale funktioner og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og kendskab til hinandens tilbud samt ved eventuel samlokalisering i fælles visitations- og vagtcentraler. Disse kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande og 113-opkald vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefonen 1813 mm.). Hvis opgaven vedrørende 113-opkald ikke samlokaliseres med den øvrige borgerrettede visitation, vil det være hensigtsmæssigt, at de i stedet placeres sammen med akutklinikker. Der kan også ses på, om samlokalisering og samorganisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale funktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer.

2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation
At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulant tid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK-vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer og etablering af fælles faglige undervisningstilbud. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom
At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v., herunder også patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne eksempelvis via sundhedsaftalerne.

4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation
At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som både omfatter speciallæger i almen medicin, eller speciallæger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

5 Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen
At AMK-vagtcentralernes borgerrettede telefoniske visitation ved tidskritiske tilstande varetages af sundhedsfaglige visitatorer med særlige kompetencer, og med mulighed for lægefagligt backup fra speciallæger med relevante kompetencer. Derudover skal AMK-vagtcentralen i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan varetage operativ ledelse og koordinering ved større hændelser.

KLADDE

6 Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer
At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra eksempelvis akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af borgerens tilstand før videre kontakt.

7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation
At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af mulighed for at angive særligt behov (”akutknap”) med henblik på prioriteret adgang.

8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker
At lægebemandede almen medicinske konsultationer, som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v., som ved telefonvisitation vurderes ikke at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til en indsats næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, i fremtiden bør benævnes ’akutklinik’. Sygeplejebemandede behandlingssteder som udelukkende varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes ’skadeklinik’. Betegnelsen ’skadestue’ bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau.

9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker
At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker, gerne med uddannelse inden for det akutmedicinske område, og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokaliseret med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrenget ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid
At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg.

11 Disponering af præhospital akutlæge
At der for patienter med tidskritiske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital akutlæge. Den præhospitale akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med akutlægehelikopter, der regionalt bør planlægges på baggrund af nationale faglige principper som blandt andet tager hensyn til geografi, trafikforhold, befolkningstæthed, sygdoms- og skademønstre, samt biler og helikopteres indbyrdes placering.

KLADDE

12 Anvendelsen af akutlægehelikopter
At akutlægehelikopterne fortsat prioriteres til tidskritiske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og sub-akutte overfytninger mellem sygehuse til kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktoren er vigtig.

13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem
At uddannelserne til ambulancebehandler på sigt evalueres med fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v. Evalueringen bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospitale område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet. Som opfølgning på evalueringen bør Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte behov og muligheder for at styrke paramedicinerens rolle, herunder undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence. I den forbindelse bør det vurderes, om der på sigt skal ske justeringer i uddannelsen, herunder yderligere styrkelse af efter- og videreuddannelsen til paramediciner.

14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom
At regionerne i vagttid etablerer rådgivende og evt. udgående funktioner med særlige sundhedsfaglige kompetencer i forhold til akut indsats til patienter med psykisk sygdom i risiko for akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse med henblik på at styrke en tidlig og tilgængelig indsats.

15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner
At der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb. Erfaringer med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 skal vurderes med henblik på en opdatering af anbefalingerne, herunder i forhold til om der skal etableres bindende krav fx således, at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at etablere kommunale akutfunktioner. Derudover bør det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres samarbejde med den kommunale psykosociale indsats, ligesom der bør sikres ensartet mulighed for lægefaglig rådgivning til alle kommuner. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud
At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, eksempelvis på baggrund af læring fra erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, tværsektoriel kompetenceudvikling, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospitale organisationer og den kommunale sygepleje. Samt at der sikres klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

17 Akutsygehusets opgaver
At et akutsygehus som varetager både somatik og psykiatri døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner.
At et somatisk akutsygehus døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner At et psykiatrisk akutsygehus døgnet rundt

skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.
Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusmatrikler med børne- og ungdomspsykiatri.
At alle akutsygehuse skal:

- kunne sikre umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau for alle akutte patienter. For psykiatriske akutsygehuse skal umiddelbar diagnostik og behandling varetages af relevante lægelige kompetencer
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte og behandle intensivt og til at udføre livreddende og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse og samarbejde:
    - fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
    - til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuset og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor
    - fra akutmodtagelse til kommunalt tilbud
    - mellem henholdsvis psykiatrisk akutmodtagelse og de psykiatriske specialer og somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt
- tilbyde den specielle pleje og behandling, der skal ydes til ældre og skrøbelige patienter i form af eksempelvis rolige omgivelser og kendskab til ældres ændrede klinik og behov i forbindelse med behandling.

18 Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000
At akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fortsat skal planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere for så vidt angår hovedfunktionsniveau. På baggrund af faglige, driftsmæssige og geografske forhold kan det være hensigtsmæssigt at planlægge akutte hovedfunktioner med et større befolkningsunderlag end 400.000. For udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag, som fastlægges i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

19 Befolkningsunderlag under 200.000
At hvor helt særlige geografske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geograf forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller fere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

20 Krav til traumesygehuse
At traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer m.v. tilsiger behandling på højt specialiseret niveau, fraset enkelte funktioner der i henhold til den gældende specialeplan er samlet ét eller få steder i landet som eksempelvis replantation af afrevne fngre, børnehjertekirurgi, trykkammerbehandling m.v. Da terminologien omkring traumefunktioner er uklar, og der kan være behov for præcisering af krav til kompetencer og robusthed, skal relevante specialevejledninger revideres.

KLADE

21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling
At modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstået eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation eksempelvis for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus
At alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Dog kan det for udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation fx for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. I akutmodtagelsen bør der sikres omgivelser, som tager hensyn til forskellige typer patienters behov, herunder eksempelvis børn og ældre medicinske patienter. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade.

Se også anbefaling 23.

23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse
At patienter med medicinske sygdomme i et vist omfang kan modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defneret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart. Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.

24 Krav til assistance i akutmodtagelsen
At der i den fælles akutmodtagelse på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæge med særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. Disse kompetencer opfyldes af det nye speciale i akutmedicin, og af andre speciallæger med relevant erfaring og kompetencer. I den fælles akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mf., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje. Såfremt der er tale om en somatisk akutmodtagelse, skal der derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den psykiatriske akutmodtagelse.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 26, 27 og 28.

25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse
At der hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere somatik og psykiatri, på den psykiatriske akutmodtagelse skal sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk sygdom, som kræver akut intervention, samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. I den psykiatriske akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mf., samt sygeplejersker med

KLADDE

særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte psykiatriske patienter. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

26 Krav til assistance på somatisk akutsygehus
At der på akutsygehuset med somatiske funktioner altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de ni specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Ved modtagelse af børn bør der være mulighed for assistance fra plejepersonale uddannet til at varetage børns behov. Der skal være mulighed for assistance inden for kort tid fra intern medicin: kardiologi; såfremt akutsygehuse med særlig geograf, ikke har mulighed for dette, skal der etableres formaliseret samarbejde med andet akutsygehus omkring telemedicinsk løsning, hvormed der sikres mulighed for direkte kontakt til speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v., således at der er mulighed for assistance inden for kort tid. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise i dagtid alle ugens dage.

27 Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri
At der på akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse udover ovennævnte skal etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

28 Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus
At der på akutsygehuset med psykiatriske funktioner skal være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

29 Flow på akutsygehuset
At arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt skal være tilrettelagt således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientfowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapacitet, udskrivning m.v.

30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs
At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik.

31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer
At der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer
At anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis, samt at relevante kvalitetsdatabaser udvikles og styrkes med henblik på at sikre national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

KLADE

33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier
At udvikling og implementering af nye teknologier styrkes i alle led i den akutte indsats. Herunder styrkelse af videnscentre, forsknings- og innovationsmiljøer, ved etablering af netværk på tværs af land og sektorer, samt ved hurtig vurdering og implementering af teknologiske løsninger, der kan øge kvaliteten.

KLADDE

Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen

Forklaring til farvemarkering

Status planlægning	Forklaring
🔴	Lever ikke op til anbefalinger og er ikke planlagt.
🟡	Afventer andet arbejde
🟢	Vurderes tilstrækkeligt opfyldt, eller forslag indgår i akutplan.

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation	AMK-vagtcentral er delvis bemandet med læge i dagtid (½ stilling). Arbejdet med 1-1-3 er sat i bero. Teknologisk udvikling afventes.	Visitationsplads i AMK-vagtcentralen bemandes af en vagtlæge i vagttid (7.1)	🟢
2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation	Odense Kommunes akutteam er placeret på FAM OUH.	Gradvist styrket samarbejde med kommunerne via de nye akutte visitationsenheder (6.1)	🟢
3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom	Region Syddanmark har opretholdt mulighed for at borgere uvisiteret kan henvende sig.	Afventer udmelding om nationale principper	🟡
4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation	I Region Syddanmark er lægevagten henlagt til PLO. Visitationen sker ved almen medicinsk speciallæge.		🟢
5. Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen	Den sundhedsfaglige visitator i AMK-vagtcentralen er i Region Syddanmark en	Etablering af visitationsplads i AMK-vagtcentralen, der	🟢

KLADE

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
	sygeplejerske med særlig erfaring og kompetencer. I Region Syddanmark er der normeret en ½ tilstedeværende læge i vagtcentralen i dagtid. AMK har mulighed for at kontakte akutlæger. Delestilling mellem AMK-vagtcentral og det kommunale akutteam i Odense Kommune i form af en sygeplejerske.	bemandes af en vagtlæge (7.1)	
6. Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer	Retter sig mod kommunerne.		
7. Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation	Status vedr. akutknap undersøges.		
8. Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker	Lægevagtskonsultationer skal betegnes akutklinikker, Skadestuefunktion i Vejle og Sønderborg skal have ny betegnelse, evt. skadeklinik med lægelig back-up. Skadeklinikker i Grindsted og Tønder kan beholde deres betegnelse.		
9. Kompetencer og lokalisering af akutklinikker	Lægevagtskonsultationer bemandes af speciallæger i almen medicin. Der er brobyggerordninger ved akutsygehusene samt i Vejle og Sønderborg, hvor sygeplejersker binder lægevagt og sygehusets akutfunktioner sammen.	Modernisering af lægevagtskonsultationer. (7.4) Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagt og sygehusfunktioner (7.2) Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten (7.2)	

KLADDE

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
10. Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid	Lokalaftaler for almen praksis om besøg i hjemmet.	Udvikling af samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje (7.3)	
11. Disponering af præhospital akutlæge	Opfyldt		
12. Anvendelsen af akutlægehelikopter	Opfyldt		
13. Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem	Afventer nationalt arbejde		
14. Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom	Der er etableret en døgndækket akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark. Der er etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion.		
15. Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner	Retter sig mod kommunerne.		
16. Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud	Der eksisterer en række samarbejde, eksempelvis er Odense Kommunes akutteam placeret på FAM OUH.	Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (6.6) Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer (6.7)	
17. Akutsygehusets opgaver	Opfyldt. Samarbejdsaftaler og visitationsretningslinjer under gennemgang.		
18. Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000	Opfyldt, når Nyt OUH står færdigt og OUH Svendborg Sygehus skifter status.		

KLADE

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
19. Befolkningsunderlag under 200.000	Opfyldt.		
20. Krav til traumesygehuse	Opfyldt OUH		
21. Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling	Somatik altid visiteret. Afventer udmelding om nationale principper vedr. visitation af patienter med akut psykisk sygdom	Afventer udmelding om nationale principper vedr. visitation af patienter med akut psykisk sygdom.	
22. Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus	Opfyldt		
23. Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse	Visitationsretningslinjer gennemgås.	Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus (6.2)	
24. Krav til assistance i akutmodtagelsen	Opfyldt. Gradvis anvendelse af nyt speciale i akutmedicin og specialuddannelse i akutsygepleje.		
25. Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse	Opfyldt Der er akut psykiatrisk modtagelse af voksne i Vejle, Aabenraa, Odense og Esbjerg Der er akut psykiatrisk modtagelse af børn i Odense og Esbjerg.	Værtøjer til forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (6.4) Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	
26. Krav til assistance på somatisk akutsygehus	Opfyldt.		

KLADDE

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
27. Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri	Opfyldt.	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (6.1) Værtøjer til forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (6.4) Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	
28. Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus	Opfyldt.	Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	
29. Flow på akutsygehuset	Alle akutsygehusene har organiseret det daglige arbejde med at sikre flow omkring flow-masters og centrale koordineringsfunktioner.		
30. Adgang til centrale patientoplysninger på tværs		Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8)	
31. Sammenhæng mellem dokumentationssystemer		Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8) Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (6.6)	
32. Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer		-Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8)	
33. Styrket udvikling og implementering af nye teknologier	Syddansk Sundhedsinnovation fungerer som videnscenter i Region Syddanmark. Innovation & MTV, Odense Universitetshospital gennemfører medicinske teknologivurderinger.		

KLADE

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mm.

Nedenfor skitseres nogle af de projekter, der er gode erfaringer med eller som er igangsat med det formål blandt andet at forebygge indlæggelse af ældre, sårbare borgere.

Projektet "Tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af indlæggelser i FAM, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg"

I projektet identificerer en tværkoordinerende sygeplejerske i FAM patienter der gennem dialog med praktiserende læge kan visiteres til en klinisk sygeplejefaglig vurdering ved det kommunale akutteam i Varde, Vejen og Billund kommuner.

Målsætningerne er at:

- Undgå unødvendige indlæggelser
- Styrke det tværsektorielle samarbejde mellem de kommunale akutteams og FAM
- Sikre patienten et sammenhængende patientforløb
- Udbrede kendskabet til indsatser i de kommunale akutteams
- Anvende virtuelle værktøjer til at understøtte de tværsektorielle overgange for patienter.

Målgruppen er patienter i alderen 65 til 80+, som visiteres til FAM af praktiserende læge i dagtimerne fra mandag til fredag, og som er bosat i Varde, Vejen eller Billund kommuner. Den tværkoordinerende sygeplejerske har kommunal erfaring og stor viden om de kommunale akutteams, herunder deres ydelser og organiseringsform.

Når praktiserende læge visiterer en patient til FAM vurderer den tværkoordinerende sygeplejerske, om patienten er i målgruppen for akutteamets sygeplejefaglige udredning. Såfremt den praktiserende læge ønsker en sygeplejefaglig vurdering ved akutteamet, koordineres kontakten til det relevante akutteam af den tværkoordinerende sygeplejerske. Hvis akutteamet i samarbejde med de praktiserende læger fortsat finder indlæggelses nødvendig, koordineres dette af den tværkoordinerende sygeplejerske.

Den tværkoordinerende sygeplejerske vil på daglig basis have kontakt med den daglige "tovholder" i akutteamet for vurdering af dagens kapacitet. Hver 14. dag vil der være virtuelle møder af ½ times varighed mellem den tværkoordinerende sygeplejerske og lederne af kommunernes akutteams. Projektet blev igangsat i november 2020, og der laves en evaluering af projektet i maj 2021. På baggrund af evalueringen vurderes det, hvorvidt projektet stopper eller går i drift.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

KLADDE

Projektet "Kom trygt hjem"
Projektet "Kom trygt hjem" var et samarbejde mellem akutsygeplejerskerne og plejecentrene i Kolding og Fredericia Kommune og Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 på Sygehus Lillebælt i Kolding. Projektet omhandlede patienter med hoftenært lårbensbrud, som blev udskrevet til et plejecenter.

Projektet bestod af 3 dele:

- Et "Dag-til-dag-program" som var grundlag for plejecenterets pleje de første 6 dage efter udskrivelsen samt dag 14. Programmet indeholdt anvisninger ift. målinger, observationer og handlinger. Hensigten med programmet var at sikre en systematisk forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og komplikationer
- En besøgsprotokol for kommunale akutsygeplejersker som indebar, at der blev gennemført planlagte besøg hos patienten på dag 3, 6 og 14 efter udskrivelsen samt ved behov. Hensigten var at øge kompetenceniveauet på plejecentret ved besøg af kommunale akutsygeplejersker.
- Et styrket samarbejde mellem kommunale akutsygeplejersker og læger/sygeplejersker fra Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1. Sygehuset var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelsen og varetog behandlingen i samarbejde med den kommunale akutsygeplejerske.

Af rapporten om projektet fremgår det at: "Projektet viste en klinisk signifikant stigning i overlevelsen indenfor 30 dage fra 87 % til 94 %, en signifikant reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage fra 30 % til 14 %, samt en signifikant højere livskvalitet, målt med EQ5D".

Tidsperioden for projektet var fra den 1. januar 2018 til den 31. juli 2020. Der var tale om et ikke-randomiseret interventionsstudie. 252 patienter deltog i projektet, fordelt med 100 patienter i interventionsgruppen (Kolding og Fredericia Kommune) og 152 patienter i kontrolgruppen (Vejle, Vejen og Middelfart Kommune.) De to grupper var ens i forhold til demografi og indlæggelsestid.

KLADDE

Ph.d.-projektet "Forløbet ved akut sygdom hos plejehjemsbeboeren – Viden, udvikling og intervention"

Formålet med ph.d.-studiet er at forbedre forløbet for den akut syge plejehjemsbeboer. Ved at opdage tegnene på begyndende sygdom tidligt og ved øget samarbejde mellem plejehjem, pårørende, praktiserende læge og sygehusene er forventningen, at mange indlæggelser kan forebygges.

I den første del af studiet beskrives det hvor mange, hvornår, hvordan og hvorfor borgere fra plejebolig indlægges akut. Alle plejehjemsbeboere i en given periode inkluderes. Herudover laves der en grundig gennemgang af forløbet for 100 akutte indlæggelser, hvor det belyses hvilke faktorer der fører til akut indlæggelse af plejehjemsbeboere.

I den anden del af studiet præsenteres viden fra første del af studiet for praktiserende læger, specialister i ældremedicin, plejehjemspersonale, plejehjemsbeboere og pårørende. På baggrund heraf udvikles interventioner og nye modeller, som i fremtiden kan forbedre forløbet for plejehjemsbeboeren under et akut sygdomsforløb.

I tredje del af studiet afprøves nogle af interventionerne på enkelte plejehjem under løbende evaluering og tilpasning for at vurdere effekten.

Projektet forventes afsluttet med udgangen af 2023.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Ph.d.-projektet "Prevention of AcuTe admIssioN Algorithm (PATINA) – Effekten af en notifikationsalgoritme og et digitalt beslutningsstøtteværktøj"

Formålet med ph.d.-projektet er at undersøge om en algoritme, baseret på stigninger i visiteret hjemmepleje over tid, får hjemmesygeplejen til proaktivt at opspore og forebygge begyndende akut sygdom på et tidligere tidspunkt, hvorved akut indlæggelse kan undgås. Algoritmen anvender data fra det kommunale sundheds- og omsorgsydelses system, og dens effekt undersøges vha. et multicenter stepped wedge cluster-randomiseret kontrolleret studie (SW-CRT) i Odense, Kerteminde og Svendborg kommuner. Studiet er igangværende og afsluttes til maj 2021, hvor det forventes at inkludere 6500 borgere. Der kobles til registerdata for at måle det primære outcome mål: akut indlæggelse.

Resultaterne forventes at foreligge i løbet af 2022.

KLADE

Projektet "FAM Odense akutlægebil – Udrykning til plejehjem i Odense Kommune"

FAM på Odense Universitetshospital har etableret en akutlægebil bemandet med en speciallæge fra FAM til at tilse akut syge plejehjemsbeboere i Odense Kommune. Alle plejehjemsbeboere i Odense Kommune, hvortil der rekvireres ambulance til akut indlæggelse inkluderes i projektet. Når AMK kontaktes alarmeres FAM-bilen og Odense Kommunes akutteam. Begge parter kører til plejehjemmet. I hvert enkelt tilfælde vurderes det, om der skal sendes en ambulance med.

På plejehjemmet foretager FAM-lægen klinisk vurdering, stabilisering og diagnostik. Der fastlægges en behandlingsplan og tages stilling til, om patienten kan behandles på plejehjemmet, eller om en indlæggelse er nødvendig. FAM har behandlingsansvaret for plejehjemsbeboeren indtil patienten overgår til egen læge igen. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem Odense Kommunes akutteam og akutlægen. FAM standard blodprøver mv. transporteres i akutlægebilen til OUH mhp. analyse eller der foretages analyser på stedet.

Ud over akutteamet i Odense Kommune og AMK-vagtcentralen arbejdes der tæt sammen med almen praksis, lægevagten og Ambulance Syd.

I projektet er der fokus på:
1. Andelen af patienter, der kan færdigbehandles på plejehjemmet og derved ikke kræver indlæggelse og ikke genindlægges inden for 7 dage efter kontakt.
2. Patient- og pårørendetilfredshed og tilfredshed blandt samarbejdspartnere ved at blive behandlet på plejehjemmet fremfor (fornyet) indlæggelse på FAM OUH.
3. Ressourceforbrug (økonomisk og humant) ved behandling på plejehjemmet.
4. Effekten på antal tranporter med Ambulance Syd
5. Om der i forhold til patienter, der bliver indlagt efter kontakt med akutteam/akutlæge er en hurtigere diagnostik, om behandlingen er begyndt hurtigere, om indlæggelsen er kortere og om dødeligheden er mindre.
6. Om en indlæggelse giver anledning til livsforlængende behandling således at patienter ikke flyttes i terminalfasen for at dø på OUH.

Forventningen er, at der i en projektperiode på 6 måneder vil inkluderes ca. 4-500 patienter i projektet. Projektet startede op i november 2020, men siden droslet ned til dagtid på hverdage. Foreløbige data på de første 50 patienter viser, at 76 % af alle patienter afsluttes uden indlæggelse. For 28 % af de 50 patienter gælder at de er kommet til skade, mens 72 % af patienterne har en medicinsk problemstilling. 47 % af de patienter der havde skader blev ikke indlagt, mens 91 % af de medicinske patienter undgik indlæggelse. Interventionen vil efter endt projektperiode blive analyseret kvalitativt og kvantitativt jf. ovenstående. Der gøres status på projektet ultimo april 2021.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

KLADDE

Bilag 5. Overblik over implementeringstakt

INDSATSER	HANDLING	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Ændret organisering og procedure								
(Indsats 1): Etablering af akutte visitationsenheder	Etablering af struktur og organisering							
	Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres.							
	Læring og konsolidering af samarbejde og funktion							
(Indsats 16): Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	Etablering							
(Indsats 17): Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes							
(Indsats 27): Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes							
(Indsats 21): Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes							
(Indsats 18): Undersøge samarbejdsmuligheder med specialuddannede paramedicinere	Pilotprojekt							
	Evaluering og udbredelse							
(Indsats 19): Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning							
	Evaluering og eventuelt udbredelse							
(Indsats 20): Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning							
	Evaluering og eventuel udbredelse							
(Indsats 22): Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt							
(Indsats 23): Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning							
	Evaluering og eventuel udbredelse							
(Indsats 26): Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt							
Udbredelse af værktøjer								
(Indsats 2): Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	Udbredelse							
(Indsats 5): Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	Overblik over tilbud							
	Udvikling og ibrugtagning af digital løsning							
	Eventuelt udvikling af funktionalitet.							
(Indsats 6): Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	Udvikling							
Styrket samarbejde								
(Indsats 4): Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	Udbredelse							
(Indsats 3): Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	Samarbejdsstruktur aftales.							
	Udrulning med kommuner.							
(Indsats 7): Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	Samarbejdsstruktur aftales.							
	Udrulning.							
(Indsats 8): Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	Indgå aftale							
(Indsats 9): Erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	Afdækning.							
	Initiativ til planlægning af afledte indsatser							
(Indsats 25): Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	Indgåelse af aftaler							
Udvikling af kommunikation samt informations- og videndeling								
(Indsats 10): Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	Afdækning							
(Indsats 11): Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	Erfaringsopsamling og pilotafprøvning							
	Udrulning							
(Indsats 12): Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	Beskrivelse, etablering af platform, aftaler om vedligehold af data.							
(Indsats 13): Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Afdækning af muligheder							
(Indsats 14): Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Beskrivelse, etablering af platform, aftaler om vedligehold af data.							
(Indsats 15): Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt							
Investering og udvikling								
(Indsats 24): Modernisering af lægevagtskonsultationerne	Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan.							
	Anskaffelse mv.							
(Indsats 28): Tilbud til akutte hjertepatienter	Fastlæggelse af mål og monitorering af akutte hjerteforløb.							
(Indsats 31): Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	Teknik, valg af model +anskaffelse. Undervisning og udbredelse							
(Indsats 32): Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	Udrulle, men afvente erfaringer fra Region Midtjylland							
(Indsats 33): Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	Relation og kompetencer - afventer EKG-apparater							

Forklaring til farver:

Pilotprojekt eller udvikling

Udrulning og drift

KLADE

Bilag 6. Afledt økonomi af akutplanens indsatser

[UNDER BESKRIVELSE]

KLADDE

Region Syddanmark

Afdeling: Sundhedsplanlægning

Udarbejdet af: Jan Hermansen/Sara Treldal Dige

Journal nr.: 19/36737
Dato: 2. februar 2021

E-mail: Sara.T.Dige@rsyd.dk
Telefon: +45 23440804

Justeret tids- og procesplan for akutplan

Forum/aktør	Dato/periode	Indhold
Februar 2021		
Styregruppen for akutplanen	Møde: 10/2 Frist: 3/2	Forslag til akutplan v2 behandles.
Psykiatrisk dialogforum	Møde: 24/2	Orientering om kommende høring.
Marts 2021		
Styregruppen for akutplanen	Møde: 3/3 Frist: 24/2	Forslag til akutplan v3 behandles.
DAK	Møde: 4/3 Frist: 29/1	Drøftelse af indhold i akutplan (udkast til v3).
Kommunekontaktudvalget	Møde: 12/3 Frist: 3/2	Orientering om akutplan.
Direktionen	Møde: 15/3 Frist: 10/3	Drøftelse af høringsudkast mhp. høringsfase.
Psykiatrisk samordningsforum Fyn og SOF-OUH	Møde: 18/3 Frist: 22/2	Drøftelse af indhold i akutplan.
Psykiatrisk samordningsforum Vestjylland og SOF-Sydvestjysk Sygehus	Møde: 25/3 Frist: 11/3	Drøftelse af indhold i akutplan.
SOF-Lillebælt	Orientering pr. mail i marts	Drøftelse af indhold i akutplan.
Psykiatrisk samordningsforum Lillebælt	Orientering pr. mail i marts	Drøftelse af indhold i akutplan.
SOF-Sønderjylland (både somatisk og psykiatrisk forum)	Orientering pr. mail i marts	Drøftelse af indhold i akutplan.
Sundhedsbrugerrådet[1]	Møde: 17/3	Orientering om kommende høring.
Samarbejdsudvalget for almen praksis	Møde: 17/3 Frist: 3/3	Orientering om kommende høring.
Koncernledelsesforum	Møde: 23/3 Frist: 9/3	Drøftelse af høringsudkast mhp. høringsfase.
April 2021		
Sundhedsudvalget	Møde: 6/4 Frist: 17/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Psykiatri- og socialudvalget	Møde: 8/4 Frist: 12/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Det præhospitale udvalg	Møde: 8/4 Frist: 17/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Udvalget for det nære sundhedsvæsen	Møde: 12/4 Frist: 18/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.

[1] Sundhedsbrugerrådet inkluderer også aktører på seniorområdet.

Forum/aktør	Dato/periode	Indhold
Forretningsudvalget	Møde: 14/4 Frist: 25/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Regionsrådet	Møde: 26/4 Frist: 12/4	Godkende høring.
Hovedudvalget	Møde: 29/4 Frist: 8/4	Orientering om akutplan.
MED-udvalgene	Ultimo april	Orientering om akutplan.
Maj 2021		
Høringsparter	6/5 – 30/8	Høringsperiode.
Psykiatrisk dialogforum	26/5	Orientering om akutplan.
Juni 2021		
Sundhedskoordinationsudvalget	Møde: 23/6 Frist: 25/5	Drøftelse af høringssvar.
Sundhedsbrugerrådet	Møde: 26/6	Orientering om akutplanen
September 2021		
Styregruppen for akutplanen	Møde: 28/9 Frist: 21/9	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Oktober 2021		
Direktionen	Møde: 11/10 Frist: 6/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Koncernledelsesforum	Møde: 26/10 Frist: 12/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
November 2021		
Udvalget for det nære sundhedsvæsen	Møde: 1/11 Frist: 15/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Sundhedsudvalget	Møde: 2/11 Frist: 15/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Det præhospitale udvalg	Møde: 4/11 Frist: 19/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Psykiatri- og socialudvalget	Møde: 24/11 Frist: 8/11	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
December 2021		
Sundhedskoordinationsudvalget	Møde: 1/12 Frist: 2/11	Orientering om endelige version af akutplan med forbehold for endelig politisk behandling.
Forretningsudvalget	Møde: 8/12 Frist: 26/11	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Regionsrådet	Møde: 20/12 Frist: 6/12	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Primo 2022		
Nyt Regionsråd	-	Ekstrabehandling af nyt regionsråd.

Kommunal tids- og procesplan for udarbejdelse af fælleskommunalt høringssvar til Region Syddanmarks Akutplan

Baggrund

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat laver altid fælleskommunale høringssvar til regionale planer og lignende. Dette for at sikre, at de kommunale perspektiver inddrages i disse, og for at de 22 syddanske kommuner får mulighed for sammen at komme med konstruktive og relevante inputs.

Sekretariatet vil også i forbindelse med, at Regionens Akutplan sendes i høring, udarbejde et fælleskommunalt hørringsvar. Da Akutplanens tiltag kan få stor indflydelse på kommunerne, er det i regi af Sundhedsstrategisk Forum besluttet, at både politiske og administrative fora skal inddrages i høringssvaret. Nedenfor redegøres for den kommunale tids- og procesplan for udarbejdelse af et fælleskommunalt høringssvar.

Den enkelte kommune har også mulighed for selv at indsende et høringssvar.

Høringsperioden løber fra den 6. maj 2021 til den 30. August 2021.

Dato	Forum/aktør	Indhold/proces
4. marts – 6. maj 2021	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat (FKS)	FKS udarbejder **1. udkast til fælleskommunalt høringssvar** med inputs fra relevante fagfolk.
6. maj 2021	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	FKS **sender 1. udkast til fælleskommunalt høringssvar til kommunerne af de sædvanlige kanaler** (sundhedskonsulenter og evt. sundhedschefer).
6. maj – 14. maj	Kommunerne (administrativt niveau)	**Kommunernes administrative afdelinger** (sundhedskonsulenter og evt. sundhedschefer) **sender bemærkninger og inputs til det foreløbige 1. udkast til FKS.**
14. maj – 17. maj	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	**FKS indarbejder** de indkomne inputs og bemærkninger i 2. udkast til høringssvaret.
17. maj – 3. august	Kommunale politiske eller administrative udvalg	**FKS sender hørringsudkastet til administrativ eller politisk drøftelse i kommunerne,** med mulighed for at komme med inputs til høringssvaret.
3. august – 4. august	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	**FKS indarbejder** de indkomne inputs og bemærkninger i det endelige udkast til høringssvaret.
4. august – 9 august	KKR- sekretariatet/ Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	**KKR-sekretariatet forbereder sag til mødet** i K22 og KKR, hvor udkastet med de indkomne inputs til et fælleskommunalt høringssvar præsenteres
9. august	Den kommunale formand for SKU	**Den kommunale formand for SKU præsenteres for det foreløbige udkast,** som sendes til KKR med en anbefaling fra den kommunale formand for SKU.
17. august	K22	Møde i K22, hvor udkastet drøftes forud for møde i KKR.
30. august	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	FKS indsender det fælleskommunale høringssvar til regionen.

31. august	KKR	Møde i KKR. **KKR drøfter og kommer med inputs og bemærkninger til udkastet** til det fælleskommunale høringssvar.
31. august	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	FKS **eftersender KKR's bemærkninger til Høringssvaret Regionen.**
31. august	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	FKS **sender det endelige fælleskommunale høringssvar (det fælleskommunale høringssvar inklusiv KKR's bemærkninger) til orientering i kommunerne** og hos SSF-formandskabet. Det endelige høringssvar dagsordensættes til orientering på næstkommende møde i SSF og andre relevante mødefora.

Udkast til tids- og procesplan for midtvejsstatus

Hvornår	**Hvem**	**Hvad**
1. juli	Koordinationsgruppen	Deadline for fremsendelse af midtvejsstatus til Sundhedsstyrelsen.
23. juni	SKU	Godkendelse af midtvejsstatus i Sundhedskoordinationsudvalget og Patientinddragelsesudvalget.
27. maj	DAK	Godkendelse af midtvejsstatus i Det Administrative Kontaktforum.
5. maj	SKU	Følgegruppeformændene fremlægger status for sundhedsaftalesamarbejdet for Sundhedskoordinationsudvalget med input fra såvel følgegrupper som fra SOF. Sundhedskoordinationsudvalget drøfter input til midtvejsstatus.
Drøftelser i følgegrupperne og SOF'erne om input til midtvejsstatus		
28. april	Følgegruppen for Forebyggelse	Drøfter input til midtvejsstatus.
15. april	SOF SHS	Drøfter input til midtvejsstatus.
13. april	Følgegruppen for Uddannelse og Arbejdsmarked	Drøfter input til midtvejsstatus.
8. april	Følgegruppen for Behandling og Pleje	Drøfter input til midtvejsstatus.
? april	Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering	Drøfter input til midtvejsstatus.
25. marts	SOF SVS	Drøfter input til midtvejsstatus.
18. marts	SOF OUH	Drøfter input til midtvejsstatus.
3. marts	SOF SLB	Drøfter input til midtvejsstatus.
11. marts	FUSK	Orientering om DAK´s og SKU´s mulige kommentarer til tids- og procesplan for midtvejsstatus. Drøftelse af de indholdsmæssige krav fra SST.
4. marts – 10. marts	SKU	SKU-formandskabet godkender tids- og procesplan for midtvejsstatus.
4. marts	DAK	Godkendelse af tids- og procesplan for midtvejsstatus i DAK.

Afdeling: Tværsektorielt Samarbejde
Journal nr.:
Dato: 25-01-2021

Udarbejdet af: Hasse Gerner Nielsen
E-mail: Hasse.gerner.nielsen@rsyd.dk
Telefon: 21493276

Notat

Evaluering af samarbejdsaftalen om bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelse i kommunale akutfunktioner

1. Introduktion

På baggrund af samarbejdsaftalen om bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i kommunale akutfunktioner fra oktober 2018 (herefter benævnt samarbejdsaftalen) er der foretaget en evaluering, som skal give status på indsatsen. Der har i evalueringen både været fokus på den generelle anvendelse af bed-side analyser samt anvendelse af bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser i lyset af samarbejdsaftalen fra 2018.

Evalueringen bygger på spørgeskemaer udsendt til henholdsvis kommuner, regionens biokemiske afdelinger samt kommunens praksiskonsulenter. Spørgeskemaerne til kommunerne og regionens biokemiske afdelinger blev udsendt første gang i november. Spørgsmålene til praksiskonsulenterne samt en påmindelse til kommunerne blev fremsendt i december med deadline d. 15 januar 2021. Der er indkommet svar fra 16 kommuner, alle 5 biokemiske afdelinger, samt 6 kommunale praksiskonsulenter, som tilsammen danner grundlag for nedenstående konklusioner.

Spørgeskemaet til kommunerne indeholdt en kvalitativdel, samt en kvantitativ datadel. Nedenstående konklusioner stammer primært fra kvalitative vurderinger. Den kvantitative data der blev efterspurgt, har vis sig vanskelig at tilvejebringe, dels pga. forskellig registrerings- og datapraksis i de enkelte kommuner, samt at det er blevet vurderet for tidskrævende at indsamle data.

2. Hovedkonklusioner på baggrund af evaluering

Den væsentligste indsigt, som er fremkommet af evalueringen er status på implementeringen. Her kan det konkluderes, at der med udgangspunkt i samarbejdsaftalen er etableret et formaliseret samarbejde mellem de biokemiske afdelinger og 10 ud 22 kommuner. Videre opleves ordningen med bed-side analyserne fortsat at være i sit begyndende stadie hos flere af de kommuner som har indgået lokale samarbejdsaftaler. På baggrund af denne indsigt vurderes det, at det overordnede fremadrettede fokus bør lægges på, at få lokale samarbejdsaftaler fuldt implementeret i alle regionens kommuner frem for at foretage justeringer på den generelle samarbejdsaftale fra 2018.

Ud over indsigten i implementeringsgraden viser evalueringen en generel stor tilfredshed med samarbejdet om bed-side analyser fra alle tre aktører. Praksiskonsulenter såvel som kommunerne

oplever eksempelvis, at ordningen virker efter hensigten i forhold til at forebygge indlæggelser og skaber tryghed samt sparer transport for borgeren, som i højere grad kan undersøges i eget hjem. Videre oplever kommunerne det tværsektorielle samarbejde er blevet forbedret ved større gensidig indsigt i hinandens arbejdsgange blandt hjemmesygeplejen, den almene praksis samt de kliniske afdelinger. Praksiskonsulenterne giver ligeledes udtryk for en generel succesfuld kommunikation med kommunens aktører, hvor der dog fortsat arbejdes med at finjustere enkelte kommunikative misforståelser.

Det er med denne evaluering ikke lykkedes, at konkludere på udvikling, antal og typen af bed-side analyser.

I følgende tre afsnit udfoldes alle indsigterne fra evalueringen for henholdsvis kommunerne, praksiskonsulenterne samt de biokemiske afdelinger på regionens sygehuse.

3. Kommunernes oplevelse af samarbejdsaftalen om bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser

Samarbejdet om bed-side analyser stadig i opstartsfase
Indledningsvist fremgår det af undersøgelsen, at der stadig er flere af kommunerne, som endnu ikke har fået startet samarbejdet om bed-side analyser. Det kan altså med rimelighed medregnes i kommunernes vurdering af indsatsen, at flere kommuner enten ikke er kommet i gang med samarbejdet om anvendelsen af bed-side analyser eller er opstartsfasen, med de naturlige udfordringer som dette medfører.

Overordnet set er status på tidspunktet for udgivelse af evalueringen følgende: De fire sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland samarbejder om samarbejdsaftalen via det lokale samordningsfora. De fynske kommuner; Nordfyn-, Odense-, Faaborg-Midtfyn-, Langeland-, Svendborg- og Nyborg Kommune har indgået en bilateral samarbejdsaftale med OUH. I Kerteminde- og Ærø Kommune er en bilateral samarbejdsaftale under udarbejdelse og i Assens Kommune mangler der at bliver ansat kapacitet til at varetaget akutfunktionen. I samtlige kommuner under Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Lillebælt er der endnu ikke indgået en samarbejdsaftale på evalueringstidspunktet.

Bedre indblik i hinandens arbejdsgange har givet mere smidigt samarbejde
En af de gevinster, som kommunerne fremhæver ved den tværsektorielle samarbejdsaftale er, at de har fået større kendskab- og bedre relation til samarbejdspartnerne. For det første vurderer de, at samarbejdet glider bedre, efter at hjemmesygeplejen har fået sat ansigter på LKO konsulenterne. For det andet har samarbejdsaftalen afsløret og udbedret uhensigtsmæssigheder i arbejdsgangene efter at hjemmesygeplejen, egen læge og kliniske afdelinger har fået bedre indblik i hinandens arbejde.

Hovedandelen tilfredse med undervisning, mens enkelte oplever mangler
Selv om hovedandelen af de responderende kommuner lader til at være tilfredse med undervisningen giver fire af kommunerne udtryk for, at deres behov i et større eller mindre omfang ikke har været dækket. Den ene af kommunerne angiver, at de selv kan kalibrere apparaterne, men mangler

oplæring i at tage selve prøven. Den anden af kommunerne oplevede udfordringer ifbm. opsætningen af WebReg. De foreslår at dette bliver en mere integreret del af undervisningen. Den tredje kommune giver udtryk for at mangle et setup til løbende undervisning i blodprøvetagning. De knytter dog hertil, at de forventer godt at kunne arrangere et sådan tilbud under nuværende aftale uden, at det ville kræve ændringer i samarbejdsaftalen. Slutteligt oplever den fjerde kommune, at udgiften til kvalitetsordningen er for stor i relation med det kommunale udbytte, uden videre uddybelse af, hvad kommunen i så fald mangler.

Generel opfattelse af, at kvalitetsordningen betaler sig, til trods for omkostning på tid og penge
Enkelte kommuner nævner at omkostninger i form af tid til administration og kvalitetskontrol samt penge til tilkøb af kompetenceudvikling fylder en del ift. samarbejdsaftalen. Én kommune nævner her, at kontrol af apparater på sygehuset er tidskrævende, mens en anden fortæller, at der kan være en del administrativt arbejde forbundet med at indsende prøver til kvalitetsordningen. Dette gælder særligt, da det ikke gøres ofte og sygeplejerskerne dermed ikke opnår en rutine. Dog er der kun én af kommunerne, som oplever at udbyttet af selve kvalitetsordningen pr. medarbejder ikke kan stå mål med udgiften, hvor resten af kommunerne konkluderer at samarbejdsaftalen og kvalitetsordningen herunder alt i alt kan betale sig. Her nævner én af kommunerne eksempelvis, at de har kunnet bruge kvalitetssikringen til at identificerer fejlkilder og rette dem.

Bed-side analyserne bruges både forebyggende og som opfølgning på endt behandling
Bed-side analyserne foretages altid efter ordination af praktiserende læge, men kan have forskellige formål. Flere kommuner giver udtryk for, at analyserne bruges proaktivt/forebyggende til at afgøre om der kan igangsættes en indsats i eget hjem, som forebygger en eventuel fremtidig indlæggelse eller om borger bør indlægges. Andre giver udtryk for, at den også kan bruges efter endt behandling, som en opfølgning på borgerens bedring.

Det er kommunernes oplevelse, at bed-side analyserne forebygger indlæggelser
Flere af kommunerne udtrykker en klar oplevelse af, at bed-side analyserne forebygger indlæggelser af borgere, selv om der ikke findes tal. Videre tilføjer kommunerne, at borgere i mange tilfælde undgår transport til sygehuset, hvilket særligt er en fordel for de svageste. Hvis borger alligevel vurderes at skulle indlægges, fremhæver kommunerne, at en tidlig opsporing med bed-side analyser gør det muligt at planlægge ambulante tider frem for akutte indlæggelse samt kvalificere det videre behandlingsforløb. Begge dele vurderer de er til stor gavn for sygehusvæsenet. Samarbejdsaftalen gør også, at praktiserende læger kan spare nogle besøg, da akutteamet foretager vurdering i borger hjem, hvilket i praksis gør udredningen hurtigere og derved fremskynder borgerens eventuelle behandlingsforløb.

Mere fokus på arbejdsgange forslås som udviklingspunkt i samarbejdsaftalen
Enkelte af kommunerne i undersøgelsen nævner, at samarbejdsaftalen kunne have mere fokus på at optimere arbejdsgangene omkring bed-side analyser. En af kommunerne nævner her, at man kunne klargøre delegationen af opgaver i samarbejdsaftalen, så unødige arbejdsgange bliver undgået. Andre kommuner savner tydelige planer for, hvornår og hvordan medarbejderne skal handle på resultaterne af en blodsukkermåling.

Borgerne opleves at være særligt tilfredse med kort ventetid og trygheden forbundet med prøve i eget hjem
Langt de fleste af kommunerne i undersøgelsen har erfaringer med tilfredse borgere på baggrund af bed-side analyserne på særligt to parametre. For det første giver borgerne udtryk for at være glade for den kortere ventetid ved bed-side analyserne set i forhold til almindelige lægebesøg. Her har flere borgere givet udtryk for, at den korte ventetid og deraf hurtige behandling har sparret dem for flere indlæggelser. For det andet giver borgerne udtryk for, at prøverne foretaget i hjemme skaber tryghed.

Begrænset indblik i udvikling og antal af bed-side analyser
Undersøgelsen er kun i begrænset omfang lykkes med at indsamle data over antallet af foretagne bed-side analyse og mikrobiologiske prøver i kommunerne. Den kvantitative data der blev efterspurgt, har vis sig vanskelig at tilvejebringe, dels pga. forskellig registrerings- og datapraksis i de enkelte kommuner, samt at det er blevet vurderet for tidskrævende at indsamle data.
Tal fra enkelte kommuner som har haft mulighed for at angive data, viser et stabilt niveau i antallet af udførte prøver på månedsbasis i årene 2019 og 2020. Der ses altså hverken dramatisk stigning eller fald i antallet af udførte bed-side analyser og mikrobiologiske prøver for de 6 kommuner, der har kunnet trække tal til undersøgelsestidspunktet. Alt i alt vurderes der ikke at kunne drages de store konklusioner i forhold til omfanget af anvendte bed-side analyser og mikrobiologiske prøver i lyset af den nye samarbejdsaftale, da retvisende tal endnu ikke foreligger.

4. Oplevelse af samarbejdsaftalen om bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser i almen praksis

Bredt kendskab og god anvendelse af bed-side analyser hos praktiserende læger
Det er praksiskonsulenternes vurdering at langt størstedelen af de praktiserende læger i deres geografiske område kender til ordningen om bed-side analyser. Det er videre opfattelsen, at den i høj grad anvendes, hvor det er muligt.

Generel vurdering af, at bed-side analyser fører til hurtigere diagnostik og behandling, flere behandlinger i hjemmet samt forebygger indlæggelser
Størstedelen af praksiskonsulenterne i denne evaluering vurderer, at bed-side analyserne i høj grad eller meget høj grad fører til hurtigere diagnostik og behandling. Bed-side analyserne påpeges specifikt, at være en klar hjælp i overgangen mellem primærsektoren og sekundærsektoren.

Halvdelen af de adspurgte praksiskonsulenter vurderer, at bed-side analyserne i høj eller meget høj grad fører til at flere behandlinger foretages i hjemmet frem for på sygehuset. Den resterende halvdel vurderer også at bed-side analyserne fører til flere behandlinger i eget hjem, men dog kun i nogen eller mindre grad. Det gives som her som eksempel, at bed-side analyserne kan muliggøre behandlinger i hjemmet, hvor patienten hverken er inficeret eller dehydreret. Vurderingen er enslydende i forhold til forebyggelse af indlæggelser, hvor det gives som eksempel, at bed-side analyserne kan medføre en mere konkret diagnose, som kan klarlægge om en eventuel indlæggelse er nødvendig.

Borgere oplever tryghed ved undersøgelse i eget hjem
Flere af praksiskonsulenterne fremhæver, at det giver tryghed hos borgerne, at bed-side analyserne kan foretages i eget hjem samt at lægens vurdering kan suppleres af parakliniske undersøgelser. En enkelt praksiskonsulent tilføjer dog, at foretagne CRP-prøver i nogle tilfælde kan komme til at få for stor betydning relativt til den kliniske vurdering, som bør være den mest gældende.

Positivt samarbejde mellem aktører, men enkelte misforståelser i forbindelse med korrespondance/EDIfact-meddelelser
Der er bred enighed om, at samarbejdet med både akutteam/hjemmesygepleje og de regionale laboratorier fungerer upåklageligt. Herunder fremhæver en af praksiskonsulenterne, at de praktiserende læger opleves at modtage analysesvarene i et rimeligt tempo. En af praksiskonsulenterne foreslår dog, at prøverne også kunne blive analyseres uden for egen læges åbningstid for at gøre processen endnu hurtigere. I relation til kommunikationen og kvaliteten af korrespondance/EDIfact-meddelelser oplever de fleste praksiskonsulenter at være tilfredse, mens enkelte giver udtryk for at der kan opstå udfordringer. Konkret fremhæves det som eksempel, at akutte korrespondance-meddelelser ikke altid bliver fulgt op af telefonisk kontakt på trods af aftalen herom. Det opleves videre, at der til tider sker enkelte misforståelse i denne del af kommunikationen, men også at disse udbedres løbende.

5. Sygehusenhedernes oplevelse af samarbejdsaftalen om bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser

Lokale samarbejdsaftaler med 10 ud af 22 kommuner
Evalueringen tegner her igen et billede af, at implementeringen af samarbejdet om bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser fortsat er i den indledende fase.
Der ses regionale forskelligheder i hvordan implementering af samarbejdsaftalen er håndteret. De fleste fynske kommuner har indgået bilaterale samarbejdsaftaler om kompetenceudvikling og kvalitetssikring af udstyr med de to afdelinger for Klinisk Biokemi og Farmakologi på OUH. Ligeledes har de fire sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland etableret et konstruktivt samarbejde via de lokale samordningsfora. Sydvestjysk Sygehus samt Sygehus Lillebælt har endnu ikke opstartet et formaliseret samarbejde. Der henvises til manglende resurser til at kunne opstarte samarbejdet, samt at covid-19 situationen har flyttet fokus fra udviklingstiltag.

Hvor der er indgået et formaliseret samarbejde mellem sygehus og kommuner, fungere samarbejdet godt, om end der er stor forskellighed i hvor langt kommunerne er i forhold til systematisk at arbejde med kompetenceudvikling og kvalitetssikring af udstyr.

Laboratoriekonsulenterne anvendes til at klarlægge kommunens kapacitet og behov samt forestå kompetenceudvikling
Da Sygehus Lillebælt forsat arbejder på at indgå de lokale samarbejdsaftaler, fokuseres der her på at indsamle information om behov og kapacitet hos de enkelte kommuner forud for, at deciderede aftaler indgås. Hos Sygehus Sønderjylland har de valgt, at kvalitetssikringen af kommunernes POCT udstyr skal foretages i deres blodprøvetagningsambulatorier på sygehusene i fastlagte intervaller, hvilket de oplever fungerer upåklageligt. Både Sygehus Sønderjylland og Odense Universitetshospital har

anvendt laboratoriekonsulenter til afdækning af kommunernes behov, udarbejdelse af lokale samarbejdsaftaler samt den efterfølgende kompetenceudvikling af kommunens personel.

Ingen utilsigtede hændelser efter implementering af aftalen, men mulig økonomisk udfordring forud for implementering
De sygehuset, som allerede har indgået lokale samarbejdsaftaler med kommunerne oplever ikke nogle utilsigtede hændelser i forbindelse med samarbejdet.

Dialogbaseret samarbejde mellem kommuner og regioner med enkelte stridspunkter
Både Sygehus Sønderjylland og Odense Universitetshospital angiver, at der har været en god løbende dialog mellem kommunerne og regionen i forhold til samarbejdsaftalen, til trods for at enkelte kommunernes forespørgsler ikke altid har kunne indfries. Eksempelvis har man fra regional side ikke kunne give tilladelse til at udvide aftalen med blodsukkermålinger eller give Afdeling for klinisk biokemi og farmakologi økonomisk kompensationen for trækket på deres personaleressourcer.

Samarbejdet om praktikpladser på social- og sundhedsassistentuddannelsen
Suha

Baggrund
Kommunerne i Syddanmark oplever stor mangel på kvalificeret arbejdskraft på sundheds- og ældreområdet og ønsker derfor at ansætte flere social- og sundhedsassistentelever end aftalt i den nuværende dimensioneringsaftale.

Dimensioneringsaftalen 2020-2021, som er indgået af parterne på det offentlige arbejdsmarked, er en minimumsaftale, hvorfor der i aftalen er rum for at ansætte flere elever. Der står samtidig i aftalen, at Regionen skal involveres, når kommunerne ønsker at ansætte flere elever.

Med punktet lægges der op til en drøftelse af samarbejdet om uddannelse af social- og sundhedsassistentelever. Der tages udgangspunkt i en konkret sag, hvor kommunerne har henvendt sig til Regionen med et ønske om at øge elevtallet i 2020.

Indstilling
Det indstilles, at K22 drøfter samarbejdet om at sikre uddannelse af flere social- og sundhedsassistenter i Syddanmark.

Sagsfremstilling
Kommuner og regioner har en fælles interesse i at sikre kvalificerede medarbejdere til fremtidens velfærd, særligt inden for ældre- og sundhedsområdet.

Aftaler til at styrke rekrutteringen
I maj 2020 blev der indgået en trepartsaftale om ekstraordinær hjælp i 2020 til elever, lærlinge og virksomheder via midler fra Arbejdsgivernes Uddannelsesbidrag (AUB). Formålet var blandt andet at styrke rekrutteringen til sundhedsuddannelserne. I november 2020 blev der ligeledes indgået en trepartsaftale om flere lærepladser med et særligt fokus på social- og sundhedsuddannelserne:

"I relation til rekrutteringsudfordringerne på ældre- og sundhedsområdet løfter kommuner og regioner et særligt ansvar ift. at uddanne tilstrækkelig faglært social- og sundhedspersonale, og kommunernes og regionernes primære uddannelsesindsats på erhvervsuddannelsesområdet vil fortsat være fokuseret på disse uddannelser".

Dimensioneringsaftale
I den gældende dimensioneringsaftale er der fastsat en minimumsdimensionering på 1.331 social- og sundhedsassistentelever i Syddanmark. Det er aftalt, at der skal være enighed mellem involverede kommuner og region, hvis der oprettes flere praktikpladser end minimumsdimensioneringen.

Kommunalt ønske om flere elever
De syddanske kommuner har i oktober 2020 henvendt sig til Region Syddanmark for opbakning til at ansætte 13 elever mere end det, der er aftalt i minimumsdimensioneringen i 2020 og 10 elever mere i 2021.

Regionen svarede, at de ikke kan imødekomme kommunernes ønske om at ansætte flere social- og sundhedsassistentelever.

Begrundelsen var, at "*det (derfor) er sygehusenes oplevelse, at der ikke er ressourcer til at løfte en opgave, der ligger udover den uddannelsesforpligtelse, som er givet med dimensioneringsaftalen".*

De ekstra elevpladser vil give ressourceudfordringer og pålægger to af Regionens sygehuse, som i forvejen løfter den forholdsvist største andel af uddannelsesopgaven for social- og sundhedsassistenteleverne, en ekstra opgave. Det kan være vanskeligt at flytte praktikker på tværs af sygehuse og skoleområder, da det indebærer andre samarbejdsflader og procedurer.

Ansættelse af elever
På grund af det store behov for flere social- og sundhedsmedarbejdere valgte kommunerne, trods Regionens tilbagemelding, at ansætte de i alt 13 flere social- og sundhedsassistentelever i 2020.

Regionen har i december 2020 tilkendegivet, selvom de finder det problematisk, at de vil tage de ekstra elever, som kommunerne allerede har ansat.

Det gode samarbejde
For både kommunerne og Regionen er det vigtigt med et godt samarbejde om det fælles uddannelsesansvar. Et samarbejde, der bærer præg af en god dialog og forståelse for hinanden. Dette samarbejde vil vi fortsat gerne styrke. Udfordringen med de ekstra social- og sundhedsassistentelever har imidlertid stillet begge parter i en vanskelig situation.

Et regionalt perspektiv
Udover uddannelsen til social- og sundhedsassistent er der også sket en øgning i antal studerende i praktik fra andre uddannelser, herunder sygeplejerskeuddannelsen. Sygeplejestuderende og SSA-elever skal i praktikken opbygge kompetencer inden for den basale sygepleje. Det er de samme læringssituationer, de indgår i, hvilket er svært foreneligt med udviklingen i sundhedsvæsenet, som går mod korte indlæggelser, ambulante besøg og mere komplekse og korte patientforløb på sygehusene.

Sygehusene prioriterer at give alle elever og studerende den ægte praktikoplevelse. Elever og studerende skal træne deres færdigheder med rigtige patienter – praktik kan ikke erstattes yderligere af teori eller simulation. Region Syddanmarks sygehuse vil derfor strække sig langt for at løfte praktikpladsopgaven for SSA-elever og sygeplejestuderende, men oplever i stigende grad, at denne kvalitetsmålsætning er vanskelig at opretholde.

Et kommunalt perspektiv
Kommunerne anerkender og har, ligesom Regionen, et stort fokus på kvaliteten i uddannelsen og at uddanne kvalificerede medarbejdere med de rette kompetencer. Også kommunerne løfter et fortsat større praktikansvar på sundhedsuddannelserne.

På sygeplejerskeuddannelsen har kommunerne over de senere år øget deres andel af praktikken fra ca. 14 pct. i 2015 til i dag at forpligte sig på at varetage 30 pct. af den samlede praktik samtidig med, at dimensioneringen på uddannelsen er øget. Ligeledes er dimensioneringen på social- og sundhedsuddannelserne øget.

Det er dog fortsat centralt for kommunerne, at der - med udgangspunkt i de nationalt indgåede aftaler og de store rekrutteringsudfordringer – ansættes og uddannes flere til social- og sundhedsområdet, og at der derfor ikke bremses for uddannelse af flere social- og sundhedsassistenter.