

# Formandskabsbehandlet - Dagsordenspunkter til mødet i DAK den 29. januar 2016

Følgende punkter er på dagsorden til mødet i Det administrative Kontaktforum den 29. januar:

1. Opfølgning på fællesmødet mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum den 22. december 2015
2. Kort mundtlig orientering ved formændene for følgegrupperne om status på arbejdet
3. Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018
4. Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet
5. Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin
6. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens
7. Den midlertidige situation og midlertidig aftale vedr. fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens
8. Godkendelse af kommissorium for tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe
9. Aftaler om blodprøvetagning i eget hjem
10. Drøftelse af Claus Vinther Nielsens oplæg om rehabilitering afholdt i Det Administrative Kontaktforum den 11. november 2015
11. Nationale kliniske retningslinjer
12. Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau
13. Revideret udgave af samarbejdsaftalen for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid
14. Status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient
15. Tal for forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet
16. Orientering om Region Syddanmarks udkast til sparekatalog
17. Punkter til kommende møder
18. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget
19. Øvrig gensidig orientering

## Det Administrative Kontaktforum

### Dagsorden

Mødedato: Fredag den 29. januar 2016

Mødetidspunkt: 13:00 til 16:00

Mødelokale: Mødelokale 6  
Region Syddanmark  
Damhaven 12  
7100 Vejle

Deltagere: Arne Nikolajsen, (Næstformand), Esbjerg Kommune,  
Irene Ravn Rossavik, Esbjerg Kommune,  
Gitte Djane Bols Østergaard, Odense Kommune,  
Heidi Juul Madsen, Odense Kommune,  
Cæcilie Lumby, Odense Kommune,  
Michael Maaløe, Vejen Kommune,  
Jakob Kyndal, Aabenraa Kommune,  
Mette Heidemann, Middelfart Kommune,  
Anne Plougmann Knudsen, KKR-Syddanmark,  
Christina Trankær Ryborg, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat,  
Jesper Madsen-Østerbye, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat

Jørgen Skadborg, Praksisudvalgsformand,  
Susanne Krysiak, Lægeforeningen i Syd

Mads Haugaard (Formand), Region Syddanmark,  
Judith Mølgaard, Odense Universitetshospital  
Grete Kirketerp, Sygehus Sønderjylland,  
Susanne Lauth, Sydvestjysk Sygehus  
Helle Adolfsen, Sygehus Lillebælt,  
Charlotte Rosenkrantz Josefsen, Psykiatrien i Region Syddanmark  
Birthe Navntoft, Region Syddanmark  
Frank Ingemann Jensen, Region Syddanmark,  
Kurt Æbelø, Region Syddanmark,  
Birthe Mette Pedersen, Region Syddanmark,  
Karina Andersen, Region Syddanmark,

Afbud: Grete Kirketerp, Sygehus Sønderjylland,  
Susanne Lauth, Sydvestjysk Sygehus

## Indholdsfortegnelse

### Punkter på dagsorden

1.	Opfølgning på fællesmødet mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum den 22. december 2015.....	4
2.	Kort mundtlig orientering ved formændene for følgegrupperne om status på arbejdet .....	5
3.	Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018.....	6
4.	Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet .....	7
5.	Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin.....	8
6.	Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens .....	9
7.	Den midlertidige situation og midlertidig aftale vedr. fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. ....	10
8.	Godkendelse af kommissorium for tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe.....	11
9.	Aftaler om blodprøvetagning i eget hjem.....	12
10.	Drøftelse af Claus Vinther Niensens oplæg om rehabilitering afholdt i Det Administrative Kontaktforum den 11. november 2015 .....	14
11.	Nationale kliniske retningslinjer .....	15
12.	Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau .....	16
13.	Revideret udgave af samarbejdsaftalen for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid.....	17
14.	Status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient .....	18
15.	Tal for forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.....	21
16.	Orientering om Region Syddanmarks udkast til sparekatalog.....	21
17.	Punkter til kommende møder.....	22
18.	Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget .....	22
19.	Øvrig gensidig orientering .....	22

## 1. Opfølgning på fællesmødet mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum den 22. december 2015

---

### SAGSFREMSTILLING

Der blev den 22. december 2015 afholdt fællesmøde mellem Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgende punkter blev drøftet på mødet:

- Monitorering af Sundhedsaftalen
- Status på arbejdet med implementering af Sundhedsaftalen 2015-2016
- Status på anvendelsen af Fælles Medicinkort (FMK)

Sundhedskoordinationsudvalget gjorde opmærksom på, at de ikke nødvendigvis behøver at få tal på, hvordan arbejdet med Sundhedsaftalen forløber. Det er ligeså interessant for dem at få konkret status på, hvordan arbejdet med de prioriterede områder forløber. Det blev besluttet, at Sundhedskoordinationsudvalget på næste møde får en status på arbejdet med de 6 prioriterede områder (Videreudvikling af SAM:BO, nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom, strategi for velfærdsteknologi og telemedicin, model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort og kortlægning af mental sundhed) i Sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget udtrykte tilfredshed med orienteringen om status for arbejdet i følgegrupperne. Sundhedskoordinationsudvalget ønsker, at der fremadrettet gives en kort status på arbejdet i følgegrupperne, så de har mulighed for at følge fremdriften i arbejdet. Efter behov kan formænd fra følgegrupperne inviteres til at give status på møderne. Sundhedskoordinationsudvalget anerkendte, at der fokuseres på at komme godt i gang med de prioriterede indsatser, før der foretages nye prioriteringer.

Følgegrupperne er blevet bedt om at levere ovenstående efterspørgsler til det næste møde i Sundhedskoordinationsudvalget.

FMK blev drøftet, og der var enighed om vigtigheden af fortsat fokus på området.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning.

## 2. Kort mundtlig orientering ved formændene for følgegrupperne om status på arbejdet

---

### SAGSFREMSTILLING

Der er nedsat fem følgegrupper til at arbejde med de prioriterede indsatser i sundhedsaftalen fordelt på områderne behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering, forebyggelse, velfærdsteknologi og telemedicin samt opgaveoverdragelse. Grupperne er for alvor kommet i gang i efteråret 2015. På mødet i november 2015 i Det Administrative Kontaktforum blev der af formændene for følgegrupperne givet en kort status på gruppernes arbejde.

På mødet gives der en kort mundtlig orientering om status siden sidst. Den mundtlige status bliver givet af de formænd for følgegrupperne, der er medlem af Det Administrative Kontaktforum – dvs.

- Følgegruppen for behandling og pleje v/Birthe Mette Pedersen
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering v/Susanne Lauth
- Følgegruppen for forebyggelse v/Helle Adolfsen
- Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin v/Irene Rossavik
- Følgegruppen for opgaveoverdragelse v/Heidi Juul Madsen

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning.

### **3. Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018**

---

#### **SAGSFREMSTILLING**

Ifølge bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal Sundhedskoordinationsudvalget følge op på sundhedsaftalen og herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Sundhedskoordinationsudvalget har ønsket løbende at blive orienteret om fremdriften i sundhedsaftalearbejdet og blev bl.a. på mødet den 22. december 2015 givet en status på arbejdet i følgegrupperne, ligesom udvalget også fremover har bedt om at blive orienteret dels om sundhedsaftalens prioriterede indsatsområder, dels om status på arbejdet i følgegrupperne.

Det vil være naturligt i løbet af 2016, som er midt i aftaleperioden, at gøre midtvejsstatus på arbejdet med sundhedsaftalen. Formandskabet i Sundhedskoordinationsudvalget har derfor besluttet at afholde fire politiske møder i starten af efteråret 2016. Hver kommune vil have mulighed for at deltage i ét møde.

Formålet med de fire politiske møder er at gøre status på samarbejdet i regi af sundhedsaftalen med særlig fokus på de prioriterede indsatsområder, drøfte fælles udfordringer samt evt. at identificere nye prioriterede indsatser for den resterende del af aftaleperioden. Møderne forventes indholdsmæssigt at være en kombination af oplæg om status på arbejdet samt korte tilbagemeldinger fra de deltagende kommuner. Herudover vil der være tid til debat og dialog.

Forud for mødet i Sundhedskoordinationsudvalget den 23. februar 2016 vil der blive udarbejdet en procesplan for de politiske møder. Procesplanen godkendes af formandskabet i Det administrative Kontaktforum.

#### **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning.

## 4. Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet

---

### SAGSFREMSTILLING

Som besluttet på mødet i Det Administrative Kontaktforum 11. november 2015 har koordinationsgruppen udarbejdet forslag til kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender kommissoriet
  - Udpeger deltagere til følgegruppen jf. forslag i kommissorium.
- 

### BILAG:

- 1 [Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet](#)



# Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet

## Grundlag

Region Syddanmark og kommunerne har indgået sundhedsaftalen 2015-2018, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen indeholder bl.a. en beskrivelse af organiseringen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Her fremgår det bl.a., at det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og at det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Derudover fremgår det, at *Det Administrative Kontaktforum har til opgave at etablere en understøttende administrativ organisering... og at der etableres en følgegruppe for hver af sundhedsaftalens obligatoriske områder.*

## Generelle opgaver

Følgegrupperne har overordnet følgende formål:

- At understøtte Det Administrative Kontaktforums arbejde.
- At understøtte de lokale samarbejdsforas arbejde.
- At sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet om følgegruppens opgaver i forhold til øvrige følgegrupper, arbejdsgrupper samt psykiatriske og somatiske samordningsfora
- At drøfte de muligheder og udfordringer ift. opgavefeltet, der løbende viser sig, samt følge nationale dagsordner og i relevant omfang inddrage erfaringer fra de øvrige regioner.

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
  - o At udarbejde forslag til prioritering og opdatering af opgaveporteføljen.
  - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje med baggrund i Sundhedsaftalen og i Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
  - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
  - o At sikre produktion af aftaler mv. til DAK-godkendelse og implementering via de lokale samarbejdsfora
  - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov at inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

## Kompetencer

Følgegruppen har kompetence til,

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,
- at nedsætte permanente og ad hoc arbejdsgrupper efter behov til håndtering af et afgrænset problemfelt som led i løsningen af de opgaver, Det Administrative Kontaktforum har prioriteret, og
- at gennemføre dialogaktiviteter og andre fælles aktiviteter om udvikling og gennemførelse af de opgaver der hører under følgegruppen.

Beslutninger i følgegruppen træffes som udgangspunkt i enighed. Ved evt. uenighed mellem partnerne i forbindelse med sager til Det Administrative Kontaktforum skal dette fremgå af sagsfremstilling og indstilling.

## Særlige opgaver

Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet har i 2016 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i xx 20xx:

- Levere data og analyser, som efterspørges fra Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum
- Yde bistand til de øvrige følgegrupper med henblik på at støtte udvikling af metoder til opfølgning og evaluering af konkrete indsatser og initiativer
- Udvikle metoder til tværsektoriel ledelsesinformation  
Formålet med ledelsesinformationen er at gøre det muligt at følge udviklingen og effekten af indsatser og initiativer, der igangsættes i regi af Sundhedsaftalen samt at sikre formidling og udveksling af en række data, som parterne aftaler og finder anvendelige for aktivitetsopfølgning, planlægning og koordinering.

Som det første skal der sikres en systematisk afrapportering på de målsætninger, der er formuleret i sundhedsaftalen, i det omfang der findes tilgængelige relevante data. Der formidles desuden data i e-sundhed og på hjemmesiden [www.regionsyddanmark.dk/sundhedssamarbejde](http://www.regionsyddanmark.dk/sundhedssamarbejde), som med fordel kan indarbejdes i et samlet struktureret ledelsesinformationssystem.

På den baggrund skal følgegruppen komme med forslag til

- hvilke data, der med fordel kan indgå, herunder fra hvilke kilder data kan tilgås fra både primær og sekundær sektor.
- hvordan ledelsesinformationer kan kommunikeres og tilgås (f.eks. via hjemmeside og/eller publikationer) fra både politisk, administrativt og driftsmæssigt niveau, og samtidig være tilgængelig for offentligheden i det omfang det er relevant
- hvordan arbejdet med løbende indberetning og opdatering kan etableres, herunder vurdering af ressourcebehov ved opgaven

I løbet af aftaleperioden skal følgegruppen arbejde hen i mod en systematik og udvikling af værktøjer og målemetoder, der understøtter Tripple Aim-tankegangen, dvs. mål og indikatorer skal belyse:

- 1) befolkningens sundhedstilstand og effekten af sundhedsvæsenets behandling
- 2) patienternes oplevelse og vurdering af effekten af behandlingen
- 3) hvordan der opnås mest sundhed for pengene, dvs. ressourcerne

### Organisering

Følgegruppen bemandes med repræsentanter fra strategisk ledelsesniveau fra Regionerne og kommunerne samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

- XX, x Sygehus/Afdeling x, Region Syddanmark, formand
- YY, z Kommune, formand
- Zz, PLO Syddanmark
- Xxx, Region Syddanmark
- Yyy, z Kommune
- Xx, Afdelingen for xx, Region Syddanmark, sekretær
- Zz, z Kommune, sekretær

Følgegruppen er organiseret med en regional formand og en kommunal formand.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af Region Syddanmark og en sekretær udpeget af kommunerne.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive sine bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

*Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 20xx.*

UDKAST

## 5. Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin

---

Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin har udarbejdet en disposition med stikord for Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin samt opdateret procesplan for arbejdet i følgegruppen.

### SAGSFREMSTILLING

I henhold til referat fra møde af 11. november 2015 i Det Administrative Kontaktforum, har Følgegruppen udarbejdet en disposition med stikord, som hermed forelægges Det Administrative Kontaktforum. I udkastet beskrives de indsatser, som Følgegruppen har udvalgt til strategien på baggrund af Det Administrative Kontaktforums beslutning om at fokusere på få, større projekter at nå i hus med indenfor aftaleperioden.

Med afsæt i de beskrevne prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018 er det valgt at strategien fokuserer på fire spor ift. de nye udviklingsområder:

1. Fælles infrastruktur og servicecenter
2. Fra ide til implementering
3. Stor-skala og implementering af modne telemedicinske teknologier
4. Forskningsmiljø

Følgegruppen opfatter dette som opgaven i forhold til udarbejdelse af en strategi for velfærdsteknologi og telemedicin. Herved afgrænses strategien til de prioriterede udviklingsområder indenfor velfærdsteknologi og telemedicin. Dvs. at digitalisering af øvrige prioriterede indsatsområder i Sundhedsaftalen ikke behandles. Herudover udelades initiativer, der kan karakteriseres som mono-sektorielle.

Til orientering er desuden vedlagt en opdateret procesplan fra Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin. Af procesplanen fremgår, at de øvrige følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum skal orienteres om strategien.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter ovenstående

---

### BILAG:

- 1 [Udkast til disposition for strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018](#)
- 2 [Procesplan](#)

## UDKAST

### Disposition for Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018

#### 1. Forord

1.1. Historisk perspektivering

#### 2. Baggrund for Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018

2.1. Et afsnit om sundhedsaftalen og organiseringen i DAK.

2.2. Et afsnit om beslutning for strategi for velfærdsteknologi og telemedicin i stedet for, som tidligere, en IT-strategi til IT-understøttelse af samarbejdet mellem kommune, sygehus og praktiserende læger.

#### 3. Status på IT-strategien 2011 – 2014

3.1. I den endelige version, sammenfattes status til et kort resumé af afsluttede og igangværende projekter. Status i form af et skema pr. projekt under IT-strategien 2011- 2014 vedlægges som bilag.

#### 4. Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018

4.1. Formål/mål/vision

4.2. Opbygning

4.3. Afgrænsning.

Indeværende strategi afgrænses til de prioriterede udviklingsområder indenfor velfærdsteknologi og telemedicin. Dvs. at digitalisering af øvrige prioriterede indsatsområder i Sundhedsaftalen ikke behandles. Herudover udelades initiativer, der kan karakteriseres som mono-sektorielle.

#### 5. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle it-samarbejde

5.1. Forskellige teknologier til forskellige behov

5.2. Rette data til rette instans på rette tid

5.3. Anvendelse af nationale IT-standarder

#### 6. Strategien: Prioriterede indsatser fra Sundhedsaftalen

Med afsæt i de beskrevne prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018 er det valgt at strategien fokuserer på fire spor ift. de nye udviklingsområder som beskrevet nedenfor.

6.1. Fælles infrastruktur og servicecenter

6.1.1. Beskrivelse af fælles forudsætninger, herunder Den Digitale Landevej

6.2. Fra ide til implementering

6.2.1. Fælles testmiljø og set-up, udviklingsprojekter. Beskrivelse af CoLab, Telepsykiatrisk Center.

6.3. Stor-skala og implementering af modne telemedicinske teknologier

6.3.1. KOL

6.3.2. Internetpsykiatri

6.3.3. Hjerte

6.3.4. Sårvurdering

6.3.5. Platform for videoudskrivningskonferencer

6.4. Forskningsmiljø

Ovenstående punkter relaterer til de oplistede 6 områder i nedenstående skema.

### Katalog over indsatser og udviklingsområder [skema]

Indsatser 2015 - 2018	Deltagere			Projektperiode år			
	Kommune	Sygehus	Praksis	2015	2016	2017	2018
1. Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, som giver adgang til tværsektorielle services og samarbejde samt let adgang for borgeren i hjemmet til at komme i kontakt med sundhedsvæsenet via video- og dataopkobling. (Den Digitale Landevej)							
2. Etablering af fælles servicecenter, som dels kan håndtere logistik ved etablering af udstyr hos borgeren og dels giver borgeren (og klinikerne) nem adgang til hjælp og fejlhåndtering.							
3. Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis.							
4. Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet							
5. Styrkelse af forsknings- og dokumentationsindsatsen på området som grundlag for en kvalificeret vurdering af nytteværdi for at sikre udbredelsen af de rette løsninger							
6. Udvikling og organisering af samarbejdet omkring sundhed.dk bl.a. for at øge anvendeligheden for almen praksis							

Indenfor ovenstående udviklingsområder beskrives initiativer/projekter til udmøntning af strategien.

#### 7. Organisering af IT-samarbejdet

- 7.1. Organisering i forhold til Sundhedsaftalen
- 7.2. Økonomi
- 7.3. Roller og ansvar i forhold til indsatsområder
- 7.4. Udvikling af projektmodel evt.
- 7.5. Fælles IT-sekretariat

#### 8. Perspektiver

- 8.1. En beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde fremadrettet med udgangspunkt i succeshistorier og læring fra fx Sam:Bo og Teletolkningsprojektet.
- 8.2. Udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL som et skoleeksempel for fremtidige store nationale indsatsområder.

#### 9. Andre relaterede strategier og initiativer

- 9.1. Digitalisering med effekt (National strategi for Digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013 – 2017)
- 9.2. Digital velfærd – en lettere hverdag (Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013 – 2020)

#### Bilag 1: Status på projekter fra IT-strategien 2011-2014

Id	Procesplan for Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	Startdato	Slut	Varighed	sep 2015		okt 2015				nov 2015				dec 2015				jan 2016				feb 2016				mar 2016				apr 2016				maj 2016				jun 2016				jul 2016				aug 2016				sep 2016				okt 2016				nov 2016					
					30-8	6-9	13-9	20-9	27-9	4-10	11-10	18-10	25-10	1-11	8-11	15-11	22-11	29-11	6-12	13-12	20-12	27-12	3-1	10-1	17-1	24-1	31-1	7-2	14-2	21-2	28-2	6-3	13-3	20-3	27-3	3-4	10-4	17-4	24-4	1-5	8-5	15-5	22-5	29-5	5-6	12-6	19-6	26-6	3-7	10-7	17-7	24-7	31-7	7-8	14-8	21-8	28-8	4-9	11-9	18-9	25-9	2-10	9-10	16-10
1	Formandskabet nedsætter en arbejdsgruppe til at forberede procesplan og afdækning af eksisterende projekter/initiativer og strategier	28-08-2015	18-09-2015	16d	[Blue bar]																																																											
2	Følgegruppen udarbejder status og procesplan til møde i DAK den 11. november 2015	14-10-2015	20-10-2015	5d	[Blue bar]																																																											
3	Møde i Følgegruppen	26-10-2015	26-10-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
4	Disposition for strategi og handleplan	26-10-2015	30-11-2015	26d	[Blue bar]																																																											
5	Møde i DAK	11-11-2015	11-11-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
6	Møde i Følgegruppen	18-11-2015	18-11-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
7	Møde i Følgegruppen	03-12-2015	03-12-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
8	Følgegruppen udarbejder disposition/skelet til strategi og opdateret procesplan til møde i DAK den 29. januar 2016	10-12-2015	06-01-2016	20d	[Yellow bar]																																																											
9	Møde i Følgegruppen	05-01-2016	05-01-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
10	Følgegruppen indhenter status på igangværende projekter	06-01-2016	29-01-2016	18d	[Blue bar]																																																											
11	Møde i DAK	29-01-2016	29-01-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
12	Følgegruppen sender disposition/skelet til øvrige følgegrupper til orientering	02-02-2016	09-02-2016	6d	[Blue bar]																																																											
13	Møde i Følgegruppen	10-02-2016	10-02-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
14	Følgegruppen udarbejder 1. udkast til strategi for velfærdsteknologi og telemedicin	01-02-2016	25-02-2016	19d	[Blue bar]																																																											
15	Møde i Følgegruppen	26-02-2016	26-02-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
16	Internt review af 1. udkast i følgegruppen	25-02-2016	01-03-2016	4d	[Blue bar]																																																											
17	Følgegruppen udarbejder status og sender 1. udkast til strategi og udkast til høringsbrev til møde i DAK den 1. april 2016	01-03-2016	08-03-2016	6d	[Yellow bar]																																																											
18	Møde i DAK	01-04-2016	01-04-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
19	Følgegruppen udarbejder 2. udkast på baggrund af kommentarer fra DAK	04-04-2016	07-04-2016	4d	[Blue bar]																																																											
20	Internt review af 2. udkast i følgegruppen	08-04-2016	12-04-2016	3d	[Blue bar]																																																											
21	Høringsperiode	12-04-2016	28-04-2016	13d	[Yellow bar]																																																											
22	Høringsvar indarbejdes i 2. udkast	29-04-2016	09-05-2016	7d	[Blue bar]																																																											
23	Internt review af strategien i følgegruppen	09-05-2016	12-05-2016	4d	[Blue bar]																																																											
24	Følgegruppen udarbejder status og forbereder strategi til godkendelse på møde i DAK den 15. juni 2016	12-05-2016	18-05-2016	5d	[Blue bar]																																																											
25	Møde i DAK: Godkendelse af strategi	15-06-2016	15-06-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
26	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 16. august 2016 til formandskabet i DAK	17-06-2016	24-06-2016	6d	[Yellow bar]																																																											
27	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 16. august 2016	01-07-2016	07-07-2016	5d	[Blue bar]																																																											
28	Møde i SKU	16-08-2016	16-08-2016	0d	[Blue diamond]																																																											

## 6. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens

---

### SAGSFREMSTILLING

Folketinget vedtog den 19. december 2014 lovforslag L 57 om ændring af Sundhedsloven vedr. hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Lovændringen indeholder bl.a. en forpligtigelse for regionsråd og kommunalbestyrelser til at indgå aftaler om fælles hjælperordninger for borgere, som har respiratorhjælpere efter Sundhedslovens § 79, stk. 1 og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service. En samarbejdsaftale omfatter ikke sundhedsfaglig behandling.

Sundheds- og ældreministeriet har som følge af lovændringen udsendt en ny bekendtgørelse og en ny vejledning om fælles hjælperordninger. Bekendtgørelsen og tilhørende vejledning trådte i kraft den 31. august 2015.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med de nye regler på området bl.a. er:

- At sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet
- At medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres

Det Administrative Kontaktforum besluttede på sidste møde den 11. november 2015, at en arbejdsgruppe skal udarbejde forslag til ny samarbejdsaftale og, at arbejdsgruppen skal referere til Følgegruppen for Behandling og Pleje. Det Administrative Kontaktforum bad Følgegruppen om at udarbejde forslag til kommissorium for arbejdsgruppen. Det er dette forslag til kommissorium, som er på dagsorden til godkendelse.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender forslaget til kommissorium.
- Godkender at der igangsættes udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen.

---

### BILAG:

- 1 [Forslag til kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens](#)





Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet  
Journal nr.: 15/46180  
Dato: 1. december 2015

Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard  
E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk  
Telefon: 2920 1194

## UDKAST

### **Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens**

#### **Baggrund**

Folketinget vedtog den 19. december 2014 lovforslag L 57 om ændring af sundhedsloven vedr. hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Lovændringen pålægger bl.a. regionsråd og kommunalbestyrelser at indgå aftaler om fælles hjælperordninger. Aftalerne skal omfatte tilrettelæggelse af hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respiratorhjælpere efter Sundhedslovens §79, stk. 1 og hjælpere efter §§83, 85, 95 eller 96 i lov om social service.

Aftalen omfatter ikke sundhedsfaglig behandling.

Sundheds- og ældreministeriet har, i medfør af ovenstående, udsendt en bekendtgørelse og en vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens, som begge trådte i kraft den 31. august 2015.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med de nye regler på området bl.a. er:

- At sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet
- At medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres

Der nedsættes en arbejdsgruppe som skal udarbejde forslag til en samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens. Arbejdsgruppen refererer til følgegruppen for Behandling og Pleje.

#### **Rammer for arbejdsgruppens arbejde**

Arbejdsgruppen skal udarbejde sit forslag inden for rammen af bekendtgørelse og vejledning og med udgangspunkt i den nuværende "Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr". Denne samarbejdsaftale er et bilag til Sundhedsaftalen 2011 – 2014, som senest er godkendt i DAK den 9. januar 2013.

Aftalen skal overholde følgende krav og forpligtelser:

(Der henvises endvidere til bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens).

- Aftalen skal omhandle personer, der har hjælpere til respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og har hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96. Aftalen skal også gælde for ordninger, hvor børn har hjælpere til respiratorbehandling efter



sundhedsloven og efter servicelovens §83 i kraft af henvisningen i servicelovens §44

- Aftalen skal indeholde en klar definition af målgruppen for de fælles hjælperordninger
- Aftalen skal omhandle den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl om, herunder fordeling af udgifterne forbundet med de fælles ordninger, bl.a.
  - Fordeling af udgifter forbundet med fælles hjælperordninger
  - Brugen af vikarer
  - Særlige forhold i forbindelse med borgerens eventuelle indlæggelse på sygehus, ferier m.v.
  - Aftale om hvorvidt regionsråd eller kommunalbestyrelserne i regionen varetager betalingen af udgifterne til hjælperordningerne
  - Alle administrative omkostninger forbundet med driften af de enkelte aftaler for fælleshjælperordninger
- Ved fordeling af udgifterne tages der udgangspunkt i *de samlede udgifter til ordningen*, herunder udgifter til aflønning af hjælperne, udgifter forbundet med arbejdsgiveropgaver, administration af ordningen, nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen, sygefravær, vikardækning, forsikringer m.v.
- Fordelingen af udgifterne for den fælles hjælperordning skal i alle tilfælde tage udgangspunkt i *det samlede antal timer*, en borger modtager hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§83, 85, 95 eller 96.
- Det samlede antal timer i en fælles hjælpeordning udgør i praksis maksimalt 24 timer i døgnet.
- Aftalen skal indeholde principper for fordeling af udgifterne forbundet med fælles hjælperordninger, jf. ovenstående. Hvis ikke aftalen indeholder principper for fordeling, træder den centralt fastsatte fordelingsnøgle i kraft (67% af udgifterne afholdes af regionen, 33% af kommunen).
- Det fremgår direkte af vejledningen, at uanset om region og kommuner selv aftaler en nøgle for fordeling af udgifterne eller om de anvender den centralt fastsatte fordelingsnøgle, så gælder fordelingsnøglen fra bekendtgørelsens ikrafttræden (31. august 2015) både for ordninger, som var etableret inden bekendtgørelsens ikrafttræden og for ordninger, som indgås efter bekendtgørelsens ikrafttræden.
- Der kan aftales særlige principper for fordeling af udgifterne i følgende tilfælde:
  - ved opstart af fælles hjælperordning,
  - i den periode det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet,
  - hvis borgeren bliver indlagt på sygehus eller
  - hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 er forskellige.

Disse principper skal derefter gælde for alle hjælperordninger, hvor den pågældende situation gør sig gældende.



### *Respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens §42, §84, stk. 1, §§97 eller 118*

Det er ikke krav om, at region og kommuner indgår aftale om tilrettelæggelse af hjælperordninger i de tilfælde, hvor borgeren har hjælpere til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §42, §84, stk. 1, §§97 eller 118, men parterne har mulighed for at indgå sådanne aftaler.

Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til hvorvidt sådanne aftaler bør indgås og i givet fald inden for hvilke rammer (jf. vejledningens kap. 5.2)

#### **Procedure for godkendelse af leverancer**

Arbejdsgruppen leverer sit forslag til samarbejdsaftale til følgegruppen for behandling og pleje. Følgegruppen skal derefter sikre, at udkastet bliver behandlet i Det administrative kontaktforum (DAK). Det er herefter DAK, der beslutter hvordan aftalen skal sendes til godkendelse i region og kommuner.

Hvis arbejdsgruppen undervejs bliver uenige eller der opstår uklarhed om rammer for opgaven, principper el. lign, skal arbejdsgruppen snarest forelægge sagen for følgegruppen for behandling og pleje, som herefter afgør, om den kan håndtere problemstillingen eller om der skal forelægges en sag til behandling i DAK.

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Arbejdsgruppens sammensætning skal sikre, at der både er faglige såvel som administrative, juridiske og ledelsesmæssige kompetencer til stede i gruppen.

Gruppen skal etableres med et formandskab, der består af en ledelsesrepræsentant for kommunerne og en fra regionen. Formandskabet er ansvarlige for fremdrift i gruppen.

Derudover skal der være

- 4 repræsentanter udpeget af kommunerne
- 4 repræsentanter udpeget af regionen

Arbejdsgruppen kan indkalde ressourcepersoner efter behov.

Gruppen sekretariatsbetjenes af en sekretær udpeget af kommunerne og en udpeget af regionen. Sekretariatet bistår gruppen med praktisk mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordener og referater. Sekretariatet er pennefører på det samlede aftaleudkast i tæt samarbejde med formandskabet for gruppen.

#### **Tentativ tidsplan for arbejdet:**

Arbejdsgruppen træder sammen senest 1. februar 2016.

På mødet i DAK i juni 2016 præsenteres første udkast til samarbejdsaftale.

Endelig aftale forventes herefter godkendt efteråret 2016.

## **7. Den midlertidige situation og midlertidig aftale vedr. fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens**

---

### **SAGSFREMSTILLING**

På baggrund af en ændring i Sundhedsloven trådte den 31. august 2015 en ny bekendtgørelse og en ny vejledning i kraft vedr. fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. Det fremgår af vejledningen, at formålet med reglerne bl.a. er at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere er formålet at medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenkles og samlet set reduceres. Som en del af dette indeholder den nye bekendtgørelse en fast fordelingsnøgle for fordelingen af de økonomiske udgifter mellem regionen og kommunerne i så fald, at der ikke foreligger en aftale. Det fremgår af vejledningen, at den nye fordelingsnøgle til fordelingen af udgifterne har virkning for alle eksisterende og fremadrettede aftaler i så fald, at man mellem region og kommuner ikke aftaler en anden fast fordelingsnøgle.

Da den nye lovændring og medfølgende bekendtgørelse endvidere medfører, at region og kommuner skal indgå en samarbejdsaftale for området, så opstår der en midlertidig situation eller periode mellem bekendtgørelsens ikrafttrædelse og frem til en sådan samarbejdsaftale er udarbejdet og tiltrådt.

Denne problematik blev oplyst af Regionen på sidste møde i Det Administrative Kontaktforum. Det blev aftalt, at Regionen skulle fremsende sine overvejelser om den videre proces, herunder på hvilke præmisser der indgås aftaler i perioden fra den 31. august til en ny samarbejdsaftale er trådt i kraft. Regionen har efterfølgende fremsendt forslag til ny midlertidig samarbejdsaftale for borgere med kronisk respirationsinsufficiens.

### **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter de midlertidige aftaleforhold, herunder forslaget til midlertidig aftale.

---

### **BILAG:**

- 1 [Forslag til midlertidig aftale om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens](#)

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet  
Journal nr.:  
Dato: 6-11-2015

Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard  
E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk  
Telefon: 2920 1194

# Midlertidig aftale om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respiratorinsufficiens

## Orientering fra Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark.

### Ny bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens

En ændring af sundhedsloven den 14. november 2014, betyder blandt andet at der skal indgås aftale mellem Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen om tilrettelæggelse af hjælpeordninger i hjemmet til personer, som både har respiratorhjælpere efter §79, stk. 1, og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service (§205d). Desuden medfører lovændringen, at der fastsættes regler om fordeling mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen af udgifterne til hjælpeordninger til de personer, der er omfattet af ovenstående (§240 a).

Sundheds- og ældre ministeriet har, i medfør af ovenstående, i august 2015 udsendt bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respiratorinsufficiens, som begge trådte i kraft pr. 31. august 2015.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med reglerne bl.a. er at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere er formålet at medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres.

I Region Syddanmark og de 22 kommuner eksisterer der i dag en samarbejdsaftale: *"samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr"*. Denne aftale beskriver fordelingen af ansvar mellem sektorerne og desuden rammer for fordelingen af udgifter i forbindelse med fælles hjælperordninger. Aftalen er senest revideret i januar 2013.

Det fremgår af aftalen, at denne skal revideres så snart ny vejledning om håndtering af respiratorbrugere i eget hjem forelægges eller hvis der sker afgørende ændringer i lovgrundlaget.

### Udvikling og forhandling af ny aftale om fælles hjælpeordninger

Det administrative kontaktforum vil, på baggrund af ovenstående snarest anmode Følgegruppen for behandling og pleje om at etablere en tværsektoriel arbejdsgruppe. Denne arbejdsgruppe får til opgave at udvikle forslag til en ny aftale som skal sikre opfyldelse af bekendtgørelse og vejledning.

### Midlertidig model for fordeling af udgifter til fælles hjælpeordninger

Målet med en ny samarbejdsaftale er blandt andet at udvikle en model for, hvordan de fælles hjælpeordninger skal tilrettelægges (med udgangspunkt i reglerne beskrevet i vejledningen).

Det fremgår af bekendtgørelsen at de samlede udgifter til fælles hjælperordninger i hjemmet til personer som både har respirationshjælpere efter §79, stk. 1 i Sundhedsloven og hjælp efter §§83, 85, 95 eller 96 i Lov om social servide, skal fordeles mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen. Aftalen skal indeholde principper for fordeling af disse udgifter. Hvis ikke der kan indgås aftale om principper for fordeling af udgifterne, er der i bekendtgørelsen fastslået en fordelingsnøgle, som siger, at regionsrådet afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunalbestyrelserne i regionen afholder 33 pct. af de samlede udgifter, dog maksimalt 24 timer pr. døgn.

Det fremgår også af vejledningen, at en ny fordelingsnøgle for udgifter skal gælde både eksisterende og fremtidige ordninger fra bekendtgørelsens ikrafttræden 31. august 2015, hvorfor alle aftaler om fælles hjælpeordninger skal genforhandles i overensstemmelse med aftalte fordelingsnøgle den nye samarbejdsaftale.

Eksisterende aftaler om fælles hjælpeordninger videreføres frem til en ny samarbejdsaftale foreligger. Herefter efterreguleres økonomien for aftalerne med tilbagevirkende kraft til 31. august 2015, hvor bekendtgørelsen trådte i kraft. For nye aftaler, som indgås frem til ny samarbejdsaftale foreligger, gælder fordelingsnøglen 67/33, altså at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunerne afholder 33 pct. af de samlede udgifter, dog maksimalt 24 timer pr. døgn. Når ny aftale foreligger med endelig fordelingsnøgle, efterreguleres økonomien også for disse aftaler.

Denne midlertidige aftale er godkendt af Det Administrative Kontaktforum datoXXX

Bilag:

- Bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens
- Vejledning om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens
- Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr

## 8. Godkendelse af kommissorium for tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe

---

### SAGSFREMSTILLING

Implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) omfatter mange parter. Sundhedskoordinationsudvalget, Det Administrative Kontaktforum (DAK) og de lokale samordningsfora udgør de regionale, tværsektorielle fora, der har FMK-implementeringen på dagsordenen.

Sygehusene og kommunerne har egne, interne FMK-organisationer til at understøtte korrekt anvendelse af FMK. Praksisafdelingen i Region Syddanmark samarbejder med PLO Syddanmark, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og lægepraksissystemerne om at understøtte korrekt anvendelse af FMK i praksissektoren.

Hver sektor tager således hånd om FMK-relaterede problemer i egen organisation. Men der mangler en handlekraftig gruppe af FMK-nøglepersoner, som kan hjælpe parterne på tværs af sektorerne, når der er behov for hurtige afklaringer eller fælles udmeldinger. På den baggrund besluttede DAK på møde den 11. november 2015, at der under Følgegruppen for behandling og pleje skal nedsættes en proaktiv FMK-gruppe til at følge og understøtte de forskellige sektors implementering af FMK. FMK-gruppen skal sikre en tæt kobling mellem den viden, man opnår i arbejdsgruppen og FMK-arbejdet i de lokale samordningsfora (SOF).

Der er nu udarbejdet et kommissorium for FMK-arbejdsgruppen.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender kommissoriet for den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe

---

### BILAG:

- 1 [Udkast til kommissorium for FMK-arbejdsgruppe](#)

## UDKAST

Kommissorium for tværsektoriel, proaktiv FMK- gruppe

### Baggrund

Implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) omfatter mange parter. Sundhedskoordinationsudvalget, Det Administrative Kontaktforum (DAK) og de lokale samordningsfora udgør de regionale, tværsektorielle fora, der har FMK-implementeringen på dagsordenen.

Sygehusene og kommunerne har egne, interne FMK-organisationer til at understøtte korrekt anvendelse af FMK. Praksisafdelingen samarbejder med PLO Syddanmark, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og lægepraksissystemerne om at understøtte korrekt anvendelse af FMK i praksissektoren.

Herudover har MedCom i programmet for MedCom 10 (2016-2017) fokus på korrekt anvendelse af FMK i hjemmeplejen og praksissektoren.

Hver sektor tager således hånd om FMK-relaterede problemer i egen organisation. Men der mangler en handlekraftig gruppe af FMK-nøglepersoner, som kan hjælpe parterne på tværs af sektorerne, når der er behov for hurtige afklaringer eller fælles udmeldinger. På den baggrund besluttede DAK på møde den 11. november 2015, at der under Følgegruppen for behandling og pleje skal nedsættes en proaktiv FMK-gruppe til at følge og understøtte de forskellige sektors implementering af FMK. FMK-gruppen skal sikre en tæt kobling mellem den viden, man opnår i arbejdsgruppen og FMK-arbejdet i de lokale samordningsfora (SOF).

### Formål

Formålet med FMK-gruppen er, at:

- Være proaktiv i forhold til tværsektorielle problemer og gode erfaringer med korrekt anvendelse af FMK
- Opsamle, dele og løse problemer i tæt samarbejde med den regionale FMK-organisation og kommunale FMK-nøglepersoner
- Videreformidle problemstillinger (og løsninger) til ledelses- og implementeringsrepræsentanter (SOF'erne) ved behov
- Melde tilbage til brugere, som har rejst en given problemstilling
- Kommunikere viden om og gode erfaringer med korrekt anvendelse af FMK

### Opgaver

FMK-gruppens opgaver afhænger af de løbende problemer og gode erfaringer, der gøres med det tværsektorielle samarbejde om FMK, - nationalt, regionalt og lokalt. Gruppen arbejder med temaer, som gruppen selv bliver opmærksom på eller som kommuner/praksis/sygehuse/apoteker melder ind til gruppen.

FMK-gruppen arbejder sammen med MedCom om at understøtte korrekt anvendelse af FMK.

FMK-gruppen sikrer tilbagemelding og udbredelse af korrekt anvendelse af FMK til brugerne af FMK via sektorernes FMK-organisation.

### Sammensætning

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra kommuner, region, praksissektor og apoteker i primærsektoren med indgående kendskab til den konkrete anvendelse af FMK i egen sektor.

MedComs FMK-team kan på ad hoc-basis indgå i et samarbejde med FMK-gruppen, hvor det skønnes relevant.

Gruppens sammensætning:

- 1-2 repræsentanter fra kommunerne (fx FMK-projektleder eller leder af hjemmeplejen)
- 1 -2 repræsentanter fra sygehusene (fx regional FMK-projektleder eller FMK- projektleder fra en sygehusenhed)



- 1-2 repræsentanter for praksissektoren (fx en praksiskonsulent eller kvalitetskonsulent med FMK-opgaver i almen praksis eller FAPS-repræsentant)
- 1 datakonsulent (regional kontaktperson for FMK i praksissektoren)
- 1 repræsentant fra apotekerne i primærsektoren (fx en kredskonsulent eller en apoteker)

Tovholdere for gruppen:

Christina Ryborg, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Bente Overgaard Larsen, Sundhedsstaben i Region Syddanmark. Tovholderne er bl.a. ansvarlige for løbende orientering af Følgegruppen for behandling og pleje.

### **Reference**

FMK-gruppen refererer til Følgegruppen for behandling og pleje, som refererer til DAK.

## 9. Aftaler om blodprøvetagning i eget hjem

---

### SAGSFREMSTILLING

Der har på alle sygehusenheder i Region Syddanmark været ordninger, hvorunder sygehuspersonale er kørt ud og har taget blodprøver på svært transportable patienter i deres eget hjem. Ordningerne har været meget forskellige, bl.a. i henseende til, hvad de har dækket geografisk og ydelsesmæssigt.

Imidlertid forpligtede Region Syddanmark i den tidligere sundhedsaftale med Odense Kommune sig til at tage initiativ til harmonisering af de nuværende ordninger vedr. blodprøvetagning i eget hjem.

På denne baggrund nedsatte Det Administrative Kontaktforum den 25. september 2014 en arbejdsgruppe, som fik til opgave at formulere et forslag til en aftale om en fælles, syddansk model for blodprøvetagning i eget hjem, som kunne indgå i bilagsmaterialet til den sundhedsaftale, som er gældende i perioden 2015-2018.

Arbejdsgruppen har haft følgende medlemmer:

#### Fra kommunerne:

- Socialoverlæge Lene Annette Norberg, Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune (Kommunal medformand)
- Sundheds- og plejeforfatter Bente Fournaise, Sundhed og Pleje, Kerteminde Kommune
- Plejeforfatter Marianne Hansen, Plejen, Fredericia Kommune
- Hjemmesygeplejeforfatter Anni Kjærgaard Sørensen, Esbjerg Kommune
- Plejecenterleder Børge Moos, Sønderborg Kommune

#### Fra PLO:

- Almen praktiserende læge Ditte de Churruca-Colon, PLO-Syddanmark

#### Fra Region Syddanmark:

- Chefkonsulent Annette Lunde Stougaard, Afdelingen for Sundhedssamarbejde og kvalitet, Region Syddanmark (Regional medformand)
- Ledende overlæge Steen Antonsen, Klinisk-Biokemisk Afdeling, OUH-Svendborg
- Vicekontorchef Lejf Hansen, Økonomi- og Planlægningsafdelingen, Sygehus Lillebælt
- AC-fuldmægtig Niels Grimstrup, Direktionssekretariatet, Sydvestjysk Sygehus
- Centerchef Susan Cording, Laboratoriecentret, Sygehus Sønderjylland
- Chefkonsulent Tine Carvin, Praksisafdelingen, Region Syddanmark
- Økonomisk konsulent Esben Fuglsig, Sundhedsøkonomi, Region Syddanmark

- Specialkonsulent Arne Vesth Pedersen,  
Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark

Udgangspunktet i arbejdet har været at formulere en praktisk anvendelig ordning, som kan gøre det muligt for sårbare og svært transportable patienter at undgå unødigt transport. Samtidigt har det været et centralt ønske, at alle kommuner i Region Syddanmark får et ensartet tilbud i forhold til de vilkår, hvorunder udgående sygehuspersonale kan varetage blodprøvetagningsopgaven.

Arbejdsgruppen er i enighed nået frem til et forslag til en fælles, syddansk model, som har form af dels en rammeaftale, dels en standardaftale.

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

På baggrund af rammeaftalen kan den enkelte kommune vælge at indgå en standardaftale med det relevante sygehus. Standardkontrakten beskriver primære målgruppe, proces for bestilling, kommunikation og planlægning samt taksterne for ordningen. Taksterne er beregnet ud fra, at sygehusenes aktivitet i medfør af aftalen skal kunne hvile i sig selv.

Det bemærkes, at arbejdsgruppens forslag til en fælles, syddansk model for blodprøvetagning i eget hjem er godkendt af formandskabet for Følgegruppen for Opgaveoverdragelse.

## **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender arbejdsgruppens forslag

---

## **BILAG:**

- 1 [Rammeaftale om blodprøvetagning i eget hjem](#)
- 2 [Standardaftale om blodprøvetagning i eget hjem](#)
- 3 [Model for beregning af omkostninger til blodprøvetagning i eget hjem](#)

## **Rammeaftale om blodprøvetagning i eget hjem.**

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

Rammeaftalen skal sikre at borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og som på grund af somatiske eller psykiske lidelser kun med stort besvær kan komme til læge eller ambulatorium, får mulighed for at få taget blodprøve i eget hjem. Aftalen omfatter ikke akutte blodprøver.

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

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

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

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

Parterne er enige om, at rammeaftalen om blodprøvetagning i eget hjem er en service, som den enkelte kommune alene afgør om man ønsker at tilbyde.

## **Evaluering af aftalens anvendelse**

Parterne er enige om at evaluere aftalens anvendelse senest 2 år efter godkendelse.

Evalueringen skal blandt andet belyse:

- Hvor mange kommuner har indgået aftaler?
- Antal besøg pr. kommune og pr. bioanalytikerenhed
- Antal blodprøver
- Antal unikke borgere, der får taget blodprøver
- Om aftalen har konsekvenser for antallet af blodprøveydelser, der leveres af den praktiserende læge
- Registrerede utilsigtede hændelser og uhensigtsmæssige forhold eller hændelser, der i øvrigt observeres af brugere af ordningen.

Det anbefales, at Følgegruppen for effekt, kvalitet og økonomi får til opgave at evaluere aftalen på de ovenstående parametre.

## **Fortolkning af rammeaftalen og håndtering af tvister i forhold til indgåede aftaler**

Aftalen er godkendt af og forankret administrativt under Det Administrative Kontaktforum, som uddelegerer ansvaret for aftalen til Følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Uenigheder om fortolkning af rammeaftalen eller i forbindelse med konkrete aftaler søges i første omgang afklaret i det relevante lokale samordningsforum.

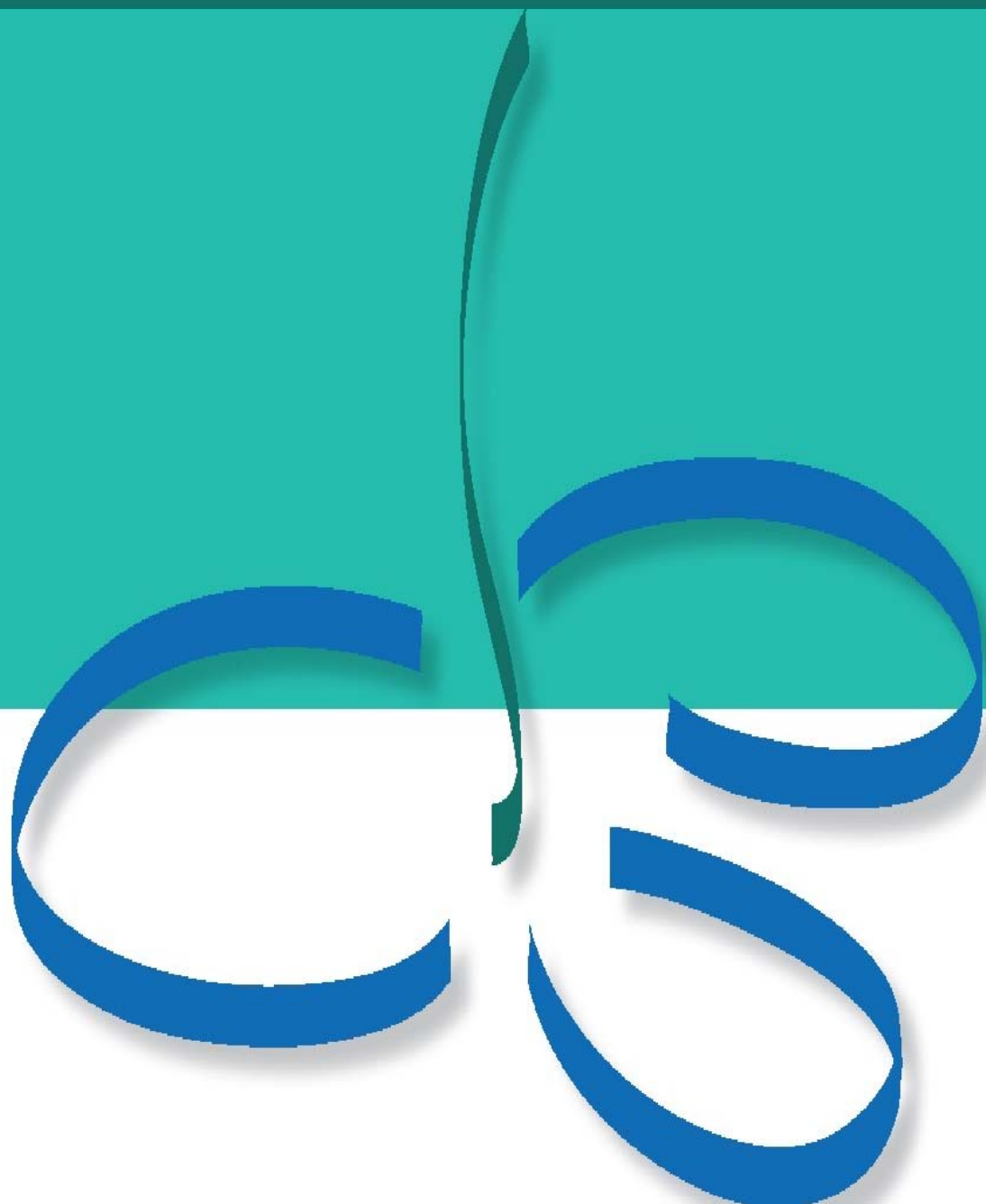
Ved principielle problemstillinger eller uklarheder forelægges sagen Følgegruppen for opgaveoverdragelse, som herefter vil tage stilling til, om sagen skal rejses for Det Administrative Kontaktforum.

Denne rammeaftale er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX 2016.

### **Bilag til denne aftale:**

Bilag 1: Standardaftale

Bilag 2: Beregningsmodel for beregning af den aktuelle takst



# Standardaftale om blodprøvetagning i eget hjem

Region Syddanmark og de 22 kommuner

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

1. [.....] Afdeling , [.....] Sygehus foretager efter aftale ambulante blodprøvetagning i borgerens hjem.
2. Målgruppen for prøvetagning i medfør af denne aftale er borgere i [.....] Kommune, der er tilknyttet hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, og som på grund af sygdom eller handicap har brug for ledsagelse og/eller vanskeligt kan klare transport til/fra sygehus, herunder borgere, som kun kan transporteres liggende.

3. Rekvisition af blodprøver og stillingtagen til, hvor prøverne kan tages, er principielt uafhængige aktiviteter.

Rekvisition af blodprøver sker altid på lægelig indikation, og undersøgelsesresultaterne afleveres til den læge/sygehusafdeling, der har rekvideret undersøgelse, uanset hvor prøverne er taget.

Blodprøver kan tages på regionens sygehuse, af den praktiserende læge eller i henhold til denne aftale af personale fra en klinisk-biokemisk afdeling i patientens hjem.

Det bemærkes, at nogle analyser kræver speciel håndtering og kun kan foretages på blodprøver, der er taget på sygehuset.

4. Hvis rekvisitionen af en blodprøve vurderer, at en borger kan være en del af målgruppen for denne aftale, går rekvisitionen i dialog herom med borgerens kommune.
5. Når hjemmeplejen/hjemmesygeplejen efter dialog med rekvisitionen og borgeren (eller evt. dennes pårørende) vurderer, at der jf. aftalens §2 er behov for prøvetagning foretaget i borgerens eget hjem, giver hjemmeplejen besked herom til [.....] Afdeling. Det skal i den forbindelse angives, hvis prøven skal tages et andet sted end på borgerens folkeregisteradresse. Kommunikation fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejen til sygehusafdelingen sker via aftalte lokationsnumre.

[.....] Afdeling skriver til borgeren om dato og omtrentligt tidspunkt for prøvetagning. Hvis der i denne forbindelse er behov for, at sygehusafdelingen også orienterer kommunen, sker dette via aftalte lokationsnumre.

6. Prøvetagning i medfør af aftalen kan kun finde sted på hverdage, sædvanligvis senest 10 hverdage efter, at [.....] Afdeling har modtaget henvisningen/beskeden.

Hvis der sker en ændring i patientens tilstand, således at blodprøvetagning i hjemmet ikke længere er relevant, er det kommunens ansvar at sikre, at blodprøvetagningen aflyses, så snart kommunen bliver bekendt hermed.

Aflysninger ind til 24 timer før planlagte blodprøvetagninger sker via aftalte lokationsnumre . Aflysninger mindre end 24 timer før planlagte blodprøvetagninger sker på aftalte telefonnumre.

Ønske om prøvetagning på forudbestilte dage vil blive forsøgt efterkommet, men dette kan ikke påregnes.

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

Kommunen skal sikre, at der kan foretages sikker patientidentifikation, evt. ved at udstyre borgeren med et ID-armbånd eller ved at sikre, at en medarbejder eller pårørende er til stede.

Hvis borgeren ikke selv kan sikre, at døren til boligen åbnes, skal der ved bestillingen af blodprøvetagningen aftales, hvordan den sygehusansatte får adgang til boligen

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

9. Der afregnes med en fast pris pr. henvisning (2015-niveau: 135,00 kr.), svarende til den ekstra tid, blodprøvetagning i eget hjem gennemsnitligt tager sammenlignet med blodprøvetagning i laboratoriet.

Derudover afregnes for tid medgået til transport (i 2015-niveau med 4,72 kr. pr. transporteret km.). Tid brugt på såvel kørsel som færgetransport indgår i transporttiden.

Priserne reguleres årligt med den generelle fremskrivningsprocent for løn.

Desuden afregnes selve kørslen med statens højeste takst for tjenesterejser ved kørsel i egen bil.



10. [...] Afdeling planlægger prøvetagningsruterne, så transport og transporttid minimeres.
11. Opsigelsesvarsel  
Aftalen kan skriftligt opsiges af begge parter med et varsel på 6 måneder til den 1. i en måned.
12. Ved tvivlspørgsmål og uenigheder henvises til rammeaftalen, som kan findes på hjemmesiden [www.regionsyddanmark.dk/XXXX](http://www.regionsyddanmark.dk/XXXX)
13. Aftalen træder i kraft pr. \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

For [...] Sygehus

\_\_\_\_\_

For [...] Kommune

\_\_\_\_\_

#### Kontaktpersoner:

Arne Vesth Pedersen, Afdelingen for Sundhedssamarbejde & Kvalitet, Region Syddanmark.  
Arne.Vesth.Pedersen@rsyd.dk

Lene Annette Norberg, Ældre og Handicapforvaltning, Odense Kommune.  
Lano@odense.dk

## Ekstra omkostninger i forbindelse med prøvetagning i patientens hjem

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

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

Timeløn - effektiv - gennemsnit 281,56  
 Lokallønstillæg for prøvetagning i patientens hjem 28,00  
 Timeløn i alt **309,56**

Omkostninger til administration og ekstra prøv 125,89  
 9,50 Brev-porto 2016 (normal brev 19 kr) Der kalkuleres med, at 50% af patienterne skal have almindeligt brev - fritaget for digital post  
 Porto almindeligt brev  
**Gennemsnitlige omkostninger i alt 135,39**

Gennemsnitlig årsløn - bioanalytiker 403.419  
 1432,8 Effektive timer a la OUH (brutto - (ferie+ helligdage+pauser+anden personlig tid)

## **10. Drøftelse af Claus Vinther Niensens oplæg om rehabilitering afholdt i Det Administrative Kontaktforum den 11. november 2015**

---

### **SAGSFREMSTILLING**

På mødet i Det administrative Kontaktforum den 11. november holdt Claus Vinther Nielsen, professor i klinisk socialmedicin ved Aarhus universitet og ledende regionssocialoverlæge ved Marselisborgcentret – Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, under dagsordenpunktet "Sundhedsaftalerne og den rehabiliterende tilgang" et oplæg med titlen "Det rehabiliterende perspektiv – på tværs". Oplægget blev vel modtaget.

På grund af tidsnød blev det besluttet, at drøftelsen af oplægget skulle ske på mødet den 29. januar. Endvidere blev det kort drøftet, om Det administrative Kontaktforum evt. skulle besøge Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling for bl.a. høre mere om det igangværende arbejde med monitorering af patientforløbsprogrammerne.

### **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter oplægget, som Claus Vinther Nielsen holdt.

---

### **BILAG:**

- 1 [Claus Vinther Niensens oplæg fra mødet i Det administrative Kontaktforum den 11. november 2015](#)



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Det rehabiliterende perspektiv – på tværs Det administrative kontaktforum, RS, 11.11.2015



**Claus Vinther Nielsen**

Professor, overlæge, ph.d., forskningschef

Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, **Region Midtjylland** og

Institut for Folkesundhed, **Aarhus Universitet**

[www.MarselisborgCentret.dk](http://www.MarselisborgCentret.dk)

[claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk)



7 forskere

## Det rehabiliterende perspektiv – på tværs

4 TAP  
85% ekstern finansiering

Produktion 2014  
3 ph.d.  
28 peer reviewed artikler  
En række konsulentopgaver

Claus Vinther Nielsen  
Professor ph.d., forskningschef  
Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering  
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling,  
Region Midtjylland og  
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

[www.MarselisborgCentret.dk](http://www.MarselisborgCentret.dk)  
[claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk)



Udfordringer i de kommende år

Med visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 sætter vi retnin-  
gen for, hvordan vi kan gøre det endnu bedre, fordi vi i disse  
år skal håndtere flere store udfordringer sammen:

- Ældre
  - Flere
  - Færdigheder
  - SV
  - 70
- Vi får stadig flere ældre medborgere – og stadig flere bor-  
gere med kronisk sygdom
  - Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig  
mere behandling til flere
  - Borgerne ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige  
dagligdag – før, under og efter deres egen eller pårøren-  
des behandling
  - Det økonomiske råderum er stærkt begrænset – også for  
sundhedsvæsenet
  - Vi får stadig flere psykisk sårbare

arbejdsstyrken)

- Borgerinddragelse
- Manglende sammenhæng
- Forskellige referencerammer i s  
der til når funktionsevnen svigt

nger i DK

og "kultursygdomme"



**Offentlig  
forsørgede 2014  
I alt 702.000****Danmarks statistik 2015**<http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/offentligt-forsoergede/16-64-aarige-offentligt-forsoergede.aspx>

Ledige	106.000
Støttet beskæftigelse, fleksjob og skånejob + div.	93.000
Barsel	45.000
Førtidspension	223.000
Efterløn	90.000
Sygedagpenge	55.000
Kontanthjælp	90.000

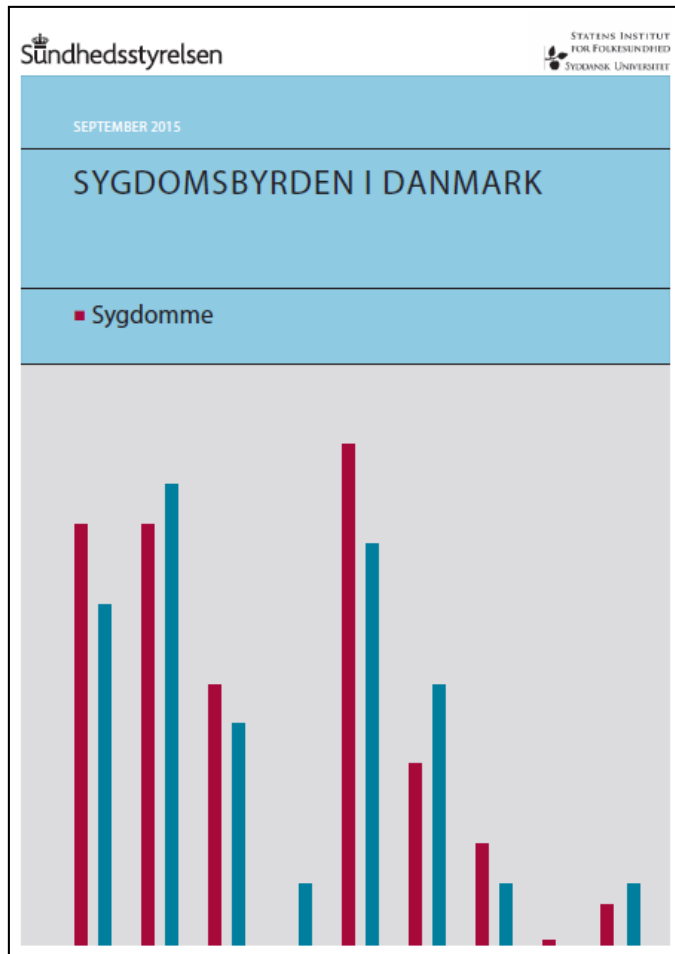


AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

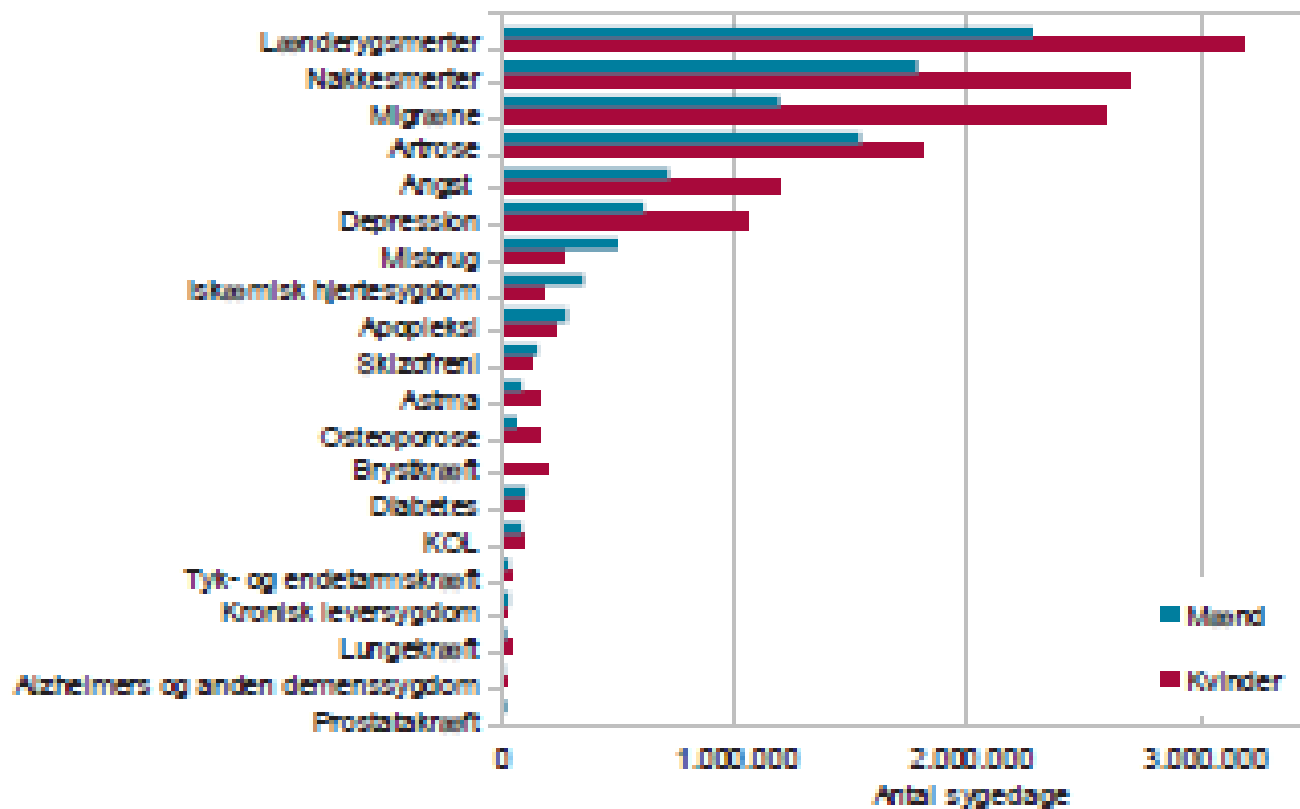


Sundhedsstyrelsen 8.9.2015

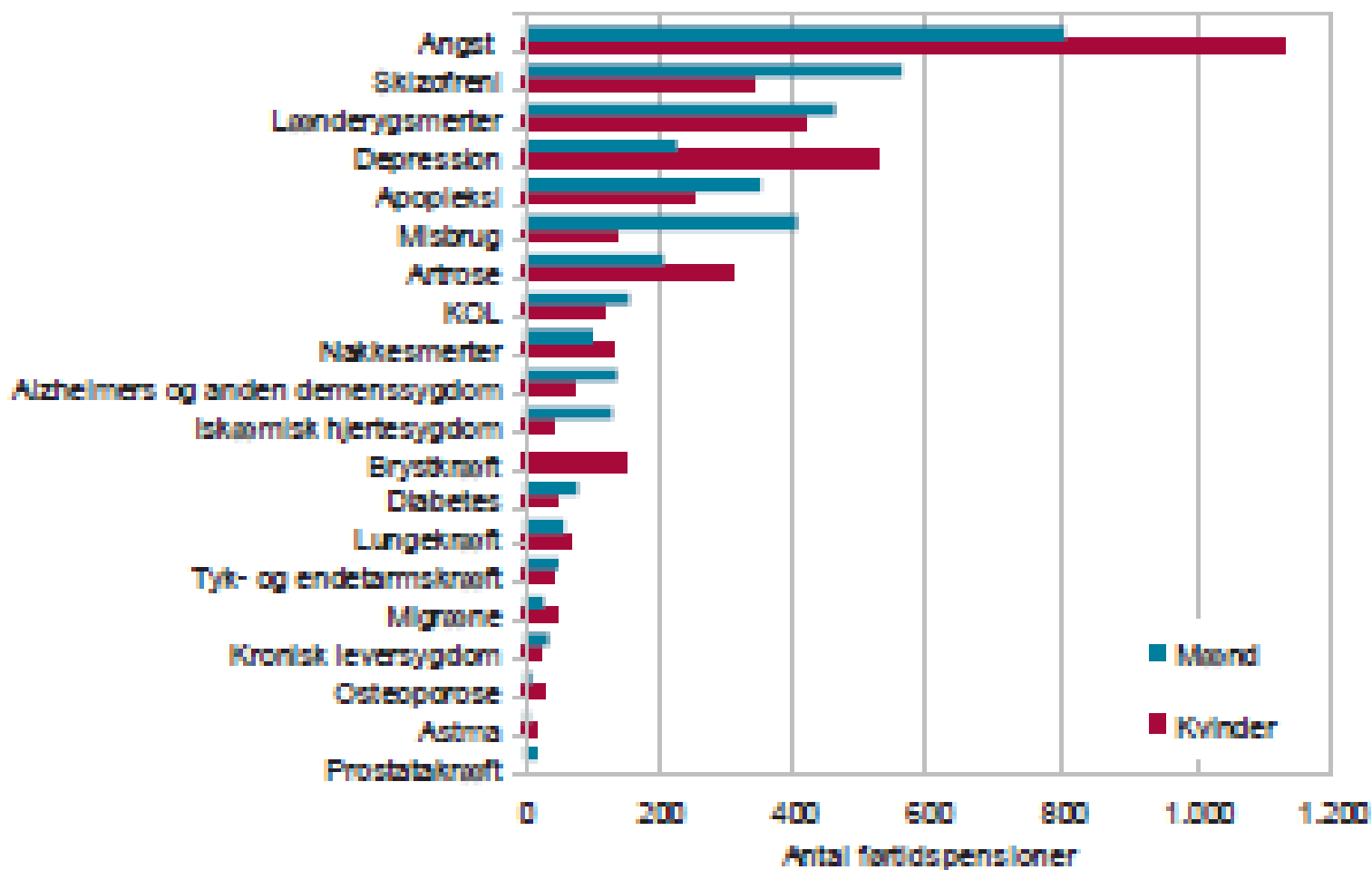




Sygedage i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder.  
Årligt gennemsnit 2010-12.

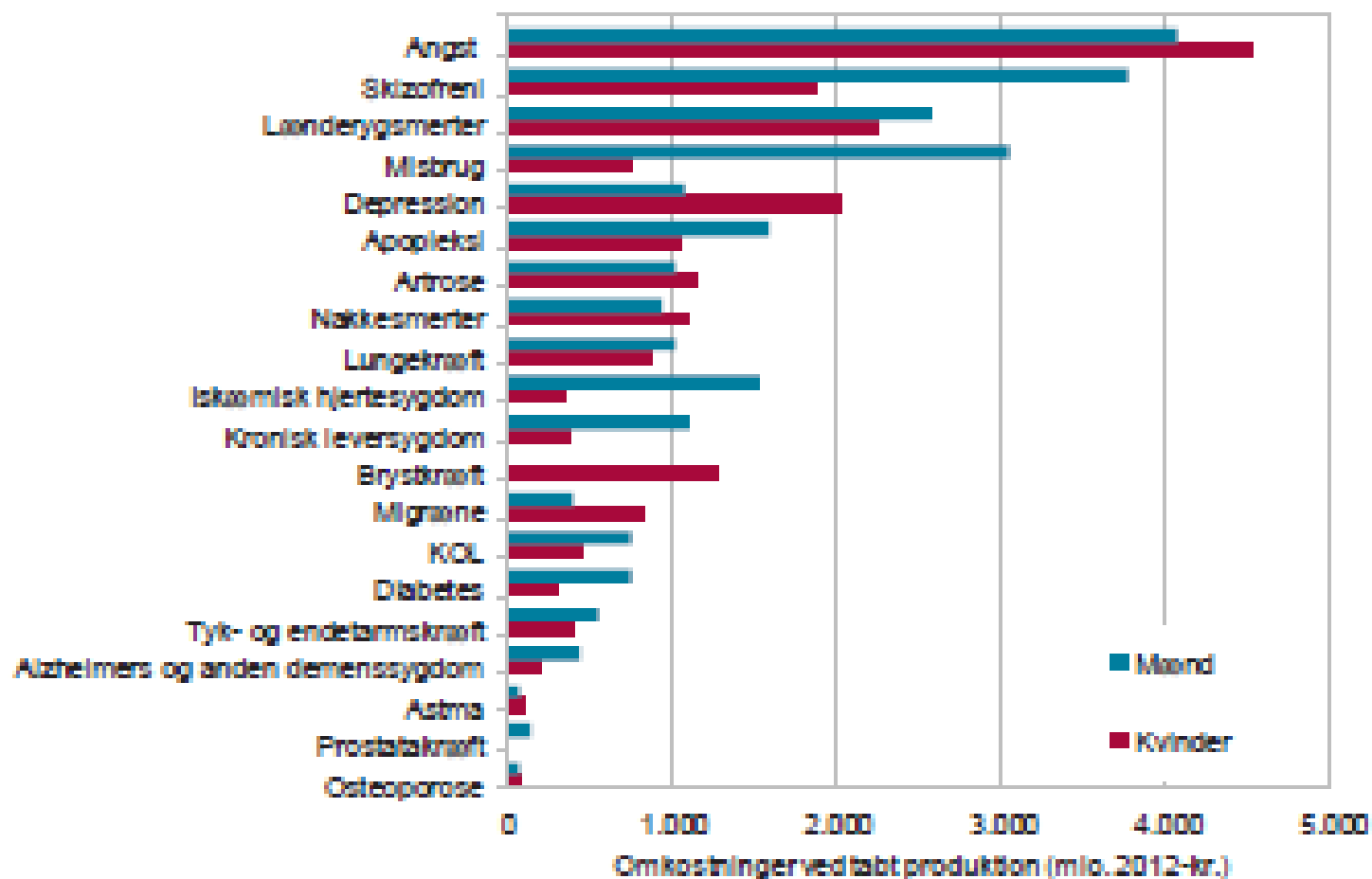


Førtidspensionister i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-12.





Produktionstabsomkostninger i DK for udvalgte sygdomme.  
Årligt gennemsnit for 2010-12





AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

Løses disse udfordringer af  
biomedicinsk vej?



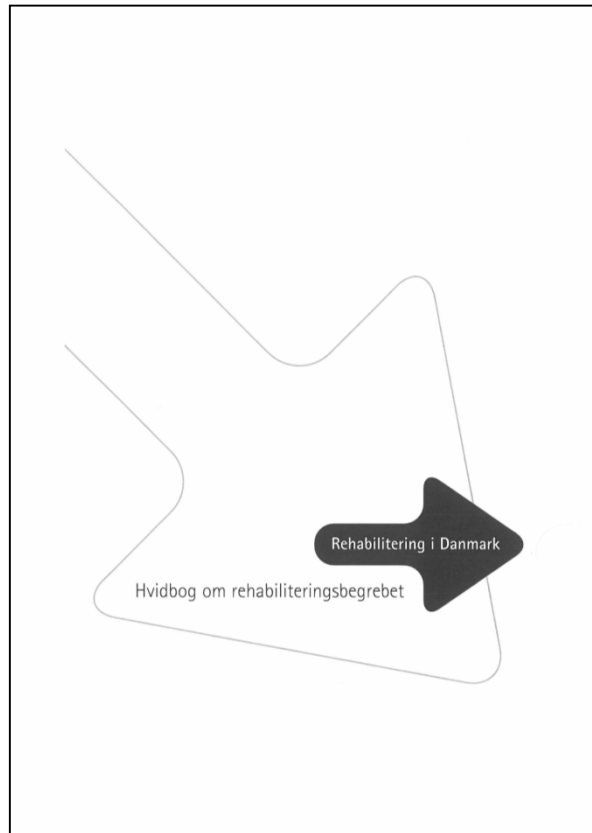
AARHUS UNIVERSITET



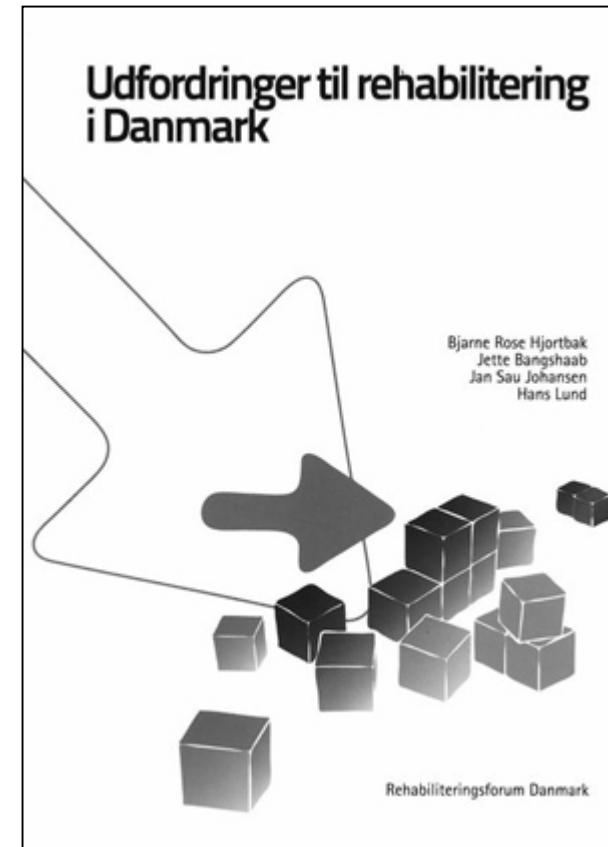
MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Udfordringer til rehabilitering i DK 2012



Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L



Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS,  
Lund H, Rehabiliteringsforum DK, 2011n

# Udfordringer

- Borgeren mål, samfundets krav og muligheder
- Individuelle behov baseret på borgerens- og prof. vurdering
- Inddragelse af borgeren og dennes netværk i alle faser
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Samordning/samhandling
- Ledelse
- Forskning. Viden – generering – implementering – monitorering



# Det rehabiliterende sigte



## Den rehabiliterende tilgang

Den rehabiliterende tilgang sammenfatter indsatser og metoder, som har som perspektiv:

- At borgeren er et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb
- At borgeren ønsker at forblive i og vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter

Tilgangen tager udgangspunkt i, at menneskets sundhedstilstand på én gang er et fysisk, psykisk og socialt anliggende.

Udgangspunktet er borgerens behov, ligesom borgerens nærmeste så vidt muligt inddrages.

Følgende elementer er vigtige dele af den rehabiliterende metode:

- En tidlig og forebyggende indsats
- Udredning af borgerens funktions- og mestringsevne
- Samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende
- Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen
- Vurdering af, hvilken tidsramme som er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål.
- Relevante indsatser af høj faglig kvalitet
- Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge
- Løbende opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## To cases

## "Forgrund"

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme. Rehabilitering omfatter et møde med socialforvaltning i relation til sygedagpengeopfølgning. Har ikke taget imod tilbud om koordinatorhjælp. Er i arbejde efter ½ år.

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme. Rehabilitering omfatter 18 kontakter med koordinator over 12 mdr., gentagende sygedagpengeopfølgning, social støtte til børn. Magtede kun lidt hjemme og har i lang tid ikke kunnet se sig på arbejdsmarkedet. Det hjemlige er nu næsten på plads, og der er et voksende ønske om arbejde. Arbejdsprøvning iværksættes.





AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## To cases

## "Baggrund"

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme.

Æf. i arbejde, 18 årig datter der er student og velfungerende. Resursestærkt netværk, forstående arbejdsplads. Er god til at håndtere livets trængsler.

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme.

Æf. i arbejde, ingen accept af sygdommen. Tre børn 6, 12, 13. Den yngste store problemer i skolen. Svagt netværk. Kvinden har haft meget fravær på arbejde, som har truet med firing før sygdom. Tvivler på sig selv og egne resurser. Føler sig tit misforstået af de offentlige myndigheder.



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## **Socialrådgivere: Vi vurderer syge på uforsvarligt grundlag**

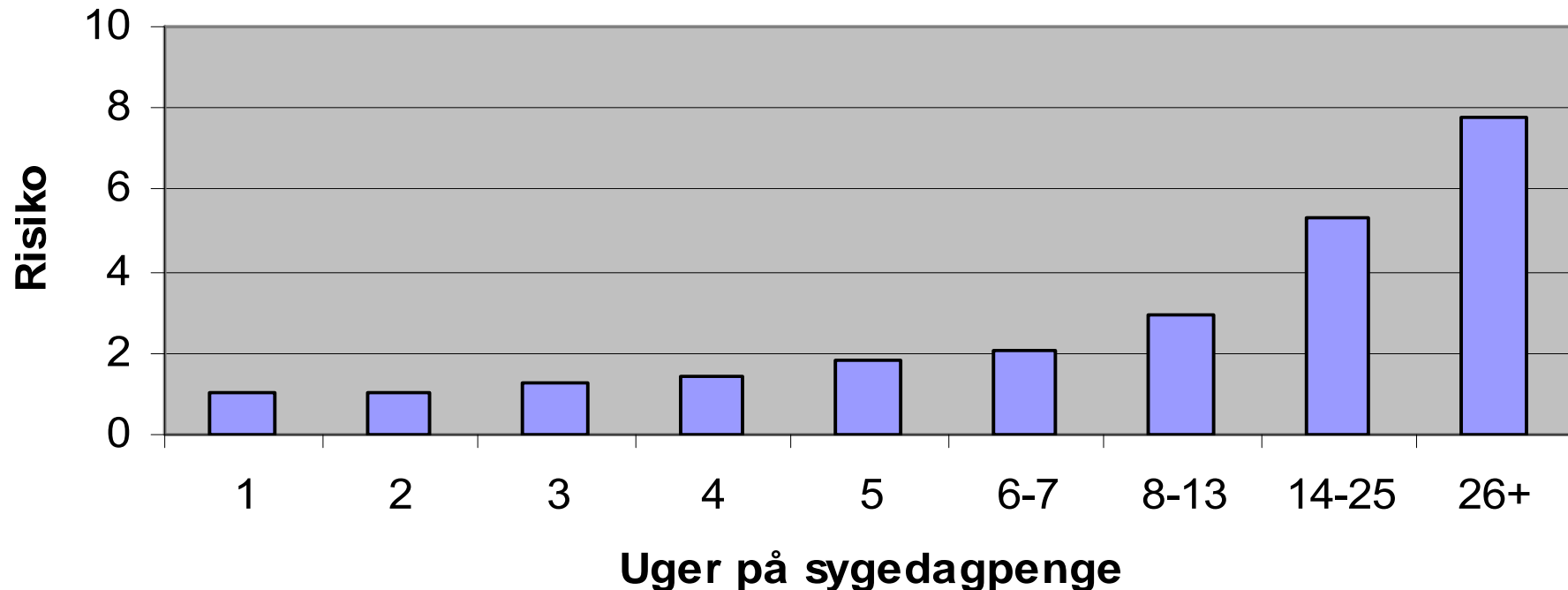
22 uger er alt for kort tid til at vurdere syge borgeres arbejdsevne. Det betyder, at borgere på et mangelfuldt og urimeligt grundlag mister retten til sygedagpenge, lyder konklusionen i en ny undersøgelse.

Ifølge to tredjedele af de adspurgte socialrådgivere i undersøgelsen er det fagligt uforsvarligt, at de allerede efter 22 uger skal vurdere alvorligt syge borgeres arbejdsevne. .. de når ikke at få en diagnose inden 22 uger...

(Information 9.11.2015)



## Uger med modtagelse af sygedagpenge i løbet af et år, og risiko for senere at gå på førtidspension



Thomas Lund, Mika Kivimäki, Merete Labriola, Ebbe Villadsen and Karl Bang Christensen: **Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees.** *Occup. Environ. Med.* 2008; 65; 28-31



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## To problemer

- Sygemelding i 22 uger kan være alvorligt  
hvad tænker socialrådgivere?
- systemerne arbejder ikke sammen



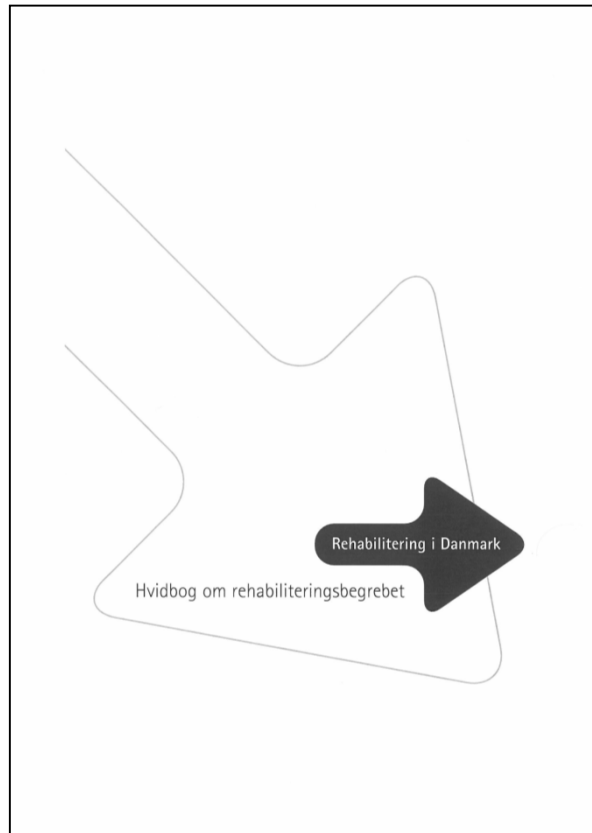
AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Rehabilitering i DK 2004



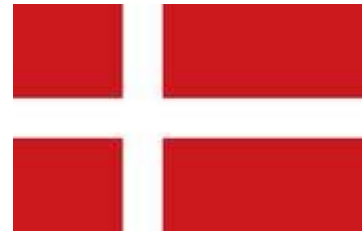
Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L



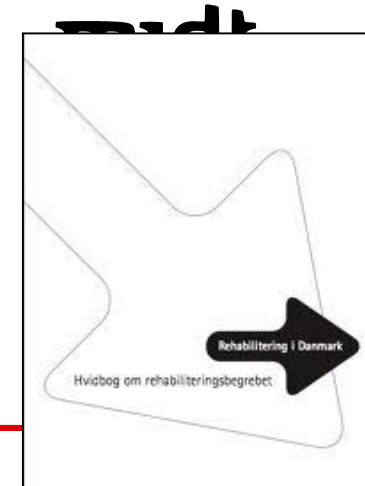
AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET



## Det rehabiliterende sigte



### Rehabilitering

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.

Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et **selvstændigt og meningsfuldt liv**.

Rehabilitering baseres på **borgerens hele livssituation og beslutninger** og består af en **koordineret, sammenhængende og vidensbaseret** indsats."

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret., 2004.

- Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering
  - *..en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (World Report on Disability. WHO 2011, Sundhedsstyrelsens oversættelse).*
- Servicestyrelsens – rehabilitering af ældre
  - *"... et resultat, hvor en person har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktionsevne, i et omfang så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv."*



# Vi ved at rehabilitering virker

(dokumentation på udvalget områder)

- Tværfaglige og tværsektorielle indsatser
- Borgerinddragelse
- Pårørendeinddragelse
- Arbejde med målsætninger
- Anvendelse af specialister
- Anvendelse af læringstrategier
- Kompetenceudvikling af personalet.



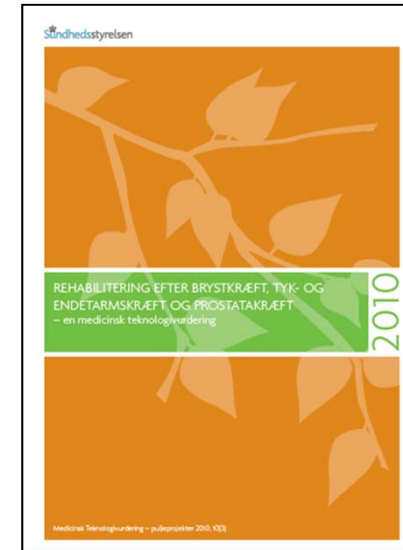


AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBOG CENTRET

**midt**  
regionmidtjylland



# Arbejdsrettet rehabilitering

Fordelene ved at arbejde er større end ulemperne og ved de skadelige effekter af langvarig arbejdsløshed og langvarig sygefravær

Arbejde er generelt godt for helbred og livskvalitet

– Obs. Arbejdsmiljø, SES, lokale forhold, subgrupper

Beskæftigelse eller mangel på samme er en af de væsentligste faktorer for den sociale gradient i fht. fysisk og psykisk sundhed og død.

Chancen for RTW efter behandling for cancer er x5 blandt højt uddannede vs lavt uddannede.

Vi ved at arbejdsmiljøet har stor betydning.

Noget tyder på at vores sundheds- og socialtjenester bidrager til uligheden.

# Arbejdsrettet rehabilitering

Indsatser, som er rettet imod kroppen og ikke involverer jobfunktion og arbejdsmiljø har lille effekt.

Multidisciplinære indsatser, der involvere arbejdspladsen har effekt (IPS) (komplekse interventioner – sværere at måle effekt)

Bevægeapparat – god evidens for tidlig indsats

Angst, depression, belastningstilstande – meget tyder på, at man skal passe på

Men konteksten er af stor betydning



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- Arbejdsrettet rehabilitering forudsætter, at arbejdspladsen og social- og sundhedssektoren er i stand til at skabe en fælles forståelse omkring og med den sygemeldte, der linker deres handlinger og faciliterer tilbagevenden til arbejdet, som en proces med tilknytningen til arbejdspladsen, som en vigtig enkeltfaktor.



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- I tværfagligt/multidisciplinært samarbejde indarbejdes diagnostik, behandling og genoptræning af de helbredsmæssige problemer, samtidig med en indsats rettet mod personlige og omgivelsesmæssige faktorer, eksempelvis psykosociale problemer og fastholdelse af personens relation til arbejdspladsen/arbejdsmarkedet.



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- For at optimerer arbejdsrettet rehabilitering, forudsættes et indgående samarbejde med alle interessenter (den sygemeldte, kommunen, arbejdspladsen, egen læge, øvrige behandlere, fagforening, mfl.). Specielle udfordringer, når en borger skal krydse fagområder og sektorer.
- Udvikling af kommunikation, koordination og kontinuitet vigtige.



AARHUS UNIVERSITET

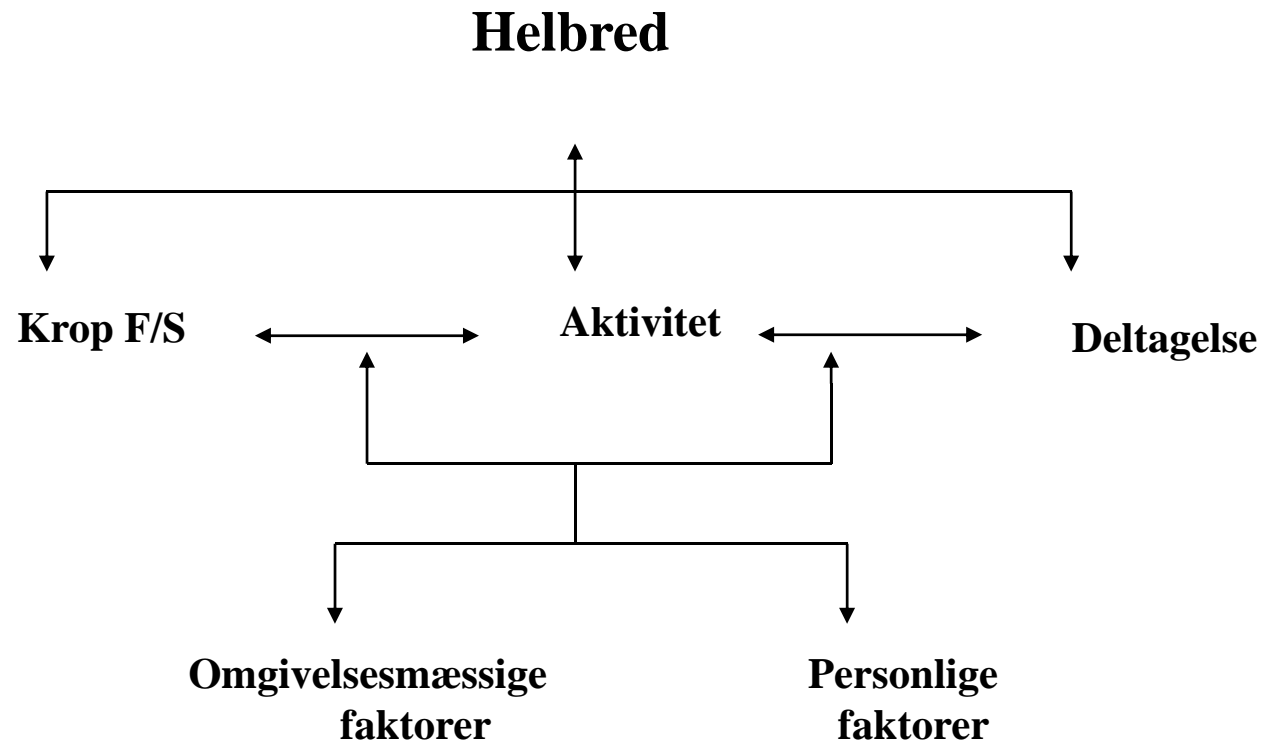


MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- Både flerfaglig, men specielt tværfaglig samarbejde forudsætter kendskab til og forståelse af hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag, men også stiller udvidede krav til fagpersonernes personlige kompetencer, herunder refleksive og samarbejdsegenskaber.

## International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand







AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- I flere love, vejledninger og bekendtgørelser lægges der nu vægt på denne helhedstænkning (ICF)
- Bl.a. Vejledning om kommunal rehabilitering, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom den generiske model, Bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, Bekendtgørelse om rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteamets indstilling om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension m.v. Servicelov §83, reviderede Sygddagpengelov, Bekendtgørelse om GOP.



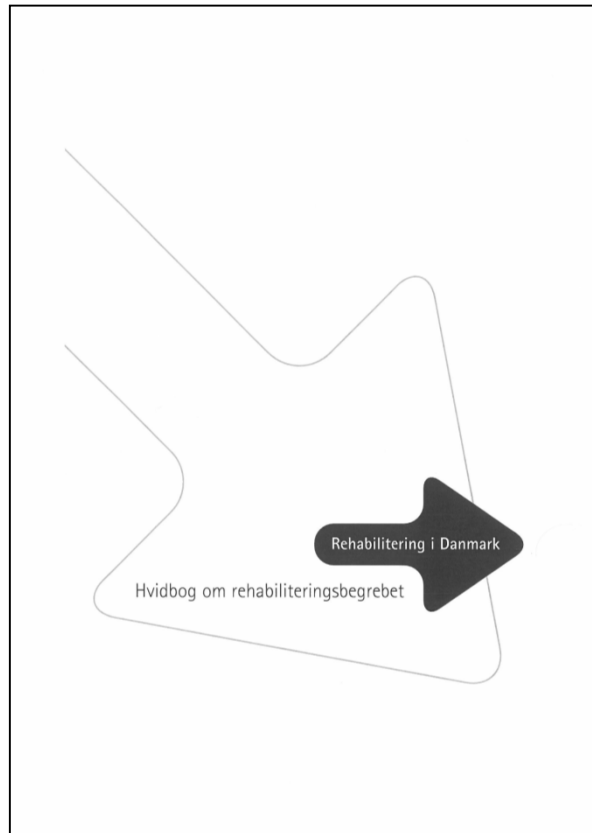
AARHUS UNIVERSITET



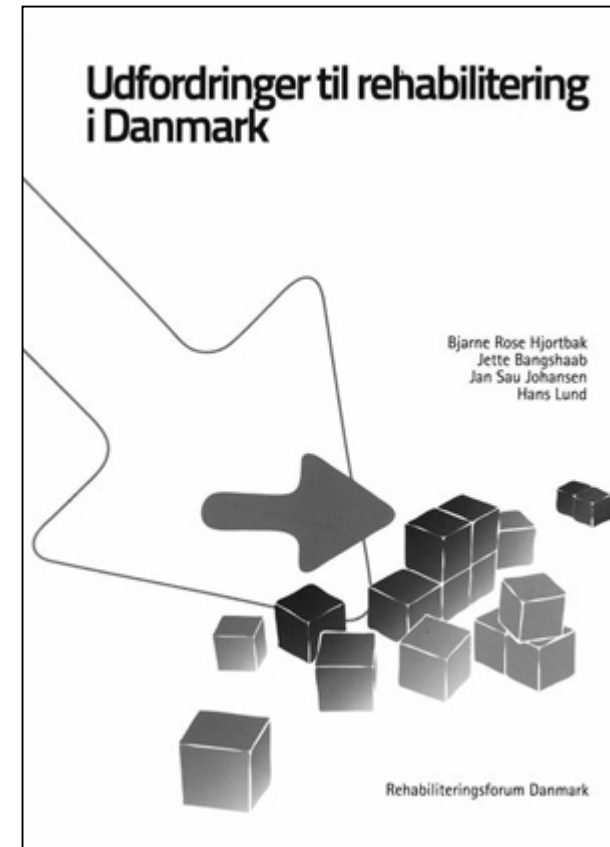
MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Udfordringer til rehabilitering i DK 2012



Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L



Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS,  
Lund H, Rehabiliteringsforum DK, 2011n

# Udfordringer

- Borgeren mål, samfundets krav og muligheder
- Individuelle behov baseret på borgerens- og prof. vurdering
- Inddragelse af borgeren og dennes netværk i alle faser
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Samordning/samhandling
- Ledelse
- Forskning. Viden – generering – implementering – monitorering

## Er der nok af følgende

- Vilje til at udnytte muligheder i lovgivning på tværs
- Funktionsevne er endemålet for alle indsatser
- Konktesten altid inddrages
- Fælles forståelsesramme – ICF
  - På højeste niveau
- Viden
  - Interesse for viden i yderste led
  - Projekter – evaluering
  - Monitorering
  - Forskning

# Forskning/udvikling

- Velfærdstjenesteforskning
  - Borger
  - Organisation
  - Teknologi/indsatser
  - Økonomi
  
  - Individ/population
- Understøttende apparat på tværs

# Tak for opmærksomheden!



## 11. Nationale kliniske retningslinjer

---

### SAGSFREMSTILLING

Af sundhedsaftalen 2015-2015 (afsnit 7.3.6) fremgår det, at region, kommuner og praksisområdet indgår aftaler om implementering af Nationale kliniske retningslinjer (NKR), der har konsekvenser for det tværsektorielle samarbejde. Parterne træffer beslutning om den konkrete arbejdsdeling på baggrund af de ændringer i hidtidige rutiner og arbejdsgange, som følger af den enkelte retningslinje.

På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 11. november blev det besluttet, at Koordinationsgruppen skulle udarbejde en oversigt over NKR'erne med tværsektoriel betydning til nærværende møde.

Koordinationsgruppen har udarbejdet vedhæftede bilag, som viser en oversigt over alle NKR. NKR, som vurderes til at have tværsektoriel betydning, er markeret med gult. Det er desuden beskrevet, hvilken følgegruppe, den enkelte NKR foreslås forankret i.

Det foreslås, at oversigten videregives til følgegrupperne. Følgegrupperne får derefter til opgave at indarbejde disse i deres nuværende prioriteringer, hvor de vurderer, at det er relevant og i øvrigt giver mening i forhold til gruppens eksisterende arbejde. Såfremt en følgegruppe vurderer, at en NKR hører til i en anden følgegruppe, kan dette forelægges Koordinationsgruppen, som får dette formandsgodkendt.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender oversigten over de kliniske retningslinjer
- Godkender processen med videregivelse til følgegrupperne

---

### BILAG:

- 1 [Nationale kliniske retningslinjer](#)

# Nationale kliniske retningslinjer

Rød= Regional opgave

Grøn= Kommunal opgave

Gul= Tværsektoriel opgave

Hvid= Usikker

Nr	Emne	Evt. uddybning af målgruppe	Forslag til placering i følgegruppe
	<b>Nationale kliniske retningslinjer, udgivet fra november 2012-oktober 2015</b>		
1	Astma hos børn og unge		Behandling og pleje
2	Rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 Diabetes		Behandling og pleje
3	Epilepsi hos børn og unge	Henvender sig til læger, sygeplejersker og neuropsykologer	
4	Behandling af høfeber		
5	Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type	Denne retningslinje henvender sig til sundhedsprofessionelle, der arbejder med behandling af patienter med BPF. Retningslinjen kan også være relevant for patienter og pårørende.	
6	Multipel sklerose	Anbefalingerne er faglig rådgivning og henvender sig både til sundhedspersoner, der beskæftiger sig med ergoterapi og fysioterapi til voksne med multipel sklerose, planlæggere og beslutningstagere i regioner og kommuner samt personer med multipel sklerose.	Genoptræning og rehabilitering
7	Nakkesmerter med udstråling til armen	Målgruppen for denne retningslinje er speciallæger i almen medicin, fysioterapeuter, kiropraktorer, speciallæger i reumatologi,	Genoptræning og rehabilitering



		<p>speciallæger i neurologi og rygkirurger.  Øvrigt sundhedspersonale, som i den kliniske hverdag medvirker til behandling af patienter med cervikal radikulopati som f.eks. sygeplejersker, radiografer og radiologer kan også drage nytte af denne retningslinje.</p>	
8	Brystkræft	<p>Ligeledes berører den sundhedsprofessionelle, som planlægger eller bidrager til patientens genoptræning og rehabilitering. Herunder brystkirurger, plastikkirurger, onkologer og praktiserende læger foruden sygeplejersker, fysioterapeuter, lymfødemterapeuter og ergoterapeuter. Kvinder og mænd med tidlig brystkræft og deres pårørende kan også orientere sig i retningslinjen.</p>	Genoptræning og rehabilitering
9	Kompliceret skizofreni		Behandling og pleje
10	Moderat og svær bulimi		Forebyggelse
11	Mellemørebetændelse og øredræn		
12	Hysterektomi (fjernelse af livmoderen)	<p>Den nye retningslinje har fokus på udvalgte sundhedsfaglige problemstillinger i forhold til operationsmetoder og de supplerende kirurgiske indgreb i forbindelse med operation.  Retningslinjen indeholder derfor ikke en overordnet gennemgang af patientforløbene eller de medicinske behandlinger eller mindre invasive kirurgiske behandlingsmetoder.</p>	
14	Analinkontinens hos voksne	<p>Målgruppen for denne retningslinje er alle autoriserede sundhedsprofessionelle, som møder borgere og patienter med analinkontinens. Herunder praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, hjemmeplejere,</p>	Behandling og pleje

		plejehjemsansatte, og ansatte i hospitalssektoren.	
15	Hjerterehabilitering		Genoptræning og rehabilitering
16	Smerter i bevægeapparatet		Genoptræning og rehabilitering
17	Erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi		Genoptræning og rehabilitering
18	Behandling af alkoholafhængighed		Forebyggelse
19	Dystoci	Retningslinjen vedrørende dystoci hos førstegangsfødende med et foster i hovedstilling beskriver vestimulation med oxytocin med hensyn til indikation og administration. Desuden beskrives udvalgte ikke-medikamentelle tiltag, som potentielt kan anvendes til at forebygge og behandle vesvækkelse.	
20	Håndledsnære brud	Den nationale kliniske retningslinje er faglig rådgivning og retter sig primært mod læger indenfor det ortopædkirurgiske speciale. Retningslinjen er desuden relevant for sygeplejersker og læger, der modtager akutte patienter med brud nær håndleddet, samt alle læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter, der i hospitalsregi eller i kommunerne udfører ambulante behandling og genoptræning af disse patienter.	Genoptræning og rehabilitering
21	Indikation for transfusion med blodkomponenter	Den nationale kliniske retningslinje for indikation for transfusion af blodkomponenter retter sig mod sundhedspersonale, der ordinerer (læger) eller planlægger transfusion af blodkomponenter (sygeplejersker og jordemødre). Det gør i praksis retningslinjen relevant for sundhedspersonale i de fleste specialer. Retningslinjen er, i samråd med behandlende læge, også relevant for patienter, når transfusion af blodkomponenter overvejes.	
22	Rehabilitering af KOL		Genoptræning og rehabilitering
23	Behandling af hjernemetastaser	Den nationale kliniske retningslinje er faglig rådgivning og retter sig primært til	

		sundhedsprofessionelle herunder læger indenfor specialerne onkologi, neurokirurgi og neurologi.	
24	Bipolar lidelse	Målgruppen for retningslinjen er primært speciallæger i psykiatri, som bør varetage den forebyggende farmakologiske behandling af patienter med bipolar lidelse med behov for forebyggende behandling med flere lægemidler i kombination, indtil patienten har været stemningsneutral og velbefindende i en længere periode.	
25	ADHD hos børn og unge		Behandling og pleje
26	Polycystisk ovariesyndrom		
27	Grå stær	Den nationale kliniske retningslinje for aldersbetinget grå stær retter sig mod sundhedspersonale (primært øjenlæger men også øjensygeplejersker, klinikpersonale, optikere m.fl.), der er involveret i behandlingen af patienter med aldersbetinget grå stær.	
28	Cerebral parese	Retningslinjen er målrettet fysioterapeuter og ergoterapeuter samt øvrige fagpersoner, der arbejder med målgruppen, herunder planlæggere og beslutningstagere.	Genoptræning og rehabilitering
29	Tandplejen	Retningslinjen er primært målrettet tandlæger og tandplejere, der arbejder i den kommunale tandpleje og i privat praksis. Endelig er retningslinjen rettet mod myndigheder, planlæggere og ledere i regioner og kommuner i relation til tandplejen, som har ansvaret for at sikre befolkningsgrupper diagnostiske undersøgelser af høj kvalitet efter individuelt behov.	
30	Demens	Målgruppen er personer, der er involverede i støtte og behandling af	Behandling og pleje

		personer med demens, herunder sundhedsfagligt personale, der arbejder med udredning, behandling, pleje eller træning af personer med demens, kommunalt ansatte i kontakt med personer med demens og pårørende, beslutningstagere samt planlæggere.	
31	Diabetiske fodsår	Der gives en række anbefalinger, der kan støtte læger, sygeplejersker, fodterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og andre behandlere i primær- og sekundærsektoren i visitationen, diagnostik og behandling, så personer med diabetiske fodsår bevarer deres førlighed, og så lidelse, recidiv og komplikationer forebygges.	Behandling og pleje
32	Udvalgte skulderlidelser	Målgruppen for den nationale kliniske retningslinje er sundhedsprofessionelle, herunder praktiserende læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, reumatologer, ortopædkirurger, ergoterapeuter, kirurger og arbejdsmedicinere.	Genoptræning og rehabilitering
33	Knæartrose	Målgruppen for de nationale kliniske retningslinjer og visitationsretningslinjer er primært sundhedsfagligt personale inden for den primære og sekundære sundhedssektor, som varetager udredning, behandling og rehabilitering af patienter med knæartrose, dvs. læger, fysioterapeuter, plejepersonale og kliniske diætister, men også ansatte inden for sundheds- og socialforvaltningen, politikere, patienter og pårørende til patienter med knæartrose.	Genoptræning og rehabilitering
<b>Under udarbejdelse</b>			
34	Alkoholmisbrug (behandling af dobbeltbelastede)		Behandling og pleje
35	Fjernelse af mandler (tonsillektomi)		

36	Lumbal nerverodspåvirkning (ikke kirurgisk behandling)		Genoptræning og rehabilitering
37	Meniskpatologi i knæet		
38	OCD (behandling af børn, unge og voksne)		Behandling og pleje
39	Psoriasis		Behandling og pleje
40	Synkebesvær		Behandling og pleje
41	Urininkontinens hos kvinder		Behandling og pleje
42	Unipolar depression (diagnostik og non-farmakologisk behandling)		
	<b>Planlagte kommende kliniske retningslinjer</b>		
43	Behandling af børn, unge og voksne med anoreksi		Forebyggelse
44	Antibiotika ved tandlægebehandling		
45	Rehabilitering af patienter med hovedhalskræft		Genoptræning og rehabilitering
46	Rehabilitering af patienter med prostatakræft		Genoptræning og rehabilitering
47	Behandling af lænderygsmerter		Genoptræning og rehabilitering
48	Hofteartrose- konservativ behandling og genoptræning ved THA		Genoptræning og rehabilitering
49	Forebyggelse og behandling af delir	Delir er en psykisk lidelse, der opstår akut som følge af en skadelig påvirkning af hjernen.	
50	Udredning og behandling af angst hos børn og unge		Behandling og pleje
51	Håndeksem		
52	Nakkesmerter		Genoptræning og rehabilitering
53	Fedmekirurgi		
54	Ernærings- og træningsmæssig rehabilitering af geriatriske patienter med vægttab og funktionsevnetab (efter indlæggelse)		Behandling og pleje

Følgegruppen for behandling og pleje: 14

Følgegruppen for forebyggelse: 3

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering: 17

## 12. Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

---

### SAGSFREMSTILLING

I oktober 2014 blev reglerne på genoptræningsområdet ændret med bekendtgørelse nr. 1088 og vejledning nr. 9759 af henholdsvis 6. og 8. oktober. Regelændringen betød bl.a., at en ny kategori af genoptræningsplaner blev indført: Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

Reglerne efterlader imidlertid et rum for fortolkning, når det gælder den konkrete udformning af en genoptræningsplan til en sådan rehabilitering: Hvilke patienter kan visiteres, hvilke krav må stilles til leverandørerne af rehabilitering på specialiseret niveau m.v.?

En tværsektoriel arbejdsgruppe har derfor udarbejdet et udkast til en aftale, som nærmere fastlægger rammerne omkring samarbejdet mellem sygehuse og kommuner i Syddanmark om patienter, som får en genoptræningsplan af denne type.

Arbejdsgruppen har haft følgende medlemmer:

- Camille Larsson, leder af træningsafdelingen, Svendborg kommune
- Merete Nielsen, koordinerende terapeut, Sønderborg Kommune
- Asger Kudahl, chefkonsulent, Odense Kommune
- Marianne G. Thomsen, chefterapeut, Sydvestjysk sygehus
- Anne Lise Zilmer, chefterapeut, OUH Svendborg Sygehus
- Annette Lunde Stougaard, chefkonsulent, Region Syddanmark
- Jan C. L. Jensen, leder af Hjerneskaderådgivningen, Odense Kommune
- Margit Andersen, Hjerneskadekoordinator, Middelfart Kommune
- Heidi Lindberg Jensen, Centerleder, Center for Hjerneskade, Region Syddanmark
- Arne Vesth Pedersen, specialkonsulent, Region Syddanmark

Arbejdsgruppen er i enighed nået frem til et aftaleudkast, som beskriver målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, krav til leverandørerne af en sådan rehabilitering samt sygehusets ansvar og opgaver.

Det bemærkes, at aftaleudkastet behandles af Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering den 11. januar 2015. Eventuelle bemærkninger herfra vil foreligge til Det Administrative Kontaktforums behandling af sagen.

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

---

### BILAG:

- 1 [Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau](#)

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard/Asger Kudahl

Journal nr.:

E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk

Dato: 30. november 2015

Telefon: 2920 1194

# Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

## Grundlæggende principper for samarbejdet

I oktober 2014 blev reglerne på genoptræningsområdet ændret med bekendtgørelse nr.1088 og vejledning nr. 9759 af henholdsvis 6. og 8. oktober. Regelændringen betød bl.a., at en ny kategori af genoptræningsplaner blev indført: genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Denne aftale fastlægger rammerne omkring samarbejdet mellem sygehuse og kommuner i Region Syddanmark om patienter, som får en genoptræningsplan af denne type.

Samarbejdet om patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau tager altid udgangspunkt i intentionen med regelændringen og den nye kategori. Intentionen er, at kvaliteten i genoptræningsindsatsen og sammenhængen i den samlede, koordinerede rehabiliteringsindsats skal styrkes, og at der skal være sikkerhed for, at alle patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau får samme effektive indsats uanset hvor i regionen, de er bosat.

## Dialog og samarbejde

Udgangspunktet er, at indsatsen skal tilrettelægges i et tæt samarbejde mellem patient, pårørende, sygehus og kommuner. Dialogen følger samme principper, som gælder for samarbejdsaftalen om borger og patientforløb, Sam:Bo aftalen:

- Indsatsen afpasses efter behovet
- Udskrivningen begynder ved indlæggelsen
- Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog
- Borgeren / patienten inddrages

Den første dialog mellem sygehus og kommune sker i henhold til Sam:Bo. Her orienteres kommunen hurtigst muligt om, at der er sandsynlighed for, at patienten udskrives med en genoptræningsplan (GOP) til rehabilitering på specialiseret niveau, og det aftales, hvordan det konkrete samarbejde skal etableres.

## Målgruppen

Den primære målgruppe for denne aftale er voksne med erhvervet hjerneskade. Baggrunden for dette er, at Sundhedsstyrelsen har udgivet både et forløbsprogram og nogle faglige visitationsretningslinjer, som gør det muligt for sygehuse og kommuner i fællesskab at definere både en målgruppe og indholdet i den tværfaglige, tværsektorielle indsats.

Det betyder ikke, at der ikke vil kunne findes patienter med andre primære diagnoser, der kan have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Denne aftale kan

forhåbentlig også fungere som fundament for den dialog mellem sygehus og kommune, som skal finde sted i sådanne situationer.

### **Generelt om målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:**

#### **Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:**

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.

### **Målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade med behov for genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.**

I de faglige visitationsretningslinjer beskrives målgruppen blandt andet med følgende definition:

*Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, samt inden for sundheds- og social-, undervisnings- eller beskæftigelsesområdet [...]. Nogle patienter vil have behov for et døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle patientens vågne timer (FVR afsnit 7.1.)*

Jf. Den Centrale Udmelding anslår Sundhedsstyrelsen, at 6-8 patienter pr. 100.000 indbyggere pr. år vil have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

#### **Yderligere identifikation af målgruppen i Region Syddanmark:**

Patienter i målgruppen har været indlagt på OUH-NR eller SVS-Grindsted Neurorehab, idet genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau alene kan udarbejdes af en afdeling med regionsfunktion. (Vejledningen afsnit 5.2)

Patienter hjemmehørende i en kommune i Region Syddanmark, der i en periode behandles på Hammel Neurocenter, skal overflyttes til enten OUH-NR eller SVS-Grindsted Neurorehab, hvis de har behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Derudover indebærer udmøntningen i Syddanmark af bestemmelserne om rehabilitering på specialiseret niveau, at patienter i målgruppen kendetegnet ved følgende:

- Patienter i målgruppen har behov for en samtidig specialiseret sundheds- og socialfaglig indsats.
- Genoptræningsplanen beskriver en tidsafgrænset indsats. Udgangspunktet er, at patienten i denne fase har behov for en døgn dækkende indsats (evt. ophold på et socialt døgntilbud)
- Patienterne har svære somatiske eller psykiatriske følger af hjerneskade eller betydelig komorbiditet. Der er medicinske problemstillinger, som varetages i sygehusregi, og dermed



behov for løbende koordinering mellem genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser og lægelig behandling og/eller sygepleje på specialiseret niveau (FVR kap. 7.3)

- Patienten har et eksplicit behov for flere af de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer, der er beskrevet i den faglige visitationsretningslinje. (FVR kap. 7 og 8)

## Krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

I de faglige visitationsretningslinjer kap. 7 og 8 er beskrevet krav til blandt andet kvalitet, kompetencer og kapacitet.

For leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau gælder:

- Tilbuddet er forankret på det sociale område, men varetager indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet.
- Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordinering af den højt specialiserede indsats er nødvendig.
- For at være dækket ind i forhold til borgernes behov skal følgende fagpersoner være ansat:
  - Neuropsykologer, audiologopæder, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, evt. socialrådgivere
  - Herudover skal der være adgang til lægelig behandling (Der skal være aftaler med sygehus)
- Leverandøren har indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning (FVR afsnit 8.2.6)

For det sundhedsfaglige del af tilbuddet gælder (FVR kap 7 og 8):

- Tilbuddet har et tæt samarbejde (samarbejdsaftale) med sygehussektoren, sådan at sygehuslægen kan fungere som konsulent.
- De sundhedsfaglige indsatser skal leveres af autoriserede sundhedspersoner
- De sundhedsfaglige medarbejdere arbejder udelukkende med patienter med neurologiske lidelser.
- Tilbuddet skal råde over 2-3 autoriserede fagpersoner med samme uddannelse for at sikre tilstrækkelig dækning
- De sundhedsfaglige medarbejdere deltager i forskning og udviklingsarbejde

For den socialfaglige del af tilbuddet gælder<sup>1</sup>:

- Faggrupperne har erhvervet sig specialiserede neurofaglige kompetencer; for psykologer vil det fx betyde erhvervelse af psykologforeningens godkendelse som specialist i neuropsykologi.

---

<sup>1</sup> Punkterne er formuleret af en kommunal arbejdsgruppe nedsat af Socialdirektørforum i Region Syddanmark. Formanden for arbejdsgruppen har orienteret om gruppens forslag til kriterier for graderede specialiserede døgntilbud på hjerneskeadeområdet, jf. rammeaftalen. Socialdirektørforum har på mødet den 27. marts 2015 taget orienteringen til efterretning.

- Der er etableret vidensmiljøer bestående af minimum 3 personer med beslægtede uddannelser
- 75 % af personalet har minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III.
- Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision, og supervisionen forestås af specialistgodkendt neuropsykolog.
- Faggrupperne deltager i udviklingsarbejde og bidrager til forskning.
- Faggrupperne indgår i vidensdeling og kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere.
- Tilbuddet samarbejder med lokale vidensmiljøer, det regionale vidensmiljø og VISO.

Kommunen skal sikre sig, at leverandøren af rehabilitering på specialiseret niveau besidder kompetencer til at imødekomme borgerens behov for indsats (FVR afsnit 7.3):

Har patienten behov for indsatser i forhold til mentale funktioner, herunder hukommelse og opmærksomhed, overordnede kognitive funktioner, følelsesfunktioner, adfærd, perception m.fl., skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat neuropsykologer og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer ift. disse områder

Har patienten behov for indsatser i forhold til sprogfunktioner, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat audiologopæder med specialiserede kompetencer ift. dette område, ligesom der skal være adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne

Har patienten behov for indsatser i forhold til *bevægelsesfunktioner og andre kropsfunktioner*, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt sygeplejersker med specialiserede kompetencer

Har patienten behov for indsatser ift. *omsorg for sig selv, daglig livsførelse, mobilitet, beskæftigelse, uddannelse*, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat ergoterapeuter, pædagogisk personale, eventuelt neuropsykologer og socialrådgivere samt andre relevante faggrupper med specialiserede kompetencer

Har patienten *svære somatiske eller psykiatriske følger* af hjerneskaden eller betydelig komorbiditet, kan der være behov for, at der på det specialiserede rehabiliteringstilbud er adgang til lægelig behandling og sygepleje på specialiseret niveau. I andre tilfælde vil dette kunne varetages i et samarbejde med sygehuset og/eller patientens praktiserende læge

## Sygehusets ansvar og opgaver

Fra vejledningen om genoptræning:

Genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau skal udarbejdes tværfagligt: *Såfremt det vurderes, at patienten skal have en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, er det en forudsætning, at der i vurderingen og i udarbejdelsen af genoptræningsplanen er inddraget relevante sundhedspersoner, som for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter samt andre faggrupper som for eksempel neuropsykologer og audiologopæder, der skal forestå genoptræningen efter udskrivelse. (Afsnit 5.2 i vejledningen)*

### Udskrivningskonference

Sygehuset skal sikre, at der afholdes udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau. Ved udskrivningskonferencen drøftes behovet for fortsat samarbejde mellem sygehus og kommune. (FVR afsnit 3.1.2 )

### Genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau

Det samlede rehabiliteringsbehov er beskrevet fra sygehuset i den endelige genoptræningsplan kommunen modtager (Under forudsætning af, at udarbejdelsen er sket i det aftalte samarbejde jf. Sam:Bo og bekendtgørelse).

Ud over de krav, der er om oplysninger i genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau, fremgår det også af vejledningens afsnit 5.4.3 at "*...(der) kan eventuelt gives anbefalinger til metode, omgang og karakter af den videre indsats*". Hermed har lægen videre beføjelser i forhold til at beskrive konkrete indsatser i kommunalt regi, end det er tilfældet ved de andre typer af genoptræningsplaner.

Dog kan der stadig ikke anbefales navngivne institutioner eller leverandører.

### **I teksten er der henvist til følgende udgivelser:**

**FVR:** "En Faglige Visitationsretningslinje" ("Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade" udgivet af Sundhedsstyrelsen dec. 2014) [LINK](#)

**Vejledningen:** "Vejledning om genoptræning og vedligeholdende træning i kommuner og regioner" udgivet af Sundhedsstyrelsen okt. 2014 [LINK](#)

**Den Centrale Udmelding:** "Central Udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" udgivet af Socialstyrelsen nov. 2014 [LINK](#)

### **13. Revideret udgave af samarbejdsaftalen for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid**

---

#### **SAGSFREMSTILLING**

Den daværende SAM:BO Følgegruppe igangsatte i foråret 2015 en revidering af samarbejdsaftalen for alvorligt syge og døende.

I juni måned fremlagde en tværsektoriel arbejdsgruppe en reviderede udgave, opdateret i henhold til bl.a. "Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats (2011)", "Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge (2012)", "Sundhedsaftalen 2015-18" samt diverse lokalaftaler (§2). SAM:BO Følgegruppen behandlede udkastet, men besluttede at afvente resultatet af en anden arbejdsgruppe, som sideløbende udviklede et initiativ målrettet en styrket palliativ indsats til børn med livstruende sygdom - en del af finansloven 2015.

Regionsrådet godkendte d. 26. oktober 2015 udmøntningen af midlerne hertil, og fra februar 2016 etableres et udekørende pædiatrisk palliativt team med base på Odense Universitetshospital. Initiativet skal sikre, at familier med uhelbredeligt syge børn, som ønsker det, kan være længst muligt i eget hjem og at deres barn kan tilbringe sin sidste tid her. Initiativet er nærmere beskrevet i samarbejdsaftalens pkt. 6. Den reviderede samarbejdsaftale er før forelæggelsen for Det Administrative Kontaktforum behandlet og godkendt af følgegruppen for behandling og pleje.

Den reviderede samarbejdsaftale erstatter den nuværende, med titlen "samarbejdsaftalen for alvorligt syge og døende" og vil, ved godkendelse af Det administrative Kontaktforum, træde i kraft den 1. februar 2016.

#### **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender revideret udgave af samarbejdsaftale

---

#### **BILAG:**

- 1 [Samarbejdsaftale for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid](#)

# SAM•B

Samarbejde om borger/patientforløb

Tværsektorielt samarbejde om patienter med  
uhelbredelig livstruende sygdom og forventet  
kort levetid i Region Syddanmark





# Indhold

1. Formålet og grundlag for samarbejdsaftalen . . . . .	side	5
2. Grundprincipper for samarbejdet . . . . .	side	7
3. Definitioner og forløbstyper i den palliative indsats . . . . .	side	9
4. Samarbejde og kommunikation ved patientforløb . . . . .	side	15
• Iværksættelse af palliativ indsats – egen læge & kommunen. . . . .	side	16
• Iværksættelse af palliativ forløb – udskrivelse fra sygehusafdeling . . . . .	side	17
• Palliativ indsats i eget hjem – basis forløb . . . . .	side	19
• Palliativ indsats på sygehuset. . . . .	side	21
• Det Palliative team – specialiseret indsats . . . . .	side	22
• Hospice – specialiseret indsats . . . . .	side	23
5. Træning og fysioterapeutisk behandling . . . . .	side	27
6. Styrket palliativ indsats til børn med livstruende sygdom . . . . .	side	31
7. Sorg- og krisetilbud. . . . .	side	33
8. Pårørende . . . . .	side	37
9. Befordring . . . . .	side	39





# 1. Formål og grundlag for samarbejdsaftalen

## 1.1 Mål

Denne tværsektorielle samarbejdsaftale skal bidrage til at sikre sammenhængende forløb for patienter, uanset alder, med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Samarbejdsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne, hospice og sygehusene om den enkelte palliative patient og dennes forløb gennem systemet, samt sikre dialog og koordinering parterne imellem med størst mulig inddragelse af patient og pårørende. Dermed sikres, at patienter og pårørende modtager den nødvendige støtte og hjælp igennem det palliative forløb.

## 1.2 Gyldighedsområde

Flere patienter lever længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for kvaliteten af hele patientforløbet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats (2011). Der lægges derfor vægt på, at behovsvurdering er en vigtig del af den palliative indsats gennem hele forløbet, i forbindelse med at diagnosen stilles, ved forværring af sygdom, ved sektorovergange samt andre væsentlige begivenheder.

Nærværende samarbejdsaftale vedrører patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, som har palliative problemstillinger med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats<sup>1</sup>

Samarbejdsaftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, især med fokus på forløbenes sektorovergange. Såvel denne samarbejdsaftale som den generelle regionale samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivelse; SAM:BO, kan findes på den regionale informationsside <http://www.regionsyddanmark.dk/wm338071>.

## 1.3 Målgruppe

Den umiddelbare målgruppe for samarbejdsaftalen er fagpersoner inden for det social- og sundhedsfaglige område, der arbejder i eller i tilknytning til det kommunale og regionale sundhedsvæsen i Region Syddanmark. Det gælder især alment praktiserende læger og vagtlæger, personale i den kommunale sygeplejesektor samt klinisk personale på sygehusene og hospice. Aftalen har også betydning fx for andre ydergrupper i praksis, rådgivere - herunder socialrådgivere i kommuner m.fl.

Målet er, at patienter med livstruende uhelbredelig sygdom og forventet kort levetid opnår bedst mulig lindring, samt at patienten og pårørende oplever højst mulig livskvalitet gennem hele forløbet, trods de symptomer og problemer sygdommen medfører.

## 1.4 Ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det administrative Kontaktforum og træder i kraft d. 1. februar 2016.

## 1.5 Forankring af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale er en parallelaftale til den regionale samarbejdsaftale vedr. indlæggelse og udskrivelse; SAM:BO, men har specifikt fokus på patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Denne er indarbejdet i Sundhedsaftalen 2015-2018.

<sup>1</sup> Begrebet "terminal erklæring" anvendes ikke i nærværende aftale, i stedet bruges begrebet "socialmedicinsk sagsbehandling"



## 2. Grundprincipper for samarbejdet

### 2.1 Sammenhængende patientforløb

Samarbejdsaftalen skal medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Patienten skal opleve sammenhæng i hele patientforløbet. Udgangspunktet er den enkeltes behov, således at behandlingen og omsorg tilbydes, når behovet er der.

Sammenhængende patientforløb stiller store krav til kommunikation, fleksibilitet, koordinering, kontinuitet og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at sikre og koordinere patientforløb er en opgave, der skal løses af sygehusene, hospice, almen praksis og kommunerne, i samarbejde med patient og pårørende.

Samarbejdsaftalen beskriver seks generelle forløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom i forhold til, hvordan der samarbejdes og kommunikeres i overgangene mellem sektorerne.

### 2.2 Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog

Samarbejdsaftalens grundlag er klare aftaler om samarbejde, kommunikation, ansvar og initiativ i patientforløbene, i kombination med dialog og fleksibilitet i opgaveløsningen til gavn for den enkelte palliative patient og pårørende. Løbende dialog mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være proaktiv og især sikres ved sektorovergang.

Dialogen skal sikre, at alle parter i nødvendigt omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del og indsats i et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri. Dialogen skal føres mellem de fagligt involverede parter, og kun hvis der ikke kan nås til enighed, bringes spørgsmål til nærmeste ledelsesniveau.

### 2.3 Patienten inddrages

Patientens samtykke skal gives på baggrund af fyldestgørende information fra sundhedspersonalets side, og patienten kan til enhver tid tilbagekalde sit samtykke.

Sundhedsloven fastlægger hvordan og om hvad sundhedspersonalet skal informere patienten.

Samarbejdsaftalen angiver rammerne for en del af denne information ved at fastlægge hvornår i patientforløb der skal gives bestemte informationer, herunder baggrund, planlægning af behandling mv. Det er vigtigt, at denne information overdrages i en dialogbaseret form, hvor patienten og pårørende kan give udtryk for sine holdninger, og hvor der tages hensyn til patientens tilkendegivelser.

Tilsvarende beskriver aftalen, hvornår og hvordan borgeren informeres om de kommunale ydelser i det samlede forløb. Det er kontaktpersonerne i henholdsvis kommuner og sygehus samt patientens egen læge, der forestår informationen, alt efter hvor i patientforløbet man befinder sig.

Det er naturligt, at patientens pårørende får del i informationerne - dette forudsætter patientens accept.

### 2.4 Fælles udskrivningsplanlægning

Der henvises i øvrigt til de udsendte retningslinjer for fælles udskrivelsesplanlægning, der fastlægger værdigrundlaget for samarbejdet om udskrivelse og retningslinjerne for fælles udskrivelsesplanlægning og dialog.

Retningslinjerne findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og på [regionens hjemmeside](#)



# 3. Definitioner & forløbstyper i den palliative indsats

## 3.1 Definition af palliativ indsats

Samarbejdsaftalen tager udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationens definition af palliativ indsats:

*"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer både fysisk, psykisk, psykosocialt og åndelig art." (World Health Organization, 2002)<sup>1</sup>*

Verdenssundhedsorganisationens definition præciserer yderligere, at den palliative indsats:

- Tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- Bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- Tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- Integrerer psykologiske og åndelige aspekter
- Tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- Tilbyder støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- Anvender en tværfaglig teambaseret tilgang for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- Har til formål at fremme livskvaliteten og kan have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- Kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som eksempelvis kemo eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer

I den palliative indsats er det vigtigt at have rehabilitering for øje. Rehabilitering har fokus på at forbedre og vedligeholde patientens funktionsevne og deltagelse i hverdagslivet – fysisk, psykisk, socialt og intellektuelt. Rehabilitering kan være med til at opretholde fokus på meningsfulde aktiviteter og strukturere hverdagen for patient og pårørende.

De overordnede principper for tilrettelæggelsen af den palliative indsats i Region Syddanmark, følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2011<sup>2</sup>. Den palliative indsats inddeles palliation i basis og specialiseret niveau.

## 3.2 Palliativ indsats på basisniveau – eget hjem og i sygehuse

Den palliative indsats på basisniveau omhandler den indsats, der finder sted på sygehusene og i patientens/borgerens eget hjem. For den indlagte patient varetages den palliative indsats af sygehusets læger og plejepersonale, og for den hjemmeværende patient varetages opgaven af hjemmesygeplejen og egen læge.

I henhold til Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer (1999)<sup>3</sup> skal basisindsatsen sikre:

- At der afsættes den fornødne tid og opmærksomhed til uhelbredeligt syge patienter med kort forventet levetid samt støtte til de pårørende
- En sufficient symptomkontrol, og herunder smertebehandling baseret på god klinisk praksis og ajourført viden
- En åben og direkte kommunikation med patienten og pårørende, præget af professionel engagement
- At de fysiske rammer for indsatsen er hensigtsmæssige (enestuer, mulighed for ophold og overnatning for pårørende, de nødvendige hjælpemidler i hjemmet mv.)
- At der trækkes på særlig viden og erfaring fra specialistaniveau
- At kvaliteten af den palliative indsats løbende vurderes
- At der etableres det nødvendige samarbejde mellem afdelingen og den primære sundhedstjeneste, herunder aftaler vedrørende åben indlæggelse
- At palliation indgår i den løbende uddannelse og undervisning af sundhedspersonalet

1 World Health Organization. National Cancer Control Programs. Policies and managerial guidelines. 2nd ed: Geneva: World Health Organization; 2002:83  
2 Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen; 2011  
3 Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinjer for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen; 1999

### 3.3 Organisering og ansvar ved basisforløb i primærsektor

For patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid foregår en stor del af den palliative indsats i borgerens/patientens eget hjem, ved midlertidigt ophold på plejehjem eller aflastning. Her er støtte, omsorg og behandling opretholdt af ekspertisen fra egen læge, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i kommunen.

Den kommunale indsats forudsætter som udgangspunkt, at patientens læge har tilsendt kommunen forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

Der kan være patienter, for hvem der ikke er taget stilling til forslag til socialmedicinske sagsbehandling, som har behov for kommunal palliativ indsats. I sådanne tilfælde foretages der en konkret vurdering af patientens bopælskommune.

Egen læge og hjemmesygeplejen udgør tilsammen behandlerteamet omkring den enkelte patient og dennes pårørende. Andre kommunale aktører kan efter behov indgå i teamet fx fysioterapeuter og socialrådgiver.

#### Egen læge som tovholder

For patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid er egen læge som tovholder en væsentlig part i patientforløbet.

At være tovholder for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, indebærer at:

- Lægen udfærdiger forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165), hvis patienten, der er i lægens behandling og varetægt, opfylder kriterierne herfor:
  - Kurativ behandling er udsigtsløs
  - Prognosen er kort levetid
  - Patienten er plejkrævende
- Lægen henviser ved behov til sygehusafdeling med henblik på en åben indlæggelse jf. afsnit 3.3
- Lægen kan for patienten sende ansøgning om Terminaltilskud til Lægemidler jf. Sundhedsloven § 148. Der kan ansøges uafhængigt af forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)
- Lægen er ansvarlig for det lægefaglige behandlingsforløb i hjemmet og holder den kommunale sygepleje underrettet
- Lægen er ansvarlig for, at patient og pårørende får den information vedr. den lægelige behandling, som de ønsker og har behov for
- Lægen medvirker sammen med den kommunale hjemmesygepleje i den fysiske, psykiske, sociale og åndelige omsorg for patienten
- Lægen er let tilgængelig og kontinuerligt i dialog med den kommunale hjemmesygepleje
- Lægen og den kommunale hjemmesygepleje konfererer om indhold og formål ved hjemmebesøg, som tilstræbes aflagt i fællesskab
- Lægen henviser til informeret kollega i tilfælde af ferie, sygdom og lignende
- Lægen kan ansøge om tilskud til ernæringspræparater fx ernæringsrecept jf. Sundhedslovens § 159 og dækning af nødvendige merudgifter jf. Servicelovens § 100
- Lægen og den kommunale sygepleje sikrer, at de nødvendige medikamenter til behandling og lindring af symptomer forefindes i hjemmet
- Ved udskrivelse fra sygehus, samarbejder sygehuset, egen læge og kommunen om udskrivelsesforløbet ifølge SAM:BO og jf. de i afsnit 4 beskrevne patientforløb

Anbefalinger for den praktiserende læges indsats er specificeret i DSAM vejledningen "Palliation" (2014).

Ved palliative patientforløb kan egen læge kontakte det palliative team mhp. vejledning fra specialistniveau. Egen læge kan ligeledes ved komplicerede palliative patientforløb, og efter patientens samtykke, henvise til det palliative team. Den praktiserende læge har, lige som offentligt ansatte, en skærpet underretningspligt jf. Serviceloven kapitel 27.

Region Syddanmark har indgået en lokalaf tale med almen praksis om bl.a. deltagelse i udskrivelseskonference og mulighed for faglig koordinering med den kommunale sygeplejerske, samt opfølgende samtale med pårørende efter patientens død. Lokalaf talaftalen findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

### **”Tryghedskassen”**

Formålet med Tryghedskassen er, at sikre et optimalt afsluttende forløb for patienter der ønsker at dø i eget hjem. Kassen indeholder medicin, utensilier (infusionssæt, sprøjter, kanyler) og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn. Lægemedlerne i Tryghedskassen anvendes til symptomlindring i de sidste levedøgn hos patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, der ikke længere kan indtage peroral medicin.

Tryghedskassen ordineres ved udfærdigelsen af recept. Der skal udfyldes et ordinationsskema med individuelle ordinationer. Skemaet formidles til hjemmesygeplejen, som ellers ikke må anvende kassen. Tryghedskassen kan opbevares i patientens hjem og anvendes ved behov af den tilseende læge/vagtlæge/sygeplejerske efter aftale med lægen.

Vejledning i brug af Tryghedskassen kan findes i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning Palliation (2014).

Regionen dækker hele udgiften til Tryghedskassen.

### **Kommune – sygeplejersken som koordinator**

Sygeplejersken varetager den koordinerende indsats i pleje og behandlingsforløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i eget hjem. Rollen indbefatter følgende opgaver, hjemmesygeplejen:

- koordinerer patienters pleje og behandlingsforløb mellem primær og sekundærsektor samt holder egen læge orienteret herom
- vurderer ændringer i plejebehovet hos patienten. Både fysiske, psykiske og sociale forhold vurderes i samarbejde med patienten, pårørende, visitationen/socialrådgiveren, plejepersonalet og egen læge. Kommunen visiterer ydelser i henhold til eget serviceniveau
- planlægger i samråd med egen læge justeringer af den palliative behandling evt. i samarbejde med det palliative team
- ajourfører sygeplejerapport ved indlæggelse og udskrivelse. Sygeplejersken konfererer om helbredsdata med egen læge og sikrer at den lægefaglige behandlingsplan kan effektueres
- er tilgængelig for telefonisk kontakt med egen læge om fælles patienter
- involveres af udskrivende sygeafdeling ved komplekse plejeforløb iht. SAM:BO
- forud for indlæggelse på stamafdelingen kontakter hjemmesygeplejersken stamafdelingen
- ved evt. udskrivelseskonference kan sygeplejersken og evt. visitation/socialrådgiver deltage i tværfaglig udskrivelseskonference
- forestår koordinationen omkring bevilgede hjælpemidler

Den kommunale sygeplejerske har, som andre offentligt ansatte, en skærpet underretningspligt jf. Serviceloven kapitel 27.

### **Kommunen – rådgiverbistand**

En del af de patienter med uhelbredeligt livstruende sygdom og forventet kort levetid, har behov for helhedsorienteret rådgivning – for eksempel socialrådgiverbistand. Denne rådgivning ydes af patientens bopælskommune. I tilfælde af komplekse problemstillinger anbefales det, at kommunen udpeger en koordinerende sagsbehandler for den enkelte patient.

### **Sygehuset – aftale om åben indlæggelse**

Åben indlæggelse er relevant når:

- sygehusets behandling går fra at være kurativ til lindrende/palliativ
- såfremt hjemmeplejen og egen læge ikke kan løse patientens pleje og behandlingsproblemer i hjemmet
- når patientens problemer kræver observation, udredning og/eller behandling ved specialister eller med specialudstyr

”Åben indlæggelse” betyder, at patient og pårørende:

- har behov for palliativ behandling
- har aftalt en stamafdeling på sygehuset, så der er mulighed for at kontakte afdelingen direkte og få svar på spørgsmål
- kan kontakte stamafdelingen direkte og træffe aftale om indlæggelse, hvis der opstår behov. Hjemmeplejen kan også aftale indlæggelsen
- patienten tildeles faste kontaktpersoner på stamafdelingen

### 3.4 Den specialiserede indsats

Den specialiserede palliative indsats varetages i de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgave. Det drejer sig om palliative afdelinger på sygehuse, palliative teams og hospice. Den specialiserede indsats er målrettet patienter med komplekse palliative problemstillinger.

#### *Det palliative team*

Det palliative team defineres af Sundhedsstyrelsen som: ”en tværfagligt sammensat gruppe (primært læger og sygeplejersker) med specialviden om palliation...”. Det forudsættes, at der udover læger og sygeplejersker indgår andre faggrupper, såsom fysioterapeuter, psykolog, socialrådgiver, præst, diætist, ergoterapeut m.fl. med det formål, at leve op til Verdenssundhedsorganisationens målsætning for palliativ indsats.

Størstedelen af patienter med palliativt behov vil modtage dækkende palliativ indsats fra basisniveauet, i særligt komplekse tilfælde involveres det palliative team. Der er dog altid mulighed for, at basisniveauet kan hente råd, hjælp og uddannelse fra specialistniveauet. Indenfor almindelig åbningstid på hverdage kan det lokale palliative team kontaktes (se nedenfor). På hverdage fra 15.30-08.00 og hele døgnet i weekender og på helligedage kan bagvagter på sygehuse og vagtlæger/praktiserende læger kontakte vagthavende i Palliativ Team Fyn direkte på 2117 1716.

Det palliative team er med til at sikre koordineringen af den palliative indsats på tværs af sektorer. Endvidere yder det palliative team specialistbistand til basisniveauet i primærsektoren og på sygehusafdelinger eller andre institutioner. Oplysninger om de palliative team fremgår af [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

#### Visitationskriterier til palliativ team

Patienter med uhelbredelig livstruende sygdom, forventet kort levetid og særligt komplicerede problemstillinger af fysisk, psykologisk, social og/eller åndelig/eksistentiel karakter, kan henvises til de specialiserede palliative teams. Henvisning kan ske via egen læge eller sygehuslæge.

Komplekse symptomer og problemstillinger kan være kombinationer af nedenstående:

- fysiske symptomer såsom smerte, kvalme, træthed, vejrtrækningsbesvær, appetitløshed, konfusion mm.
- sociale og familiære problemer
- psykologiske og følelsesmæssige problemer
- åndelige, eksistentielle problemstillinger
- behov for støtte til pårørende, herunder børn

Et symptom eller problemstilling kan også være kompleks i den forstand, at det i særlig grad kræver tværfaglig indsats for at bedst mulig behandling og pleje opnås.

Det palliative team tilbyder forskellige indsatsniveauer:

- råd og vejledning til professionelle uden at teamet har direkte kontakt til patienten
- tilsyn af indlagte patienter
- palliativt team involveres i en kortere periode med patienten i forbindelse med en afgrænset problemstilling
- patient og pårørende har så komplekse problemstillinger, at en varig tilknytning til specialiseret indsats er nødvendig

De palliative teams arbejder tæt sammen med hospice i regionen.



I Region Syddanmark findes følgende palliative specialfunktioner:

- Det palliative team, Sydvestjysk Sygehus
- Palliativt Team Fyn, Odense Universitetshospital
- Det palliative sengeafsnit, Odense Universitetshospital
- Palliativt Team, Sygehus Lillebælt, Vejle
- Det palliative team, Sygehus Sønderjylland

Kontaktinformation findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

### 3.5 Hospice i Region Syddanmark

Hospicer er selvejende institutioner med egne bestyrelser, men med driftsoverenskomst med regionerne.

Hospice fungerer under Sundhedsloven og er et tilbud om specialiseret symptomlindring, støtte og omsorg til uhelbredeligt syge med kort forventet levetid. Hospice følger Verdenssundhedsorganisationens og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for den palliative indsats.

Hospicefilosofien er værdigrundlaget for hospicearbejdet og bygger på de principper og holdninger, der sikrer at den uhelbredeligt syge skal have den bedst mulige kvalitet i den tilbageværende levetid. I den palliative indsats vægtes lindring på det fysiske, det psykiske, det sociale og det åndelige område ligeligt. Indsatsen er tværfaglig og udføres af speciallæger, plejepersonale, fysioterapeuter, psykologer, præster, socialrådgivere m.fl. Omsorgen omfatter den syge, dennes nærmeste pårørende og senere efterlevende.

**I Region Syddanmark findes 5 hospicer med hver 12 senge:**

Hospice Fyn i Odense: [www.hospicefyn.dk](http://www.hospicefyn.dk)

Hospice Sydfyn, Svendborg: [www.hospicesydfyn.dk](http://www.hospicesydfyn.dk)

Hospice Sønderjylland i Haderslev: [www.hospicesonderjylland.dk](http://www.hospicesonderjylland.dk)

Sct. Maria Hospice i Vejle: [www.sctmariahospice.dk](http://www.sctmariahospice.dk)

Hospice Sydvestjylland i Esbjerg: [www.hospicesydvestjylland.dk](http://www.hospicesydvestjylland.dk)

Henvisning til hospice kan ske via egen læge eller sygehuslæge.

**Visitationskriterierne til hospice:**

Hospice modtager patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og komplekse palliative problemstillinger, og hvor der er behov for tværfaglig specialistindsats. Patienten skal:

- lide af en uhelbredelig, livstruende, fremadskridende sygdom og være informeret om sygdommens uhelbredelige karakter
- være diagnostisk færdigudredt
- have komplekse symptomer, der kræver tværfaglig specialiseret palliativ indsats
- være informeret om det lindrende sigte og have et ønske om at komme på hospice

Der kan være tale om:

- ophold i forbindelse med livets afslutning
- midlertidige ophold til løsning af palliative problemstillinger, herunder symptomlindring og ophold af palliativ rehabiliterende karakter

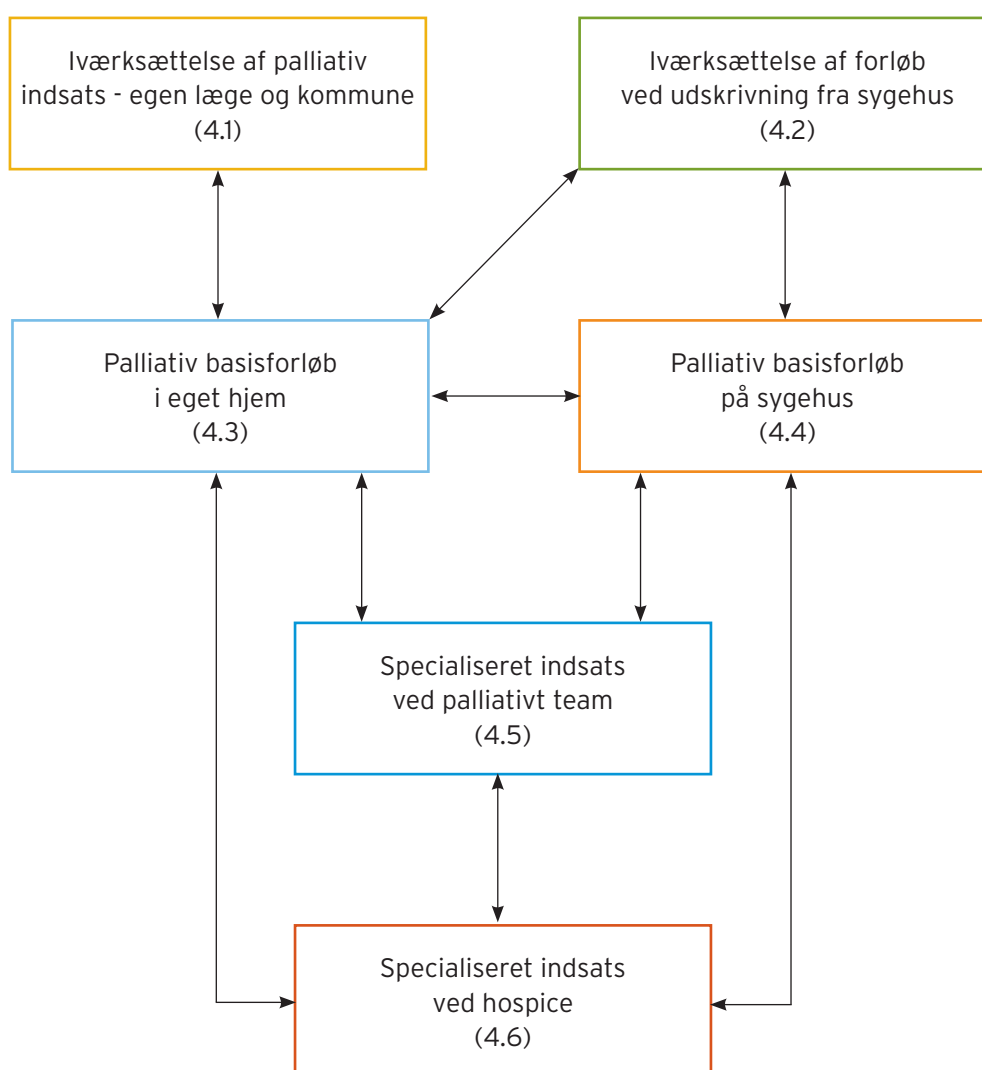
Pårørende har mulighed for, efter aftale, at overnatte og spise på Hospice. Pårørende afregner for dette efter aftale.

Patienten har frit hospicevalg (der henvises til afsnittet vedr. befordring). Indlæggelse på hospice er vederlagsfrit for patienten.



## 4. Samarbejde og kommunikation ved patientforløb

I denne samarbejdsaftale er det valgt, at beskrive de typiske forløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Patientforløbene repræsenterer hver i sær en typisk fase i det samlede forløb. Se nedenstående figur. Forløb bygger på den regionale samarbejdsaftale om borger/patientforløb, SAM:BO aftalen. Hvor denne følges, er der henvist hertil. Hvor særlige forhold gælder for den uhelbredeligt syge patient, er dette beskrevet.



## 4.1 Iværksættelse af palliativ indsats – egen læge og kommunen (basis forløb)

### Kommunikation ved påbegyndelse af patientforløb

#### Egen læges opgaver

Egen læge kan, hvis patienten er i lægens behandling og opfylder kriterierne derfor, udfærdige et forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) for den uheldeligt syge patient med forventet kort levetid, således at patienten kan få tildelt ydelser efter serviceloven. Egen læge informerer patienten og pårørende om de mulige tilbud i patientforløbet, herunder kontakt til den kommunale sygeplejerske. Det sikres, at patienten accepterer lægens indsendelse af forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

Lægen henviser ved behov til sygehus med henblik på aftale om åben indlæggelse. Sygehuset kvitterer med oplysning om stamafdeling.

Bevilling af hjælpemidler fra kommunen kan søges efter Servicelovens § 112.

Ernæringspræparater søges efter Sygesikringsloven vha. den grønne recept eller ved kommunen iht. Servicelovens § 122.

**Fysioterapeutbehandling** i eget hjem kan forgå efter henvisning til praktiserende fysioterapeut eller kan varetages af kommunen. I først nævnte tilfælde kan kommunen ansøges om betaling heraf i henhold til Servicelovens § 122 eller ved anvendelse af lokalaftalen om palliativ fysioterapi. Se afsnit 5 vedr. træning og fysioterapeutisk behandling.

For vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehus, se Sundhedsstyrelsens retningslinjer herfor.

#### Medicin

Ifølge Sundhedslovens § 148, kan den behandlende læge søge Lægemiddelstyrelsen om 100% terminaltilskud til lægemidler. Kravet er, at patienten er uheldeligt syg og har en kort forventet levetid, samt at mulighed for kurativ behandling er udsigtsløst. Tilskuddet er uafhængigt af økonomiske forhold og hvor den døende opholder sig. Ansøgningen forudsætter ikke, at der er indsendt et forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

#### Kommunen modtager forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)

Kommunen modtager forslaget fra lægen, vurderer de fornødne ydelser og inddrager den sygeplejerske, der skal være kontaktperson for borgeren samt andre relevante fagområder.

Kommunen kontakter borgeren telefonisk eller pr. brev med henblik på at opstarte den palliative indsats.

Ved inddragelse af hjemmesygeplejen kontakter sygeplejersken patientens læge mhp. at aftale planlægning af samarbejdet og indsatsen omkring den enkelte borger/patient og dennes pårørende.

Den palliative indsats i kommunen kan udspringe af et allerede eksisterende plejeforløb i kommunalt regi i samarbejde med praktiserende læge. Der kan søges om socialmedicinsk sagsbehandling, når lægen vurderer, at borgeren har en forventet kort levetid.

#### Kommunens tilbud

Kommunen har en række tilbud til patienten og dennes pårørende. De kommunale tilbud tager udgangspunkt i den enkelte kommunes serviceniveau og kan derfor være forskellige fra kommune til kommune.

Kommunen kan efter visitation på grundlag en individuel vurdering iværksætte de kommunale ydelser, eksempelvis i form af:

- Praktisk hjælp
- Personlig pleje
- Hjemmesygepleje
- Rehabilitering
- Hjælpemidler fx sygehusseng, toiletforhøjer, specialmadras iht. Servicelovens § 112 (redskaber der anvendes i forbindelse med behandling leveres af sygehuset)
- Boligindretning iht. Servicelovens § 116
- Sygeplejeartikler jf. Servicelovens, § 122
- Plejeorlovsordning iht. Servicelovens § 119
- Pasningsordningen iht. Servicelovens § 118
- Aflastning af pårørende
- Mulighed for fast vagt i hjemmet
- Fysioterapi iht. Servicelovens § 85 og § 86
- Midlertidigt ophold på kommunens akutplads

## 4.2 Iværksættelse af palliativt forløb - udskrivelse fra sygehusafdeling

### Samarbejde og kommunikation ved forberedelse af udskrivelse fra sygehusafdeling

#### Kendte i det kommunale omsorgssystem

Patienten er meldt indlagt til det kommunale omsorgssystem.

#### Ukendt i det kommunale omsorgssystem

Sygehuset tager telefonisk eller elektronisk kontakt via korrespondancemeddelelse til patientens bopælskommune mhp. oprettelse af patienten i kommunens omsorgssystem.

#### Sygehuset afsender plejeforløbsplan elektronisk til kommunen (SAM:BO 4.3.3)

Planen indeholder udover vanlige oplysninger i SAM:BO, relevante oplysninger som:

- Forventet forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) og etablering af stamafdeling.
- Er der søgt om tilskud til lægemidler, Sundhedslovens § 148
- Er der henvist til palliativt team?
- Forventet behov for sygepleje
- Forventet behov for rådgivning - herunder socialrådgiverbistand.

#### Kommunen kvitterer for plejeforløbsplan (SAM:BO 4.4.2)

Behov for udvidet koordinering løses på den måde, det er aftalt mellem sygehuset og den enkelte kommune, f.eks. ved:

- Uddybet it-kommunikation
  - Videokonference
  - Telefonisk kontakt
  - Fysisk fremmøde på sygehus
- Sygehusets kontaktperson aftaler udskrivningskonference med den kommunale kontaktperson som afholdes inden for 2 døgn.

Sygehuset informerer patientens egen læge elektronisk via en korrespondancemeddelelse om mulighed for at deltage i evt. udskrivningskonference.

#### Aftale om udskrivning (SAM:BO 4.4.3)

Sygehuset, praktiserende læge og den kommunale kontaktsygeplejerske er ansvarlige for etablering/formidling af nedenstående:

- Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165), samt etablere stamafdeling.  
Lægen skal indsende forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) for, at patienten kan få tildelt ydelser efter den sociale servicelov f.eks. plejeorlov til nærtstående jf. Servicelovens § 119 samt sygeplejeartikler, dækning af egenbetaling i forbindelse med fysioterapi m.v. i henhold til Servicelovens § 122
- Aftale om åben indlæggelse på stamafdeling samt information om, hvad dette indebærer
- Afstemt medicinliste  
Den behandlende læge kan søge Lægemiddelstyrelsen om bevilling af terminaltilskud til lægemidler
- Ernæring(-spræparater)
- Behandlingsredskaber
- Orientering af patient og pårørende om det aftalte og konsekvenserne heraf
- Mulighed for plejeorlov
- Lindrende fysioterapi i hjemmet (se afsnit 5)

Aftale om udskrivelse udarbejdes i så god tid, at kommunen kan forberede det fornødne i relation til ydelser i hjemmet jf. principperne i SAM:BO.

Udskrivelsen af patienten sker i henhold til Grundprincipperne i samarbejdet – SAM:BO

## Samarbejde og kommunikation ved udskrivelse fra sygehusafdeling

### Henvisning til kommunale ydelser (SAM:BO 4.5.1)

Ved behov for hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger aftales dette i forbindelse med planlægningen af udskrivelsen.

Ved behov for rådgivning - herunder socialrådgiverbistand aftales dette i forbindelse med udskrivelse. Dette anføres i udskrivelsesrapporten.

### Sygehuset sender udskrivningsrapport (SAM:BO 4.5.2)

### Kommunen (re-)etablerer kommunale ydelser i hjemmet og forbereder modtagelse af patienten (jf. SAM:BO 4.5.3.)

Modtagelse tilrettelægges ifølge aftale mellem sygehuset og den kommunale kontaktsygeplejerske. Evt. visiteres patienten til nye ydelser, jf. ovenfor.

### Sygehuset gennemfører udskrivningssamtale (SAM:BO 4.5.4)

Udskrivningssamtalen omfatter information til patienten og evt. pårørende og skal omfatte:

- Gennemgang af aftaler om det videre patientforløb, herunder fx.:
  - Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) - og mulighederne herved
  - Aftale om åben indlæggelse på stamafdeling
  - Tilskud til lægemidler
- Genoptræningsplan
- Aftaler med kommunen.

### Patienten hjemsendes (SAM:BO 4.5.5)

### Sygehuset orienterer patientens egen læge (SAM:BO 4.5.6)

Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge. Dette bør for så vidt mulig ske samme dag: Hvis dette ikke er muligt, orienteres lægen om udskrivelsen telefonisk eller via en elektronisk korrespondancemeddelelse.

Epikrisen skal indeholde oplysninger om:

- Åben indlæggelse på stamafdeling
- Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).
- Evt. tilskud til lægemidler eller anden medicin tilskud
- Evt. genoptræningsplan.

## 4.3 Palliativ indsats i eget hjem - basis forløb

### Palliativt samarbejde mellem patientens egen læge og kommunen

#### Egen læge - tovholder

Egen læge modtager en epikrise fra sygehuset eller egen læge udfærdiger forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

Egen læge er tovholder for den lægefaglige behandling af patienten. Lægen udarbejder og følger op på behandlingsplanen.

Egen læge er i samarbejde med den kommunale sygeplejerske ansvarlig for den basale tværfaglige palliative behandling og indsats ift. patienten. Se afsnit 3.3.

Egen læge kan ordinere "Tryghedskasse" eller tilsvarende til brug i hjemmet.

#### Kommunens indsats

Kommunen modtager besked om patientens hjemkomst, eksempelvis ved at:

- Kommunen modtager den elektroniske plejeforløbsplan og udskrivningsrapport fra sygehuset
- Palliativt team kontakter kommunen
- Patientens egen læge kontakter kommunen.

Kommunen kan efter visitation på grundlag af en individuel vurdering iværksætte de kommunale ydelser eksempelvis i form af:

- Praktisk hjælp
- Personlig pleje
- Hjemmesygeplejerske
- Rehabilitering
- Hjælpemidler fx sygehusseng, toiletforhøjer, specialmadras iht. Servicelovens § 112 (redskaber der anvendes i forbindelse med behandling leveres af sygehuset)
- Boligindretning iht. Servicelovens § 116
- Sygeplejeartikler jf. Servicelovens § 122
- Plejeorlovsordning iht. Servicelovens § 119
- Pasningsordningen iht. Servicelovens § 118
- Mulighed for fast vagt i hjemmet
- Fysioterapi iht. Sundhedslovens § 84 og Servicelovens § 86
- Midlertidigt ophold på kommunens akutplads
- Aflastning af pårørende

De kommunale tilbud tager udgangspunkt i den enkelte kommunes serviceniveau og kan derfor være forskellige fra kommune til kommune.

Sygeplejersken er tovholder for den sygeplejefaglige del af det palliative forløb. Se afsnit 3.3.

#### Egen læge og den kommunale sygeplejerske samarbejder om udarbejdelse af en behandlingsplan

Behandlingsplanen omhandler:

- Behandlingsovervejelser
- Medicin
- Møder/besøg
- Kontaktform udenfor aftalte møder/besøg.

#### Ved forværring af patientens tilstand

Egen læge og den kommunale sygeplejerske konfererer om mulige initiativer til stabilisering af patienten.

Egen læge kan tage kontakt til:

- det lokale palliative team i dagtiden mhp. rådgivning (kontaktoplysninger findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)) og på hverdage fra 15.30-01.00, i weekender og på helligdage kan bagvagter på sygehusene og vagtlæ-

ger/praktiserende læger kontakte vagthavende i Palliativt Team Fyn direkte på 2117 1716.

- det lokale palliative team mhp. at få patienten tilknyttet det palliative team
- sygehuset mhp. indlæggelse.

Sygeplejersken kan:

- Vurdere behovet for øget pleje og omsorg i hjemmet
- Hvis patienten har aftale om åben indlæggelse, iværksætte en indlæggelse.

### **Samarbejde og kommunikation ved dødsfald i hjemmet**

Den kommunale kontaktsygeplejerske aftaler med pårørende og egen læge tidspunkt og sted for ligsyn. Dødsattest udfærdiges af egen læge eller vagtlæge på helligdage og weekender, efter gældende regler.

Der skal gives besked til relevante samarbejdspartnere/relationer, herunder det palliative team, hvis teamet er involveret.

### **Opfølgning på dødsfald**

[Se afsnit 7.6](#)



#### 4.4. Palliativ indsats på sygehuset

##### Samarbejde og kommunikation ved indlæggelse

Ved indlæggelse (Se SAM:BO forløb 4.2)  
Ved indlæggelse under 48 timer (Se SAM:BO forløb 3.1)

##### Samarbejde og kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb

**Sygehuset gennemfører indlæggelsessamtale (Se SAM:BO 4.3.1)**  
Indlæggelsessamtalen skal særligt omfatte patientens aktuelle tilstand og problemstillinger, herunder socialmedicinsk vurdering.

##### **Sygehuset gennemfører diagnostik og behandling. Der lægges behandlingsplan. (Se SAM:BO 4.3.2)**

Der foretages lægefaglig vurdering, eller vurdering på lægefagligt ansvar, af behovet for:

- Aftale om åben indlæggelse jf. afsnit 3.2
- Evt. forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)
- Evt. tilskud til lægemidler - Sundhedslovens § 148
- Lindrende fysioterapi, evt. i eget hjem - Sundhedsloven § 67
- Ernæring.

Konklusioner på vurderinger angives i plejeforløbsplanen til kommunen for de patienter, hvor en sådan afsendes jf. nedenfor.

##### **Sygehuset orienterer kommunen om forløbsplanen (Se SAM:BO 4.3.3)**

Planen indeholder relevante oplysninger som:

- Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)
- Tilskud til lægemidler Sundhedslovens § 148
- Henvist til palliativt team?
- Forventet behov for sygepleje
- Forventet behov for rådgivning - herunder socialrådgiverbistand (kun patienter tilknyttet palliativ team og i mindre omfang for patienter indlagt på Sygehus Lillebælt og Odense Universitetshospital).

##### Samarbejde og kommunikation ved forberedelse af udskrivelse

Patienter med kompliceret udskrivningsforløb  
Væsentligt ændret funktionsevne

Se ovenstående forløb 4.2 (Jf. SAMBO 4.4.2 til 4.4.3)

##### Samarbejde og kommunikation ved udskrivelse

Se ovenstående 4.2 (Jf. SAMBO 4.5.1 til 4.5.6)

##### **Samarbejde og kommunikation ved dødsfald på sygehus**

Ved dødsfald på sygehus informeres pårørende. Kommunen og egen læge modtager en elektronisk korrespondancemeddelelse om borgerens dødsfald. Dødsattest udfyldes af læge efter gældende regler.

##### **Opfølgning på dødsfald**

[Se afsnit 7.6.](#)

## 4.5 Det Palliative Team, specialiseret indsats

### Samarbejde og kommunikation ved specialiseret indsats

#### Palliativt team modtager henvisning fra egen læge eller sygehuslæge, indeholdende:

- Navn, CPR, adresse og telefon nr.
- Diagnose
- Evt. relevant bi-diagnose
- Formulering af patientens aktuelle problemstilling og formålet med henvisningen
- Socialanamnese
- Vurdering af behov for specialiseret tværfaglig palliativ indsats
- Afstemt medicinliste
- Anførelse om der er ansøgt om terminaltilskud til lægemidler
- Anførelse om der er ansøgt om socialmedicinsk sagsbehandling (LÆ 165)
- Kort beskrivelse af sygehistorie og almen tilstand
- Kontaktoplysninger på egen læge, hjemmesygeplejerske/områdecenter
- Tilladelse til indhentning af journaloplysninger
- Evt. behov for tolkebistand

Der kvitteres for elektronisk fremsendt henvisning.

Henvisningen behandles i løbet af 1-2 hverdage, hvorefter patient og pårørende kontaktes direkte og aftale indgås.

#### Forløb

Forløb kan være i form af hjemmebesøg, telefonsamtaler, ambulante besøg og i begrænset omfang assistance på sygehusafdeling. Efter behov er der løbende kommunikation til og samarbejde med andre behandlere og omsorgspersoner fra primær og sekundærsektor.

#### Første hjemmebesøg

Ved første hjemmebesøg med patient og pårørende kan den kommunale sygeplejerske og egen læge deltage efter behov. Efter første hjemmebesøg drøftes indsatsmulighederne på teamets tværfaglige konference. Indsatsen tilpasses behovet hos patient og pårørende og sker i samarbejde med sygeplejerske, egen læge og andre professionelle som er tilknyttet patienten. Det afhænger således af den enkeltes behov, hvilke faggrupper fra teamet som tilknyttes patient og pårørende.

#### Egen læge orienteres af palliativt team

Egen læge modtager kopi af journalnotater, hvoraf fremgår behandlingsplaner, ordinationer etc.

#### Patienter indlagt på sygehus

Det palliative team kan inddrages i patientforløb på sygehuset - som specialist bistand.

Bagvagter på sygehus kan i vagttiden kontakte den palliative telefonrådgivning i regi af Palliativ Team Fyn, tlf.: 2117 1716

#### Samarbejde & kommunikation ved dødsfald i eget hjem

Ved dødsfald i eget hjem, orienterer den kommunale sygeplejerske det palliative team herom. Dødsattest udfyldes af lægen efter gældende regler.

#### Opfølgning efter dødsfald

Ved behov kontaktes nærmeste efterladte pr. telefon indenfor nogle uger efter dødsfaldet og evt. yderligere tværfaglig opfølgning kan aftales ved behov.

#### Opfølgning på dødsfald

[Se afsnit 7.6](#)

## 4.6 Hospice, specialiseret indsats

### Samarbejde og kommunikation ved indlæggelse på hospice

#### Hospice modtager henvisning på patienten

- Henvisning skrives af den læge, der kender patient og familie bedst
- Henvisningen sendes elektronisk, pr. fax eller post til det hospice patienten vælger
- Henvisningen skal indeholde oplysninger om:
  - patientens sygdomshistorie og evt. prognose
  - aktuelle fysiske og psykiske symptomer og deres komplikation
  - psykologiske og sociale data
  - åndelige og eksistentielle symptomer
  - vurdering af patientens behov for tværfaglig lindrende indsats.

#### Visitation

Hospiceledelse og hospicelæge gennemgår henvisningen, og foretager visitation til hospice. Ved behov for yderligere oplysninger tages telefonisk kontakt til patient og evt. familien. Med patientens samtykke, kontaktes eventuelle samarbejdspartnere efter behov.

Henvisninger prioriteres efter kompleksitet og behov. Patient og familie med de største og mest komplekse palliative behov tilbydes plads først.

Ved behov afholdes en visitationssamtale, enten pr. telefon eller ved at en hospicemedarbejder aflægger et besøg hos patienten, der hvor vedkommende befinder sig.

I de tilfælde, hvor patienten er tilknyttet eller kendt af et palliativt team, indledes, med patientens samtykke, en dialog mellem teamet og hospice.

#### Forud for indlæggelse

Dato for indlæggelse meddeles til patient og evt. pårørende, når ledig plads haves, ofte kun med dags varsel.

#### Hjælpemidler under indlæggelsen

Hospice har et udvalg af relevante hjælpemidler; men er ikke i stand til at opfylde alle individuelle behov for hjælpemidler, hvorfor:

- hjælpemidler fra hjemmet medbringes
- individuelle hjælpemidler rekvireres fra hjemkommunen ved indlæggelse fra sygehus
- sygehuset medgiver stomiudstyr, mv. ved overflytning
- efter dødsfald afhentes hjælpemidler via kommunen eller de afleveres vha. pårørende.

#### Medicin

Hospice har mulighed for medicinering, administration og aftaler svarende til sygehusafdelinger. Ved patienter, der kommer hjemmefra, kan det være hensigtsmæssigt at medbringe medicin, der aktuelt anvendes

- Ved patienter, der planlægges udskrevet igen (symptomlindrende forløb) anvendes denne medicin ikke under indlæggelsen og ved udskrivelse har patienten medicinen med hjem igen.
- Ved patienter, der er planlagt til livsafsluttende forløb, anvendes den medbragte medicin i det omfang det er relevant. Ikke anvendt medicin sendes retur via apoteket.
- Ved patienter, der kommer fra sygehusafdeling medbringes medicin til de første døgn, hvis der er ordineret særlige medikamenter, samt f. eks sondeernæring.

### **Familiesamtaler/ statusamtaler**

Patient, familie, netværkspersoner og relevante fagpersoner deltager i familiesamtalerne 1-3 uger efter indlæggelsen, samt regelmæssigt herefter mhp. opfølgning af indlæggelsesforløb, justering af intervention og forventninger samt plan for fremtiden.

### **Udskrivelse**

#### Ved forventet udskrivelse:

Patienter henvist til et symptomlindrende pleje og behandlingsforløb har aftalt en given indlæggelsestid, typisk 2-3 uger. Disse patienter udskrives til hjemmet / plejebolig og ofte med støtte fra palliativt team og frivillige.

- der aftales udskrivelsesdato med involverede fagpersoner i primær sektor, gerne via plejeforløbsplan med angivelse af forventet færdigbehandlingsdato
- ved behov kontaktes patientens sygeplejerske i kommunen og evt. palliativt team
- der planlægges og afvikles evt. visitationssamtale før udskrivelsen
- der udarbejdes udskrivelsesrapport
- epikrise sendes til egen læge

#### Ved udskrivelse, der ikke var forventet:

Patienter henvist til hospice i forbindelse med livets afslutning, og som får det bedre i forløbet (dvs. har fået lindret de komplicerede palliative pleje/behandlingsbehov), vil blive vurderet mhp. udskrivelse og til fortsat palliativ pleje i eget hjem eller plejecenter.

- der aftales udskrivelsesdato med involverede fagpersoner i primær sektor, gerne via plejeforløbsplan med angivelse af forventet færdigbehandlingsdato
- der aftales udskrivelse med fagpersoner i primær sektor, typisk visitator, sygeplejerske, egen læge samt patient og familie
- egen læge orienteres og inviteres til udskrivelseskonference, brev eller pr. telefon
- primærsektor varetager rekvirering af relevante hjælpemidler, materialer, relevante fagpersoner mm og det aftales, hvorvidt palliativt team skal have konsulentfunktion
- epikrise sendes til egen læge
- der kan efter behov informeres om, og tages kontakt til evt. frivillig støtte.

### **Ved dødsfald på hospice**

- Egen læge og hjemmepleje informeres via elektronisk korrespondance, eller pr. telefon
- Materialer og hjælpemidler fra hjemmeplejen sendes retur med pårørende, eller afhentes af kommunen
- Hvor der ikke er ægtefælle tælles alle personlige ejendele op og opbevares til afhentning af pårørende, når skifteretsattest foreligger
- Skifteretten orienteres skriftlig

### **Opfølgning på dødsfald**

[Se afsnit 7.6](#)





# 5. Træning og fysioterapeutisk behandling

## 5.1 Lindrende og palliativ fysioterapi

### Lindrende fysioterapi jf. sundhedsloven §67

Egen læge og sygehuslæge kan henvise til lindrende fysioterapeutisk behandling. Behandlingen kan foregå på klinik eller i eget hjem. Behandlingen kan også varetages af kommunal fysioterapeut.

Den lindrende fysioterapeutiske behandling kan tage sigte på at afhjælpe kropsligt ubehag (eksempelvis reducere smerter, lette åndenød, behandle ødemer) og mindske funktionstab.

### Eksempler på lindrende fysioterapi:

**Til behandling af kropslig ubehag:** massage, afspænding, visualisering, terapeutisk touch, lejring.

**Mindske funktionstab:** forflytningsvejledning, mobilisering og øvelser ud fra patienternes behov og ressourcer, valg af rette behandlingsredskaber.

**Lette åndenød:** lungefysioterapi, vejledning i økonomisering af kræfterne.

**Smertereduktion:** TENS, kinesiotex tape, akupunktur, triggerpunkt behandling, massage, visualisering.

**Ødemer:** lymfødem behandling, lejring, øvelser, manuel behandling, kompressionsbehandling.

### §2-aftale om palliativ fysioterapi

Patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid samt palliative problemstillinger, med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats, kan igennem lokalaftalen henvises til palliativ fysioterapi. Henvisningen kan ske til en række godkendte privat praktiserende fysioterapeuter, af enten egen læge eller palliativt team.

Den palliative fysioterapi foregår i patientens eget hjem og kendetegnes ved at:

- behandlingerne er rettet mod at lindre
- det er fysioterapi, der er målrettet patientens symptomer mere end dennes diagnose
- det kræver ofte god tid, særlig viden om symptombehandling, empati og rummelighed samt respekt for den enkelte patient og pårørendes prioritering af hvad der er vigtigt

Regionen afholder udgiften til behandling og delvist afstandstillægget, patientandelen fastholdes til det maksimale patientandelsbeløb på afstandstakster svarende til kr. 88,88 (grundhonorarniveau - 2014).

## 5.2 Mulighed for dækning af egenbetaling til fysioterapibehandling - Serviceloven § 122

Patienter med uhelbredelig livstruende sygdom, som har brug for lindrende fysioterapi har mulighed for at søge dækning af egenbetalingen til fysioterapi iht. Servicelovens § 122, både i forbindelse med lindrende og palliativ fysioterapi. Ansøgningen sendes til patientens bopælskommune.

## 5.3 Individuel genoptræningsplan ved udskrivelse fra sygehuset jf. Sundhedslovens § 84

I forbindelse med udskrivelse fra sygehus udfærdiges en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning. Genoptræning er målrettet og tidsbegrænset med sigte på, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne - ikke kun fysisk men også kognitivt, emotionelt og socialt.

Sygehuset skal afgøre, om der er behov for almen genoptræning, specialiseret, genoptræning eller specialiseret rehabilitering, jf. Bekendtgørelse nr. 1088 af 6. oktober 2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus samt Vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

#### **5.4 Kommunal genoptræning uden forudgående sygehusindlæggelse - Servicelovens § 86**

Kommunen tilbyder genoptræning efter Serviceloven. Rammerne herfor er mere indgående beskrevet i Vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Der kræves ikke hér en genoptræningsplan. Praktiserende læger og andet sundhedsfagligt personale kan foreslå genoptræning via blanket LÆ 165, men kan ikke henvise til dette.

##### **Vedligeholdende træning**

Sygehuset kan foreslå vedligeholdende træning, men kan ikke henvise til dette via en genoptræningsplan. Ved vurderet behov for vedligeholdende træning efter Serviceloven, kontaktes kommunen (via LÆ 165) - herefter træffer kommunen en afgørelse.

#### **5.5 Vederlagsfri fysioterapi på klinik eller i hjemmet jf. Sundhedslovens § 140a**

Denne ordning sigter mod personer med svært fysisk handicap eller funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, som er omfattet af Sundhedsstyrelsens diagnoseliste. De nærmere vilkår for vederlagsfri fysioterapi er fastsat i Bekendtgørelse 710 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen samt af Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi fra 2008.

#### **5.6 Palliativ team - fysioterapeutisk tilbud**

I de palliative teams er der ansat fysioterapeuter med specialviden i palliativ fysioterapi, som har et tæt tværfagligt samarbejde med resten af teamet. De arbejder hovedsagligt som konsulenter, laver vurderinger af behovet for fysioterapeutisk behandling samt igangsættelse af dette. Fysioterapeuterne i de palliative teams ser i tæt samarbejde med de kommunale terapeuter på, hvilke hjælpemidler der vil kunne lette dagligdagen for patienten. Vejledning i forflytningsteknikker, lejringer, mestring af åndenød, lymfødembehandling mm..

#### **5.7 Hospice - fysioterapeutisk tilbud**

På Hospice er der ansat fysioterapeuter med specialviden i palliativ fysioterapi. Med udgangspunkt i patientens ønsker og behov arbejder de, i tæt samarbejde med de øvrige ansatte på hospice, med at fremme bevægelse og livsudfoldelse, og give gode kropsoplevelser. Det kan fx handle om lejrning, forflytningsteknikker, mestring af åndenød, lymfødembehandling, kompressionsbehandling, massage, afspænding og visualisering.







## 6. Styrket palliativ indsats til børn med livstruende sygdom

Familier med uhelbredeligt syge børn, som ønsker at være længst muligt i eget hjem og eventuelt ønsker, at deres barn tilbringer sin sidste tid her, kan få den nødvendige støtte fra et dedikeret pædiatrisk palliativt team. Teamet er tværfagligt og er forankret på Odense Universitetshospital, men med udekørende funktion til hele Region Syddanmark. Det er H. C. Andersens Børnehospital og den palliative enhed på onkologisk afdeling på OUH, som varetager teamets funktion.

### Målgruppe

Målgruppen for det pædiatriske palliative team familier med uhelbredeligt syge børn i alderen 0-18 år, som ønsker at være i eget hjem.

### Henvielse til det pædiatriske palliative team

Familier med uhelbredeligt syge børn kan henvises til det pædiatriske palliative team fra alle Region Syddanmarks sygehusenheder og praktiserende læger.

Henvielsen sendes til: H.C. Andersens Børnehospital, Att.: Det pædiatriske palliative team, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense lokationsnummer: 4202259

### Det pædiatriske palliative teams funktion

Det pædiatriske palliative team tilknyttes og involveres i forløbet under indlæggelsen eller ambulante forløb. Når de kurative behandlingsmuligheder er udtømt og barnets videre forløb er pallierende, og familien ønsker at komme hjem, involveres det pædiatriske palliative team. For at sikre trykthed tilknyttes familien en fast kontaktperson i det pædiatriske palliative team.

- Teamet påtager sig rollen som tovholder, men samarbejder med barnets bopælskommunes hjemmesygepleje, praktiserende læge, lokale sygehus (evt. lokale palliative teams) og familie om den samlede opgave.
- Teamet arrangerer et koordinerende opstartsmøde for interne og eksterne samarbejdspartner, som har til formål at aftale og planlægge det videre forløb og samarbejde.
- Mødet kan finde sted både på H.C. Andersens Børnehospital OUH, på lokalsygehuset eller i familiens eget hjem.
- Under det pallierende forløb tager teamet ved behov på hjemmebesøg og sikrer inddragelse af relevante tværfaglige kompetencer i lindringen af barnets fysiske og psykosociale smerte.

### Teamets tilgængelighed

Det pædiatriske palliative team har en rådgivnings- og støttefunktion ikke kun for familien, men også nærmeste omsorgspersoner, barnets egen læge, hjemmesygepleje og lokale sygehus.

- Teamet har udekørende funktion mandag - fredag mellem 8.00-16.00
- Teamet kan kontaktes på telefon 5180 0491

### Sorgbearbejdning efter barnets død

Det pædiatriske palliative team støtter efter barnets død familien i bearbejdningen af deres sorg. Teamets præst har mulighed for at samtale med familien både under forløbet og efterfølgende. Familien støttes i etablering af kontakt til lokale tilbud som sorggrupper m.fl.

Der er ligeledes mulighed for, at det pædiatriske palliative team kan debriefe lokale samarbejdspartnere og samlet evaluere forløbet.

### Vidensdeling og udvikling

Det pædiatriske palliative team vidensdeler og sørger for kompetenceudvikling til regionale samarbejdspartnere i børnepalliation igennem undervisningsforløb, årlige temadage mm.

### Evaluerings

Organisering, samarbejde og funktionen af det pædiatriske palliative team evalueres primo 2017.



# 7. Sorg- og krisetilbud

## 7.1 Primærsektors sorg- og krisetilbud

Den praktiserende læge kan:

- Tilbyde samtaleterapi
- Henvise efterladte til psykolog.

Kommunen kan, afhængig af serviceniveau, tilbyde

- Pårørende et opfølgende besøg af den sygeplejerske, der har haft tovholderfunktionen
- Sygeplejersken rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte ift. åndelige og psykiske behov
- Sorg og krisegrupper for borger, ægtefælle og børn
- Bevilling af psykologbistand i særlige situationer
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning - PPR
- Tilbud til efterladte - opfølgningssamtale.

Kommunen samarbejder med fagpersoner, frivillige organisationer og foreninger omkring de palliative patientforløb.

## 7.2 Sygehus - sorg- og krisetilbud

Patientens kontaktperson er ansvarlig for etablering/formidling vedr.:

- Tilbud om samtaleterapi hos egen læge, præst, psykolog for patienten og/eller pårørende
- Sygeplejersken rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte ift. åndelige og psykiske behov
- Evt. udlevering af relevante pjecer om omsorg og krise
- Information om diverse selvhjælpsgrupper
- Evt. tilbud til efterladte om kontakt pr. telefon eller en samtale på afdelingen efter dødsfaldet.

## 7.3 Palliativ team - sorg- og krisetilbud

Det palliative team kan ved behov tilbyde:

### Patienter og pårørende

Terapeutiske samtaler til patienter og pårørende omkring relationelle og emotionelle problemstillinger.

### Familier med børn under 18 år

Samtaler af rådgivende og terapeutisk karakter omkring inddragelse og varetagelse af børnenes behov i sygdomssituationen.

### Efterladte

Efterladte kontaktes pr. telefon af en sygeplejerske og det vurderes, om den efterladte har brug for yderligere støtte, som kan være i form af:

- Individuelle samtaler (psykolog, præst, socialrådgiver)
- Gruppeforløb til efterladte (tilbydes ikke af alle team)
- Rådgivning om andre relevante hjælpeinstanser og tilbud.
- Relevante pjecer

Ved behov for længerevarende støtte ved sorg eller krise henvises til relevante instanser.

## 7.4 Hospice - sorg- og krisetilbud

Målgruppe: patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid indlagt på hospice og deres nærmeste pårørende.

I forbindelse med ophold på hospice tilbyder hospices psykolog og præst samtaler med indlagte. Hospices socialrådgiver tilbyder støtte til at hjælpe med eventuelle sociale spørgsmål, der kan give problemer i en i forvejen svær tid. Plejepersonalet er kvalificeret til at indgå i svære samtaler, at vurdere sorgreaktioner og til at støtte og vejlede patienter og pårørende.

Hospice tilbyder pårørende sjælesørgeriske samtaler med præst, vejledning hos socialrådgiver og terapeutiske samtaler hos psykolog.

Hospice tilbyder, at kontakte efterladte pr. post og/eller telefonisk for identificering af, hvorvidt den efterladte har behov for speciel eller intensiveret hjælp.

Nogle hospices har tilbud til efterladte om samtaler et stykke tid efter dødsfaldet. Samtalerne foregår på hospice. Andre hospice afholder mindegudstjenester, hvor efterladte inviteres og inddrages.

Endvidere formidler hospice information om sorggrupper, psykologsamtaler, bøger og pjecer om sorg og krise, hvor efterladte kan finde viden om diverse støtte muligheder.

## 7.5 Frivillige organisationer

- Information om tilbud fra Kræftens Bekæmpelse [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)
- Information om sorggrupper - Børns Vilkår [www.bornsvilkar.dk](http://www.bornsvilkar.dk)
- Unge & sorg (tilbud til de 16-28 årige) [www.ungeogsorg.dk](http://www.ungeogsorg.dk)
- Palliativt Netværk Fyn [www.foreningen-pfn.dk](http://www.foreningen-pfn.dk)
- Div. lokale selvhjælpsgrupper

## 7.6. Ved dødsfald

I forbindelse med dødsfald på sygehus eller i eget hjem kan der være personlige traditioner og ritualer fra afdøde og pårørende, som er vigtige at tage hensyn til. Pårørende skal have mulighed for at tage del i omsorgen for afdøde, da det er en betydningsfuld del af sorgarbejdet for de efterladte. Børn, såvel som voksne, opfordres til at tage personlig afsked med afdøde.

Personalet har en væsentlig opgave i at være med til, at sorgen er synlig og være til stede sammen med de pårørende, hvis de ønsker det. Den medmenneskelige nærhed kan understøttes af skriftlig information, som kan oplyse de pårørende om forskellige praktiske gøremål og give dem mulighed for at træffe personlige beslutninger om afsked med afdøde.

Både primær og sekundær sektor bør ved behov følge op på efterladte efter dødsfaldet. Det enkelte sygehus og den enkelte kommune skal sikre, at en tilstrækkelig vejledning gives. For mere information og vejledning se Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge (2012).







## 8. Pårørende

En central opgave i den palliative indsats er støtte til pårørende. Det er afgørende, at fagpersoner er opmærksomme på de pårørendes behov. Pårørende er en vigtig ressource og samarbejdspartner i det sammenhængende patientforløb, idet de yder en afgørende støtte til patienten igennem hele sygdomsforløbet. Pårørende er en udsat gruppe med et stort ansvar og ansvarsbyrde, samtidig med de er underlagt en stor følelsesmæssig belastning. En særlig udsat gruppe er børn og unge, der ganske som voksne har behov for at blive lyttet til og inkluderet i sygdomsforløbet.

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge (2012), tilstræber samarbejdsaftalen at skabe kontinuitet, støtte og et højt informationsniveau fra sundhedsvæsenet til den pårørende i forbindelse med patientens sygdomsforløb.

Kommunen kan afhængig af serviceniveau og efter individuel vurdering tilbyde:

- rådgivning - herunder socialrådgiverbistand
- borgere, der er visiteret til ydelser på baggrund af forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (LÆ 165) kan få en aflastningsplads/ rehabiliteringsplads på et plejecenter i kommunen
- ved uro, konfusionstilstande eller lign. behov hos den uhelbredeligt syge kan pårørende aflastes ved at kommunen tilbyder fast vagt til natten
- nødvendige hjælpemidler, der kan aflaste hhv. borger og dennes pårørende, kan rekvireres akut
- praktisk hjælp og aflastning ved behov
- befordring.

### 8.1 Frivillig besøgstjeneste

Muligheden for at få besøg af en frivillig besøgsven i eget hjem varierer lokalt. Via hjemmeplejen, hospice og frivillige organisationer i den enkelte kommune kan man få oplyst hvilke ordninger, der eksisterer i dette område.

For mere information om at være frivillig, se [Region Syddanmarks Frivillighedsstrategi](#)



## 9. Befordring

### Transport til og fra sygehus i Region Syddanmark

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog følgende undtagelser:

#### Refusion

Regionen yder tilskud til patientens transportudgifter til og fra regionens sygehuse svarende til billigste forsvarelige transportmiddel:

- Hvis patienten bor mere end 50 km fra sygehuset og har en samlet billetudgift på mere end 60 kr. tur/retur, eller
- Hvis patienten er pensionist (ikke efterlønsmodtager) og har en samlet billetudgift på mere end 25 kr. tur/retur.

#### Transport

Siddende transport kan tilbydes patienten, hvis sygehuset vurderer, at patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder en af følgende betingelser, hvis:

- afstanden fra folkeregisteradresse til sygehus overstiger 50 km.
- patienten er pensionist (ikke efterlønsmodtager)
- patienten i forbindelse med sygehusbehandling indkaldes til videre ambulante behandling.

#### Liggende transport/ liftbus tilbydes

- Hvis sygehuset vurderer, at patienten skal transporteres liggende eller med kørestolstransport
- I forbindelse med indlæggelse kan egen læge/ vagtlægen beslutte liggende transport/ liftbus til patienten.

#### Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg

Hvis patienten er henvist til et offentligt sygehus eller privat sygehus efter reglerne om frit sygehusvalg eller udvidet frit sygehusvalg, skal patienten selv sørge for og betale for transporten til det valgte sygehus. Patienten kan i visse tilfælde få refunderet en udgift svarende til billigst forsvarelige transport til det nærmeste sygehus i Region Syddanmark, som kunne have varetaget behandlingen af patienten.

#### Kommunen

Borgere skal henvende sig til hjemkommunen, hvis de har spørgsmål om transport i forbindelse med eksempelvis genoptræning, fodterapeut, egen læge, tandlæge, lægevagten, fysioterapeut, speciallæge eller kiropraktor.

**Oversigt over befording og fordeling af udgifterne i følgende tilfælde (transport er under forudsætning af, at patienten opfylder de generelle bestemmelser i lovgivningen):**

Type af befording	Hvem afholder udgiften
Sygehus til midlertidig aflastning* i kommunen	Region Syddanmark
Sygehus til hospice	Region Syddanmark
Sygehuset til borgerens hjem	Region Syddanmark
Midlertidig aflastning og hjem	Borger
Midlertidig aflastning og hospice	Region Syddanmark / Hospice
Hospice til borgerens hjem	Region Syddanmark
Hospice til sygehuset	Region Syddanmark
Hospice til aflastningsplads	Region Syddanmark
Hjemmet til hospice	Region Syddanmark
Hjemmet til sygehus	Region Syddanmark
Hjemmet til midlertidig aflastning*	Borger

\* Begrebet "midlertidig aflastning" kan variere fra kommune til kommune.

## 9.1 HOSPICE - befording

- **Patienter med bopæl i Region Syddanmark, som vælger et hospice i Region Syddanmark:**

Der ydes liggende transport (behandlingskrævende eller ikke-behandlingskrævende) transport med særligt køretøj (f.eks. liftbus for kørestolsbrugere) eller siddende patienttransport, når en læge skønner, at der er behov for dette. Visiteret transport finansieres efter gældende regler af Region Syddanmark.

- **Behandlingskrævende liggende befording (ambulance)**

Der bestilles ambulance ved at ringe til regionens vagtcentral.

- **Ikke-behandlingskrævende liggende transport**

Hvis patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan transporteres uden behandling eller overvågning undervejs, bestilles denne type af kørsel ved at ringe til regionens vagtcentral.

- **Siddende patienttransport eller særligt sygekøretøj**

Transporten bestilles af hospice via kørselskontoret/ administrationen på det nærmeste lokale sygehus. Kørselsfunktionerne kan kontaktes på tlf.: 7011 3111

- **Patienter indlagt på sygehus uden for regionen**

Er patienten indlagt på et sygehus uden for Region Syddanmark, skal dette sygehus bestille transport via vagtcentralen for liggende transport eller via kørselskontoret/ administrationen, som ligger nærmest patientens bopæl for den siddende transport.

- **Ved hjemmebesøg eller orlov fra hospice**

Ved hjemmebesøg eller orlov fra hospice, som aftales sammen med hospice, rekvirerer hospice relevant kørsel via kørselskontoret/ administrationen på det lokale sygehus.

Hvis patienten er indlagt på lokalt sygehus, er det afdelingen eller hospice, som sørger for at rekvirere relevant transportmiddel.

- **Patienter med bopæl i Region Syddanmark, som via det frie hospice-valg, vælger et hospice beliggende uden for Region Syddanmark**

Patienten har ret til refusion af udgifter til billigste forsvarlige transportmiddel til nærmeste hospice i Region Syddanmark. Patienten skal således selv rekvirere transporten og kan efterfølgende søge om refusion af billigste forsvarlige transportmiddel, svarende til afstanden til det nærmeste hospice. Refusion søges via administrationen/ kørselskontoret på det nærmeste sygehus i Region Syddanmark.

- **Patienter, der bor i en anden region, men vælger et hospice i Region Syddanmark**

Patienter med bopæl uden for Region Syddanmark har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til nærmeste hospice i egen region. Patienten skal som udgangspunkt derfor selv rekvirere transporten og kan efterfølgende søge om refusion af billigste forsvarlige transportmiddel, svarende til afstanden til det nærmeste hospice. Refusion søges via sin bopælsregion.

Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 7663 1000

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

11018 - Region Syddanmark - 03.2011

## 14. Status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient

---

### SAGSFREMSTILLING

Det Administrative Kontaktforum orienteres om status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient (DÆMP) i Region Syddanmark i forbindelse med den årlige fælles regionale/kommunale afrapportering til Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (fra d. 15. december 2015).

#### Initiativet "styrket forløbskoordination"

Regionens sygehuse har implementeret screenings- og forløbsvejledningen (godkendt af Det administrative Kontaktforum), og screener ældre medicinske patienter med henblik på at advisere hjemmesygeplejen og egen læge om behov og problemstillinger, som bør adresseres efter udskrivelse i et samarbejde mellem de to. Samarbejdsaftalen om patient og borgerforløb (SAM:BO) er udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde, men der er variation imellem sygehusenes implementerings-praksis og anvendelse af screenings- og forløbsvejledningen. Oplevede lokale effekter og erfaringer er beskrevet i bilag om årsstatus for styrket forløbskoordination.

De 22 syddanske kommuner arbejder struktureret med forløbs- og screeningsvejledningen, og der er igangsat standarder for arbejdsgange og øvrige initiativer. Udgangspunktet er også her SAM:BO aftalen. Kommunerne arbejder løbende med at understøtte anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet med sygehus og almen praksis herom.

Overordnet oplever kommunerne et fald i indlæggelser og genindlæggelser, hvilket ikke udelukkende formodes at skyldes den styrkede forløbskoordination, men også andre tiltag som tværfaglige møder og rehabiliterende indsatser som beskrevet i bilag over kommunale initiativer.

Initiativet for styrket forløbskoordination er af Sundheds- og Ældreministeriet blevet forlænget indtil udgangen af juni 2016, hvorefter der udarbejdes en national kvalitativ evaluering.

#### Initiativet "opfølgende hjemmebesøg"

Initiativet skal sikre, at der systematisk tilbydes opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske til ældre medicinske patienter efter sygehusindlæggelse.

For at facilitere dette er der indgået en lokalaf tale om opfølgning og koordination efter udskrivelse mellem Region Syddanmark og PLO SYD. En opgørelse af det totale antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg viser, at der fra januar 2013 til og med 3. kvartal 2015 er gennemført 8.062 besøg. Det blev på baggrund af initiativets samlede økonomi vurderet, at der nationalt kunne leveres 30.000 opfølgende hjemmebesøg – 6.000 i hver region. Lokalaf taltalen i Region Syddanmark giver endvidere, som den eneste region, mulighed for, at op til halvdelen af ydelserne i forbindelse med opfølgning kan finde sted i lægens konsultation. Disse er ikke medregnet i de 8.062 opfølgende hjemmebesøg angivet ovenfor. Medregner man

opfølgningerne afholdt i de praktiserende lægers konsultation, har de praktiserende læger i regionen gennemført 13.288 opfølgninger.

Som led i forberedelserne til denne årsstatus er de 22 kommunalt-lægelige udvalg (KLU) blevet bedt om at drøfte samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale hjemmesygeplejer om opfølgning og koordination for ældre medicinske patienter efter udskrivelse. Der er generelt enighed om, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordination af patientforløb. Besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver og er med til at skabe mere trykthed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Flere KLU understreger, at de ikke har de nødvendige data til at kunne vurdere, hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Men peger på, at de opfølgende hjemmebesøg øger kvaliteten og i nogle tilfælde bidrager til, at begyndende tegn på sygdom/funktionsnedsættelse "tages i opløbet".

I bilaget "KLU – opfølgende hjemmebesøg" gives en uddybende beskrivelse og status for samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg. Endvidere findes en uddybende status for hele initiativet i bilaget om årsstatus for opfølgende hjemmebesøg. Sundheds- og Ældreministeriet har besluttet, at initiativet "opfølgende hjemmebesøg" er forlænget med seks måneder frem til udgangen af juni 2016. Endvidere fortsætter de opfølgende hjemmebesøg som en del af den nye handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019.

### **Initiativet "rational farmakoterapi"**

Formålet med initiativet er at styrke indsatsen over for patienter i behandling med mere end seks lægemidler (polyfarmaci). Lægemedelheden (Lægemedelteamet) er styrket ved ansættelse af en farmaceut i Praksisafdelingen (Regionshuset) samt en reservelæge ansat i Afdeling for Klinisk Biokemi og Farmakologi (OUH), som skal fungere som brobygger til hospitalssektoren. Lægemedelteamet har øget indsatsen på nedenstående områder:

- Alle praksis i regionen tilbydes konsulentbesøg af lægemedelteamet. Der foretages medicingennemgang på polyfarmacipatienter, ældre patienter og andre risikopatienter efter aftale med praksis. Besøgene følger en fastlagt plan, og ved udgangen af 2015 vil lægerne i alle regionens 22 kommuner have fået tilbudt et besøg.
- Udbredelse af kendskabet til mulighederne i det fælles medicinkort samt redskaber og ydelser, der kan anvendes til medicingennemgang.
- Lægemedelteamet har gennemført et pilotkursusforløb for praksispersonale med fokus på systematik i medicingennemgang i almen praksis.
- Lægemedelteamet har styrket sekretariatsbetjeningen af det regionale lægemedelråd.

Erfaringerne fra de gennemførte praksisbesøg, kurser og temadage anvendes til fortsat udvikling af Lægemedelteamets tilbud til almen praksis. Konkret er der fokus på akkreditering i almen praksis, hvor der udføres besøg. I forbindelse med disse besøg er der efterspørgsel på de samme elementer, som indgik i medicingennemgangsbesøgene i DÆMP-regi, hvorfor disse elementer videreføres efter initiativets afslutning ved udgangen af 2015.

### **Ny handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019**

Regeringen og satspuljepartierne blev i midten af november enige om at afsætte 1,2 mia. kr. til en ny handlingsplan for den ældre medicinske patient. Alle initiativerne i



den nye handlingsplan er endnu ikke offentliggjort, men Regeringen og satspuljepartierne har som første skridt valgt at adressere overbelægning på medicinske og geriatriske afdelinger og viderefører dermed indsatsen fra finansloven 2015, jf. Regionsrådet d. 26. oktober 2015.

## **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning
- 

## **BILAG:**

- 1 [Årlig status vedr. forløbskoordinatorfunktioner](#)
- 2 [Årlig status vedr. opfølgende hjemmebesøg](#)
- 3 [Bilag til Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner](#)
- 4 [Opfølgende hjemmebesøg – de kommunalt lægeligeudvalgs vurdering af samarbejdet mellem kommune og almen praksis](#)

## Årlig status vedr. forløbskoordinatorfunktioner

Status sendes til Danske Regioner ([nch@regioner.dk](mailto:nch@regioner.dk)) og KL ([kmm@kl.dk](mailto:kmm@kl.dk)) én gang årligt d. 15. november 2013-2015.

Status i Region Syddanmark pr. 15. dec. 2015

Region Syddanmark	
1) Status på implementering af forløbskoordinator-funktioner, herunder udfordringer og udvikling siden sidste status.	<p>I Region Syddanmark er der, med udgangspunkt i ”proces- og rammenotat for forløbskoordinationsfunktionen og de opfølgende hjemmebesøg” i regi af projektet om den ældre medicinske patient (tidligere fremsendt), udarbejdet en screenings- og forløbsvejledning (tidligere fremsendt). Vejledningen er godkendt af Det administrative Kontaktforum og distribueret ud til regionens sygehuse, de syddanske kommuner og almen praksis.</p> <p><b>Status, per medio december 2015, på implementering af screenings- og forløbsvejledningen på Region Syddanmarks sygehuse</b></p> <p>Regionens fire sygehusenheder, Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland, har alle implementeret screenings- og forløbsvejledningen og screener ældre medicinske patienter med henblik på at advisere hjemmesygeplejen og egen læge om behov og problemstillinger, som bør adresseres efter udskrivelse i et samarbejde mellem de to. Samarbejdsaftalen om patient og borgerforløb er udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde (SAM:BO), men sygehusenhederne har anvendt forskellige praksis for implementering.</p> <p><i>Odense Universitetshospital</i></p> <p>Odense Universitetshospital har afviklet opfriskningskurser i SAM:BO, herunder DÆMP. Screenings- og forløbsvejledningen er endnu ikke implementeret fuldt på alle afdelinger. De afdelinger, som har implementeret vejledningen beskriver en praksis, hvor det i forbindelse med tværfaglige konferencer drøftes om der er tale om en ældre medicinsk patient med behov for opfølgning og koordination i primærsektoren. Der pågår løbende en dialog med de respektive kommuner om præcisering og fokusering af indsatsen overfor særligt sårbare ældre patienter. Der er fokus på at inddrage den kommunale hjemmesygepleje så tidligt som muligt. Udgangspunktet for indsatsen er SAM:BO aftalen herunder aftalen om styrket forløbskoordination.</p> <p><i>Sydvestjysk Sygehus</i></p> <p>På Sydvestjysk Sygehus er screenings- og forløbsvejledningen imple-</p>

menteret som en tværgående instruks, der beskriver formål, baggrund, målgruppe og ansvarsfordeling. Instruksen beskriver ligeledes den praktiske fremgangsmåde for DÆMP-screeningen samt dokumentationskrav. Instruksen er blevet implementeret via den eksisterende SAM:BO organisation på Sydvestjysk Sygehus, som består af SAM:BO nøglepersoner og afdelingssygeplejersker. SAM:BO nøglepersonerne og afdelingssygeplejerskerne har orienteret og undervist alt klinisk personale på sygehuset i instruksen.

Anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet med kommunerne og almen praksis om ældre medicinske patienter indgår som fast punkt på dagsordenen i en tværsektoriel underarbejdsgruppe, som beskæftiger sig med IT, indlæggelser og udskrivning på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Her orienteres der om implementeringen af lokale DÆMP-tiltag og gensidig orientering i forhold til den generelle opfølgning på DÆMP-patienterne. Arbejdsgruppen refererer til Det Lokale Samordningsforum for SVS.

Desuden er der blevet afholdt et fælles ERFA-møde om den ældre medicinske patient d. 14. september 2015 i samarbejde med Sydvestjysk Sygehus, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og PLO Syddanmark med deltagelse af praktiserende læger, kommunalt hjemmesygeplejepersonale og sygepleje- og lægefagligt personale fra Sydvestjysk Sygehus (erfaringsopsamling er vedhæftet denne status).

#### *Sygehus Lillebælt*

På Sygehus Lillebælt er vejledningen sendt ud på alle afdelinger, som decentralt har arbejdet med vejledningen og integreret den i deres arbejdsgange. Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt, har endvidere tæt samarbejde med Kolding kommune om kommunale forløbskoordinatorer, som fire dage om ugen møder ind på Kolding Sygehus. Her samarbejder de med sygehuspersonalet om udskrivelse af borgere fra Kolding Kommune. Sygehuset beskriver, at initiativet medfører styrkede relationer, som har en positiv indvirkning på samarbejdet, udskrivelserne er bedre tilrettelagt og patienterne er mere trygge.

#### *Sygehus Sønderjylland*

Screenings- og forløbsvejledningen er på Sygehus Sønderjylland sendt ud til afdelingerne, men det er ikke undersøgt, om vejledningen er implementeret. Udvalgt nøglepersonale er undervist i vejledningen og der er gjort særligt opmærksom på adviseringen af den kommunale hjemme-

sygepleje. Sygehuset påpeger, at man allerede før initiativet for den ældre medicinske patient screenede efter samme kriterier jf. SAM:BO aftalen. Den eneste ændring er muligheden for at initiere opfølgende hjemmebesøg fra egen læge - denne mulighed er særligt meldt ud til klinikkerne. Anvendelsen af styrket forløbskoordination drøftes løbende i tværsektorielle mødefora.

**Status, per medio december, på implementering af screenings- og forløbsvejledningen i kommunerne**

De 22 syddanske kommuner arbejder struktureret med screeningsvejledningen, og der er igangsat standarder for arbejdsgange og øvrige initiativer. Udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde er SAM:BO aftalen. Følgende er eksempler på, hvordan kommunerne arbejder med implementering og anvendelse af screeningsvejledningen:

- Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser, standarder for hjemmebesøg, arbejdsgange og flowdiagrammer i forhold til ideelle forløb
- Opdeling af risikogrupper i rød, gul og grøn og brug af en DÆMP-tavle
- Anvendelse af screeningsredskabet til vurdering af behov for anmodning om et opfølgende hjemmebesøg
- Anvendelse i projekter med øget opmærksomhed på svage og sårbare borgere
- Visitator vurderer borgerne i forbindelse med udskrivelse fra sygehus ud fra øget medicinering, nedsat funktionsniveau, egenomsorg. Dette sendes nogle steder til sygeplejefaglige koordinatore
- Vejledningen er implementeret i nogle kommunernes indsatskataloger
- Sygeplejersker er undervises i begrebet DÆMP samt dokumentationen i KMD-Care

Kommunerne arbejder løbende med at understøtte anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet med sygehus og almen praksis omkring det. Fx udvikles der analyser og evalueres på interne forløb og arbejdsgange.

Kommunerne har en tæt kontakt med de øvrige sektorer vedrørende

overdragelse af opgaver, som har en vis kompleksitet. Anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet omkring det dagsordenssættes løbende på møder i de kommunalt lægelige udvalg, samordningsforaer og møder vedrørende SAM:BO samarbejdet. Kommunerne har jævnligt kontakt med de praktiserende læger omkring konkrete DÆMP, fx i form af 14 dages møder.

Nogle steder bedes der om udvidet koordinering i henhold til SAM:BO aftalen, når der er behov for en styrket koordination.

Standarder og redskaber for god praksis udvikles nogle steder af sygeplejersker og implementeres herefter i hele gruppen af sygeplejersker i hjemmeplejen.

### **Oplevede effekter i kommunerne**

Der ses et øget fokus på, om patientens funktionsniveau er anderledes efter en indlæggelse sammenlignet med før. Dette afføder ofte tæt samarbejde/dialog, hvor det kan blive tydeligt, at der kan være andre problemer på spil, end det problem, som har medført indlæggelsen. Det vurderes, at det herved er muligt at forebygge et antal uhensigtsmæssige udskrivelser. Ved disse kontakter er der desuden fokus på, at f.eks. medicin til den ny udskrevne borger er til stede i hjemmet, så der ikke opstår perioder, hvor medicinen ikke er tilgængelig. Dette er medvirkende til en øget patientsikkerhed.

Der opleves et fald i indlæggelser og genindlæggelser, hvilket ikke udelukkende skyldes den styrkede forløbskoordination men også andre tiltag som tværfaglige møder og rehabiliterende indsatser.

Der ses en klar styrkelse af sammenhæng i patientforløbet, når det lykkes at afholde de opfølgende hjemmebesøg. Fokus på området kombineret med standard for besøgene er medvirkende til at øge kvaliteten og gøre den borgerrettede pleje bedre.

### **Oplevede barrierer for implementering og funktion**

#### *Odense Universitetshospital*

Screeningskriterierne opleves som brede og kunne gælde alle ældre medicinske patienter (Geriatrisk afd.). Det kan være svært at gennemskue hvilke konkrete initiativer der iværksættes i de respektive kommuner. En anden barriere er den gensidige planlægning, som kan besværliggøres når udskrivelse forsinkes. Flere afdelinger beskriver fortsat et behov for fokus på implementering og anvendelsen af screenings- og forløbsvejledningen.

### *Sydvestjysk Sygehus*

Personalet savner en tilbagemelding på, om der reelt følges op på en ældre medicinsk patient henvist til opfølgende hjemmebesøg og styrket forløbskoordination i primærsektoren. Screeningskriterierne opleves som værende for brede, da næsten alle patienter falder indenfor målgruppen. Sygehuset modtager sjældent oplysninger fra kommunerne i indlæggelsesrapporten omkring hvorvidt borgeren er DÆMP-borger. Sygehuslægerne skal også erindres om, at DÆMP skal anføres i epikrisen, hvis borgeren er DÆMP-borger.

### *Kommunerne*

Kommunerne oplever forskellige typer barrierer og udfordringer i implementeringen og samarbejdet med sygehusene og almen praksis. Det opleves, at sygehusene ikke i tilstrækkelig grad henviser borgerne til styrket forløbskoordination, og at visitatorerne ikke altid husker at screene ældre borgere, der udskrives fra sygehus, ud fra DÆMP-screeningskriterierne. Nogle steder opleves det som om, at sygehusafdelingerne ikke har kendskab til samarbejdet om styrket forløbskoordination.

Derudover opleves det som udfordrende at planlægge besøgene i samarbejde med de praktiserende læger. Det er svært at finde tidspunkter, hvor den praktiserende læge kan komme på samme tidspunkt som kommunen.

Det ses nogle steder, at praksislæge ikke registrerer korrekt, hvilket kan skyldes, at det er en ressourcekrævende proces.

Nogle kommuner oplever, at der er en manglende forståelse for indsatsen i den kommunale pleje, og det kræver meget fokus at få overbevist sygeplejen om vigtigheden af det.

### **Hvordan er de afsatte midler fra udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient anvendt i Region Syddanmark**

#### Sygehusenhederne

Region Syddanmarks sygehusenheder er lokalt tildelt midler til at understøtte implementeringsarbejdet af initiativerne i Handlingsplanen for Den Ældre Medicinske Patient. Midlerne er anvendt og planlægges anvendt som følgende.

#### *Odense Universitetshospital*

Odense Universitetshospital anvender, udover implementeringen af

screenings- og forløbsvejledningen, midlerne til fire projekter af relevans for den ældre medicinske patient:

- Forløbskoordination til patienter, der er i risiko for eller (gen)indlægges med akut forværring af KOL
- Kvalitet i sektorovergange
- Telemedicinsk træning af patienter med svær KOL på tværs af sektorer
- Implementering af samtalestøtte til afasiramte

#### *Sydvestjysk Sygehus*

De lokalt tildelte midler for 2013-2014 er anvendt til:

- Udarbejdelse og implementering af tværgående instrukser for DÆMP
- Fællesmøde med introduktion til DÆMP og undervisning i DÆMP-screening
- Undervisning af klinisk personale på afdelingerne i DÆMP-screening.

#### *Sygehus Lillebælt*

Sygehus Lillebælt har, udover implementeringen af screenings- og forløbsvejledningen, valgt at understøtte det arbejde, der allerede foregår på sygehusets afdelinger. Initiativer målrettet DÆMP, der bidrager til at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen-)indlæggelser, samt at styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb bl.a.:

- Samarbejde om fremskudt visitation med Kolding Kommune
- Medicinsk afdeling har iværksat projektet: tryghed for den ældre medicinske patient i et sammenhængende udskrivelsesforløb.

#### *Sygehus Sønderjylland*

På Sygehus Sønderjylland er midlerne, udover til implementering af screenings- og forløbsvejledningen, anvendt til et projekt som har til formål at øge sammenhængen og koordination af patientforløb på tværs af sektorer og nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Projektets overordnede fokus er at udvikle et redskab, ”patientens plan”, en individuel fremtidsplan, for patienten i forbindelse med og efter udskrivelse.

#### *Kommunerne*

Midlerne fra udmøntningsplanen tildelt de syddanske kommuner er anvendt til at implementere screenings- og forløbsvejledningen. Herudover er midlerne anvendt til at igangsætte en række initiativer.

	<p>Der er flere eksempler på initiativer i relation til den ældre medicinske patient, som er planlagt/forløber i kommunerne. Som eksempler kan nævnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gennemgang af DÆMP borgere, som er registreret med flere genindlæggelser, hvor der er fokus på, hvad der særligt skal være opmærksomhed på hos denne gruppe af borgere</li> <li>• Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom, hvor der arbejdes med 2 – 3 indsatser omkring tidlig opsporing om året. Målet er at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser.</li> <li>• 1- årigt projekt som skal sikre, at borgerne oplever et sammenhængende, koordinerende og individuelt tilrettelagt forløb både i forbindelse med sektorovergange ved indlæggelser og udskrivelser, og ved overgange mellem tilbuddene internt i kommunens ældrepleje</li> <li>• Måling af vitale parametre i kommunerne</li> </ul> <p>Årsstatussen er vedlagt en liste over flere eksempler på indsatser i kommunerne.</p>
<p>2) Beskrivelse af organiseringen af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og eventuelle andre aktører, herunder almen praksis og eventuelle andre regionale aktører. Hvis der er forskellige typer af organisering mellem regionen og kommunerne på tværs af kommuner, beskrives alle typer af samarbejde, og hvilke kommuner det drejer sig om (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).</p>	<p>Som det fremgår af det tidligere fremsendte proces- og rammenotat følger organiseringen den allerede eksisterende struktur, der er via SAM:BO, hvorfor der ikke er lagt op til en tidsbegrænset periode svarende til projektets løbetid, men derimod en varig organisering.</p> <p>Det Administrative Kontaktforum fungerer som styregruppe for projektet, mens den løbende monitorering af DÆMP-indsatsen hidtil har været forankret i følgegruppen for SAM:BO. Sundhedsaftalen 2015-18 har medført en ny struktur og den løbende monitorering af initiativet varetages nu af følgegruppen for behandling og pleje. Den lokale opfølgning sker i regi af de lokale samordningsfora samt i de kommunalt lægelige udvalg.</p>
<p>3) Beskrivelse af arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).</p>	<p>Center for Kvalitet (Region Syddanmark), har i perioden september 2014 – juni 2015 udført en kvalitativ patient- og pårørendeundersøgelse. Formålet med undersøgelsen var at få indsigt i, hvad ældre medicinske patienter oplever i forbindelse med fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Undersøgelsen baseres på semistrukturerede interviews med 5 respondenter vedr. planlægning af det opfølgende hjemmebesøg, selve besøget, inddragelse af</p>



	<p>pårørende samt aftaler og en plan for fremadrettet behandling og pleje. Med forbehold for undersøgelsens størrelse og repræsentativitet, peges der på tre opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde: (1) forventningsafstemning med borgeren, (2) information til borgeren både før, under og efter et opfølgende hjemmebesøg og (3) inddragelse af pårørende.</p> <p>Undersøgelsens resultater inddrages i dialogen mellem sygehus, kommune og praktiserende læge, om videreudvikling af samarbejdet om fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Patient- og pårørendeundersøgelsen er vedlagt opsamlingen og kan ligeledes hentes her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984">http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984</a></p>
<p>4) Projektbeskrivelser, til-lægsaftaler, andre skriftlige aftaler mellem regioner og kommuner mv. (Alt relevant materiale medsendes i første afrapportering, herefter medsendes kun nyt materiale).</p>	<p>Angiv her hvilke bilag der medsendes denne status:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Den ældre medicinske patient – En kvalitativ undersøgelse af patientoplevelser (2015) Center for Kvalitet – Region Syddanmark</li> <li>○ Opsamlingsmateriale fra Sydvestjysk ERFA-møde om den ældre medicinske patient</li> <li>○ Oversigt over kommunale initiativer i regi af DÆMP</li> </ul>

## Årlig status vedr. opfølgende hjemmebesøg

Status sendes til Danske Regioner ([nch@regioner.dk](mailto:nch@regioner.dk)) og KL ([kmm@kl.dk](mailto:kmm@kl.dk)) én gang årligt d. 15. november 2013-2015.

Region Syddanmark, 15. december 2015

Region Syddanmark	
1) Status på implementering af opfølgende hjemmebesøg, herunder udfordringer og udvikling siden sidste status.	<p>December 2013 vedtog PLO Syddanmark og Region Syddanmark en tilpasset §2-aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse. Aftalen er tilpasset målgruppen for Den Ældre Medicinske Patient. Endvidere er aftalens ordlyd, i forhold til samarbejdet med den kommunale hjemmesygepleje samt indholdet af det opfølgende hjemmebesøg og dokumentation heraf, præciseret. Den reviderede §2-aftale er tidligere fremsendt til Danske Regioner og KL.</p> <p>Opgørelse af det totale antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg viser, at der fra januar 2013 til og med 3. kvartal 2015, er gennemført 8.062 opfølgende hjemmebesøg. §2-aftalen i Region Syddanmark giver mulighed for, at op til halvdelen af ydelserne i forbindelse med opfølgning kan finde sted i lægens konsultation. Disse er ikke medregnet i de 8.062 opfølgende hjemmebesøg angivet ovenfor. Medregner man opfølgningerne afholdt i den praktiserende læges konsultation, har de praktiserende læger i region syddanmarks gennemført 13.288 opfølgninger, enten i patientens eget hjem eller i lægens konsultation.</p> <p>Dialogen med regionens praktiserende læger om aftalens indhold, funktion og anvendelse foregår også ved repræsentation og oplæg på diverse lægefaglige arrangementer såsom Praksisdag Syd og Lægedag Syd, samt ved status information i det elektroniske nyhedsbrev "PraksisNyt" og praksis information på <a href="http://www.sundhed.dk">www.sundhed.dk</a></p> <p>Med udgangspunkt i "proces- og rammenotatet ift. forløbskoordination" (tidligere fremsendt) er der udarbejdet en screenings- og forløbsvejledning (tidligere fremsendt), som er distribueret ud til sygehuse, kommuner og almen praksis. Det konkrete samarbejde om opfølgende hjemmebesøg mellem almen praksis og hjemmesygeplejen drøftes og aftales i de Kommunale Lægelige Udvalg (KLU), mens det overordnede samarbejde med sygehuse om henvisning til opfølgende hjemmebesøg følges i udvalgene vedr. indlæggelse og udskrivning i regi af de lokale samordningsfora.</p> <p>Som led i forberedelserne til denne årsstatus er de 22 KLU blevet bedt om at drøfte samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale hjemmesygeplejer om opfølgning og koordination på ældre medicinske patienter efter udskrivelse. 16 ud af 22 KLU'er har afholdt møde og drøftet samarbejdet i løbet af novem-</p>

	<p>ber måned, de resterende seks drøfter samarbejdet på næstkommende møde og melder tilbage.</p> <p>I region syddanmark kan et opfølgende hjemmebesøg initieres af både sygehus, kommune og almen praksis. Denne praksis er implementeret i langt de fleste kommuner. Flere kommuner har udarbejdet instrukser/retningslinjer med lokalt tilpassede arbejds- og procesbeskrivelser for det opfølgende hjemmebesøg. Disse instrukser og retningslinjer stemmer overens med vejledningen om den ældre medicinske patient (tidligere fremsendt). Enkelte kommuner har ansat dedikerede forløbskoordinatorer, som visiterer til opfølgende hjemmebesøg, inden patienten udskrives fra sygehuset. Jf. ”§2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse”, kan opfølgning efter udskrivelse også foregå i lægens konsultation. Denne mulighed anføres som værende relevant, da lægen ved hjemmebesøg har begrænset adgang til diagnostiske hjælpemidler, mulighed for opslag i journal og tilgang til ordinationer og henvisninger.</p> <p>Der hersker en udbredt opfattelse af, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordination af patientforløb. Besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver, og er med til at skabe mere trykthed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Flere kommuner understreger, at de ikke har de nødvendige data til at kunne vurdere, hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Men peger på, at de opfølgende hjemmebesøg øger kvaliteten og i nogle tilfælde bidrager til, at begyndende tegn på sygdom/funktionsnedsættelse ”tages i opløbet”.</p> <p>For en uddybende beskrivelse og status for samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg, se vedlagte notat ”KLU – opfølgende hjemmebesøg”.</p>
<p>2) Vurdering af om de opfølgende hjemmebesøg virker efter hensigten, herunder om patienter, hospitaler, almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje finder besøgene gavnlige, om parternes samarbejde forbedres, og hvis muligt om der ses en ændring i antallet af genindlæggelser.</p>	<p>Center for Kvalitet (Region Syddanmark), har i perioden september 2014 – juni 2015 udført en kvalitativ patient- og pårørendeundersøgelse. Formålet med undersøgelsen var at få indsigt i, hvad ældre medicinske patienter oplever i forbindelse med fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Undersøgelsen baseres på semistrukturerede interviews med 5 respondenter vedr. planlægning af det opfølgende hjemmebesøg, selve besøget, inddragelse af pårørende samt aftaler og en plan for fremadrettet behandling og pleje. Med forbehold for undersøgelsens størrelse og repræsentativitet, peges der på tre opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde: (1) forventningsafstemning med borgeren, (2) information til borgeren både før, under og efter et opfølgende hjemmebesøg og (3) inddragelse af pårørende.</p> <p>Undersøgelsens resultater inddrages i dialogen mellem sygehus, kommune og praktiserende læge om videreudvikling af samarbejdet om fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Patient- og pårørendeundersøgelsen er</p>

	<p>vedlagt opsamlingen og kan ligeledes hentes her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984">http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984</a></p> <p>Sydvestjysk Sygehus, Fælles Kommunalt Sundhedssekretariat og PLO Syddanmark afholdte d. 14. september 2015 et fælles ERFA-møde om den ældre medicinske patient. 50 deltagere, praktiserende læger, kommunalt hjemmesygeplejepersonale og sygepleje- eller lægefagligt personale fra Sydvestjysk Sygehus, drøftede på mødet den lokale organisering og samarbejdet om opfølgning og koordination på ældre medicinske patienter. ERFA-mødet var inddelt i to sessioner. Den første session var en erfaringsudveksling vedr. håndteringen af ældre medicinske patienter på tværs af sektorerne, og den anden var en værkstedssession omhandlende kvalitet i kommunikation (se vedlagt opsamlingsmateriale). Underarbejdsgruppen vedr. it, indlæggelse og udskrivelse på Sydvestjysk Sygehus (tværsektoriel implementeringsgruppe under det lokale samordningsfora SVS) har drøftet opsamlingsmaterialet og lavet en plan for, hvordan der kan sættes fokus på de problemstillinger, som i fællesskab er frembragt på ERFA-mødet. Læs mere om det Sydvestjyske ERFA-møde her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm473921">http://www.regionsyddanmark.dk/wm473921</a>.</p> <p>Det vurderes ikke muligt at vurdere, om et evt. fald i antallet af genindlæggelser alene vil kunne tilskrives opfølgende hjemmebesøg, idet der sideløbende i region syddanmark pågår andre indsatser målrettet ældre medicinske patienter.</p>
<p>3) Beskrivelse af feedbacksystem (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).</p>	<p>Feedback til parterne vil bestå af såvel kvantitative som kvalitative data, der udarbejdes pr. kvartal/halvårligt.</p> <p>Formidlingen og oplæg til drøftelser i de kommunalt lægelige udvalg og lokale samordningsfora planlægges i samarbejde med repræsentanter fra parterne.</p>
<p>4) Beskrivelse af organiseringen af samarbejdet mellem region, almen praksis og kommuner omkring opfølgende hjemmebesøg (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er æn-</p>	<p>Samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale hjemmesygeplejer drøftes og aftales i de kommunalt lægelige udvalg og de lokale samordningsfora.</p> <p>Følgegruppen for behandling og pleje orienteres halvårligt og Det Administrative Kontakts for årligt om initiativets status, herunder antal ydelser, fordelingen af ydelsens anvendelse i hhv. hjemmet/lægens konsultation samt antal læger, der benytter ydelsen. En gang årligt forelægges samarbejdsudvalget for almen praksis en opgørelse over anvendelsen af §2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse.</p>

dringer).	
5) Screeningskriterier for opfølgende hjemmebesøg, herunder om der anvendes de samme kriterier for udvælgelse af patienter, som i projektet om fælles forløbskoordination (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).	Screenings- og forløbsvejledningen for opfølgende hjemmebesøg er formuleret med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition og DSAM's vejledning om Den Ældre Patient. Screenings- og forløbsvejledningen er tidligere fremsendt.
6) §2-aftaler, eventuelle projektbeskrivelser, skriftlige aftaler mellem regioner og kommuner mv. (Alt relevant materiale medsendes i første afrapportering, herefter medsendes kun nyt materiale).	<p>Vedlagte dette statusskema er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notat – KLU drøftelse af samarbejde om opfølgende hjemmebesøg</li> <li>• Den ældre medicinske patient – En kvalitativ undersøgelse af patientoplevelser (2015) Center for Kvalitet – Region Syddanmark</li> <li>• Opsamlingsmateriale fra Sydvestjysk ERFA-møde om den ældre medicinske patient</li> </ul>

## Bilag til Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner

Beskrivelse af planlagte, igangværende eller afsluttede projekter i relation til den ældre medicinske patient, som er forankret i kommunerne

Kommune, hvor indsatsen er forankret	Beskrivelse af projekter i relation til den ældre medicinske patient, som er igangsat i kommunerne
<b>Sønderborg</b>	<p>Projekt <i>Særlig på opsøgende indsats</i> er igangsat med relation til den ældre medicinske patient og er gennemført i 2014 og 2015. Projektet er målrettet svage og sårbare ældre, der udskrives fra sygehus, og formålet har været at tilbyde en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen. Det er gennemført på tværs af visitation, hjemmesygepleje, hjemmepleje, ældrevejledere m.fl. Projektet afsluttes med udgangen af 2015, hvorefter der arbejdes med at implementere erfaringerne fra projektet i driften.</p> <p>Erfaringerne fra projektet er, at det har været med til at forebygge medicinfejl, øget fokus på afkræftede borgere og borgere med akut ændret funktionsniveau, sikret øget sammenhæng på tværs af faggrupper og været med til at målrette indsatsen mod borgere med størst behov.</p>
<b>Kerteminde</b>	<p>Der har hen over sommeren 2015 været fokus på arbejdet med funktionsvurderinger, som led i tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand.</p> <p>Der er gennemført undervisning for nøglepersoner i forhold til Avaleo, der er arbejdet med sidemandsoplæring og der har været tæt ledelsesopbakning og fokus.</p> <p>Sygeplejerskerne er undervist, og der er fastlagt procedure og dokumentationspraksis.</p> <p>Der planlægges et undervisningsforløb for alle SSA og SSH i hjemmeplejen, i forhold til observation og måling af vitale parametre (Puls, temperatur, respiration, blodsukker, urinstix og blodtryk). Undervisningen forventes gennemført i januar måned. Herefter vil der blive arbejdet med implementering af ændringsskema, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Der arbejdes aktuelt med sygeplejefaglig udredning og handleplan, på tværs af Sygeplejen, Plejecentrene og Rehabiliteringsenheden. Herunder styrkelse af den sygeplejefaglige vurdering og fælles praksis. Målgruppen er sygeplejerskerne.</p> <p>Der planlægges aktuelt et forløb med fælles undervisning og arbejde med sygeplejefaglig udredning og handleplan i praksis, med start i</p>

	<p>januar måned.</p> <p>Det forventes at Kerteminde kommune sidst på foråret 2016 er klar til at starte implementering af Triage model, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Det forventes at det forudgående arbejde med observation og med sygeplejefaglig udredning og handleplan vil have væsentlig betydning for paratheden til at arbejde med triagering og for udbyttet af dette.</p>
<b>Fanø</b>	<p>Der foregår ikke konkrete projekter, men der er fokus på at oprette koordinerende tværfaglige teams omkring borgere med komplekse problemstillinger</p>
<b>Nordfyn</b>	<p>Nordfyns Kommune har i første halvår 2015 gennemført et projekt omkring on-line sygepleje til borgere med KOL-diagnose. Der foreligger evaluering af projektet, som blev gennemført med tilbud til 8 borgere. Der er aktuelt ikke afklaring i forhold til evt. fremtidige tiltag med virtuelle sygeplejebesøg.</p> <p>Der er etableret et tværfagligt KOL-rehabiliteringsteam, hvor der ligeledes er forventninger til forebyggende tiltag til borgere, der er omfattet målgruppen af DÆMP-borgere.</p>
<b>Faaborg-Midtfyn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvikling af kvalitetsmodel vedr. sårbare ældre borgere mhp at undgå forebyggelige indlæggelser.</li> <li>• Styrkelse af forebyggende indsats for ældres ernæringstilstand</li> <li>• Faldforebyggelse.</li> </ul>
<b>Svendborg</b>	<p>Svendborg Kommune igangsatte et 1-årigt projekt, som skulle sikre, at borgerne oplever et sammenhængende, koordineret og individuelt tilrettelagt forløb både i forbindelse med sektorovergange ved indlæggelser og udskrivelser, og ved overgange mellem tilbuddene internt i kommunens ældrepleje. Projektet løb fra efteråret 2014 til efteråret 2015.</p> <p>Projektet var to-delt:</p> <p>Del 1: Implementering er arbejdsgange ifbm. "Vejledningen for den ældre medicinske patient"</p> <p>Del 2: Overgange - mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt overgange mellem de forskellige tilbud i ældreområdet.</p> <p>I forbindelse med Del 2, blev der afprøvet en række mindre tiltag. Projektet mandede ud i en række anbefalinger i forhold til kommunikationen mellem sygehus og kommune ved indlæggelser og udskrivelser, samt arbejdsgange i forbindelse med overgange til og fra</p>

	<p>gæsteboliger i kommunen samt mellem kommunens interne tilbud til borgerne.</p> <p>Disse anbefalinger er nu vedtagne og skal implementeres henover foråret 2016.</p>
<p><b>Aabenraa</b></p>	<p>Aabenraa Kommunes fremskudte visitation på Sygehus Sønderjylland, status er at det er i drift, tidsplanen er, at det skal fortsætte på ubestemt tid og evt. på sigt udvides til det psykiatriske sygehus også. Den formodede effekt er styrket forløbskoordination.</p> <p>ACCESS-projektet hvor den praktiserende læge kunne visitere ældre borgere til kommunal akutplads eller hjælp fra kommunalt akutteam som alternativ til indlæggelse, status og tidsplan er at projektet er afsluttet, den formodede effekt er færre indlæggelser/genindlæggelser.</p> <p>Aabenraa Kommunes akutteam og akutplads, der vil bestå i et akutteam med sygeplejersker med særlige kompetencer og døgndækning og 1 akutplads på kommunens Special- og Rehabiliteringscenter. Status er, at akuttilluddet (team + plads) er under etablering i disse dage, tidsplanen er at det går i drift primo januar 2016 og den formodede effekt er bl.a. færre uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.</p> <p>Rehabilitering i henhold til servicelovens § 83a, tidsplanen er at det skal fortsætte på ubestemt tid, og den formodede effekt er borgere, der evt. har været ældre medicinske patienter, der er mere selvhjulpne og har større livskvalitet, har behov for mindre hjælp og som indlægges sjældnere.</p>
<p><b>Kolding</b></p>	<p>Sygeplejen og hjemmeplejen i Kolding Kommune sætter fokus på tidlig opsporing af begyndende sygdom.</p> <p>Seniorområdet i Kolding Kommune har udvalgt 3 værktøjer, der anvendes i hjemmeplejen og sygeplejen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ændringsskema og triagemodel, hjemmeplejen <ul style="list-style-type: none"> <li>• TOBS – måling af vitale parametre, sygeplejen</li> <li>• Ernæringsvurderingsskema, sygeplejen</li> </ul> </li> </ul> <p>TOBS måling af vitale parametre er en videreudviklet udgave af hospitalernes tidlige opsporing af kritisk sygdom, som er tilpasset primærsektoren. Det er rutinemæssige målinger af vitale værdier som puls, blodtryk, temperatur, bevidsthedsgrad og respirationsfrekvens og bruges, som et værktøj til at understøtte sygeplejerskers og assistenters kliniske blik.</p> <p><b>Forebyggende hjemmebesøg</b></p> <p>Kommunen arbejder med forebyggende hjemmebesøg. De praktiserende læger opfordres til at benytte de sundhedsfremmende og</p>



	<p>forebyggende hjemmebesøg til borgere + 75 år og derover. Formålet med samtalen er at drøfte borgerens aktuelle livssituation og vejlede så borgeren udnytter egne ressourcer, og bevarer sit funktionsniveau længst muligt.</p> <p>Samtalen har fokus på hvordan den ældre mestrer sin tilværelse og danner grundlag for en bedre udnyttelse af den ældres ressourcer, og dermed støtter dem i at bevare livskvaliteten. Temaerne i samtalen kan være om dagligdagen, trivsel, socialt netværk, bolig, nærmiljø sundhedstilstand, funktionsevne, aktiviteter og interesser. Samtalen kan også berøre eksistentielle emner som sorg, tab, identitet, isolering og døden.</p> <p>Kommunen kontakter relevante borgere en gang om året, med henblik på forebyggende hjemmebesøg, idet besøgene tilbydes en gang årligt. Der er mulighed for flere besøg, hvis der er behov for det. Endvidere tilbydes et ekstra sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, der lige har mistet en ægtefælle. Der er ligeledes mulighed for ekstra besøg, hvis der behov herfor.</p> <p>Kommunen tilbyder sundhedsfremmende og forebyggende besøg til alene-boende mænd og kvinder i aldersgruppen fra 60 til 74 år. Tilbuddet gives med baggrund i, at forskningen viser, at enlige har større risiko for helbredsproblemer end samlevende.</p> <p>Hvis egen læge har opfattelse af, at en borger har brug for et forebyggende hjemmebesøg, kan det kommunikeres til visitationen via en korrespondance.</p> <p>Kommunen har dertil etableret et akutteam der er en specialfunktion, som skal medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser ved at foretage observationer, behandling og pleje til borgere med akutte eller specielt komplicerede behov, der efter lægehenvi sning kan forblive i kommunalt regi.</p>
<b>Nyborg</b>	<p>Der er planer om at gennemgå DÆMP borgere inden for en vis periode og se på eks. borgere, der er registreret med flere genindlæggelser. Her vil der være fokus på, hvad der særligt skal være opmærksomhed omkring i forhold til denne gruppe af borgere.</p>
<b>Fredericia</b>	<p>Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom. Vi arbejder med 2 – 3 indsatser omkring tidlig opsporing om året. Dette startede i foråret. Målet er at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser.</p> <p>Vi forventer at se effekter i løbet af 2016.</p>



Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Udarbejdet af: Katrine Dennak (RSYD)  
Christina Ryborg (FKS)  
Anders Fournaise (RSYD)

Journal nr.: 13/15214

Dato: 15. december 2015

E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk

Telefon: 2482 4315

## Opfølgende hjemmebesøg – de kommunalt lægeligeudvalgs vurdering af samarbejdet mellem kommune og almen praksis

I Region Syddanmark har de kommunalt lægelige udvalg til ansvar at drøfte og facilitere den praktiske tilrettelæggelse af opfølgende hjemmebesøg, jf. §2-aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse. Som led i den tværsektorielle monitorering af implementeringen og anvendelsen af opfølgende hjemmebesøg, en del af handlingsplanen for den ældre medicinske patient, er de 22 kommunalt lægeligeudvalg blevet bedt om at drøfte samarbejdet herom. Som forberedelse til drøftelsen blev der fremsendt en række spørgsmål samt opgørelse over antallet af opfølgende hjemmebesøg og opfølgninger i lægernes konsultation. Nedenstående er en samskrivning af 18 ud af 22 kommunalt lægelige udvalgs svar. Fire kommunalt lægelige udvalg har først mødegang efter denne status og har ubedt sig mulighed for at svare senere.

### 1. **Hvordan er arbejdsgangen for et opfølgende hjemmebesøg i jeres kommune?**

I Region Syddanmark kan et opfølgende hjemmebesøg initieres af både sygehuse, kommune og almen praksis. Denne praksis er implementeret i langt de fleste kommuner. Flere kommuner har udarbejdet instrukser/retningslinjer med lokalt tilpassede arbejds- og procesbeskrivelser for det opfølgende hjemmebesøg. Disse instrukser og retningslinjer stemmer overens med vejledningen om den ældre medicinske patient<sup>1</sup>. Enkelte kommuner har ansat dedikerede forløbskoordinatorer, som visiterer til opfølgende hjemmebesøg inden patienten udskrives fra sygehuset.

Jf. §2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse, kan opfølgning efter udskrivelse også foregå i lægens konsultation. KLU'erne blev ikke direkte adspurgt om denne mulighed, men flere anfører denne mulighed som værende relevant da lægen ved hjemmebesøg har begrænset adgang til diagnostiske hjælpemidler, mulighed for opslag i journal og tilgang til ordinationer og henvisninger.

### 2. **Af vedhæftede opgørelse over antallet af opfølgende hjemmebesøg i de 22 kommuner i Region Syddanmark ses en stor variation i aftalens anvendelse.**

#### *Uddybende*

*Udviklingen i antallet af udførte opfølgende hjemmebesøg monitoreres og afrapporteres kvartalsvis til Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. De kommunalt lægelige udvalg har, via regionens hjemmeside for den ældre medicinske patient, adgang til løbende opdaterede opgørelser. I forbindelse med nærværende drøftelse blev de kommunalt lægelige udvalg præsenteret for en opgørelse*

<sup>1</sup> Vejledningen om den ældre medicinske patient – til sundhedspersoner på sygehuse, i kommuner og i almen praksis (2014)

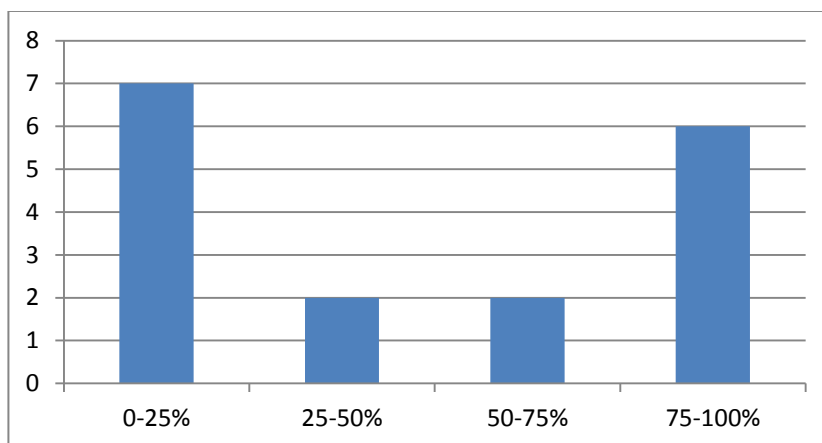
opdateret til og med 2. kvartal 2015. Opgørelsen viser en stigning i 21 af 22 kommuner i antallet af udførte opfølgende hjemmebesøg sammenlignet med første kvartal 2014 og en stigning i 15 af 22 kommuner i antallet af opfølgninger i lægens konsultation.

Samlet er antallet af opfølgende hjemmebesøg for alle 22 kommuner steget med 60% fra første til andet kvartal 2015 - fra 721 til 1155, og 27% for opfølgninger i konsultationen for samme periode. (se tabel 1 og 2)

## 2a. Hvad er jeres kommentarer til tallene fra jeres egen kommune?

Kommunerne er generelt positive over stigningen i antallet af besøg og der er en forventning og forhåbning om at udviklingen vil fortsætte. Mange tilskriver stigningen i opfølgende hjemmebesøg, at besøgene bliver prioriteret af både almen praksis og hjemmesygeplejen, fordi det vurderes relevant af begge parter. Nogle beskriver problemstillinger i forhold til koordination af tidspunktet for afholdelse af det opfølgende hjemmebesøg som værende skyld i at antallet af udførte besøg, er mindre end det oplevede behov. Det påpeges at antallet af opfølgninger efter udskrivelse muligvis er højere end antaget, da nogle læger, ikke altid får brugt den rigtige ydelseskode.

## 2b. Ved hvor stor en andel af de opfølgende hjemmebesøg skønner I, at både hjemmesygepleje og praktiserende læge har været til stede samtidigt?



Figur 1: KLU's skøn over andel af opfølgende hjemmebesøg, hvor både hjemmesygepleje og praktiserende læger er tilstede

Det påpeges, at ved opfølgende hjemmebesøg på plejehjem vil både hjemmesygepleje og egen læge næsten altid være til stede samtidig. I de kommuner hvor andelen af opfølgende hjemmebesøg med samtidig tilstedeværelse af læge og hjemmesygeplejerske er lav, peges der på enten et manglende kendskab blandt praktiserende læger til §2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse eller, at der er etableret præcedens for grundigere elektronisk kommunikation efterfølgende.

Enkelte kommunalt lægelige udvalg har ikke følt sig i stand til at vurdere hvor stor en andel, som er udført ved fysisk tilstedeværelse af både den praktiserende læge og kommunal hjemmesygepleje.

**2c. Hvordan sikres koordinationen før og efter det opfølgende hjemmebesøg, når hjemmesygeplejen og egen læge ikke har været til stede samtidigt?**

Størstedelen af de kommunalt lægelige udvalg beretter, at så vidt muligt er begge parter fysisk til stede samtidig. Når det ikke er muligt, tages den efterfølgende dialog elektronisk via korrespondancemeddelelser eller telefon.

Det anføres, at det er vigtigt for kvaliteten af opfølgningen, at der er kontinuitet i den kommunale hjemmesygepleje i forhold til, at det er den samme sygeplejerske, som deltager ved sygebesøget og varetager den efterfølgende opfølgning.

**3. Hvad ser I som de største udfordringer for samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg og hvordan håndterer I dem?**

Flere angiver koordinationen af tidspunktet for det opfølgende hjemmebesøg som en stor udfordring. Generelt vil lægerne gerne lægge besøget efter "normal" arbejdstid, og det vil derfor være en sygeplejerske i aftenvagt der varetager besøget, som måske ikke har et fyldestgørende indblik i borgerens situation.

I nogle kommuner er der i instrukser og retningslinjer for opfølgende hjemmebesøg, indarbejdet tidsfrister for hvornår opfølgningen skal pågå efter udskrivelse fra sygehus. Tidsfristerne varierer fra 48 timer til fem døgn, men koordinering af besøg indenfor tidsfristen nævnes som en stor udfordring.

Flere anfører, at der er behov for en god kommunikation mellem hjemmeplejen og almen praksis, når patienter udskrives hurtigt. Hertil kan også komme udfordringer i kommunikation ved akutte tilstande.

Flere peger på, at der kommer få anmodninger om opfølgende hjemmebesøg fra sygehusene.

**4. Hvilken betydning har samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg i forhold til at:**

**4a. styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb?**

Der hersker en udbredt opfattelse af, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordinering af patientforløb. Derudover nævnes det, at besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver. Besøgene er ofte med til at skabe mere tryghed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Det har stor betydning at læge og sygeplejerske hører det samme, og derved har samme grundlag for en fælles handleplan med en klar rollefordeling.

**4b. reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)-indlæggelser?**

Flere KLU'er påpeger, at de ikke har de nødvendige data til at kunne vurdere hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Flere peger på, at de opfølgende hjemmebesøg øger kvaliteten og hos nogle borgere bidrager til, at begyndende tegn på sygdom/funktionsnedsættelse "tages i opløbet". Besøgene kan også være med til at styrke koordinationen og synliggøre, hvor det er relevant at inddrage andre samarbejdspartnere.

I forhold til det samlede billede skønnes det, at der er flere samtidige initiativer, der spiller ind, men nogle KLU'er vurderer, at hjemmebesøgene kan være med til at understøtte en reduktion af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Der bør dog fortsat også være fokus på, at patienter ikke udskrives for hurtigt.

**Opmærksomhedspunkter:**

- Der er et ønske om bedre screening og flere henvisninger fra sygehusene.
- Det er ofte en udfordring at få koordineret et besøg indenfor den givne tidsramme.
- Tidspunktet for et opfølgende hjemmebesøg er generelt en udfordring. Almen praksis vil typisk gerne lægge besøget udenfor "normal" arbejdstid, mens det i hjemmeplejen ville være hensigtsmæssigt at lægge besøget i dagtimerne, hvor den faste sygeplejerske med bedst kendskab til borgeren, er på arbejde.
- Enkelte kommuner registrerer systematisk når de er involveret i et opfølgende hjemmebesøg.
- Få melder tilbage, at "§2- aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse" er for indviklet og at det ville være en stor hjælp hvis honoreringskoderne forenkles.
- Nogle KLU'er melder om manglende kendskab til §2-aftalen hos nogle praktiserende læger.
- Der kan være praktiske udfordringer ved at besøget skal foregå i borgerens eget hjem.
- Ikke alle opfølgende hjemmebesøg er lægefagligt relevante. Det påpeges dog, at det kan være svært at vurdere på forhånd.
- Der skal være større fokus på den del af målgruppen, der ikke kommer direkte fra en indlæggelse.

Tabel 1: Det kvartalsvise antal gennemførte opfølgninger og koordinationer i **hjemmet** hos borgere ≥65 år (ydelseskode 4176) i perioden første kvartal 2013 – anden kvartal 2015.

	1/1/13- 31/3/13	1/4/13- 30/6/13	1/7/13- 30/9/13	1/10/13- 31/12/13	1/1/14- 31/3/14	1/4/14- 30/6/14	1/7/14- 30/9/14	1/10/14- 31/12/14	1/1/15- 31/3/15	1/4/15- 30/6/15	Opfølgninger og koordinationer i <b>hjemmet</b> per 1000 borgere ≥ 65 år, i de seneste fire kvartaler	Antal borgere ≥ 65 år
Aabenraa	53	52	40	43	62	49	75	45	42	56	<b>18,0</b>	12.124
Assens	25	44	24	33	39	21	24	42	36	55	<b>18,3</b>	8.596
Billund	5	4	10	11	0	2	3	4	3	5	<b>3,0</b>	5.055
Esbjerg	44	47	38	41	50	39	27	30	40	62	<b>7,6</b>	20.989
Faaborg-Midtfyn	12	26	12	11	17	16	14	19	16	35	<b>7,4</b>	11.276
Fanø	0	0	4	2	3	1	1	0	3	2	<b>6,6</b>	913
Fredericia	14	6	8	24	18	26	13	20	16	30	<b>8,2</b>	9.666
Haderslev	57	56	49	57	63	60	48	45	51	77	<b>19,6</b>	11.253
Kerteminde	11	2	1	3	13	5	4	6	4	11	<b>4,7</b>	5.316
Kolding	64	57	36	39	37	45	31	36	50	62	<b>11,3</b>	15.787
Langeland	10	11	6	7	9	5	15	6	19	24	<b>16,8</b>	3.804
Middelfart	4	10	6	16	13	15	13	11	22	25	<b>9,1</b>	7.826
Nordfyns	17	16	16	22	25	13	8	22	16	24	<b>11,8</b>	5.935
Nyborg	10	5	9	18	7	10	9	11	12	25	<b>8,2</b>	6.914
Odense	48	64	70	70	67	60	64	58	76	109	<b>9,6</b>	31.868
Svendborg	11	16	14	25	26	34	28	32	41	67	<b>13,9</b>	12.084
Sønderborg	59	72	63	87	119	91	84	92	74	113	<b>21,8</b>	16.648
Tønder	34	21	26	25	55	28	22	20	20	57	<b>14,3</b>	8.320
Varde	28	25	28	37	44	55	42	44	36	97	<b>22,2</b>	9.886
Vejen	79	44	36	37	61	51	32	21	53	69	<b>21,4</b>	8.170
Vejle	46	75	39	91	103	76	55	58	91	147	<b>18,3</b>	19.151
Ærø	1	2	1	1	2	0	0	0	0	3	<b>1,4</b>	2.069
<b>I alt</b>	<b>632</b>	<b>655</b>	<b>536</b>	<b>700</b>	<b>833</b>	<b>702</b>	<b>612</b>	<b>622</b>	<b>721</b>	<b>1155</b>	<b>Regions gennemsnit = 12,4</b>	

Tabel 2: Det kvartalsvise antal gennemførte opfølgninger og koordinationer i **konsultationen** til borgere  $\geq 65$  år (ydelseskode 4676) i perioden første kvartal 2013 – anden kvartal 2015.

	1/1/13- 31/3/13	1/4/13- 30/6/13	1/7/13- 30/9/13	1/10/13- 31/12/13	1/1/14- 31/3/14	1/4/14- 30/6/14	1/7/14- 30/9/14	1/10/14- 31/12/14	1/1/15- 31/3/15	1/4/15- 30/6/15	Opfølgninger og koordinationer i <b>konsultationen</b> per 1000 borgere $\geq$ 65 år, i de seneste fire kvartaler	Antal borgere $\geq$ 65 år
Aabenraa	34	28	31	30	34	46	24	41	43	56	<b>13,5</b>	12.124
Assens	9	16	11	16	21	20	22	23	20	14	<b>9,2</b>	8.596
Billund	5	9	8	5	4	3	2	4	2	5	<b>2,6</b>	5.055
Esbjerg	14	21	39	20	40	28	23	21	35	55	<b>6,4</b>	20.989
Faaborg-Midtfyn	7	19	9	13	20	19	13	12	20	25	<b>6,2</b>	11.276
Fanø	0	0	4	0	3	0	3	0	0	0	<b>3,3</b>	913
Fredericia	1	5	7	4	3	5	5	5	0	4	<b>1,4</b>	9.666
Haderslev	9	23	21	30	22	22	18	31	38	31	<b>10,5</b>	11.253
Kerteminde	7	5	1	2	7	1	4	2	3	2	<b>2,1</b>	5.316
Kolding	25	43	31	17	30	30	43	53	40	52	<b>11,9</b>	15.787
Langeland	4	5	5	13	13	2	4	4	2	4	<b>3,7</b>	3.804
Middelfart	7	5	2	10	3	4	7	12	8	9	<b>4,6</b>	7.826
Nordfyns	18	16	19	10	17	19	12	13	28	26	<b>13,3</b>	5.935
Nyborg	21	12	2	8	4	5	4	3	3	1	<b>1,6</b>	6.914
Odense	33	32	27	36	39	29	35	43	32	54	<b>5,1</b>	31.868
Svendborg	12	5	14	11	26	14	20	22	29	34	<b>8,7</b>	12.084
Sønderborg	58	63	52	59	65	76	67	61	61	77	<b>16,0</b>	16.648
Tønder	17	28	59	49	45	30	21	18	12	20	<b>8,5</b>	8.320
Varde	7	11	9	17	31	50	45	40	24	51	<b>16,2</b>	9.886
Vejen	30	43	33	31	37	33	18	29	44	47	<b>16,9</b>	8.170
Vejle	32	44	21	48	53	40	41	59	65	81	<b>12,8</b>	19.151
Ærø	3	3	2	0	0	1	0	0	0	0	<b>0,0</b>	2.069
I alt	353	436	407	429	517	477	431	496	509	648	<b>Regions gennemsnit = 7,9</b>	



## 15. Tal for forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

---

### SAGSFREMSTILLING

Til Det Administrative Kontaktforums orientering forelægges opdaterede tal for antallet af i korrespondancemeddelelser vedr. behovsvurdering i relation til rehabilitering og palliation på kræftområdet, som er blevet afsendt fra sygehusenhederne i Region Syddanmark

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager det forelagte talmateriale til orientering.
- 

### BILAG:

- 1 [Opgørelse over antal korrespondancemeddelelser vedr. behovsvurdering i relation til rehabilitering og palliation på kræftområdet, som er blevet afsendt fra sygehusenhederne i Region Syddanmark i månederne juni-december 2015](#)

## 16. Orientering om Region Syddanmarks udkast til sparekatalog

---

### SAGSFREMSTILLING

Der gives på mødet en mundtlig orientering om Region Syddanmarks udkast til sparekatalog.

Sparekataloget samt yderligere information om budget 2016 kan findes her <http://www.regionsyddanmark.dk/wm474885>

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

Antal behovsvurderinger på Region Syddanmark s sygehuse, juni-december 2015:

	<b>Juni</b>	<b>Juli</b>	<b>August</b>	<b>September</b>	<b>Oktober</b>	<b>November</b>	<b>December</b>	<b>I alt</b>
<b>OUH</b>	10	2		2	27	13	1	<b>55</b>
<b>SLB</b>					1	8	4	<b>13</b>
<b>SVS</b>		2	1	3	7	46	20	<b>79</b>
<b>SHS</b>				1		2		<b>3</b>
<b>I alt</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>69</b>	<b>25</b>	<b>150</b>

## 17. Punkter til kommende møder

---

### SAGSFREMSTILLING

- Temadrøftelse om opgaveoverdragelse
- Temadrøftelse om regionens rådgivning til kommunerne på forebyggelsesområdet

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at punkterne sættes på kommende møder

## 18. Dagsordenspunkter til Sundhedskordinationsudvalget

---

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter, hvilke punkter der skal sendes videre til Sundhedskordinationsudvalgets møde den 23. februar 2016

## 19. Øvrig gensidig orientering

---

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

## Formandskabsbehandlede punkter til umiddelbar godkendelse

Møderne i Sundhedsstrategisk Forum vil fremover omhandle et dagsordenpunkt, hvor en række punkter fra dagsorden fra Formandskabet indstilles til umiddelbar godkendelse på en gang. Der er tale om punkter, hvor Formandskabet vurderer, at kommunerne umiddelbart uden forudgående drøftelse eller diskussion kan tiltræde indstillingerne. Formandskabet gør dette på baggrund af mandat givet på mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 19. marts 2015.

Punkterne godkendt af Formandskabet på forhånd ville have notifikationen "*Formandskabsbehandlet*" i overskiften.

Dette initiativ er indført for at frigøre tid på mødet til de væsentligste punkter og til de nødvendige drøftelser og diskussioner.

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum har for mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 29. januar 2016 behandlet og forhåndsgodkendt følgende punkter til umiddelbar godkendelse:

1.0 Dagsordenpunkter til mødet i DAK den 29. januar

1.1 Opfølgning på fællesmødet mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum den 22. december

1.6 Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens

1.8 Godkendelse af kommissorium for tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe

1.10 Drøftelse af Claus Vinther Niensens oplæg om rehabilitering afholdt i Det administrative Kontaktforum den 11. nov. 2015

1.11 Nationale Kliniske Retningslinjer

1.13 Revideret udgave af samarbejdsaftalen for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid.

1.14 Status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient.

1.15 Tal for forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

1.17 Punkter til kommende møder

1.18 Dagsordenpunkter til Sundhedskoordinationsudvalget

1.19 Øvrig gensidig orientering

# Formandskabsbehandlet - Opfølgning på fællesmødet mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum den 22. december

Det administrative Kontaktforum skal på dette punkt orienteres om mødet afholdt i Sundhedskoordinationsudvalget den 22. december 2015. Endvidere skal DAK kort drøfte, hvordan man kan løfte SKU's bestillinger og ønsker.

## **Sagsfremstilling DAK**

Der blev den 22. december 2015 afholdt fællesmøde mellem Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgende punkter blev drøftet på mødet:

- Monitorering af Sundhedsaftalen
- Status på arbejdet med implementering af Sundhedsaftalen 2015-2016
- Status på anvendelsen af Fælles Medicinkort (FMK)

Sundhedskoordinationsudvalget gjorde opmærksom på, at de ikke nødvendigvis behøver at få tal på, hvordan arbejdet med Sundhedsaftalen forløber. Det er ligeså interessant for dem at få konkret status på, hvordan arbejdet med de prioriterede områder forløber. Det blev besluttet, at Sundhedskoordinationsudvalget på næste møde får en status på arbejdet med de 6 prioriterede områder (Videreudvikling af SAM:BO, nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom, strategi for velfærdsteknologi og telemedicin, model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort og kortlægning af mental sundhed) i Sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget udtrykte tilfredshed med orienteringen om status for arbejdet i følgegrupperne. Sundhedskoordinationsudvalget ønsker, at der fremadrettet gives en kort status på arbejdet i følgegrupperne, så de har mulighed for at følge fremdriften i arbejdet. Efter behov kan formænd fra følgegrupperne inviteres til at give status på møderne. Sundhedskoordinationsudvalget anerkendte, at der fokuseres på at komme godt i gang med de prioriterede indsatser, før der foretages nye prioriteringer.

Følgegrupperne er blevet bedt om at levere ovenstående efterspørgsler til det næste møde i Sundhedskoordinationsudvalget.

FMK blev drøftet, og der var enighed om vigtigheden af fortsat fokus på området.

## **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

---

## **Kommunale kommentarer**

Se endvidere punkt 1.2 i forhold til tilgang for afrapportering. Varetagelsen af SKUs behov og ønsker skal vendes på mødet i DAK. Fra kommunal side skal det understreges, at det er vigtigt at sikre, at der, angående følgegruppernes orientering om status på deres arbejde, er sammenfald mellem den orientering, som der gives i DAK, og den orientering som SKU modtager.

Det er vigtigt at fastholde SKU's og DAK's rollefordeling som henholdsvis det øverste politiske organ og det øverste administrative organ.

På denne baggrund er det et kommunalt synspunkt, at der skal ske en skriftlig afrapportering af følgegruppernes arbejde til DAK, som efter behandling i DAK sendes videre til SKU.

SKU afholder næste møde den tirsdag den 23. februar  
Referatet fra mødet i SKU den 22. december kan læses her:  
<http://regionsyddanmark.dk/wm477657>

#### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At sagen tages til orientering

## Kort mundtlig orientering ved formændene for følgegrupperne om status på arbejdet

I denne sag skal DAK modtage en kort mundtlig status om arbejdet i følgegrupperne fra følgegruppeformændene. Dette kan ske uden yderligere ressourcetræk, da den regionale eller kommunale medformand i følgegrupperne i forvejen deltager i møderne i DAK. Jf. punkt 1.1 på dagsorden er det et kommunalt synspunkt, at afrapportering af følgegruppens arbejde i DAK fremadrettet i stedet skal ske skriftligt.

### **Sagsfremstilling DAK**

Der er nedsat fem følgegrupper til at arbejde med de prioriterede indsatser i sundhedsaftalen fordelt på områderne behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering, forebyggelse, velfærdsteknologi og telemedicin samt opgaveoverdragelse. Grupperne er for alvor kommet i gang i efteråret 2015. På mødet i november 2015 i Det administrative Kontaktforum blev der af formændene for følgegrupperne givet en kort status på gruppernes arbejde.

På mødet gives der en kort mundtlig orientering, af formændene for følgegrupperne, om status siden sidst. Den mundtlige status bliver givet af de formænd for følgegrupperne, der er medlem af Det administrative Kontaktforum – dvs.

- Følgegruppen for behandling og pleje v/Birthe Mette Pedersen
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering v/Susanne Lauth
- Følgegruppen for forebyggelse v/Helle Adolfsen
- Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin v/Irene Rossavik
- Følgegruppen for opgaveoverdragelse v/Heidi Juul Madsen

### **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

---

### **Kommunale kommentarer**

Se tillige kommunale kommentarer under punkt 1.1 - forudgående punkt - på dagsorden for DAK "*Opfølgning på fællesmødet mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum den 22. december*".

Det bør overvejes, at man på mødet i DAK i forlængelse af de mundtlige orienteringer om arbejdet i følgegrupperne drøfter, hvorledes der kan sikres sammenfald mellem den mundtlige orientering i DAK og den orientering, som SKU efterfølgende skal modtage. På baggrund af referatet fra mødet i SKU forventes det, at SKU skal modtage en skriftlig orientering. For sikre sammenfald mellem afrapporteringen i DAK og i SKU og sikre de to forums gensidige rollefordeling anbefales det, at man på mødet i DAK fremfører, at DAK på hvert møde modtager en skriftlig statusredegørelse på arbejdet i de enkelte følgegrupper. Og videre at disse skriftlige afrapporteringer efterfølgende fremsendes til møderne i SKU og dermed udgør den skriftlige orientering, som SKU får om arbejdet i følgegrupperne.

Dog skal man være opmærksom på, at SKU *efter behov* kan bede de forskellige følgegrupper om at møde frem og give en mundtlig orientering.

I DAK og Følgegrupperne skal være opmærksom på den permanente udfordring med overblik, prioritering og styring af de pålagte og igangsatte opgaver, herunder overvejelser over omfanget af opgaver nogle af følgegrupperne ender med at stå med.

Vedr. den interne kommunale afrapportering og kobling mellem kommunale følgegruppeformænd og SSF:  
Den overordnede ramme vedrørende proceduren for den interne kommunale afrapportering fastholdes, sådan at Formandskabet bestemmer form og indhold for afrapporteringen fra de kommunale medformænd i følgegrupperne til Sundhedsstrategisk Forum (vedtaget på mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 23. september).

Sekretariatet indhenter således forud for mødet i Formandskabet og det efterfølgende møde i Sundhedsstrategisk Forum en orientering om arbejdet i følgegrupperne fra de kommunale medformænd. Disse indskrives i dagsorderne for møderne i Sundhedsstrategisk Forum og udgør grundlaget for evt. spørgsmål og drøftelser på møderne.

### **Afreportering af arbejdet i følgegrupperne fra de kommunale medformænd:**

- Følgegruppen for Forebyggelse v/ Anette Filtenborg (vikarierer for Kirsten Myrup)

Der er blevet skabt et overblik over opgaveporteføljen. Følgegruppen har besluttet, at alle kommissorier under Følgegruppen skal være mere standardiserede og indeholde en række faste oplysninger. Man har i gangsat arbejde med at udarbejde et kommissorium for hhv. Infektionshygiejnisk rådgivning og Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge. Arbejdsgruppen omkring "Implementering af strategi for livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse" blevet opdelt i to, en gruppe der arbejder med monitorering af strategien og en gruppe der arbejder med planlægning og afholdelse af konferencen Lige Sund d. 10 marts. Endelig har Følgegruppen igangsat arbejdet med en guide, som skal styre og hjælpe arbejdsgrupperne i deres arbejde.

- Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering v/Steen Dokkedal

Det går godt. 11. januar blev andet mødet i Følgegruppen afholdt. Man har haft besøg af den strategiske gruppe på genoptræningsområdet, bl.a. i forhold til problemstillingerne omkring genoptræningsplaner til rehabilitering på det specialiserede niveau og genoptræningsplaner til psykiatriske patienter. Følgegruppen har drøftet plan for revision af kommissorier. I første omgang vil Følgegruppen fastlægge kommissorium og sammensætning af det, der hidtil har gået under betegnelsen "strategisk gruppe". Gruppen skal sammensættes ud faglig og ikke geografisk repræsentativitet. Et udkast til kommissorium for gruppen drøftes på følgegruppens møde den 10. marts. I øvrigt drøftede følgegruppen: Afsluttende afrapportering fra implementeringsgruppen til forløbsprogram for personer med erhvervet hjerneskade; Drøftelse af simple mål til belysning af effekt som kan sammenlignes på tværs af SOF ift. genoptræningsplaner.

- Følgegruppen for Behandling og Pleje v/ Michael Skriver Hansen

Følgegruppen har afholdt 2 møder. Næste møde i følgegruppen er den 5. februar 2016. Følgegruppen præsenterede på mødet i DAK den 11. november en prioritering af gruppens opgaver. Status på de prioriterede opgaver er:

- FMK: Der er udarbejdet et kommissorium for en tværsektoriel, proaktiv FMK-gruppe til godkendelse i DAK den 29. januar 2016.
- Respiration: Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen til godkendelse i DAK den 29. januar.
- Sygehus-hjemmeplejestandarder: Der er nedsat en arbejdsgruppe til implementering af hjemmepleje-sygehusstandarder version 1.0.3 med medlemmer fra hver af de fire SOF-områder. Medlemmerne repræsenterer endvidere de tre kommunale omsorgssystemer. Arbejdet forventes færdigt med



udgangen af 2016.

- Sam:Bo: Følgegruppen har drøftet videreudvikling af Sam:Bo på mødet den 16. december og arbejder videre med emnet på næste møde. Det forventes, at der vil blive nedsat en arbejdsgruppe, der skal afdække juridiske og tekniske muligheder og begrænsninger i forbindelse med videreudviklingen af Sam:Bo.

Følgegruppen er i gang med en afdækning af eksisterende arbejdsgrupper, og formandskabet har bl.a. afholdt møde med repræsentanter for UTH-området. Formandskabet har desuden afholdt møde med formandskabet i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin med henblik på at drøfte snitflader.

Følgegruppen har siden opstarten haft et tæt samarbejde med psykiatrien og vil fremadrettet have fokus på udvikling af samarbejdsaftaler, der går på tværs af somatik og psykiatri

- Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin v/ Irene Ravn Rossavik

Intet væsentligt at berette. Se endvidere punkt 1.5 - *Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin* - på nærværende dagsorden.

- Følgegruppen for Opgaveoverdragelse v/ Heidi Juul Madsen

Intet væsentligt at berette. Arbejdet fortsætter i sporet.

#### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At orienteringerne fra de kommunale medformænd fra de fem følgegrupper tages til efterretning.
- At det kommunale ønske om fast skriftlig afrapportering fra følgegrupperne til DAK og SKU tages til efterretning.

# Status til SSF

---

Følgegruppe for opgaveoverdragelse har i forbindelse med udviklingen af *en generisk model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse* udarbejdet en procesplan, hvor første del har bestået af en afdækning af erfaringer med opgaveoverdragelse og samarbejdsaftaler af sundhedsopgaver både i vores egen region og i de øvrige regioner. Følgegruppen har anmodet alle kommuner, sygehusenheder (både somatik og psykiatri) og PLO-Syd om at bidrage til et overblik over hvilke opgaver, som vurderes at have potentiale for overdragelse.

Overblikkets formål har været, at identificere hvilke opgaver som både primær- og sekundærsektoren vurderer af særlige relevans eller med potentiale for overdragelse.

Det er lykket, og den samlede oversigt over indkomne forslag vil løbende blive genbesøgt af følgegruppen ift. udarbejdelsen af en generisk procesmodel. Oversigten skal understøtte følgegruppen i deres arbejde med at opstille kriterier for udvælgelsen af opgave med potentiale for overdragelse. Følgegruppen har fokus på at skabe et grundlag for *planlagt og aftalt* opgaveoverdragelse under hensynstagen til borgeren og kapaciteten for de involverede parter.

Følgegruppen har haft en indledende drøftelse af, hvilke kriterier der kan ligge til grund for udvælgelse af potentielle opgaver blandt de indkomne forslag. En drøftelse der tog udgangspunkt i eksisterende viden på området, samt hvilke inputs der er meldt ind til følgegruppen. Der vil ikke blive udarbejdet en udtømmende liste af kriterier for udvælgelsen, da der løbende vil være behov for en drøftelse af, hvilke kriterier der skal gøre sig gældende. Med udvælgelsen af opgaver bliver følgegruppen løbende skarpere på, hvilke kriterier, der skal ligge til grund for en endelig udvælgelse af opgaver med potentiale for overdragelse. For nuværende er der peget på følgende opgaver:

- IV-behandling
- Blodtransfusion
- Parantral ernæring.

Erfaringer med opgaveoverdragelse fra vores egen og andre regioner ift. de udvalgte opgaver vil blive fremlagt på mødet i følgegruppen d. 1. marts 2016. Der er endnu ikke truffet beslutning om eller i hvilket omfang, de udvalgte opgaver skal overdrages. Prøvehandlinger vil blive central i det videre arbejde med udarbejdelsen af en generisk procesmodel for opgaveoverdragelse.

Afprøvningerne vil ikke nødvendigvis involvere alle kommuner, og det vurderes løbende, hvornår det vil være muligt at udpege nye opgaver. Der skal løbende arbejdes med udvalgte opgaver, hvorved der kan opnås erfaring, der kan være med til at justere på kriterierne for udvælgelse af (nye) opgaver.

## Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018

I denne sag skal Det administrative Kontaktforum orienteres om processen omkring midtvejsstatus på Sundhedsaftalen. Herunder skal Det administrative Kontaktforum orienteres, om hvilken model Formandskabet for Sundhedskordinationsudvalget har besluttet sig for i forhold til afholdelse af midtvejsstatusmøder med kommunerne.

### **Sagsfremstilling DAK**

Ifølge bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal Sundhedskordinationsudvalget følge op på sundhedsaftalen og herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold.

Sundhedskordinationsudvalget har ønsket løbende at blive orienteret om fremdriften i sundhedsaftalearbejdet og blev bl.a. på mødet den 22. december 2015 givet en status på arbejdet i følgegrupperne, ligesom udvalget også fremover har bedt om at blive orienteret dels om sundhedsaftalens prioriterede indsatsområder, dels om status på arbejdet i følgegrupperne.

Det vil være naturligt i løbet af 2016, som er midt i aftaleperioden, at gøre midtvejsstatus på arbejdet med sundhedsaftalen. Formandskabet i Sundhedskordinationsudvalget har derfor besluttet at afholde fire politiske møder i starten af efteråret 2016. Hver kommune vil have mulighed for at deltage i ét møde.

Formålet med de fire politiske møder er at gøre status på samarbejdet i regi af sundhedsaftalen med særlig fokus på de prioriterede indsatsområder, drøfte fælles udfordringer samt evt. at identificere nye prioriterede indsatser for den resterende del af aftaleperioden. Møderne forventes indholdsmæssigt at være en kombination af oplæg om status på arbejdet samt korte tilbagemeldinger fra de deltagende kommuner. Herudover vil der være tid til debat og dialog.

Forud for mødet i Sundhedskordinationsudvalget den 23. februar 2016 vil der blive udarbejdet en procesplan for de politiske møder. Procesplanen godkendes af formandskabet i Det administrative Kontaktforum.

### **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum

- Tager orienteringen til efterretning.

---

### **Kommunale kommentarer**

Det har tidligere været besluttet, at SKU skulle foretage en runde rundt til alle kommunerne. Da det allerede nu var svært at finde ledige datoer i efteråret, hvor begge formænd for SKU ville kunne deltage, har formandskabet for SKU besluttet, at der afholdes 4 møder i stedet for.

Formandsskabet foreslår, at de 4 dialogmøder afholdes ved og af en værtskommune efter nærmere koordination med sekretariatet; inkl. Mødekaffe mv. Endvidere foreslås, at kommunerne aftaler indbyrdes, hvordan man vil afvikle møderne, herunder med evt. kommunal proceskonsulent. Sekretariatet fremsender procesplan til kommunerne, når den foreligger.

Sundhedssekretariatet arbejder sammen med Regionen om tilrettelæggelsen af midtvejsmøderne i det tidlige efterår.

### ***Indstilling***

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At orienteringen og beslutningen hos Formandskabet for Sundhedskordinationsudvalget tages til

efterretning.

- At kommunerne tilbyder at stille lokaler og evt. kommunal proceskonsulent til rådighed.

# Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte forslag til kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet. Endvidere vil man på mødet sandsynligvis drøfte, hvordan de respektive parter påtænker at bemande deres poster i Følgegruppen.

## **Sagsfremstilling DAK:**

### **Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet**

Som besluttet på mødet i Det Administrative Kontaktforum 11. november 2015 har koordinationsgruppen udarbejdet forslag til kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.

#### **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum

- Godkender kommissoriet
- Udpeger deltagere til følgegruppen jf. forslag i kommissorium.

---

## **Kommunale kommentarer**

Forslaget til kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet har været vendt på både den regionale og kommunale banehalvdel, og man er nået til enighed om at fremsætte et fælles forslag til kommissorium til drøftelse på mødet i Det administrative Kontaktforum. Det afgørende set fra kommunal side er, at man med forslaget til kommissorium og nedsættelsen af Følgegruppen er blevet enige om, at man gerne vil noget mere sammen tværsektorielt i forhold til emnerne økonomi, effekt og kvalitet, herunder ledelsesinformation i forhold til at følge udviklingen og effekten af de indsatser og initiativer, som der sættes i gang i regi af Sundhedsaftalen.

Region Syd er i dag den eneste region, hvor der ikke i dag er et formaliseret tværsektorielt samarbejde og fokus på økonomi, effekt og kvalitet ved implementeringen af prioriterede indsatser fra Sundhedsaftalen. Endvidere er der heller i dag et formaliseret samarbejde omkring dataudveksling og ledelsesinformation ved eksempelvis opgaveoverdragelse eller produktion af information i forbindelse med opfølgning på de indsatser, som er under implementering ude lokalt.

Man kan her for det kommende arbejde i følgegruppen lade sig inspirere af, hvordan de løfter opgaven i det tværsektorielle samarbejde i de andre fire regioner.

Det er en udfordring ved nedsættelsen af denne følgegruppe, at følgegruppen ikke sander til i et væld af opgaver og bestillinger fra flere sider. Det er vigtigt, bl.a. på baggrund af tilbagemeldinger fra SKU og DAK vedrørende ønske om fokus på de prioriterede opgaver og behovet for konkret fokuseret afrapporteringer fra arbejdet i følgegrupperne, at Følgegruppen fokuserer deres arbejde ud fra begreber som *relevante*, *fokuserede*, og *prioriterede* data, opgaver og bestillinger.

Endelig skal vi fra kommunal side være opmærksom på problemstillingen, at omfattende ønsker og krav til Regionen om levering af data og analyser kan blive modsvaret af krav om, at kommunerne ligeledes anvender store ressourcer på at producere og fremskaffe data og levere ledelsesinformation.

## **På denne baggrund foreslås følgende ændringer i kommissoriet.**

Under første punkt (dot) under "*Særlige opgaver*" foreslås det at ændre:

- "*Levere data og analyser, som efterspørges fra Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum*" til: "*Levere de vigtigste data og analyser, som efterspørges og*

prioriteres fra Sundhedskordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum".

Begrundelse: At Følgegruppen ikke sander til i opgaver.

Under andet punkt (dot) under "Særlige opgaver" foreslås det at ændre:

- "Yde bistand til de øvrige følgegrupper med henblik på at støtte udvikling af metoder til opfølgning og evaluering af konkrete indsatser og initiativer" til: " Udvikling af metoder til opfølgning og evaluering af konkrete indsatser og initiativer"

Begrundelse: At det begrænses og præciseres, hvem der bestiller opgaver hos Følgegruppen (det gør DAK, og SKU igennem DAK).

#### Vedr. bemanding

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum har besluttet at bemande den kommunale medformandspost på strategisk niveau ud fra Formandskabets midte. På denne baggrund er man kommet frem til, at medlem af Formandskabet Michael Maaløe, direktør Vejen Kommune, indtræder som kommunal medformænd i følgegruppen. Som kommunal følgegruppeseekretær indtræder Morten Jessen-Hansen, specialkonsulent Aabenraa Kommune og formand for Fælles Kommunal Økonomigruppe (FKØ). Her ud over skal der findes et menigt kommunalt medlem af Følgegruppen.

#### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At kommissoriet for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet godkendes med de foreslåede ændringer fra kommunal side.
- At kommunerne i DAK fremfører forslag om, at Følgegruppen til mødet i DAK i juni måned kommer med et pragmatisk og simpelt bud på levering af ledelsesinformation til DAK.

# Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet

## Grundlag

Region Syddanmark og kommunerne har indgået sundhedsaftalen 2015-2018, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen indeholder bl.a. en beskrivelse af organiseringen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Her fremgår det bl.a., at det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og at det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Derudover fremgår det, at *Det Administrative Kontaktforum har til opgave at etablere en understøttende administrativ organisering... og at der etableres en følgegruppe for hver af sundhedsaftalens obligatoriske områder.*

## Generelle opgaver

Følgegrupperne har overordnet følgende formål:

- At understøtte Det Administrative Kontaktforums arbejde.
- At understøtte de lokale samarbejdsforas arbejde.
- At sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet om følgegruppens opgaver i forhold til øvrige følgegrupper, arbejdsgrupper samt psykiatriske og somatiske samordningsfora
- At drøfte de muligheder og udfordringer ift. opgavefeltet, der løbende viser sig, samt følge nationale dagsordner og i relevant omfang inddrage erfaringer fra de øvrige regioner.

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
  - o At udarbejde forslag til prioritering og opdatering af opgaveporteføljen.
  - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje med baggrund i Sundhedsaftalen og i Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
  - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
  - o At sikre produktion af aftaler mv. til DAK-godkendelse og implementering via de lokale samarbejdsfora
  - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov at inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

## Kompetencer

Følgegruppen har kompetence til,

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,
- at nedsætte permanente og ad hoc arbejdsgrupper efter behov til håndtering af et afgrænset problemfelt som led i løsningen af de opgaver, Det Administrative Kontaktforum har prioriteret, og
- at gennemføre dialogaktiviteter og andre fælles aktiviteter om udvikling og gennemførelse af de opgaver der hører under følgegruppen.

Beslutninger i følgegruppen træffes som udgangspunkt i enighed. Ved evt. uenighed mellem partnerne i forbindelse med sager til Det Administrative Kontaktforum skal dette fremgå af sagsfremstilling og indstilling.

## Særlige opgaver

Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet har i 2016 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i xx 20xx:

- Levere data og analyser, som efterspørges fra Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum
- Yde bistand til de øvrige følgegrupper med henblik på at støtte udvikling af metoder til opfølgning og evaluering af konkrete indsatser og initiativer
- Udvikle metoder til tværsektoriel ledelsesinformation  
Formålet med ledelsesinformationen er at gøre det muligt at følge udviklingen og effekten af indsatser og initiativer, der igangsættes i regi af Sundhedsaftalen samt at sikre formidling og udveksling af en række data, som parterne aftaler og finder anvendelige for aktivitetsopfølgning, planlægning og koordinering.

Som det første skal der sikres en systematisk afrapportering på de målsætninger, der er formuleret i sundhedsaftalen, i det omfang der findes tilgængelige relevante data. Der formidles desuden data i e-sundhed og på hjemmesiden [www.regionsyddanmark.dk/sundhedssamarbejde](http://www.regionsyddanmark.dk/sundhedssamarbejde), som med fordel kan indarbejdes i et samlet struktureret ledelsesinformationssystem.

På den baggrund skal følgegruppen komme med forslag til

- hvilke data, der med fordel kan indgå, herunder fra hvilke kilder data kan tilgås fra både primær og sekundær sektor.
- hvordan ledelsesinformationer kan kommunikeres og tilgås (f.eks. via hjemmeside og/eller publikationer) fra både politisk, administrativt og driftsmæssigt niveau, og samtidig være tilgængelig for offentligheden i det omfang det er relevant
- hvordan arbejdet med løbende indberetning og opdatering kan etableres, herunder vurdering af ressourcebehov ved opgaven

I løbet af aftaleperioden skal følgegruppen arbejde hen i mod en systematik og udvikling af værktøjer og målemetoder, der understøtter Tripple Aim-tankegangen, dvs. mål og indikatorer skal belyse:

- 1) befolkningens sundhedstilstand og effekten af sundhedsvæsenets behandling
- 2) patienternes oplevelse og vurdering af effekten af behandlingen
- 3) hvordan der opnås mest sundhed for pengene, dvs. ressourcerne

### Organisering

Følgegruppen bemandes med repræsentanter fra strategisk ledelsesniveau fra Regionerne og kommunerne samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

- XX, x Sygehus/Afdeling x, Region Syddanmark, formand
- YY, z Kommune, formand
- Zz, PLO Syddanmark
- Xxx, Region Syddanmark
- Yyy, z Kommune
- Xx, Afdelingen for xx, Region Syddanmark, sekretær
- Zz, z Kommune, sekretær

Følgegruppen er organiseret med en regional formand og en kommunal formand.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af Region Syddanmark og en sekretær udpeget af kommunerne.



Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive sine bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

*Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 20xx.*

UDKAST

# Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte det udspil til disposition for "Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin" og opdateret procesplan, som Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin har fremsendt.

## **Sagsfremstilling DAK:**

I hht. referat fra DAK-møde af 11. november 2015, har Følgegruppen udarbejdet en disposition med stikord, som hermed forelægges DAK. I udkastet beskrives de indsats, som Følgegruppen har udvalgt til strategien på baggrund af DAKs beslutning om at fokusere på få, større projekter at nå i hus med indenfor aftaleperioden.

Med afsæt i de beskrevne prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018 er det valgt at strategien fokuserer på fire spor ift. de nye udviklingsområder:

1. Fælles infrastruktur og servicecenter
2. Fra ide til implementering
3. Stor-skala og implementering af modne telemedicinske teknologier
4. Forskningsmiljø

Følgegruppen opfatter dette som opgaven ift. udarbejdelse af en strategi for velfærdsteknologi og telemedicin. Herved afgrænses strategien til de prioriterede udviklingsområder indenfor velfærdsteknologi og telemedicin. Dvs. at digitalisering af øvrige prioriterede indsatsområder i Sundhedsaftalen ikke behandles. Herudover udelades initiativer, der kan karakteriseres som mono-sektorielle.

Til orientering er desuden vedlagt en opdateret procesplan fra Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin. Af procesplanen fremgår, at de øvrige følgegrupper under DAK skal orienteres om strategien.

## INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter ovenstående

---

## **Kommunale kommentarer**

Irene Rossavik orienterer om sagen på mødet.

Der lægges op til, at der udarbejdes en strategi for velfærdsteknologi og telemedicin, som det beskrives i Sundhedsaftalen. Der er i rammepapiret ikke lagt op til, at der skal udarbejdes en ny tværsektoriel it-strategi, når strategien for velfærdsteknologi og telemedicin er udarbejdet. Formandskabet for SSF har drøftet dette, og de indstiller, at rammepapiret revideres lidt. Det foreslås, at strategien har to ben: Et ben med fokus på den bagvedliggende it-infrastruktur og det andet ben med fokus på, hvilken retning der ønskes i forhold til velfærdsteknologi.

## *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At skitseforslagets retning og fokus drøftes med henblik på kommunale synspunkter på DAK

## UDKAST

### Disposition for Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018

#### 1. Forord

1.1. Historisk perspektivering

#### 2. Baggrund for Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018

2.1. Et afsnit om sundhedsaftalen og organiseringen i DAK.

2.2. Et afsnit om beslutning for strategi for velfærdsteknologi og telemedicin i stedet for, som tidligere, en IT-strategi til IT-understøttelse af samarbejdet mellem kommune, sygehus og praktiserende læger.

#### 3. Status på IT-strategien 2011 – 2014

3.1. I den endelige version, sammenfattes status til et kort resumé af afsluttede og igangværende projekter. Status i form af et skema pr. projekt under IT-strategien 2011- 2014 vedlægges som bilag.

#### 4. Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 2015 – 2018

4.1. Formål/mål/vision

4.2. Opbygning

4.3. Afgrænsning.

Indeværende strategi afgrænses til de prioriterede udviklingsområder indenfor velfærdsteknologi og telemedicin. Dvs. at digitalisering af øvrige prioriterede indsatsområder i Sundhedsaftalen ikke behandles. Herudover udelades initiativer, der kan karakteriseres som mono-sektorielle.

#### 5. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle it-samarbejde

5.1. Forskellige teknologier til forskellige behov

5.2. Rette data til rette instans på rette tid

5.3. Anvendelse af nationale IT-standarder

#### 6. Strategien: Prioriterede indsatser fra Sundhedsaftalen

Med afsæt i de beskrevne prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018 er det valgt at strategien fokuserer på fire spor ift. de nye udviklingsområder som beskrevet nedenfor.

6.1. Fælles infrastruktur og servicecenter

6.1.1. Beskrivelse af fælles forudsætninger, herunder Den Digitale Landevej

6.2. Fra ide til implementering

6.2.1. Fælles testmiljø og set-up, udviklingsprojekter. Beskrivelse af CoLab, Telepsykiatrisk Center.

6.3. Stor-skala og implementering af modne telemedicinske teknologier

6.3.1. KOL

6.3.2. Internetpsykiatri

6.3.3. Hjerte

6.3.4. Sårvurdering

6.3.5. Platform for videoudskrivningskonferencer

6.4. Forskningsmiljø

Ovenstående punkter relaterer til de oplistede 6 områder i nedenstående skema.

### Katalog over indsatser og udviklingsområder [skema]

Indsatser 2015 - 2018	Deltagere			Projektperiode år			
	Kommune	Sygehus	Praksis	2015	2016	2017	2018
1. Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, som giver adgang til tværsektorielle services og samarbejde samt let adgang for borgeren i hjemmet til at komme i kontakt med sundhedsvæsenet via video- og dataopkobling. (Den Digitale Landevej)							
2. Etablering af fælles servicecenter, som dels kan håndtere logistik ved etablering af udstyr hos borgeren og dels giver borgeren (og klinikerne) nem adgang til hjælp og fejlhåndtering.							
3. Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis.							
4. Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet							
5. Styrkelse af forsknings- og dokumentationsindsatsen på området som grundlag for en kvalificeret vurdering af nytteværdi for at sikre udbredelsen af de rette løsninger							
6. Udvikling og organisering af samarbejdet omkring sundhed.dk bl.a. for at øge anvendeligheden for almen praksis							

Indenfor ovenstående udviklingsområder beskrives initiativer/projekter til udmøntning af strategien.

#### 7. Organisering af IT-samarbejdet

- 7.1. Organisering i forhold til Sundhedsaftalen
- 7.2. Økonomi
- 7.3. Roller og ansvar i forhold til indsatsområder
- 7.4. Udvikling af projektmodel evt.
- 7.5. Fælles IT-sekretariat

#### 8. Perspektiver

- 8.1. En beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde fremadrettet med udgangspunkt i succeshistorier og læring fra fx Sam:Bo og Teletolkningsprojektet.
- 8.2. Udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL som et skoleeksempel for fremtidige store nationale indsatsområder.

#### 9. Andre relaterede strategier og initiativer

- 9.1. Digitalisering med effekt (National strategi for Digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013 – 2017)
- 9.2. Digital velfærd – en lettere hverdag (Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013 – 2020)

#### Bilag 1: Status på projekter fra IT-strategien 2011-2014

Id	Procesplan for Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	Startdato	Slut	Varighed	sep 2015		okt 2015				nov 2015				dec 2015				jan 2016				feb 2016				mar 2016				apr 2016				maj 2016				jun 2016				jul 2016				aug 2016				sep 2016				okt 2016				nov 2016					
					30-8	6-9	13-9	20-9	27-9	4-10	11-10	18-10	25-10	1-11	8-11	15-11	22-11	29-11	6-12	13-12	20-12	27-12	3-1	10-1	17-1	24-1	31-1	7-2	14-2	21-2	28-2	6-3	13-3	20-3	27-3	3-4	10-4	17-4	24-4	1-5	8-5	15-5	22-5	29-5	5-6	12-6	19-6	26-6	3-7	10-7	17-7	24-7	31-7	7-8	14-8	21-8	28-8	4-9	11-9	18-9	25-9	2-10	9-10	16-10
1	Formandskabet nedsætter en arbejdsgruppe til at forberede procesplan og afdækning af eksisterende projekter/initiativer og strategier	28-08-2015	18-09-2015	16d	[Blue bar]																																																											
2	Følgegruppen udarbejder status og procesplan til møde i DAK den 11. november 2015	14-10-2015	20-10-2015	5d	[Blue bar]																																																											
3	Møde i Følgegruppen	26-10-2015	26-10-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
4	Disposition for strategi og handleplan	26-10-2015	30-11-2015	26d	[Blue bar]																																																											
5	Møde i DAK	11-11-2015	11-11-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
6	Møde i Følgegruppen	18-11-2015	18-11-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
7	Møde i Følgegruppen	03-12-2015	03-12-2015	0d	[Blue diamond]																																																											
8	Følgegruppen udarbejder disposition/skelet til strategi og opdateret procesplan til møde i DAK den 29. januar 2016	10-12-2015	06-01-2016	20d	[Yellow bar]																																																											
9	Møde i Følgegruppen	05-01-2016	05-01-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
10	Følgegruppen indhenter status på igangværende projekter	06-01-2016	29-01-2016	18d	[Blue bar]																																																											
11	Møde i DAK	29-01-2016	29-01-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
12	Følgegruppen sender disposition/skelet til øvrige følgegrupper til orientering	02-02-2016	09-02-2016	6d	[Blue bar]																																																											
13	Møde i Følgegruppen	10-02-2016	10-02-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
14	Følgegruppen udarbejder 1. udkast til strategi for velfærdsteknologi og telemedicin	01-02-2016	25-02-2016	19d	[Blue bar]																																																											
15	Møde i Følgegruppen	26-02-2016	26-02-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
16	Internt review af 1. udkast i følgegruppen	25-02-2016	01-03-2016	4d	[Blue bar]																																																											
17	Følgegruppen udarbejder status og sender 1. udkast til strategi og udkast til høringsbrev til møde i DAK den 1. april 2016	01-03-2016	08-03-2016	6d	[Yellow bar]																																																											
18	Møde i DAK	01-04-2016	01-04-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
19	Følgegruppen udarbejder 2. udkast på baggrund af kommentarer fra DAK	04-04-2016	07-04-2016	4d	[Blue bar]																																																											
20	Internt review af 2. udkast i følgegruppen	08-04-2016	12-04-2016	3d	[Blue bar]																																																											
21	Høringsperiode	12-04-2016	28-04-2016	13d	[Yellow bar]																																																											
22	Høringsvar indarbejdes i 2. udkast	29-04-2016	09-05-2016	7d	[Blue bar]																																																											
23	Internt review af strategien i følgegruppen	09-05-2016	12-05-2016	4d	[Blue bar]																																																											
24	Følgegruppen udarbejder status og forbereder strategi til godkendelse på møde i DAK den 15. juni 2016	12-05-2016	18-05-2016	5d	[Blue bar]																																																											
25	Møde i DAK: Godkendelse af strategi	15-06-2016	15-06-2016	0d	[Blue diamond]																																																											
26	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 16. august 2016 til formandskabet i DAK	17-06-2016	24-06-2016	6d	[Yellow bar]																																																											
27	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 16. august 2016	01-07-2016	07-07-2016	5d	[Blue bar]																																																											
28	Møde i SKU	16-08-2016	16-08-2016	0d	[Blue diamond]																																																											

# **Det digitale sundhedssamarbejde i Region Syddanmark**

**It-strategien til understøttelse af samarbejdet  
mellem sygehuse, kommuner og  
praksissektoren i Region Syddanmark**

**2011-2014**

**KKR**  
SYDDANMARK



**Region Syddanmark**  
Syddansk Sundhedsinnovation  
2012

Det digitale sundhedssamarbejde i Region Syddanmark. It-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark. 2011-2014.

Udgivet af Region Syddanmark  
Syddansk Sundhedsinnovation  
Sprog: Dansk  
26. juni 2012  
Format: pdf

<b>1. INDLEDNING</b> .....	3
1.1 BAGGRUND FOR IT-STRATEGIEN.....	3
1.2 STATUS PÅ IT-STRATEGIEN FRA 2007 FOR TVÆRSEKTORIEL SUNDHEDSKOMMUNIKATION .....	4
1.3 TELEMEDICIN OG VELFÆRDSTEKNOLOGI .....	5
1.4 STRATEGIENS OPBYGNING .....	5
1.5 AFGRÆNSNING .....	5
<b>2. VISION OM DET SAMMENHÆNGENDE BEHANDLINGSFORLØB Gennem ET DIGITALT FÆLLESSKAB</b> .....	6
<b>3. INDSATSOMRÅDER</b> .....	6
3.1 PLEJE- OG OMSORGSOMRÅDET.....	6
3.2 BØRNEOMRÅDET .....	7
3.3 GENOPTRÆNING OG REHABILITERING .....	8
3.4 FOREBYGGELSE .....	9
3.5 INDSATS FOR KRONISK SYGE .....	10
3.6 PSYKIATRIOMRÅDET .....	11
3.7 HANDICAP- OG SOCIALOMRÅDET .....	12
3.8 ARBEJDSMARKEDSOMRÅDET .....	12
3.9 VISINFOSYD - TVÆRSEKTORIEL INFORMATIONSPLATFORM.....	13
<b>4. PRINCIPPER OG FORUDSÆTNINGER FOR DET TVÆRSEKTORIELLE IT-SAMARBEJDE</b> .....	13
4.1 FORSKELLIGE TEKNOLOGIER TIL FORSKELLIGE BEHOV .....	13
4.2 RETTE DATA TIL RETTE INSTANS PÅ RETTE TID .....	14
4.3 ANVENDELSE AF NATIONALE IT-STANDARDE .....	14
<b>5. HANDLEPLAN</b> .....	14
5.1 PROJEKTKATALOG.....	15
MEDCOM'S STRUKTUREREDE STANDARDER TIL SYGEHUS-HJEMMEPLEJE-KOMMUNIKATION.....	16
MEDCOM'S STRUKTUREREDE STANDARD TIL GENOPTRÆNINGSPÅN .....	17
IT-UNDERSTØTTELSE AF FØDEPLANEN .....	18
TELEMEDICINSK SÅRBEHANDLING .....	19
VIDEOKONFERENCE.....	20
ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEME DE 22 KOMMUNER OG PSYKIATRISYGEHUSET .....	21
KORRESPONDANCE-KOMMUNIKATION MELLEME KOMMUNEN OG LÆGEPRAKSIS .....	22
ELEKTRONISK HENVISNING TIL FOREBYGGELSE .....	23
SHARED CARE PLATFORM.....	24
ELEKTRONISK KOMMUNIKATION PÅ SOCIALE INSTITUTIONER .....	25
KOORDINERET IBRUGTAGNING AF FMK.....	26
IT-UNDERSTØTTELSE AF DEN REVIDEREDE SAM:BO-AFTALE.....	27
ELEKTRONISK REHABILITERINGSNOTAT FOR PATIENTER MED KOMPLEKS SYGDOM.....	28
TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE OM ANVENDELSE AF BORGERNÆR TEKNOLOGI .....	29
<b>6. ORGANISERING AF IT-SAMARBEJDET</b> .....	30
<b>7. PERSPEKTIVER</b> .....	30



## 1. Indledning

I 2007 udformedede kommunerne og Region Syddanmark en fælles it-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation. I kraft af denne it-strategi er der etableret et digitalt fællesskab mellem kommuner, sygehuse og lægepraksis om det sammenhængende borger- og patientforløb. It-strategien blev udarbejdet med det formål at understøtte aftaleområderne samt samarbejdet generelt. It-strategien fra 2007 er for hovedparten gennemført. Med sundhedsaftalerne 2011 – 2014, de nye aftaleområder og grundaftalen om *tværsektoriel* anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier og nye nationale it-strategier og initiativer er der behov for en videreudvikling af it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation.

Det Administrative Kontaktudvalg (DAK) i Region Syddanmark nedsatte derfor på mødet den 22. juni 2011 en it-styregruppe, der har til formål at formulere en ny fælles it-strategi for det tværsektorielle samarbejde. Den foreliggende it-strategi er resultatet af en proces, hvor en skrivegruppe med deltagelse fra både kommuner, almen praksis og Region Syddanmark (sygehuse og administrationen) i fællesskab har formuleret et forslag til fælles it-strategi (bilag 1).

Denne nye it-strategi skal bidrage til en fortsat visionær og proaktiv udvikling af digitaliseringen og anvendelse af it og velfærdsteknologi omfattende samtlige centrale aktører: de 22 kommuner, regionens sygehuse samt praksisområdet. Strategien skal på den ene side bygge videre på allerede opnåede resultater, og på den anden side skitsere indsatsområder og opstille handleplaner for videreudvikling i de kommende år til gavn for borgerne og sundhedsrådets aktører.

### 1.1 Baggrund for it-strategien

*It er et redskab, som kan understøtte udviklingen i sundhedssektoren. Med it-strategien fra 2007 var fokus understøttelse af Sam:Bo og genoptræning. Der er nu indgået en ny sundhedsaftale, der er nye nationale it-strategier og der er nye teknologiske muligheder blandt andet i form af telemedicin og velfærdsteknologi.*

Sundhedsvæsenet undergår til stadighed forandringer og står overfor kontinuerligt store udfordringer. Den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre og færre i den arbejdsduelige alder, samtidig med et stigende antal kronisk syge og et stigende forventningspres om god behandling og service.

Visionen i Region Syddanmark er, at patienter oplever forløbet som sammenhængende. Det indebærer,

- at borgeren oplever tilfredshed, tryghed og sikkerhed som et fælles anliggende for region, kommuner og praksissektor
- at der er kvalitet og sammenhængende forløb og indsatser på tværs af sektorerne
- en koordineret innovativ og bæredygtig kapacitetsudvikling, udvikling af nye metoder og anvendelse af velfærdsteknologi understøttes til støtte for borgernes mestring af det gode liv
- at der er fokus på evaluering og vurdering af eksisterende løsninger, herunder optimering af arbejdsgange

Det er sigtet, at sundhedsydelse ydes på det lavest effektive omkostningsniveau.

Mange parter bidrager til borgerens/patientens behandlings- og plejeforløb. Som sundhedsvæsenet er opbygget i dag overføres mange informationer ved sektor- og specialeskift. I takt med den stadig øgede specialisering og centralisering vil dette blive endnu mere udbredt i årene fremover. Patientens behandlingsforløb skal være præget af gennemsigtighed, kontinuitet og koordination således at sundhedspersonalet har det nødvendige overblik, og således at patienten inddrages i forløbet. Den teknologiske udvikling indenfor telemedicin og velfærdsteknologi betyder, at det i højere grad end tidligere er muligt, at borgeren/patienten selv kan varetage behandling og egenmonitorering i sit eget hjem, hvor det sundhedsfagligt er hensigtsmæssigt

It og velfærdsteknologi kan bidrage til at binde sundhedsvæsenet sammen ved at sikre, at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid og sted på tværs af sygehuse, lægepraksis og kommuner. Overførslen af information skal tilstræbes at ske tidstro og synkront, så der ikke opstår unødvendig ventetid, og adgang til og brug af it skal være nemt tilgængelig for sundhedspersonalet såvel som for borgeren/patienten og pårørende. Dette kræver et tæt digitalt fællesskab. Samarbejdsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb, Sam:Bo, er et godt eksempel på, at it og elektronisk kommunikation kan understøtte veldefinerede aftaler om organisatorisk samarbejde. Der er således i de senere år skabt et stærkt fundament for samarbejdet i Region Syddanmark. Dette samarbejde skal fortsat udbygges.

## 1.2 Status på it-strategien fra 2007 for tværsektoriel sundhedskommunikation

Det digitale fællesskab mellem kommuner, sygehuse og lægepraksis, som blev etableret gennem it-strategien fra 2007, har bidraget til understøttelse af borger/patientforløbet og har haft både generelle og projektspecifikke resultater:

### Kvalitet og patientsikkerhed:

- Der er mulighed for direkte kommunikation mellem it-systemer hos parterne, således at et "brev" ikke først skal printes ud og sendes med post og igennem intern postfordeling hos modtageren
- Der er mulighed for læsbarhed – ingen håndskrift
- Der kan skabes sikkerhed for, at obligatoriske datafelter er udfyldt, fx cpr.nr., navn og adresse.
- De juridiske forhold vedrørende videregivelse af patientoplysninger er afklaret
- Ved overdragelse af ansvar for behandling og pleje eksempelvis i forbindelse med indlæggelse og udskrivning er det muligt, at data om borgere/patienter hurtigt, sikkert og effektivt kan overleveres elektronisk til den part, der aktuelt har ansvar for borgerens/patientens videre forløb
- Dataindhold er aftalt – enten på nationalt niveau eller regionalt. Fx indeholder forløbsplanen det datasæt, der er aftalt mellem parterne i Sam:Bo
- Der er skabt bedre mulighed for monitorering. Når data – og kommunikationen – registreres elektronisk, er det muligt at monitorere på fx overholdelse af aftaler om kommunikation
- Der er skabt mulighed for hurtig og sikker dokumentation. Når data sendes og modtages elektronisk fra journalen, kan registrering og dokumentation af data ske automatisk

### Optimerede arbejdsgange og ressourceoptimering:

- Data kan genbruges og sendes på tværs af sektorerne direkte ind i modtagerens it-system. Der er mulighed for tids- og ressourcebesparelser, når data ikke skal indtastes eksempelvis manuelt fra et modtaget papirbrev. Dobbeltindtastning undgås
- Processer kan automatiseres. Fx kan barnets bog hos sundhedsplejen automatisk oprettes, når fødselsanmeldelse modtages
- Tidstro registrering. Når data skal "genbruges" hos andre parter, bliver tidstro registrering aktualiseret.

Derudover er der med it-strategien fra 2007 opnået følgende projektspecifikke resultater:

- Genoptræningsplaner sendes elektronisk
- Sam:Bo er it-understøttet og kommunikation og information mellem hjemmepleje og sygehusafdeling foregår primært elektronisk
- Fødselsanmeldelser er afprøvet i et pilotprojekt
- Der er opbygget et fælles elektronisk informationssystem i form af VisInfoSyd
- Lægepraksis og den kommunale hjemmepleje kommunikerer elektronisk

I bilag 2 kan læses en uddybet status for it-strategien fra 2007.

Der er desuden etableret fælles procedurer for tilfælde af nedbrud i den elektroniske kommunikation, se <http://www.visinfosyd.dk/wm306945>. For at koordinere supporten tværsektorielt er der etableret en EDI-servicedesk i Region Syddanmark.

På nuværende tidspunkt er mange af de store informationsstrømme mellem parterne digitaliseret, men der er stadig områder, hvor det kan gøres bedre: papirgange kan yderligere digitaliseres og organiseringen og anvendelsen af it-redskaberne kan optimeres. Også de tekniske løsninger kan blive bedre og mere præcise ved at indføre strukturerede standarder for kommunikationen som afløsning for korrespondancemeddelelsen, hvor der findes vedtagne nationale standarder. Desuden er der behov for at specificere aftaler og elektroniske arbejdsgange vedr. fx de nye fælles akutmodtagelser, ambulant behandling, skadestuer mv. På enkelte områder er der desuden etableret telemedicinske løsninger og der er et stort potentiale i at videreudvikle denne anvendelse.

### **1.3 Telemedicin og velfærdsteknologi**

I it-strategien fra 2007 forelå en beskrivelse af mulighederne på telemedicin-området. Sidenhen er telemedicin indført flere steder i regionen, men typisk som enkeltstående projekter, hvor der bl.a. ikke er integration til sektorernes fagsystemer. Etablering af innovative udviklingsprojekter inden for anvendelse af velfærdsteknologiske teknologier er et fælles satsningsområde i regionen. Velfærdsteknologiske værktøjer og redskaber som telemedicin vil give nye muligheder for tværsektorielt samarbejde og opgavedeling.

For at koordinere og understøtte udvikling, implementering og udbredelse af telemedicin og velfærdsteknologi har Region Syddanmark etableret en ny stab, Syddansk Sundhedsinnovation. Syddansk Sundhedsinnovation vil som arbejdsområde have det regionale opgavesæt – sygehusbehandling og de højtspecialiserede funktioner, men også det tværsektorielle it- og telemedicinsamarbejde på sundhedsområdet og de dertil knyttede forskningsområder.

Hvis det skal være muligt at it-understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og aggregere data på landsplan, forudsætter det en vis standardisering som fx indholdsmæssige og tekniske standarder for dataudveksling mellem de telemedicinske løsninger i fx patientens hjem og den nationale it-infrastruktur. Udbredelse af nye innovative løsninger og telemedicin kræver desuden, at sundhedspersonalet har fuld opmærksomhed på og til stadighed tænker innovation ind i arbejdsgange for at medvirke til at udvikle innovative og telemedicinske løsninger, der kan understøtte det daglige kliniske arbejde. Der er således behov for at sundhedspersonalet har adgang til kompetenceudvikling indenfor innovation og anvendelse af ny teknologi.

Regionernes Sundheds-it-organisation (RSI) har udarbejdet et sæt pejlemærker for regionernes fælles indsats, herunder en strategi for det telemedicinske område, som er ved at blive udmøntet i en handleplan. (Bilag 7) Det tværsektorielle sigte vil være et væsentligt element i en kommende national strategi for telemedicin, som udføres i regi af Den nationale Sundheds-It-organisation (NSI). Kommunernes Landsforening (KL) anbefaler i deres digitaliseringsstrategi, at kommunerne i højere grad gør brug af velfærdsteknologi til at mindske behovet for arbejdskraft.

### **1.4 Strategiens opbygning**

Afsnit 2 beskriver visionen for det sammenhængende forløb og de overordnede mål for digitaliseringen de kommende år. I afsnit 3 beskrives de samarbejds- og indsatsområder, hvor der er behov og muligheder for understøttelse via it, telemedicin og velfærdsteknologi. I afsnit 4 beskrives principper som forudsætninger for det tværsektorielle it-samarbejde. Behovsafdækningen i afsnit 3 danner afsæt for handleplanen i afsnit 5, hvor forslag til konkrete projekter til gennemførelse i perioden 2011 – 2014 er listet op. I afsnit 6 beskrives kortfattet forslag til organisatoriske rammer for projektgennemførelsen. Perspektivering sker i afsnit 7.

Bilag findes i et særskilt tillæg, hvori der også findes en ordliste for forkortelser anvendt i it-strategien.

### **1.5 Afgrænsning**

It-strategien for tværsektoriel sundhedssamarbejde omhandler udelukkende behovet for kommunikation af kliniske data på tværs af sektorerne. It-anvendelse monosektorielt er ikke omfattet af denne it-strategi. Det samme gælder it-anvendelse til rene administrative og økonomiske formål.

Der er forsøgt at fastholde en så pragmatisk tilgang til vision, beskrivelse af samarbejds- og indsatsområder samt it-muligheder og telemedicinske løsninger som muligt med fokus på konkrete projekter, der kan gennemføres i perioden 2011 – 2014.

## **2. Vision om det sammenhængende behandlingsforløb gennem et digitalt fællesskab**

*Den fælles vision om sundhedssamarbejde understøttes af en fælles vision om it-samarbejde.*

Anvendelsen af tværsektoriel it og velfærdsteknologier skal fortsat målrettet, effektivt og omkostningsbevidst understøtte visionen om det sammenhængende behandlings- og plejeforløb og det digitale fællesskab ved at bidrage til at:

- Sikre at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid og sted på tværs af sektorer
- Skabe kontinuitet og koordinering, så arbejdsgange kan optimeres
- Understøtte kvaliteten i behandlingsforløbene
- Styrke borgerens/patientens mulighed for at blive en aktiv part i behandlingen og at tage vare på egen sundhed og behandling (patient empowerment)
- Forebygge indlæggelser – og genindlæggelser
- Skabe tryghed for borgeren i form af entydighed og sammenhæng i forløbet

## **3. Indsatsområder**

*I det følgende gennemgås de samarbejdsområder, der er i sundhedssektoren mellem sygehus, kommune og praksis. Der er fokus på samarbejdsaftaler samt fokus på, hvor der allerede findes it- og telemedicinske løsninger, som kan tages i anvendelse og udbredes.*

Det digitale fællesskab mellem kommune, sygehus og praksis skal fortsat udbygges og således understøtte de nye aftaler om samarbejde, som er indgået i forbindelse med sundhedsaftalerne 2011-2014. Udbygningen sker gennem et forpligtende samarbejde om nærværende it-strategi – og i respekt for nationale it-strategier.

I forhold til sidste generation af sundhedsaftaler er der kommet nye områder og samarbejdsaftaler til, herunder aftalen om alvorligt syge og døende, fødeplanen og kronikerstrategien med forløbsprogrammer. Også indenfor psykiatrien indgås en række specifikke samarbejdsaftaler. Disse nye områder vil indgå som indsatsområder i strategien, ligesom der vil være fokus på telemedicinske - og velfærdsteknologiske løsninger.

### **3.1 Pleje- og omsorgsområdet**

Samarbejdet mellem sektorerne på plejeområdet er med it-strategien fra 2007 digitaliseret via Sam:Bo-samarbejdsaftalen med tydelige beskrivelser af, hvordan der i overgangen mellem sektorerne kommunikerer mellem hjemmepleje, almen praksis og sygehuse, med hvilket indhold og på hvilke tidspunkter.

For at kunne understøtte Sam:Bo og den tidsplan, der var lagt for implementeringen, blev den ustrukturerede korrespondance-meddelelse taget i anvendelse til kommunikationen, da MedComs strukturerede standarder endnu ikke var færdigudviklet, ligesom der ikke eksisterede en standard for plejeforløbsplanen. Der er derfor nu behov for implementering af disse nye strukturerede MedCom standarder for indlæggelses- og udskrivelsesrapporter samt plejeforløbsplan i de it-systemer, der anvendes i kommunerne og på sygehusene.

Hertil kommer implementering af samarbejdsaftalen for alvorligt syge og døende, som er en del af Sam:Bo og dermed følger arbejdsgangene og procedurerne i de respektive indlæggelsesforløb. Aftalen for alvorligt syge og døende har dog egne forløb, som udover anvendelsen af den Sam:Bo-relaterede

it-understøttelse også indeholder brugen af LÆ165 (socialmedicinsk sagsbehandling), som er en blanket, der startes af egen læge eller af en sygehuslæge.

Der er desuden behov for bedre og mere målrettet kommunikation omkring ambulante forløb, FAM (Fælles Akut Modtageafdeling), skadesforløb, planlagte indlæggelser, indlæggelse i eget hjem, orlovssituationer mv. Der er behov for fællesregionale retningslinjer på området, så der er mulighed for at digitalisere samarbejdet. Udviklingen bør ske i tæt samarbejde med Følgegruppen for Sam:Bo og med fokus på nationale retningslinier.

Staten, regionerne og kommunerne har i økonomiaftalen for 2010 aftalt at etablere et landsdækkende Fælles Medicin Kort (FMK), der tages i brug i samtlige regioner, hos lægepraksis og i kommunerne. Anvendelsen af FMK bliver implementeret på sygehusene og tages i brug i almen praksis, når dette er sket. Dermed vil disse parter anvende de samme data om patienters medicin, hvilket vil give et stort løft i forhold til patientsikkerheden. Der er behov for, at også de kommunale it-systemer integrerer FMK, så alle parter anvender de samme datagrundlag vedr. patientens medicin.

Mellem de lægepraksis og den kommunale hjemmepleje anvendes elektronisk korrespondance til ad hoc-kommunikation. Der er behov for at sikre, at alle lægepraksis gør brug af muligheden. På nuværende tidspunkt kan det være svært for lægepraksis entydigt at adressere sin korrespondance til kommunen. Derudover er der behov for at sikre at alle kommuner anvender elektronisk receptfornyelse overfor lægepraksis.

Ibrugtagning af telemedicin på plejeområdet forventes at udvikles de kommende år. Der er fokus på:

- Udbredelse af brugen af videokonference direkte med borgeren/patienten i eget hjem, således at hjemmeplejen og sygehuset hurtigt kan komme i kontakt med borgeren
- Udbredelse af brugen af videokonference som redskab for sundhedspersonalet til lettere at komme i kontakt med hinanden, fx til udskrivningskonferencer, således at der kan spares transporttid
- Udbredelse af videotolkning. Videotolkning er ved at blive taget i brug på alle sygehusene. Desuden gennemføres forsøg med videotolkning i almen praksis og i kommunerne. Der er behov for fortsat fokus på udbredelse for at kunne høste stordriftsfordelene ved fx fælles tolkeservice
- Telemedicinsk sårbehandling, som afprøves i et randomiseret forskningsprojekt med patienter med diabetiske fodsår. Alle relevante sygehusambulatorier og 20 kommuner deltager. Anvendelse af sårdata-basen kan med fordel udvides til at omfatte flere patientgrupper og alle kommuner

### 3.2 Børneområdet

Børneområdet dækker et stort område, hvor såvel sygehuse, kommune, forældre og lægepraksis samarbejder og hvor der skal kunne informeres, kommunikeres og foretages forskellige indberetninger etc. til ministerier m.m. elektronisk. Ydelser til børn i kommunerne dækker over flere forskellige faggrupper – fx sundhedsplejerske, skolelæge, børnelæge, hjemmesygepleje, handicapområdet, specialrådgivning, træning og PPR - som organisatorisk og fysisk er placeret adskilt, hvilket stiller ekstra krav til veletablerede kommunikationsveje. Dertil kommer specialfunktioner som fysioterapeuter og bandagister. Børne- og unge-psykiatriområdet behandles i afsnittet om psykiatri.

På nuværende tidspunkt er gennemført et enkeltstående projekt med afprøvning af elektronisk kommunikation af fødselsanmeldelse, epikrise og korrespondance fra sygehus til den kommunale sundhedspleje. Formålet har været at samle erfaringer til generel udbredelse af elektronisk kommunikation på området. Ligeledes er korrespondancekommunikation mellem lægepraksis og den kommunale sundhedspleje ved at blive udbredt i hele regionen på baggrund af pilotprojektet.

Fødeplanen for Region Syddanmark blev godkendt i december 2010. Som del af fødeplanen skal der iværksættes it-understøttelse af samarbejdet på svangreområdet. Målsætningen er, at kommunikation tværsektorielt mellem parterne, som beskrevet i fødeplanen, skal kunne understøttes elektronisk,

således at data kun indtastes én gang og kan overføres fra det ene it-system til det andet via MedComs strukturerede kommunikationsstandarder. Dette er for nogle af meddelelsernes vedkommende afprøvet i pilotprojektet. Der er behov for elektronisk kommunikation i form af varsling af forventet fødselsdato, ønske om behovsbestemt sundhedsplejerskebesøg i graviditeten, fødselsanmeldelse til sundhedspleje og kordegn/personregisterføreren, meddelelse om ambulans fødsel, meddelelser fra barselsklinikken samt mulighed for kommunikation fra sundhedsplejen til fødestedet. Der er endvidere behov for at udvikle elektronisk kommunikation af svangerskabs- og vandrejournalen mellem almen praksis, fødested og jordemoder, som den gravide har adgang til.

Følgegruppe for Sam:Bo har til opgave at tilpasse Sam:Bo-forløb for børn for at ensrette og sikre ens procedurer og samarbejde. Det drejer sig bl.a. om samarbejdet om gravide og nyfødte samt samarbejdet om børn med habiliteringsbehov, dvs. børn med funktionsnedsættelse, der ikke har været udsat for en hændelse, men fx har en medfødt problemstilling/lidelse. Der forestår et arbejde i følgegruppen for Sam:Bo med at få afklaret og skabt konsensus omkring såvel den tekniske som organisatoriske snitflade på fx udfører- og myndighedsniveau indenfor børneområdet.

For at etablere elektronisk kommunikation mellem parterne er anvendelse af it-baserede journalsystemer en forudsætning hos alle parter. Og it-systemerne skal indeholde de data, der er grundlag for it understøttelsen af arbejdsgangen i henhold til sundhedspersonalets ansvar og roller. Desuden er det en forudsætning, at der findes nationale standarder for udveksling af data mellem parterne.

Disse forudsætninger er ikke fuldt ud til stede på nuværende tidspunkt:

- Der skal være adgang til relevante fagsystemer for det personale, der skal håndtere svangre- og barselsforløbet
- Nationale kommunikationsstandarder skal implementeres i fagsystemerne
- Der mangler vedtagne nationale standarder for udveksling af svangerskabsjournaler, anmeldelse til kordegnen og personregisteret (CPR) og til sundhedsplejen
- Der mangler etablering af en elektronisk vandrejournal med integration til de anvendte journalsystemer hos alle de relevante parter, således at data kun indtastes én gang. Den gravide bør have digital adgang til vandrejournalen

Telemedicin og velfærdsteknologi kan understøtte området:

- Anvendelse af videokonference til de gravide, fødende og barslende fra fødested, barselsklinik, sundhedspleje m.v.
- Anvendelse af videokonference til fælles konference mellem sundhedsplejen og familieambulatorier
- Anvendelse af videokonference til koordinerende møder på Familieambulatorierne
- Understøttelse af gravide diabetikere via bl.a. hjemmemonitorering

### 3.3 Genoptræning og rehabilitering

Implementering og udbredelse af elektroniske genoptræningsplaner var et af hovedprojekterne i it-strategien fra 2007. Der forelå endnu ikke en færdig national standard til implementering i it-systemerne på det tidspunkt, så også her blev korrespondance-meddelelsen taget i anvendelse som en foreløbig løsning. Den organisatoriske implementering er gennemført og så godt som alle genoptræningsplaner sendes i dag elektronisk fra sygehusene til kommuner og til lægepraksis via korrespondancemeddelelsen. Der er nu behov for at udbrede MedComs strukturerede standard for genoptræningsplaner. Desuden skal indføres elektronisk slutstatus fra den kommunale træningsindsats til sygehus og patientens egen læge efter endt genoptræning.

Der har været afholdt 3 auditeringer af genoptræningsplaner og fremadrettet vil der fortsat være behov for tilretning af det sundhedsfaglige indhold i genoptræningsplanerne – herunder et skærpet fokus på anvendelsen af ICF som overordnet referenceramme for beskrivelse af funktionsevne og

genoptræningsbehov. Den fortsatte kvalitetsudvikling på genoptræningsplanernes faglige indhold skal ske i et tæt samarbejde med Følgegruppen for genoptræning.

Der er behov for at kunne understøtte kommunikationen vedr. rehabilitering efter alvorlig sygdom som fx apopleksi forstået i den brede forstand som både fysisk, psykisk, socialt og evt. arbejdsmæssig rehabilitering. I dag kommunikeres informationer om patienters rehabilitering fra mange forskellige instanser på sygehuset og til mange forskellige instanser i kommunen: foruden behandlings- og plejepersonalet også socialrådgivere, psykologer, fysioterapeuter mv. Projektet "Rehabiliteringsplaner skaber sammenhæng" mellem Odense Kommune og Region Syddanmark har til formål at forsøge at udvikle indholdet i en samlet og koordineret meddelelse om hjerneskadepatientens rehabiliteringsbehov, som kan sendes elektronisk fra sygehusene og danne grundlag for en koordineret rehabiliteringsindsats i kommunen. Rehabiliteringsinformationen foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service, herunder indhold form og kapacitet, men har alene til hensigt at formidle nyttige informationer koordineret med henblik på en fortsat koordineret kommunal indsats.

Der er igangsat arbejdsgrupper vedr. forløbsprogram for rehabilitering og palliation og forløbsprogram på senhjerneskeområdet. It-understøttelse kan medvirke til implementering af de samarbejdsformer og arbejds gange, der aftales i forløbsprogrammerne.

Med udbredelsen af videokonferenceudstyr i både den kommunale sektor og på sygehusene vil det være relevant at afdække mulighederne for anvendelse af udstyret til f.eks. tværsektorielle møder og konferencer samt supervision og instruktion i forbindelse med genoptræning. Også instruktion af patienters genoptræning derhjemme kan muliggøres via videokontakt.

Der gennemføres pilotprojekter med etablering af genoptræningsportalløsninger på internettet, som skal være en service til borgere uden en genoptræningsplan samt en støtte i sundhedspersonalets arbejde med at tilrettelægge individuelle øvelsesprogrammer. Løsningen er interaktiv og giver via sensorer til måling af bevægelse patienten respons på, hvor godt øvelserne bliver udført. Der er tillige i forskningsmæssigt øjemed potentiale til at monitorere de forskellige øvelsesprogrammernes effekt på patientens funktionsevne og dermed skabe viden om de forskellige typer af genoptræning.

### 3.4 Forebyggelse

Med det formål at gøre hele arbejdsgangen omkring kommunikation vedrørende kommunale forebyggelsestilbud elektronisk, er der mellem KL, PLO, DSAM, Sundhed.dk og MedCom opnået enighed om at anvende de eksisterende MedCom standarder for elektronisk kommunikation:

- Standarden for sygehushenvisning anvendes til henvisning til forebyggelsestilbud
- Standarden for bookingsvar anvendes til at informere henviser om indkaldelse af patienten
- Standarden for epikrise anvendes til statusmelding til patientens egen læge efter endt forebyggelse

I bilag 3 ses KL's workflow-oversigt over henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

For at digitalisere samarbejdet mellem lægepraksis og kommune på forebyggelsesområdet er det dog en forudsætning, at der anvendes fagsystemer i kommunerne, der har implementeret de pågældende standarder. På nuværende tidspunkt er det ikke alle kommuner, der har digitaliseret området med fagsystemer.

Det planlægges at regionernes henvisningshotel (REFHOST), der på nuværende tidspunkt anvendes til henvisninger til speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer, skal kunne anvendes til håndtering af henvisninger til forebyggelse. Dermed bliver der mulighed for, at lægepraksis kan digitalisere deres forsendelse af henvisninger til kommunal forebyggelse uden hensyn til, om den enkelte kommune har implementeret fagsystem på området. Det kommunale personale kan blot hente henvisningen på henvisningshotellet.

Alle lægesystemer og sygehussystemer kan håndtere de nødvendige kommunikationsstandarder.

Oplysninger om kommunernes forebyggelsestilbud til sundhedsfaglige samarbejdsparter er samlet på VisInfoSyd og herfra eksporteret til sundhed.dks SOFT-system – Sundheds- og forebyggelsestilbud. Intentionen er at lægepraksis hurtigt kan finde disse via Link-portalen, hvor de via ICPC-diagnose finder tilbud inden for sygdomskategorien. Kommunernes borgerrettede information om forebyggelsestilbud kan findes på kommunernes egne hjemmesider og via sundhed.dk.

### 3.5 Indsats for kronisk syge

Kronisk syge er patienter med en livslang sygdom. Behandling af kroniske sygdomme forbruger næsten trefjerdedele af sundhedsvæsenets samlede udgifter. Med den voksende ældrebefolkning bliver der stadig flere kronisk syge. En kronisk sygdom er typisk fremadskridende, dvs. den forværrer patienten situation, hvis der ikke gribes ind med forebyggelse i form af behandlinger og/eller livsstilsændringer. Kroniske sygdomme er i sagens natur ikke mulige at helbrede, men de negative konsekvenser kan forebygges og mindskes. Patienten med kronisk sygdom er således i måske livslang behandling og behandlingen foretages i samarbejde mellem mange parter, typisk lægepraksis, specialist, sygehus og kommune, som – til forskel for en "traditionel patientbehandling" - har et udpræget behov for kontinuerligt at udveksle data om den fælles patient.

For nogle af de store kroniske sygdomsgrupper er der udarbejdet forløbsprogrammer, ligesom der i Sundhedsaftalerne er beskrevet arbejdsdeling og ansvar mellem de involverede parter. Den praktiserende læge fungerer som tovholder i behandlingsforløbet i en udvidet og proaktiv rolle.

Det er desuden ønskeligt at inddrage patienten så meget som muligt i egen behandling og at styrke patienten i egenomsorg og tagen vare på egen behandling. Patienter har således behov for adgang til egne data og forløb. Desuden er der behov for at patienten kan varetage monitorering af sin sygdom i hjemmet og generere data til brug for sundhedspersonale, som løbende kan monitorere sygdommen. Også forebyggende træning kunne understøttes via it-redskaber.

Med Sundhedsstyrelsens strategi på kronikerområdet er der igangsat en forstærket indsats på området, der bl.a. indebærer organisatoriske ændringer i forhold til behandlingsansvaret, øget tværsektorielt samarbejde, kompetenceudvikling og øget inddragelse af patientens egne ressourcer. It, elektronisk kommunikation og telemedicin kan understøtte mange af indsatsområderne.

Etablering af en platform, hvor de sundhedspersonalet tværsektorielt sammenstiller og deler data i en fælles journal for hver sygdomsgruppe kan understøtte disse nye samarbejdsfunktioner. Her er adgang til data på tværs af sektorerne – men kun relevante og nødvendige data og indeholdende patientens samlede sygehistorie, seneste måleværdier/resultater (objektiv undersøgelse) uanset om disse stammer fra lægepraksis, kommune eller sygehus, mål for den proaktive behandling af patienten, Patientens Plan mv.

På kronikerområdet er der etableret en del it-baserede og telemedicinske løsninger, som dog for langt de flestes vedkommende fungerer uden integration med de fagsystemer, som ellers benyttes. På AK-området er der mulighed for at patienter i blodfortyndende medicinsk behandling kan teste deres egen blodværdi og evt. selv dosere sin medicin efter grundig oplæring. Diabetespatienten kan måle sit blodsukkerniveau og dosere sin insulin. Diabetespatienter har desuden mulighed for at se egen journal i DIALOG, der anvendes på OUH. Patienter med diabetiske fodsår kan behandles af hjemmesygeplejerske i eget hjem, hvor hjemmesygeplejersken via et foto og den telemedicinske sårdatabase kan indhente behandlingsanvisninger fra sårspecialisten på sygehuset. For KOL-patienters vedkommende er der på OUH indført en mulighed for tidlig udskriving, således at patienten får en videokuffert sat op i hjemmet efter udskrivelse efter kun få dages indlæggelse. Derved kan patienten komme i videokontakt til behandler på sygehuset og sygdommen kan monitoreres. Indlæggelsestiden kan således mindskes betragteligt.



### 3.6 Psykiatriområdet

Målet for etablering af elektronisk kommunikation mellem det psykiatriske sygehuse og kommunerne er at opnå de samme muligheder for udveksling af informationer, som der er etableret mellem de somatiske sygehuse og kommunerne.

Etableringen af tværsektoriel elektronisk sundhedskommunikation på det psykiatriske område udfordres af, at samarbejdet på området er mere komplekst end samarbejdet mellem de somatiske sygehuse og den kommunale pleje. Dels er der flere aktører, og dels er organiseringen på området mere kompleks.

Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning på det psykiatriske område adskiller sig fra Sam:Bo-aftalen på det somatiske område, idet den tværsektorielle sundhedskommunikation ikke er integreret i aftalerne. Endvidere adskiller det psykiatriske område – i region og kommuner – sig ved, at der ikke er udviklet ret mange tekniske muligheder for at udveksle informationer elektronisk mellem parterne.

Den kommunale organisering af socialpsykiatrien har desuden betydning for den elektroniske kommunikation.

Der er to grundlæggende forudsætninger for velfungerende tværsektoriel digital kommunikation:

- Socialpsykiatrien Børne- og Ungdomspsykiatrien og demensområdet skal have et it-baseret journalsystem/fagsystem, der kan håndtere de sundhedsfaglige kommunikationsstandarder og stille patientdata til rådighed på tværs af sektorer.
- Det skal være tydeligt, hvortil data skal adresseres for samarbejdspartnere i den øvrige sundheds- og socialsektor.

Afklaring af organisatorisk placering af de forskellige opgaver i kommunerne har ligeledes betydning for den interne kommunikationsgang i kommunen, da der er flere parter, der har interesse i den kliniske kommunikation vedr. patienten. Der er derfor behov for it-systemer både på udførerniveau (klientjournaler) og på myndighedsniveau (sagsstyring) – og på det økonomiske niveau.

KL arbejder med at skabe de lovgivningsmæssige rammer for, at standarderne til elektronisk kommunikation mellem kommuner og sygehuse kan anvendes på psykiatri, social og børneområdet.

Der foreligger en regional samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område som beskriver en fælles ramme for samarbejdet mellem de parter, der involveres, når et barn eller en ung får brug for psykiatrisk udredning og eventuel efterfølgende behandling. Hovedformålet med aftalen er at skabe et smidigt og effektivt samarbejde til gavn for børnene, de unge og deres forældre.

I MedCom8 indgår en projektløse vedr. telemedicin med henblik på demonstration af telepsykiatri. I dette regi planlægges en kortlægning af psykiatriens kommunikationsstrømme, sundhedspersonale og relevante it-systemer. På den baggrund vurderes det, om standarder fra det somatiske område kan genbruges i psykiatrien.

De psykiatriske sygehuse har installeret videokonferenceudstyr på alle afdelinger. Det skønnes, at der er et stort potentiale i anvendelse af videokonference både i forhold til patientbehandling, samarbejde om patienterne og mere administrative formål. Videokonference kan benyttes til telepsykiatrisk behandling, specialist hjælp over distance samt i det tværsektorielle samarbejde om patienten såsom netværkssamtaler, udskrivningssamtaler mv., hvor kommunalt personale eller lægepraksis kan deltage uden at skulle bruge tid på landevejen. Videokonference kan ligeledes benyttes til kliniske samtaler vedrørende indlagte patienter, hvor udstyret kan give de pårørende mulighed for at deltage. Desuden kan videokonference anvendes i faglige sammenhænge uden patientinddragelse f.eks. kompetenceudvikling mellem faggrupper. Endelig kan løsningen anvendes til fjernundervisning / supervision – også tværsektorielt.

I mere administrative sammenhænge kan videokonference bruges til konferencer mellem geografisk adskilte afdelinger samt mellem afdelinger og administration.

Odense Kommune har igennem flere år anvendt telekonsultation i deres alkoholbehandling. Erfaringer herfra er gode og kan udbredes på øvrige områder.

Hjemmemonitorering er ligeledes et oplagt udviklingsområde. Det skal undersøges nærmere, hvordan disse teknologiske hjælpemidler kan anvendes indenfor psykiatrien

### **3.7 Handicap- og socialområdet**

Der er et udbredt samarbejde mellem de parter, der er involveret i indsatsen for patienter, som er tilknyttet behandlingspsykiatrien, bo-tilbud og/eller sociale institutioner: Regionens psykiatriske sygehuse og lokalpsykiatri, kommunale og regionale foranstaltninger, herunder botilbud og sociale institutioner, såvel som de lægepraksis.

I 2009 blev der udarbejdet en kortlægning af kommunikationen mellem et regionalt socialpsykiatrisk tilbud og samarbejdsparter i sundhedssektoren. Kortlægningen viste, at der var et stort behov for kommunikation. I forlængelse af kortlægningen er der igangsat en pilotafprøvning af elektronisk kommunikation af receptfornyelse, korrespondance og ambulante notat mellem it-systemet på to regionale botilbud og lægepraksis i området.

Elektronisk kommunikation kan således etableres til sociale boinstitutioner fra sygehuse og almen praksis. Mange botilbud og misbrugsbehandlingscentre er med strukturreformen overgået til kommunerne. En del af disse har implementeret it-systemer til understøttelse af deres arbejde med klientjournaler.

På social og sundhedsområdet i kommunerne anvendes en række forskellige fagsystemer. Det betyder, at implementeringen af standarder er kompleks.

Medicindata for den enkelte borger/patient er en vigtig oplysning for behandlerne på handicap- og socialområdet. Opkobling til og implementering af FMK vil således give stor gevinst på institutionerne, idet det dermed kan sikres, at der handles ud fra opdaterede data. De socialfaglige institutioner indgår ikke i første fase af implementeringen af FMK.

Der er potentiale for at benytte videokonference mellem lægepraksis, sygehusafdelinger, personalet på botilbud og sociale institutioner. Det kan eksempelvis være videokonference i forbindelse med forberedelse af sygehusindlæggelse, udskrivningskonference mv. for at sikre koordination i forløbene.

I bilag 4 ses en oversigt over elektronisk kommunikation på socialområdet.

### **3.8 Arbejdsmarkedsområdet**

Tværasektorielt samarbejde på arbejdsmarkedsområdet inkluderer flere områder, eksempelvis kronikerindsatsen, psykiatrien og generelt indlæggelse/udskrivelse på sygehuset. Der er således behov for at etablere elektronisk kommunikation mellem sygehuse, lægepraksis og de forvaltninger/afdelinger i kommunerne, der har med arbejdsmarkedsområdet at gøre for at koordinere indsatserne.

En stor del af kommunikationen på arbejdsmarkedsområdet mellem den kommunale forvaltning og øvrige parter i sundhedssektoren foregår via standardiserede blanketter, LÆ-blanketter, som er en større blanketsamling, der anvendes ved fx ansøgning om dagpenge, pensionstildeling mv. MedCom har etableret standarder for elektronisk kommunikation af LÆ-blanketter og standarderne er på kommunesiden implementeret af Kommuneinformation A/S.

LÆ 165 (socialmedicinsk indsats) kan kommunikeres via en korrespondance-meddelelse. Der forestår dog et arbejde med at skabe regional enighed om anvendelsen af korrespondance-meddelelsen til LÆ 165.

Fra lægeside er der derudover behov for at kunne kommunikere sikkert, hurtigt og effektivt med fx jobcentre via korrespondance-meddelelsen frem for at være afhængig af telefon og træffetider hos samarbejdspartnere.

Kommunerne modtager automatisk avis om indlæggelse og udskrivning på borgere, der er oprettet en sag på. Det er muligt at modtage disse ikke bare i kommunens omsorgsjournalsystem, men også i syge-/dagpengesystemet og derved at få information om en orlovsperiode og kontaktadresse til sygehusafdeling.

I forbindelse med udskrivning efter indlæggelse kunne man sammen med sagsbehandler/socialrådgiver gøre brug af videokonference i forbindelse med eksempelvis vurdering af mulighed for jobprøvning.

### **3.9 VisInfoSyd - tværsektoriel informationsplatform**

VisInfoSyd er den regionale platform for information, der understøtter det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Målgruppen for informationen er lægepraksis, personale på sygehusene og i kommunerne, der varetager patientbehandling på tværs af sektorgrænser. I VisInfoSyd skal information vedrørende dette samarbejde kunne findes, så der er åbenhed om ansvarsdeling, kontaktinformation, information om aftaler om patientflow mv.

Relevant informationen skal findes i VisInfoSyd og informationen skal kunne understøtte det sundhedsfaglige personale i konsultationssituationen. VisInfoSyd indgår derved i implementeringen af nye samarbejdsaftaler og samarbejdsrelationer i regionen, idet information om nye samarbejdsaftaler, ændringer af behandlingsspektrum, kontaktinformation mv. skal være online tilgængelig i VisInfoSyd og skal holdes opdateret løbende.

VisInfoSyd drives af Region Syddanmark, der har nedsat en fælles redaktionsgruppe.

VisInfoSyd skal anvendes af alle relevante parter. Der er løbende behov for at stramme informationen op og kvalitetssikre informationen, så det er let og hurtigt at finde den ønskede informationen.

Information til understøttelse af sundhed.dks sundheds- og forebyggelsestilbud og forløbsbeskrivelser skal automatisk eksporteres fra VisInfoSyd til sundhed.dk, så det er muligt både at søge tilbuddene frem på VisInfoSyd og via sundhed.dks SOFT-søgefunktion og ICPC-linkportal.

## **4. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle it-samarbejde**

*I dette afsnit gøres kort rede for de principper, som skal ligge til grund for det tværsektorielle it-samarbejde, herunder de nationale strategier og services, som er til rådighed.*

Rammen for it-understøttelsen af de mange tværsektorielle indsatsområder er udover grundaftalen, både regionale og nationale strategier og aftaler på området: de specifikke sundhedsaftaler 2011 - 14, overenskomster med praksissektoren, nationale tiltag og projekter bl.a. i regi af MedCom, Kommunernes Landsforening (KL), Regionernes Sundheds-it-organisation (RSI) og Den nationale Sundheds-it-organisation (NSI) (bilag, 5, 8 og 10).

### **4.1 Forskellige teknologier til forskellige behov**

Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse af det sammenhængende patientforløb:

- Den meddelelsesbaserede kommunikation mellem it-systemer er helt basal. Her sendes data fra et it-system til et andet i et aftalt format. Data skal kun indtastes én gang og kan genbruges. Samtidig overdrages behandlingsansvaret, som fx ved henvisninger og genoptræningsplaner.
- Opslagsløsninger, hvor data stilles til rådighed for opslag fra andre behandlere, som fx FMK og E-journalen. Her kan man få adgang til data fra fx en anden sektor/en anden part. Data ligger kun et sted som alle parter tilgår. Data vil altid være opdaterede.
- Fælles platforme med journalinformationer, som er fælles for og kan benyttes af alle relevante sundhedspersonaler uanset sektor, som fx i kraft af en tværsektoriel shared care platform, der skal udvikles i Region Syddanmark

- Telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger, som giver mulighed for behandling på afstand - evt. i patientens eget hjem med involvering af patienten i egen behandling og dermed understøttelse af patientens mulighed for egenomsorg

Det er det faglige samarbejde, patientens behov og behovet og mulighederne for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger og – teknologier, der konkret tages i anvendelse. Endvidere skal lovgivning for videregivelse af personhenførbare data og helbredsoplysninger altid overholdes. Der er udarbejdet en vejledning vedr. samtykkeregler i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde, se <http://www.visinfosyd.dk/wm306959>.

#### 4.2 Rette data til rette instans på rette tid

Et grundprincip i elektronisk kommunikation og samarbejde er, at der i kraft af digitaliseringen skabes mulighed for, at relevante data kan sendes til rette instans hurtigt og let. Det digitale samarbejde bygger således på aftaler om behandlings- og plejesamarbejde parterne imellem.

I grundaftalen har parterne forpligtiget sig til at arbejde for, at data kun registreres én gang uanset hvor i sundhedssektoren, data opstår. Data skal genbruges – også på tværs af sektorer – og dobbeltregistrering skal undgås. Data skal desuden kun sendes elektronisk fra én part til en anden én gang. Det er vigtigt, at den enkelte organisation sikrer, at modtagne data fra en anden organisation "fordeles" indenfor egen organisation, så de samme data ikke unødigt skal fremsendes flere gange med det resultat, at datatrafikken bliver dyr.

Det er desuden vigtigt at sikre, at afsenderen af data let kan adressere sin forsendelse. En entydig adressering er en forudsætning for, at kommunikationen sker let og uden fejl. Anvendelsen af Sundhedsvæsenets organisationsregister (SOR) skulle danne grundlaget for den elektroniske adressering, men der er behov for forbedringer, hvis fejlforsendelser skal undgås (se bilag 9). Der er stor variation i, hvorledes kommunerne organiserer opgaver og anvender it-løsninger.

#### 4.3 Anvendelse af nationale it-standarder

Alle aktører anvender som princip og hovedmålsætning nationale it-standarder og national it-arkitektur. Der pågår et stadigt arbejde med at udvikle standarderne på nationalt niveau. De it-systemer, der anvendes i sundhedssektoren i regionen og i kommunerne anvendes også i resten af Danmark. Det er derfor vigtigt at få afstemt ønsker til nye funktioner med øvrige sygehuse, kommuner og lægepraksis, så der ikke skal udvikles specielle funktioner alene til brug i Syddanmark. I bilag 6 kan der læses mere om MedComs standarder, Sundhedsdatanettet, FMK, det Nationale PatientIndeks (NPI) samt E-journal.

### 5. Handleplan

*Med udgangspunkt i afdækningen af behov og muligheder indenfor de forskellige indsatsområder i det tværsektorielle samarbejde og principperne for it-samarbejdet foreslås en række konkrete projektområder, som skal dække den fælles it-indsats i årene 2011 – 2014.*

For at fokusere den fælles it-indsats foreslås samarbejdet organiseret i en række konkrete projekter. Projekterne har forskellig karakter afhængigt af om der er fuld enighed om, at alle relevante parter ønsker at deltage i en fælles implementering eller om det er projektområder, der måske er for præmature til egentlig udbredelse, men hvor der kan høstes erfaringer fra pilotimplementering til en evt. senere udbredelsesproces.

Projekterne i handleplanen vil have forskellig karakter bl.a. afhængigt af, hvor moden teknologien og organisationerne er i forhold til konkret implementering:

#### Foranalyseprojekter

Nye områder med potentielle muligheder for it-understøttelse/telemedicinske løsninger kortlægges og analyseres nærmere inden egentlig beslutning om igangsætning af pilotprojekter. Analysen indebærer

opsamling af viden om tekniske muligheder, nuværende arbejdsgange og arbejdsdeling såvel som af behov, udviklingspotentiale og problemstillinger.

**Pilotprojekter**, hvor løsningen afprøves i mindre skala et eller flere steder teknisk, klinisk, organisatorisk og økonomisk. Formålet med pilotafprøvningen er at opnå erfaringer og viden omkring løsningen i forhold til teknikken, den kliniske effekt, den organisatoriske ændring i forhold til nuværende arbejdsgange og opgavedeling såvel som vurdering af løsningens business case potentiale. Når det drejer sig om telemedicinske projekter bør det tilstræbes som udgangspunkt at komme rundt om de 7 domæner i MAST-modellen (bilag 11).

**Udbredelsesprojekter**, hvor alle relevante parter i regionen deltager. På baggrund af en positiv evaluering af pilotprojekter forstået på den måde at de afprøvede løsninger har vist sig bæredygtige teknisk, klinisk, organisatorisk og økonomisk foretages en beslutning om generel udbredelse hos alle relevante parter.

### 5.1 Projektkatalog

Der foreslås igangsat 14 projekter i aftaleperioden. I nedenstående skema er angivet, hvilke parter der deltager og et tidsmæssigt overblik.

Projekter	Deltagere			Projektperiode år		
	Kommune	Sygehus	Praksis	2012	2013	2014
<b>Udbredelsesprojekter</b>						
MedCom's strukturerede standarder til sygehus-hjemmepleje-kommunikation	X	X		Startet i 2011	Afslutning	
MedCom's strukturerede standard til genoptræningsplan	X	X		Startet i 2011	Afslutning	
It-understøttelse af fødeplanen	X	X	X	Startet i 2011		Afslutning
Telemedicinsk sårbehandling	X	X		3. kvartal 2012		Afslutning
Videokonference	X	X	X	1. marts 2012	1. marts 2013	
Elektronisk kommunikation mellem de 22 kommuner og psykiatrisygehuset i RSD	X	X	X	Start		Afslutning
Korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis	X		X	Startet i 2011	Afslutning	
Elektronisk henvisning til forebyggelse	X	X	X	Start		Afslutning
<b>Pilotprojekter</b>						
Shared Care Platform	X	X	X	Startet i 2011	Afsluttes primo	
Sociale institutioner og elektronisk kommunikation	X	X	X	Startet i 2011		Afslutning
Koordineret ibrugtagning af FMK	X	X	X	Start	Afsluttes primo	
<b>Foranalyseprojekter</b>						
It-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale	X	X		Start		Afslutning
Rehabiliteringsnotat	X	X		Start		Afslutning
Samarbejde om borgernær teknologi	X	X	X	Start		Afslutning

## MedCom's strukturerede standarder til sygehus-hjemmepleje-kommunikation

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>I it-strategien for 2007 var fokus digitalisering af samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne på hjemmeplejeområdet. Alle sygehuse og kommuner var enige om i fællesskab at implementere elektronisk kommunikation på området opdelt i faser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation af advis om indlæggelse og udskrivning fra sygehusene til den kommunale hjemmepleje samt indlæggelsesvar fra hjemmepleje til sygehuset</li> <li>• Understøttelse af Sam:Bo-aftalen via ibrugtagning af korrespondancemeddelelser med indhold svarende til MedComs strukturerede kommunikationsstandarder, der på det tidspunkt endnu ikke var færdigudviklet.</li> <li>• Sidste fase i projektet var at tage de strukturerede MedCom-standarder i anvendelse, når disse forelå</li> </ul> <p>Sidste fase i projektet udestår.</p> <p>MedCom har igangsat et nationalt projekt på området for hjemmepleje-sygehus kommunikation med henblik på udbredelse af MedCom's strukturerede kommunikations-standarder XDIS 16, 18 og 21. MedCom kvalitetssikrer og tester forsendelsen teknisk inden en udbredelse må påbegyndes.</p> <p>Region Syddanmark deltager i MedCom-projektet med en RSD-pilotgruppe. Denne pilotgruppe sikrer implementeringen i sygehusenes RSD-Cosmic, samt at 2 af de 3 kommunale omsorgsjournaler bliver testet. Det tredje omsorgsjournalssystem indgår i projektet i Region Hovedstaden.</p>	<p><b>Formål:</b> Formålet med udbredelsesprojektet er at udskifte anvendelsen af korrespondance-meddelelser med de strukturerede MedCom standarder.</p> <p>Der skal stadig anvendes korrespondance-meddelelser til adhoc-kommunikation og til kvittering for Plejeforløbsplan.</p> <p>Følgende kommunikationsstrømme skal omlægges fra korrespondance-format til MedCom-standarder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsesrapport</li> <li>• Plejeforløbsplan</li> <li>• Udskrivningsrapport</li> </ul> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• It-systemerne i den kommunale hjemmepleje og på sygehusene kan håndtere MedCom-standarderne teknisk og organisatorisk</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering af de nye strukturerede MedCom standarder på alle sygehuse og i de kommunale EOJ-systemer</li> <li>• Undervisning i de nye strukturerede MedCom standarder. Dette sker i samarbejde med MedCom, det fælles it-sekretariat og pilotgruppen for udbredelse af sygehus-hjemmeplejestandarderne</li> <li>• Løbende statistik over udbredelsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Alle 22 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• It-staben, Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p>Pilotafprøvning i Region Syddanmark foregår mellem OUH, Assens Kommune, Odense Kommune, Fredericia Kommune og Vejle Kommune</p> <p><b>Sygehusene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i den nationale projektledergruppe for afprøvning af de strukturerede MedCom standarder</li> <li>• Deltager i projektledergruppen for Sygehus-hjemmepleje</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 kommuner deltager i den nationale projektledergruppe for afprøvning af de strukturerede MedCom standarder</li> <li>• Alle 22 kommuner deltager i projektledergruppen for Sygehus-hjemmepleje</li> </ul> <p><b>It-staben, Region Syddanmark</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikrer udrulningen af RSD-Cosmic på de 4 somatiske sygehuse i Region Syddanmark</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet projektledelse</li> </ul>
<b>Projektperiode: 2011- 2013</b>		

## MedCom's strukturerede standard til genoptræningsplan

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Elektroniske genoptræningsplaner udveksles i dag mellem alle sygehuse og kommuner i Region Syddanmark ved hjælp af enten korrespondance-format eller DGOP format konverteret til korrespondance-format. Brugen af korrespondancemeddelelser medfører dog begrænsninger for de kliniske brugere, da der er begrænset dataplads i korrespondancen.</p> <p>Region Syddanmark havde i it-strategien fra 2007 fokus på digitaliseringen af samarbejdet på genoptræningsområdet og der var enighed om at sende genoptræningsplaner elektronisk. 12 ud af de 22 kommuner i RSD har implementeret den elektroniske genoptræningsplan i DGOP format og det er nu tid til fuld udbredelse af DGOP formatet i hele regionen for at sikre ensartet kommunikation og overholdelse af MedComs udbredelsesplan. Der udestår dog stadig en specifik beslutning fra MedCom, om DGOP-standard er den endelige standard for kommunikationen.</p> <p>Det skønnes, at der ikke vil være behov for en større organisatorisk implementeringsproces af implementeringen af den strukturerede genoptræningsplan, da indholdet i genoptræningsplanen forventes at være det samme som i korrespondance-kommunikationen. Der vil blot være behov for oplæring af personalet i brug af de nye funktioner i it-systemerne.</p>	<p><b>Formål:</b> At implementere MedComs strukturerede standard for elektronisk genoptræningsplan på sygehuse og i kommuner.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forsendelse af genoptræningsplaner i den nye strukturerede MedCom-standard udrulles i takt med udrulningen af RSD-Comic version 2.2 til regionens sygehuse.</li> <li>• Kommunerne har tilsvarende implementeret modtagelse af den strukturerede standard</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anskaffelse og implementering af GOP standarden på sygehuse og i kommunerne</li> <li>• Projektledermøder med information om de nye MedCom standarder</li> <li>• Løbende statistik over udbredelsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Alle 22 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• It-staben, Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehuse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i projektledergruppen for elektronisk genoptræningsplan</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i projektledergruppen for elektronisk genoptræningsplan</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lægepraksis vil stadig skulle modtage genoptræningsplanen i korrespondance-format. Dette håndteres af VANS-leverandørerne</li> </ul> <p><b>It-staben, Region Syddanmark:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikrer teknisk implementering af DGOP-standard i RSD-Cosmic</li> <li>• Sikrer udrulningen af RSD-Cosmic på alle sygehuse i Region Syddanmark</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet projektledelse</li> </ul>

**It-understøttelse af fødeplanen**

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>I den regionale fødeplan anbefales, at der igangsættes it-understøttelse af samarbejdet om gravide og nyfødte, herunder elektronisk forsendelse af fødselsanmeldelsen.</p> <p>Der er behov for at understøtte kommunikation omkring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varsling af forventet fødselsdato,</li> <li>• Ønske om behovsbestemt sundhedsplejerskebesøg i graviditeten,</li> <li>• Fødselsanmeldelse til sundhedspleje og kordegn/personregisterføreren,</li> <li>• Meddelelse om ambulans fødsel,</li> <li>• Meddelelser fra barselsklinikken</li> <li>• Kommunikation fra sundhedsplejen til fødestedet</li> </ul> <p>MedCom igangsætter et nationalt projekt om udbredelse af fødselsanmeldelse til sundhedsplejen. Der er udarbejdet en opdateret version inkl. XML-version XDI32. Bidrager til udbredelsesarbejdet på sygehuse som koordinator på RSI pejlemærker. Test og certificering. Information og udbredelsesindsats til kommunerne. Sygehuse får mulighed for at indberette og afsende oplysninger om fødslen nemt og hurtigt. Kommunens sundhedspleje kan således drage nytte af, at alle oplysninger om barnet og dets familie modtages og indlæses i elektronisk form direkte fra sygehuset og samles struktureret i kommunens børnejournal.</p>	<p><b>Formål:</b> Det overordnede formål med udbredelsesprojektet er at understøtte sundhedsaftalerne og den regionale fødeplan med elektronisk kommunikation til gavn for det gode sammenhængende forløb. Den specifikke målsætning for projektet er at udbrede elektronisk fødselsanmeldelse og korrespondancemeddelelse.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved projektets afslutning har fødestederne og kommunerne taget it-systemer i anvendelse og anvender MedCom standarderne elektronisk fødselsanmeldelse og elektronisk korrespondance-meddelelse i forbindelse med svangre- og fødselsforløb</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anskaffelse og adgang til it-systemer inkl. relevante kommunikationsstandarder på sygehuse og sundhedsplejen i kommunen</li> <li>• MedCom-standarderne fødselsanmeldelse og korrespondance meddelelse implementeres i alle relevante it-systemer og kommunikationen testes.</li> <li>• Den elektroniske kommunikation tages i anvendelse både teknisk og organisatorisk i alle 22 kommuner og på alle fødesteder i RSD.</li> <li>• Løbende statistik over udbredelsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Alle 22 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Følgegruppen for Fødeplanen</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehuse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udpeger lokal projektleder</li> <li>• Deltager i den fælles implementeringsgruppe</li> <li>• Hvert fødested sikrer lokal implementering teknisk og organisatorisk</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udpeger lokal projektleder</li> <li>• Deltager i den fælles implementeringsgruppe</li> <li>• Sundhedsplejen sikrer lokal implementering teknisk og organisatorisk</li> </ul> <p><b>Følgegruppen for fødeplanen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følger udbredelsen</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet projektledelse</li> </ul>



Telemedicinsk sårbehandling		
Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Telemedicinsk sårbehandling og sårvurdering har siden 2006 kørt i drift i "Sår i Syd"- samarbejdet ml. SHS og de sønderjyske kommuner.</p> <p>Telesår er en tværfaglig og tværsektoriel samarbejdsmodel, hvor kommunikationsteknologi bidrager til et tættere samarbejde mellem den kommunale sårpleje og specialist på sygehuset om behandling og pleje af patienter med diabetiske fodsår. Sårrets udvikling følges og dokumenteres i ord og billeder i en webbaseret sårdata-base. Billederne sendes via mobiltelefon fra den kommunale hjemmesygeplejerske eller sårsygeplejerske i patientens eget hjem.</p> <p>Pt. gennemføres et randomiseret klinisk studie på i alt 400 diabetespatienter med fodsår. Patientinklusionen går trægt (142 patienter er inkluderet pr. 23.3.2012) og studiet er indtil videre forlænget 1 år. Der forventes tidligst at foreligge en evaluering i efteråret 2013. 20 kommuner og alle regionens sygehuse deltager i studiet. Den telemedicinske teknologi har i midlertidig potentiale på hele sårområdet og udbredelse af telemedicinsk sårbehandling er indskrevet i grundaftalen for sundhedsaftalerne, såvel som i regionens telemedicinske handleplan.</p>	<p><b>Formål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At udvikle og udbrede den tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsmodel Telesår til også at omfatte andre patientgrupper – eksempelvis patienter med liggesår og venøse bensår samt eventuelt stomi-patienter og patienter med operationssår.</li> <li>• At udvide samarbejdet med flere relevante sygehusafdelinger og de sidste 2 kommuner, som ikke er med i det randomiserede kliniske studie.</li> <li>• At undersøge om sårdata-basen kan anvendes som internt redskab på såvel sygehus som i kommunen, som internt redskab til eksempelvis det præoperative eller second opinion på sygehuset og til eksempelvis kvalitetsudvikling af egen sårbehandling i kommunen.</li> </ul> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At det randomiserede kliniske studie er gennemført</li> <li>• At der er opstillet en plan for udbredelse både mht. flere patientgrupper, flere sygehusafdelinger og de sidste kommuner</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det randomiserede kliniske studie gennemføres som planlagt og evalueres i 2013</li> <li>• Der gennemføres et udbud på sårdata-basen via SKI-aftale og der indgås en driftsaftale</li> <li>• Med udgangspunkt i erfaringerne fra det randomiserede kliniske studie afprøves understøttelse af sårbehandling for andre patientgrupper som et samarbejde og aftale mellem de kommuner og de sygehusafdelinger, der ønsker at medvirke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Alle 22 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• Dansk Telemedicin A/S</li> <li>• Projektledelsessekretariat på OUH</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehuse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkluderer patienter.</li> <li>• Deltager i projektgruppe og projektstyrgruppe</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sårsygeplejersker tilser patienter.</li> <li>• Deltager i projektgruppe og projektstyrgruppe</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Henviser patienter til ambulatorier</li> <li>• Repræsentant fra almen praksis deltager i projektstyrgruppe</li> </ul> <p><b>Dansk Telemedicin A/S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varetager drift, hosting, support og eventuel videreudvikling af Pleje.net (Saarbase.dk)</li> </ul> <p><b>Projektledelsessekretariat på OUH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varetager den daglige projektledelse af det kliniske studie</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i projektgruppe og projektstyrgruppe</li> <li>• Bistår med sparring til projektledelsessekretariatet</li> <li>• Varetager den regionale tovholderfunktion</li> <li>• Gennemfører udbud</li> <li>• Udarbejder plan for udbredelse</li> </ul>
<b>Projektperiode: 3. kvartal af 2012 - 2014</b>		

Udbredelsesprojekt		
Videokonference		
Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Videokonferencer og herunder udskrivningskonference via video til alle sektorer og relevante aktører kan være en katalysator for en forankring af videoteknologien ift. de krav og forandringer den stiller til hhv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknik og infrastruktur</li> <li>• Organisatoriske forhold og arbejdsgange</li> <li>• Samarbejdsrelationer med ekstern part(er)</li> <li>• Forandringsprocesser, fx kultur</li> </ul> <p>Der foreligger en del erfaringer med videokonference i regionen og der er i foråret 2012 offentliggjort en MTV om udskrivningskonference, baseret på en undersøgelse på OUH, Odense og Svendborg Sygehus samt 3 fynske kommuner (Faaborg-Midtfyn, Langeland og Kerteminde). Der er opstillet videokonferenceudstyr på næsten samtlige sygehusafdelinger i regionen. Også kommuner har investeret i udstyr. Der er således tekniske muligheder for at tage videokonferenceudstyret i anvendelse til konkrete samarbejdsrelationer.</p>	<p><b>Formål:</b> At understøtte den organisatoriske udbredelse af anvendelsen af det videokonferenceudstyr som forefindes i Region Syddanmark, herunder at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Understøtte videoudskrivningskonferencer mellem kommunerne og sygehusene</li> <li>• Inspirere til flere anvendelsesmuligheder af videokonferenceudstyr i dagligdagen på sygehusene, i praksis og i kommunerne i regionen</li> <li>• Sikre at det er nemt at komme i gang med videokonference</li> </ul> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningskonferencer er en integreret del af Sam:Bo-samarbejdet og understøtter det sammenhængende patientforløb. Det er hurtigt og let at etablere en udskrivningskonference</li> <li>• På regionens sygehuse er etableret en fast rutine med demonstration af mulighederne omkring brugen af videokonference ifm. de obligatoriske introduktionskurser for nyansatte</li> </ul> <p><b>Udvalgte leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 projektkatalog over videokonference-anvendelsesmuligheder</li> <li>• 2 pjecer til brug for medarbejdere i kommuner og på sygehuse; "Kom godt i gang med videokonference. Generel vejledning" og "Kom godt i gang med videokonference. Teknisk vejledning for de medarbejdere, som skal foretage opkobling, vedligeholdelse og support på videokonferencer."</li> <li>• Minimum 5 temaarrangementer /workshops for såvel kommunale samt sygehus-medarbejdere, hvor muligheder demonstreres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehusene:</b> Projektet henvender sig til alle 5 sygehuse, hvor interesserede afdelinger deltager i udbredelsen</p> <p><b>Kommunerne:</b> Projektet henvender sig til alle 22 kommuner, der alt efter interesse deltager i udbredelsen</p> <p><b>Lægepraksis:</b> Projektet henvender sig til alle lægepraksis, hvor interesserede lægepraksis kan deltage i udbredelsen.</p> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvarlig for fremdrift i projektet</li> <li>• Varetager den regionale tovholderfunktion</li> </ul>
Projektperiode: 1. marts 2012 - 1. marts 2013		

## Elektronisk kommunikation mellem de 22 kommuner og psykiatrisygehuset

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Anvendelse af it og velfærdsteknologi skal understøtte sammenhæng og kontinuitet i behandlingsforløbet for mennesker med en sindslidelse. Dette kan bl.a. gøres, ved at understøtte tværsektoriel elektronisk kommunikation koblet til de regionale samarbejdsaftaler på det psykiatriske område.</p> <p>It og elektronisk kommunikation mellem de 22 kommuner og det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark er et vigtigt indsatsområde til sikring af målrettede, sammenhængende og effektive patientforløb i det tværsektorielle samarbejde under indlæggelse og udskrivning samt ambulante forløb. Den elektroniske informationsudveksling skal medvirke til at sikre, at overgangen mellem sektorerne foregår smidigt og gnidningsløst.</p> <p>Etablering af elektronisk kommunikation mellem de 22 kommuner og det psykiatriske sygehus forudsætter anvendelse af elektroniske fagsystemer på de relevante områder.</p> <p>På nuværende tidspunkt anvender kommunerne elektroniske fagsystemer på pleje- og omsorgsområdet. Udvikling og implementering af fagsystemer på de øvrige relevante fagområder i kommunerne er en kompleks og omfattende proces, der indebærer en række udfordringer i forhold til anvendelsen af elektronisk kommunikation mellem parterne.</p> <p>En fuldstændig udnyttelse af mulighederne for elektronisk informationsudveksling afventer endvidere, at RSD Cosmic er taget i brug på det psykiatriske sygehus.</p>	<p><b>Formål:</b> Formålet er at igangsætte en proces hen imod en digitalisering af den tværsektorielle kommunikation mellem de 22 kommuner og det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark. Mulighederne for elektronisk informationsudveksling skal tages i brug i takt med, at de relevante kommunale fagsystemer udvikles til at kunne sende og modtage elektroniske meddelelser. Der skal på hele psykiatriområdet være fokus på den elektroniske kommunikationspraksis og udvikling inden for området, også set i relation til andre it-initiativer både lokalt, regionalt og nationalt.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At MedCom standarderne er implementeret og taget i brug på det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark og i de kommunale fagsystemer på psykiatriområdet i takt med at systemerne udvikles</li> <li>• For at opfylde succeskriteriet, er det vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning regionalt og kommunalt til projektgennemførelse</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der udarbejdes en projektplan, som beskriver digitaliseringen af samarbejdet mellem de 22 kommuner og det psykiatriske sygehus.</li> <li>• Nedsættelse af følgegruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykiatrisygehuset i Region Syddanmark</li> <li>• 22 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• Psykiatri- og Socialstaben, Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Psykiatrisygehuset i RSD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdeling for Klinisk IT i psykiatriadministrationen er ansvarlig for projektgennemførelsen</li> </ul> <p>Dette skal dog ske i samarbejde med psykiatri- og socialstaben og Syddansk Sundhedsinnovation.</p> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i projektgruppe</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b> Inviteres til at deltage, hvor det er relevant.</p> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fælles it-sekretariat koordinerer i forhold til MedCom, it-anvendelsen indenfor det somatiske område mv.</li> </ul>
<b>Projektperiode: 2012 - 2014</b>		

## Korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Elektronisk kommunikationen mellem lægepraksis og kommuner kan give mulighed for at forbedre og effektivisere samarbejdet. Samtidig er det teknisk enkelt at gå til.</p> <p>I Region Syddanmark er der implementeret elektronisk kommunikation mellem hjemmeplejen/plejehjem i de 22 kommuner og alle lægepraksis. Der bør etableres et mere formaliseret samarbejde omkring den elektroniske kommunikation, så forventninger til samarbejdet er afstemt i forhold til hvad der sendes mellem parterne, hvem der sender, hvornår kan man forvente, at meddelelserne bliver læst og handlet på, hvordan der gives besked ved systemnedbrud eller ferielukning etc.</p>	<p><b>Formål:</b> At sikre, at alle 22 kommuners hjemmepleje, sundhedspleje og lægepraksis i Region Syddanmark anvender den elektroniske korrespondance-meddelelse. Desuden indføres genbestilling af lægeordineret medicin via elektronisk receptfornyelse.</p> <p>Derudover skal der arbejdes på at oprette og implementere elektronisk korrespondance-kommunikation mellem lægepraksis og andre afdelinger i kommunerne, hvor der er behov for det, fx på jobcentrene.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At alle 22 kommuners hjemmepleje, sundhedspleje og lægepraksis anvender den elektroniske korrespondancemeddelelse</li> <li>• At genbestilling af lægeordineret medicin sker via elektronisk receptfornyelse</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Med udgangspunkt i PLO-overenskomstens rammeaftale om e-kommunikation mellem kommunen og kommunens praktiserende læge udarbejdes en skabelon for en samarbejdsaftale, der kan anvendes af den enkelte kommune til at præcisere det elektroniske samarbejde med lægepraksis</li> <li>• Der kan afholdes informationsmøder mellem parterne, hvor aftaler om samarbejdet om elektronisk kommunikation indgås</li> </ul> <p>Anvendelse af korrespondance-kommunikation til andre relevante afdelinger i kommunerne afprøves</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle 22 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Alle lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• Praksisafdelingen, Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er regional tovholder</li> </ul>
<b>Projektperiode: 2012- 2013</b>		

Udbredelsesprojekt		
Elektronisk henvisning til forebyggelse		
Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelsesopgave er en delt opgave mellem kommunerne og sygehusene og aftalt mere specifikt i kraft af kronikerstrategien og forløbsprogrammerne.</p> <p>I flere kommuner opbygges sundhedscentre, som varetager kommunens forebyggelsestilbud. Disse tilbud kan der henvises til. Der er derfor behov for at informere om tilbuddene og aktiviteterne, så patienterne ud fra dette kan vejledes i, hvad der passer aktuelt til deres situation. Desuden er der behov for, at der kan sendes en elektronisk henvisning til kommunen eller til sygehuset med anamnesticke oplysninger. Kommunen og sygehuset bør sende et bookingsvar retur til henviseren for at gøre opmærksom på, at patienten er visiteret til tilbuddet og hvornår indsatsen begynder. Og efter endt forebyggelsesindsats bør der sendes en epikrise/statusrapport retur til patientens lægepraksis. Derudover kan der være behov for ad hoc-korrespondance.</p>	<p><b>Formål:</b> At implementere og udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i forbindelse med henvisning til forebyggelsestilbud</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At alle lægepraksis og sygehuse henviser elektronisk til forebyggelsestilbud inden udgangen af 2012</li> <li>• At alle kommunale forebyggelsestilbud har implementeret fagsystem /alternativt arbejdsgang med anvendelse af REFHOST til modtagelse af elektroniske henvisninger</li> <li>• At kommuner med fagsystem sender bookingsvar og epikriser elektronisk inden udgangen af 2014</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdækning af kommunernes muligheder for at modtage elektroniske henvisninger via MedCom standard REF01, herunder beskrivelse af hvilke systemer der anvendes i forebyggelsesenhederne</li> <li>• Oversigt over planerne for implementering af MedCom standarderne henvisning, afsendelse af bookingsvar og epikrise i de relevante kommunale fagsystemer</li> <li>• Aftale med de enkelte kommuner om deres håndtering af elektroniske henvisninger</li> <li>• Statistisk over udbredelsen</li> <li>• Information om forebyggelsestilbuddene skal være tilgængelige i VisInfoSyd / Sundhed.dk – SOFT-søgning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Alle kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Alle lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehusene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtager elektroniske henvisninger og sender bookingsvar og epikriser</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i fælles projektgruppe</li> <li>• Sikrer implementering af MedComs standarder, henvisning, bookingsvar og epikriser – alternativt tager REFHOST i anvendelse</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sender elektroniske henvisninger og modtager bookingsvar og epikriser</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet projektledelse</li> </ul>
<b>Projektperiode: 2012- 2014</b>		

Pilotprojekt					
Shared Care Platform					
Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer			Deltagere og deltagernes roller	
<p>Med udgangspunkt i understøttelse af kronikerstrategien og de forløbsprogrammer, der på nuværende tidspunkt er vedtaget i regionen, afprøves en tværsektoriel Shared Care Platform i et pilotprojekt. Hensigten er, at selve platformen skal indeholde de data, som er nødvendige at dele tværsektorielt for at understøtte samarbejdet om patienter med en kronisk sygdom. I første omgang sættes platformen op til at kunne håndtere hjertepatienter og afprøves i samspil mellem sygehus, kommune og lægepraksis på Sydlyn, i forlængelse af hjerterehabiliterings-projektet fra 2009.</p>	<p><b>Formål:</b> At få afprøvet it-understøttelse af fælles deling af patientdata til understøttelse af behandlingen af patienter med en kronisk sygdom. At kunne inddrage patienter i deres egen behandling og at styrke deres muligheder for egenomsorg via udskrift af en Patientens Plan med målsætninger for patientens egen indsats, mulighed for at patienten kan læse sin egen journal, mulighed for at patienten kan monitorere sin egen sygdom via hjemmemåling samt mulighed for at patient og behandler kan kommunikere elektronisk indbyrdes.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Platformen skal håndtere de data, som klinikerne har behov for at dele. Samt være så generisk, at den kan udbygges til understøttelse af andre patient-grupper. Anvendelsen kan udbredes til alle relevante parter</li> <li>• Platformen skal integreres i de fagsystemer, som anvendes hos de parter, der samarbejder om patienterne, dvs. i EPJ, i lægesystemer og i de kommunale sundhedssystemer Patienter skal let have adgang til egne data og understøttes i at tage del i egen behandling</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En platform til Shared Care implementeres i Region Syddanmark i 2012 og afprøves på herteområdet</li> <li>• Der etableres en udviklings- og driftsorganisation for systemet</li> <li>• En model for afprøvning på diabetes- og KOL-området beskrives</li> </ul> <p>Anvendelsen på disse områder igangsættes for interesserede parter</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUH Odense og OUH Svendborg</li> <li>• 3 kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede lægepraksis i RSD</li> <li>• It staben Region Syddanmark</li> <li>• IBM Danmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>OUH Odense og OUH Svendborg:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i workshops, projektgruppe og referencegrupper</li> <li>• Pilotafprøver delleverancer og samlet leverance</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i workshops, projektgruppe og referencegrupper</li> <li>• Pilotafprøver delleverancer og samlet leverance</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i workshops, projektgruppe og referencegrupper</li> <li>• Pilotafprøver delleverancer og samlet leverance</li> </ul> <p><b>It-staben, Region Syddanmark:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i integration og afestning</li> </ul> <p><b>Projektleder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varetager projektledelse, arrangerer workshops,</li> <li>• Godkender leverancer, dokumentation og prøver</li> </ul> <p><b>IBM Danmark:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leverandør af it-løsning</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b> Er regional tovholder/ projektleder</p>	
Milepæle	Projektperiode: 2012 - primo 2013				
	1. kvart. 2012	2. kvart. 2012	3. kvart. 2012	4. kvart. 2012	1. kvart. 13
<b>1. Gennemførelse af udbud</b>					
<b>2. Afklaringsfase og Projektstart</b>					
<b>3. 1. Delleverance:</b> - Grundsistem					
<b>4. 2. Delleverance:</b> - Patientens plan og mål - Patientens data/hjemmemonitorering - Rapporter og analyser - Konfigurering - avanceret - Mobilapplikationer					
<b>5. 3. Delleverance</b> - Samlet leverance - Overtagelses- og Driftsprøve					
<b>6. Projektafslutning</b>					

**Elektronisk kommunikation på sociale institutioner**

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Der er via MedCom udviklet en række standarder for elektronisk kommunikation, der kan bringes i anvendelse de steder i sundhedsvæsenet, hvor det kan give værdi. Sociale institutioner er et område, der ikke har været så meget fokus på, hvad angår digitaliseringen af sundhedsvæsenet, men hvor der foregår sundhedsfagligt arbejde med deraf følgende behov for elektronisk kommunikation med de parter, der allerede kommunikerer elektronisk indbyrdes i sundhedssektoren.</p> <p>En kortlægning fra 2009 viser, at der er behov for kommunikation mellem socialpsykiatriske tilbud og sundhedssektoren. I kortlægningen anbefales et afgrænset pilotprojekt på afprøvning af receptfornyelse, korrespondance og ambulante notater mellem to regionale socialpsykiatriske botilbud, apotek og lægepraksis.</p> <p>Der er behov for at understøtte kommunikation omkring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestilling/modtagelse/forespørgsel af prøver</li> <li>• Tidsbestilling samt modtagelse af resultat af konsultationer</li> <li>• Receptfornyelse til godkendelse af almen praksis</li> <li>• Bestilling af medicin (psykiatrisk tilsyn)</li> <li>• Ad hoc-kommunikation</li> </ul> <p>Som følge heraf er kommunikationsmulighederne implementeret i det it-system, der anvendes på de socialpsykiatriske botilbud, så der er <u>teknisk</u> mulighed for at udbrede anvendelsen på de institutioner, der anvender samme it-system.</p>	<p><b>Formål:</b> Formålet med projektet er at vise, at MedComs standarder til elektronisk kommunikation kan anvendes af personalet på de sociale institutioner og understøtte samarbejdet mellem disse og de øvrige parter i sundhedssektoren, der allerede kommunikerer digitalt.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At vise, at det kan lade sig gøre teknisk og organisatorisk at kommunikere elektronisk til og fra de sociale institutioner i Region Syddanmark</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revidering og ajourføring af kortlægningen fra 2009</li> <li>• Afslutning af pilotafprøvning af elektronisk kommunikation på de 2 socialpsykiatriske botilbud</li> <li>• Afholdelse af temamøde om mulighederne og interessen i at overføre resultater/erfaringer til andre botilbud med samme it-system</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De to socialpsykiatriske botilbud Holtegården og Syrenparken</li> <li>• Udvalgte lægepraksis i Region Syddanmark</li> <li>• Udvalgt apotek i Region Syddanmark</li> <li>• Det sociale område i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede institutioner og andre sundhedsfaglige parter</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>De 2 socialpsykiatriske botilbud Holtegården og Syrenparken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotafprøvningssted</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i pilotafprøvning</li> </ul> <p><b>Apotek i Region Syddanmark</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i pilotafprøvning</li> </ul> <p><b>Det sociale område i Region Syddanmark:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektleder på pilotafprøvningen</li> <li>• Regional tovholder sammen med Fælles it-sekretariat</li> </ul> <p><b>Interesserede institutioner og andre sundhedsfaglige parter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviteres til deltagelse/temamøde</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regional tovholder i samarbejde med socialområdet i Region Syddanmark</li> </ul>

## Koordineret ibrugtagning af FMK

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>FMK er en central database under Lægemiddelstyrelsen, hvor al lægemiddelordination til den enkelte borger/patient fremover skal registreres. Borgernes/patienternes aktuelle medicin vil fremover være samlet her.</p> <p>Behovet for et samlet overblik over borgerens/patientens medicinering er meget stort. Medicinlister på papir eller i forskellige journalsystemer er ikke altid afstemt og i overensstemmelse.</p> <p>Det vil være et væsentligt kvalitetsløft, hvis alle relevante parter får adgang til at se aktuel medicin via FMK i en koordineret proces.</p> <p>FMK er ved at blive udbredt nationalt på sygehusene og hos lægepraksis.</p> <p>KL er ansvarlig for implementering af FMK i de kommunale systemer. Pilotafprøvning pågår i 2013. Indtil da kan anvendelse af FMK-online være en løsning for kommunerne for at få adgang til opdaterede medicindata.</p>	<p><b>Formål:</b> Det overordnede formål med FMK er, at nedbringe fejlmedicinering samt forbedre kvaliteten af medicinering af borgere/patienter.</p> <p>Det konkrete formål med projektet er at forsøge at sikre en samlet koordinering af anvendelsen af FMK på tværs af sektorer, herunder at sikre udbredelse af anvendelsen af FMK i den kommunale hjemmepleje og andre relevante kommunale enheder i en koordineret proces i takt med at de øvrige parter i sundhedssektoren tager FMK i anvendelse.</p> <p>En pilotafprøvning af FMK-online i perioden indtil FMK integreres i de kommunale fagsystemer for de kommuner, der vil deltage i en afprøvning, vil kunne give erfaringer med den tværsektorielle anvendelse af medicindata.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er igangsat pilotprojekter for FMK-online i kommunerne for afprøvning af mulighederne samt evaluering af anvendelsen primo 2013</li> <li>• At sikre udbredelse af FMK i kommunerne</li> <li>• At FMK tages i anvendelse i en koordineret proces på tværs af sektorer i takt med at FMK integreres i fagsystemerne</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beskrivelse af de tekniske og organisatoriske muligheder for at relevante kommunale enheder kan tilgå oplysninger om aktuel medicin via FMK-online inden udgangen af 2012</li> <li>• Afprøvning af FMK-online i pilotkommuner og opsamling af erfaringer fra afprøvningen</li> <li>• Tværsektoriel koordinering af ibrugtagningen af FMK, når de kommunale fagsystemer har integreret FMK, på baggrund af erfaringerne med FMK-online</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesserede kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Fælles It-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udpeger lokale projektledere til at indgå i en fælles projektgruppe</li> <li>• Indgår i eventuel pilotafprøvning</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er regional projektleder</li> </ul>
<b>Projektperiode: 2012 – primo 2013</b>		



## It-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Samarbejdet mellem sektorerne på plejeområdet er med it-strategien fra 2007 digitaliseret via Sam:Bo-samarbejdsaftalen med tydelige beskrivelser af, hvordan der i overgangen mellem sektorerne kommunikerer mellem hjemmepleje, almen praksis og sygehuse, med hvilket indhold og på hvilke tidspunkter.</p> <p>Der er imidlertid behov for bedre og mere målrettet kommunikation omkring ambulante forløb, FAM (Fælles Akut Modtageafdeling), skadesforløb, planlagte indlæggelser, indlæggelse i eget hjem, orlovssituationer mv. Der er behov for fællesregionale retningslinier på områderne, så der er mulighed for at digitalisere samarbejdet.</p> <p>Hertil kommer implementering af samarbejdsaftalen for alvorligt syge og døende, som også er en del af Sam:Bo og dermed følger arbejdsgangene og procedurerne i de respektive indlæggelsesforløb. Aftalen for alvorligt syge og døende har dog egne forløb ligesom forløbene på børneområdet.</p> <p>Følgegruppen for Sam:Bo har til opgave at udarbejde et særskilt Sam:Bo forløb med fokus på de kommunikationsmæssige forhold og samarbejdet om børn med habiliteringsbehov.</p>	<p><b>Formål:</b> At få afdækket behovene for it-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale.</p> <p>Revidering af Sam:Bo sker i Følgegruppen for Sam:Bo samt i arbejdsgruppen under følgegruppen til afdækning og beskrivelse af de mange forskellige typer af behandlingsforløb.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At den reviderede Sam:Bo-aftale it-understøttes</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdækning af behov og beskrivelse af de tekniske og organisatoriske muligheder for it-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følgegruppen for Sam:Bo</li> <li>• Arbejdsgruppe under følgegruppen til afdækning af behandlingsforløb</li> <li>• Sygehus-hjemmeplejeprojektledergruppen</li> <li>• Fælles implementeringsgruppe for fødeplan</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul>
<b>Projektperiode: 2012 - 2014</b>		

## Elektronisk rehabiliteringsnotat for patienter med kompleks sygdom

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Projektet "Rehabiliteringsplaner skaber sammenhæng", som Odense Kommune gennemfører sammen med Region Syddanmark, har demonstreret, at det er teknisk muligt for sygehuset at samle nødvendig information vedr. patienter med behov for omfattende rehabilitering (apopleksi) og sende den elektronisk. I første omgang er valgt korrespondance-formatet.</p> <p>Projektet har ligeledes afdækket behovet for faglig og elektronisk koordinering af de mange instanser, som bidrager til den videre rehabiliteringsindsats i kommunen.</p> <p>For at it-behandlingen af det rehabiliteringsnotat, der modtages fra sygehuset, kan håndteres automatisk og koordineret i kommunalt regi, er det nødvendigt, at der udvikles en national kommunikationsstandard til forsendelse af data fra sygehuset.</p>	<p><b>Formål:</b> At indgå i et nationalt udviklingsarbejde på området med udgangspunkt i erfaringerne fra pilotprojektet med henblik på at få udviklet en kommunikationsstandard for rehabiliteringsdata hos MedCom</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er etableret en national arbejdsgruppe på området</li> <li>• At rejse ønsket om at få udviklet en kommunikationsstandard for rehabiliteringsdata hos MedCom</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afholdelse af møderække med deltagelse af MedCom og interesserede sygehuse, kommuner, regioner/ andre parter, der har behandlet samme problemstilling for sammen at informere om de resultater, der er skabt i de konkrete projekter.</li> <li>• At der nationalt opnås enighed om standarder og fagligt indhold, så der er grundlag for at få udviklet de it-systemer, behandlerne benytter sig af</li> <li>• Forberedelse af implementering af en evt. ny standard i relevante it-systemer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesserede sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• MedCom</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehuse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviteres til at indgå i national arbejdsgruppe/projekt</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviteres til at indgå i national arbejdsgruppe/projekt</li> </ul> <p><b>MedCom:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviteres til at deltage i national arbejdsgruppe/projekt</li> <li>• Der sendes ønske til MedComs styregruppe om at få udviklet en kommunikationsstandard for rehabiliteringsdata</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er regional tovholder</li> </ul>
<b>Projektperiode: foråret 2012 - 2014</b>		

## Tværasektorielt samarbejde om anvendelse af borgernær teknologi

Baggrund	Formål, succeskriterier & leverancer	Deltagere og deltagernes roller
<p>Borgeren/patienten skal inddrages i egen behandling og understøttes i at tage vare på egen behandling. De tekniske muligheder for at borgere/patienter kan varetage behandling i eget hjem og for at plejepersonale og behandlere let kan komme i kontakt med borgeren/patienten udbygges kraftigt i disse år. Og presset på den offentlige sektor vokser betydeligt, så arbejdskraftbesparende teknologier er tilsvarende efterspurgt.</p> <p>Der gennemføres forskellige forsøg med at installerede teknologi i borgerens/patientens hjem til understøttelse af borgerens/patientens egenomsorg. Det drejer sig bl.a. om videokonference, hjemmemålingsudstyr og diverse "samlebokse" for dataopsamling.</p> <p>For at sikre, at der ikke både opsættes udstyr fra kommune, sygehus og egen læge, som måske oven i købet anvendes til nogenlunde de samme undersøgelser, er der behov for at afsøge muligheden af at samarbejde på tværs af sektorerne og "genbruge" det teknologiske udstyr, der er behov for at opsætte i borgerens/patientens hjem.</p> <p>Et samarbejde om denne borgernære teknologi kan give de enkelte sundhedsfaglige parter langt større muligheder for let og hurtigt at igangsætte hjemmebehandling og holde kontakt med borgeren/patienten i hjemmet. Der er oplagte "stordriftsfordele".</p> <p>Frontløberprojektet, der gennemføres i Tønder Kommune i samarbejde med SHS og lægepraksis i Tønder har fokus på afprøvning af en samlet "pakke" med apparatur til patienter med kronisk sygdom.</p>	<p><b>Formål:</b> At afdække muligheder for samarbejde om borgernær teknologi på tværs af sektorerne. Herunder borgerens/patientens behov, tekniske muligheder, driftsmæssige forhold, økonomiske forhold og aftaler om samarbejde i øvrigt.</p> <p>Afdækningen kan tage udgangspunkt i konkrete scenarier.</p> <p><b>Succeskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulighed for samarbejde om borgernær teknologi er undersøgt</li> <li>• Samarbejdsscenerier er identificeret</li> <li>• Evt. samarbejde afprøvet i konkret projekt</li> </ul> <p><b>Leverancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En fælles styregruppe nedsættes med repræsentation fra alle parter</li> <li>• En projektgruppe nedsættes med repræsentation bl.a. fra nogle af de parter, der har konkret erfaring med implementering af udstyr i borgerens/patientens hjem. Repræsentation fra borgere/patienter.</li> <li>• Samarbejdsscenerier beskrives</li> <li>• Borgerens/patientens behov afdækkes</li> <li>• Erfaringer fra andre regioner og kommuner inddrages</li> <li>• Muligt forsøgsprojekt identificeres</li> <li>• Behov for tekniske standarder identificeres og søges adresseret</li> <li>• Interesserede kommuner, sygehuse og/eller praksis inviteres til at afprøve fælles teknologi.</li> <li>• Afprøvning af fælles teknologi teknisk og organisatorisk</li> <li>• Behov for indhold i samarbejdsaftaler identificeres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesserede sygehuse i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede kommuner i Region Syddanmark</li> <li>• Interesserede lægepraksis i Region Syddanmark via praksisudvalget</li> <li>• Medicoteknologisk afdeling, Region Syddanmark</li> <li>• Fælles it-sekretariat, Syddansk Sundhedsinnovation</li> </ul> <p><b>Sygehuse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i styregruppe og/eller projektgruppe</li> <li>• Afprøver evt. et konkret samarbejde</li> </ul> <p><b>Kommunerne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i styregruppe og/eller projektgruppe</li> <li>• Afprøver evt. et konkret samarbejde</li> </ul> <p><b>Lægepraksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i styregruppe og/eller projektgruppe</li> <li>• Afprøver evt. et konkret samarbejde</li> </ul> <p><b>Medicoteknologisk afdeling:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i styregruppe og/eller projektgruppe</li> </ul> <p><b>Fælles it-sekretariat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er regional tovholder</li> </ul>
<b>Projektperiode: efteråret 2012 - 2014</b>		

## 6. Organisering af it-samarbejdet

*Med udgangspunkt i erfaringerne fra gennemførelse af projekterne i it-strategien fra 2007 foreslås en lignede projektorganisering med deltagelse i fælles implementering og koordinering via det fælles it-sekretariat.*

Handleplanen og de skitserede projekter danner afsæt for igangsætning og gennemførelse af de enkelte projekter. For at sikre ensartet implementering og lokal forankring nedsættes der for hvert af projektområderne implementerings- eller projektgrupper sammensat af repræsentanter fra alle involverede parter. Implementering af fælles projekter besluttet i DAK.

Gennemførelse af handleplanens initiativer organiseres forskelligt afhængigt af, om det drejer sig om udbredelses-, pilot- eller foranalyseprojekter:

- For udbredelsesprojekternes vedkommende etableres implementeringsgrupper med deltagelse af alle de parter (kommuner, sygehuse, lægepraksis), der skal implementere løsningen. Hver part er ansvarlig for oprettelse af egen implementeringsfunktion i sin organisation samt udpegning af lokal repræsentant til den fælles implementeringsgruppe.
- For pilotprojekternes vedkommende deltager interesserede kommuner, sygehuse og lægepraksis i de projektgrupper, der nedsættes, og deltager i evt. pilotafprøvning. Også her gælder, at implementering og organisering i egen organisation varetages lokalt.
- For foranalyseprojekternes vedkommende deltager ligeledes interesserede kommuner, sygehuse og lægepraksis.

Hver part betaler for deltagelse i implementerings- og projektgrupper. Hver part betaler desuden egne omkostninger til at få udviklet egne relevante it-systemer til at kunne håndtere it-kommunikation og lignende. Organisatorisk implementering i form af uddannelse og opfølgning, samt drift og support er ligeledes den enkelte organisations anliggende. I og med at projekterne foregår i en fælles projektorganisation, vil der være god anledning til at koordinere fx system-udvikling, implementering, kompetenceudvikling af personale mv.

Det fælles it-sekretariat har til opgave at igangsætte de enkelte projekter og invitere til deltagelse. Det fælles it-sekretariat har desuden til opgave at koordinere og understøtte den tekniske og organisatoriske implementering hos alle parter. Dette gælder særligt fælles tidsplan, fælles møder i implementerings- og projektgrupperne, fælles initiativer f.eks. overfor leverandører, fejlfinding og teknisk test, formidling, herunder statusrapportering til DAK, afholdelse af temamøder, etablering af netværk mv.

Opfølgning på implementeringen af de enkelte projekter vil foregå i regi af DAK, som således overordnet er ansvarlig for gennemførelse af den samlede it-strategi.

## 7. Perspektiver

Med it-strategien fra 2007 blev digitaliseringen af det tværsektorielle samarbejde sat på dagsordenen og anvendelsen af it blev en integreret del af samarbejdet i Region Syddanmark. Der er enighed om, at it kan understøtte det samarbejde, der etableres på organisatorisk niveau. Sam:Bo er et godt eksempel på, hvordan en organisatorisk og it-mæssig implementering gensidigt kan understøtte nye samarbejdsformer og nye arbejdsgange.

Dette samarbejde har inspireret andre regioner i Danmark – og udlandet - og der refereres mange steder til Sam:Bo-samarbejdet: Både i Rigsrevisionens undersøgelse af det sammenhængende patientforløb, i MedComs projektplaner, i Sundhedsstyrelsens arbejde med den ældre medicinske patient for blot at nævne enkelte.

Det er disse gode erfaringer, vi skal tage udgangspunkt i og bygge videre på i denne nye it-strategi og handleplan for det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark. Det danner udgangspunkt for Best Practice på området og det er på det grundlag, vi skal videreudbygge digitaliseringen af det

tværsektorielle samarbejde mellem sundhedssektorens parter. Vi har her set på behov for teknisk udvikling og ud fra en pragmatisk synsvinkel er der opstillet en række områder, hvor der er behov for digitalisering af samarbejdet. Der er ikke alle steder tekniske muligheder til stede på nuværende tidspunkt. På andre områder kan der igangsættes pilotprojekter for at få konkrete erfaringer klinisk, organisatorisk, teknisk og mht. økonomiske konsekvenser. Mens på andre områder igen ligger de tekniske muligheder åbne og der er et potentiale i at gennemføre nye store udbredelsesprojekter – helt i Sam:Bo's ånd. Det er fortsat ambitionen, at den syddanske region skal være førende på området for it-understøttet sundhedssamarbejde.

## Bilag

til It-strategi til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark. Det digitale sundhedsvæsen i Region Syddanmark. 2011 – 2014.

<b>BILAG 1: KOMMISSORIUM, ORGANISERING OG AKTIVITET FOR IT-STYREGRUPPEN OG IT-SKRIVEGRUPPEN</b> .....	33
<b>BILAG 2: STATUS FOR IMPLEMENTERING AF IT-STRATEGI FOR TVÆRSEKTORIEL SUNDHEDSKOMMUNIKATION</b> .....	37
<b>BILAG 3: KL'S WORKFLOW-OVERSIGT OVER HENVISNING TIL KOMMUNALE FOREBYGGELSESTILBUD</b> .....	43
<b>BILAG 4: OVERSIGT OVER ELEKTRONISK KOMMUNIKATION PÅ SOCIALOMRÅDET</b> .....	44
<b>BILAG 5: OVERSIGT OVER MEDCOM 8 PROJEKTER</b> .....	45
<b>BILAG 6: KORT TEKST OM MEDCOMS STANDARDER, SUNDHEDSDATANETTET (SDN), FÆLLESMEDICINKORT (FMK), NATIONAL PATIENTINDEX (NPI) OG E-JOURNAL</b> .....	46
<b>BILAG 7: SAMLET OVERSIGT OVER REGIONERNES PEJLEMÆRKER FOR SUNDHEDS-IT</b> .....	48
<b>BILAG 8: OVERSIGT OVER DE PRAKTISERENDE LÆGERS (PLO) OG SPECIAL LÆGERS OVERENSKOMSTER</b> .....	49
<b>BILAG 9: UDFORDRINGER I UNDERSTØTTELSE AF SUNDHEDSFAGLIG KOMMUNIKATION</b> .....	50
<b>- FORDELING AF ELEKTRONISKE MEDDELELSER</b> .....	50
<b>BILAG 10: SAMMENHÆNG TIL SUNDHEDSAFTALERNE OG ANDRE IT-STRATEGIER</b> .....	53
<b>BILAG 11: MAST MODELLEN. SUMMARY FRA "THE MAST MANUAL" FEBRUARY 2010</b> .....	54
<b>BILAG 12: ORDLISTE FOR FORKORTELSER BRUGT I IT-STRATEGIEN OG ORDFORKLARING AF ENKELTE ORD</b> .....	55

## **Bilag 1: Kommissorium, organisering og aktivitet for it-styregruppen og it-skrivegruppen**

### **Kommissorium for It-styregruppen for tværsektoriel sundhedskommunikation i Region Syddanmark**

#### **BAGGRUND**

I Grundaftale om tværsektoriel anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier 2011-2014 har parterne aftalt, at den regionale tværsektorielle digitaliseringsstrategi (it-strategien) skal revideres, videreudvikles og at der skal udarbejdes handleplaner for perioden 2011-2014.

Det Administrative Kontaktforum har på denne baggrund på møde den 22. juni 2011 besluttet at genetablere It-styregruppen for tværsektoriel sundhedskommunikation i Region Syddanmark.

#### **FORMÅL**

Styregruppen har til formål at:

- Bidrage til en fortsat visionær og proaktiv udvikling af digitaliseringen og anvendelse af it og velfærdsteknologi omfattende samtlige centrale aktører: De 22 kommuner, regionens sygehuse og almen praksis.
- Sikre en hurtig implementering af udeståender i it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation, som er indskrevet i sundhedsaftalerne 2008.
- Sikre fælles koordinering på området og koordinere med øvrige strategier indenfor it-området i region, kommuner og almen praksis.
- Følge nationale initiativer på området.
- Sikre et fælles overordnet ansvar for gennemførelse af de aftalte planer
- Udarbejde et udkast til it-strategi for perioden 2011-2014 samt en handlingsplan i tilknytning hertil.

Rammen for styregruppens virke er udover Grundaftale om tværsektoriel anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier 2011-2014, både regionale og nationale strategier og aftaler på området: Sundhedsaftalerne 2011 - 14, overenskomster med eksempelvis praksis, nationale tiltag og projekter bl.a. i regi af MedCom og Nationalt Sundheds It (NSI).

#### **SAMMENSÆTNING**

Styregruppen sammensættes af:

- En repræsentant fra Region Syddanmark, Sundhedsstaben
- En repræsentant fra Region Syddanmark, psykiaristaben
- En repræsentant fra Region Syddanmark, It-staben
- Fem kommunale repræsentanter fordelt således at de fire sygehuseoptageområder er repræsenteret
- Fire sygehusrepræsentanter, en fra hver af de fire organisatoriske sygehusenheder.
- Tre repræsentanter fra almen praksis.
- To repræsentanter fra fælles it-sekretariat.

Formandskabet er delt mellem Region Syddanmark, sundhedsstabens repræsentant og en kommunal repræsentant.

Styregruppen sekretariatsbetjenes af det fælles it-sekretariat og Fælleskommunalt Sundhedssekretariat.

#### **REFERENCE**

Styregruppen nedsættes af Det Administrative Kontaktforum og refererer hertil.

## STYREGRUPPENS LEVERANCE

Styregruppens leverance er tredelt:

- Plan for hurtig implementering af udeståender i it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation, som er indskrevet i sundhedsaftalerne 2008, herunder gennemførelse af 3. fase af sygehus-hjemmepleje-projektet og projektet vedr. elektronisk genoptræningsplan.
- en it-strategi, som opstiller målsætninger på området for den tværsektorielle sundhedskommunikation i Syddanmark, og
- en handlingsplan, som beskriver, hvordan strategiens målsætninger indfries.

Strategien og handlingsplanen skal sikre fuld udbredelse i regionen af følgende initiativer:

- Korrespondancekommunikation og elektronisk genbestilling af medicin mellem kommunen og lægepraksis, således at alle læger og alle kommuner kommunikerer og genbestiller medicin via den elektroniske korrespondance og elektronisk receptfornyelse.
- Implementering af elektronisk henvisning fra lægepraksis til kommunale forebyggelsestilbud.
- Telemedicinsk sårbehandling.
- Anvendelse af elektronisk kommunikation til understøttelse af samarbejdet om gravide og nyfødte, herunder elektronisk forsendelse af fødselsanmeldelser.

Endvidere skal strategien prioritere en koordineret implementering af det fælles medicinkort i alle tre sektorer.

Strategien skal bidrage til en fortsat udvikling af pilotprojektet vedr. patientens plan og kronikerjournalen.

Endelig skal strategien medvirke til, at der udvikles koncepter for elektronisk kommunikation på psykiatriområdet og i snitfladen til det kommunale arbejdsmarkedsområde.

I handlingsplanen redegøres for, hvordan der sikres en løbende opfølgning og implementering af strategiens målsætninger og initiativer. For hvert initiativ redegøres desuden for kravene til de berørte sektorer og antagne konsekvenser, som en succesfuld implementering medfører.

Det forventes, at strategidelen har et omfang på 10-15 sider. Der stilles ikke eksakte krav til handlingsplanens omfang, men et kortfattet og læsevenligt format bør tilstræbes.

## TIDSPLAN OG MILEPÆLE

Uge 37	Udpegning af medlemmer af it-styregruppen samtidig med indkaldelse til 1. møde i it-styregruppen
Uge 45	1. møde i IT-styregruppen: Status for it-anvendelsen. Forslag til plan for hurtig implementering af udeståender i den vedtagne it-strategi. Forslag til indsatsområder. Forslag til handlingsplan
Marts 2012	2. møde i IT-styregruppen: Forslag til høringsudkast (IT-strategi og handlingsplan)
(?) 2012	Møde i DAK: Godkendelse af høringsudkast til udsendelse til administrativ høring
2 måneder 3 uger	Administrativ høringsrunde Behandling af hørings svar
? 2012	3. møde i it-styregruppen: Godkendelse af fælles it-strategi



- ? Møde i DAK: Godkendelse af fælles it-strategi  
 ? Møde i SKU: Godkendelse af fælles it-strategi

Styregruppen ophører, når en fælles it-strategi er godkendt. Herefter vil DAK være ansvarlig for implementering mv.

### **STYREGRUPPENS AKTIVITET**

Styregruppen udøver sit arbejde gennem møder. Gruppen forventes at afholde tre møder.

### **Medlemmer af styregruppen**

Arne Nikolajsen, Sundheds- og omsorgsdirektør, Esbjerg Kommune  
 Henriette Jakobsen, Projektleder, Odense Kommune  
 Bent Johannsen, It-chef, Tønder Kommune  
 Bodil Marie Grøn, It-koordinator, Fredericia Kommune  
 Birgit Handberg Pedersen, Overordnet It-koordinator, Langeland Kommune  
 Bruno Langdahl, Konsulent, Det fælleskommunale Sundhedsskretariat  
 Judith Mølgaard, Direktør, Odense Universitetshospital  
 Svend Ulka Petersen, Sundheds It-chef, Sygehus Sønderjylland  
 Linette Krell, EPJ-koordinator, Sydvestjydsk Sygehus  
 Hanne Andersen, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt  
 Henrik Prinds Rasmussen, Læge, Almen Praksis, Praksisudvalget  
 Michael S. Schmidt, Læge, Almen Praksis, Praksisudvalget  
 Erik Holk, Speciallæge, Almen Praksis, Praksisudvalget  
 Jonas Hedegaard Knudsen, Leder, Psykiatristaben i Region Syddanmark  
 Gry Ørndrup, Direktør, It-staben i Region Syddanmark  
 Per Busk, Direktør, Region Syddanmark  
 Peter Simonsen, Direktør for Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
 Tove Lehrmann, Chefkonsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
 Signe Dyrehauge, Konsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark

### **Skrivegruppens organisering og aktivitet**

På 1. styregruppemøde blev det besluttet at nedsætte en skrivegruppe.

### **Medlemmer af skrivegruppen**

#### **Kommunale repræsentanter**

Henriette Jakobsen, Projektleder, Odense Kommune  
 Bodil Marie Grøn, It-koordinator, Fredericia Kommune  
 Mette Brøsted Nielsen It-konsulent Esbjerg Kommune  
 Bruno Langdahl, Konsulent, Det fælleskommunale Sundhedsskretariat

#### **Sygehus repræsentanter**

Linette Krell, EPJ-koordinator, Sydvestjydsk Sygehus  
 Hanne Andersen, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt  
 Janne Rasmussen, Projektleder, Odense Universitetshospital

#### **Repræsentant for almen praksis**

Henrik Prinds Rasmussen, Læge, Almen Praksis, Praksisudvalget

#### **Regionale repræsentanter**

Susanne Heinrich, EPJ-Koordinator, Psykiatri Administrationen, Region Syddanmark

**Sekretariatsfunktion/Fælles It-sekretariat**

Tove Lehrmann, Chefkonsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
Bente Falk, Specialkonsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
Karina Hasager Hedevang, Konsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
Allan Nasser, Konsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
Tove Charlotte Nielsen, Fuldmægtig, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
Signe Dyrehauge, Konsulent, Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark

Skrivegruppen har i perioden december 2011 til marts 2012 afholdt 3. heldags møder omkring it-strategien, såvel som arbejdet med strategien mellem møderne.

**Gæsteoplægsholdere/gennemlæsere**

Anne Bach Stisen, chefkonsulent Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark  
Alice S. Jepsen, Specialkonsulent, Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark  
Anne Uller, Konsulent, Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark  
Anita Lerche, Specialkonsulent Psykiatri- og Socialstaben, Region Syddanmark

Der skal fra fælles it-sekretariatet lyde en stor tak til medlemmerne af skrivegruppen, styregruppen såvel som til gæsteoplægsholderne/gennemlæserne.

## Bilag 2: Status for implementering af It-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation

2.nov. 2011

Region Syddanmark og kommunerne i regionen vedtog i 2006 en fælles strategi for it-understøttelse af sundhedsaftalerne og samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren. Ambitionen er, at strategien og e-kommunikation er et vigtigt indsatsområde i regionen til sikring af det tværsektorielle samarbejde om det sammenhængende patientforløb.

I det følgende gøres status indenfor de projektområder, der blev udstukket i it-strategien, ligesom der også gøres status for nye områder der er kommet til siden såsom FællesMedicinKort (FMK) og It-understøttelse af kronikerindsatsen. Desuden redegøres kort for it-anvendelsen i almen praksis.

### Sygehus/hjemmeplejeprojektet

Alle sygehuse og alle kommuner kommunikerer siden sommeren 2009 de meddelelser, der er aftalt i henhold til Sam:Bo aftalen, elektronisk.

Sygehusene sender elektronisk:

- Advis om indlæggelse og udskrivning
- Forløbsplan
- Udskrivningsrapport

Kommunerne sender elektronisk:

- Indlæggelsesvar
- Indlæggelsesrapport
- Kvittering på forløbsplaner

Desuden kommunikerer ad hoc via den elektroniske korrespondancemeddelelse.

Vi er i gang med projektets 3. fase, hvor it-systemerne skal udvikles til at anvende de nyudviklede MedCom-standarde for indlæggelses- og udskrivelsesrapporter samt plejeforløbsplan. Der er udarbejdet et udkast til handlingsplan: "Implementering af strukturerede MedCom standarder til sygehus-hjemmeplejekommunikation og til elektroniske genoptræningsplaner".

### Elektronisk Genoptræningsplan

Alle sygehuse afsender genoptræningsplaner, og alle 22 kommuner modtager genoptræningsplanerne elektronisk.

Genoptræningsplanerne sendes både i struktureret format (DGOP) og som en korrespondancemeddelelse fra de 4 it-systemer på sygehusene. Efter nogen forsinkelse bliver den strukturerede standard for genoptræningsplanen (DGOP) udviklet i RSD-Cosmic i første halvår af 2012 for derefter at blive testet og udbredt blandt sygehusene i regionen. Der er her en særlig udfordring i at få etableret mulighed for, at praktiserende læger fortsat modtage genoptræningsplanen som korrespondancemeddelelse.

Også i dette projekt deltager vi i MedComs nationale projekt og følger MedComs tidsplan.

For en samlet oversigt over, hvilke kommunikationsstandarder, der kan sendes og modtages i de enkelte kommune- og sygehusystemer – se status: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm282860>

Elektronisk kommunikation mellem sygehus og kommunal sundhedspleje

Siden 2007 er der gennemført projekter, hvor forskellige kommunikationsområder mellem sygehusene og den kommunale sundhedspleje er afprøvet på elektronisk form. Formålet har været at samle

erfaringer, der kan indgå i implementeringen af den regionale fødeplan. Ikke alle sygehuses it-systemer har været i stand til at håndtere de forskellige kommunikationsstandarder på området, og det har været vurderingen, at der ikke skulle udvikles yderligere i de it-systemer, der står for udskiftning, før implementeringsplanen for fødeplanen er vedtaget.

Der er gennemført flg. kommunikationsprojekter:

- Elektronisk forsendelse af fødselsanmeldelsen
- Elektronisk korrespondance mellem sygehus og sundhedspleje
- Elektronisk forsendelse af relevant epikrise fra børneafdelinger til sundhedspleje

Desuden er indberetning til personregisteret i Kirkeministeriet på vej til at blive afprøvet.

Disse projekter vil danne udgangspunkt for en samlet strategi i forbindelse med implementering af fødeplanen. Målsætningen er, at kommunikation tværsektorielt mellem parterne, som beskrevet i fødeplanen, skal kunne understøttes elektronisk, således at data kun indtastes én gang og kan overføres fra det ene it-system til det andet via MedComs strukturerede kommunikationsstandarder.

Gennemførelse af sådan en gennemgribende digitalisering af området indebærer, at sygehuses EPJ-system kan håndtere de registreringer, der er nødvendige i henhold til fødeplanen og kommunikere MedComs standarder. Og at kommunerne tilsvarende anvender it-systemer i sundhedsplejen og udvikler disse til at kunne håndtere MedComs standarder.

### **Psykiatrien**

På sygehussiden står de enkelte områder i psykiatrien overfor at skulle implementere ét samlet EPJ- og patientadministrativt it-system RSD-Cosmic. I takt med dette vil kommunikationsstandarderne i forbindelse med Sam:Bo-understøttelsen tilsvarende kunne tages i anvendelse. Enkelte af psykiatriområderne har allerede taget dem i brug med de nuværende it-systemer.

På det psykiatriske område er der vedtaget en samarbejdsaftale, der adskiller sig fra Sam:Bo-aftalen på det somatiske område, idet den også indeholder en meddelelse om færdigbehandlingsvarsling. Standarden "Melding om færdigbehandling" er ikke implementeret i RSD-Cosmic eller i anvendelse i de syddanske kommuner. Det er en automatisk generet servicemeddelelse uden klinisk indhold. Det bør overvejes, om de meddelelser, som er implementeret i forbindelse med Sam:Bo-aftalen skal i anvendelse på det psykiatriske område, dels for at gøre arbejdsgangene mere ensartede, dels for at lette implementeringen i it-systemerne hos alle parter.

På kommunesiden kan hjemmeplejens omsorgsjournaler håndtere Sam:Bo-kommunikationen. Det er imidlertid kun borgere med en ydelse i hjemmeplejen, kommunen må modtage avis om indlæggelse og udskrivning på. Derfor er det kun for en lille del af psykiatriske patienter, der kan understøttes ved elektronisk kommunikation igennem indlæggelsesforløbet.

Understøttelse af det sammenhængende psykiatriske patientforløb indebærer kommunikation mellem behandlingspsykiatrien og mange forskellige kommunale instanser. Der er foretaget en kortlægning af dette, og det viser sig, at der på mange af de kommunale områder endnu ikke er implementeret it-fagsystemer eller implementeret psykiatri-moduler i eksisterende systemer. Det er forudsætningen for at kunne iværksætte elektronisk kommunikation.

It-projekter indenfor området vil foruden implementering af "Melding om færdigbehandling" og ibrugtagningen af elektronisk kommunikation indenfor hjemmeplejen kunne omfatte ibrugtagning af elektronisk korrespondance med nogle af de øvrige instanser, der kommunikeres med fra behandlingspsykiatrien, og muligheden for at anvende elektroniske LÆ-blanketter via Kommuneinformation

### **Elektronisk kommunikation mellem kommuner og praktiserende læger**

Der er udbredt elektronisk kommunikation mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen, idet 22 kommuner sender og modtager korrespondancemeddelelser til og fra de praktiserende læger. Der udveksles ca. 34.000 meddelelser/måned (se bilag 1)

Derudover sender snart alle kommuner elektroniske receptfornyelser til de praktiserende læger.

Også sundhedsplejen er begyndt at kommunikere med praktiserende læger via korrespondancemeddelelsen.

De praktiserende læger ønsker på tilsvarende måde at kunne kommunikere med jobcentrene og det socialmedicinske område i kommunen. I regi af MedCom sker en fortsat udbredelse af brugen af LÆ-blanketter.

### **Elektronisk kommunikation mellem praksis og sygehusene**

Amterne har i de sidste 20 år arbejdet med elektronisk kommunikation i sundhedssektoren og har i regi af MedComs udbredelsesprojekter etableret elektronisk kommunikation mellem sygehusene, praktiserende læger og andre ydere. Kommunikationen på området er nu for en stor dels vedkommende digital og binder de forskellige parter patientjournaler sammen:

#### *Praksis – sygehuse:*

Her kommunikeres henvisninger, bookingsvar, udskrivningsbreve, ambulante notater, skadestuenotater og korrespondance digitalt via MedCom-standarder. Det samme gælder for henvisninger til røntgen og røntgenbeskrivelser fra røntgen, nuklearmedicin og mammografiscreening samt laboratorierequisitioner til klinisk biokemi, mikrobiologi, patologi og klinisk immunologi via webreq-serveren og analysesvar fra laboratorierne.

Der kommunikeres månedligt ca. 800.000 meddelelser.

#### *Almen praksis – speciallæger:*

Alle henvisninger til speciallæger sendes elektronisk via Henvisningshotellet. Speciallæger sender epikrise elektronisk retur til almen lægen.

Der er desuden etableret telemedicinsk konsultation af hudbilleder fra praktiserende læger til hudlæger i regionen.

#### *Øvrige ydere:*

Alle henvisninger til fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer og kiropraktorer sendes via Henvisningshotellet. Og statusmeddelelse sendes retur via ambulatnotat.

IT-understøttet kontakt til patienten:

Patienter har mulighed for elektronisk booking, e-mail konsultation og receptfornyelse direkte hos egen læge.

#### *Datafangstmodul:*

Alle lægepraksis vil i løbet af 2012 få implementeret datafangstmodul, således at data automatisk indberettes til den almenmedicinske database i Forskningsenheden for almen medicin i Odense. Herfra kan lægen hente populationsoversigter mv. over sine patienter benchmarket med øvrige praksis.

#### *E-journalen og P-journalen:*

E-journalen er en fællesregional patientjournal dannet via udtræk fra alle sygehusenes patientjournaler. Via e-journalen kan lægepraksis og sygehuspersonale få adgang til journaldata fra andre sygehuse på tværs af regioner. På tilsvarende måde er der ved at blive etableret en P-journal med udtræk fra lægepraksis' journaler. Der findes tilsvarende laboratorieportaler med mulighed for opslag på laboratorieanalyser og der er ved at blive etableret en billeddatabase med bl.a. røntgenbilleder.

Alle parter kan desuden kommunikere via korrespondancestandarder.

### **Sociale institutioner**

I samarbejde med Det Sociale Område og 2 regionale socialpsykiatriske tilbud er udarbejdet en kortlægning af tværsektoriel sundhedskommunikation. Kortlægningen er afsat for pilotprojekter på 2 regionale socialpsykiatriske tilbud om afsendelse af receptfornyelse til almen praksis og afsendelse og modtagelse af korrespondancemeddelelser til og fra almen praksis. Det langsigtede mål med

pilotprojekterne er at bane vejen for udbredelse af elektronisk kommunikation på både regionale og kommunale specialtilbud.

### **VisInfoSyd – fælles sundhedsfagligt informationssystem for kommuner, sygehuse og almen praksis**

VisInfoSyd er i drift som den fælles sundhedsfaglige informationsplatform, der skal understøtte kommunerne, lægepraksis og sygehuse i deres tværsektorielle samarbejde. VisInfoSyd kan ses på [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk). VisInfoSyd har fra 1.1.2011 til 23.9.2011 haft 727.219 sidehenvvisninger, og det giver et besøgstal på ca. 2800 sidevisninger per dag – inkl. weekender. Regner man kun hverdage er tallet ca. 4180.

Forsiden med Meddelelser og information om Nye/opdaterede sider er nu inddelt i de 4 områder: Sønderjylland, Sydvestjylland, Lillebælt og Fyn, således at det er hurtigere og lettere at finde den lokale information.

Informationen i VisInfoSyd udbygges løbende. Det sker dels i forhold til nye aftaler, nye regler, nye rekommandationer eller lignende, dels på baggrund af brugerhenvendelser. Det er hensigten, at VisInfoSyd skal fungere som et opslagsværk, således at det er hurtigt at finde rundt i informationen, hurtigt at læse og hurtigt at søge. Det arbejdes der løbende med at optimere.

En vigtig funktion i VisInfoSyd er nyhedsfunktionen, som er VisInfoSyds startside. Alle parter kan benytte VisInfoSyd til at få formidlet meddelelser til samarbejdspartnere på sygehuse, blandt lægepraksis, til andre ydere mv. Meddelelser kan lægges på med få timers varsel ved henvendelse til webredaktørerne på [visinfosyd@regionsyddanmark.dk](mailto:visinfosyd@regionsyddanmark.dk).

Informationen indsamles fra mange parter via kontaktpersoner, der fungerer som bindeled til VisInfoSyds webredaktører. Det er vigtigt, at informationen i VisInfoSyd er aktuel og dækkende. VisInfoSyds webredaktører står for praktisk vedligehold af systemet, mens kontaktpersoner står for at sikre at informationerne er korrekte og opdaterede.

Der er udpeget en fælles redaktionsgruppe for VisInfoSyd med repræsentanter for de praktiserende læger, sygehuse og kommunerne.

### **Fælles Medicin Kort (FMK) – bemærk at FMK ikke er en del af den gamle it-strategi**

Fælles Medicinkort er en central database hos Lægemiddelstyrelsen, som indeholder oplysninger om alle danske borgers medicinkøb igennem de seneste to år samt en opdateret liste over borgerens aktuelle lægemiddelordinationer. I opstartsfasen indeholder FMK alene en oversigt over borgerens elektroniske recepter samt ekspederede papir, fax- og telefonrecepter. Når FMK er fuldt implementeret hos alle læger og der er foretaget medicinafstemning /receptgennemgang for borgerens medicin, vil FMK ligeledes indeholde en opdateret liste med borgerens aktuelle lægemiddelordinationer. Når FMK er fuldt implementeret, vil både borgeren, læger, vagtlæger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner, som har borgeren i behandling, have adgang til opdaterede medicinoplysninger. Lægen har adgang til disse oplysninger igennem eget it-system eller via [sundhed.dk](http://sundhed.dk). På samme adresse kan borgere i Danmark se deres eget medicinkort. FMK udbredelsen inkluderer mange parter.

I Region Syddanmark sker en parallel udbredelse på såvel sygehuse som hos de praktiserende læger. Regionens it-medarbejdere varetager udbredelsen af FMK på sygehuse og udbredelsen hos de praktiserende læger varetages af datakonsulenter tilknyttet Afdelingen for kommunesamarbejde. Der afvikles 14 møder – kaldet "værktøjsmøder" – for de praktiserende læger i løbet af efteråret 2011. Aktiviteterne fortsætter i 2012. Møderne afvikles systemvis således at det er muligt at præsentere hvorledes FMK fungerer i lægernes eget lægesystem. Derudover tilbydes besøg af datakonsulenter i de enkelte lægepraksis. Der er aktuelt ca. 80.000 ordinationer via FMK i Region Syddanmark pr. uge.

Lægevagten har implementeret FMK og tager det successivt i brug i løbet af 2011.

KL har ansvaret for implementering og udbredelse af FMK i kommunerne. Der er lovhjemmel for anvendelse af FMK i både hjemmeplejen og på bosteder.

### **Telemedicin**

Der er igangsat telemedicinske projekter:

Telemedicinsk understøttelse af sårbehandling, hvor formålet er forbedring af behandlingen af kroniske sår gennem anvendelse af telemedicinsk løsning - blandt andet via øget samarbejde mellem sygehus og kommune. I projektet udføres et randomiseret studie for at sikre forskningsbaseret dokumentation for såvel kliniske, økonomiske, organisatoriske og patientmæssige konsekvenser ved indførelsen af den telemedicinske løsning. Forskningsprojektet understøttes af EU-projektet RENEWING HEALTH, som har fokus på at skabe evidens for telemedicinske løsninger på europæisk niveau.

Anvendelse af videokonferenceudstyr til udskrivningskonference, hvor formålet er udbredelse af videokonference til understøttelse af det allerede eksisterende samarbejde om udskrivning af patienter med behov for udvidet koordinering jf. den regionale samarbejdsaftale om borger- og patientforløb, Sam:Bo. Anvendelse af videokonference til udskrivningskonference kan betyde optimerede patientforløb samt spare transport- og indlæggelsestid.

Der er udarbejdet en MTV-rapport om området. Deltagere i projekter har været Kerteminde, Faaborg-Midtfyn og Langelands kommune samt geriatrisk afdeling, OUH, Odense og Svendborg samt medicinsk afdeling, OUH, Svendborg.

Tolkeprojektet har som formål at forbedre kvaliteten af behandlingen for ikke-dansk talende patienter på sygehusene i Region Syddanmark. I kraft af projektet sker der en udbredt implementering af videokonferenceudstyr til relevante sygehusafdelinger i regionen. Inden for det somatiske område forventes teletolkning at være fuldt udbredt til alle relevante afdelinger inden udgangen af 2011. Psykiatrien forventes at tage udstyret i brug primo 2012. I hele 2010 blev der gennemført 1.056 teletolkninger og i første halvår af 2011 blev der gennemført 2.311 teletolkninger – over en fordobling i løbet af 1. halvår. Der er i projektet etableret et Tolkecenter som benytter sig af Region Syddanmarks videoinfrastruktur.

Desuden kører i drift Telemedicinsk behandling af hudlidelser (Teledermatologi). Teledermatologi giver mulighed for at den almenpraktiserende læge kan få en vurdering af en patients hudlidelse fra en hudspecialist på baggrund af et fremsendt billede. Ved hjælp af teledermatolog kan patienten derfor fortsætte behandling hos egen læge, der gennem billedforsendelse kan indhente råd og vejledning hos specialisten. Der er gennemført et regionalt udbredelsesprojekt med det formål at udbrede teledermatologi for at forbedre og optimere patientforløb for patienter med lette hudlidelser. Der pågår en proces hvor datakonsulenterne følger op på anvendelsen. Der blev fremsendt 1301 teledermatologiske forsendelser i 2010, og i første halvår af 2011 er der fremsendt 1388 forsendelser. Fortsætter denne tendens bliver der tale om en fordobling i forhold til 2010. Nationalt udgør Region Syddanmarks bidrag fortsat over 50 % af forsendelserne.

### **It-understøttelse af kronikerindsatsen**

Som et led i aftalen om regionernes og kommunernes økonomi er der i perioden 2010 – 2012 afsat midler til en forstærket indsats for personer med kronisk sygdom. Formålet er bl.a. at sikre bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Region Syddanmark har bl.a. iværksat et demonstrationsprojekt, hvor en fælles tværsektoriel kronikerjournal med mulighed for at skrive Patientens Plan og for at opkoble patienters egenmonitorering skal afprøves.

### **Organisering**

Arbejdet med implementering af it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation er organiseret i et fælles projektsekretariat i Afdelingen for Kommunesamarbejde, Region Syddanmark med 1 chefkonsulent og 5 konsulenter. It-sekretariatet varetager den overordnede projektledelse af it-

projekterne. Endvidere er der ansat 3 Visinfosyd redaktører og 2 FMK datakonsulenter samt 1 FMK sekretær.

For de store fælles tværsektorielle projekter er der etableret fælles regionale projektgrupper. Her koordineres aktiviteterne og erfaringer udveksles.

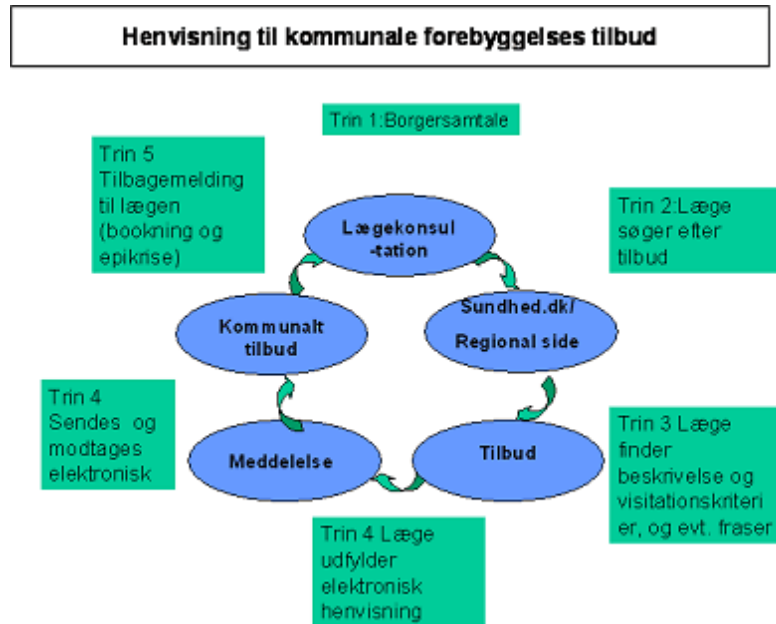
Desuden er der etableret lokale projektgrupper på hvert sygehus og i hver kommune, der er ansvarlige for den konkrete implementering og ibrugtagning i kommunen/på sygehuset.

**Information**

På VisInfoSyd under punktet Elektronisk kommunikation findes kort information om, hvad der kommunikeres mellem parterne i Syddanmark, se <http://www.visinfosyd.dk/wm264387> .

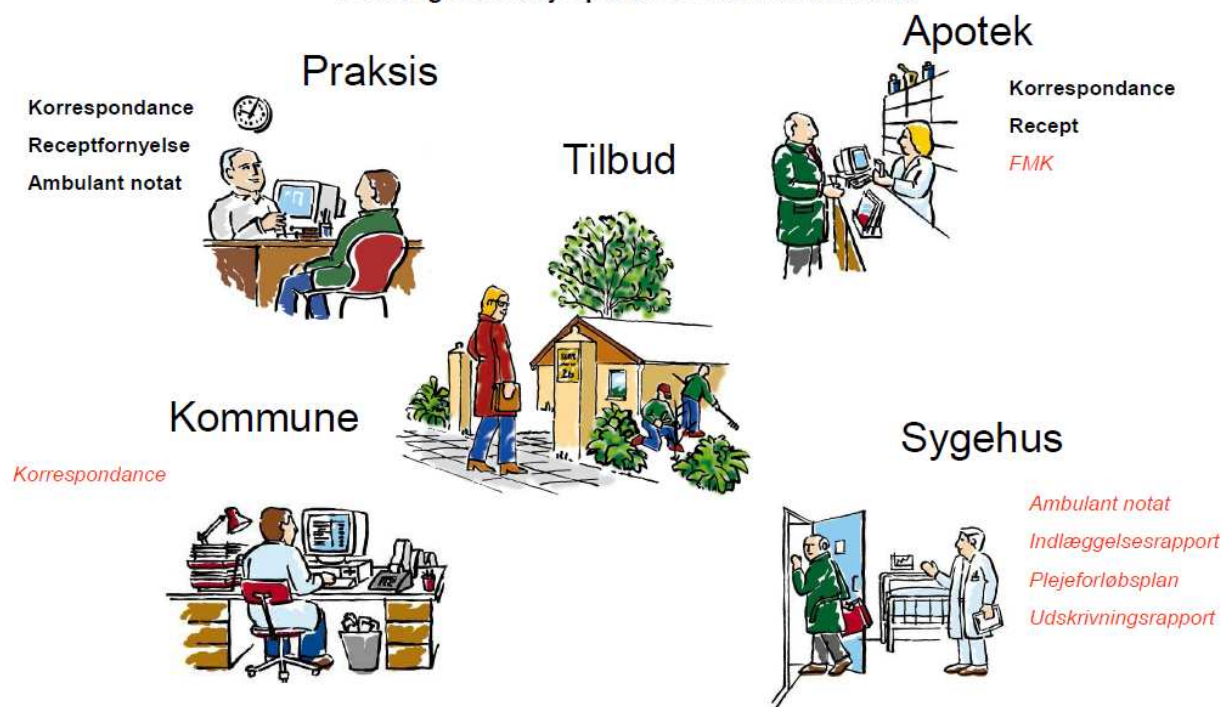


### Bilag 3: KL's workflow-oversigt over henvisning til kommunale forebyggelsestilbud



## Bilag 4: Oversigt over elektronisk kommunikation på socialområdet

Kortlægning og pilotprojekt af elektronisk kommunikation mellem et regionalt socialpsykiatrisk tilbud og samarbejdspartnere i sundhedssektoren



## **Bilag 5: Oversigt over MedCom 8 projekter**

### **1. Kronikerunderstøttelse**

- 1.1. Fælles Kroniker Data
- 1.2. Klinisk Integreret Hjemmemonitorering

### **2. E-journal og P-Journal**

- 2.1. Videreførelse og udbredelse

### **3. Kommuneprojekter**

- 3.1. Udbredelse af sygehus-hjemmepleje-standarderne
- 3.2. Udbredelse af genoptræningsplan, incl. Borgeradgang
- 3.3. Udbredelse af LÆ blanketter
- 3.4. Udbredelse af fødselsanmeldelser til sundhedsplejen
- 3.5. Elektronisk rehabiliteringsplan

### **4. Fælles Medicin Kort i lægepraksis**

- 4.1. Udbredelse af FMK og vaccinationsdatabase i primærsektoren

### **5. Telemedicin**

- 5.1. Udbredelse af videotolkning på hospitalerne
- 5.2. Demonstration af telepsykiatri

### **6. Praksis- og laboratorie projekter**

- 6.1. Udbredelse af pakkehenvvisninger og REFPARC
- 6.2. Udbredelse af laboratoriemedicin

### **7. Internationale projekter og velfærdsteknologi**

- 7.1. Involvering af yderligere kommuner og regioner

## **Bilag 6: Kort om MedComs standarder, Sundhedsdatanettet (SDN), FællesMedicinKort (FMK), National PatientIndex (NPI) og E-journal**

### ***MedComs standarder***

Elektronisk kommunikation i sundhedssektoren baseres på MedComs kommunikationsstandarder. Nationale initiativer med udbredelse af tværsektoriel it-anvendelse koordineres i fællesskab og udbredelse understøttes i et tæt samarbejde med bl.a. MedCom, som 2012 går over til den 8. projektperiode (2012-2014), hvor der bl.a. lægges stor vægt på, at de øvrige regioner og kommuner i Danmark skal etablere elektronisk kommunikation på samme niveau som Region Syddanmark. Det fremgår af økonomiaftalerne at alle MedCom-standarder skal være fuldt udbredt på sygehuse inden udgangen af 2012. KL har et mål om at alle kommuner i 2015 anvender MedCom-standarderne. MedCom har desuden udviklet standarden 'Fælles Kroniker Data', med det formål at it-understøtte tværsektorielt samarbejde på grundlag af Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Standarden omfatter udvalgte patientdata som et fælles referencegrundlag for almen praksis, borger, sygehus og kommune.

### ***Sundhedsdatanettet (SDN)***

Sundhedsdatanettet (SDN) har eksisteret siden 2003. SDN står til rådighed for hele sundhedssektoren med nye muligheder for sundhedskommunikation. Med SDN er det for eksempel muligt at foretage opslag i eksterne databaser, udveksle billeder og afvikle videokonferencer. Hertil kommer at den fællesoffentlige sundhedsportal sundhed.dk benytter SDN som forbindelseskanal til grundsystemerne i sundhedssektoren. På den måde supplerer SDN det VANS-baserede sundhedsdatanet, der i stor skala anvendes til tværsektoriel udveksling af XML- og EDIFACT-meddelelser.

### ***Det Fælles Medicinkort (FMK)***

Staten har via Fonden for Velfærdsteknologi (ABT-fonden) tilvejebragt finansiering til etablering af et Fælles Medicinkort (FMK). Dette betyder at alle borgere fremover får et elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinstatus. Dermed får læger og andet sundhedspersonale mulighed for at danne sig et hurtigt overblik over patientens aktuelle medicinstatus. Udover sundhedspersonalet har patienten også adgang til eget elektroniske medicinkort via sundhed.dk. FMK kan bidrage til øget patientsikkerhed og minimering af medicineringsfejlene i sektorovergangene. Regionerne er i henhold til økonomiaftalen 2011 forpligtet til at udbrede anvendelsen af FMK til sygehuse og til praksis i løbet af 2012. I regionen er der ansat 2 datakonsulenter til at understøtte lægepraksis i ibrugtagning. Kommunerne er forpligtet til via sundhedsaftalerne at sørge for, at den enkelte kommunes hjemmepleje og plejecentre benytter oplysningerne i FMK. Rammerne for kommunernes tilslutning er på plads og funktionaliteten vil blive udviklet, så FMK gøres tilgængelig i alle dele af sundhedsvæsenet.

### ***Nationalt Patientindeks (NPI)***

NSI står for gennemførelsen af NPI, som vil skulle samle deloplysninger fra en række nationale databaser, registre og portaler (e-journal, Laboratorie-portalen, FMK, LPR, Vaccinationsregisteret, Interregionalt Billedindeks og kommende datakilder). NPI er så at sige patientens "telefonbog" med henvisninger til relevante faglige data på et overordnet niveau. NSI forventes at have en første version af NPI klar medio 2012.

### ***E-journal***

E-journalen med journaloplysninger om patienternes behandlinger på sygehuse er i dag udbredt til den kliniske arbejdsplads på hospitaler og i lægepraksis således at sundhedspersonale har adgang til oplysninger i andre sygehuses journaler. I 2012 udvides e-journal til også at blive en P-Journal, således at data fra lægepraksis og speciallægepraksis kan vises. Borgere har adgang til egne journaldata gennem hjemmesiden sundhed.dk.

Regionerne udbygger e-journalen til at blive den nationale sundhedsjournal. Via den nationale sundhedsjournal, vil der kunne opnås adgang til de væsentligste data (journalnotater, cave, laboratoriedata, medicin og billeddiagnostiske data) på tværs af mange forskellige datakilder. På

længere sigt skabes der – bl.a. via anvendelse af NPI – et bedre overblik over hvilke data der måtte kunne findes i forskellige datakilder på tværs af geografi, specialer og dataområder. Når Sundhedsjournalen er fuldt ud etableret, vil patientdata for klinikere kunne deles på tværs af regions- og sektorgrænser, med højere patientsikkerhed, bedre behandlingskvalitet og mere effektive arbejdsgange til følge. Patienterne vil også have adgang til egne data i Sundhedsjournal

## Bilag 7: Samlet oversigt over regionernes pejlemærker for sundheds-it

### Bilag 1 Samlet oversigt over regionernes pejlemærker for sundheds-it

Pejlemærke	Gennemført:
<b>Den kliniske it-arbejdsplads</b>	
- De 5 regioners sygehuse har mulighed for at bruge digital diktering som en del af den kliniske it-arbejdsplads	2011
- Alle regioner fremlægger en plan for at tage talegenkendelse i brug på sygehuse	2011
- Hver region har et konsolideret EPJ-landskab (notat, medicin, rekvistion/swar, booking og PAS)	2013
- Hver region har udbygget sit EPJ-landskab til en klinisk it-arbejdsplads, hvorfra der er adgang til de væsentligste parakliniske informationer (RIS/PACS, mikrobiologi, klinisk/kemisk og patologi)	2013
- Regionernes sygehuse har nem og hurtig adgang til alle væsentlige systemer fra den kliniske it-arbejdsplads (bl.a. single sign on)	2013
<b>Optimering af sygehusrift</b>	
- De 5 regioner indtænker it og automatisering i forbindelse med projekteringen af de nye sygehusbyggerier og større tilbygninger, herunder sikre erfaringsudveksling. Samtidig sikrer regionerne, at den relevante viden nyttiggøres i forhold til den eksisterende bygningsmasse	2010
- Regionernes sygehuse har elektroniske tavler på alle større fælles akutmodtagelser	2011
- Regionerne har en plan for it-understøttelse af den præhospitale indsats (herunder ambulance-journal)	2011
- Regionerne udarbejder en strategi for, hvordan telemedicinske løsninger skal optimere hospitalsdriften	2011
- Teletolkning stilles til rådighed for alle relevante sygehusafdelinger	2012
<b>Sammenhæng og samarbejde</b>	
- e-Journalen: Alle regionernes sygehuse kan levere relevante data fra PAS og epj til e-journalen, og alle sygehuse har adgang til e-journalen via den kliniske it-arbejdsplads	2010
- Regionerne vil koordinere it-understøttelsen af kronikerindsatsen	2010
- De 5 regioner stiller fælles landsdækkende datakilder til rådighed for sundhedsvæsnets øvrige parter i takt med, at de udvikles	2010
- Alle regioner har integreret FMK i deres medicinsystemer	2011
- Danske Regioner vil sammen med regeringen arbejde for, at de praktiserende læger og speciallæger stiller data til rådighed for den nationale sundhedsjournal	2012
- MedCom-standarder er fuldt udbredt i regionernes sygehuse	2012
- Regionerne kan udveksle billeder mellem samtlige sygehuse i Danmark	2012
- Regionerne udbygger e-journalen til at blive den nationale sundhedsjournal. Den nationale sundhedsjournal får en forbedret og mere intelligent brugergrænseflade, hvorfra der kan opnås adgang til væsentligste data (journalnotater, cave, laboratoriedata, medicin og billeddiagnostiske data)	2013
<b>Patient empowerment</b>	
- Regionerne stiller nu e-journalen til rådighed for borgerne. Sundhedsjournalen vil ligeledes blive stillet til rådighed for borgerne, når denne er færdigudviklet	2010
- Regionerne vil gennemføre et projekt i stor skala vedr. it-understøttelse af en udvalgt kronikergruppe	2011
- De 5 regioner vil udarbejde en fælles strategi for it-understøttelse af patient empowerment med fokus på fælles indsatser	2011
- Regionerne vil stille 2500 dansksproget og evidensbaserede artikler om sundhed, sygdom og behandling til rådighed for borgere og patienter via en Patienthåndbog på sundhed.dk	2011
- Alle regioner vil sende relevante indkaldelsesbreve og øvrige breve til patientens digitale dokumentboks	2012
- Alle regionerne vil sende SMS-påmindelser til patienterne forud for planlagte aftaler med sygehuse	2012

## **Bilag 8: Oversigt over de praktiserende lægers (PLO) og special lægers overenskomster**

PLO overenskomsten fra april 2011 indeholder en aftale om it- og kvalitetsudvikling samt en rammeaftale om elektronisk samarbejde med kommunerne.

### **Aftalen om it – og kvalitetsudvikling omfatter:**

- Datafangst
- Fælles Medicin Kort
- ICPC kodning af kroniske sygdomme
- P-journal
- Fælles samarbejdsudvalg for it i praksis
- PLO-XML journaludvekslingsformat
- Lokationsnumre – SOR
- Fælles Dokumentboks

### **Rammeaftalen om elektronisk samarbejde med kommuner opfordrer læger og kommuner til at styrken brugen af elektronisk kommunikation:**

- Elektronisk henvisning til kommunal forebyggelse
- LÆ blanketter via dynamisk blanketformat
- E-konsultation

### **Speciallæge overenskomsten fra april 2011 indeholder ligeledes en række aftaler om it- og kvalitetsudvikling:**

- Datafangst
- Fælles Medicin Kort
- ICPC kodning af kroniske sygdomme
- P-journal
- Fælles samarbejdsudvalg for it
- Fælles Dokumentboks
- E-konsultation, E-tidsbestilling og E-receptfornyelse
- Praksisdeklarationer

## **Bilag 9: Udfordringer i understøttelse af sundhedsfaglig kommunikation - fordeling af elektroniske meddelelser**

Kommunerne indfører nye sundhedsfaglige it-systemer (f.eks bo-stedsystemer, jobcentersystem, handicap og psykiatrisystemer) som også giver mulighed for at digitalisere kommunikationen med samarbejdspartnere.

It-systemerne dækker flere områder f.eks hjemmepleje, sundhedspleje, træning, arbejdsmarked, socialområdet, forebyggelse, handicap og psykiatri mm.  
Der er stor variation i hvorledes kommunerne organiserer områderne og anvender it-systemerne, som betyder at kommunerne kan modtage den samme meddelelse fra samarbejdspartnere i forskellige it-systemer indenfor forskellige områder og kan være forskelligt fra kommune til kommune.

Det er derfor nødvendigt at den digitale kommunikation administreres i forbindelse med modtagelse/behandling og afsendelse og der er behov for at forholde sig til:

- **Et lokationsnummer pr kommune?**

Hvordan kan samarbejdspartnere lettest finde den rette modtager i den enkelte kommune ?  
Skal den enkelte kommune kunne modtage via et lokationsnummer og selv fordele afhængig af, hvor borgeren er kendt / aktiv, som beskrevet i PLO's overenskomst ?

- **Sygehusadvis til flere områder i kommunen?**

Sygehusadvis sendes en gang pr. indlagt borger til kommunen.  
Ved udvidelse af indlæggelses- og udskrivningsadvis til psykiatri, handicap og evt. arbejdsmarkedområdet, hvorledes sikres sortering på cpr.nr. ved modtagelse i kommunen, hvis kommunen modtager advis direkte ind i et it-system ?

- **SOR ?**

Adressering af den digitale kommunikation er bygget op omkring SOR (Sundhedsvæsenets organisationsregister) hvor hver "område" har et lokationsnummer, som er den elektroniske adresse. Ud fra adressen og /eller Medcom standarden vælger samarbejdspartner modtager af meddelelsen. SOR er ikke færdigudviklet og der er en oprydningssopgave, for at undgå fejlforsendelser.

- **Videresende ?**

Hvordan sikres at det er korrekt modtager og hvordan skal der ageres, hvis man modtager en forkert meddelelse? Det kan være svært for samarbejdspartnere at finde det rette område med risiko for at meddelelsen lander i et forkert it-system. Der er derfor behov for at kunne "videresende" opgaven til rette område. Hvorledes løser kommunerne at flere faggrupper og myndighedsområder skal læse samme meddelelse og hvem / hvor mange skal svare samarbejdspartneren (sygehuset, lægen mm.) ?

- **Overskrifter i korrespondancemeddelelserne ?**

MedCom's kommunikationsstandard "korrespondance" kan anvendes som elektronisk brobygger mellem alle de sundhedsfaglige it-systemer MEN, - den giver også udfordringer. F.eks bruges der mange forskellige overskrifter – som kan gøre det svært for personalet at finde/udsøge. For at lette dette, er det muligt at anvende "overskrifter" i korrespondancemeddelelser. På regionalt plan er der aftalt fælles overskrifter i fælles udskrivningsnotat.



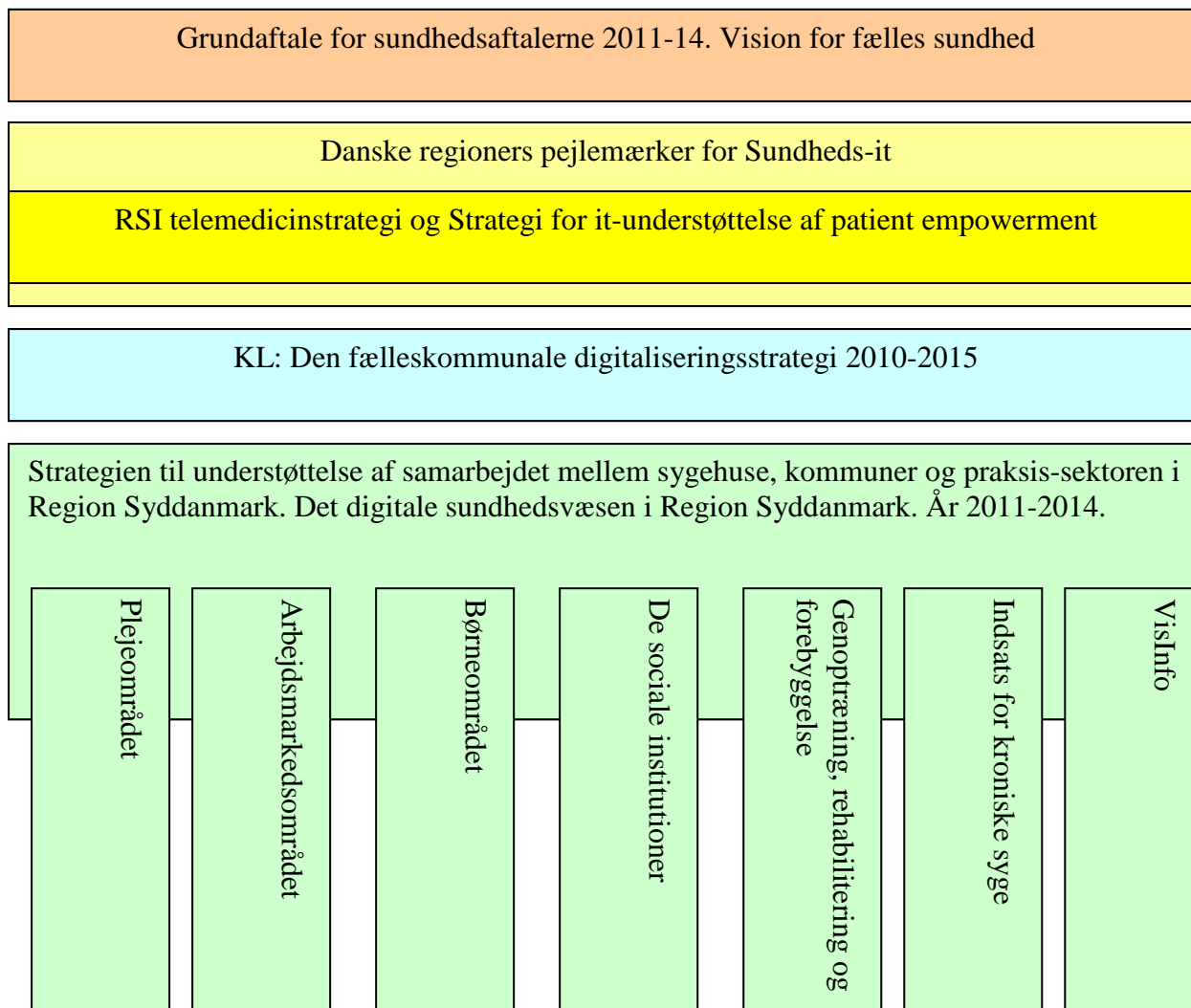
**Eksempler på overskrifter i "korrespondancemeddelelser"**

<b>Navn på overskrift</b>	<b>Oprettet</b>	<b>Hvad bruges den til ?</b>
Indlagt korrespondance	Godkendt i Følgegruppen for SAMBO	SAMBO
Ambulant korrespondance	Godkendt i Følgegruppen for SAMBO	SAMBO
Ambulant telemedicinsk sår-konsultation	Knud Bonnet Yderstræde	Projekt "telemedicinsk sårbehandling"
Indlæggelsesrapport	Godkendt i Følgegruppen for SAMBO	SAMBO
Forløbsplan	Godkendt i Følgegruppen for SAMBO	SAMBO
Udskrivningsrapport	Godkendt i Følgegruppen for SAMBO	SAMBO
Plejeforløbsplan psykiatri	Klinisk IT psykiatri	Psykiatri samarbejdsaftale
Genoptræningsplan		Bekendtgørelse om genoptræning
<b>Forslag til NYE Overskrifter</b>		
LÆ165 Lægekorrespondance		Erstatte LÆ 165 blanket
LÆ165 – samarbejdsaftale om alvorligt syge/døende		Samarbejdsaftale om syge/døende
Transport – samarbejdsaftale om praktisk bistand		Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling

**MedCom's anbefaling af kommunikationsstandarder i forhold til sundhedsaftaler:**

MedCom anbefaler	Drift						Behov for udvikling		
	Hjemmepleje	Sundhed spleje	Træning	Forebyggelse	Arbejds marked	Sociale bo institutioner	Handicap/ud satte voksne	Handicap/ud satte børn	Psykatri
MedCom standard									
Korrespondance	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Henvielse				√					
Bookingsvar				√					
Epikrise		√		√		√	√	√	√
Indlæggelses/ udskrivningsråds	√								√
Indlæggelsesvar	√								√
Indlæggelses-rapport	√								√
Plejeforløbsplan	√								√
Udskrivningsrapport	√								√
Genoptræningsplan			√						√
Fødselsanmeldelse		√							
Receptformyelse	√					√	√	√	
LÆ blanketter (anmodning/svar)	√*				√*				

√\* via opslag i Kommune Informationsløsning

**Bilag 10: Sammenhæng til sundhedsaftalerne og andre it-strategier**

## Bilag 11: MAST modellen. Summary fra "The MAST Manual" February 2010

### Summary

This manual presents a new model for assessment of telemedicine (MAST) to be used as a basis for decision making in EU and the European countries in decisions on use of telemedicine applications.

The model is a part of the results from the MethoTelemed project. The overall aim of MethoTelemed is to provide a structured framework for assessing the effectiveness and contribution to quality of care of telemedicine applications. The development of the model is based on results from two workshops with stakeholders and users of telemedicine in June and November 2009 and a systematic literature review. The model uses the EUnetHTA Core model for interventions as the point of departure.

MAST should be used if the purpose of an assessment is to describe effectiveness and contribution to quality of care of telemedicine applications and to produce a basis for decision making. If this is the aim, this manual defines the relevant assessment as a multidisciplinary process that summarises and evaluates information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of telemedicine in a systematic, unbiased, robust manner.

MAST includes three elements:

- Preceding considerations of a number of issues that should be considered before an assessment of a telemedicine application is initiated.
- A multidisciplinary assessment of the outcomes of telemedicine within seven domains of outcomes and aspects
- An assessment of the transferability of results found in the scientific literature and results from new empirical studies.

#### Preceding consideration:

- Purpose of the telemedicine application?
- Relevant alternatives?
- International, national, regional or local level of assessment?
- Maturity of the application?

#### Multidisciplinary assessment

1. Health problem and characteristics of the application
2. Safety
3. Clinical effectiveness
4. Patient perspectives
5. Economic aspects
6. Organisational aspects
7. Socio-cultural, ethical and legal aspects

#### Transferability assessment:

- Cross-border
- Scalability
- Generalizability

This manual describes what to include in the preceding considerations and a number of aspects, methods and topics that can be relevant in each of the seven domains included in the multidisciplinary assessment. For each of the seven domains a number of measures of outcomes used in studies of telemedicine applications are also described in the appendix. These are also included in the MAST Toolkit, a tool that makes it possible for those who are planning an assessment of a telemedicine application to use the MAST as a checklist. The MAST toolkit can be downloaded at [www.telemed.no/methotelemed](http://www.telemed.no/methotelemed)

MAST is a part of the MethoTelemed Guidance which describes a number of different methodologies for assessment of telemedicine applications. The Guidance can be found at [www.telemed.no/methotelemed](http://www.telemed.no/methotelemed).

**Bilag 12: Ordliste for forkortelser brugt i it-strategien og ordforklaring af enkelte ord**

Antikoagulansbehandling (behandling efter blodprop) (AK)  
Det Administrative Kontaktudvalg (DAK)  
Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)  
Diabetes-it-system (DIALOG)  
Fagsystemer  
Fælles Akut Modtageafdeling (FAM)  
Fælles Medicin Kort (FMK)  
International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF)  
International klassifikation for almen praksis (ICPC)  
INVIA: Udvikling af velfærdsteknologiske løsninger gennem brugerdreven innovation  
Kommunernes Landsforening (KL)  
Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL)  
LÆ165 blanket –forslag om social medicinsk sagsbehandling  
Model for ASsessment of Telemedicine (MAST)  
Nationalt Patientindeks (NPI)  
Nationale Sundheds-it-organisation (NSI)  
Odense Universitets Hospital (OUH)  
Praktiserende Lægers Organisation (PLO)  
Regionernes Sundheds-it-organisation (RSI)  
Samarbejde om borger/patientforløb (Sam:Bo)  
Statens og Kommunernes Indkøbscentral (SKI)  
Sundhedsvæsenets Organisations Register (SOR)  
Sygehus Lillebælt (SLB)  
Sygehus Sønderjylland (SHS)  
Syd Vestjysk Sygehus (SVS)



# Formandskabsbehandlet - Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens

På mødet den 11. november i Det administrative Kontaktforum blev man enige om, som man er forpligtiget til jævnfør den nye lov på området, at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en ny samarbejdsaftale for hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. På mødet den 29. januar skal Det administrative Kontaktforum godkende kommissoriet for en sådan arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen er placeret under Følgegruppen for behandling og pleje.

## **Sagsfremstilling DAK**

Folketinget vedtog den 19. december 2014 lovforslag L 57 om ændring af Sundhedsloven vedr. hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Lovændringen indeholder bl.a. en forpligtigelse for regionsråd og kommunalbestyrelser til at indgå aftaler om fælles hjælperordninger for borgere, som har respiratorhjælpere efter Sundhedslovens § 79, stk. 1 og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service. En samarbejdsaftale omfatter ikke sundhedsfaglig behandling.

Sundheds- og ældreministeriet har som følge af lovændringen udsendt en ny bekendtgørelse og en ny vejledning om fælles hjælperordninger. Bekendtgørelsen og tilhørende vejledning trådte i kraft den 31. august 2015.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med de nye regler på området bl.a. er:

- At sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet
- At medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres

DAK besluttede på sidste møde den 11. november 2015, at en arbejdsgruppe skal udarbejde forslag til ny samarbejdsaftale og, at arbejdsgruppen skal referere til Følgegruppen for Behandling og Pleje. DAK bad Følgegruppen om at udarbejde forslag til kommissorium for arbejdsgruppen. Det er dette forslag til kommissorium, som er på dagsorden til godkendelse.

## **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender forslaget til kommissorium.
- Godkender at der igangsættes udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen.

## **BILAG:**

1 Forslag til kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens

---

## **Kommunale kommentarer**

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har fået indføjet i kommissoriet, at arbejdsgruppen under arbejdet med en ny fælles samarbejdsaftale også skal inddrage alle økonomiske omkostninger, der er for kommunerne ved at administrere hjælperordningerne. Ellers ingen kommentarer.

*Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At forslaget til kommissorium godkendes





Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet  
Journal nr.: 15/46180  
Dato: 1. december 2015

Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard  
E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk  
Telefon: 2920 1194

## UDKAST

### **Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens**

#### **Baggrund**

Folketinget vedtog den 19. december 2014 lovforslag L 57 om ændring af sundhedsloven vedr. hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Lovændringen pålægger bl.a. regionsråd og kommunalbestyrelser at indgå aftaler om fælles hjælperordninger. Aftalerne skal omfatte tilrettelæggelse af hjælperordninger i hjemmet til personer, som både har respiratorhjælpere efter Sundhedslovens §79, stk. 1 og hjælpere efter §§83, 85, 95 eller 96 i lov om social service.

Aftalen omfatter ikke sundhedsfaglig behandling.

Sundheds- og ældreministeriet har, i medfør af ovenstående, udsendt en bekendtgørelse og en vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens, som begge trådte i kraft den 31. august 2015.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med de nye regler på området bl.a. er:

- At sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet
- At medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres

Der nedsættes en arbejdsgruppe som skal udarbejde forslag til en samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens. Arbejdsgruppen refererer til følgegruppen for Behandling og Pleje.

#### **Rammer for arbejdsgruppens arbejde**

Arbejdsgruppen skal udarbejde sit forslag inden for rammen af bekendtgørelse og vejledning og med udgangspunkt i den nuværende "Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr". Denne samarbejdsaftale er et bilag til Sundhedsaftalen 2011 – 2014, som senest er godkendt i DAK den 9. januar 2013.

Aftalen skal overholde følgende krav og forpligtelser:

(Der henvises endvidere til bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens).

- Aftalen skal omhandle personer, der har hjælpere til respirationsbehandling i hjemmet efter sundhedsloven og har hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96. Aftalen skal også gælde for ordninger, hvor børn har hjælpere til respiratorbehandling efter



sundhedsloven og efter servicelovens §83 i kraft af henvisningen i servicelovens §44

- Aftalen skal indeholde en klar definition af målgruppen for de fælles hjælperordninger
- Aftalen skal omhandle den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger, som der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl om, herunder fordeling af udgifterne forbundet med de fælles ordninger, bl.a.
  - Fordeling af udgifter forbundet med fælles hjælperordninger
  - Brugen af vikarer
  - Særlige forhold i forbindelse med borgerens eventuelle indlæggelse på sygehus, ferier m.v.
  - Aftale om hvorvidt regionsråd eller kommunalbestyrelserne i regionen varetager betalingen af udgifterne til hjælperordningerne
  - Alle administrative omkostninger forbundet med driften af de enkelte aftaler for fælleshjælperordninger
- Ved fordeling af udgifterne tages der udgangspunkt i *de samlede udgifter til ordningen*, herunder udgifter til aflønning af hjælperne, udgifter forbundet med arbejdsgiveropgaver, administration af ordningen, nødvendige omkostninger ved overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen, sygefravær, vikardækning, forsikringer m.v.
- Fordelingen af udgifterne for den fælles hjælperordning skal i alle tilfælde tage udgangspunkt i *det samlede antal timer*, en borger modtager hjælp til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§83, 85, 95 eller 96.
- Det samlede antal timer i en fælles hjælperordning udgør i praksis maksimalt 24 timer i døgnet.
- Aftalen skal indeholde principper for fordeling af udgifterne forbundet med fælles hjælperordninger, jf. ovenstående. Hvis ikke aftalen indeholder principper for fordeling, træder den centralt fastsatte fordelingsnøgle i kraft (67% af udgifterne afholdes af regionen, 33% af kommunen).
- Det fremgår direkte af vejledningen, at uanset om region og kommuner selv aftaler en nøgle for fordeling af udgifterne eller om de anvender den centralt fastsatte fordelingsnøgle, så gælder fordelingsnøglen fra bekendtgørelsens ikrafttræden (31. august 2015) både for ordninger, som var etableret inden bekendtgørelsens ikrafttræden og for ordninger, som indgås efter bekendtgørelsens ikrafttræden.
- Der kan aftales særlige principper for fordeling af udgifterne i følgende tilfælde:
  - ved opstart af fælles hjælperordning,
  - i den periode det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet,
  - hvis borgeren bliver indlagt på sygehus eller
  - hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 er forskellige.

Disse principper skal derefter gælde for alle hjælperordninger, hvor den pågældende situation gør sig gældende.



### *Respirationsbehandling i hjemmet og hjælp efter servicelovens §42, §84, stk. 1, §§97 eller 118*

Det er ikke krav om, at region og kommuner indgår aftale om tilrettelæggelse af hjælperordninger i de tilfælde, hvor borgeren har hjælpere til respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §42, §84, stk. 1, §§97 eller 118, men parterne har mulighed for at indgå sådanne aftaler.

Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til hvorvidt sådanne aftaler bør indgås og i givet fald inden for hvilke rammer (jf. vejledningens kap. 5.2)

#### **Procedure for godkendelse af leverancer**

Arbejdsgruppen leverer sit forslag til samarbejdsaftale til følgegruppen for behandling og pleje. Følgegruppen skal derefter sikre, at udkastet bliver behandlet i Det administrative kontaktforum (DAK). Det er herefter DAK, der beslutter hvordan aftalen skal sendes til godkendelse i region og kommuner.

Hvis arbejdsgruppen undervejs bliver uenige eller der opstår uklarhed om rammer for opgaven, principper el. lign, skal arbejdsgruppen snarest forelægge sagen for følgegruppen for behandling og pleje, som herefter afgør, om den kan håndtere problemstillingen eller om der skal forelægges en sag til behandling i DAK.

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Arbejdsgruppens sammensætning skal sikre, at der både er faglige såvel som administrative, juridiske og ledelsesmæssige kompetencer til stede i gruppen.

Gruppen skal etableres med et formandskab, der består af en ledelsesrepræsentant for kommunerne og en fra regionen. Formandskabet er ansvarlige for fremdrift i gruppen.

Derudover skal der være

- 4 repræsentanter udpeget af kommunerne
- 4 repræsentanter udpeget af regionen

Arbejdsgruppen kan indkalde ressourcepersoner efter behov.

Gruppen sekretariatsbetjenes af en sekretær udpeget af kommunerne og en udpeget af regionen. Sekretariatet bistår gruppen med praktisk mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordener og referater. Sekretariatet er pennefører på det samlede aftaleudkast i tæt samarbejde med formandskabet for gruppen.

#### **Tentativ tidsplan for arbejdet:**

Arbejdsgruppen træder sammen senest 1. februar 2016.

På mødet i DAK i juni 2016 præsenteres første udkast til samarbejdsaftale.

Endelig aftale forventes herefter godkendt efteråret 2016.

# Den midlertidige situation og midlertidig aftale vedr. fælleshjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte de midlertidige aftaleforhold og Regionens forslag til midlertidig aftale for hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. Baggrunden for et evt. behov for en midlertidig aftale skyldes, at en ny bekendtgørelse, på baggrund af en lovændring, for området trådte i kraft den 31. august 2015. Lovændringen medfører en forpligtigelse for den stedlige region og de stedelige kommuner at indgå nye samarbejdsaftaler. Der vil dog opstå et tidsrum mellem bekendtgørelsens ikrafttræden og indtil en ny samarbejdsaftale er indgået og tiltrådt. Regionen har på baggrund af den nye bekendtgørelse og tilhørende vejledning og opståede situation udarbejdet forslag til midlertidig aftale. Regionen fremførte situationen på sidste møde i Det administrative Kontaktforum og og fremsendte herefter efter aftale deres forslag til midlertidig aftale.

## **Sagsfremstilling DAK**

På baggrund af en ændring i Sundhedsloven trådte den 31. august 2015 en ny bekendtgørelse og en ny vejledning i kraft vedr. fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. Det fremgår af vejledningen, at formålet med reglerne bl.a. er at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere er formålet at medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres. Som en del af dette indeholder den nye bekendtgørelse en fast fordelingsnøgle for fordelingen af de økonomiske udgifter mellem regionen og kommunerne i så fald, at der ikke foreligger en aftale. Det fremgår af vejledningen, at den nye fordelingsnøgle til fordelingen af udgifterne har virkning for alle eksisterende og fremadrettede aftaler i så fald, at man mellem region og kommuner ikke aftaler en anden fast fordelingsnøgle.

Da den nye lovændring og medfølgende bekendtgørelse endvidere medfører, at region og kommuner skal indgå en samarbejdsaftale for området, så opstår der en midlertidig situation eller periode mellem bekendtgørelsens ikrafttrædelse og frem til en sådan samarbejdsaftale er udarbejdet og tiltrådt.

Denne problematik blev oplyst af Regionen på sidste møde i Det administrative Kontaktforum. Det blev aftalt, at Regionen skulle fremsende sine overvejelser om den videre proces, herunder på hvilke præmisser der indgås aftaler i perioden fra den 31. august til en ny samarbejdsaftale er trådt i kraft. Regionen har efterfølgende fremsendt forslag til ny midlertidig samarbejdsaftale for borgere med kronisk respirationsinsufficiens.

## **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Drøfter de midlertidige aftaleforhold, herunder forslaget til midlertidig aftale.

## **Bilag:**

- Forslag til midlertidig aftale om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens.

---

## **Kommunale kommentarer**

Denne sag har fyldt en del på den kommunale side, da det har vist sig, at den nye bekendtgørelse, på grund af indførelsen af en fast fordelingsnøgle for de økonomiske udgifter forbundet med ordningerne, medfører, at der samlet set vil blive flyttet økonomiske udgifter fra Regionen til kommunerne. Formandskabet bad en hurtigarbejdende fælleskommunal arbejdsgruppe udarbejde et responsum på, hvilke muligheder, som kommunerne evt. har i den forbindelse.

Notatet konstaterer, at man fra Christiansborgs side har ønsket en administrativ forenkling af området af hensyn til borgerne. Indførelsen af den nye bekendtgørelse med en fast fordelingsnøgle for fordelingen af de økonomiske udgifter er et middel her til. Den tilhørende vejledning til bekendtgørelsen præciserer, at den faste fordelingsnøgle gælder alle nye og eksisterende hjælperordninger fra den 31. august 2015. På kommunal side må man således indstille sig på, at dette nye nationale initiativ medfører, at Regionen fremadrettet vil opnå en besparelse i sine udgifter til området, da det er vurderingen, at Regionen ikke har incitament til at indgå en aftale med kommunerne, hvor Regionens andel af udgifterne vil overstige den faste fordelingsnøgles fordeling på 67/33 (Regionen 67 %, kommunen 33 %), som er nævnt i Bekendtgørelsen. Den faste fordelingsnøgle i bekendtgørelsen fungerer her som en tilbagefaldsregel, i så fald der ikke indgås en anden aftale mellem den stedlige region og de stedlige kommuner. Region og kommuner kan altså godt aftale en anden fast fordelingsnøgle, men regionens incitament til dette er, som nævnt, lavt.

Hvis man ønsker det, kan man overfor Regionen søge at forhandle en anden startdato for, hvornår den nye fordelingsnøgle træder i kraft end bekendtgørelsens ikrafttrædelsesdato. Dette kan bl.a. ske med henvisning til, at de kommunale regnskaber for 2015 er lukket, at Regionen for sit budget 2015 har kalkuleret med den udgiftstørrelse, som Regionen havde almindeligvis før den nye bekendtgørelse og endelig hensynet til samarbejdets ånd og det nuværende og fremtidige tværsektorielle samarbejde.

Regionens forventede besparelse på området fremgår som pkt. 9.4 på Regionens sparekatalog for 2016.

Det fælleskommunale Sundhedssekretariat har indsamlet dokumentation fra medlemskommunerne med henblik på evt. kompensation via DUT, når bekendtgørelsen to år efter sin ikrafttræden skal evalueres. Dog skal det nævnes, at Sundheds- og Ældreministeriet i brev til Danske Regioner og KL ikke finder, at bekendtgørelsen giver anledning til DUT-kompensation mellem regioner og kommuner. Dette må dog gælde de omtalte to år før evalueringen.

#### Kommunale kommentarer til forslaget for midlertidig aftale:

Kernen i forslaget til midlertidig aftale er følgende:

Eksisterende aftaler om fælles hjælpeordninger videreføres frem til en ny samarbejdsaftale foreligger. Herefter efterreguleres økonomien for aftalerne med tilbagevirkende kraft til 31. august 2015, hvor bekendtgørelsen trådte i kraft. For nye aftaler, som indgås frem til ny samarbejdsaftale foreligger, gælder fordelingsnøglen 67/33, altså at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunerne afholder 33 pct. af de samlede udgifter, dog maksimalt 24 timer pr. døgn jf bekendtgørelsen. Når ny aftale foreligger med endelig fordelingsnøgle, efterreguleres økonomien også for disse aftaler.

#### *Vurdering af den midlertidige aftale:*

Det vurderes ikke fra kommunal side, at der er behov for en midlertidig aftale, da man allerede har velfungerende aftaler, som fint kan fortsætte frem til indgåelse af ny permanent aftale. Endvidere er det vurderingen, at indgåelsen og brugen af en midlertidig aftale øger bureaukratiet på området unødigt. Det anbefales i stedet, at man på mødet i DAK sigter mod at lave en beslutning med Regionen, hvor den eksisterende samarbejdsaftale fortsætter og alle eksisterende ordninger for borgerne fortsætter uændret, dog således, at man anerkender, at der med den nye bekendtgørelse er indført en fast fordeling for de økonomiske udgifter lydende på 67/33, og at denne skal få virkning fra en given dato, som parterne kan aftale. Dette vurderes at give de mindst mulige administrative byrder for alle parter, og man kan dagen efter straks indgå nye aftaler for de borgere, som man venter på at indgå aftaler for, men som netop er sat på hold pga. af den uafklarede situation.

Note: Den nuværende samarbejdsaftale på området, tiltrådt af DAK i jan. 2013, nævner, at der skal indgås en ny samarbejdsaftale, når der sker ændringer, eksempelvis i form af nye love eller bekendtgørelser, i grundlaget for indgåelsen af aftalen.

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At det tages til efterretning, at der er indtrådt ændringer på området med virkninger begge parter.
- At Formandskabet får mandat til at søge at forhandle en senere ikrafttrædelsesdato i forhold til den økonomiske fordelingsnøgle end bekendtgørelsens ikrafttræden den 31. august 2015.

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet  
Journal nr.:  
Dato: 6-11-2015

Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard  
E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk  
Telefon: 2920 1194

# Midlertidig aftale om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respiratorinsufficiens

## Orientering fra Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark.

### Ny bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens

En ændring af sundhedsloven den 14. november 2014, betyder blandt andet at der skal indgås aftale mellem Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen om tilrettelæggelse af hjælpeordninger i hjemmet til personer, som både har respiratorhjælpere efter §79, stk. 1, og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service (§205d). Desuden medfører lovændringen, at der fastsættes regler om fordeling mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen af udgifterne til hjælpeordninger til de personer, der er omfattet af ovenstående (§240 a).

Sundheds- og ældre ministeriet har, i medfør af ovenstående, i august 2015 udsendt bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respiratorinsufficiens, som begge trådte i kraft pr. 31. august 2015.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med reglerne bl.a. er at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere er formålet at medvirke til, at regionernes og kommunernes administration af de fælles ordninger forenklet og samlet set reduceres.

I Region Syddanmark og de 22 kommuner eksisterer der i dag en samarbejdsaftale: *"samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr"*. Denne aftale beskriver fordelingen af ansvar mellem sektorerne og desuden rammer for fordelingen af udgifter i forbindelse med fælles hjælperordninger. Aftalen er senest revideret i januar 2013.

Det fremgår af aftalen, at denne skal revideres så snart ny vejledning om håndtering af respiratorbrugere i eget hjem forelægges eller hvis der sker afgørende ændringer i lovgrundlaget.

### Udvikling og forhandling af ny aftale om fælles hjælpeordninger

Det administrative kontaktforum vil, på baggrund af ovenstående snarest anmode Følgegruppen for behandling og pleje om at etablere en tværsektoriel arbejdsgruppe. Denne arbejdsgruppe får til opgave at udvikle forslag til en ny aftale som skal sikre opfyldelse af bekendtgørelse og vejledning.

### Midlertidig model for fordeling af udgifter til fælles hjælpeordninger

Målet med en ny samarbejdsaftale er blandt andet at udvikle en model for, hvordan de fælles hjælperordninger skal tilrettelægges (med udgangspunkt i reglerne beskrevet i vejledningen).

Det fremgår af bekendtgørelsen at de samlede udgifter til fælles hjælperordninger i hjemmet til personer som både har respirationshjælpere efter §79, stk. 1 i Sundhedsloven og hjælp efter §§83, 85, 95 eller 96 i Lov om social servide, skal fordeles mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen. Aftalen skal indeholde principper for fordeling af disse udgifter. Hvis ikke der kan indgås aftale om principper for fordeling af udgifterne, er der i bekendtgørelsen fastslået en fordelingsnøgle, som siger, at regionsrådet afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunalbestyrelserne i regionen afholder 33 pct. af de samlede udgifter, dog maksimalt 24 timer pr. døgn.

Det fremgår også af vejledningen, at en ny fordelingsnøgle for udgifter skal gælde både eksisterende og fremtidige ordninger fra bekendtgørelsens ikrafttræden 31. august 2015, hvorfor alle aftaler om fælles hjælpeordninger skal genforhandles i overensstemmelse med aftalte fordelingsnøgle den nye samarbejdsaftale.

Eksisterende aftaler om fælles hjælpeordninger videreføres frem til en ny samarbejdsaftale foreligger. Herefter efterreguleres økonomien for aftalerne med tilbagevirkende kraft til 31. august 2015, hvor bekendtgørelsen trådte i kraft. For nye aftaler, som indgås frem til ny samarbejdsaftale foreligger, gælder fordelingsnøglen 67/33, altså at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunerne afholder 33 pct. af de samlede udgifter, dog maksimalt 24 timer pr. døgn. Når ny aftale foreligger med endelig fordelingsnøgle, efterreguleres økonomien også for disse aftaler.

Denne midlertidige aftale er godkendt af Det Administrative Kontaktforum datoXXX

Bilag:

- Bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens
- Vejledning om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens
- Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr



# Sparekatalog til Budget 2016

## Forslag nr. 9.4

Titel	<b>Ny fordelingsnøgle for fordelingen af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens</b>
Resumé	<p>På baggrund af ændring i Sundhedsloven pr. 14. november 2014 er der udarbejdet en ny bekendtgørelse om fælles hjælpeordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens.</p> <p>Bekendtgørelsen trådte i kraft den 31. august 2015, og fastsætter regler for en tilbagefaldsnøgle, hvis regionen og kommunerne ikke kan blive enige om principperne for fordeling af udgifterne til ordningerne.</p> <p>Tilbagefaldsnøglen indebærer, at regionen skal betale 67 procent af de totale udgifter til en fælles hjælperordning, mens kommunen skal betale de resterende 33 procent. Til sammenligning er den gennemsnitlige fordelingsprocent for udgifter til fælles hjælperordninger i dag på 81/19, dvs. at regionen betaler 81 procent af de samlede udgifter til ordningerne, mens kommunerne betaler de resterende 19 procent.</p>
Sagsfremstilling	<p>Bekendtgørelsen af 31. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens præciserer arbejdsdelingen mellem region og kommune, herunder fordelingen af udgifterne til hjælperordningerne, hvis parterne ikke kan blive enige om en aftale herom.</p> <p>Den nuværende praksis i Region Syddanmark er, at respiratorkontrakterne er formuleret med udgangspunkt i den regionale samarbejdsaftale på Respiratorområdet, men at kontrakterne er indgået i forhold til enkelt personer og deres situation.</p> <p>Fordelingen af udgifter mellem region og kommune er derfor forskellig alt efter den enkelte kommunes serviceniveau på området, samt hvor gode regionen har været til at forhandle med kommunen. Det betyder, at der mellem kommuner, men også indenfor én kommune over tid, kan være betydelige forskelle på fordelingen af udgifter mellem region og kommune.</p> <p>Nedenstående besparelser på Respiratorområdet tager udgangspunkt i tilbagefaldsnøglen på 67/33, hvor regionens andel af de samlede udgifter til én fælles hjælperordning udgør 67 procent, mens den kommunale andel udgør 33 procent.</p> <p>Besparselsen på udgifterne til fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens er i budget 2016 opgjort til 29,5 mio. kr. i, mens besparelsen i overslagsårene er 19,4 mio. kr. årligt.</p> <p>Besparselsen er beregnet på baggrund af forskellen i regionens andel af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, hvor bekendtgørelsen af 31. august 2015 resulterer i, at Region Syddanmarks betalingsandel i de samlede udgifter reduceres fra 81 procent til 67 procent.</p> <p>Besparselsen er efterfølgende korrigeret for, at antallet af fælles hjælperordninger er steget de senere år, og der er i besparelsen derfor modregnet udgifter, svarende til en netto tilgang på otte ordninger om året. Udgifterne til de nye ordninger er beregnet på baggrund af et gennemsnit af ordningernes samlede udgifter i 2015.</p> <p>Forskellen mellem besparelsen i 2016 og overslagsårene er, at der i besparelsen for 2016 er indregnet effekten af, at den nye fordelingsnøgle på 67/33 gælder fra bekendtgørelsens ikrafttrædelse, dvs. den 31. august 2015 for både nye- som gamle ordninger.</p>

<b>Økonomi, 1.000 kr.</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Respiratorkonto	29.530	19.418	19.418	19.418
<b>Driftsbesparelse, i alt</b>	<b>29.530</b>	<b>19.418</b>	<b>19.418</b>	<b>19.418</b>
- Etablerings-/investeringsudgifter				
Aktivitetmæssige konsekvenser	Ingen			
Personalemæssige konsekvenser (antal årsværk)	Ingen			



Danske Regioner  
KL

## Bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

### Endelig bekendtgørelse og vejledning

Bekendtgørelse og vejledning om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens er nu færdigbehandlet og træder i kraft den 31. august 2015.

Der er ikke sket ændringer i bekendtgørelsen (udover redaktionelle ændringer) i forhold til det udkast, som blev sendt i ekstern høring den 22. maj 2015. Der er foretaget visse justeringer og præciseringer i vejledningen på baggrund af indkomne hørings-svar.

- ./ Den endelige bekendtgørelse og vejledning samt et høringsnotat, hvori de væsentligste punkter i høringssvarene er behandlet, vedlægges til orientering og videre foranstaltning.

### Økonomiske konsekvenser af bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens

Det fremgår af sundhedslovens § 240 a, stk. 3, at sundheds- og ældreministeren (tidligere ministeren for sundhed og forebyggelse) efter forhandling med social- og indenrigsministeren (tidligere ministeren for børn, ligestilling, integration og sociale forhold) fastsætter regler om fordeling mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen af udgifterne til hjælperordninger til personer, som modtager hjælp til respirationsbehandling efter § 79, stk. 1, og hjælp efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service.

Bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens indeholder sådanne regler om en centralt fastsat nøgle for fordeling af udgifter mellem region og kommuner af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger.

Det skal bemærkes, at den centralt fastsatte fordelingsnøgle kun finder anvendelse i det omfang, parterne ikke selv har aftalt, hvordan udgifterne til de fælles hjælperordninger skal fordeles.

Danske Regioner og KL har deltaget i forhandlinger med Sundheds- og Ældreministeriet og Social- og Indenrigsministeriet om den centralt fastsatte fordelingsnøgle.

Ministerierne havde inden forhandlingerne opfordret Danske Regioner og KL til at fremskaffe data, som afspejler den reelle opgavedeling mellem regioner og kommuner. Kun Danske Regioner har tilvejebragt data, og på et møde ultimo marts 2015 til-

kendegav parterne, at de var enige om, at datagrundlaget fra Danske Regioner skulle lægges til grund for beregningerne.

De data, som Danske Regioner har tilvejebragt, tilsiger en fordeling, så regionen skal afholde 67 pct. af udgifterne og kommunerne 33 pct. af udgifterne.

Danske Regioner og KL har efterfølgende haft denne fordelingsnøgle (67/33) i høring i forbindelse med den eksterne høring.

Danske Regioner har i høringssvaret tilkendegivet, at der er tale om et komplekst område at gennemskue økonomisk, og at det derfor opfattes nærliggende, at en fordelingsnøgle med rimelighed vil kunne afrundes, så regionerne afholder 65 pct. af udgifterne, og kommunerne afholder 35 pct.

KL har i høringssvaret tilkendegivet, at de ikke kan tilslutte sig en fordelingsnøgle, hvor regionen afholder 67 pct. af udgifterne, og kommunerne afholder 33 pct. KL foreslår ikke i den forbindelse en anden fordelingsnøgle.

På baggrund af det forløb, som er beskrevet ovenfor, og med henvisning til, at reglerne om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens, herunder reglerne om fordeling af udgifter mellem regioner og kommuner, skal evalueres efter en periode på 2 år, dvs. i 2017, er det ministeriets opfattelse, at bekendtgørelsen ikke giver anledning til DUT-kompensation mellem regioner og kommuner.

Med venlig hilsen



Dorthe Eberhardt Søndergaard

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

## 1. Indledning

Samarbejdsaftalen beskriver patientgruppen, den formelle ansvarsfordeling mellem sektorerne, konkrete aftalepunkter samt tydeliggørelse af den økonomiske fordeling af udgifter mellem region og kommune. Samarbejdsaftalen afsluttes med en vejledning for samarbejdet samt referencer.

Samarbejdsaftalen er et bilag til Sundhedsaftale 2011-14. Nærværende aftale er revideret og er behandlet samt godkendt af DAK 9. januar 2013.

## 2. Patientgruppe omfattet af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale omhandler forløb, hvor sygehuset har behandlingsansvaret for at en borger overvåges i hjemmet pga. brug af respiratorisk udstyr. Borgerne kan være såvel børn som voksne og det respiratoriske kan være en isoleret lidelse eller del af et omfattende handicap. Aftalen dækker også borgere på døgninstitution/plejehjem i det omfang, at overvågning ikke allerede indgår i institutionens tilbud og døgnstakst.

- Respiratorbrugere skal altid overvåges da respiratorstop er akut livstruende.
- BiPAP-brugere skal overvåges hvis borgeren ikke selv er i stand til at tage masken af og på.
- Tracheostomerede skal overvåges hvis borgeren ikke selv er i stand til at hoste og/eller suge sig selv.

I øvrigt henvises til case eksemplerne senere i samarbejdsaftalen.

## 3. Ansvarsfordeling

### 3.1. Regionens ansvar

Det lægelige ansvar for den respiratoriske behandling påhviler altid sygehusvæsenet og er af Sundhedsstyrelsen konkret placeret ved landets tre respirationscentre<sup>1</sup>. Behandlingen er omfattet af patientforsikringen. Ved livstruende problemer i hjemmet skal patienten modtages til indlæggelse på intensivafdeling via 112.

Patienten kan ikke udskrives til hjemmet, før der er etableret fagligt forsvarlig overvågning, og sygehusvæsenet er ansvarligt for at borgeren har det korrekte apparatur. Når en borger starter i respiratorbehandling fastsætter respirationscentret hvilke remedier, der knytter sig til brug af respiratoren, og

---

<sup>1</sup> Fra ultimo 2012 modtages ALS-patienter i et vist omfang på Respirationscenter SYD på OUH. Den kliniske behandling sker i formaliseret samarbejde med Respirationscenter Øst

sikrer at disse ting leveres til borgerens hjem via medicoteknisk afdeling, sygehusapotek, sygehusdepot eller en privat leverandør. Øvrige remedier, der knytter sig til pleje af borgeren skal leveres af hjemmeplejen.

### **3.2. Respirationscenterets ansvar**

Respirationscenterne fastlægger og kontrollerer den respiratoriske behandling, oplærer hjælpere til overvågningsopgaven og står til rådighed med Hotline, såfremt der opstår spørgsmål i forbindelse med behandlingen i hjemmet. Patienten kan også henvises til kontrol. Respirationscentrene har myndigheden til at fastlægge, hvor mange timers overvågning brugen af det respiratoriske udstyr betinger.

For borgere med tracheostomi samt borgere i BiPAP-behandling, der ikke er i kontakt med et respirationscenter, har den udskrivende afdeling ansvaret for at oplære hjælpere til overvågningsopgaven og sikre, at borgeren har adgang til de nødvendige remedier.

### **3.3. Kommunens ansvar**

Kommunen er forpligtet til at yde brugeren personlig pleje og omsorg, praktisk og personlig bistand samt opretholdelse af livsudfoldelse. Kommunen har ansvar for de opgaver, der er socialt relaterede jf. Servicelovens §§ 41-42, 83 – 88, 94-97, 100 og 118-119 såfremt brugeren er berettiget til disse ydelser. Kommunen har myndigheden til at fastsætte, hvor mange timer borgeren er berettiget til hjælp, pleje, ledsagelse mv. Udmålingen af hjælpen (efter serviceloven) skal inkludere såvel BPA som pleje og praktisk hjælp, ledsagelse og social støtte, i et samarbejde med borgeren. Flere fagpersoner skal ofte inddrages med henblik på et dækkende billede af borgerens situation og behov. Respirationscentrene, specialkonsulenter og patientforeninger kan bidrage hertil i nogen af forløbene.

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

I de forløb, hvor én af sektorerne påtager sig arbejdsgiver og arbejdslederansvaret ansvar for ansættelse af enkeltpersoner til overvågning. Administrationsbidraget<sup>2</sup> fastsættes til kr. 69.344 årligt (2013 niveau) pr. borger med 24-timers overvågning, og det afregnes efter fordelingsnøglen. Beløbet er beregnet ud fra, at én sygeplejefaglig teamleder i kommunen varetager otte patienthold.

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

---

<sup>2</sup> Administrationsbidraget blev fastsat til kr. 67.000 årligt (i 2010) pr. borger med 24-timers overvågning. Taksten er blevet fremskrevet med den generelle fremskrivningsprocent for årene 2011, 2012 og 2013. Fremover sker fremskrivning i januar måned.

### **3.4 Ansættende myndighed**

Det er den ansættende myndighed, der har ansvaret efter arbejdsmiljølovgivningen. Såfremt der er tale om en BPA-ordning kan ansvaret påhvile borgeren eller formidlingsbureau jf. vejledning 9 af 15. februar 2011, om Borgerstyret Personlig Assistance bevilget efter Servicelovens § 96 Pkt. 11–12 (Arbejdsgiveropgaven), 43 (Arbejdsskadeforsikring) og 125-35 (Arbejds miljø).

I de tilfælde, hvor den samlede behandlings- og plejeindsats kan ydes af én hjælper henvises til Vejledning om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance, af 21. december 2011. nr. 105.

### **3.5 Akutte forløb**

Sygehuset kan starte overvågningen op via et bureau, for at undgå en længerevarende indlæggelse på en intensivafdeling. I den periode er sygehuset ansvarlig for administration og vagtdækning. Kommunen arbejder sideløbende tidsmæssigt og koordineret for at ansætte hjælper, så disse er klar, når sygehusvæsnet har plads til et oplæringsophold. Dette forventes at være muligt inden for 3 måneder for hvad angår respiratorbrugere. Kommunen medfinansierer fra udskrivningstidspunktet med en timeandel svarende til den fordelingsnøgle, der efterfølgende fastsættes. Kommunens timepris kan begrænses til det niveau, som den varige ordning efterfølgende etableres på.

### **3.6 Planlagte forløb**

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

### **3.7 Borgerens ophold på boinstitution, botilbud, plejehjem mv.**

Vagthold og administration varetages af kommune/ institution som ved brugere i eget hjem:

- Kommunen udmåler tidsforbrug i forhold til personlig pleje, ledsagelse, praktisk bistand og sociale pædagogisk bistand.
- Kommunen skal en gang årligt revurdere timer tildelt til borgeren på institutionen
- Institutionen er berettiget til administrationsbidrag efter gældende aftale
- Lønudgifterne til vagtholdet deles mellem region og kommune efter samme fremgangsmåde som ved brugere i eget hjem.

## **4. Præcisering af den økonomiske fordeling af udgifter**

Sygehusvæsnet skal afholde udgifterne forbundet med den respiratoriske behandling. Kommunen skal udmåle og betale øvrig hjælp og pleje samt handicapkompenserende ydelser. I de tilfælde hvor kommunen har leveret ydelser til borgeren inden borgeren får brug for respiratorisk behandling, foretager kommunen en reevaluation. I det omfang én person kan løse begge opgaver deles udgiften for disse timer, så mængden af personer i hjemmet reduceres jf. Socialministeriets skrivelse af 14. juni 1996 og Vejledning 105 om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance, af

21. december 2011. Regionens finansiering kan dermed ikke overstige 24-25 timer i døgnet og aldrig komme under 50 % af overvågningstimerne. Denne *fordelingsnøgle* aftales i hvert enkelt forløb og er gældende fra udskrivningstidspunktet, også selv om den først fastlægges senere. Se kontrakten.

Den respiratoriske udmåling er givet ved lægefaglig ordination på et respirationscenter / intensivafdelinger. Udmålingskriterierne ift. den kommunale indsats, sigter på at tildele borgeren en sammenhængende hjælp ift. et komplekst hjælpebehov. Jf. Fællesskrivelsen peges der på, at udmålingen sker i samarbejde med borgeren.

Den respiratoriske udmåling er givet ved lægefaglig ordination på et respirationscenter. Udmålingskriterierne ift. den kommunale indsats, sigter på at tildele borgeren en sammenhængende hjælp ift. et komplekst hjælpebehov og skal foretages uden hensyn til at regionen har en hjælper til at overvåge respirationen. Regionens overvågningstimer er således ikke primære i forhold til kommunens overvågning. Kommunen skal derfor udmåle både aktive timer, hvor den kommunale hjemmehjælp er fysisk til stede, og passive timer som f.eks. kørselstid, vente- og overvågningstid samt hvis familie eller venner påtager sig en del af plejen.. Jf. Fællesskrivelsen peges der på, at udmålingen af de aktive timer sker i samarbejde med borgeren.

Hjælpen der leveres i borgerens eget hjem indenfor den kommunale forsyningsforpligtigelse skal til enhver tid afspejle den udmåling af kommunal hjælp, som ligger bevillingsmæssigt til grund for fordelingsnøglen mellem region og kommune.

## **4.2 Andre udgifter**

### *4.1.1. Merudgift forbundet med det at have hjælpere i huset*

Eventuelle udgifter i den daglige husholdning og ved aktiviteter uden for huset er borgerens egne udgifter. Eventuel ansøgning om hjælp til mérudgifter rettes til kommunen. Der henvises til Socialministeriets Vejledning af 9 af 15.02.2011 om Borgerstyret Personlig Assistance, pkt. 90-91.

### *4.1.2. Strømutgifter i relation til behandlingsapparatet*

I følge Afgrænsningscirkulæret nr. 149 af 21. december 2006 er sygehusvæsenet forpligtet til at yde el-refusion til borgeren ift. anvendelse af behandlingsapparatet i "eget hjem". Dette indgår i kontakten herunder fremgår den faste takst på el-refusion.

### *4.1.3. Ferie*

Sygehusvæsenet kan ikke afholde udgifter til eventuelle ekstratimer ved borgers ferier og weekender uden for hjemmet. Eventuelle udgifter til hjælperes ekstratimer, ophold, transport m.v. er borgerens egen udgift. Eventuel ansøgning om hjælp til mérudgifter rettes til kommunen jf. Vejledning 105 af 21. december 2011, pkt. 11.

### *4.2.4 Indlæggelse af borger andre steder en på et respirationscenter*

Den personlige hjælper er i langt de fleste tilfælde borgerens arme og ben og i nogle tilfælde også borgerens tolk og talerør. Det kan være af afgørende betydning for et hensigtsmæssigt forløb, at den kendte hjælper/vikar følger med under indlæggelsen. Dette understreges ligeledes i Fællesskrivelsen af 21. december 2011. Det har været almindelig praksis, at hjælperen/vikaren følger med under borgers indlæggelse i op til 14. dage. Jf. Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk bistand, skal der



hurtigst muligt aftales om aflønning af hjælper/vikar fortsætter uændret efter gældende fordelingsnøg-  
le, eller sygehusafdelingen har brug for hjælpernes tilstedeværelse og refunderer udgiften til hjælper-  
lønnen. Ved BPA-ordning kan kommunen kun udtræde af denne medfinansieringsforpligtigelse  
ved at opsiges hjælperen/vikaren. Da opsigelsesvarslet oftest må forventes at have en længere varig-  
hed end den egentlig indlæggelse, vil det ikke være et egentlig rationale i at opsiges hjælperen/vikaren.

#### *4.2.5 Finansiering af administrationsomkostninger*

I de få forløb, hvor én af sektorerne påtager sig Arbejdsgiveransvaret med ansvar for ansættelse af  
enkelt personer til overvågning og løbende vagtplanlægning m.v., indføres et administrationsbidrag  
fastsat til kr. 69.344 (2013 niveau) årligt pr. borger i 24-timers overvågning og det afregnes efter forde-  
lingsnøglen.

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

#### **4.4 Fakturering**

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

### **5. Evaluering**

Samarbejdsaftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal  
overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr evalueres med henblik på mulig genforhand-  
ling af Det Administrative Kontaktforum 2 år efter ikrafttræden.

Samarbejdsaftalen genforhandles/revideres så snart en ny national vejledning om håndtering af respi-  
ratorbrugere i eget hjem forelægges ellers hvis der sker afgørende ændringer i lovgrundlaget.

## Bilag

# Vejledning for samarbejdet - en konkret anbefaling af, hvordan principperne i SAM:BO kan udmøntes for denne specifikke patientgruppe

## Baggrund

I henhold til Grundaftalen i Sundhedsaftalen 2011-14 i Region Syddanmark er de grundlæggende værdierne i det tværsektorielle samarbejde: gensidig tillid, åbenhed og dialog.

*" Samarbejdet er styret af, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne hvor det fælles mål er sammenhængende borger- og patientforløb"... Ydermere præciseres det, at "Dialogen mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbene, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være løbende og proaktiv, men især sikres omkring de kritiske overgangsfaser mellem sektorer. Denne dialog forudsætter, at der hersker gensidig respekt for og tillid til fagligheden i kommune, almen praksis og sygehus".*

Formålet er, at " Dialogen skal sikre, at alle parter i fornødent omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del af et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri. De involverede parter må udvise en sådan fleksibilitet, at sammenhængen i forløbet og overgangen fra en sektor til en anden sikres i overensstemmelse med det aftalte".

Herudover er der fællesskrivelse fra Sundhedsministeriet og Socialministeriet af 14.januar 1993 vedrører fordelingen af udgifter til hjælpere mellem sygehuse og kommuner, samt Vejledning om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance af 21. december 2011 som alle lægger op til fælles rammebeskrivelser for fællesopgavevaretagelse på området. Formålet er, udover kvalitet, kontinuitet og koordination af borger / patientforløb, at optimere alle processerne i forløbet og lette administrationen i begge sektorer og dermed medvirke til en effektiv ressourceudnyttelse i det offentlige.

Både kommunerne og regionen forpligter sig med samarbejdsaftalen til at behandlings- og plejeindsats kan tilrettelægges enstregnet, der hvor den samlede indsats kan ydes af én og samme hjælper. Det er af stor betydning for kommunerne og regionen, at der sigtes på at etablere en effektiv ressourceudnyttelse, for hvad angår såvel den midlertidige ordning som den faste hjælpeordning.

## Indledning

Når det bliver kendt, at en borger forventes at overgå til behandling i hjemmet, skal der hurtigst muligt etableres kontakt mellem respirationscenter/behandlende afdeling, kommunens koordinerende kontaktperson og sygehusets/regionens koordinerende kontaktperson. Hermed er kommunikationsvejen etableret og alle parter kan starte intern forberedelse.

Når der er taget stilling til patientens overvågningsbehov på grund af respirator, BiPAP eller tracheostomi skal kommunens koordinerende kontaktperson skriftligt orienteres om patienten, f.eks. via en forløbsplan jf. SAMBO.

Der aftales så hurtigt som muligt et koordinerende møde på sygehuset, hvor patient og pårørende samt relevant personale fra kommune og sygehus deltager. Hvis borgeren er på respirationscentret eller hjemme må kommunikationen sikres i andre rammer. Sygehuset vedlægger visitationsskemaet sammen med kontrakten forud for mødet.

Temaer til mødet:

- Læge og sygehuspersonale orienterer om fremtidig behandling.
- Det skal afklares mellem sygehus/respirationscenteret og kommune om der er behov for ansættelse af respiratorhjælpere med særlige faglige kompetencer i forhold til kompleksiteten i patientens sygdom.
- Personale fra kommunen orienterer om, hvilke muligheder der er for denne patient med hensyn til ansættelse af respiratorhjælpere, BPA-ordning og vikarbureau. Hvis patienten har en valgmulighed aftales, hvornår dette valg skal være truffet.
- Forventningsafstemning med pårørende. Kan alle forventninger tilgodeses?
- Hvis ikke hjemmet er kendt i hjemmeplejen, aftales et hjemmebesøg evt. kun med pårørende, så det hurtigt kan afklares, om plejen kan foregå i hjemmet i forhold til APV, eller om der er behov for boligændringer eller anden bolig, om der er behov for hjælpemidler til patienten og APV hjælpemidler som bevilges af kommunen.

## **Hvad skal være i orden før borgeren kan udskrives til hjemmet?**

### **Borgeren**

Borgeren er informeret om diagnose, prognose og livsvilkår ved døgnovervågning. Der er talt med borgeren om, at uden behandling med BiPAP eller respirator vil døden indtræde (lægeansvar). Borgeren er informeret om, at der efter udskrivelsen skal ansættes respiratorhjælpere og at dette kræver en oplæring/ indlæggelse på respirationscentret i ca. 3 uger.

Afklaring af hvordan der skal handles på hjertestop.

Borgeren er informeret om, at borgeren på ethvert tidspunkt kan frasige sig behandling. Hvis dette skulle komme på tale kræver det involvering af praktiserende læge eller respirationscenter, så borger, pårørende og personale ved, hvordan der skal ageres i situationen.

Afklaring af hvilke opgaver pårørende ønsker at løse, om nogen.

Borgeren er informeret om, at der kan blive nogle afledte udgifter i form af øget vand/ sæbe/ toiletpapir o.a. forbrug som følge af at have hjælpere i hjemmet.

I hjemmet skal der foreligge skriftlig information om:

- Respirationscenter Vest, døgndækket Hotline tlf. 78451350.
- Behandlende afdeling og Intensiv afdeling på lokalsygehuset
- Telefonnumre til
  - depotet
  - apotek
  - praktiserende læge
  - hjemmeplejen

### **Sygehuset**

Overvågningen skal være på plads, evt. midlertidig ordning, som fungerer til faste hjælpere er ansat. Behandlingsapparat og nødvendigt tilbehør skal være på plads.

Afklaring af om borgeren er omfattet af målgruppen for forslag til socialmedicinsk sagsbehandling LÆ 165, set evt. samarbejdsaftalen om alvorligt syge og døende

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm338071> .

Sygehuset udfærdiger og udleverer skriftlige procedurer for, hvordan hjælperne skal agere ved

- problemer med borgerens respiration
- anden sygdom hos borgeren
- svigt af respirator, sug, ilt osv.
- bestilling af ekstra utensilier

### **Kommunen**

Aftaler med vikarbureau/respiratorhjælper, hvilke ydelser der skal ydes i hjemmet udover overvågning.

Afklaring af om respirationshjelperne har behov for kursus i behandling af hjertestop, førstehjælp, forflytninger.

Afklaring af om respirationshjelperne har behov for at være med på lokalsygehuset/ eller sammen med vikarbureauet i hjemmet i plejesituationen inden oplæring, så der er tryghed ved forflytning af borger f.eks. med tracheostomi og respirator.

Kommunen afgør om 24 timers overvågning sidestilles med institutionsophold, og der derfor ikke bevilges terminalplejeorlov sammen med dette.

Kommunen udfærdiger og udleverer skriftlig procedure for, hvordan respiratorhjelperne skal agere ved:

- problemer med personlige plejeopgaver
- behov for hjælpemidler
- behov for hjælp af 2. person
- APV i borgerens hjem
- gaveerklæring
- tavshedserklæring
- nødkald
- kørekortregler for kørsel med handicapbus hvis brugeren har det / kørekortserklæring
- Hvis kommunen har arbejdsgiveransvaret skal følgende også beskrives
  - Vagtdækning: skal respiratorhjelperne være selvdækkende?
  - Sygemelding / raskmelding: til hvem og hvornår
  - Ferieafvikling: hvordan og til hvem og hvem har ansvar for regnskab
  - Planlægning af FO.-dage (fridage i henhold til overenskomsten): hvem har ansvaret?
  - Dokumentation (journalføring)

### **Efter udskrivelsen**

De koordinerende Kontaktpersoner aftaler, hvornår det er relevant at lave visitationsbesøg i hjemmet til afklaring af, hvilke behov borgeren har, og hvad der bevilges af kommunen i forhold til Serviceloven, så udgifterne mellem kommune og region kan fordeles. Kommunen fremsender snarest muligt visitationsskemaet til den regionale kontaktperson, så oplysningerne kan indgå i samarbejdskontrakten.

Der skal en gang årligt laves re-visitiation på ydelser efter Serviceloven for at vurdere om borgerens behov tilgodeses, eller er ændrede, og om dette ændrer på finansieringsaftalen mellem kommune og region. Kommunen orienterer den regionale kontaktperson via visitationsskemaet.

Der skal en gang årligt tages stilling til om behovet for overvågning stadig er til stede, og om omfanget er ændret. For børn og unge kan behovet vurderes løbende via de løbende kontroller på sygehuset.

Sygehuset orienterer kommunen herom via visitationsskemaet.

## Cases

**Nedenfor anskueliggøres at de enkelte patientforløb er meget forskellige og problemløsningen bør være fleksibel.**

### Case 1

Borger født med muskelsvind. Har siden han var 18 år haft **Borgerstyret Personlig Assistance** og har 4 hjælpere ansat. Skal nu i respirator. Borgeren ønsker at fortsætte med sin BPA-ordning og hjælperne er interesserede i og kompetente til at blive oplært i respiratorbehandlingen.

1. Planlagt overgang til respirator. Borger og kommune ansætter yderligere hjælpere og alle følges til oplæring på RCV.
2. Akut overgang til respirator. Borgeren overvåges af vagter under indlæggelse og udskrives evt. til eget hjem med vikarbureau, i ventetiden på oplæringsophold på RCV. Under indlæggelsen følger hjælperne ikke med, men skal evt. afspadsere/holde ferie. Sygehuset *kan* anmode om, at hjælperne følger med og varetager plejen og så betaler sygehuset deres løn jf. samarbejdsaftalen om ledsagelse og af praktisk hjælp i forbindelse med sygehusbehandling. Kommunen *kan* lade borgerens hjælpere klare pleje og aktiviteter. Dette giver dobbelt bemanding på nogle tidspunkter og større udgift for region og kommune. Denne løsning kan dog være en mulighed for at imødekomme borgerønsket og fastholde eksisterende hjælpere. Efter oplæringsophold på respirationscenter overtager de overvågningen fra vikarbureauet.

### Case 2

Borger får konstateret amyotrofisk lateral sklerose ALS. Klarer sig i hjemmet med få timers hjælp fra hjemmeplejen. Indlægges. Der ordineres BIPAP-behandling 2 x 1 time i døgnet og borger kan ikke selv tage maske af og på. Hjemmeplejen er hos borger under behandlingen og udgiften hertil refunderes af lokalsygehuset.

### Case 3

Borger får konstateret amyotrofisk lateral sklerose ALS. Klarer sig i hjemmet med få timers hjælp fra hjemmeplejen. Der ordineres BIPAP-behandling døgnet rundt. Borger kan ikke selv tage masken af og på. Borger ønsker ikke BPA-ordning. Udskrives fra sygehuset med vikarkorps, som sygehuset er ansvarlig for indtil kommunen har ansat hjælpere, som skal oplæres til at overtage behandling og pleje. Udgiften, til de timer hvor vikarkorpset løser plejeopgaver, deles.

### Case 4

Barn på 1 år udskrives efter 1 år på sygehuset. Har tracheostomi og behov for sugning akut. Forældre er ansvarlige for pleje og aktivering af barnet og får evt. Tabt Arbejdsfortjeneste efter Serviceloven. Udskrives med vikarbureau. Kommune og sygehus må i samarbejde med forældrene vurdere,

om der er grundlag for at der skiftes til at der ansættes hjælpere af kommunen. Kommunen leverer ingen pleje.

### **Dilemmaer vedr. ansættelse af respiratorhjælpere**

- Ved anvendelse af vikarbureauer til at løse behovet for respiratorhjælpere i patientens hjem, vil timelønnen ofte overstige den løn kommunen normalt ville skulle betale for hjælpere ansat i henhold til §§ 94, 95-96. Derfor har kommunen ikke altid et ønske om at anvende denne løsning.
- Pga. sundhedsvæsenets krav til de ansattes kompetencer kan timelønnen overstige det niveau, som kommunen generelt har fastsat for sine hjælperordninger.
- Hjælpere i BPA-ordninger opsiges ofte hvis borgeren bliver indlagt til længerevarende behandling eller venter på plads på RCV. Hverken kommunen eller sygehus skal/vil betale løntimer til personer, der ikke løser opgaven. Men det kan blive dyrere og dårligere i den sidste ende, hvis der skal ansættes og oplæres nye hjælpere eller bruges vikarbureau. Det skal i hver enkelt sag vurderes af lederen på sygehusafdelingen, om der er behov for hjælperne på afdelingen under indlæggelsen, så regionen påtager sig hele lønudgiften under indlæggelsen jf. samarbejdsaftalen om ledsagelse og af praktisk hjælp i forbindelse med sygehusbehandling.
- Dilemmaerne kan mindskes ved god dialog imellem begge sektorer og borgeren.
- Der har været problemer med at kunne indgå aftaler med vikarbureauer, der kunne løfte overvågningsopgaven i forhold til respiratorbrugere i Vestjylland.

### **Temaer, der anbefales at indgå, hvis man laver aftaler med et vikarbureau**

- At kunne levere personale som hurtigt kan oplæres til at kunne tilgodese netop denne borgers behov.
- At der er sikker vagtdækning.
- At antallet af personer i det enkelte hold begrænses.
- Der kan være ændring i hvilken faggruppe, der skal levere hjælpen på kort og på lang sigt.
- Opsigelsesvarsel begrænses mest muligt. Der er mulighed for alternativ udnyttelse af arbejdskraften i opsigelsesperioden.
- Borgeren præsenteres for hjælpere, som skal begynde i hjemmet, så der er mulighed for at vurdere om kemien passer. Hjælperne deltager efter aftale på sygehuset, når borgeren indlægges.
- Supervision.
- Forebyggelse af sengelejets komplikationer.
- At vikarbureauet er loyal overfor de beslutninger der er truffet af henholdsvis sygehus og kommune.
- At vikarbureauet håndterer eventuelle samarbejdsproblemer mellem vikarer og familie eller hjemmeplejen loyalt.
- At fremsendte faktura er overskuelige mht. periode, timeforbrug, sygeløn, refusioner og moms.

### **Referencer**

Afgrænsningscirkulæret. Indenrigs- og Sundhedsministeriets cirkulære 2 af 21. december 2006 om Afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, pkt. 2.1.3.

BPA-vejledningen. Socialministeriets vejledning 94 af 10. november 2009 om borgerstyret personlig assistance, pkt. 4, 20, 22, 24, 25, 90, 91 samt Sundhedsministeriets afsnit pkt. 149-156

Fællesskrivelserne fra Socialministeriet og Sundhedsministeriet af hhv. 14. januar 1993 og 14. juni 1996 vedr. fordeling af udgifter til personlige hjælpere til respiratorbrugere, der opholder sig i eget hjem.

Socialministeriets vejledning 10 af 15. februar 2011 om særlig støtte til voksne, pkt. 68, pkt. 121 og pkt.125.

Socialministeriets vejledning 11 af 15. februar 2011 om særlig støtte til børn, pkt. 188-190.

Respirationscentrenes kompetence og ansvar: Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning 15875 af 19.december 1990 om Visitation og sygebehandling af patienter, som lider af kronisk respirationsinsufficiens.

BPA\_vejledningen Socialministeriets Vejledning 9 af 15.februar 2011 om borgerstyret personlig assistance. Særligt punkterne 4, 9, 20, 22, 24, 25, 90, 91 samt Sundhedsministeriets afsnit pkt. 149-156.

Vejledningen om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance. Vejledning 105 af 21. december 2011.

Bekendtgørelse om den kommunale udmåling af BPA-tilskud nr. 647 af 25. juni 2012.

[www.regionsyddanmark.dk/sambo](http://www.regionsyddanmark.dk/sambo) , Region Syddanmark og kommunernes samarbejdsaftale om tværsektoriel patientforløb.

<http://regionsyddanmark.dk/wm373177> Samarbejdsaftalen om ledsagelse og af praktisk hjælp i forbindelse med sygehusbehandling.

[www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk)

## Notat

### Kommunal position og handlemuligheder vedr. ny bekendtgørelse for fælles hjælpeordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens.

#### Indledning.

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum har bedt en hurtigt nedsat fælleskommunal arbejdsgruppe (herefter: *arbejdsgruppen*) om at se på, hvilke kommunale problemstillinger og handlemuligheder, der er i forbindelse med ikrafttrædelsen 31. august 2015 af den nye bekendtgørelse og vejledning vedrørende *Fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens* og på denne baggrund Region Syddanmarks forslag til midlertidig samarbejdsaftale, som er blevet tilsendt kommunerne efter mødet i Det Administrative Kontaktforum den 11. november.

Indledningsvist skal det nævnes, at Det Administrative kontaktforum (DAK) på mødet den 11. november godkendte, at Følgegruppen for Behandling og Pleje nedsætter en arbejdsgruppe, som skal arbejde med udarbejdelsen af en ny permanent samarbejdsaftale til erstatning for den eksisterende samarbejdsaftale, som blev udarbejdet under den tidligere Sundhedsaftale (2011-2014), og godkendt af DAK den 9. januar 2013. Der er blevet udarbejdet et fælles tværsektorielt udkast til kommissorium for denne arbejdsgruppe, som kommer på dagsorden for mødet i DAK den 29. januar 2016. Hvis arbejdsgruppen bliver nedsat på mødet den 29. januar, så er det planlagt, at arbejdsgruppen skal komme med forslag til ny samarbejdsaftale til mødet i DAK 15. juni.

*Problemstillingen er således nu, hvilke midlertidige aftaleforhold, der skal gælde mellem Region Syddanmark og de 22 medlemskommuner fra den nye bekendtgørelses ikrafttræden og indtil tiltrædelsen af den nye samarbejdsaftale mellem de to parter.*

#### Definition på en fælles hjælperordning

En fælles hjælperordning for borgere med kronisk respirationsinsufficiens dækker over de borgere, som har kronisk respirationsinsufficiens, hvor det *samlede* behandling og plejeindsats kan ydes af *en* hjælper og, hvor borgerens sundheds- og plejebehov er omfattet af både sundhedsloven og lov om social service.

#### Den væsentligste ændring med den nye bekendtgørelse – en fast fordelingsnøgle for de økonomiske udgifter.

Den 14. november 2014 blev der indført en ændring af Sundhedsloven, som blandt andet betyder, at der skal indgås aftale med Regionsrådet og kommunalbestyrelsen i regionen om tilrettelæggelse af



hjelperordninger i hjemmet til borgere, som både har respiratorhjælpere efter § 79, stk. 1, og hjælpere efter §§ 83, 85, 95 eller 96 i lov om social service. Som noget nyt medførte lovændringen, at der skal fastsættes regler for fordelingen af udgifterne til hjælperordningerne til de berørte borgere, som er omfattet af lovændringen, mellem den stedlige Region og den berørte kommune.

Den nye bekendtgørelse og tilhørende vejledning trådte i kraft den 31. august 2015 og indeholdt netop som noget nyt en *fast* fordelingsnøgle for fordelingen af udgifterne mellem hhv. Region og den enkelte kommune for den enkelte borger. Baggrunden for at indføre en fast fordelingsnøgle skyldes ønsket om at forenkle de administrative sagsge og reducere de administrative omkostninger ved indgåelse af kontrakterne. Den nye bekendtgørelse indeholder (bekendtgørelsens § 5) en fast fordelingsnøgle på 67 %, Region, og 33 %, kommunen, af *de samlede fælles* udgifter til fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens *i så fald*, at den stedlige Region og kommunerne ikke selv aftaler en anden fast fordelingsnøgle. Det understreges i vejledningen til bekendtgørelsen, at en fast fordelingsnøgle netop skal omfatte de samlede udgifter, og derved følge ånden i den nye bekendtgørelses nye tiltag.

#### Ændringer i den overordnede nuværende og fremtidig økonomiske byrdefordeling mellem Region Syddanmark og kommunerne.

Den overordnede byrdefordeling mellem Region Syddanmark og de 22 medlemskommuner til udgifterne på området er *i dag* hhv. ca. 81 og 19 % eller hhv. 173,7 mio. kr. og 40,3 mio. kroner. Da kommunerne således i dag betaler en væsentlig mindre del af de nuværende samlede udgifter end bekendtgørelsens andel til kommunerne på 33 %, så vil det ikke være i kommunernes interesse at gå med til at fordelingsnøgle, som ligger over 33 %. Bekendtgørelsens faste fordelingsnøgle fungerer hermed som en tilbagefaldsregel set fra kommunal side. Omvendt må det forventes, at man fra Regional side vil søge at maksimere overvæltningen af de økonomiske udgifter på kommunerne mest muligt og derved som minimum acceptere den nævnte faste fordelingsnøgle på 67/33.

Denne nye centralt dikterede fordelingsnøgle vil medføre, at de kommunale udgifter vil stige med 30,3 mio. kr. til 70,6 mio. kr. eller med ca. 75 %. Dette må da også forventes at udgøre grunden til, at Region på baggrund af den nye bekendtgørelse som en del af Regionens sparekatalog for 2016 forventer at kunne opnå en besparelse på udgifterne til området (Regionens sparekatalog forventes offentliggjort den 8. januar).

(Beregningerne her skal anvendes med varsomhed, da de er udført ud fra det samlede antal med borgere og tilhørende udgifter november 2015, oplysninger Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har indhentet ved henvendelse til Region Syddanmark. Men alt i alt må man forvente en væsentlig kommunal udgiftsstigning til området, når en større andel af de nuværende udgifter på den enkelte borger med kronisk respirationsinsufficiens væltes over på kommunerne).

Tabel 1:

Nuværende og fremtidig fordeling af udgifterne mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner for borgere med kronisk respirationsinsufficiens

(Antal: 104, total udgifter: 213.976.513 kr.; oplysninger indhentet fra Region Syddanmark, 27. nov. 2015 )

<b>Byrdefordeling</b>	<b>Regionen</b>	<b>De 22 kommuner</b>
Nuværende udgiftsfordeling i %	81,2 %	18,8 %
Nuværende udgiftsfordeling i kr.	173.702.203 kr.	40.274.282 kr.
Nuværende gennemsnitlig udgift pr. borger	1.670.213 kr.	387.253 kr.
Ny bekendtgørelse - 67/33	67 %	33 %
Ny udgiftsfordeling i kr.	143.364.264 kr.	70.612.221kr.
Fremtidig gennemsnitlig udgift pr. borger	1.378.503 kr.	678.964 kr.
Udgiftsfald hhv. stigning i kr.		
Total	-30.337.966 kr.	+30.337.966 kr.
Gennemsnitlig pr. borger	-291.711	+291.711
Udgiftsfald hhv. stigning i %	17,5 %	+75,3 %

En fast fordelingsnøgle vil slå igennem på forskellig vis hos medlemskommunerne.

Ud fra de foreliggende oplysninger, som er kommet arbejdsgruppen i hænde via det Fælleskommunale Sundhedssekretariat, så vil der være forskelle mellem de 22 medlemskommunerne i hvilket omfang de påvirkes af indførelsen af den faste økonomiske udgiftsfordelingsnøgle. De forventende kommunale merudgifter til området vil således blive fordelt ujævnt ud over de 22 medlemskommuner. Det kan heller ikke afvises, at nogle medlemskommuner måske endog vil opleve, at deres udgifter til området reduceres i så fald, at deres andel af de samlede udgifter til borgere i deres kommune omfattet af bekendtgørelsen i dag overstiger 67 %. Dog må det umiddelbart forventes, at mange kommuner vil få stigende udgifter til området, men netop i meget varierende grad. Endelig vil nogle kommuner kun opleve mindre ændringer.

Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat har forespurgt kommunerne, hvor mange borgere, de har – i nov. 2015 – som er omfattet af bekendtgørelsen og kommunernes udgiftsfordeling til området i dag. Dette

er bl.a. gjort med henblik på fremtidig dokumentation i forhold til evaluering af den nye bekendtgørelse 2 år efter dens ikrafttrædelse og med henblik på evt. fremtidig DUT-kompensation i så fald, at man i KL-regi vil forfølge dette.

#### Få omfattede borgere og stor variation i borgerprofilerne som årsag til den kommunale variation i økonomiske udgifter til området.

Hovedårsagen til, at kommunerne vil blive påvirket forskelligt af den nye bekendtgørelse, skyldes et samspil mellem på den ene side, at hver kommune typisk kun har få borgere, som er omfattet af bekendtgørelsen, at der er forholdsvis store offentlige udgifter forbundet til behandlingen af hver enkelt borger, forskellige udformede kontrakter på tværs af regionen (tilstedeværelse af en mulig tilfældig historik fra kommune til kommune, fra en del af regionen til en anden – dette vides dog ikke med sikkerhed), og – først og fremmest –, at der er meget stor *variation* mellem de enkelte borgere med kronisk respirationsinsufficiens og deres pleje- og omsorgsbehov og de tilknyttede kommunale udgifter til hver af disse (hvis ikke respirationscentret har vurderet, at der er behov for sundhedsfagligt personale).

#### Hvad der lægger fast som følge af bekendtgørelsen og vejledning:

- Det er og vil forsat være de såkaldte respirationscentre i hhv. Øst- og Vestdanmark som fastlægger omfanget og typen af selve respirationsbehandlingen. Det er læger disse steder som afgør, om der er behov for overvågning eller ej. Det er altså en faglig ekstern vurdering uden for den enkelte kommune, som ligger til grund for fastlæggelsen af udgifterne i forhold til vedligeholdende behandling og overvågning i forbindelse med den kroniske respirationsinsufficiens. Det er forsat fremover hovedsagligt ufaglært personale, som bliver rekrutteret og oplært til opgaven med respirationsovervågningen.
- Den økonomiske fordelingsnøgle – uanset om regionen og kommunerne i regionen selv aftaler fordelingsnøglen, eller om parterne anvender den centralt fastsatte fordelingsnøgle – **gælder** efter bekendtgørelsens ikrafttræden **for alle fælles hjælperordninger** efter de angivne bestemmelser i sundhedsloven og serviceloven, **uanset om aftalerne er indgået før eller efter bekendtgørelsens ikrafttræden** jf. *Vejledningens* afsnit 7.1 ("Omkostninger som skal fordeles"). Dette har Region Syddanmark fået bekræftet efter en henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet.
- Jf. vejledningens pkt. 7.2: Hvis Region og kommunerne i regionen har *aftalt* en fordelingsnøgle, er der således efter bekendtgørelsens § 3, stk. 2 (alene) mulighed for at aftale *særlige* principper for fordeling af udgifterne i følgende tilfælde:
  - 1) ved opstart af fælles hjælperordning,
  - 2) i den periode det tager at oplære et hjælperhold til at varetage respirationsbehandling i hjemmet,
  - 3) hvis borgeren bliver indlagt på sygehus eller
  - 4) hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 er forskellige.

- Den nye faste fordelingsnøgle gælder maksimalt indtil 24 timer i døgnet. Dette betyder at bevilligede timer her ud over frem over skal dækkes fuldt ud af kommunen, hvor ved den potentielle overvæltning af de økonomiske udgifter kan være større end den umiddelbart beregnede og opstillede. Eksempel kan der opstå udgifter, hvor borgeren skal transporteres i bil til for eksempel en aktivitet, hvor der så skal være både en hjælper, som fører bilen, og en hjælper, som er ved borgerens side og overvåger borgeren.

#### Kommunale konstateringer:

- Kommunerne har forsat brug for en samarbejdsaftale, en samarbejdsaftale som kan skabe nogle generelle og stabile rammer for samarbejdet om de borgere, som er omfattet af bekendtgørelsen.
- Da man fra central side nu har fastlagt en fast fordelingsnøgle for fordeling af udgifterne, der skal omfatte alle, som der står i bekendtgørelsen, *samlede* udgifter til borgeren med kronisk respirationsinsufficiens, så er det vigtigt, at man får dokumenteret alle udgifter, som er omfattet af bekendtgørelsen, omkring den enkelte ordning. De udgifter, som kan medtages ud over udgifter dækket af Sundhedsloven er udgifterne knyttet til de paragraffer fra Serviceloven, som bekendtgørelsen direkte omtaler. Dette er paragrafferne §§83, 85, 95 og 96 i lov om social service.
- Den faste fordelingsnøgle nævnt i bekendtgørelsen vil fremover – hvis Region og Kommune ikke aftaler andet (men som nævnt tidligere har kommunerne ikke incitament her til) – finde anvendelse for alle individuelle aftaler, herunder alle eksisterende aftaler jf. vejledningen til bekendtgørelsen.
- Den nye bekendtgørelse er blevet til ud fra store forskelle mellem byrdefordelingen mellem hhv. den stedlige Region og den pågældende kommune ude i landet, som har været inddraget via KL som grundlag for det kommunale høringssvar.

#### Kommunale handlemuligheder.

**De kommunale handlemuligheder vurderes til at være meget begrænset**, men kan omfatte følgende:

- Da det grundlæggende er kommunerne, som administrerer ordningerne, så er det vigtigt at få sat fokus på og dokumenteret *alle de kommunale administrative udgifter*, der er forbundet med at drive ordningerne. Af alle andre udgifter ud over de sundhedsmæssige udgifter, som er forbundet med respirationsbehandlingen, dækkes udgifter i den enkelte ordning kun af de udgifter, som er omfattet af de paragraffer fra Lov om Social Service, som er omtalt i bekendtgørelsen. I forhold til administrative udgifter til at drive den enkelte ordning, så er det Esbjergs Kommunes erfaring, at det er dobbelt så dyrt at drive en ordning i forhold til det beløb (68.000 kr.), som der er aftalt mellem Region Syddanmark og Esbjerg Kommune.
- At der fremadrettet fokuseres på at få dokumenteret kommunernes stigende udgifter til området med henblik på evalueringen af den nye bekendtgørelse i 2017 og med henblik på evt. DUT-kompensation. (Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat har som tidligere nævnt foretaget en indhentning af dokumentation fra kommunerne, som kan anvendes til dette).

- At man overfor Regionen henviser til samarbejdets ånd i forhold til det *løbende* tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.
- At man kommunal side forventer og henviser til, at eksisterende aftaler og kontrakter overholdes, indtil der foreligger en ny samarbejdsaftale, som man allerede er enige om, at en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Behandling og Pleje skal udarbejde. Dette vil endvidere henise til almindelige juridisk kutyme, at aftaler mellem to parter skal overholdes. Denne position udfordres dog klart af den nye bekendtgørelse og af den medfølgende vejledning, hvor både den direkte juridiske tekst og målet med den nye bekendtgørelse er administrativ forenkling til gavn for borgeren. Denne position blive udfordret af, at man ikke skal ind og genforhandle om indholdet i de eksisterende aftaler, men at den ny bekendtgørelse *alene* grundlæggende set har betydning for delingen af de økonomiske mellemværender mellem to offentlige kasser.
- Vi har allerede en eksisterende fungerende samarbejdsaftale, og dermed vurderer man, at § 5 i den nye bekendtgørelse ikke kan tages i anvendelse, og videre at den eksisterende aftale gælder indtil den er opsagt eller, at der er indgået en ny aftale. Dog må igen her bemærkes, at den nye medfølgende vejledning til bekendtgørelsen omtaler, at den faste fordelingsnøgle på 67/33 også skal finde anvendelse på alle eksisterende kroniske respirationsordninger. Endvidere indeholder den eksisterende samarbejdsaftale en passus til sidst om, at den skal genforhandles, hvis der kommer nyt nationalt juridisk grundlag for aftalen.
- Udfordrer de takstafregninger, som sker til private aktører i forhold til de borgere med kronisk respirationsinsufficiens, som anvender ordningen vedrørende Brugerstyret Personlig Assistance (BPA-ordningen). Odense Kommune har erfaring med dette. Esbjerg Kommune anvender her niveauerne fra overenskomsten for ansat personale og har endvidere en aktiv dialog med de berørte borgere med kronisk respirationsinsufficiens omkring opgavebyrden som arbejdsleder ved brug af BPA-ordningen.

#### Kommentarer til det forslag til midlertidig aftale, som kommunerne har modtaget fra Regionen.

Kernen i Regionens forslag til midlertidig aftale er følgende (citater, side 2):

*”Eksisterende aftaler om fælles hjælpeordninger videreføres frem til en ny samarbejdsaftale foreligger. Herefter efterreguleres økonomien for aftalerne med tilbagevirkende kraft til 31. august 2015, hvor bekendtgørelsen trådte i kraft. For nye aftaler, som indgås frem til ny samarbejdsaftale foreligger, gælder fordelingsnøglen 67/33, altså at regionen afholder 67 pct. af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger og kommunerne afholder 33 pct. af de samlede udgifter, dog maksimalt 24 timer pr. døgn. Når ny aftale foreligger med endelig fordelingsnøgle, efterreguleres økonomien også for disse aftaler.”*

Man kan her fremføre det kommunal synspunkt, alle eksisterende og nye aftaler skal indgås efter den nuværende samarbejdsaftale og aftale for byrdefordeling.

# Formandskabsbehandlet - Godkendelse af kommissorium for tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe

Det administrative Kontaktforum besluttede på sit møde den 11. november, at der er behov for at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal følge og understøtte implementeringen af Fælles Medicin Kort (FMK). Arbejdsgruppen skal bl.a. gøre dette ved at sikre, at der er en tæt kobling mellem den viden, arbejdsgruppen opnår via sit arbejde og ud fra samarbejdet med de lokale Samordningsfora, SOF'erne omkring implementeringen af FMK lokalt. DAK skal på mødet den 29. januar tage stilling til kommissoriet for en sådan arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen placeres under Følgegruppen for behandling og pleje.

## **Sagsfremstilling DAK**

Implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) omfatter mange parter. Sundhedskoordinationsudvalget, Det Administrative Kontaktforum (DAK) og de lokale samordningsfora udgør de regionale, tværsektorielle fora, der har FMK-implementeringen på dagsordenen.

Sygehusene og kommunerne har egne, interne FMK-organisationer til at understøtte korrekt anvendelse af FMK. Praksisafdelingen i Region Syddanmark samarbejder med PLO Syddanmark, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og lægepraksissystemerne om at understøtte korrekt anvendelse af FMK i praksissektoren.

Hver sektor tager således hånd om FMK-relaterede problemer i egen organisation. Men der mangler en handlekraftig gruppe af FMK-nøglepersoner, som kan hjælpe parterne på tværs af sektorerne, når der er behov for hurtige afklaringer eller fælles udmeldinger. På den baggrund besluttede DAK på møde den 11. november 2015, at der under Følgegruppen for behandling og pleje skal nedsættes en proaktiv FMK-gruppe til at følge og understøtte de forskellige sektors implementering af FMK.

FMK-gruppen skal sikre en tæt kobling mellem den viden, man opnår i arbejdsgruppen og FMK-arbejdet i de lokale samordningsfora (SOF).

Der er nu udarbejdet et kommissorium for FMK-arbejdsgruppen.

## **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender kommissoriet for den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe

---

## **Kommunale kommentarer**

I kommissoriet for den tværsektorielle FMK arbejdsgruppe er udarbejdelse af en samarbejdsaftale for FMK (som er blandt de 6 prioriterede indsatser i Sundhedsaftalen) ikke en del af opgaverne. Det vil sige, at der snarest muligt bør nedsættes en arbejdsgruppe, som kan udarbejde en sådan samarbejdsaftale. Den tværsektorielle arbejdsgruppe for FMK anbefales besat med forholdsvis drifts/IT-kyndige repræsentanter, og det vurderes, at det er en anden type repræsentanter, som skal udarbejde en samarbejdsaftale.

Formandskabet indstiller, at der i kommissoriet tilføjes en beskrivelse af, at arbejdsgruppen skal sikre, at der skabes sammenhæng mellem arbejdsgruppens arbejde og arbejdet med FMK i Praksisplanudvalget.

## ***Indstilling***

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At udkastet til kommissorium godkendes, under forudsætning af en tilføjelse jf ovenstående kommentarer

## UDKAST

Kommissorium for tværsektoriel, proaktiv FMK- gruppe

### Baggrund

Implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) omfatter mange parter. Sundhedskoordinationsudvalget, Det Administrative Kontaktforum (DAK) og de lokale samordningsfora udgør de regionale, tværsektorielle fora, der har FMK-implementeringen på dagsordenen.

Sygehusene og kommunerne har egne, interne FMK-organisationer til at understøtte korrekt anvendelse af FMK. Praksisafdelingen samarbejder med PLO Syddanmark, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og lægepraksissystemerne om at understøtte korrekt anvendelse af FMK i praksissektoren.

Herudover har MedCom i programmet for MedCom 10 (2016-2017) fokus på korrekt anvendelse af FMK i hjemmeplejen og praksissektoren.

Hver sektor tager således hånd om FMK-relaterede problemer i egen organisation. Men der mangler en handlekraftig gruppe af FMK-nøglepersoner, som kan hjælpe parterne på tværs af sektorerne, når der er behov for hurtige afklaringer eller fælles udmeldinger. På den baggrund besluttede DAK på møde den 11. november 2015, at der under Følgegruppen for behandling og pleje skal nedsættes en proaktiv FMK-gruppe til at følge og understøtte de forskellige sektors implementering af FMK. FMK-gruppen skal sikre en tæt kobling mellem den viden, man opnår i arbejdsgruppen og FMK-arbejdet i de lokale samordningsfora (SOF).

### Formål

Formålet med FMK-gruppen er, at:

- Være proaktiv i forhold til tværsektorielle problemer og gode erfaringer med korrekt anvendelse af FMK
- Opsamle, dele og løse problemer i tæt samarbejde med den regionale FMK-organisation og kommunale FMK-nøglepersoner
- Videreformidle problemstillinger (og løsninger) til ledelses- og implementeringsrepræsentanter (SOF'erne) ved behov
- Melde tilbage til brugere, som har rejst en given problemstilling
- Kommunikere viden om og gode erfaringer med korrekt anvendelse af FMK

### Opgaver

FMK-gruppens opgaver afhænger af de løbende problemer og gode erfaringer, der gøres med det tværsektorielle samarbejde om FMK, - nationalt, regionalt og lokalt. Gruppen arbejder med temaer, som gruppen selv bliver opmærksom på eller som kommuner/praksis/sygehuse/apoteker melder ind til gruppen.

FMK-gruppen arbejder sammen med MedCom om at understøtte korrekt anvendelse af FMK.

FMK-gruppen sikrer tilbagemelding og udbredelse af korrekt anvendelse af FMK til brugerne af FMK via sektorernes FMK-organisation.

### Sammensætning

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra kommuner, region, praksissektor og apoteker i primærsektoren med indgående kendskab til den konkrete anvendelse af FMK i egen sektor.

MedComs FMK-team kan på ad hoc-basis indgå i et samarbejde med FMK-gruppen, hvor det skønnes relevant.

Gruppens sammensætning:

- 1-2 repræsentanter fra kommunerne (fx FMK-projektleder eller leder af hjemmeplejen)
- 1 -2 repræsentanter fra sygehusene (fx regional FMK-projektleder eller FMK- projektleder fra en sygehusenhed)

- 1-2 repræsentanter for praksissektoren (fx en praksiskonsulent eller kvalitetskonsulent med FMK-opgaver i almen praksis eller FAPS-repræsentant)
- 1 datakonsulent (regional kontaktperson for FMK i praksissektoren)
- 1 repræsentant fra apotekerne i primærsektoren (fx en kredskonsulent eller en apoteker)

Tovholdere for gruppen:

Christina Ryborg, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Bente Overgaard Larsen, Sundhedsstaben i Region Syddanmark. Tovholderne er bl.a. ansvarlige for løbende orientering af Følgegruppen for behandling og pleje.

### **Reference**

FMK-gruppen refererer til Følgegruppen for behandling og pleje, som refererer til DAK.



## Aftaler om blodprøvetagning i eget hjem

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte og godkende forslag til aftale om blodprøvetagning i eget hjem. DAK nedsatte i september 2014 en arbejdsgruppe, som havde til formål at udvikle en fælles syddansk model på området samt formulere et forslag til fælles aftale her for. Den udarbejdede aftale er en frivillig aftale, som den enkelte kommune selv beslutter, om man vil gøre brug af. Økonomisk opererer aftalen med en takstmodel, hvor der betales pr. bestilt blodprøvetagning eksklusiv transport. En sådan økonomisk model er nyt i denne sammenhæng. Der kan være diskussion om, hvad kostprisen på ydelsen vil være.

### **Sagsfremstilling DAK:**

Der har på alle sygehusenheder i Region Syddanmark været ordninger, hvorunder sygehuspersonale er kørt ud og har taget blodprøver på svært transportable patienter i deres eget hjem. Ordningerne har været meget forskellige, bl.a. i henseende til, hvad de har dækket geografisk og ydelsesmæssigt.

Imidlertid forpligtede Region Syddanmark i den tidligere sundhedsaftale med Odense Kommune sig til at tage initiativ til harmonisering af de nuværende ordninger vedr. blodprøvetagning i eget hjem.

På denne baggrund nedsatte Det Administrative Kontaktforum den 25. september 2014 en arbejdsgruppe, som fik til opgave at formulere et forslag til en aftale om en fælles, syddansk model for blodprøvetagning i eget hjem, som kunne indgå i bilagsmaterialet til den sundhedsaftale, som er gældende i perioden 2015-2018.

Arbejdsgruppen har haft følgende medlemmer:

#### *Fra kommunerne:*

Socialoverlæge Lene Annette Norberg, Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune (Kommunal medformand)

Sundheds- og plejeforfatter Bente Fournaise, Sundhed og Pleje, Kerteminde Kommune

Plejeforfatter Marianne Hansen, Plejen, Fredericia Kommune

Hjemmesygeplejeforfatter Anni Kjærgaard Sørensen, Esbjerg Kommune

Plejeforfatter Børge Moos, Sønderborg Kommune

#### *Fra PLO:*

Almen praktiserende læge Ditte de Churruca-Colon, PLO-Syddanmark

#### *Fra Region Syddanmark:*

Chefkonsulent Annette Lunde Stougaard, Afdelingen for Sundhedssamarbejde og kvalitet, Region Syddanmark (Regional medformand)

Ledende overlæge Steen Antonsen, Klinisk-Biokemisk Afdeling, OUH-Svendborg

Vicekontorchef Lejf Hansen, Økonomi- og Planlægningsafdelingen, Sygehus Lillebælt

AC-fuldmægtig Niels Grimstrup, Direktionssekretariatet, Sydvestjysk Sygehus

Centerchef Susan Cording, Laboratoriecentret, Sygehus Sønderjylland

Chefkonsulent Tine Canvin, Praksisafdelingen, Region Syddanmark

Økonomisk konsulent Esben Fuglsig, Sundhedsøkonomi, Region Syddanmark

Specialkonsulent Arne Vesth Pedersen, Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark

Udgangspunktet i arbejdet har været at formulere en praktisk anvendelig ordning, som kan gøre det muligt for sårbare og svært transportable patienter at undgå unødigt transport. Samtidigt har det været et centralt ønske, at alle kommuner i Region Syddanmark får et ensartet tilbud i forhold til de vilkår, hvorunder udgående sygehuspersonale kan varetage blodprøvetagningsopgaven.

Arbejdsgruppen er i enighed nået frem til et forslag til en fælles, syddansk model, som har form af dels en rammeaftale, dels en standardaftale.

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

På baggrund af rammeaftalen kan den enkelte kommune vælge at indgå en standardaftale med det relevante sygehus. Standardkontrakten beskriver primære målgruppe, proces for bestilling, kommunikation og planlægning samt taksterne for ordningen. Taksterne er beregnet ud fra, at sygehusenes aktivitet i medfør af aftalen skal kunne hvile i sig selv.

Det bemærkes, at arbejdsgruppens forslag til en fælles, syddansk model for blodprøvetagning i eget hjem er godkendt af formandskabet for Følgegruppen for Opgaveoverdragelse.

#### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender arbejdsgruppens forslag til en fælles syddansk model for blodprøvetagning i eget hjem med den tilhørende rammeaftale og standardaftale.

---

#### **Kommunale kommentarer**

Baggrunden for forslaget til en fælles syddansk samarbejdsaftale for blodprøvetagning skyldes to ting. For det første meddelte Regionen med sit sparekatalog for 2015, at man ville opsig alle eksisterende aftaler om blodprøvetagning. For det andet er det i dag meget forskelligt, i hvilket omfang de enkelte medlemskommuner har aftaler om blodprøvetagning, og videre er der meget stor forskel mellem disse eksisterende aftaler. Dette skyldes en arv tilbage fra tiden med de tidligere amter og kommuner. Det har således været et ønske, at alle medlemskommuner fik mulighed for at få en aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Forslag til blodprøvetagning i eget hjem er således et eksempel på, hvordan der opstår et behov, pres eller ønske om en fælles ensartet tværsektoriel model, som kan gælde for alle kommuner i regionen.

Situationen er således i dag, at 14 kommuner ikke har aftaler, mens 8 kommuner har aftaler, der som tidligere nævnt vil blive opsagt fra Regionens side. Endvidere er der meget stor forskel på de aftaler, som de 8 kommuner har. Nogle kommuner betaler hele udgiften, andre deler udgiften med Regionen, mens enkelte har aftaler, hvor Regionen bærer hele udgiften.

Forslag til aftale for blodprøvetagning i eget hjem, rammeaftalen og standardaftalen, vurderes til at være meget positiv i sin form og ramme set fra kommunal side. Der er tale om en standardiseret aftale, som samtidig er fleksibel og kan imødekomme de forskellige kommuners behov. Det er tale om en frivillig rammeaftale, som den enkelte kommune via standardaftalen selv kan beslutte, om man ønsker at tiltræde. Videre er det altid den enkelte kommune, som i det konkrete tilfælde for den enkelte borger bestemmer, om der skal foretages blodprøvetagning i eget hjem eller om pågældende borger eksempelvis i stedet skal transporteres til egen læge eller til sygehuset for at få taget kontrol blodprøver, som der ofte er tale om.

#### Udfordringer i forhold til aftalen:

Selve takstmodellen vurderes til at være en god løsning for kommunerne, da man her ikke forpligtiges ind i en rammeaftale, som binder kommunerne juridisk eller økonomisk i så fald, at man på et givent tidspunkt ønsker at løfte opgaven på anden vis.

Til gengæld er der udfordringer omkring selve den takstpris for ydelsen, som Regionen har spillet ud med. Mens der således er tilfredshed med aftalens aftaleindhold, er der kommunal undring over den takst for blodprøvetagning, som beskrives i aftalen. Regionen har oplyst, at taksten vil lyde på 130 kr. pr. blodprøve

*eksklusiv* transport. Til sammenligning kan det oplyses, at Odense Kommune i dag betaler det halve, ca. 65 kr., som endvidere er *inklusiv* transport af blodprøverne.

Man kan på mødet i DAK udfordre Regionen på, hvad baggrunden for udregningen af en kostpris på 130 kr pr. blodprøvetagning er?

Her kan man overveje at udfordre Regionen ved at søge en aftale med Regionen, hvor kommunerne løbende eller på et senere tidspunkt, eksempelvis ved en evaluering af aftalen, får indsigt i, hvad kostprisen for ydelsen er eller har vist sig at være.

### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At forslaget til aftale for blodprøvetagning i eget hjem godkendes
- At der fra kommunal side på DAK mødet spørges ind til grundlaget for udregningen af en kostpris på 130 kr. pr. blodprøvetagning.

## **Rammeaftale om blodprøvetagning i eget hjem.**

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

Rammeaftalen skal sikre at borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og som på grund af somatiske eller psykiske lidelser kun med stort besvær kan komme til læge eller ambulatorium, får mulighed for at få taget blodprøve i eget hjem. Aftalen omfatter ikke akutte blodprøver.

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

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

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

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

Parterne er enige om, at rammeaftalen om blodprøvetagning i eget hjem er en service, som den enkelte kommune alene afgør om man ønsker at tilbyde.

## **Evaluering af aftalens anvendelse**

Parterne er enige om at evaluere aftalens anvendelse senest 2 år efter godkendelse.

Evalueringen skal blandt andet belyse:

- Hvor mange kommuner har indgået aftaler?
- Antal besøg pr. kommune og pr. bioanalytikerenhed
- Antal blodprøver
- Antal unikke borgere, der får taget blodprøver
- Om aftalen har konsekvenser for antallet af blodprøveydelser, der leveres af den praktiserende læge
- Registrerede utilsigtede hændelser og u hensigtsmæssige forhold eller hændelser, der i øvrigt observeres af brugere af ordningen.

Det anbefales, at Følgegruppen for effekt, kvalitet og økonomi får til opgave at evaluere aftalen på de ovenstående parametre.

## **Fortolkning af rammeaftalen og håndtering af tvister i forhold til indgåede aftaler**

Aftalen er godkendt af og forankret administrativt under Det Administrative Kontaktforum, som uddelegerer ansvaret for aftalen til Følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Uenigheder om fortolkning af rammeaftalen eller i forbindelse med konkrete aftaler søges i første omgang afklaret i det relevante lokale samordningsforum.

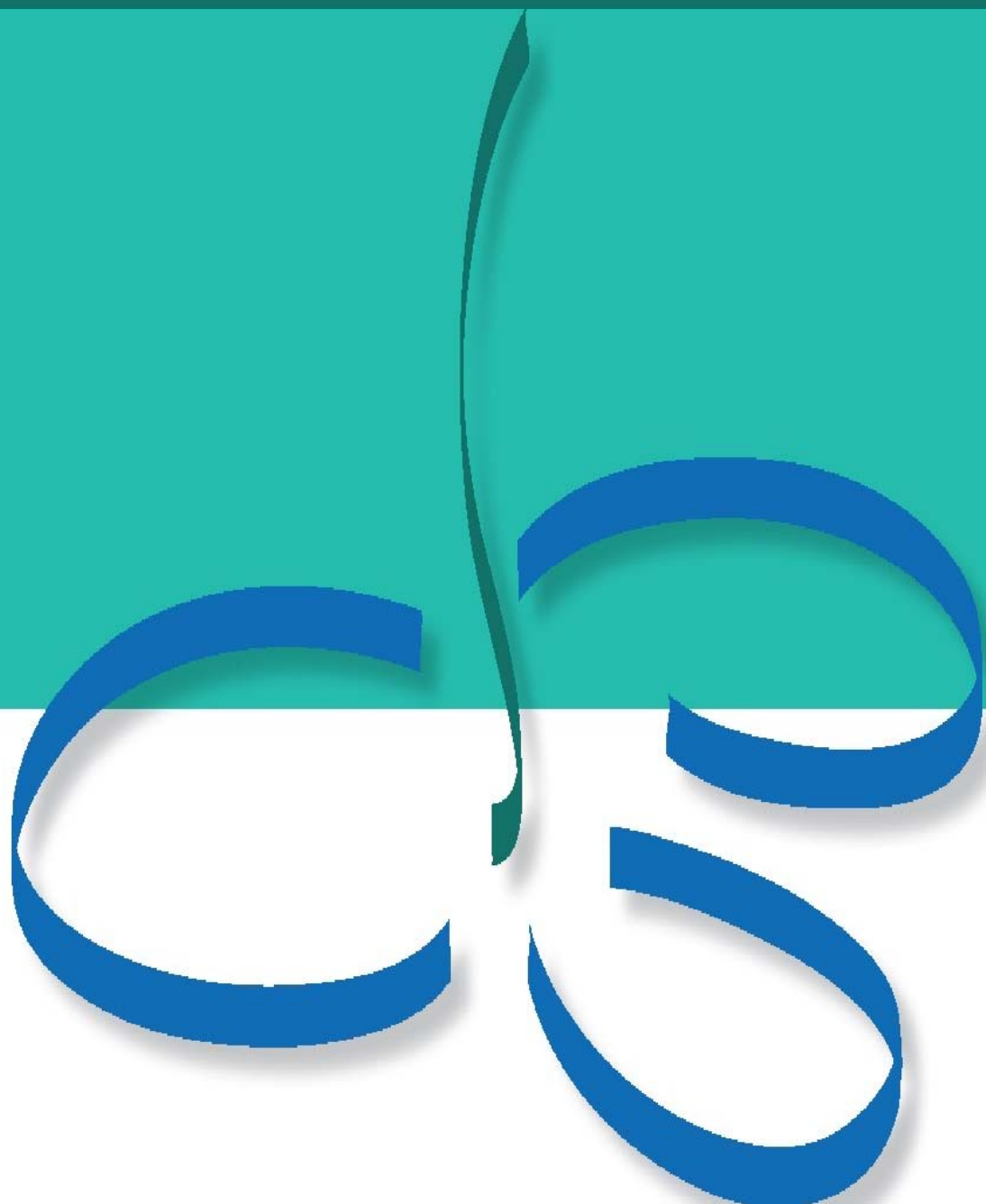
Ved principielle problemstillinger eller uklarheder forelægges sagen Følgegruppen for opgaveoverdragelse, som herefter vil tage stilling til, om sagen skal rejses for Det Administrative Kontaktforum.

Denne rammeaftale er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX 2016.

### **Bilag til denne aftale:**

Bilag 1: Standardaftale

Bilag 2: Beregningsmodel for beregning af den aktuelle takst



# Standardaftale om blodprøvetagning i eget hjem

Region Syddanmark og de 22 kommuner

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

1. [.....] Afdeling , [.....] Sygehus foretager efter aftale ambulans blodprøvetagning i borgerens hjem.
2. Målgruppen for prøvetagning i medfør af denne aftale er borgere i [.....] Kommune, der er tilknyttet hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, og som på grund af sygdom eller handicap har brug for ledsagelse og/eller vanskeligt kan klare transport til/fra sygehus, herunder borgere, som kun kan transporteres liggende.

3. Rekvisition af blodprøver og stillingtagen til, hvor prøverne kan tages, er principielt uafhængige aktiviteter.

Rekvisition af blodprøver sker altid på lægelig indikation, og undersøgelsesresultaterne afleveres til den læge/sygehusafdeling, der har rekvideret undersøgelse, uanset hvor prøverne er taget.

Blodprøver kan tages på regionens sygehuse, af den praktiserende læge eller i henhold til denne aftale af personale fra en klinisk-biokemisk afdeling i patientens hjem.

Det bemærkes, at nogle analyser kræver speciel håndtering og kun kan foretages på blodprøver, der er taget på sygehuset.

4. Hvis rekvisitionen af en blodprøve vurderer, at en borger kan være en del af målgruppen for denne aftale, går rekvisitionen i dialog herom med borgerens kommune.
5. Når hjemmeplejen/hjemmesygeplejen efter dialog med rekvisitionen og borgeren (eller evt. dennes pårørende) vurderer, at der jf. aftalens §2 er behov for prøvetagning foretaget i borgerens eget hjem, giver hjemmeplejen besked herom til [.....] Afdeling. Det skal i den forbindelse angives, hvis prøven skal tages et andet sted end på borgerens folkeregisteradresse. Kommunikation fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejen til sygehusafdelingen sker via aftalte lokationsnumre.

[.....] Afdeling skriver til borgeren om dato og omtrentligt tidspunkt for prøvetagning. Hvis der i denne forbindelse er behov for, at sygehusafdelingen også orienterer kommunen, sker dette via aftalte lokationsnumre.

6. Prøvetagning i medfør af aftalen kan kun finde sted på hverdage, sædvanligvis senest 10 hverdage efter, at [.....] Afdeling har modtaget henvisningen/beskeden.

Hvis der sker en ændring i patientens tilstand, således at blodprøvetagning i hjemmet ikke længere er relevant, er det kommunens ansvar at sikre, at blodprøvetagningen aflyses, så snart kommunen bliver bekendt hermed.

Aflysninger ind til 24 timer før planlagte blodprøvetagninger sker via aftalte lokationsnumre . Aflysninger mindre end 24 timer før planlagte blodprøvetagninger sker på aftalte telefonnumre.

Ønske om prøvetagning på forudbestilte dage vil blive forsøgt efterkommet, men dette kan ikke påregnes.

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

Kommunen skal sikre, at der kan foretages sikker patientidentifikation, evt. ved at udstyre borgeren med et ID-armbånd eller ved at sikre, at en medarbejder eller pårørende er til stede.

Hvis borgeren ikke selv kan sikre, at døren til boligen åbnes, skal der ved bestillingen af blodprøvetagningen aftales, hvordan den sygehusansatte får adgang til boligen

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

9. Der afregnes med en fast pris pr. henvisning (2015-niveau: 135,00 kr.), svarende til den ekstra tid, blodprøvetagning i eget hjem gennemsnitligt tager sammenlignet med blodprøvetagning i laboratoriet.

Derudover afregnes for tid medgået til transport (i 2015-niveau med 4,72 kr. pr. transporteret km.). Tid brugt på såvel kørsel som færgetransport indgår i transporttiden.

Priserne reguleres årligt med den generelle fremskrivningsprocent for løn.

Desuden afregnes selve kørslen med statens højeste takst for tjenesterejser ved kørsel i egen bil.



10. [.....] Afdeling planlægger prøvetagningsruterne, så transport og transporttid minimeres.
11. Opsigelsesvarsel  
Aftalen kan skriftligt opsiges af begge parter med et varsel på 6 måneder til den 1. i en måned.
12. Ved tvivlspørgsmål og uenigheder henvises til rammeaftalen, som kan findes på hjemmesiden [www.regionsyddanmark.dk/XXXX](http://www.regionsyddanmark.dk/XXXX)
13. Aftalen træder i kraft pr. \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

For [.....] Sygehus

\_\_\_\_\_

For [.....] Kommune

\_\_\_\_\_

#### Kontaktpersoner:

Arne Vesth Pedersen, Afdelingen for Sundhedssamarbejde & Kvalitet, Region Syddanmark.  
Arne.Vesth.Pedersen@rsyd.dk

Lene Annette Norberg, Ældre og Handicapforvaltning, Odense Kommune.  
Lano@odense.dk

## Ekstra omkostninger i forbindelse med prøvetagning i patientens hjem

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

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

Timeløn - effektiv - gennemsnit 281,56  
 Lokallønstillæg for prøvetagning i patientens hjem 28,00  
 Timeløn i alt **309,56**

Omkostninger til administration og ekstra prøv 125,89  
 9,50 Brev-porto 2016 (normal brev 19 kr) Der kalkuleres med, at 50% af patienterne skal have almindeligt brev - fritaget for digital post  
 Porto almindeligt brev  
**Gennemsnitlige omkostninger i alt 135,39**

Gennemsnitlig årsløn - bioanalytiker 403.419  
 1432,8 Effektive timer a la OUH (brutto - (ferie+ helligdage+pauser+anden personlig tid)

# Formandskabsbehandlet - Drøftelse af Claus Vinther Niensens oplæg om rehabilitering afholdt i Det administrative Kontaktforum den 11. november 2015

På mødet i Det administrative Kontaktforum den 11. november holdt professor ved Aarhus Universitet og ledende regions socialoverlæge ved Marselisborgcentret Claus Vinther Nielsen et oplæg med titlen "*Det rehabiliterende perspektiv - på tværs*". Det administrative Kontaktforum nåede dog ikke pga. tidsnød at diskutere oplægget. Det administrative Kontaktforum skal denne gang drøfte oplægget, herunder hvorledes oplægget kan indgå i forhold til drøftelserne omkring den rehabiliterende tilgang.

## **Sagsfremstilling DAK:**

På mødet i Det administrative Kontaktforum den 11. november holdt Claus Vinther Nielsen, professor i klinisk socialmedicin ved Aarhus universitet og ledende regionssocialoverlæge ved Marselisborgcentret – Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, under dagsordenpunktet "*Sundhedsaftalerne og den rehabiliterende tilgang*" et oplæg med titlen "*Det rehabiliterende perspektiv – på tværs*". Oplægget blev vel modtaget. På grund af tidsnød blev det besluttet, at drøftelsen af oplægget skulle ske på mødet den 29. januar. Endvidere blev det kort drøftet, om Det administrative Kontaktforum evt. skulle besøge Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling for bl.a. høre mere om det igangværende arbejde med monitorering af patientforløbsprogrammerne.

## **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Drøfter oplægget, som Claus Vinther Nielsen holdt.  
(Claus Vinther Niensens oplæg blev udsendt med referatet fra mødet i Det administrative Kontaktforum den 23. november).

---

## **Kommunale kommentarer**

Claus Vinther Nielsen var inviteret på kommunal foranledning som en måde at dagsordensætte en fælles drøftelse med Regionen omkring den rehabiliterende tilgang, og hvordan den rehabiliterende tilgang kan indtænkes i praksis i forhold til tværsektorielle perspektiver og indsatser.

Sundhedsstrategisk Forum har i flere omgange drøftet den rehabiliterende tilgang, og der er et behov for kontinuerligt at fastholde fokus på den rehabiliterende tilgang overfor Regionen, når der igangsættes nye initiativer, forløbsprogrammer mv.

## ***Indstilling***

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At punktet tages til orientering



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Det rehabiliterende perspektiv – på tværs Det administrative kontaktforum, RS, 11.11.2015



**Claus Vinther Nielsen**

Professor, overlæge, ph.d., forskningschef

Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, **Region Midtjylland** og

Institut for Folkesundhed, **Aarhus Universitet**

[www.MarselisborgCentret.dk](http://www.MarselisborgCentret.dk)

[claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk)



7 forskere

## Det rehabiliterende perspektiv – på tværs

4 TAP  
85% ekstern finansiering

Produktion 2014  
3 ph.d.  
28 peer reviewed artikler  
En række konsulentopgaver

Claus Vinther Nielsen  
Professor ph.d., forskningschef  
Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering  
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling,  
Region Midtjylland og  
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

[www.MarselisborgCentret.dk](http://www.MarselisborgCentret.dk)  
[claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk)



Udfordringer i de kommende år

Med visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 sætter vi retnin-  
gen for, hvordan vi kan gøre det endnu bedre, fordi vi i disse  
år skal håndtere flere store udfordringer sammen:

- Ældre
  - Flere
  - Færdigheder
  - SV
  - 70
- Vi får stadig flere ældre medborgere – og stadig flere bor-  
gere med kronisk sygdom
  - Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig  
mere behandling til flere
  - Borgerne ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige  
dagligdag – før, under og efter deres egen eller pårøren-  
des behandling
  - Det økonomiske råderum er stærkt begrænset – også for  
sundhedsvæsenet
  - Vi får stadig flere psykisk sårbare

arbejdsstyrken)

- Borgerinddragelse
- Manglende sammenhæng
- Forskellige referencerammer i s  
der til når funktionsevnen svigt

nger i DK

og "kultursygdomme"



**Offentlig  
forsørgede 2014  
I alt 702.000****Danmarks statistik 2015**<http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/offentligt-forsoergede/16-64-aarige-offentligt-forsoergede.aspx>

Ledige	106.000
Støttet beskæftigelse, fleksjob og skånejob + div.	93.000
Barsel	45.000
Førtidspension	223.000
Efterløn	90.000
Sygedagpenge	55.000
Kontanthjælp	90.000

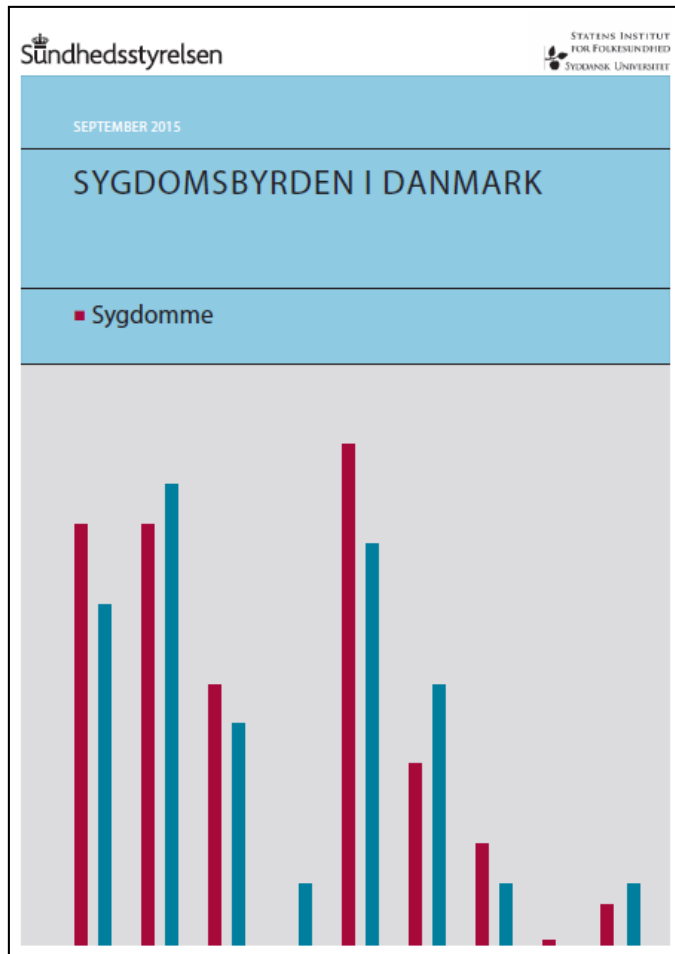


AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

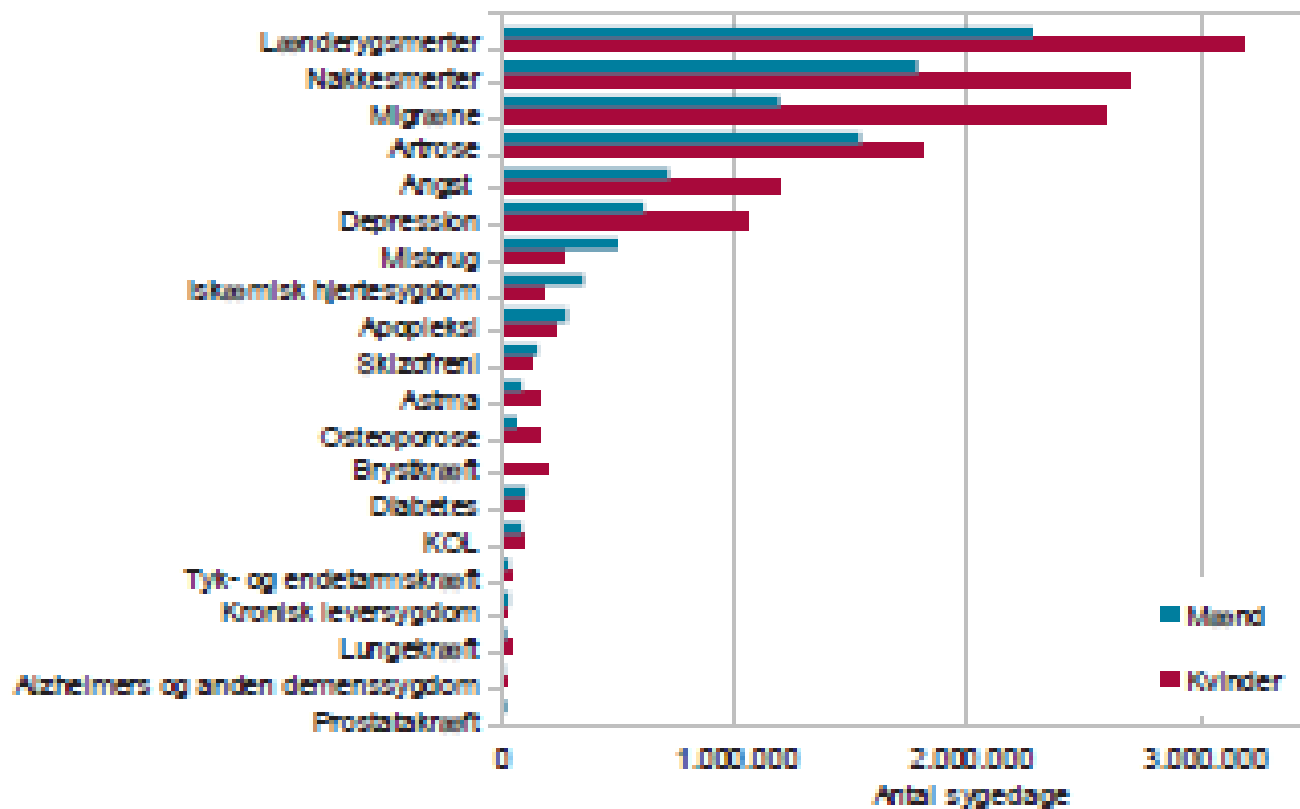


Sundhedsstyrelsen 8.9.2015

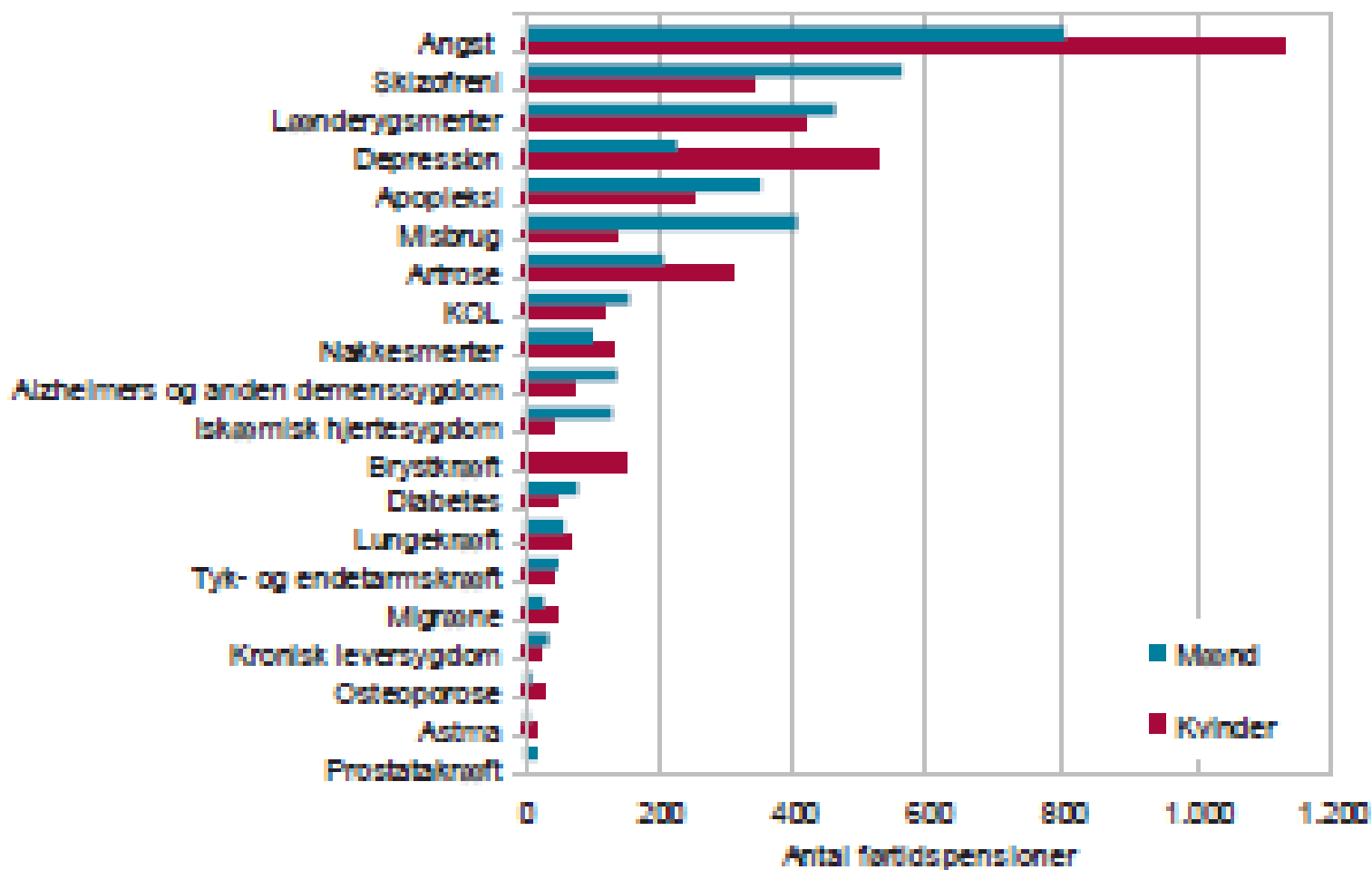




Sygedage i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder.  
Årligt gennemsnit 2010-12.

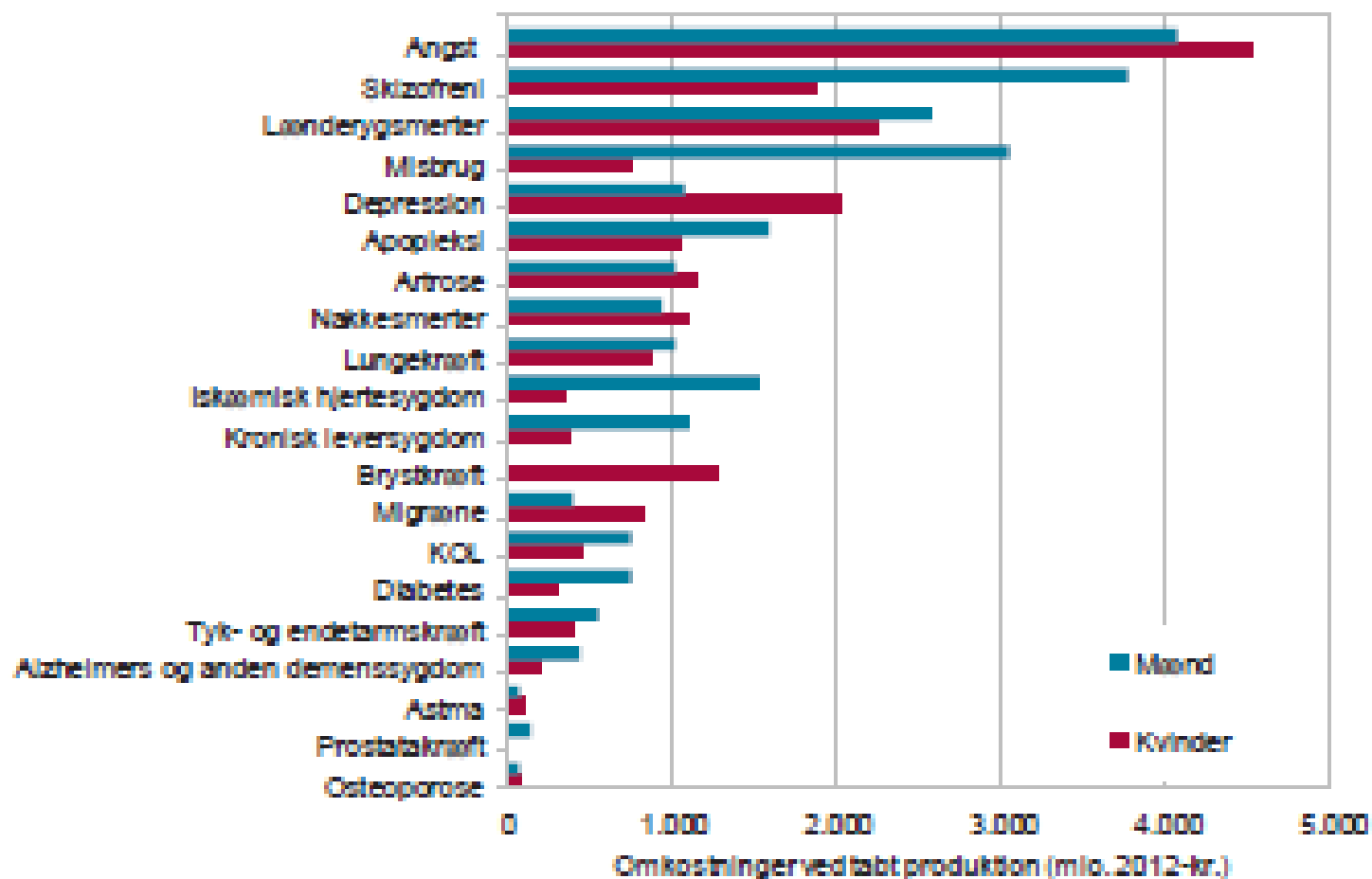


Førtidspensionister i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-12.





Produktionstabsomkostninger i DK for udvalgte sygdomme.  
Årligt gennemsnit for 2010-12





AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

Løses disse udfordringer af  
biomedicinsk vej?



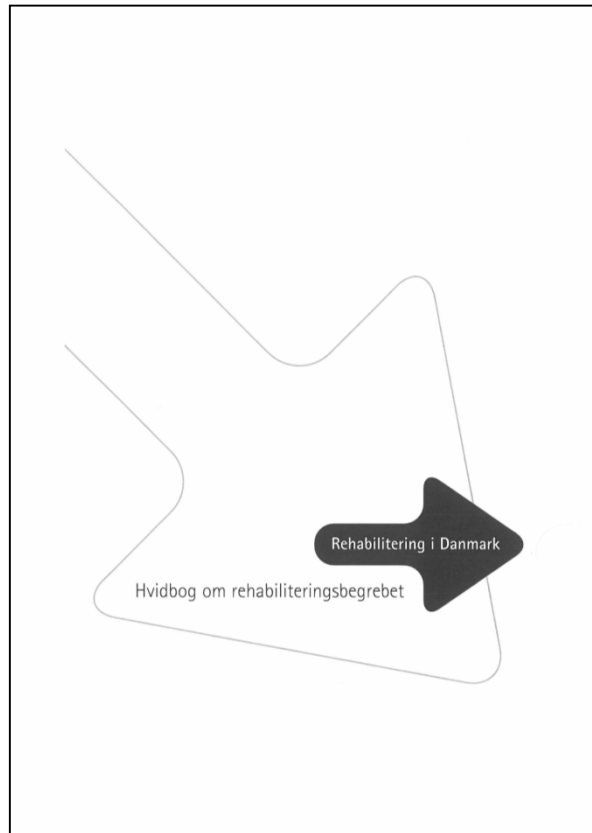
AARHUS UNIVERSITET



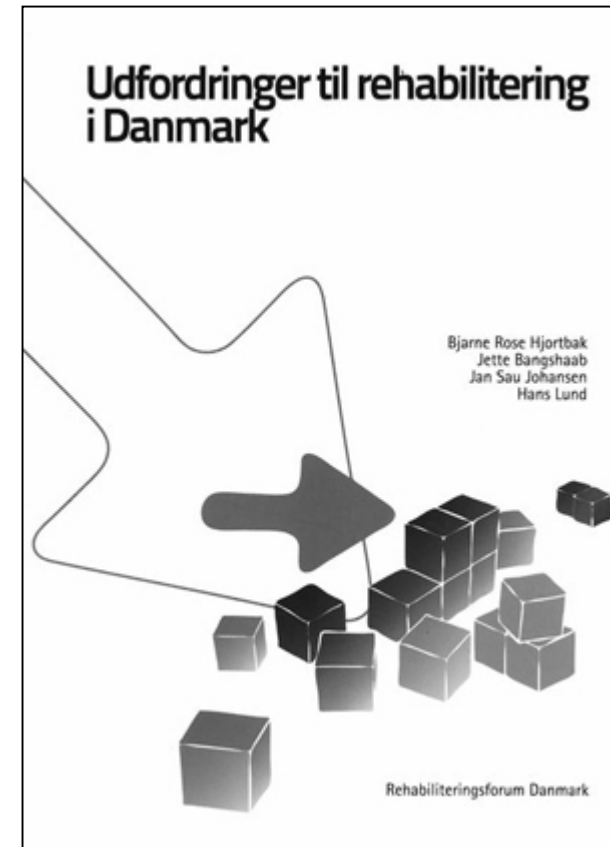
MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Udfordringer til rehabilitering i DK 2012



Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L



Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS,  
Lund H, Rehabiliteringsforum DK, 2011n



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Udfordringer

- Borgeren mål, samfundets krav og muligheder
- Individuelle behov baseret på borgerens- og prof. vurdering
- Inddragelse af borgeren og dennes netværk i alle faser
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Samordning/samhandling
- Ledelse
- Forskning. Viden – generering – implementering – monitorering



# Det rehabiliterende sigte



## Den rehabiliterende tilgang

Den rehabiliterende tilgang sammenfatter indsatser og metoder, som har som perspektiv:

- At borgeren er et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb
- At borgeren ønsker at forblive i og vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter

Tilgangen tager udgangspunkt i, at menneskets sundhedstilstand på én gang er et fysisk, psykisk og socialt anliggende.

Udgangspunktet er borgerens behov, ligesom borgerens nærmeste så vidt muligt inddrages.

Følgende elementer er vigtige dele af den rehabiliterende metode:

- En tidlig og forebyggende indsats
- Udredning af borgerens funktions- og mestringsevne
- Samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende
- Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen
- Vurdering af, hvilken tidsramme som er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål.
- Relevante indsatser af høj faglig kvalitet
- Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge
- Løbende opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## To cases

## "Forgrund"

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme. Rehabilitering omfatter et møde med socialforvaltning i relation til sygedagpengeopfølgning. Har ikke taget imod tilbud om koordinatorhjælp. Er i arbejde efter ½ år.

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme. Rehabilitering omfatter 18 kontakter med koordinator over 12 mdr., gentagende sygedagpengeopfølgning, social støtte til børn. Magtede kun lidt hjemme og har i lang tid ikke kunnet se sig på arbejdsmarkedet. Det hjemlige er nu næsten på plads, og der er et voksende ønske om arbejde. Arbejdsprøvning iværksættes.





AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## To cases

## "Baggrund"

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme.

Æf. i arbejde, 18 årig datter der er student og velfungerende. Resursestærkt netværk, forstående arbejdsplads. Er god til at håndtere livets trængsler.

38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme.

Æf. i arbejde, ingen accept af sygdommen. Tre børn 6, 12, 13. Den yngste store problemer i skolen. Svagt netværk. Kvinden har haft meget fravær på arbejde, som har truet med firing før sygdom. Tvivler på sig selv og egne resurser. Føler sig tit misforstået af de offentlige myndigheder.



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## **Socialrådgivere: Vi vurderer syge på uforsvarligt grundlag**

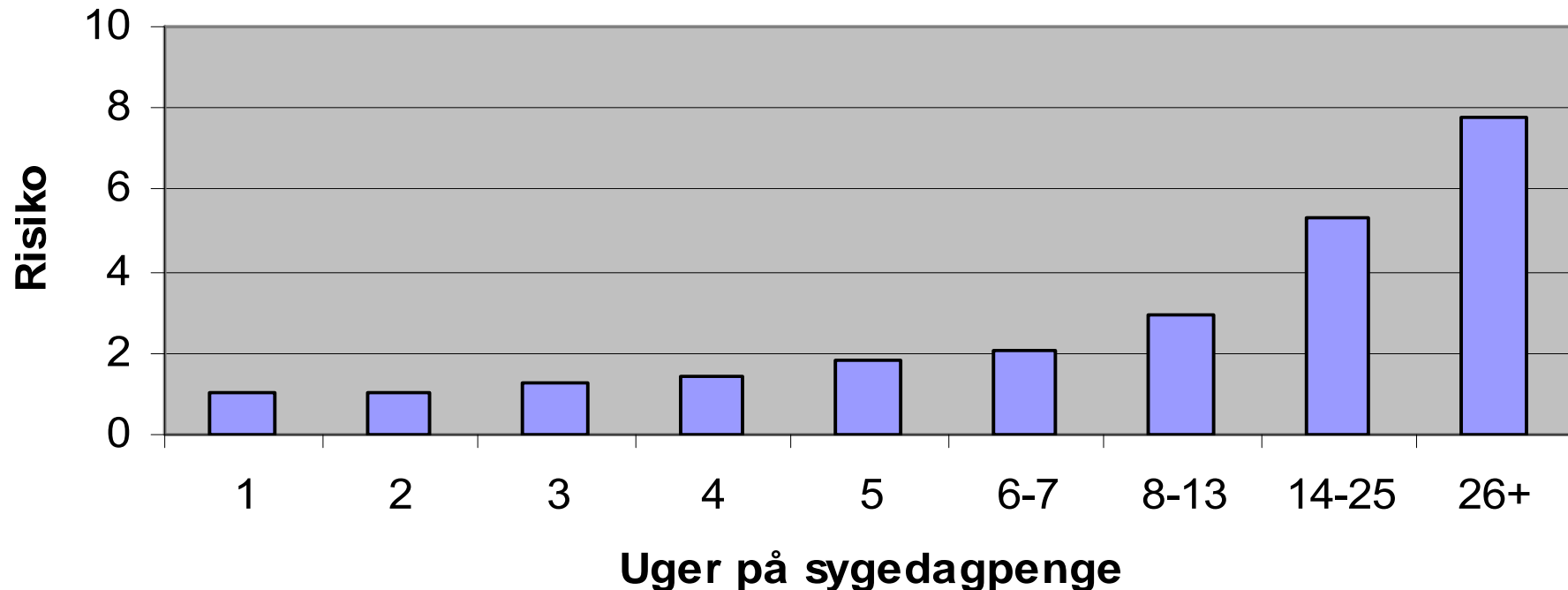
22 uger er alt for kort tid til at vurdere syge borgeres arbejdsevne. Det betyder, at borgere på et mangelfuldt og urimeligt grundlag mister retten til sygedagpenge, lyder konklusionen i en ny undersøgelse.

Ifølge to tredjedele af de adspurgte socialrådgivere i undersøgelsen er det fagligt uforsvarligt, at de allerede efter 22 uger skal vurdere alvorligt syge borgeres arbejdsevne. .. de når ikke at få en diagnose inden 22 uger...

(Information 9.11.2015)



## Uger med modtagelse af sygedagpenge i løbet af et år, og risiko for senere at gå på førtidspension



Thomas Lund, Mika Kivimäki, Merete Labriola, Ebbe Villadsen and Karl Bang Christensen: **Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees.** *Occup. Environ. Med.* 2008; 65; 28-31



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

## To problemer

- Sygemelding i 22 uger kan være alvorligt  
hvad tænker socialrådgivere?
- systemerne arbejder ikke sammen



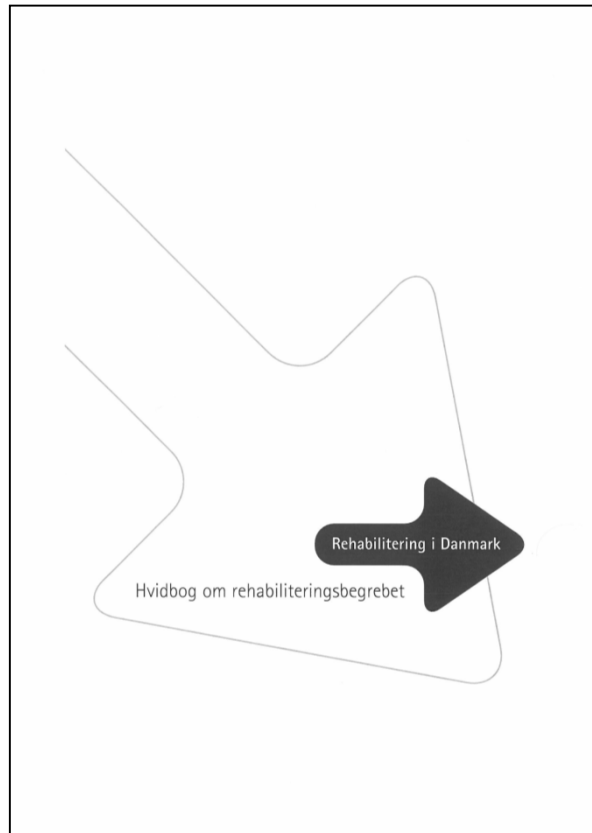
AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Rehabilitering i DK 2004



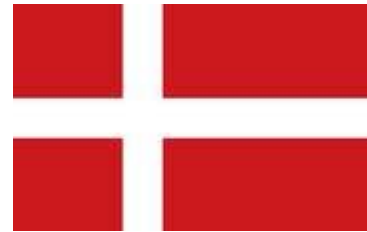
Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L



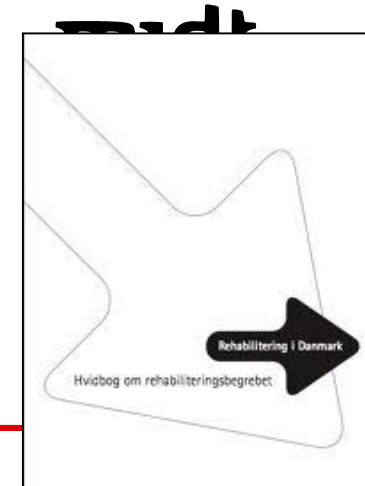
AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET



## Det rehabiliterende sigte



### Rehabilitering

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.

Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et **selvstændigt og meningsfuldt liv**.

Rehabilitering baseres på **borgerens hele livssituation og beslutninger** og består af en **koordineret, sammenhængende og vidensbaseret** indsats."

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret., 2004.

- Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering
  - *..en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (World Report on Disability. WHO 2011, Sundhedsstyrelsens oversættelse).*
- Servicestyrelsens – rehabilitering af ældre
  - *"... et resultat, hvor en person har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktionsevne, i et omfang så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv."*



# Vi ved at rehabilitering virker

(dokumentation på udvalget områder)

- Tværfaglige og tværsektorielle indsatser
- Borgerinddragelse
- Pårørendeinddragelse
- Arbejde med målsætninger
- Anvendelse af specialister
- Anvendelse af læringstrategier
- Kompetenceudvikling af personalet.



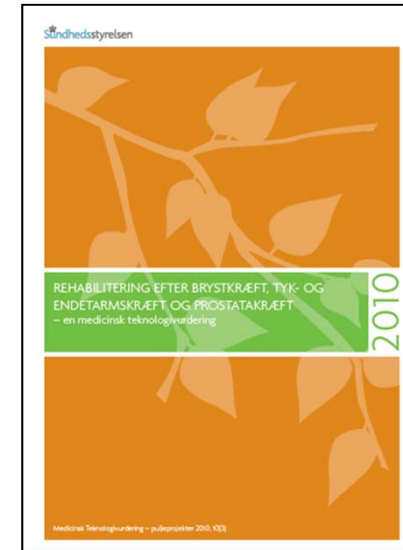


AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBOG CENTRET

midt  
regionmidtjylland



# Arbejdsrettet rehabilitering

Fordelene ved at arbejde er større end ulemperne og ved de skadelige effekter af langvarig arbejdsløshed og langvarig sygefravær

Arbejde er generelt godt for helbred og livskvalitet

– Obs. Arbejdsmiljø, SES, lokale forhold, subgrupper

Beskæftigelse eller mangel på samme er en af de væsentligste faktorer for den sociale gradient i fht. fysisk og psykisk sundhed og død.

Chancen for RTW efter behandling for cancer er x5 blandt højt uddannede vs lavt uddannede.

Vi ved at arbejdsmiljøet har stor betydning.

Noget tyder på at vores sundheds- og socialtjenester bidrager til uligheden.

# Arbejdsrettet rehabilitering

Indsatser, som er rettet imod kroppen og ikke involverer jobfunktion og arbejdsmiljø har lille effekt.

Multidisciplinære indsatser, der involvere arbejdspladsen har effekt (IPS) (komplekse interventioner – sværere at måle effekt)

Bevægeapparat – god evidens for tidlig indsats

Angst, depression, belastningstilstande – meget tyder på, at man skal passe på

Men konteksten er af stor betydning



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- Arbejdsrettet rehabilitering forudsætter, at arbejdspladsen og social- og sundhedssektoren er i stand til at skabe en fælles forståelse omkring og med den sygemeldte, der linker deres handlinger og faciliterer tilbagevenden til arbejdet, som en proces med tilknytningen til arbejdspladsen, som en vigtig enkeltfaktor.



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- I tværfagligt/multidisciplinært samarbejde indarbejdes diagnostik, behandling og genoptræning af de helbredsmæssige problemer, samtidig med en indsats rettet mod personlige og omgivelsesmæssige faktorer, eksempelvis psykosociale problemer og fastholdelse af personens relation til arbejdspladsen/arbejdsmarkedet.



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- For at optimerer arbejdsrettet rehabilitering, forudsættes et indgående samarbejde med alle interessenter (den sygemeldte, kommunen, arbejdspladsen, egen læge, øvrige behandlere, fagforening, mfl.). Specielle udfordringer, når en borger skal krydse fagområder og sektorer.
- Udvikling af kommunikation, koordination og kontinuitet vigtige.



AARHUS UNIVERSITET

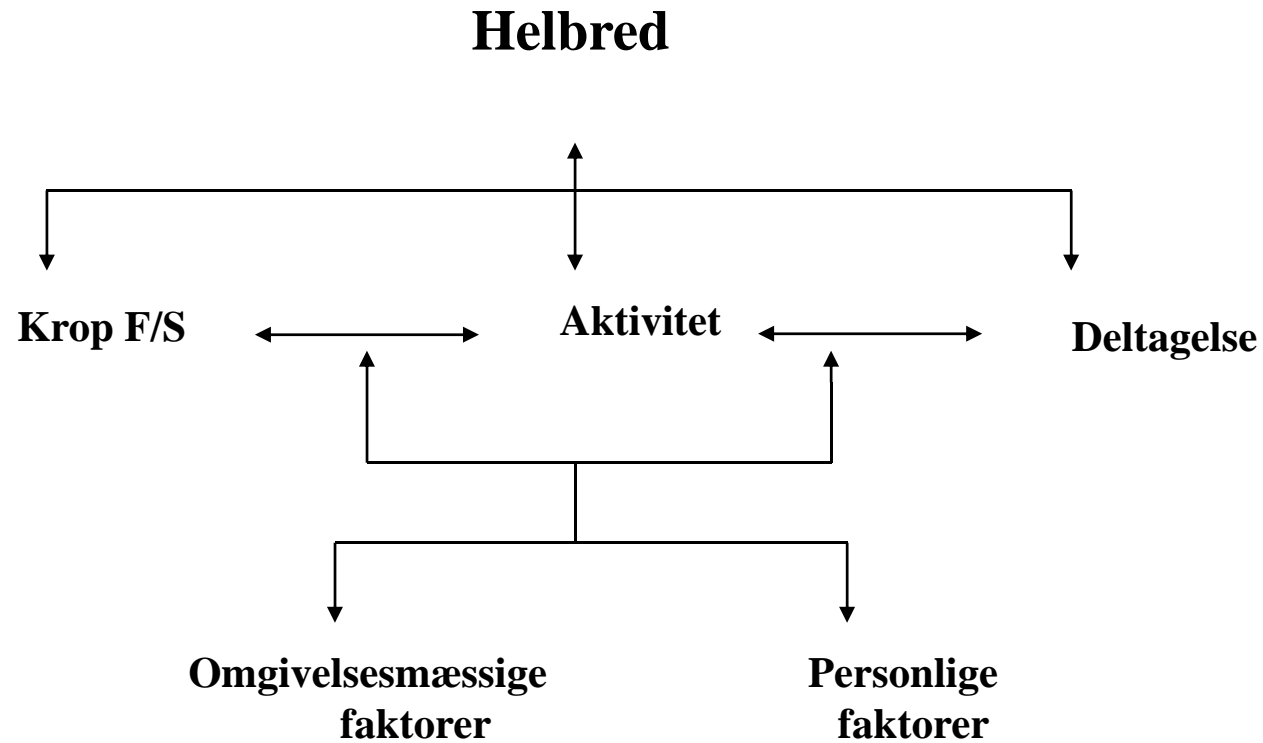


MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- Både flerfaglig, men specielt tværfaglig samarbejde forudsætter kendskab til og forståelse af hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag, men også stiller udvidede krav til fagpersonernes personlige kompetencer, herunder refleksive og samarbejdsegenskaber.

## International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand







AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

- I flere love, vejledninger og bekendtgørelser lægges der nu vægt på denne helhedstænkning (ICF)
- Bl.a. Vejledning om kommunal rehabilitering, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom den generiske model, Bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, Bekendtgørelse om rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteamets indstilling om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension m.v. Servicelov §83, reviderede Sygddagpengelov, Bekendtgørelse om GOP.



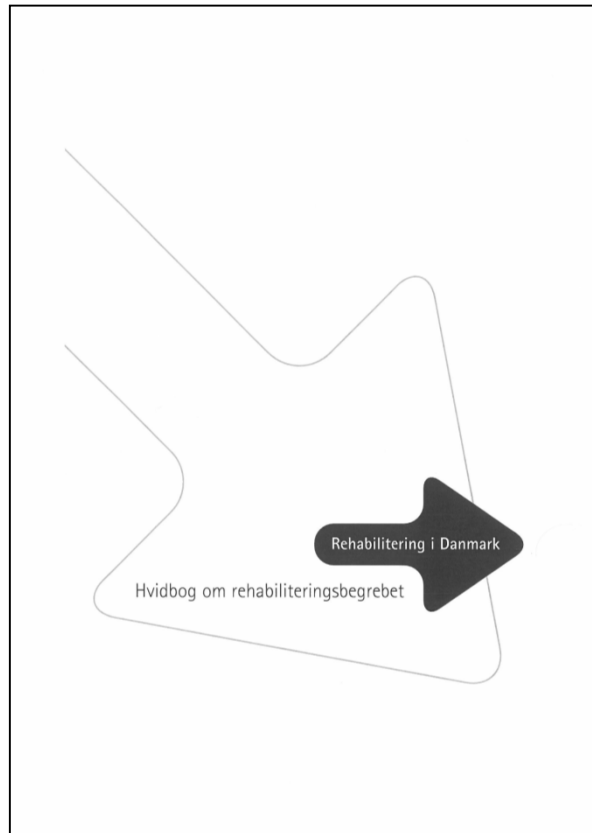
AARHUS UNIVERSITET



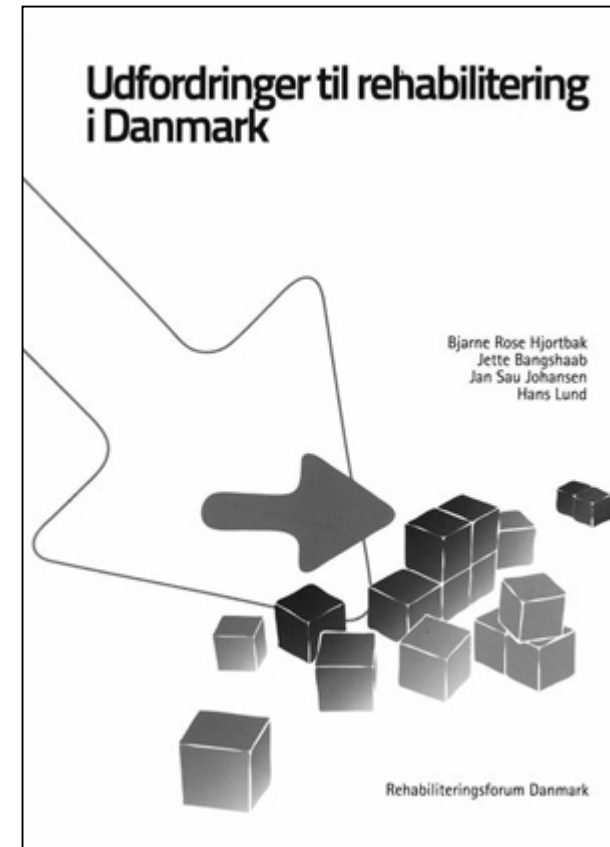
MARSELISBORGCENTRET

**midt**  
regionmidtjylland

# Udfordringer til rehabilitering i DK 2012



Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L



Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS,  
Lund H, Rehabiliteringsforum DK, 2011n



AARHUS UNIVERSITET



MARSELISBORGCENTRET



# Udfordringer

- Borgeren mål, samfundets krav og muligheder
- Individuelle behov baseret på borgerens- og prof. vurdering
- Inddragelse af borgeren og dennes netværk i alle faser
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Samordning/samhandling
- Ledelse
- Forskning. Viden – generering – implementering – monitorering

## Er der nok af følgende

- Vilje til at udnytte muligheder i lovgivning på tværs
- Funktionsevne er endemålet for alle indsatser
- Konktesten altid inddrages
- Fælles forståelsesramme – ICF
  - På højeste niveau
- Viden
  - Interesse for viden i yderste led
  - Projekter – evaluering
  - Monitorering
  - Forskning

# Forskning/udvikling

- Velfærdstjenesteforskning
  - Borger
  - Organisation
  - Teknologi/indsatser
  - Økonomi
  
  - Individ/population
- Understøttende apparat på tværs

# Tak for opmærksomheden!



# Formandskabsbehandlet - Nationale Kliniske Retningslinjer

I Sundhedsaftalen er det aftalt, at de tre parter skal indgå aftaler om implementering af de Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), som har tværsektoriel betydning. På denne baggrund bad Det administrative Kontaktforum på mødet den 11. november Koordinationsgruppen udarbejde en oversigt over alle Nationale Kliniske Retningslinjer, hvilke af disse som har tværsektoriel betydning og komme med forslag til fordeling af disse i forhold til de nedsatte følgegrupper. DAK skal på mødet godkende oversigten, herunder hvorledes de enkelte retningslinjer er fordelt ud på følgegrupperne.

## **Sagsfremstilling DAK**

Af sundhedsaftalen 2015-2015 (afsnit 7.3.6) fremgår det, at region, kommuner og praksisområdet indgår aftaler om implementering af Nationale kliniske retningslinjer (NKR), der har konsekvenser for det tværsektorielle samarbejde. Parterne træffer beslutning om den konkrete arbejdsdeling på baggrund af de ændringer i hidtidige rutiner og arbejdsgange, som følger af den enkelte retningslinje. På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 11. november blev det besluttet, at Koordinationsgruppen skulle udarbejde en oversigt over NKR'erne med tværsektoriel betydning til nærværende møde. Koordinationsgruppen har udarbejdet vedhæftede bilag, som viser en oversigt over alle NKR. NKR, som vurderes til at have tværsektoriel betydning, er markeret med gult. Det er desuden beskrevet, hvilken følgegruppe, den enkelte NKR foreslås forankret i.

Det foreslås, at oversigten videregives til følgegrupperne. Følgegrupperne får derefter til opgave at indarbejde disse i deres nuværende prioriteringer, hvor de vurderer, at det er relevant og i øvrigt giver mening i forhold til gruppens eksisterende arbejde. Såfremt en følgegruppe vurderer, at en NKR hører til i en anden følgegruppe, kan dette forelægges Koordinationsgruppen, som får dette formandsgodkendt.

## **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender oversigten over de kliniske retningslinjer
- Godkender processen med videregivelse til følgegrupperne

---

## **Kommunale kommentarer**

Håndtering af de nationale kliniske retningslinjer er ikke blandt de 6 prioriterede indsats i Sundhedsaftalen, så det kan evt. kommenteres på DAK-mødet, at arbejdet med disse ikke skal overskygge de prioriterede indsats. Der bør evt. tages stilling til, hvilke af de kliniske retningslinjer med tværsektoriel relevans, der er de vigtigste at arbejde med i 2016-2018. Følgegrupperne kan evt. anmodes om at prioritere disse til fremlæggelse for DAK.

I Regionens nyligt udsendte sparekatalog beskrives det i forslag 4.1, at Regionen vil reducere ØA-midlerne. Der beskrives dog en række områder, som det fortsat vil prioriteres at afsætte penge til:

*I forbindelse med implementering af de kliniske retningslinjer, der anbefaler træning i stedet for operation, kan der være behov for at udvikle fælles træningskoncepter. F.eks. anbefales det i den kliniske retningslinje for knæartrose, at patienter trænes i primærsektoren i et særligt velafprøvet koncept (GLASD).*

Det er derfor forventeligt, at der fra regional side vil være ekstra fokus på nogle af de kliniske retningslinjer.

## **Indstilling**

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At oversigten over de kliniske retningslinjer godkendes
- At processen med videregivelse til følgegrupperne godkendes, med hensyntagen til de kommunale





# Nationale kliniske retningslinjer

Rød= Regional opgave

Grøn= Kommunal opgave

Gul= Tværsektoriel opgave

Hvid= Usikker

Nr	Emne	Evt. uddybning af målgruppe	Forslag til placering i følgegruppe
	<b>Nationale kliniske retningslinjer, udgivet fra november 2012-oktober 2015</b>		
1	Astma hos børn og unge		Behandling og pleje
2	Rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 Diabetes		Behandling og pleje
3	Epilepsi hos børn og unge	Henvender sig til læger, sygeplejersker og neuropsykologer	
4	Behandling af høfeber		
5	Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type	Denne retningslinje henvender sig til sundhedsprofessionelle, der arbejder med behandling af patienter med BPF. Retningslinjen kan også være relevant for patienter og pårørende.	
6	Multipel sklerose	Anbefalingerne er faglig rådgivning og henvender sig både til sundhedspersoner, der beskæftiger sig med ergoterapi og fysioterapi til voksne med multipel sklerose, planlæggere og beslutningstagere i regioner og kommuner samt personer med multipel sklerose.	Genoptræning og rehabilitering
7	Nakkesmerter med udstråling til armen	Målgruppen for denne retningslinje er speciallæger i almen medicin, fysioterapeuter, kiropraktorer, speciallæger i reumatologi,	Genoptræning og rehabilitering

		<p>speciallæger i neurologi og rygkirurger.  Øvrigt sundhedspersonale, som i den kliniske hverdag medvirker til behandling af patienter med cervikal radikulopati som f.eks. sygeplejersker, radiografer og radiologer kan også drage nytte af denne retningslinje.</p>	
8	Brystkræft	<p>Ligeledes berører den sundhedsprofessionelle, som planlægger eller bidrager til patientens genoptræning og rehabilitering. Herunder brystkirurger, plastikkirurger, onkologer og praktiserende læger foruden sygeplejersker, fysioterapeuter, lymfødemterapeuter og ergoterapeuter. Kvinder og mænd med tidlig brystkræft og deres pårørende kan også orientere sig i retningslinjen.</p>	Genoptræning og rehabilitering
9	Kompliceret skizofreni		Behandling og pleje
10	Moderat og svær bulimi		Forebyggelse
11	Mellemørebetændelse og øredræn		
12	Hysterektomi (fjernelse af livmoderen)	<p>Den nye retningslinje har fokus på udvalgte sundhedsfaglige problemstillinger i forhold til operationsmetoder og de supplerende kirurgiske indgreb i forbindelse med operation.  Retningslinjen indeholder derfor ikke en overordnet gennemgang af patientforløbene eller de medicinske behandlinger eller mindre invasive kirurgiske behandlingsmetoder.</p>	
14	Analinkontinens hos voksne	<p>Målgruppen for denne retningslinje er alle autoriserede sundhedsprofessionelle, som møder borgere og patienter med analinkontinens. Herunder praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, hjemmeplejere,</p>	Behandling og pleje

		plejehjemsansatte, og ansatte i hospitalssektoren.	
15	Hjerterehabilitering		Genoptræning og rehabilitering
16	Smerter i bevægeapparatet		Genoptræning og rehabilitering
17	Erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi		Genoptræning og rehabilitering
18	Behandling af alkoholafhængighed		Forebyggelse
19	Dystoci	Retningslinjen vedrørende dystoci hos førstegangsfødende med et foster i hovedstilling beskriver vestimulation med oxytocin med hensyn til indikation og administration. Desuden beskrives udvalgte ikke-medikamentelle tiltag, som potentielt kan anvendes til at forebygge og behandle vesvækkelse.	
20	Håndledsnære brud	Den nationale kliniske retningslinje er faglig rådgivning og retter sig primært mod læger indenfor det ortopædkirurgiske speciale. Retningslinjen er desuden relevant for sygeplejersker og læger, der modtager akutte patienter med brud nær håndleddet, samt alle læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter, der i hospitalsregi eller i kommunerne udfører ambulante behandling og genoptræning af disse patienter.	Genoptræning og rehabilitering
21	Indikation for transfusion med blodkomponenter	Den nationale kliniske retningslinje for indikation for transfusion af blodkomponenter retter sig mod sundhedspersonale, der ordinerer (læger) eller planlægger transfusion af blodkomponenter (sygeplejersker og jordemødre). Det gør i praksis retningslinjen relevant for sundhedspersonale i de fleste specialer. Retningslinjen er, i samråd med behandlende læge, også relevant for patienter, når transfusion af blodkomponenter overvejes.	
22	Rehabilitering af KOL		Genoptræning og rehabilitering
23	Behandling af hjernemetastaser	Den nationale kliniske retningslinje er faglig rådgivning og retter sig primært til	

		sundhedsprofessionelle herunder læger indenfor specialerne onkologi, neurokirurgi og neurologi.	
24	Bipolar lidelse	Målgruppen for retningslinjen er primært speciallæger i psykiatri, som bør varetage den forebyggende farmakologiske behandling af patienter med bipolar lidelse med behov for forebyggende behandling med flere lægemidler i kombination, indtil patienten har været stemningsneutral og velbefindende i en længere periode.	
25	ADHD hos børn og unge		Behandling og pleje
26	Polycystisk ovariesyndrom		
27	Grå stær	Den nationale kliniske retningslinje for aldersbetinget grå stær retter sig mod sundhedspersonale (primært øjenlæger men også øjensygeplejersker, klinikpersonale, optikere m.fl.), der er involveret i behandlingen af patienter med aldersbetinget grå stær.	
28	Cerebral parese	Retningslinjen er målrettet fysioterapeuter og ergoterapeuter samt øvrige fagpersoner, der arbejder med målgruppen, herunder planlæggere og beslutningstagere.	Genoptræning og rehabilitering
29	Tandplejen	Retningslinjen er primært målrettet tandlæger og tandplejere, der arbejder i den kommunale tandpleje og i privat praksis. Endelig er retningslinjen rettet mod myndigheder, planlæggere og ledere i regioner og kommuner i relation til tandplejen, som har ansvaret for at sikre befolkningsgrupper diagnostiske undersøgelser af høj kvalitet efter individuelt behov.	
30	Demens	Målgruppen er personer, der er involverede i støtte og behandling af	Behandling og pleje

		personer med demens, herunder sundhedsfagligt personale, der arbejder med udredning, behandling, pleje eller træning af personer med demens, kommunalt ansatte i kontakt med personer med demens og pårørende, beslutningstagere samt planlæggere.	
31	Diabetiske fodsår	Der gives en række anbefalinger, der kan støtte læger, sygeplejersker, fodterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og andre behandlere i primær- og sekundærsektoren i visitationen, diagnostik og behandling, så personer med diabetiske fodsår bevarer deres førlighed, og så lidelse, recidiv og komplikationer forebygges.	Behandling og pleje
32	Udvalgte skulderlidelser	Målgruppen for den nationale kliniske retningslinje er sundhedsprofessionelle, herunder praktiserende læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, reumatologer, ortopædkirurger, ergoterapeuter, kiropraktorer og arbejdsmedicinere.	Genoptræning og rehabilitering
33	Knæartrose	Målgruppen for de nationale kliniske retningslinjer og visitationsretningslinjer er primært sundhedsfagligt personale inden for den primære og sekundære sundhedssektor, som varetager udredning, behandling og rehabilitering af patienter med knæartrose, dvs. læger, fysioterapeuter, plejepersonale og kliniske diætister, men også ansatte inden for sundheds- og socialforvaltningen, politikere, patienter og pårørende til patienter med knæartrose.	Genoptræning og rehabilitering
<b>Under udarbejdelse</b>			
34	Alkoholmisbrug (behandling af dobbeltbelastede)		Behandling og pleje
35	Fjernelse af mandler (tonsillektomi)		

36	Lumbal nerverodspåvirkning (ikke kirurgisk behandling)		Genoptræning og rehabilitering
37	Meniskpatologi i knæet		
38	OCD (behandling af børn, unge og voksne)		Behandling og pleje
39	Psoriasis		Behandling og pleje
40	Synkebesvær		Behandling og pleje
41	Urininkontinens hos kvinder		Behandling og pleje
42	Unipolar depression (diagnostik og non-farmakologisk behandling)		
	<b>Planlagte kommende kliniske retningslinjer</b>		
43	Behandling af børn, unge og voksne med anoreksi		Forebyggelse
44	Antibiotika ved tandlægebehandling		
45	Rehabilitering af patienter med hovedhalskræft		Genoptræning og rehabilitering
46	Rehabilitering af patienter med prostatakræft		Genoptræning og rehabilitering
47	Behandling af lænderygsmerter		Genoptræning og rehabilitering
48	Hofteartrose- konservativ behandling og genoptræning ved THA		Genoptræning og rehabilitering
49	Forebyggelse og behandling af delir	Delir er en psykisk lidelse, der opstår akut som følge af en skadelig påvirkning af hjernen.	
50	Udredning og behandling af angst hos børn og unge		Behandling og pleje
51	Håndeksem		
52	Nakkesmerter		Genoptræning og rehabilitering
53	Fedmekirurgi		
54	Ernærings- og træningsmæssig rehabilitering af geriatriske patienter med vægttab og funktionsevnetab (efter indlæggelse)		Behandling og pleje

Følgegruppen for behandling og pleje: 14

Følgegruppen for forebyggelse: 3

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering: 17

# Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte aftale for afgrænsning af målgruppe for genoptræningsplaner og tilbud om genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

## Sagsfremstilling DAK:

I oktober 2014 blev reglerne på genoptræningsområdet ændret med bekendtgørelse nr. 1088 og vejledning nr. 9759 af henholdsvis 6. og 8. oktober. Regelændringen betød bl.a., at en ny kategori af genoptræningsplaner blev indført: Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

Reglerne efterlader imidlertid et rum for fortolkning, når det gælder den konkrete udformning af en genoptræningsplan til en sådan rehabilitering: Hvilke patienter kan visiteres, hvilke krav må stilles til leverandørerne af rehabilitering på specialiseret niveau m.v.?

En tværsektoriel arbejdsgruppe har derfor udarbejdet et udkast til en aftale, som nærmere fastlægger rammerne omkring samarbejdet mellem sygehuse og kommuner i Syddanmark om patienter, som får en genoptræningsplan af denne type.

Arbejdsgruppen har haft følgende medlemmer:

- Camille Larsson, leder af træningsafdelingen, Svendborg kommune
- Merete Nielsen, koordinerende terapeut, Sønderborg Kommune
- Asger Kudahl, chefkonsulent, Odense Kommune
- Marianne G. Thomsen, chefterapeut, Sydvestjysk sygehus
- Anne Lise Zilmer, chefterapeut, OUH Svendborg Sygehus
- Annette Lunde Stougaard, chefkonsulent, Region Syddanmark
- Jan C. L. Jensen, leder af Hjerneskaderådgivningen, Odense Kommune
- Margit Andersen, Hjerneskadekoordinator, Middelfart Kommune
- Heidi Lindberg Jensen, Centerleder, Center for Hjerneskade, Region Syddanmark
- Arne Vesth Pedersen, specialkonsulent, Region Syddanmark

Arbejdsgruppen er i enighed nået frem til et aftaleudkast, som beskriver målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, krav til leverandørerne af en sådan rehabilitering samt sygehusets ansvar og opgaver.

Det bemærkes, at aftaleudkastet behandles af Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering den 11. januar 2015. Eventuelle bemærkninger herfra vil foreligge til Det Administrative Kontaktforums behandling af sagen.

## INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

### **Kommunale kommentarer**

Denne sag er (endnu) en udløber af den nye bekendtgørelse og vejledning om genoptræning, som kom i oktober 2014. Den nye bekendtgørelse kom, da man politisk nationalt ønskede at styrke indsatsen for senhjerneskadede. Dette fremgår dog ikke direkte af bekendtgørelsen, som fremstår uklar i forhold til at skulle løfte og implementere den. Arbejdsgruppen har derfor jf. den nationale politiske prioritering afgrænset målgruppen til at omfatte senhjerneskadede, da det ikke synes, at bekendtgørelsen kan omfatte andre målgrupper.

Umiddebart synes der at være tale om en mindre sag, da der vil være tale om få borgere, men dog omvendt borgere som vil være krævende ressourcemæssigt og krævende i forhold til de faglige tilbud om rehabilitering, som de skal tilbydes. Vedrørende det sidste, så er det nye her, at tilbud om genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau *samtidigt* skal omfatte *både* sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser.

Netop kravet om, at genoptræningsplaner til rehabilitering skal omfatte både indsatser indenfor det sundheds- og socialfaglige område vil være en udfordring for kommunerne. På kommunal side skal vi konkret forholde os til, hvad vi gør i praksis i forhold til tilbud, som kan løfte kravet og intentionen i bekendtgørelsen og fungere som leverandører af de nye specialiserede rehabiliteringsydelser. Kravene til disse leverandører er specificeret på side 3 i aftalen. Det vurderes, at der er tale om krav, som pt. betyder, at ingen eller meget få tilbud i regionen i dag kan godkendes og anvendes som leverandører.

Sekretariatet har udsendt en forespørgsel til de 22 medlemskommuner for at afklare, om der blandt de 22 medlemskommuner er medlemmer som i dag har eller har adgang til tilbud, som på baggrund af den nye bekendtgørelse og afgrænsningen af målgruppen kan tilbyde genoptræning på specialiseret niveau.

På mødet i Sundhedsstrategisk Forum kan man overveje, om man skal have en fælleskommunale drøftelse af, hvordan man kommunalt vil løfte den nye opgave, herunder kan man også overveje en drøftelse af behovet for evt. fælleskommunale løsninger.

### ***Indstilling***

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At aftalen om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau godkendes

(På mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 23. september 2015 havde vi anden sag på dagsorden som udløber af den nye bekendtgørelse på genoptræningsområdet, en sag vedr. basal og avanceret genoptræning, pkt. 1.8 på dagsorden).



Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard/Asger Kudahl

Journal nr.:

E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk

Dato: 30. november 2015

Telefon: 2920 1194

# Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

## Grundlæggende principper for samarbejdet

I oktober 2014 blev reglerne på genoptræningsområdet ændret med bekendtgørelse nr.1088 og vejledning nr. 9759 af henholdsvis 6. og 8. oktober. Regelændringen betød bl.a., at en ny kategori af genoptræningsplaner blev indført: genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Denne aftale fastlægger rammerne omkring samarbejdet mellem sygehuse og kommuner i Region Syddanmark om patienter, som får en genoptræningsplan af denne type.

Samarbejdet om patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau tager altid udgangspunkt i intentionen med regelændringen og den nye kategori. Intentionen er, at kvaliteten i genoptræningsindsatsen og sammenhængen i den samlede, koordinerede rehabiliteringsindsats skal styrkes, og at der skal være sikkerhed for, at alle patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau får samme effektive indsats uanset hvor i regionen, de er bosat.

## Dialog og samarbejde

Udgangspunktet er, at indsatsen skal tilrettelægges i et tæt samarbejde mellem patient, pårørende, sygehus og kommuner. Dialogen følger samme principper, som gælder for samarbejdsaftalen om borger og patientforløb, Sam:Bo aftalen:

- Indsatsen afpasses efter behovet
- Udskrivningen begynder ved indlæggelsen
- Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog
- Borgeren / patienten inddrages

Den første dialog mellem sygehus og kommune sker i henhold til Sam:Bo. Her orienteres kommunen hurtigst muligt om, at der er sandsynlighed for, at patienten udskrives med en genoptræningsplan (GOP) til rehabilitering på specialiseret niveau, og det aftales, hvordan det konkrete samarbejde skal etableres.

## Målgruppen

Den primære målgruppe for denne aftale er voksne med erhvervet hjerneskade. Baggrunden for dette er, at Sundhedsstyrelsen har udgivet både et forløbsprogram og nogle faglige visitationsretningslinjer, som gør det muligt for sygehuse og kommuner i fællesskab at definere både en målgruppe og indholdet i den tværfaglige, tværsektorielle indsats.

Det betyder ikke, at der ikke vil kunne findes patienter med andre primære diagnoser, der kan have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Denne aftale kan

forhåbentlig også fungere som fundament for den dialog mellem sygehus og kommune, som skal finde sted i sådanne situationer.

### **Generelt om målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:**

#### **Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:**

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.

### **Målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade med behov for genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.**

I de faglige visitationsretningslinjer beskrives målgruppen blandt andet med følgende definition:

*Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, samt inden for sundheds- og social-, undervisnings- eller beskæftigelsesområdet [...]. Nogle patienter vil have behov for et døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle patientens vågne timer (FVR afsnit 7.1.)*

Jf. Den Centrale Udmelding anslår Sundhedsstyrelsen, at 6-8 patienter pr. 100.000 indbyggere pr. år vil have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

#### **Yderligere identifikation af målgruppen i Region Syddanmark:**

Patienter i målgruppen har været indlagt på OUH-NR eller SVS-Grindsted Neurorehab, idet genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau alene kan udarbejdes af en afdeling med regionsfunktion. (Vejledningen afsnit 5.2)

Patienter hjemmehørende i en kommune i Region Syddanmark, der i en periode behandles på Hammel Neurocenter, skal overflyttes til enten OUH-NR eller SVS-Grindsted Neurorehab, hvis de har behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Derudover indebærer udmøntningen i Syddanmark af bestemmelserne om rehabilitering på specialiseret niveau, at patienter i målgruppen kendetegnet ved følgende:

- Patienter i målgruppen har behov for en samtidig specialiseret sundheds- og socialfaglig indsats.
- Genoptræningsplanen beskriver en tidsafgrænset indsats. Udgangspunktet er, at patienten i denne fase har behov for en døgn dækkende indsats (evt. ophold på et socialt døgntilbud)
- Patienterne har svære somatiske eller psykiatiske følger af hjerneskade eller betydelig komorbiditet. Der er medicinske problemstillinger, som varetages i sygehusregi, og dermed

behov for løbende koordinering mellem genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser og lægelig behandling og/eller sygepleje på specialiseret niveau (FVR kap. 7.3)

- Patienten har et eksplicit behov for flere af de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer, der er beskrevet i den faglige visitationsretningslinje. (FVR kap. 7 og 8)

## Krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

I de faglige visitationsretningslinjer kap. 7 og 8 er beskrevet krav til blandt andet kvalitet, kompetencer og kapacitet.

For leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau gælder:

- Tilbuddet er forankret på det sociale område, men varetager indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet.
- Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig.
- For at være dækket ind i forhold til borgernes behov skal følgende fagpersoner være ansat:
  - Neuropsykologer, audiologopæder, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, evt. socialrådgivere
  - Herudover skal der være adgang til lægelig behandling (Der skal være aftaler med sygehus)
- Leverandøren har indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning (FVR afsnit 8.2.6)

For det sundhedsfaglige del af tilbuddet gælder (FVR kap 7 og 8):

- Tilbuddet har et tæt samarbejde (samarbejdsaftale) med sygehussektoren, sådan at sygehuslægen kan fungere som konsulent.
- De sundhedsfaglige indsatser skal leveres af autoriserede sundhedspersoner
- De sundhedsfaglige medarbejdere arbejder udelukkende med patienter med neurologiske lidelser.
- Tilbuddet skal råde over 2-3 autoriserede fagpersoner med samme uddannelse for at sikre tilstrækkelig dækning
- De sundhedsfaglige medarbejdere deltager i forskning og udviklingsarbejde

For den socialfaglige del af tilbuddet gælder<sup>1</sup>:

- Faggrupperne har erhvervet sig specialiserede neurofaglige kompetencer; for psykologer vil det fx betyde erhvervelse af psykologforeningens godkendelse som specialist i neuropsykologi.

---

<sup>1</sup> Punkterne er formuleret af en kommunal arbejdsgruppe nedsat af Socialdirektørforum i Region Syddanmark. Formanden for arbejdsgruppen har orienteret om gruppens forslag til kriterier for graderede specialiserede døgntilbud på hjerneskeadeområdet, jf. rammeaftalen. Socialdirektørforum har på mødet den 27. marts 2015 taget orienteringen til efterretning.

- Der er etableret vidensmiljøer bestående af minimum 3 personer med beslægtede uddannelser
- 75 % af personalet har minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III.
- Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision, og supervisionen forestås af specialistgodkendt neuropsykolog.
- Faggrupperne deltager i udviklingsarbejde og bidrager til forskning.
- Faggrupperne indgår i vidensdeling og kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere.
- Tilbuddet samarbejder med lokale vidensmiljøer, det regionale vidensmiljø og VISO.

Kommunen skal sikre sig, at leverandøren af rehabilitering på specialiseret niveau besidder kompetencer til at imødekomme borgerens behov for indsats (FVR afsnit 7.3):

Har patienten behov for indsatser i forhold til mentale funktioner, herunder hukommelse og opmærksomhed, overordnede kognitive funktioner, følelsesfunktioner, adfærd, perception m.fl., skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat neuropsykologer og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer ift. disse områder

Har patienten behov for indsatser i forhold til sprogfunktioner, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat audiologopæder med specialiserede kompetencer ift. dette område, ligesom der skal være adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne

Har patienten behov for indsatser i forhold til *bevægelsesfunktioner og andre kropsfunktioner*, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt sygeplejersker med specialiserede kompetencer

Har patienten behov for indsatser ift. *omsorg for sig selv, daglig livsførelse, mobilitet, beskæftigelse, uddannelse*, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat ergoterapeuter, pædagogisk personale, eventuelt neuropsykologer og socialrådgivere samt andre relevante faggrupper med specialiserede kompetencer

Har patienten *svære somatiske eller psykiatriske følger* af hjerneskaden eller betydelig komorbiditet, kan der være behov for, at der på det specialiserede rehabiliteringstilbud er adgang til lægelig behandling og sygepleje på specialiseret niveau. I andre tilfælde vil dette kunne varetages i et samarbejde med sygehuset og/eller patientens praktiserende læge

## Sygehusets ansvar og opgaver

Fra vejledningen om genoptræning:

Genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau skal udarbejdes tværfagligt: *Såfremt det vurderes, at patienten skal have en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, er det en forudsætning, at der i vurderingen og i udarbejdelsen af genoptræningsplanen er inddraget relevante sundhedspersoner, som for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter samt andre faggrupper som for eksempel neuropsykologer og audiologopæder, der skal forestå genoptræningen efter udskrivelse. (Afsnit 5.2 i vejledningen)*

### Udskrivningskonference

Sygehuset skal sikre, at der afholdes udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau. Ved udskrivningskonferencen drøftes behovet for fortsat samarbejde mellem sygehus og kommune. (FVR afsnit 3.1.2 )

### Genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau

Det samlede rehabiliteringsbehov er beskrevet fra sygehuset i den endelige genoptræningsplan kommunen modtager (Under forudsætning af, at udarbejdelsen er sket i det aftalte samarbejde jf. Sam:Bo og bekendtgørelse).

Ud over de krav, der er om oplysninger i genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau, fremgår det også af vejledningens afsnit 5.4.3 at "*...(der) kan eventuelt gives anbefalinger til metode, omgang og karakter af den videre indsats*". Hermed har lægen videre beføjelser i forhold til at beskrive konkrete indsatser i kommunalt regi, end det er tilfældet ved de andre typer af genoptræningsplaner.

Dog kan der stadig ikke anbefales navngivne institutioner eller leverandører.

### **I teksten er der henvist til følgende udgivelser:**

**FVR:** "En Faglige Visitationsretningslinje" ("Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade" udgivet af Sundhedsstyrelsen dec. 2014) [LINK](#)

**Vejledningen:** "Vejledning om genoptræning og vedligeholdende træning i kommuner og regioner" udgivet af Sundhedsstyrelsen okt. 2014 [LINK](#)

**Den Centrale Udmelding:** "Central Udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" udgivet af Socialstyrelsen nov. 2014 [LINK](#)

# Formandskabsbehandlet - Revideret udgave af samarbejdsaftalen for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid

DAK skal i denne sag godkende en revideret udgave af samarbejdsaftalen for patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid. Den væsentligste ændring er, at børneområdet er medtaget.

## **Sagsfremstilling DAK:**

Den daværende SAM:BO Følgegruppe igangsatte i foråret 2015 en revidering af samarbejdsaftalen for alvorligt syge og døende.

I juni måned fremlagde en tværsektoriel arbejdsgruppe en reviderede udgave, opdateret i henhold til bl.a. "Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats (2011)", "Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge (2012)", "Sundhedsaftalen 2015-18" samt diverse lokalaftaler (§2). SAM:BO Følgegruppen behandlede udkastet, men besluttede at afvente resultatet af en anden arbejdsgruppe, som sideløbende udviklede et initiativ målrettet en styrket palliativ indsats til børn med livstruende sygdom - en del af finansloven 2015.

Regionsrådet godkendte d. 26. oktober 2015 udmøntningen af midlerne hertil, og fra februar 2016 etableres et udekørende pædiatrisk palliativ team med base på Odense Universitetshospital. Initiativet skal sikre, at familier med uhelbredeligt syge børn, som ønsker det, kan være længst muligt i eget hjem og at deres barn kan tilbringe sin sidste tid her. Initiativet er nærmere beskrevet i samarbejdsaftalens pkt.6. Den reviderede samarbejdsaftale er før forelæggelsen for Det Administrative Kontaktforum behandlet og godkendt af følgegruppen for behandling og pleje. Den reviderede samarbejdsaftale erstatter den nuværende, med titlen "samarbejdsaftalen for alvorligt syge og døende" og vil, ved godkendelse af Det administrative Kontaktforum, træde i kraft den 1. februar 2016.

## **INDSTILLING**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender revideret udgave af samarbejdsaftale

---

## **Kommunale kommentarer**

Der fremgår ikke væsentlige ændringer i den nye samarbejdsaftale sammenlignet med den tidligere udgave. Den væsentligste ændring ved denne aftale er, at børneområdet er inddraget nu. Der er/vil blive etableret et pædiatrisk palliativ team, som har tovholderfunktion i samarbejdet med kommune, almen praksis mv., når et barns sygdomsforløb er pallierende, og barnet/forældrene ønsker, at barnet skal blive i hjemmet den sidste tid. Det må formodes, at der heldigvis ikke er tale om mange forløb.

Derudover fremgår der små, mindre ændringer, som de kommunale medlemmer i Følgegruppen for behandling og pleje ikke har vurderet som havende væsentlig betydning for kommunerne.

## *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At den reviderede samarbejdsaftale vedr. patienter med livstruende sygdom og kort forventet levetid godkendes.

# SAM•B

Samarbejde om borger/patientforløb

Tværasektorielt samarbejde om patienter med  
uhelbredelig livstruende sygdom og forventet  
kort levetid i Region Syddanmark







# Indhold

1. Formålet og grundlag for samarbejdsaftalen . . . . .	side 5
2. Grundprincipper for samarbejdet . . . . .	side 7
3. Definitioner og forløbstyper i den palliative indsats . . . . .	side 9
4. Samarbejde og kommunikation ved patientforløb . . . . .	side 15
• Iværksættelse af palliativ indsats – egen læge & kommunen. . . . .	side 16
• Iværksættelse af palliativ forløb – udskrivelse fra sygehusafdeling . . . . .	side 17
• Palliativ indsats i eget hjem – basis forløb . . . . .	side 19
• Palliativ indsats på sygehuset. . . . .	side 21
• Det Palliative team – specialiseret indsats . . . . .	side 22
• Hospice – specialiseret indsats . . . . .	side 23
5. Træning og fysioterapeutisk behandling . . . . .	side 27
6. Styrket palliativ indsats til børn med livstruende sygdom . . . . .	side 31
7. Sorg- og krisetilbud. . . . .	side 33
8. Pårørende . . . . .	side 37
9. Befordring . . . . .	side 39



# 1. Formål og grundlag for samarbejdsaftalen

## 1.1 Mål

Denne tværsektorielle samarbejdsaftale skal bidrage til at sikre sammenhængende forløb for patienter, uanset alder, med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Samarbejdsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne, hospice og sygehusene om den enkelte palliative patient og dennes forløb gennem systemet, samt sikre dialog og koordinering parterne imellem med størst mulig inddragelse af patient og pårørende. Dermed sikres, at patienter og pårørende modtager den nødvendige støtte og hjælp igennem det palliative forløb.

## 1.2 Gyldighedsområde

Flere patienter lever længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for kvaliteten af hele patientforløbet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats (2011). Der lægges derfor vægt på, at behovsvurdering er en vigtig del af den palliative indsats gennem hele forløbet, i forbindelse med at diagnosen stilles, ved forværring af sygdom, ved sektorovergange samt andre væsentlige begivenheder.

Nærværende samarbejdsaftale vedrører patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, som har palliative problemstillinger med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats<sup>1</sup>

Samarbejdsaftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, især med fokus på forløbenes sektorovergange. Såvel denne samarbejdsaftale som den generelle regionale samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivelse; SAM:BO, kan findes på den regionale informationsside <http://www.regionsyddanmark.dk/wm338071>.

## 1.3 Målgruppe

Den umiddelbare målgruppe for samarbejdsaftalen er fagpersoner inden for det social- og sundhedsfaglige område, der arbejder i eller i tilknytning til det kommunale og regionale sundhedsvæsen i Region Syddanmark. Det gælder især alment praktiserende læger og vagtlæger, personale i den kommunale sygeplejesektor samt klinisk personale på sygehusene og hospice. Aftalen har også betydning fx for andre ydergrupper i praksis, rådgivere - herunder socialrådgivere i kommuner m.fl.

Målet er, at patienter med livstruende uhelbredelig sygdom og forventet kort levetid opnår bedst mulig lindring, samt at patienten og pårørende oplever højst mulig livskvalitet gennem hele forløbet, trods de symptomer og problemer sygdommen medfører.

## 1.4 Ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det administrative Kontaktforum og træder i kraft d. 1. februar 2016.

## 1.5 Forankring af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale er en parallelaftale til den regionale samarbejdsaftale vedr. indlæggelse og udskrivelse; SAM:BO, men har specifikt fokus på patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Denne er indarbejdet i Sundhedsaftalen 2015-2018.

<sup>1</sup> Begrebet "terminal erklæring" anvendes ikke i nærværende aftale, i stedet bruges begrebet "socialmedicinsk sagsbehandling"



## 2. Grundprincipper for samarbejdet

### 2.1 Sammenhængende patientforløb

Samarbejdsaftalen skal medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Patienten skal opleve sammenhæng i hele patientforløbet. Udgangspunktet er den enkeltes behov, således at behandlingen og omsorg tilbydes, når behovet er der.

Sammenhængende patientforløb stiller store krav til kommunikation, fleksibilitet, koordinering, kontinuitet og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at sikre og koordinere patientforløb er en opgave, der skal løses af sygehusene, hospice, almen praksis og kommunerne, i samarbejde med patient og pårørende.

Samarbejdsaftalen beskriver seks generelle forløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom i forhold til, hvordan der samarbejdes og kommunikeres i overgangene mellem sektorerne.

### 2.2 Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog

Samarbejdsaftalens grundlag er klare aftaler om samarbejde, kommunikation, ansvar og initiativ i patientforløbene, i kombination med dialog og fleksibilitet i opgaveløsningen til gavn for den enkelte palliative patient og pårørende. Løbende dialog mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være proaktiv og især sikres ved sektorovergang.

Dialogen skal sikre, at alle parter i nødvendigt omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del og indsats i et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri. Dialogen skal føres mellem de fagligt involverede parter, og kun hvis der ikke kan nås til enighed, bringes spørgsmål til nærmeste ledelsesniveau.

### 2.3 Patienten inddrages

Patientens samtykke skal gives på baggrund af fyldestgørende information fra sundhedspersonalets side, og patienten kan til enhver tid tilbagekalde sit samtykke.

Sundhedsloven fastlægger hvordan og om hvad sundhedspersonalet skal informere patienten.

Samarbejdsaftalen angiver rammerne for en del af denne information ved at fastlægge hvornår i patientforløb der skal gives bestemte informationer, herunder baggrund, planlægning af behandling mv. Det er vigtigt, at denne information overdrages i en dialogbaseret form, hvor patienten og pårørende kan give udtryk for sine holdninger, og hvor der tages hensyn til patientens tilkendegivelser.

Tilsvarende beskriver aftalen, hvornår og hvordan borgeren informeres om de kommunale ydelser i det samlede forløb. Det er kontaktpersonerne i henholdsvis kommuner og sygehus samt patientens egen læge, der forestår informationen, alt efter hvor i patientforløbet man befinder sig.

Det er naturligt, at patientens pårørende får del i informationerne - dette forudsætter patientens accept.

### 2.4 Fælles udskrivningsplanlægning

Der henvises i øvrigt til de udsendte retningslinjer for fælles udskrivelsesplanlægning, der fastlægger værdigrundlaget for samarbejdet om udskrivelse og retningslinjerne for fælles udskrivelsesplanlægning og dialog.

Retningslinjerne findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og på [regionens hjemmeside](#)



# 3. Definitioner & forløbstyper i den palliative indsats

## 3.1 Definition af palliativ indsats

Samarbejdsaftalen tager udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationens definition af palliativ indsats:

*"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer både fysisk, psykisk, psykosocialt og åndelig art." (World Health Organization, 2002)<sup>1</sup>*

Verdenssundhedsorganisationens definition præciserer yderligere, at den palliative indsats:

- Tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- Bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- Tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- Integrerer psykologiske og åndelige aspekter
- Tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- Tilbyder støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- Anvender en tværfaglig teambaseret tilgang for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- Har til formål at fremme livskvaliteten og kan have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- Kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som eksempelvis kemo eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer

I den palliative indsats er det vigtigt at have rehabilitering for øje. Rehabilitering har fokus på at forbedre og vedligeholde patientens funktionsevne og deltagelse i hverdagslivet – fysisk, psykisk, socialt og intellektuelt. Rehabilitering kan være med til at opretholde fokus på meningsfulde aktiviteter og strukturere hverdagen for patient og pårørende.

De overordnede principper for tilrettelæggelsen af den palliative indsats i Region Syddanmark, følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2011<sup>2</sup>. Den palliative indsats inddeles palliation i basis og specialiseret niveau.

## 3.2 Palliativ indsats på basisniveau – eget hjem og i sygehuse

Den palliative indsats på basisniveau omhandler den indsats, der finder sted på sygehusene og i patientens/borgerens eget hjem. For den indlagte patient varetages den palliative indsats af sygehusets læger og plejepersonale, og for den hjemmeværende patient varetages opgaven af hjemmesygeplejen og egen læge.

I henhold til Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer (1999)<sup>3</sup> skal basisindsatsen sikre:

- At der afsættes den fornødne tid og opmærksomhed til uhelbredeligt syge patienter med kort forventet levetid samt støtte til de pårørende
- En sufficient symptomkontrol, og herunder smertebehandling baseret på god klinisk praksis og ajourført viden
- En åben og direkte kommunikation med patienten og pårørende, præget af professionel engagement
- At de fysiske rammer for indsatsen er hensigtsmæssige (enestuer, mulighed for ophold og overnatning for pårørende, de nødvendige hjælpemidler i hjemmet mv.)
- At der trækkes på særlig viden og erfaring fra specialistaniveau
- At kvaliteten af den palliative indsats løbende vurderes
- At der etableres det nødvendige samarbejde mellem afdelingen og den primære sundhedstjeneste, herunder aftaler vedrørende åben indlæggelse
- At palliation indgår i den løbende uddannelse og undervisning af sundhedspersonalet

1 World Health Organization. National Cancer Control Programs. Policies and managerial guidelines. 2nd ed: Geneva: World Health Organization; 2002:83  
2 Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen; 2011  
3 Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinjer for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen; 1999

### 3.3 Organisering og ansvar ved basisforløb i primærsektor

For patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid foregår en stor del af den palliative indsats i borgerens/patientens eget hjem, ved midlertidigt ophold på plejehjem eller aflastning. Her er støtte, omsorg og behandling opretholdt af ekspertisen fra egen læge, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i kommunen.

Den kommunale indsats forudsætter som udgangspunkt, at patientens læge har tilsendt kommunen forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

Der kan være patienter, for hvem der ikke er taget stilling til forslag til socialmedicinske sagsbehandling, som har behov for kommunal palliativ indsats. I sådanne tilfælde foretages der en konkret vurdering af patientens bopælskommune.

Egen læge og hjemmesygeplejen udgør tilsammen behandlerteamet omkring den enkelte patient og dennes pårørende. Andre kommunale aktører kan efter behov indgå i teamet fx fysioterapeuter og socialrådgiver.

#### Egen læge som tovholder

For patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid er egen læge som tovholder en væsentlig part i patientforløbet.

At være tovholder for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, indebærer at:

- Lægen udfærdiger forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165), hvis patienten, der er i lægens behandling og varetægt, opfylder kriterierne herfor:
  - Kurativ behandling er udsigtsløs
  - Prognosen er kort levetid
  - Patienten er plejkrævende
- Lægen henviser ved behov til sygehusafdeling med henblik på en åben indlæggelse jf. afsnit 3.3
- Lægen kan for patienten sende ansøgning om Terminaltilskud til Lægemedler jf. Sundhedsloven § 148. Der kan ansøges uafhængigt af forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)
- Lægen er ansvarlig for det lægefaglige behandlingsforløb i hjemmet og holder den kommunale sygepleje underrettet
- Lægen er ansvarlig for, at patient og pårørende får den information vedr. den lægelige behandling, som de ønsker og har behov for
- Lægen medvirker sammen med den kommunale hjemmesygepleje i den fysiske, psykiske, sociale og åndelige omsorg for patienten
- Lægen er let tilgængelig og kontinuerligt i dialog med den kommunale hjemmesygepleje
- Lægen og den kommunale hjemmesygepleje konfererer om indhold og formål ved hjemmebesøg, som tilstræbes aflagt i fællesskab
- Lægen henviser til informeret kollega i tilfælde af ferie, sygdom og lignende
- Lægen kan ansøge om tilskud til ernæringspræparater fx ernæringsrecept jf. Sundhedslovens § 159 og dækning af nødvendige merudgifter jf. Servicelovens § 100
- Lægen og den kommunale sygepleje sikrer, at de nødvendige medikamenter til behandling og lindring af symptomer forefindes i hjemmet
- Ved udskrivelse fra sygehus, samarbejder sygehuset, egen læge og kommunen om udskrivelsesforløbet ifølge SAM:BO og jf. de i afsnit 4 beskrevne patientforløb

Anbefalinger for den praktiserende læges indsats er specificeret i DSAM vejledningen "Palliation" (2014).

Ved palliative patientforløb kan egen læge kontakte det palliative team mhp. vejledning fra specialistniveau. Egen læge kan ligeledes ved komplicerede palliative patientforløb, og efter patientens samtykke, henvise til det palliative team. Den praktiserende læge har, lige som offentligt ansatte, en skærpet underretningspligt jf. Serviceloven kapitel 27.



Region Syddanmark har indgået en lokalaf tale med almen praksis om bl.a. deltagelse i udskrivelseskonference og mulighed for faglig koordinering med den kommunale sygeplejerske, samt opfølgende samtale med pårørende efter patientens død. Lokalaf talenaftalen findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

### **"Tryghedskassen"**

Formålet med Tryghedskassen er, at sikre et optimalt afsluttende forløb for patienter der ønsker at dø i eget hjem. Kassen indeholder medicin, utensilier (infusionssæt, sprøjter, kanyler) og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn. Lægemedlerne i Tryghedskassen anvendes til symptomlindring i de sidste levedøgn hos patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid, der ikke længere kan indtage peroral medicin.

Tryghedskassen ordineres ved udfærdigelsen af recept. Der skal udfyldes et ordinationsskema med individuelle ordinationer. Skemaet formidles til hjemmesygeplejen, som ellers ikke må anvende kassen. Tryghedskassen kan opbevares i patientens hjem og anvendes ved behov af den tilseende læge/vagtlæge/sygeplejerske efter aftale med lægen.

Vejledning i brug af Tryghedskassen kan findes i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning Palliation (2014).

Regionen dækker hele udgiften til Tryghedskassen.

### **Kommune - sygeplejersken som koordinator**

Sygeplejersken varetager den koordinerende indsats i pleje og behandlingsforløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i eget hjem. Rollen indbefatter følgende opgaver, hjemmesygeplejen:

- koordinerer patienters pleje og behandlingsforløb mellem primær og sekundærsektor samt holder egen læge orienteret herom
- vurderer ændringer i plejebehovet hos patienten. Både fysiske, psykiske og sociale forhold vurderes i samarbejde med patienten, pårørende, visitationen/socialrådgiveren, plejepersonalet og egen læge. Kommunen visiterer ydelser i henhold til eget serviceniveau
- planlægger i samråd med egen læge justeringer af den palliative behandling evt. i samarbejde med det palliative team
- ajourfører sygeplejerapport ved indlæggelse og udskrivelse. Sygeplejersken konfererer om helbredsdata med egen læge og sikrer at den lægefaglige behandlingsplan kan effektueres
- er tilgængelig for telefonisk kontakt med egen læge om fælles patienter
- involveres af udskrivende sygeafdeling ved komplekse plejeforløb iht. SAM:BO
- forud for indlæggelse på stamafdelingen kontakter hjemmesygeplejersken stamafdelingen
- ved evt. udskrivelseskonference kan sygeplejersken og evt. visitation/socialrådgiver deltage i tværfaglig udskrivelseskonference
- forestår koordinationen omkring bevilgede hjælpemidler

Den kommunale sygeplejerske har, som andre offentligt ansatte, en skærpet underretningspligt jf. Serviceloven kapitel 27.

### **Kommunen - rådgiverbistand**

En del af de patienter med uhelbredeligt livstruende sygdom og forventet kort levetid, har behov for helhedsorienteret rådgivning - for eksempel socialrådgiverbistand. Denne rådgivning ydes af patientens bopælskommune. I tilfælde af komplekse problemstillinger anbefales det, at kommunen udpeger en koordinerende sagsbehandler for den enkelte patient.

### **Sygehuset - aftale om åben indlæggelse**

Åben indlæggelse er relevant når:

- sygehusets behandling går fra at være kurativ til lindrende/palliativ
- såfremt hjemmeplejen og egen læge ikke kan løse patientens pleje og behandlingsproblemer i hjemmet
- når patientens problemer kræver observation, udredning og/eller behandling ved specialister eller med specialudstyr

”Åben indlæggelse” betyder, at patient og pårørende:

- har behov for palliativ behandling
- har aftalt en stamafdeling på sygehuset, så der er mulighed for at kontakte afdelingen direkte og få svar på spørgsmål
- kan kontakte stamafdelingen direkte og træffe aftale om indlæggelse, hvis der opstår behov. Hjemmeplejen kan også aftale indlæggelsen
- patienten tildeles faste kontaktpersoner på stamafdelingen

### 3.4 Den specialiserede indsats

Den specialiserede palliative indsats varetages i de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgave. Det drejer sig om palliative afdelinger på sygehuse, palliative teams og hospice. Den specialiserede indsats er målrettet patienter med komplekse palliative problemstillinger.

#### *Det palliative team*

Det palliative team defineres af Sundhedsstyrelsen som: ”en tværfagligt sammensat gruppe (primært læger og sygeplejersker) med specialviden om palliation...”. Det forudsættes, at der udover læger og sygeplejersker indgår andre faggrupper, såsom fysioterapeuter, psykolog, socialrådgiver, præst, diætist, ergoterapeut m.fl. med det formål, at leve op til Verdenssundhedsorganisationens målsætning for palliativ indsats.

Størstedelen af patienter med palliativt behov vil modtage dækkende palliativ indsats fra basisniveauet, i særligt komplekse tilfælde involveres det palliative team. Der er dog altid mulighed for, at basisniveauet kan hente råd, hjælp og uddannelse fra specialistniveauet. Indenfor almindelig åbningstid på hverdage kan det lokale palliative team kontaktes (se nedenfor). På hverdage fra 15.30-08.00 og hele døgnet i weekender og på helligedage kan bagvagter på sygehuse og vagtlæger/praktiserende læger kontakte vagthavende i Palliativ Team Fyn direkte på 2117 1716.

Det palliative team er med til at sikre koordineringen af den palliative indsats på tværs af sektorer. Endvidere yder det palliative team specialistbistand til basisniveauet i primærsektoren og på sygehusafdelinger eller andre institutioner. Oplysninger om de palliative team fremgår af [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

#### Visitationskriterier til palliativ team

Patienter med uhelbredelig livstruende sygdom, forventet kort levetid og særligt komplicerede problemstillinger af fysisk, psykologisk, social og/eller åndelig/eksistentiel karakter, kan henvises til de specialiserede palliative teams. Henvisning kan ske via egen læge eller sygehuslæge.

Komplekse symptomer og problemstillinger kan være kombinationer af nedenstående:

- fysiske symptomer såsom smerte, kvalme, træthed, vejrtrækningsbesvær, appetitløshed, konfusion mm.
- sociale og familiære problemer
- psykologiske og følelsesmæssige problemer
- åndelige, eksistentielle problemstillinger
- behov for støtte til pårørende, herunder børn

Et symptom eller problemstilling kan også være kompleks i den forstand, at det i særlig grad kræver tværfaglig indsats for at bedst mulig behandling og pleje opnås.

Det palliative team tilbyder forskellige indsatsniveauer:

- råd og vejledning til professionelle uden at teamet har direkte kontakt til patienten
- tilsyn af indlagte patienter
- palliativt team involveres i en kortere periode med patienten i forbindelse med en afgrænset problemstilling
- patient og pårørende har så komplekse problemstillinger, at en varig tilknytning til specialiseret indsats er nødvendig

De palliative teams arbejder tæt sammen med hospice i regionen.

I Region Syddanmark findes følgende palliative specialfunktioner:

- Det palliative team, Sydvestjysk Sygehus
- Palliativt Team Fyn, Odense Universitetshospital
- Det palliative sengeafsnit, Odense Universitetshospital
- Palliativt Team, Sygehus Lillebælt, Vejle
- Det palliative team, Sygehus Sønderjylland

Kontaktinformation findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

### 3.5 Hospice i Region Syddanmark

Hospicer er selvejende institutioner med egne bestyrelser, men med driftsoverenskomst med regionerne.

Hospice fungerer under Sundhedsloven og er et tilbud om specialiseret symptomlindring, støtte og omsorg til uhelbredeligt syge med kort forventet levetid. Hospice følger Verdenssundhedsorganisationens og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for den palliative indsats.

Hospicefilosofien er værdigrundlaget for hospicearbejdet og bygger på de principper og holdninger, der sikrer at den uhelbredeligt syge skal have den bedst mulige kvalitet i den tilbageværende levetid. I den palliative indsats vægtes lindring på det fysiske, det psykiske, det sociale og det åndelige område ligeligt. Indsatsen er tværfaglig og udføres af speciallæger, plejepersonale, fysioterapeuter, psykologer, præster, socialrådgivere m.fl. Omsorgen omfatter den syge, dennes nærmeste pårørende og senere efterlevende.

**I Region Syddanmark findes 5 hospicer med hver 12 senge:**

Hospice Fyn i Odense: [www.hospicefyn.dk](http://www.hospicefyn.dk)

Hospice Sydfyn, Svendborg: [www.hospicesydfyn.dk](http://www.hospicesydfyn.dk)

Hospice Sønderjylland i Haderslev: [www.hospicesonderjylland.dk](http://www.hospicesonderjylland.dk)

Sct. Maria Hospice i Vejle: [www.sctmariahospice.dk](http://www.sctmariahospice.dk)

Hospice Sydvestjylland i Esbjerg: [www.hospicesydvestjylland.dk](http://www.hospicesydvestjylland.dk)

Henvisning til hospice kan ske via egen læge eller sygehuslæge.

**Visitationskriterierne til hospice:**

Hospice modtager patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og komplekse palliative problemstillinger, og hvor der er behov for tværfaglig specialistindsats. Patienten skal:

- lide af en uhelbredelig, livstruende, fremadskridende sygdom og være informeret om sygdommens uhelbredelige karakter
- være diagnostisk færdigudredt
- have komplekse symptomer, der kræver tværfaglig specialiseret palliativ indsats
- være informeret om det lindrende sigte og have et ønske om at komme på hospice

Der kan være tale om:

- ophold i forbindelse med livets afslutning
- midlertidige ophold til løsning af palliative problemstillinger, herunder symptomlindring og ophold af palliativ rehabiliterende karakter

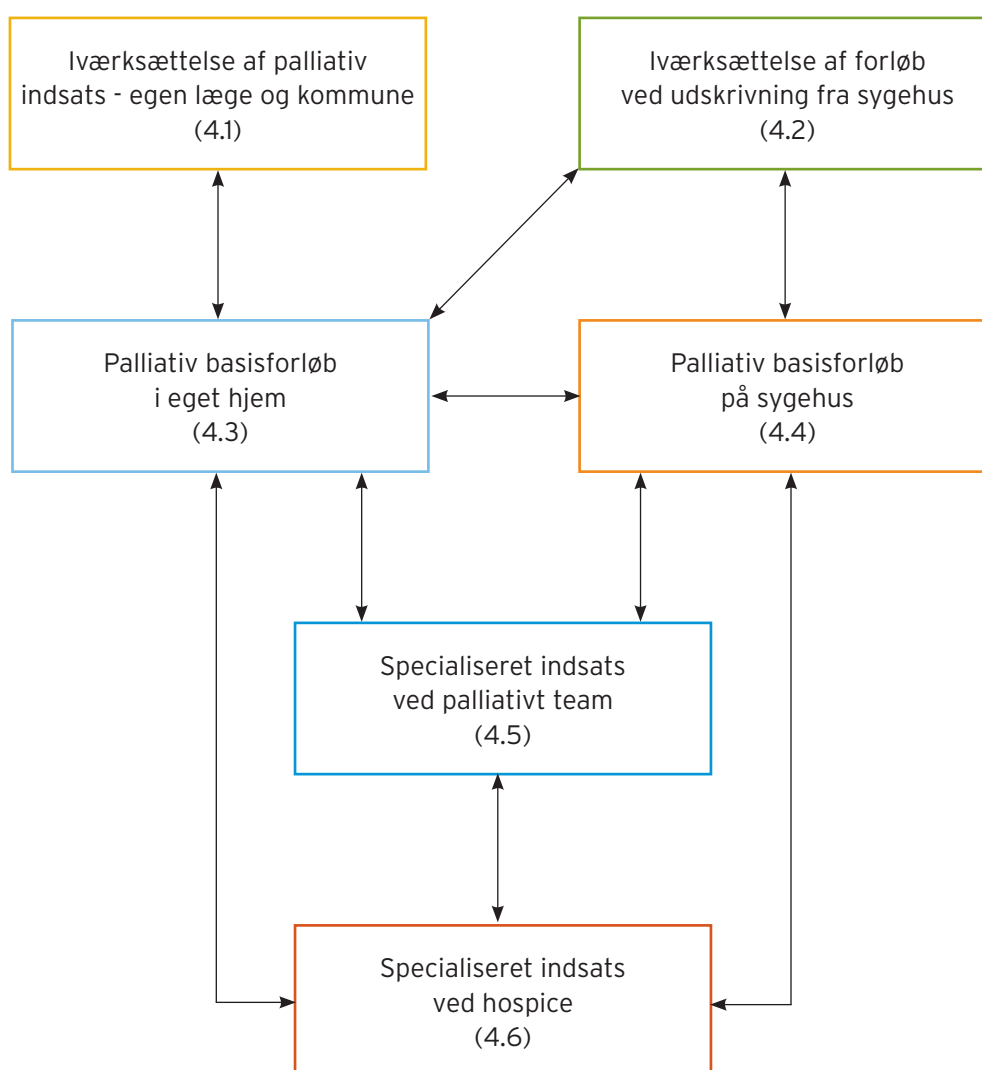
Pårørende har mulighed for, efter aftale, at overnatte og spise på Hospice. Pårørende afregner for dette efter aftale.

Patienten har frit hospicevalg (der henvises til afsnittet vedr. befordring). Indlæggelse på hospice er vederlagsfrit for patienten.



## 4. Samarbejde og kommunikation ved patientforløb

I denne samarbejdsaftale er det valgt, at beskrive de typiske forløb for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Patientforløbene repræsenterer hver i sær en typisk fase i det samlede forløb. Se nedenstående figur. Forløb bygger på den regionale samarbejdsaftale om borger/patientforløb, SAM:BO aftalen. Hvor denne følges, er der henvist hertil. Hvor særlige forhold gælder for den uhelbredeligt syge patient, er dette beskrevet.



## 4.1 Iværksættelse af palliativ indsats – egen læge og kommunen (basis forløb)

### Kommunikation ved påbegyndelse af patientforløb

#### Egen læges opgaver

Egen læge kan, hvis patienten er i lægens behandling og opfylder kriterierne derfor, udfærdige et forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) for den uheldeligt syge patient med forventet kort levetid, således at patienten kan få tildelt ydelser efter serviceloven. Egen læge informerer patienten og pårørende om de mulige tilbud i patientforløbet, herunder kontakt til den kommunale sygeplejerske. Det sikres, at patienten accepterer lægens indsendelse af forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

Lægen henviser ved behov til sygehus med henblik på aftale om åben indlæggelse. Sygehuset kvitterer med oplysning om stamafdeling.

Bevilling af hjælpemidler fra kommunen kan søges efter Servicelovens § 112.

Ernæringspræparater søges efter Sygesikringsloven vha. den grønne recept eller ved kommunen iht. Servicelovens § 122.

**Fysioterapeutbehandling** i eget hjem kan forgå efter henvisning til praktiserende fysioterapeut eller kan varetages af kommunen. I først nævnte tilfælde kan kommunen ansøges om betaling heraf i henhold til Servicelovens § 122 eller ved anvendelse af lokalaftalen om palliativ fysioterapi. Se afsnit 5 vedr. træning og fysioterapeutisk behandling.

For vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehus, se Sundhedsstyrelsens retningslinjer herfor.

#### Medicin

Ifølge Sundhedslovens § 148, kan den behandlende læge søge Lægemiddelstyrelsen om 100% terminaltilskud til lægemidler. Kravet er, at patienten er uheldeligt syg og har en kort forventet levetid, samt at mulighed for kurativ behandling er udsigtsløst. Tilskuddet er uafhængigt af økonomiske forhold og hvor den døende opholder sig. Ansøgningen forudsætter ikke, at der er indsendt et forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

#### Kommunen modtager forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)

Kommunen modtager forslaget fra lægen, vurderer de fornødne ydelser og inddrager den sygeplejerske, der skal være kontaktperson for borgeren samt andre relevante fagområder.

Kommunen kontakter borgeren telefonisk eller pr. brev med henblik på at opstarte den palliative indsats.

Ved inddragelse af hjemmesygeplejen kontakter sygeplejersken patientens læge mhp. at aftale planlægning af samarbejdet og indsatsen omkring den enkelte borger/patient og dennes pårørende.

Den palliative indsats i kommunen kan udspringe af et allerede eksisterende plejeforløb i kommunalt regi i samarbejde med praktiserende læge. Der kan søges om socialmedicinsk sagsbehandling, når lægen vurderer, at borgeren har en forventet kort levetid.

#### Kommunens tilbud

Kommunen har en række tilbud til patienten og dennes pårørende. De kommunale tilbud tager udgangspunkt i den enkelte kommunes serviceniveau og kan derfor være forskellige fra kommune til kommune.

Kommunen kan efter visitation på grundlag en individuel vurdering iværksætte de kommunale ydelser, eksempelvis i form af:

- Praktisk hjælp
- Personlig pleje
- Hjemmesygepleje
- Rehabilitering
- Hjælpemidler fx sygehusseng, toiletforhøjer, specialmadras iht. Servicelovens § 112 (redskaber der anvendes i forbindelse med behandling leveres af sygehuset)
- Boligindretning iht. Servicelovens § 116
- Sygeplejeartikler jf. Servicelovens, § 122
- Plejeorlovsordning iht. Servicelovens § 119
- Pasningsordningen iht. Servicelovens § 118
- Aflastning af pårørende
- Mulighed for fast vagt i hjemmet
- Fysioterapi iht. Servicelovens § 85 og § 86
- Midlertidigt ophold på kommunens akutplads

## 4.2 Iværksættelse af palliativt forløb - udskrivelse fra sygehusafdeling

### Samarbejde og kommunikation ved forberedelse af udskrivelse fra sygehusafdeling

#### Kendte i det kommunale omsorgssystem

Patienten er meldt indlagt til det kommunale omsorgssystem.

#### Ukendt i det kommunale omsorgssystem

Sygehuset tager telefonisk eller elektronisk kontakt via korrespondancemeddelelse til patientens bopælskommune mhp. oprettelse af patienten i kommunens omsorgssystem.

#### Sygehuset afsender plejeforløbsplan elektronisk til kommunen (SAM:BO 4.3.3)

Planen indeholder udover vanlige oplysninger i SAM:BO, relevante oplysninger som:

- Forventet forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) og etablering af stamafdeling.
- Er der søgt om tilskud til lægemidler, Sundhedslovens § 148
- Er der henvist til palliativt team?
- Forventet behov for sygepleje
- Forventet behov for rådgivning - herunder socialrådgiverbistand.

#### Kommunen kvitterer for plejeforløbsplan (SAM:BO 4.4.2)

Behov for udvidet koordinering løses på den måde, det er aftalt mellem sygehuset og den enkelte kommune, f.eks. ved:

- Uddybet it-kommunikation
  - Videokonference
  - Telefonisk kontakt
  - Fysisk fremmøde på sygehus
- Sygehusets kontaktperson aftaler udskrivningskonference med den kommunale kontaktperson som afholdes inden for 2 døgn.

Sygehuset informerer patientens egen læge elektronisk via en korrespondancemeddelelse om mulighed for at deltage i evt. udskrivningskonference.

#### Aftale om udskrivning (SAM:BO 4.4.3)

Sygehuset, praktiserende læge og den kommunale kontaktsygeplejerske er ansvarlige for etablering/formidling af nedenstående:

- Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165), samt etablere stamafdeling.  
Lægen skal indsende forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) for, at patienten kan få tildelt ydelser efter den sociale servicelov f.eks. plejeorlov til nærtstående jf. Servicelovens § 119 samt sygeplejeartikler, dækning af egenbetaling i forbindelse med fysioterapi m.v. i henhold til Servicelovens § 122
- Aftale om åben indlæggelse på stamafdeling samt information om, hvad dette indebærer
- Afstemt medicinliste  
Den behandlende læge kan søge Lægemiddelstyrelsen om bevilling af terminaltilskud til lægemidler
- Ernæring(-spræparater)
- Behandlingsredskaber
- Orientering af patient og pårørende om det aftalte og konsekvenserne heraf
- Mulighed for plejeorlov
- Lindrende fysioterapi i hjemmet (se afsnit 5)

Aftale om udskrivelse udarbejdes i så god tid, at kommunen kan forberede det fornødne i relation til ydelser i hjemmet jf. principperne i SAM:BO.

Udskrivelsen af patienten sker i henhold til Grundprincipperne i samarbejdet – SAM:BO

## Samarbejde og kommunikation ved udskrivelse fra sygehusafdeling

### Henvisning til kommunale ydelser (SAM:BO 4.5.1)

Ved behov for hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger aftales dette i forbindelse med planlægningen af udskrivelsen.

Ved behov for rådgivning - herunder socialrådgiverbistand aftales dette i forbindelse med udskrivelse. Dette anføres i udskrivelsesrapporten.

### Sygehuset sender udskrivningsrapport (SAM:BO 4.5.2)

### Kommunen (re-)etablerer kommunale ydelser i hjemmet og forbereder modtagelse af patienten (jf. SAM:BO 4.5.3.)

Modtagelse tilrettelægges ifølge aftale mellem sygehuset og den kommunale kontaktsygeplejerske. Evt. visiteres patienten til nye ydelser, jf. ovenfor.

### Sygehuset gennemfører udskrivningssamtale (SAM:BO 4.5.4)

Udskrivningssamtalen omfatter information til patienten og evt. pårørende og skal omfatte:

- Gennemgang af aftaler om det videre patientforløb, herunder fx.:
  - Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165) - og mulighederne herved
  - Aftale om åben indlæggelse på stamafdeling
  - Tilskud til lægemidler
- Genoptræningsplan
- Aftaler med kommunen.

### Patienten hjemsendes (SAM:BO 4.5.5)

### Sygehuset orienterer patientens egen læge (SAM:BO 4.5.6)

Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge. Dette bør for så vidt mulig ske samme dag: Hvis dette ikke er muligt, orienteres lægen om udskrivelsen telefonisk eller via en elektronisk korrespondancemeddelelse.

Epikrisen skal indeholde oplysninger om:

- Åben indlæggelse på stamafdeling
- Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).
- Evt. tilskud til lægemidler eller anden medicin tilskud
- Evt. genoptræningsplan.



## 4.3 Palliativ indsats i eget hjem - basis forløb

### Palliativt samarbejde mellem patientens egen læge og kommunen

#### Egen læge - tovholder

Egen læge modtager en epikrise fra sygehuset eller egen læge udfærdiger forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165).

Egen læge er tovholder for den lægefaglige behandling af patienten. Lægen udarbejder og følger op på behandlingsplanen.

Egen læge er i samarbejde med den kommunale sygeplejerske ansvarlig for den basale tværfaglige palliative behandling og indsats ift. patienten. Se afsnit 3.3.

Egen læge kan ordinere "Tryghedskasse" eller tilsvarende til brug i hjemmet.

#### Kommunens indsats

Kommunen modtager besked om patientens hjemkomst, eksempelvis ved at:

- Kommunen modtager den elektroniske plejeforløbsplan og udskrivningsrapport fra sygehuset
- Palliativt team kontakter kommunen
- Patientens egen læge kontakter kommunen.

Kommunen kan efter visitation på grundlag af en individuel vurdering iværksætte de kommunale ydelser eksempelvis i form af:

- Praktisk hjælp
- Personlig pleje
- Hjemmesygeplejerske
- Rehabilitering
- Hjælpemidler fx sygehusseng, toiletforhøjer, specialmadras iht. Servicelovens § 112 (redskaber der anvendes i forbindelse med behandling leveres af sygehuset)
- Boligindretning iht. Servicelovens § 116
- Sygeplejeartikler jf. Servicelovens § 122
- Plejeorlovsordning iht. Servicelovens § 119
- Pasningsordningen iht. Servicelovens § 118
- Mulighed for fast vagt i hjemmet
- Fysioterapi iht. Sundhedslovens § 84 og Servicelovens § 86
- Midlertidigt ophold på kommunens akutplads
- Aflastning af pårørende

De kommunale tilbud tager udgangspunkt i den enkelte kommunes serviceniveau og kan derfor være forskellige fra kommune til kommune.

Sygeplejersken er tovholder for den sygeplejefaglige del af det palliative forløb. Se afsnit 3.3.

#### Egen læge og den kommunale sygeplejerske samarbejder om udarbejdelse af en behandlingsplan

Behandlingsplanen omhandler:

- Behandlingsovervejelser
- Medicin
- Møder/besøg
- Kontaktform udenfor aftalte møder/besøg.

#### Ved forværring af patientens tilstand

Egen læge og den kommunale sygeplejerske konfererer om mulige initiativer til stabilisering af patienten.

Egen læge kan tage kontakt til:

- det lokale palliative team i dagtiden mhp. rådgivning (kontaktoplysninger findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)) og på hverdage fra 15.30-01.00, i weekender og på helligdage kan bagvagter på sygehusene og vagtlæ-

ger/praktiserende læger kontakte vagthavende i Palliativt Team Fyn direkte på 2117 1716.

- det lokale palliative team mhp. at få patienten tilknyttet det palliative team
- sygehuset mhp. indlæggelse.

Sygeplejersken kan:

- Vurdere behovet for øget pleje og omsorg i hjemmet
- Hvis patienten har aftale om åben indlæggelse, iværksætte en indlæggelse.

#### **Samarbejde og kommunikation ved dødsfald i hjemmet**

Den kommunale kontaktsygeplejerske aftaler med pårørende og egen læge tidspunkt og sted for ligsyn. Dødsattest udfærdiges af egen læge eller vagtlæge på helligdage og weekender, efter gældende regler.

Der skal gives besked til relevante samarbejdspartnere/relationer, herunder det palliative team, hvis teamet er involveret.

#### **Opfølgning på dødsfald**

[Se afsnit 7.6](#)

#### 4.4. Palliativ indsats på sygehuset

##### Samarbejde og kommunikation ved indlæggelse

Ved indlæggelse (Se SAM:BO forløb 4.2)  
Ved indlæggelse under 48 timer (Se SAM:BO forløb 3.1)

##### Samarbejde og kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb

**Sygehuset gennemfører indlæggelsessamtale (Se SAM:BO 4.3.1)**  
Indlæggelsessamtalen skal særligt omfatte patientens aktuelle tilstand og problemstillinger, herunder socialmedicinsk vurdering.

##### **Sygehuset gennemfører diagnostik og behandling. Der lægges behandlingsplan. (Se SAM:BO 4.3.2)**

Der foretages lægefaglig vurdering, eller vurdering på lægefagligt ansvar, af behovet for:

- Aftale om åben indlæggelse jf. afsnit 3.2
- Evt. forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)
- Evt. tilskud til lægemidler - Sundhedslovens § 148
- Lindrende fysioterapi, evt. i eget hjem - Sundhedsloven § 67
- Ernæring.

Konklusioner på vurderinger angives i plejeforløbsplanen til kommunen for de patienter, hvor en sådan afsendes jf. nedenfor.

##### **Sygehuset orienterer kommunen om forløbsplanen (Se SAM:BO 4.3.3)**

Planen indeholder relevante oplysninger som:

- Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (blanket LÆ 165)
- Tilskud til lægemidler Sundhedslovens § 148
- Henvist til palliativt team?
- Forventet behov for sygepleje
- Forventet behov for rådgivning - herunder socialrådgiverbistand (kun patienter tilknyttet palliativ team og i mindre omfang for patienter indlagt på Sygehus Lillebælt og Odense Universitetshospital).

##### Samarbejde og kommunikation ved forberedelse af udskrivelse

Patienter med kompliceret udskrivningsforløb  
Væsentligt ændret funktionsevne

Se ovenstående forløb 4.2 (Jf. SAMBO 4.4.2 til 4.4.3)

##### Samarbejde og kommunikation ved udskrivelse

Se ovenstående 4.2 (Jf. SAMBO 4.5.1 til 4.5.6)

##### **Samarbejde og kommunikation ved dødsfald på sygehus**

Ved dødsfald på sygehus informeres pårørende. Kommunen og egen læge modtager en elektronisk korrespondancemeddelelse om borgerens dødsfald. Dødsattest udfyldes af læge efter gældende regler.

##### **Opfølgning på dødsfald**

[Se afsnit 7.6.](#)

## 4.5 Det Palliative Team, specialiseret indsats

### Samarbejde og kommunikation ved specialiseret indsats

#### Palliativt team modtager henvisning fra egen læge eller sygehuslæge, indeholdende:

- Navn, CPR, adresse og telefon nr.
- Diagnose
- Evt. relevant bi-diagnose
- Formulering af patientens aktuelle problemstilling og formålet med henvisningen
- Socialanamnese
- Vurdering af behov for specialiseret tværfaglig palliativ indsats
- Afstemt medicinliste
- Anførelse om der er ansøgt om terminaltilskud til lægemidler
- Anførelse om der er ansøgt om socialmedicinsk sagsbehandling (LÆ 165)
- Kort beskrivelse af sygehistorie og almen tilstand
- Kontaktoplysninger på egen læge, hjemmesygeplejerske/områdecenter
- Tilladelse til indhentning af journaloplysninger
- Evt. behov for tolkebistand

Der kvitteres for elektronisk fremsendt henvisning.

Henvisningen behandles i løbet af 1-2 hverdage, hvorefter patient og pårørende kontaktes direkte og aftale indgås.

#### Forløb

Forløb kan være i form af hjemmebesøg, telefonsamtaler, ambulante besøg og i begrænset omfang assistance på sygehusafdeling. Efter behov er der løbende kommunikation til og samarbejde med andre behandlere og omsorgspersoner fra primær og sekundærsektor.

#### Første hjemmebesøg

Ved første hjemmebesøg med patient og pårørende kan den kommunale sygeplejerske og egen læge deltage efter behov. Efter første hjemmebesøg drøftes indsatsmulighederne på teamets tværfaglige konference. Indsatsen tilpasses behovet hos patient og pårørende og sker i samarbejde med sygeplejerske, egen læge og andre professionelle som er tilknyttet patienten. Det afhænger således af den enkeltes behov, hvilke faggrupper fra teamet som tilknyttes patient og pårørende.

#### Egen læge orienteres af palliativt team

Egen læge modtager kopi af journalnotater, hvoraf fremgår behandlingsplaner, ordinationer etc.

#### Patienter indlagt på sygehus

Det palliative team kan inddrages i patientforløb på sygehuset - som specialist bistand.

Bagvagter på sygehus kan i vagttiden kontakte den palliative telefonrådgivning i regi af Palliativ Team Fyn, tlf.: 2117 1716

#### Samarbejde & kommunikation ved dødsfald i eget hjem

Ved dødsfald i eget hjem, orienterer den kommunale sygeplejerske det palliative team herom. Dødsattest udfyldes af lægen efter gældende regler.

#### Opfølgning efter dødsfald

Ved behov kontaktes nærmeste efterladte pr. telefon indenfor nogle uger efter dødsfaldet og evt. yderligere tværfaglig opfølgning kan aftales ved behov.

#### Opfølgning på dødsfald

[Se afsnit 7.6](#)

## 4.6 Hospice, specialiseret indsats

### Samarbejde og kommunikation ved indlæggelse på hospice

#### Hospice modtager henvisning på patienten

- Henvisning skrives af den læge, der kender patient og familie bedst
- Henvisningen sendes elektronisk, pr. fax eller post til det hospice patienten vælger
- Henvisningen skal indeholde oplysninger om:
  - patientens sygdomshistorie og evt. prognose
  - aktuelle fysiske og psykiske symptomer og deres komplikation
  - psykologiske og sociale data
  - åndelige og eksistentielle symptomer
  - vurdering af patientens behov for tværfaglig lindrende indsats.

#### Visitation

Hospiceledelse og hospicelæge gennemgår henvisningen, og foretager visitation til hospice. Ved behov for yderligere oplysninger tages telefonisk kontakt til patient og evt. familien. Med patientens samtykke, kontaktes eventuelle samarbejdspartnere efter behov.

Henvisninger prioriteres efter kompleksitet og behov. Patient og familie med de største og mest komplekse palliative behov tilbydes plads først.

Ved behov afholdes en visitationssamtale, enten pr. telefon eller ved at en hospicemedarbejder aflægger et besøg hos patienten, der hvor vedkommende befinder sig.

I de tilfælde, hvor patienten er tilknyttet eller kendt af et palliativt team, indledes, med patientens samtykke, en dialog mellem teamet og hospice.

#### Forud for indlæggelse

Dato for indlæggelse meddeles til patient og evt. pårørende, når ledig plads haves, ofte kun med dags varsel.

#### Hjælpemidler under indlæggelsen

Hospice har et udvalg af relevante hjælpemidler; men er ikke i stand til at opfylde alle individuelle behov for hjælpemidler, hvorfor:

- hjælpemidler fra hjemmet medbringes
- individuelle hjælpemidler rekvireres fra hjemkommunen ved indlæggelse fra sygehus
- sygehuset medgiver stomiudstyr, mv. ved overflytning
- efter dødsfald afhentes hjælpemidler via kommunen eller de afleveres vha. pårørende.

#### Medicin

Hospice har mulighed for medicinering, administration og aftaler svarende til sygehusafdelinger. Ved patienter, der kommer hjemmefra, kan det være hensigtsmæssigt at medbringe medicin, der aktuelt anvendes

- Ved patienter, der planlægges udskrevet igen (symptomlindrende forløb) anvendes denne medicin ikke under indlæggelsen og ved udskrivelse har patienten medicinen med hjem igen.
- Ved patienter, der er planlagt til livsafsluttende forløb, anvendes den medbragte medicin i det omfang det er relevant. Ikke anvendt medicin sendes retur via apoteket.
- Ved patienter, der kommer fra sygehusafdeling medbringes medicin til de første døgn, hvis der er ordineret særlige medikamenter, samt f. eks sondeernæring.

### **Familiesamtaler/ statusamtaler**

Patient, familie, netværkspersoner og relevante fagpersoner deltager i familiesamtalerne 1-3 uger efter indlæggelsen, samt regelmæssigt herefter mhp. opfølgning af indlæggelsesforløb, justering af intervention og forventninger samt plan for fremtiden.

### **Udskrivelse**

#### Ved forventet udskrivelse:

Patienter henvist til et symptomlindrende pleje og behandlingsforløb har aftalt en given indlæggelsestid, typisk 2-3 uger. Disse patienter udskrives til hjemmet / plejebolig og ofte med støtte fra palliativt team og frivillige.

- der aftales udskrivelsesdato med involverede fagpersoner i primær sektor, gerne via plejeforløbsplan med angivelse af forventet færdigbehandlingsdato
- ved behov kontaktes patientens sygeplejerske i kommunen og evt. palliativt team
- der planlægges og afvikles evt. visitationssamtale før udskrivelsen
- der udarbejdes udskrivelsesrapport
- epikrise sendes til egen læge

#### Ved udskrivelse, der ikke var forventet:

Patienter henvist til hospice i forbindelse med livets afslutning, og som får det bedre i forløbet (dvs. har fået lindret de komplicerede palliative pleje/behandlingsbehov), vil blive vurderet mhp. udskrivelse og til fortsat palliativ pleje i eget hjem eller plejecenter.

- der aftales udskrivelsesdato med involverede fagpersoner i primær sektor, gerne via plejeforløbsplan med angivelse af forventet færdigbehandlingsdato
- der aftales udskrivelse med fagpersoner i primær sektor, typisk visitator, sygeplejerske, egen læge samt patient og familie
- egen læge orienteres og inviteres til udskrivelseskonference, brev eller pr. telefon
- primærsektor varetager rekvirering af relevante hjælpemidler, materialer, relevante fagpersoner mm og det aftales, hvorvidt palliativt team skal have konsulentfunktion
- epikrise sendes til egen læge
- der kan efter behov informeres om, og tages kontakt til evt. frivillig støtte.

### **Ved dødsfald på hospice**

- Egen læge og hjemmepleje informeres via elektronisk korrespondance, eller pr. telefon
- Materialer og hjælpemidler fra hjemmeplejen sendes retur med pårørende, eller afhentes af kommunen
- Hvor der ikke er ægtefælle tælles alle personlige ejendele op og opbevares til afhentning af pårørende, når skifteretsattest foreligger
- Skifteretten orienteres skriftlig

### **Opfølgning på dødsfald**

[Se afsnit 7.6](#)







# 5. Træning og fysioterapeutisk behandling

## 5.1 Lindrende og palliativ fysioterapi

### Lindrende fysioterapi jf. sundhedsloven §67

Egen læge og sygehuslæge kan henvise til lindrende fysioterapeutisk behandling. Behandlingen kan foregå på klinik eller i eget hjem. Behandlingen kan også varetages af kommunal fysioterapeut.

Den lindrende fysioterapeutiske behandling kan tage sigte på at afhjælpe kropsligt ubehag (eksempelvis reducere smerter, lette åndenød, behandle ødemer) og mindske funktionstab.

### Eksempler på lindrende fysioterapi:

**Til behandling af kropslig ubehag:** massage, afspænding, visualisering, terapeutisk touch, lejring.

**Mindske funktionstab:** forflytningsvejledning, mobilisering og øvelser ud fra patienternes behov og ressourcer, valg af rette behandlingsredskaber.

**Lette åndenød:** lungefysioterapi, vejledning i økonomisering af kræfterne.

**Smertereduktion:** TENS, kinesiotex tape, akupunktur, triggerpunkt behandling, massage, visualisering.

**Ødemer:** lymfødem behandling, lejring, øvelser, manuel behandling, kompressionsbehandling.

### §2-aftale om palliativ fysioterapi

Patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid samt palliative problemstillinger, med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats, kan igennem lokalaftalen henvises til palliativ fysioterapi. Henvisningen kan ske til en række godkendte privat praktiserende fysioterapeuter, af enten egen læge eller palliativt team.

Den palliative fysioterapi foregår i patientens eget hjem og kendetegnes ved at:

- behandlingerne er rettet mod at lindre
- det er fysioterapi, der er målrettet patientens symptomer mere end dennes diagnose
- det kræver ofte god tid, særlig viden om symptombehandling, empati og rummelighed samt respekt for den enkelte patient og pårørendes prioritering af hvad der er vigtigt

Regionen afholder udgiften til behandling og delvist afstandstillægget, patientandelen fastholdes til det maksimale patientandelsbeløb på afstandstakster svarende til kr. 88,88 (grundhonorarniveau - 2014).

## 5.2 Mulighed for dækning af egenbetaling til fysioterapibehandling - Serviceloven § 122

Patienter med uhelbredelig livstruende sygdom, som har brug for lindrende fysioterapi har mulighed for at søge dækning af egenbetalingen til fysioterapi iht. Servicelovens § 122, både i forbindelse med lindrende og palliativ fysioterapi. Ansøgningen sendes til patientens bopælskommune.

## 5.3 Individuel genoptræningsplan ved udskrivelse fra sygehuset jf. Sundhedslovens § 84

I forbindelse med udskrivelse fra sygehus udfærdiges en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning. Genoptræning er målrettet og tidsbegrænset med sigte på, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne - ikke kun fysisk men også kognitivt, emotionelt og socialt.

Sygehuset skal afgøre, om der er behov for almen genoptræning, specialiseret, genoptræning eller specialiseret rehabilitering, jf. Bekendtgørelse nr. 1088 af 6. oktober 2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus samt Vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

#### **5.4 Kommunal genoptræning uden forudgående sygehusindlæggelse - Servicelovens § 86**

Kommunen tilbyder genoptræning efter Serviceloven. Rammerne herfor er mere indgående beskrevet i Vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Der kræves ikke hér en genoptræningsplan. Praktiserende læger og andet sundhedsfagligt personale kan foreslå genoptræning via blanket LÆ 165, men kan ikke henvise til dette.

##### **Vedligeholdende træning**

Sygehuset kan foreslå vedligeholdende træning, men kan ikke henvise til dette via en genoptræningsplan. Ved vurderet behov for vedligeholdende træning efter Serviceloven, kontaktes kommunen (via LÆ 165) - herefter træffer kommunen en afgørelse.

#### **5.5 Vederlagsfri fysioterapi på klinik eller i hjemmet jf. Sundhedslovens § 140a**

Denne ordning sigter mod personer med svært fysisk handicap eller funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, som er omfattet af Sundhedsstyrelsens diagnoseliste. De nærmere vilkår for vederlagsfri fysioterapi er fastsat i Bekendtgørelse 710 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen samt af Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi fra 2008.

#### **5.6 Palliativ team - fysioterapeutisk tilbud**

I de palliative teams er der ansat fysioterapeuter med specialviden i palliativ fysioterapi, som har et tæt tværfagligt samarbejde med resten af teamet. De arbejder hovedsagligt som konsulenter, laver vurderinger af behovet for fysioterapeutisk behandling samt igangsættelse af dette. Fysioterapeuterne i de palliative teams ser i tæt samarbejde med de kommunale terapeuter på, hvilke hjælpemidler der vil kunne lette dagligdagen for patienten. Vejledning i forflytningsteknikker, lejringer, mestring af åndenød, lymfødembehandling mm..

#### **5.7 Hospice - fysioterapeutisk tilbud**

På Hospice er der ansat fysioterapeuter med specialviden i palliativ fysioterapi. Med udgangspunkt i patientens ønsker og behov arbejder de, i tæt samarbejde med de øvrige ansatte på hospice, med at fremme bevægelse og livsudfoldelse, og give gode kropsoplevelser. Det kan fx handle om lejrning, forflytningsteknikker, mestring af åndenød, lymfødembehandling, kompressionsbehandling, massage, afspænding og visualisering.





## 6. Styrket palliativ indsats til børn med livstruende sygdom

Familier med uhelbredeligt syge børn, som ønsker at være længst muligt i eget hjem og eventuelt ønsker, at deres barn tilbringer sin sidste tid her, kan få den nødvendige støtte fra et dedikeret pædiatrisk palliativ team. Teamet er tværfagligt og er forankret på Odense Universitetshospital, men med udekørende funktion til hele Region Syddanmark. Det er H. C. Andersens Børnehospital og den palliative enhed på onkologisk afdeling på OUH, som varetager teamets funktion.

### Målgruppe

Målgruppen for det pædiatriske palliative team familier med uhelbredeligt syge børn i alderen 0-18 år, som ønsker at være i eget hjem.

### Henvielse til det pædiatriske palliative team

Familier med uhelbredeligt syge børn kan henvises til det pædiatriske palliative team fra alle Region Syddanmarks sygehusenheder og praktiserende læger.

Henvielsen sendes til: H.C. Andersens Børnehospital, Att.: Det pædiatriske palliative team, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense lokationsnummer: 4202259

### Det pædiatriske palliative teams funktion

Det pædiatriske palliative team tilknyttes og involveres i forløbet under indlæggelsen eller ambulante forløb. Når de kurative behandlingsmuligheder er udtømt og barnets videre forløb er pallierende, og familien ønsker at komme hjem, involveres det pædiatriske palliative team. For at sikre trykthed tilknyttes familien en fast kontaktperson i det pædiatriske palliative team.

- Teamet påtager sig rollen som tovholder, men samarbejder med barnets bopælskommunes hjemmesygepleje, praktiserende læge, lokale sygehus (evt. lokale palliative teams) og familie om den samlede opgave.
- Teamet arrangerer et koordinerende opstartsmøde for interne og eksterne samarbejdspartner, som har til formål at aftale og planlægge det videre forløb og samarbejde.
- Mødet kan finde sted både på H.C. Andersens Børnehospital OUH, på lokalsygehuset eller i familiens eget hjem.
- Under det pallierende forløb tager teamet ved behov på hjemmebesøg og sikrer inddragelse af relevante tværfaglige kompetencer i lindringen af barnets fysiske og psykosociale smerte.

### Teamets tilgængelighed

Det pædiatriske palliative team har en rådgivnings- og støttefunktion ikke kun for familien, men også nærmeste omsorgspersoner, barnets egen læge, hjemmesygepleje og lokale sygehus.

- Teamet har udekørende funktion mandag - fredag mellem 8.00-16.00
- Teamet kan kontaktes på telefon 5180 0491

### Sorgbearbejdning efter barnets død

Det pædiatriske palliative team støtter efter barnets død familien i bearbejdningen af deres sorg. Teamets præst har mulighed for at samtale med familien både under forløbet og efterfølgende. Familien støttes i etablering af kontakt til lokale tilbud som sorggrupper m.fl.

Der er ligeledes mulighed for, at det pædiatriske palliative team kan debriefe lokale samarbejdspartnere og samlet evaluere forløbet.

### Vidensdeling og udvikling

Det pædiatriske palliative team vidensdeler og sørger for kompetenceudvikling til regionale samarbejdspartnere i børnepalliation igennem undervisningsforløb, årlige temadage mm.

### Evaluering

Organisering, samarbejde og funktionen af det pædiatriske palliative team evalueres primo 2017.



# 7. Sorg- og krisetilbud

## 7.1 Primærsektors sorg- og krisetilbud

Den praktiserende læge kan:

- Tilbyde samtaleterapi
- Henvise efterladte til psykolog.

Kommunen kan, afhængig af serviceniveau, tilbyde

- Pårørende et opfølgende besøg af den sygeplejerske, der har haft tovholderfunktionen
- Sygeplejersken rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte ift. åndelige og psykiske behov
- Sorg og krisegrupper for borger, ægtefælle og børn
- Bevilling af psykologbistand i særlige situationer
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning - PPR
- Tilbud til efterladte - opfølgningssamtale.

Kommunen samarbejder med fagpersoner, frivillige organisationer og foreninger omkring de palliative patientforløb.

## 7.2 Sygehus - sorg- og krisetilbud

Patientens kontaktperson er ansvarlig for etablering/formidling vedr.:

- Tilbud om samtaleterapi hos egen læge, præst, psykolog for patienten og/eller pårørende
- Sygeplejersken rådgiver og vejleder om mulighed for hjælp og støtte ift. åndelige og psykiske behov
- Evt. udlevering af relevante pjecer om omsorg og krise
- Information om diverse selvhjælpsgrupper
- Evt. tilbud til efterladte om kontakt pr. telefon eller en samtale på afdelingen efter dødsfaldet.

## 7.3 Palliativ team - sorg- og krisetilbud

Det palliative team kan ved behov tilbyde:

### Patienter og pårørende

Terapeutiske samtaler til patienter og pårørende omkring relationelle og emotionelle problemstillinger.

### Familier med børn under 18 år

Samtaler af rådgivende og terapeutisk karakter omkring inddragelse og varetagelse af børnenes behov i sygdomssituationen.

### Efterladte

Efterladte kontaktes pr. telefon af en sygeplejerske og det vurderes, om den efterladte har brug for yderligere støtte, som kan være i form af:

- Individuelle samtaler (psykolog, præst, socialrådgiver)
- Gruppeforløb til efterladte (tilbydes ikke af alle team)
- Rådgivning om andre relevante hjælpeinstanser og tilbud.
- Relevante pjecer

Ved behov for længerevarende støtte ved sorg eller krise henvises til relevante instanser.

## 7.4 Hospice - sorg- og krisetilbud

Målgruppe: patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid indlagt på hospice og deres nærmeste pårørende.

I forbindelse med ophold på hospice tilbyder hospices psykolog og præst samtaler med indlagte. Hospices socialrådgiver tilbyder støtte til at hjælpe med eventuelle sociale spørgsmål, der kan give problemer i en i forvejen svær tid. Plejepersonalet er kvalificeret til at indgå i svære samtaler, at vurdere sorgreaktioner og til at støtte og vejlede patienter og pårørende.

Hospice tilbyder pårørende sjælesørgeriske samtaler med præst, vejledning hos socialrådgiver og terapeutiske samtaler hos psykolog.

Hospice tilbyder, at kontakte efterladte pr. post og/eller telefonisk for identificering af, hvorvidt den efterladte har behov for speciel eller intensiveret hjælp.

Nogle hospices har tilbud til efterladte om samtaler et stykke tid efter dødsfaldet. Samtalerne foregår på hospice. Andre hospice afholder mindegudstjenester, hvor efterladte inviteres og inddrages.

Endvidere formidler hospice information om sorggrupper, psykologsamtaler, bøger og pjecer om sorg og krise, hvor efterladte kan finde viden om diverse støtte muligheder.

## 7.5 Frivillige organisationer

- Information om tilbud fra Kræftens Bekæmpelse [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)
- Information om sorggrupper - Børns Vilkår [www.bornsvilkar.dk](http://www.bornsvilkar.dk)
- Unge & sorg (tilbud til de 16-28 årige) [www.ungeogsorg.dk](http://www.ungeogsorg.dk)
- Palliativt Netværk Fyn [www.foreningen-pfn.dk](http://www.foreningen-pfn.dk)
- Div. lokale selvhjælpsgrupper

## 7.6. Ved dødsfald

I forbindelse med dødsfald på sygehus eller i eget hjem kan der være personlige traditioner og ritualer fra afdøde og pårørende, som er vigtige at tage hensyn til. Pårørende skal have mulighed for at tage del i omsorgen for afdøde, da det er en betydningsfuld del af sorgarbejdet for de efterladte. Børn, såvel som voksne, opfordres til at tage personlig afsked med afdøde.

Personalet har en væsentlig opgave i at være med til, at sorgen er synlig og være til stede sammen med de pårørende, hvis de ønsker det. Den medmenneskelige nærhed kan understøttes af skriftlig information, som kan oplyse de pårørende om forskellige praktiske gøremål og give dem mulighed for at træffe personlige beslutninger om afsked med afdøde.

Både primær og sekundær sektor bør ved behov følge op på efterladte efter dødsfaldet. Det enkelte sygehus og den enkelte kommune skal sikre, at en tilstrækkelig vejledning gives. For mere information og vejledning se Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge (2012).







## 8. Pårørende

En central opgave i den palliative indsats er støtte til pårørende. Det er afgørende, at fagpersoner er opmærksomme på de pårørendes behov. Pårørende er en vigtig ressource og samarbejdspartner i det sammenhængende patientforløb, idet de yder en afgørende støtte til patienten igennem hele sygdomsforløbet. Pårørende er en udsat gruppe med et stort ansvar og ansvarsbyrde, samtidig med de er underlagt en stor følelsesmæssig belastning. En særlig udsat gruppe er børn og unge, der ganske som voksne har behov for at blive lyttet til og inkluderet i sygdomsforløbet.

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge (2012), tilstræber samarbejdsaftalen at skabe kontinuitet, støtte og et højt informationsniveau fra sundhedsvæsenet til den pårørende i forbindelse med patientens sygdomsforløb.

Kommunen kan afhængig af serviceniveau og efter individuel vurdering tilbyde:

- rådgivning - herunder socialrådgiverbistand
- borgere, der er visiteret til ydelser på baggrund af forslag til socialmedicinsk sagsbehandling (LÆ 165) kan få en aflastningsplads/ rehabiliteringsplads på et plejecenter i kommunen
- ved uro, konfusionstilstande eller lign. behov hos den uhelbredeligt syge kan pårørende aflastes ved at kommunen tilbyder fast vagt til natten
- nødvendige hjælpemidler, der kan aflaste hhv. borger og dennes pårørende, kan rekvireres akut
- praktisk hjælp og aflastning ved behov
- befordring.

### 8.1 Frivillig besøgstjeneste

Muligheden for at få besøg af en frivillig besøgsven i eget hjem varierer lokalt. Via hjemmeplejen, hospice og frivillige organisationer i den enkelte kommune kan man få oplyst hvilke ordninger, der eksisterer i dette område.

For mere information om at være frivillig, se [Region Syddanmarks Frivillighedsstrategi](#)



## 9. Befordring

### Transport til og fra sygehus i Region Syddanmark

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog følgende undtagelser:

#### Refusion

Regionen yder tilskud til patientens transportudgifter til og fra regionens sygehuse svarende til billigste forsvarelige transportmiddel:

- Hvis patienten bor mere end 50 km fra sygehuset og har en samlet billetudgift på mere end 60 kr. tur/retur, eller
- Hvis patienten er pensionist (ikke efterlønsmodtager) og har en samlet billetudgift på mere end 25 kr. tur/retur.

#### Transport

Siddende transport kan tilbydes patienten, hvis sygehuset vurderer, at patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder en af følgende betingelser, hvis:

- afstanden fra folkeregisteradresse til sygehus overstiger 50 km.
- patienten er pensionist (ikke efterlønsmodtager)
- patienten i forbindelse med sygehusbehandling indkaldes til videre ambulante behandling.

#### Liggende transport/ liftbus tilbydes

- Hvis sygehuset vurderer, at patienten skal transporteres liggende eller med kørestolstransport
- I forbindelse med indlæggelse kan egen læge/ vagtlægen beslutte liggende transport/ liftbus til patienten.

#### Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg

Hvis patienten er henvist til et offentligt sygehus eller privat sygehus efter reglerne om frit sygehusvalg eller udvidet frit sygehusvalg, skal patienten selv sørge for og betale for transporten til det valgte sygehus. Patienten kan i visse tilfælde få refunderet en udgift svarende til billigst forsvarelige transport til det nærmeste sygehus i Region Syddanmark, som kunne have varetaget behandlingen af patienten.

#### Kommunen

Borgere skal henvende sig til hjemkommunen, hvis de har spørgsmål om transport i forbindelse med eksempelvis genoptræning, fodterapeut, egen læge, tandlæge, lægevagten, fysioterapeut, speciallæge eller kiropraktor.

**Oversigt over befording og fordeling af udgifterne i følgende tilfælde (transport er under forudsætning af, at patienten opfylder de generelle bestemmelser i lovgivningen):**

Type af befording	Hvem afholder udgiften
Sygehus til midlertidig aflastning* i kommunen	Region Syddanmark
Sygehus til hospice	Region Syddanmark
Sygehuset til borgerens hjem	Region Syddanmark
Midlertidig aflastning og hjem	Borger
Midlertidig aflastning og hospice	Region Syddanmark / Hospice
Hospice til borgerens hjem	Region Syddanmark
Hospice til sygehuset	Region Syddanmark
Hospice til aflastningsplads	Region Syddanmark
Hjemmet til hospice	Region Syddanmark
Hjemmet til sygehus	Region Syddanmark
Hjemmet til midlertidig aflastning*	Borger

\* Begrebet "midlertidig aflastning" kan variere fra kommune til kommune.

## 9.1 HOSPICE - befording

- **Patienter med bopæl i Region Syddanmark, som vælger et hospice i Region Syddanmark:**

Der ydes liggende transport (behandlingskrævende eller ikke-behandlingskrævende) transport med særligt køretøj (f.eks. liftbus for kørestolsbrugere) eller siddende patienttransport, når en læge skønner, at der er behov for dette. Visiteret transport finansieres efter gældende regler af Region Syddanmark.

- **Behandlingskrævende liggende befording (ambulance)**

Der bestilles ambulance ved at ringe til regionens vagtcentral.

- **Ikke-behandlingskrævende liggende transport**

Hvis patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan transporteres uden behandling eller overvågning undervejs, bestilles denne type af kørsel ved at ringe til regionens vagtcentral.

- **Siddende patienttransport eller særligt sygekøretøj**

Transporten bestilles af hospice via kørselskontoret/ administrationen på det nærmeste lokale sygehus. Kørselsfunktionerene kan kontaktes på tlf.: 7011 3111

- **Patienter indlagt på sygehus uden for regionen**

Er patienten indlagt på et sygehus uden for Region Syddanmark, skal dette sygehus bestille transport via vagtcentralen for liggende transport eller via kørselskontoret/ administrationen, som ligger nærmest patientens bopæl for den siddende transport.

- **Ved hjemmebesøg eller orlov fra hospice**

Ved hjemmebesøg eller orlov fra hospice, som aftales sammen med hospice, rekvirerer hospice relevant kørsel via kørselskontoret/ administrationen på det lokale sygehus.

Hvis patienten er indlagt på lokalt sygehus, er det afdelingen eller hospice, som sørger for at rekvirere relevant transportmiddel.

- **Patienter med bopæl i Region Syddanmark, som via det frie hospice-valg, vælger et hospice beliggende uden for Region Syddanmark**

Patienten har ret til refusion af udgifter til billigste forsvarlige transportmiddel til nærmeste hospice i Region Syddanmark. Patienten skal således selv rekvirere transporten og kan efterfølgende søge om refusion af billigste forsvarlige transportmiddel, svarende til afstanden til det nærmeste hospice. Refusion søges via administrationen/ kørselskontoret på det nærmeste sygehus i Region Syddanmark.

- **Patienter, der bor i en anden region, men vælger et hospice i Region Syddanmark**

Patienter med bopæl uden for Region Syddanmark har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til nærmeste hospice i egen region. Patienten skal som udgangspunkt derfor selv rekvirere transporten og kan efterfølgende søge om refusion af billigste forsvarlige transportmiddel, svarende til afstanden til det nærmeste hospice. Refusion søges via sin bopælsregion.

Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 7663 1000

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

11018 - Region Syddanmark - 03.2011



# Formandskabsbehandlet - Status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient

DAK skal i denne sag tage årsstatus for den ældre medicinske patient til orientering. I bilagene beskrives samarbejdet omkring opsøgende hjemmebesøg og styrket forløbskoordination blandt andet.

## **Sagsfremstilling DAK:**

Det administrative Kontaktforum orienteres om status på udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient (DÆMP) i Region Syddanmark i forbindelse med den årlige fælles regionale/kommunale afrapportering til Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (fra d. 15. december 2015).

### **Initiativet ”styrket forløbskoordination”**

Regionens sygehuse har implementeret screenings- og forløbsvejledningen (godkendt af Det administrative Kontaktforum), og screener ældre medicinske patienter med henblik på at advisere hjemmesygeplejen og egen læge om behov og problemstillinger, som bør adresseres efter udskrivelse i et samarbejde mellem de to. Samarbejdsaftalen om patient og borgerforløb (SAM:BO) er udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde, men der er variation imellem sygehusernes implementeringspraksis og anvendelse af screenings- og forløbsvejledningen. Oplevede lokale effekter og erfaringer er beskrevet i bilag om årsstatus for styrket forløbskoordination.

De 22 syddanske kommuner arbejder struktureret med forløbs- og screeningsvejledningen, og der er igangsat standarder for arbejdsgange og øvrige initiativer. Udgangspunktet er også her SAM:BO aftalen.

### **Kommunerne arbejder løbende med at understøtte anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet med sygehus og almen praksis herom.**

Overordnet oplever kommunerne et fald i indlæggelser og genindlæggelser, hvilket ikke udelukkende formodes at skyldes den styrkede forløbskoordination, men også andre tiltag som tværfaglige møder og rehabiliterende indsatser som beskrevet i bilag over kommunale initiativer.

Initiativet for styrket forløbskoordination er af Sundheds- og Ældreministeriet blevet forlænget indtil udgangen af juni 2016, hvorefter der udarbejdes en national kvalitativ evaluering.

### **Initiativet ”opfølgende hjemmebesøg”**

Initiativet skal sikre, at der systematisk tilbydes opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske til ældre medicinske patienter efter sygehusindlæggelse. For at facilitere dette er der indgået en lokal aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse mellem Region Syddanmark og PLO SYD. En opgørelse af det totale antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg viser, at der fra januar 2013 til og med 3. kvartal 2015 er gennemført 8.062 besøg. Det blev på baggrund af initiativets samlede økonomi vurderet, at der nationalt kunne leveres 30.000 opfølgende hjemmebesøg – 6.000 i hver region. Lokal aftalen i Region Syddanmark giver endvidere, som den eneste region, mulighed for, at op til halvdelen af ydelserne i forbindelse med opfølgning kan finde sted i lægens konsultation. Disse er ikke medregnet i de 8.062 opfølgende hjemmebesøg angivet ovenfor. Medregner man opfølgningerne afholdt i de praktiserende lægers konsultation, har de praktiserende læger i regionen gennemført 13.288 opfølgninger.

Som led i forberedelserne til denne årsstatus er de 22 kommunalt-lægelige udvalg (KLU) blevet bedt om at drøfte samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale hjemmesygeplejer om opfølgning og koordination for ældre medicinske patienter efter udskrivelse. Der er generelt enighed om, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordination af patientforløb. Besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver, og er med til at skabe mere tryghed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Flere KLU understreger, at de ikke har de nødvendige data til at kunne vurdere, hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Men peger på, at de opfølgende hjemmebesøg øger kvaliteten og i nogle tilfælde bidrager til, at begyndende tegn på sygdom/funktionsnedsættelse ”tages i opløbet”.

I bilaget ”KLU – opfølgende hjemmebesøg” gives en uddybende beskrivelse og status for samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg. Endvidere findes en uddybende status for hele initiativet i bilaget om årsstatus for opfølgende hjemmebesøg.

Sundheds- og Ældreministeriet har besluttet, at initiativet ”opfølgende hjemmebesøg” er forlænget med seks måneder frem til udgangen af juni 2016. Endvidere fortsætter de opfølgende hjemmebesøg som en del af den nye handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019.

### **Initiativet ”rational farmakoterapi”**

Formålet med initiativet er at styrke indsatsen over for patienter i behandling med mere end seks lægemidler (polyfarmaci). Lægemiddelenheden (Lægemiddelteamet) er styrket ved ansættelse af en farmaceut i Praksisafdelingen (Regionshuset) samt en reservelæge ansat i Afdeling for Klinisk Biokemi og Farmakologi (OUH), som skal fungere som brobygger til hospitalssektoren. Lægemiddelteamet har øget indsatsen på nedenstående områder:

- Alle praksis i regionen tilbydes konsulentbesøg af lægemiddelteamet. Der foretages medicingennemgang på polyfarmacipatienter, ældre patienter og andre risikopatienter efter aftale med praksis. Besøgene følger en fastlagt plan, og ved udgangen af 2015 vil lægerne i alle regionens 22 kommuner have fået tilbudt et besøg.
- Udbredelse af kendskabet til mulighederne i det fælles medicinkort samt redskaber og ydelser, der kan anvendes til medicingennemgang.
- Lægemiddelteamet har gennemført et pilotkursusforløb for praksispersonale med fokus på systematik i medicingennemgang i almen praksis.
- Lægemiddelteamet har styrket sekretariatsbetjeningen af det regionale lægemiddelråd.

Erfaringerne fra de gennemførte praksisbesøg, kurser og temadage anvendes til fortsat udvikling af Lægemiddelteamets tilbud til almen praksis. Konkret er der fokus på akkreditering i almen praksis, hvor der udføres besøg. I forbindelse med disse besøg er der efterspørgsel på de samme elementer, som indgik i medicingennemgangsbesøgene i DÆMP-regi, hvorfor disse elementer videreføres efter initiativets afslutning ved udgangen af 2015.

### **Ny handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019**

Regeringen og satspuljepartierne blev i midten af november enige om at afsætte 1,2 mia. kr. til en ny handlingsplan for den ældre medicinske patient. Alle initiativerne i den nye handlingsplan er endnu ikke offentliggjort, men Regeringen og satspuljepartierne har som første skridt valgt at adressere overbelægning på medicinske og geriatriske afdelinger og viderefører dermed indsatsen fra finansloven 2015, jf. Regionsrådet d. 26. oktober 2015.

### **Indstilling**

Til orientering

---

### **Kommunale kommentarer**

De fleste kommuner har forud for indsamlingen til årsstatussen drøftet i de lokalt lægelige udvalg, hvordan samarbejdet omkring opsøgende hjemmebesøg fungerer. Det fungerer med varierende succes. Intentionen bag er der generelt rigtig god opbakning til, hovedudfordringen synes at være at få besøgene koordineret mellem læge og kommune.

### ***Indstilling***

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At status vedr. DÆMP handleplanen tages til efterretning

## Årlig status vedr. forløbskoordinatorfunktioner

Status sendes til Danske Regioner ([nch@regioner.dk](mailto:nch@regioner.dk)) og KL ([kmm@kl.dk](mailto:kmm@kl.dk)) én gang årligt d. 15. november 2013-2015.

Status i Region Syddanmark pr. 15. dec. 2015

Region Syddanmark	
1) Status på implementering af forløbskoordinator-funktioner, herunder udfordringer og udvikling siden sidste status.	<p>I Region Syddanmark er der, med udgangspunkt i ”proces- og rammenotat for forløbskoordinationsfunktionen og de opfølgende hjemmebesøg” i regi af projektet om den ældre medicinske patient (tidligere fremsendt), udarbejdet en screenings- og forløbsvejledning (tidligere fremsendt). Vejledningen er godkendt af Det administrative Kontaktforum og distribueret ud til regionens sygehuse, de syddanske kommuner og almen praksis.</p> <p><b>Status, per medio december 2015, på implementering af screenings- og forløbsvejledningen på Region Syddanmarks sygehuse</b></p> <p>Regionens fire sygehusenheder, Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland, har alle implementeret screenings- og forløbsvejledningen og screener ældre medicinske patienter med henblik på at advisere hjemmesygeplejen og egen læge om behov og problemstillinger, som bør adresseres efter udskrivelse i et samarbejde mellem de to. Samarbejdsaftalen om patient og borgerforløb er udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde (SAM:BO), men sygehusenhederne har anvendt forskellige praksis for implementering.</p> <p><i>Odense Universitetshospital</i></p> <p>Odense Universitetshospital har afviklet opfriskningskurser i SAM:BO, herunder DÆMP. Screenings- og forløbsvejledningen er endnu ikke implementeret fuldt på alle afdelinger. De afdelinger, som har implementeret vejledningen beskriver en praksis, hvor det i forbindelse med tværfaglige konferencer drøftes om der er tale om en ældre medicinsk patient med behov for opfølgning og koordination i primærsektoren. Der pågår løbende en dialog med de respektive kommuner om præcisering og fokusering af indsatsen overfor særligt sårbare ældre patienter. Der er fokus på at inddrage den kommunale hjemmesygepleje så tidligt som muligt. Udgangspunktet for indsatsen er SAM:BO aftalen herunder aftalen om styrket forløbskoordination.</p> <p><i>Sydvestjysk Sygehus</i></p> <p>På Sydvestjysk Sygehus er screenings- og forløbsvejledningen imple-</p>

menteret som en tværgående instruks, der beskriver formål, baggrund, målgruppe og ansvarsfordeling. Instruksen beskriver ligeledes den praktiske fremgangsmåde for DÆMP-screeningen samt dokumentationskrav. Instruksen er blevet implementeret via den eksisterende SAM:BO organisation på Sydvestjysk Sygehus, som består af SAM:BO nøglepersoner og afdelingssygeplejersker. SAM:BO nøglepersonerne og afdelingssygeplejerskerne har orienteret og undervist alt klinisk personale på sygehuset i instruksen.

Anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet med kommunerne og almen praksis om ældre medicinske patienter indgår som fast punkt på dagsordenen i en tværsektoriel underarbejdsgruppe, som beskæftiger sig med IT, indlæggelser og udskrivning på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Her orienteres der om implementeringen af lokale DÆMP-tiltag og gensidig orientering i forhold til den generelle opfølgning på DÆMP-patienterne. Arbejdsgruppen refererer til Det Lokale Samordningsforum for SVS.

Desuden er der blevet afholdt et fælles ERFA-møde om den ældre medicinske patient d. 14. september 2015 i samarbejde med Sydvestjysk Sygehus, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og PLO Syddanmark med deltagelse af praktiserende læger, kommunalt hjemmesygeplejepersonale og sygepleje- og lægefagligt personale fra Sydvestjysk Sygehus (erfaringsopsamling er vedhæftet denne status).

#### *Sygehus Lillebælt*

På Sygehus Lillebælt er vejledningen sendt ud på alle afdelinger, som decentralt har arbejdet med vejledningen og integreret den i deres arbejdsgange. Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt, har endvidere tæt samarbejde med Kolding kommune om kommunale forløbskoordinatorer, som fire dage om ugen møder ind på Kolding Sygehus. Her samarbejder de med sygehuspersonalet om udskrivelse af borgere fra Kolding Kommune. Sygehuset beskriver, at initiativet medfører styrkede relationer, som har en positiv indvirkning på samarbejdet, udskrivelserne er bedre tilrettelagt og patienterne er mere trygge.

#### *Sygehus Sønderjylland*

Screenings- og forløbsvejledningen er på Sygehus Sønderjylland sendt ud til afdelingerne, men det er ikke undersøgt, om vejledningen er implementeret. Udvalgt nøglepersonale er undervist i vejledningen og der er gjort særligt opmærksom på adviseringen af den kommunale hjemme-

sygepleje. Sygehuset påpeger, at man allerede før initiativet for den ældre medicinske patient screenede efter samme kriterier jf. SAM:BO aftalen. Den eneste ændring er muligheden for at initiere opfølgende hjemmebesøg fra egen læge - denne mulighed er særligt meldt ud til klinikkerne. Anvendelsen af styrket forløbskoordination drøftes løbende i tværsektorielle mødefora.

**Status, per medio december, på implementering af screenings- og forløbsvejledningen i kommunerne**

De 22 syddanske kommuner arbejder struktureret med screeningsvejledningen, og der er igangsat standarder for arbejdsgange og øvrige initiativer. Udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde er SAM:BO aftalen. Følgende er eksempler på, hvordan kommunerne arbejder med implementering og anvendelse af screeningsvejledningen:

- Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser, standarder for hjemmebesøg, arbejdsgange og flowdiagrammer i forhold til ideelle forløb
- Opdeling af risikogrupper i rød, gul og grøn og brug af en DÆMP-tavle
- Anvendelse af screeningsredskabet til vurdering af behov for anmodning om et opfølgende hjemmebesøg
- Anvendelse i projekter med øget opmærksomhed på svage og sårbare borgere
- Visitator vurderer borgerne i forbindelse med udskrivelse fra sygehus ud fra øget medicinering, nedsat funktionsniveau, egenomsorg. Dette sendes nogle steder til sygeplejefaglige koordinatører
- Vejledningen er implementeret i nogle kommunernes indsatskataloger
- Sygeplejersker er undervises i begrebet DÆMP samt dokumentationen i KMD-Care

Kommunerne arbejder løbende med at understøtte anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet med sygehus og almen praksis omkring det. Fx udvikles der analyser og evalueres på interne forløb og arbejdsgange.

Kommunerne har en tæt kontakt med de øvrige sektorer vedrørende

overdragelse af opgaver, som har en vis kompleksitet. Anvendelsen af styrket forløbskoordination og samarbejdet omkring det dagsordenssættes løbende på møder i de kommunalt lægelige udvalg, samordningsforaer og møder vedrørende SAM:BO samarbejdet. Kommunerne har jævnligt kontakt med de praktiserende læger omkring konkrete DÆMP, fx i form af 14 dages møder.

Nogle steder bedes der om udvidet koordinering i henhold til SAM:BO aftalen, når der er behov for en styrket koordination.

Standarder og redskaber for god praksis udvikles nogle steder af sygeplejersker og implementeres herefter i hele gruppen af sygeplejersker i hjemmeplejen.

### **Oplevede effekter i kommunerne**

Der ses et øget fokus på, om patientens funktionsniveau er anderledes efter en indlæggelse sammenlignet med før. Dette afføder ofte tæt samarbejde/dialog, hvor det kan blive tydeligt, at der kan være andre problemer på spil, end det problem, som har medført indlæggelsen. Det vurderes, at det herved er muligt at forebygge et antal uhensigtsmæssige udskrivelser. Ved disse kontakter er der desuden fokus på, at f.eks. medicin til den ny udskrevne borger er til stede i hjemmet, så der ikke opstår perioder, hvor medicinen ikke er tilgængelig. Dette er medvirkende til en øget patientsikkerhed.

Der opleves et fald i indlæggelser og genindlæggelser, hvilket ikke udelukkende skyldes den styrkede forløbskoordination men også andre tiltag som tværfaglige møder og rehabiliterende indsatser.

Der ses en klar styrkelse af sammenhæng i patientforløbet, når det lykkes at afholde de opfølgende hjemmebesøg. Fokus på området kombineret med standard for besøgene er medvirkende til at øge kvaliteten og gøre den borgerrettede pleje bedre.

### **Oplevede barrierer for implementering og funktion**

#### *Odense Universitetshospital*

Screeningskriterierne opleves som brede og kunne gælde alle ældre medicinske patienter (Geriatrisk afd.). Det kan være svært at gennemskue hvilke konkrete initiativer der iværksættes i de respektive kommuner. En anden barriere er den gensidige planlægning, som kan besværliggøres når udskrivelse forsinkes. Flere afdelinger beskriver fortsat et behov for fokus på implementering og anvendelsen af screenings- og forløbsvejledningen.

### *Sydvestjysk Sygehus*

Personalet savner en tilbagemelding på, om der reelt følges op på en ældre medicinsk patient henvist til opfølgende hjemmebesøg og styrket forløbskoordination i primærsektoren. Screeningskriterierne opleves som værende for brede, da næsten alle patienter falder indenfor målgruppen. Sygehuset modtager sjældent oplysninger fra kommunerne i indlæggelsesrapporten omkring hvorvidt borgeren er DÆMP-borger. Sygehuslægerne skal også erindres om, at DÆMP skal anføres i epikrisen, hvis borgeren er DÆMP-borger.

### *Kommunerne*

Kommunerne oplever forskellige typer barrierer og udfordringer i implementeringen og samarbejdet med sygehusene og almen praksis. Det opleves, at sygehusene ikke i tilstrækkelig grad henviser borgerne til styrket forløbskoordination, og at visitatorerne ikke altid husker at screene ældre borgere, der udskrives fra sygehus, ud fra DÆMP-screeningskriterierne. Nogle steder opleves det som om, at sygehusafdelingerne ikke har kendskab til samarbejdet om styrket forløbskoordination.

Derudover opleves det som udfordrende at planlægge besøgene i samarbejde med de praktiserende læger. Det er svært at finde tidspunkter, hvor den praktiserende læge kan komme på samme tidspunkt som kommunen.

Det ses nogle steder, at praksislæge ikke registrerer korrekt, hvilket kan skyldes, at det er en ressourcekrævende proces.

Nogle kommuner oplever, at der er en manglende forståelse for indsatsen i den kommunale pleje, og det kræver meget fokus at få overbevist sygeplejen om vigtigheden af det.

## **Hvordan er de afsatte midler fra udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient anvendt i Region Syddanmark**

### Sygehusenhederne

Region Syddanmarks sygehusenheder er lokalt tildelt midler til at understøtte implementeringsarbejdet af initiativerne i Handlingsplanen for Den Ældre Medicinske Patient. Midlerne er anvendt og planlægges anvendt som følgende.

### *Odense Universitetshospital*

Odense Universitetshospital anvender, udover implementeringen af

screenings- og forløbsvejledningen, midlerne til fire projekter af relevans for den ældre medicinske patient:

- Forløbskoordination til patienter, der er i risiko for eller (gen)indlægges med akut forværring af KOL
- Kvalitet i sektorovergange
- Telemedicinsk træning af patienter med svær KOL på tværs af sektorer
- Implementering af samtalestøtte til afasiramte

#### *Sydvestjysk Sygehus*

De lokalt tildelte midler for 2013-2014 er anvendt til:

- Udarbejdelse og implementering af tværgående instrukser for DÆMP
- Fællesmøde med introduktion til DÆMP og undervisning i DÆMP-screening
- Undervisning af klinisk personale på afdelingerne i DÆMP-screening.

#### *Sygehus Lillebælt*

Sygehus Lillebælt har, udover implementeringen af screenings- og forløbsvejledningen, valgt at understøtte det arbejde, der allerede foregår på sygehusets afdelinger. Initiativer målrettet DÆMP, der bidrager til at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen-)indlæggelser, samt at styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb bl.a.:

- Samarbejde om fremskudt visitation med Kolding Kommune
- Medicinsk afdeling har iværksat projektet: tryghed for den ældre medicinske patient i et sammenhængende udskrivelsesforløb.

#### *Sygehus Sønderjylland*

På Sygehus Sønderjylland er midlerne, udover til implementering af screenings- og forløbsvejledningen, anvendt til et projekt som har til formål at øge sammenhængen og koordination af patientforløb på tværs af sektorer og nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Projektets overordnede fokus er at udvikle et redskab, ”patientens plan”, en individuel fremtidsplan, for patienten i forbindelse med og efter udskrivelse.

#### *Kommunerne*

Midlerne fra udmøntningsplanen tildelt de syddanske kommuner er anvendt til at implementere screenings- og forløbsvejledningen. Herudover er midlerne anvendt til at igangsætte en række initiativer.



	<p>Der er flere eksempler på initiativer i relation til den ældre medicinske patient, som er planlagt/forløber i kommunerne. Som eksempler kan nævnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gennemgang af DÆMP borgere, som er registreret med flere genindlæggelser, hvor der er fokus på, hvad der særligt skal være opmærksomhed på hos denne gruppe af borgere</li> <li>• Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom, hvor der arbejdes med 2 – 3 indsatser omkring tidlig opsporing om året. Målet er at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser.</li> <li>• 1- årigt projekt som skal sikre, at borgerne oplever et sammenhængende, koordinerende og individuelt tilrettelagt forløb både i forbindelse med sektorovergange ved indlæggelser og udskrivelser, og ved overgange mellem tilbuddene internt i kommunens ældrepleje</li> <li>• Måling af vitale parametre i kommunerne</li> </ul> <p>Årsstatussen er vedlagt en liste over flere eksempler på indsatser i kommunerne.</p>
<p>2) Beskrivelse af organiseringen af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og eventuelle andre aktører, herunder almen praksis og eventuelle andre regionale aktører. Hvis der er forskellige typer af organisering mellem regionen og kommunerne på tværs af kommuner, beskrives alle typer af samarbejde, og hvilke kommuner det drejer sig om (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).</p>	<p>Som det fremgår af det tidligere fremsendte proces- og rammenotat følger organiseringen den allerede eksisterende struktur, der er via SAM:BO, hvorfor der ikke er lagt op til en tidsbegrænset periode svarende til projektets løbetid, men derimod en varig organisering.</p> <p>Det Administrative Kontaktforum fungerer som styregruppe for projektet, mens den løbende monitorering af DÆMP-indsatsen hidtil har været forankret i følgegruppen for SAM:BO. Sundhedsaftalen 2015-18 har medført en ny struktur og den løbende monitorering af initiativet varetages nu af følgegruppen for behandling og pleje. Den lokale opfølgning sker i regi af de lokale samordningsfora samt i de kommunalt lægelige udvalg.</p>
<p>3) Beskrivelse af arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).</p>	<p>Center for Kvalitet (Region Syddanmark), har i perioden september 2014 – juni 2015 udført en kvalitativ patient- og pårørendeundersøgelse. Formålet med undersøgelsen var at få indsigt i, hvad ældre medicinske patienter oplever i forbindelse med fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Undersøgelsen baseres på semistrukturerede interviews med 5 respondenter vedr. planlægning af det opfølgende hjemmebesøg, selve besøget, inddragelse af</p>

	<p>pårørende samt aftaler og en plan for fremadrettet behandling og pleje. Med forbehold for undersøgelsens størrelse og repræsentativitet, peges der på tre opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde: (1) forventningsafstemning med borgeren, (2) information til borgeren både før, under og efter et opfølgende hjemmebesøg og (3) inddragelse af pårørende.</p> <p>Undersøgelsens resultater inddrages i dialogen mellem sygehus, kommune og praktiserende læge, om videreudvikling af samarbejdet om fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Patient- og pårørendeundersøgelsen er vedlagt opsamlingen og kan ligeledes hentes her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984">http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984</a></p>
<p>4) Projektbeskrivelser, til-lægsaftaler, andre skriftlige aftaler mellem regioner og kommuner mv. (Alt relevant materiale medsendes i første afrapportering, herefter medsendes kun nyt materiale).</p>	<p>Angiv her hvilke bilag der medsendes denne status:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Den ældre medicinske patient – En kvalitativ undersøgelse af patientoplevelser (2015) Center for Kvalitet – Region Syddanmark</li> <li>○ Opsamlingsmateriale fra Sydvestjysk ERFA-møde om den ældre medicinske patient</li> <li>○ Oversigt over kommunale initiativer i regi af DÆMP</li> </ul>

## Årlig status vedr. opfølgende hjemmebesøg

Status sendes til Danske Regioner ([nch@regioner.dk](mailto:nch@regioner.dk)) og KL ([kmm@kl.dk](mailto:kmm@kl.dk)) én gang årligt d. 15. november 2013-2015.

Region Syddanmark, 15. december 2015

Region Syddanmark	
1) Status på implementering af opfølgende hjemmebesøg, herunder udfordringer og udvikling siden sidste status.	<p>December 2013 vedtog PLO Syddanmark og Region Syddanmark en tilpasset §2-aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse. Aftalen er tilpasset målgruppen for Den Ældre Medicinske Patient. Endvidere er aftalens ordlyd, i forhold til samarbejdet med den kommunale hjemmesygepleje samt indholdet af det opfølgende hjemmebesøg og dokumentation heraf, præciseret. Den reviderede §2-aftale er tidligere fremsendt til Danske Regioner og KL.</p> <p>Opgørelse af det totale antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg viser, at der fra januar 2013 til og med 3. kvartal 2015, er gennemført 8.062 opfølgende hjemmebesøg. §2-aftalen i Region Syddanmark giver mulighed for, at op til halvdelen af ydelserne i forbindelse med opfølgning kan finde sted i lægens konsultation. Disse er ikke medregnet i de 8.062 opfølgende hjemmebesøg angivet ovenfor. Medregner man opfølgningerne afholdt i den praktiserende læges konsultation, har de praktiserende læger i region syddanmarks gennemført 13.288 opfølgninger, enten i patientens eget hjem eller i lægens konsultation.</p> <p>Dialogen med regionens praktiserende læger om aftalens indhold, funktion og anvendelse foregår også ved repræsentation og oplæg på diverse lægefaglige arrangementer såsom Praksisdag Syd og Lægedag Syd, samt ved status information i det elektroniske nyhedsbrev "PraksisNyt" og praksis information på <a href="http://www.sundhed.dk">www.sundhed.dk</a></p> <p>Med udgangspunkt i "proces- og rammenotatet ift. forløbskoordination" (tidligere fremsendt) er der udarbejdet en screenings- og forløbsvejledning (tidligere fremsendt), som er distribueret ud til sygehuse, kommuner og almen praksis. Det konkrete samarbejde om opfølgende hjemmebesøg mellem almen praksis og hjemmesygeplejen drøftes og aftales i de Kommunale Lægelige Udvalg (KLU), mens det overordnede samarbejde med sygehuse om henvisning til opfølgende hjemmebesøg følges i udvalgene vedr. indlæggelse og udskrivning i regi af de lokale samordningsfora.</p> <p>Som led i forberedelserne til denne årsstatus er de 22 KLU blevet bedt om at drøfte samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale hjemmesygeplejer om opfølgning og koordination på ældre medicinske patienter efter udskrivelse. 16 ud af 22 KLU'er har afholdt møde og drøftet samarbejdet i løbet af novem-</p>

	<p>ber måned, de resterende seks drøfter samarbejdet på næstkommende møde og melder tilbage.</p> <p>I region syddanmark kan et opfølgende hjemmebesøg initieres af både sygehus, kommune og almen praksis. Denne praksis er implementeret i langt de fleste kommuner. Flere kommuner har udarbejdet instrukser/retningslinjer med lokalt tilpassede arbejds- og procesbeskrivelser for det opfølgende hjemmebesøg. Disse instrukser og retningslinjer stemmer overens med vejledningen om den ældre medicinske patient (tidligere fremsendt). Enkelte kommuner har ansat dedikerede forløbskoordinatorer, som visiterer til opfølgende hjemmebesøg, inden patienten udskrives fra sygehuset. Jf. ”§2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse”, kan opfølgning efter udskrivelse også foregå i lægens konsultation. Denne mulighed anføres som værende relevant, da lægen ved hjemmebesøg har begrænset adgang til diagnostiske hjælpemidler, mulighed for opslag i journal og tilgang til ordinationer og henvisninger.</p> <p>Der hersker en udbredt opfattelse af, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordination af patientforløb. Besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver, og er med til at skabe mere trykthed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Flere kommuner understreger, at de ikke har de nødvendige data til at kunne vurdere, hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Men peger på, at de opfølgende hjemmebesøg øger kvaliteten og i nogle tilfælde bidrager til, at begyndende tegn på sygdom/funktionsnedsættelse ”tages i opløbet”.</p> <p>For en uddybende beskrivelse og status for samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg, se vedlagte notat ”KLU – opfølgende hjemmebesøg”.</p>
<p>2) Vurdering af om de opfølgende hjemmebesøg virker efter hensigten, herunder om patienter, hospitaler, almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje finder besøgene gavnlige, om parternes samarbejde forbedres, og hvis muligt om der ses en ændring i antallet af genindlæggelser.</p>	<p>Center for Kvalitet (Region Syddanmark), har i perioden september 2014 – juni 2015 udført en kvalitativ patient- og pårørendeundersøgelse. Formålet med undersøgelsen var at få indsigt i, hvad ældre medicinske patienter oplever i forbindelse med fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Undersøgelsen baseres på semistrukturerede interviews med 5 respondenter vedr. planlægning af det opfølgende hjemmebesøg, selve besøget, inddragelse af pårørende samt aftaler og en plan for fremadrettet behandling og pleje. Med forbehold for undersøgelsens størrelse og repræsentativitet, peges der på tre opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde: (1) forventningsafstemning med borgeren, (2) information til borgeren både før, under og efter et opfølgende hjemmebesøg og (3) inddragelse af pårørende.</p> <p>Undersøgelsens resultater inddrages i dialogen mellem sygehus, kommune og praktiserende læge om videreudvikling af samarbejdet om fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Patient- og pårørendeundersøgelsen er</p>

	<p>vedlagt opsamlingen og kan ligeledes hentes her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984">http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984</a></p> <p>Sydvestjysk Sygehus, Fælles Kommunalt Sundhedssekretariat og PLO Syddanmark afholdte d. 14. september 2015 et fælles ERFA-møde om den ældre medicinske patient. 50 deltagere, praktiserende læger, kommunalt hjemmesygeplejepersonale og sygepleje- eller lægefagligt personale fra Sydvestjysk Sygehus, drøftede på mødet den lokale organisering og samarbejdet om opfølgning og koordination på ældre medicinske patienter. ERFA-mødet var inddelt i to sessioner. Den første session var en erfaringsudveksling vedr. håndteringen af ældre medicinske patienter på tværs af sektorerne, og den anden var en værkstedssession omhandlende kvalitet i kommunikation (se vedlagt opsamlingsmateriale). Underarbejdsgruppen vedr. it, indlæggelse og udskrivelse på Sydvestjysk Sygehus (tværsektoriel implementeringsgruppe under det lokale samordningsfora SVS) har drøftet opsamlingsmaterialet og lavet en plan for, hvordan der kan sættes fokus på de problemstillinger, som i fællesskab er frembragt på ERFA-mødet. Læs mere om det Sydvestjyske ERFA-møde her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm473921">http://www.regionsyddanmark.dk/wm473921</a>.</p> <p>Det vurderes ikke muligt at vurdere, om et evt. fald i antallet af genindlæggelser alene vil kunne tilskrives opfølgende hjemmebesøg, idet der sideløbende i region syddanmark pågår andre indsatser målrettet ældre medicinske patienter.</p>
<p>3) Beskrivelse af feedbacksystem (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).</p>	<p>Feedback til parterne vil bestå af såvel kvantitative som kvalitative data, der udarbejdes pr. kvartal/halvårligt.</p> <p>Formidlingen og oplæg til drøftelser i de kommunalt lægelige udvalg og lokale samordningsfora planlægges i samarbejde med repræsentanter fra parterne.</p>
<p>4) Beskrivelse af organiseringen af samarbejdet mellem region, almen praksis og kommuner omkring opfølgende hjemmebesøg (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er æn-</p>	<p>Samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale hjemmesygeplejer drøftes og aftales i de kommunalt lægelige udvalg og de lokale samordningsfora.</p> <p>Følgegruppen for behandling og pleje orienteres halvårligt og Det Administrative Kontakts for årligt om initiativets status, herunder antal ydelser, fordelingen af ydelsens anvendelse i hhv. hjemmet/lægens konsultation samt antal læger, der benytter ydelsen. En gang årligt forelægges samarbejdsudvalget for almen praksis en opgørelse over anvendelsen af §2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse.</p>

dringer).	
5) Screeningskriterier for opfølgende hjemmebesøg, herunder om der anvendes de samme kriterier for udvælgelse af patienter, som i projektet om fælles forløbskoordination (denne udfyldes i første afrapportering, og opdateres herefter når der er ændringer).	Screenings- og forløbsvejledningen for opfølgende hjemmebesøg er formuleret med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition og DSAM's vejledning om Den Ældre Patient. Screenings- og forløbsvejledningen er tidligere fremsendt.
6) §2-aftaler, eventuelle projektbeskrivelser, skriftlige aftaler mellem regioner og kommuner mv. (Alt relevant materiale medsendes i første afrapportering, herefter medsendes kun nyt materiale).	<p>Vedlagte dette statusskema er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notat – KLU drøftelse af samarbejde om opfølgende hjemmebesøg</li> <li>• Den ældre medicinske patient – En kvalitativ undersøgelse af patientoplevelser (2015) Center for Kvalitet – Region Syddanmark</li> <li>• Opsamlingsmateriale fra Sydvestjysk ERFA-møde om den ældre medicinske patient</li> </ul>

## Bilag til Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner

Beskrivelse af planlagte, igangværende eller afsluttede projekter i relation til den ældre medicinske patient, som er forankret i kommunerne

Kommune, hvor indsatsen er forankret	Beskrivelse af projekter i relation til den ældre medicinske patient, som er igangsat i kommunerne
<b>Sønderborg</b>	<p>Projekt <i>Særlig på opsøgende indsats</i> er igangsat med relation til den ældre medicinske patient og er gennemført i 2014 og 2015. Projektet er målrettet svage og sårbare ældre, der udskrives fra sygehus, og formålet har været at tilbyde en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen. Det er gennemført på tværs af visitation, hjemmesygepleje, hjemmepleje, ældrevejledere m.fl. Projektet afsluttes med udgangen af 2015, hvorefter der arbejdes med at implementere erfaringerne fra projektet i driften.</p> <p>Erfaringerne fra projektet er, at det har været med til at forebygge medicinfejl, øget fokus på afkræftede borgere og borgere med akut ændret funktionsniveau, sikret øget sammenhæng på tværs af faggrupper og været med til at målrette indsatsen mod borgere med størst behov.</p>
<b>Kerteminde</b>	<p>Der har hen over sommeren 2015 været fokus på arbejdet med funktionsvurderinger, som led i tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand.</p> <p>Der er gennemført undervisning for nøglepersoner i forhold til Avaleo, der er arbejdet med sidemandsoplæring og der har været tæt ledelsesopbakning og fokus.</p> <p>Sygeplejerskerne er undervist, og der er fastlagt procedure og dokumentationspraksis.</p> <p>Der planlægges et undervisningsforløb for alle SSA og SSH i hjemmeplejen, i forhold til observation og måling af vitale parametre (Puls, temperatur, respiration, blodsukker, urinstix og blodtryk). Undervisningen forventes gennemført i januar måned. Herefter vil der blive arbejdet med implementering af ændringsskema, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Der arbejdes aktuelt med sygeplejefaglig udredning og handleplan, på tværs af Sygeplejen, Plejecentrene og Rehabiliteringsenheden. Herunder styrkelse af den sygeplejefaglige vurdering og fælles praksis. Målgruppen er sygeplejerskerne.</p> <p>Der planlægges aktuelt et forløb med fælles undervisning og arbejde med sygeplejefaglig udredning og handleplan i praksis, med start i</p>

	<p>januar måned.</p> <p>Det forventes at Kerteminde kommune sidst på foråret 2016 er klar til at starte implementering af Triage model, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Det forventes at det forudgående arbejde med observation og med sygeplejefaglig udredning og handleplan vil have væsentlig betydning for paratheden til at arbejde med triagering og for udbyttet af dette.</p>
<b>Fanø</b>	<p>Der foregår ikke konkrete projekter, men der er fokus på at oprette koordinerende tværfaglige teams omkring borgere med komplekse problemstillinger</p>
<b>Nordfyn</b>	<p>Nordfyns Kommune har i første halvår 2015 gennemført et projekt omkring on-line sygepleje til borgere med KOL-diagnose. Der foreligger evaluering af projektet, som blev gennemført med tilbud til 8 borgere. Der er aktuelt ikke afklaring i forhold til evt. fremtidige tiltag med virtuelle sygeplejebesøg.</p> <p>Der er etableret et tværfagligt KOL-rehabiliteringsteam, hvor der ligeledes er forventninger til forebyggende tiltag til borgere, der er omfattet målgruppen af DÆMP-borgere.</p>
<b>Faaborg-Midtfyn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvikling af kvalitetsmodel vedr. sårbare ældre borgere mhp at undgå forebyggelige indlæggelser.</li> <li>• Styrkelse af forebyggende indsats for ældres ernæringstilstand</li> <li>• Faldforebyggelse.</li> </ul>
<b>Svendborg</b>	<p>Svendborg Kommune igangsatte et 1-årigt projekt, som skulle sikre, at borgerne oplever et sammenhængende, koordineret og individuelt tilrettelagt forløb både i forbindelse med sektorovergange ved indlæggelser og udskrivelser, og ved overgange mellem tilbuddene internt i kommunens ældrepleje. Projektet løb fra efteråret 2014 til efteråret 2015.</p> <p>Projektet var to-delt:</p> <p>Del 1: Implementering er arbejdsgange ifbm. "Vejledningen for den ældre medicinske patient"</p> <p>Del 2: Overgange - mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt overgange mellem de forskellige tilbud i ældreområdet.</p> <p>I forbindelse med Del 2, blev der afprøvet en række mindre tiltag. Projektet mandede ud i en række anbefalinger i forhold til kommunikationen mellem sygehus og kommune ved indlæggelser og udskrivelser, samt arbejdsgange i forbindelse med overgange til og fra</p>



	<p>gæsteboliger i kommunen samt mellem kommunens interne tilbud til borgerne.</p> <p>Disse anbefalinger er nu vedtagne og skal implementeres henover foråret 2016.</p>
<p><b>Aabenraa</b></p>	<p>Aabenraa Kommunes fremskudte visitation på Sygehus Sønderjylland, status er at det er i drift, tidsplanen er, at det skal fortsætte på ubestemt tid og evt. på sigt udvides til det psykiatriske sygehus også. Den formodede effekt er styrket forløbskoordination.</p> <p>ACCESS-projektet hvor den praktiserende læge kunne visitere ældre borgere til kommunal akutplads eller hjælp fra kommunalt akutteam som alternativ til indlæggelse, status og tidsplan er at projektet er afsluttet, den formodede effekt er færre indlæggelser/genindlæggelser.</p> <p>Aabenraa Kommunes akutteam og akutplads, der vil bestå i et akutteam med sygeplejersker med særlige kompetencer og døgndækning og 1 akutplads på kommunens Special- og Rehabiliteringscenter. Status er, at akuttilluddet (team + plads) er under etablering i disse dage, tidsplanen er at det går i drift primo januar 2016 og den formodede effekt er bl.a. færre uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.</p> <p>Rehabilitering i henhold til servicelovens § 83a, tidsplanen er at det skal fortsætte på ubestemt tid, og den formodede effekt er borgere, der evt. har været ældre medicinske patienter, der er mere selvhjulpne og har større livskvalitet, har behov for mindre hjælp og som indlægges sjældnere.</p>
<p><b>Kolding</b></p>	<p>Sygeplejen og hjemmeplejen i Kolding Kommune sætter fokus på tidlig opsporing af begyndende sygdom.</p> <p>Seniorområdet i Kolding Kommune har udvalgt 3 værktøjer, der anvendes i hjemmeplejen og sygeplejen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ændringskema og triagemodel, hjemmeplejen <ul style="list-style-type: none"> <li>• TOBS – måling af vitale parametre, sygeplejen</li> <li>• Ernæringsvurderingskema, sygeplejen</li> </ul> </li> </ul> <p>TOBS måling af vitale parametre er en videreudviklet udgave af hospitalernes tidlige opsporing af kritisk sygdom, som er tilpasset primærsektoren. Det er rutinemæssige målinger af vitale værdier som puls, blodtryk, temperatur, bevidsthedsgrad og respirationsfrekvens og bruges, som et værktøj til at understøtte sygeplejerskers og assistenters kliniske blik.</p> <p><b>Forebyggende hjemmebesøg</b></p> <p>Kommunen arbejder med forebyggende hjemmebesøg. De praktiserende læger opfordres til at benytte de sundhedsfremmende og</p>

	<p>forebyggende hjemmebesøg til borgere + 75 år og derover. Formålet med samtalen er at drøfte borgerens aktuelle livssituation og vejlede så borgeren udnytter egne ressourcer, og bevarer sit funktionsniveau længst muligt.</p> <p>Samtalen har fokus på hvordan den ældre mestrer sin tilværelse og danner grundlag for en bedre udnyttelse af den ældres ressourcer, og dermed støtter dem i at bevare livskvaliteten. Temaerne i samtalen kan være om dagligdagen, trivsel, socialt netværk, bolig, nærmiljø sundhedstilstand, funktionsevne, aktiviteter og interesser. Samtalen kan også berøre eksistentielle emner som sorg, tab, identitet, isolering og døden.</p> <p>Kommunen kontakter relevante borgere en gang om året, med henblik på forebyggende hjemmebesøg, idet besøgene tilbydes en gang årligt. Der er mulighed for flere besøg, hvis der er behov for det. Endvidere tilbydes et ekstra sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, der lige har mistet en ægtefælle. Der er ligeledes mulighed for ekstra besøg, hvis der behov herfor.</p> <p>Kommunen tilbyder sundhedsfremmende og forebyggende besøg til alene-boende mænd og kvinder i aldersgruppen fra 60 til 74 år. Tilbuddet gives med baggrund i, at forskningen viser, at enlige har større risiko for helbredsproblemer end samlevende.</p> <p>Hvis egen læge har opfattelse af, at en borger har brug for et forebyggende hjemmebesøg, kan det kommunikeres til visitationen via en korrespondance.</p> <p>Kommunen har dertil etableret et akutteam der er en specialfunktion, som skal medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser ved at foretage observationer, behandling og pleje til borgere med akutte eller specielt komplicerede behov, der efter lægehenvi sning kan forblive i kommunalt regi.</p>
<b>Nyborg</b>	<p>Der er planer om at gennemgå DÆMP borgere inden for en vis periode og se på eks. borgere, der er registreret med flere genindlæggelser. Her vil der være fokus på, hvad der særligt skal være opmærksomhed omkring i forhold til denne gruppe af borgere.</p>
<b>Fredericia</b>	<p>Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom. Vi arbejder med 2 – 3 indsatser omkring tidlig opsporing om året. Dette startede i foråret. Målet er at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser.</p> <p>Vi forventer at se effekter i løbet af 2016.</p>



Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Udarbejdet af: Katrine Dennak (RSYD)  
Christina Ryborg (FKS)  
Anders Fournaise (RSYD)

Journal nr.: 13/15214

Dato: 15. december 2015

E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk

Telefon: 2482 4315

## Opfølgende hjemmebesøg – de kommunalt lægeligeudvalgs vurdering af samarbejdet mellem kommune og almen praksis

I Region Syddanmark har de kommunalt lægelige udvalg til ansvar at drøfte og facilitere den praktiske tilrettelæggelse af opfølgende hjemmebesøg, jf. §2-aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse. Som led i den tværsektorielle monitorering af implementeringen og anvendelsen af opfølgende hjemmebesøg, en del af handlingsplanen for den ældre medicinske patient, er de 22 kommunalt lægeligeudvalg blevet bedt om at drøfte samarbejdet herom. Som forberedelse til drøftelsen blev der fremsendt en række spørgsmål samt opgørelse over antallet af opfølgende hjemmebesøg og opfølgninger i lægernes konsultation. Nedenstående er en samskrivning af 18 ud af 22 kommunalt lægelige udvalgs svar. Fire kommunalt lægelige udvalg har først mødegang efter denne status og har ubedt sig mulighed for at svare senere.

### 1. **Hvordan er arbejdsgangen for et opfølgende hjemmebesøg i jeres kommune?**

I Region Syddanmark kan et opfølgende hjemmebesøg initieres af både sygehuse, kommune og almen praksis. Denne praksis er implementeret i langt de fleste kommuner. Flere kommuner har udarbejdet instrukser/retningslinjer med lokalt tilpassede arbejds- og procesbeskrivelser for det opfølgende hjemmebesøg. Disse instrukser og retningslinjer stemmer overens med vejledningen om den ældre medicinske patient<sup>1</sup>. Enkelte kommuner har ansat dedikerede forløbskoordinatorer, som visiterer til opfølgende hjemmebesøg inden patienten udskrives fra sygehuset.

Jf. §2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse, kan opfølgning efter udskrivelse også foregå i lægens konsultation. KLU'erne blev ikke direkte adspurgt om denne mulighed, men flere anfører denne mulighed som værende relevant da lægen ved hjemmebesøg har begrænset adgang til diagnostiske hjælpemidler, mulighed for opslag i journal og tilgang til ordinationer og henvisninger.

### 2. **Af vedhæftede opgørelse over antallet af opfølgende hjemmebesøg i de 22 kommuner i Region Syddanmark ses en stor variation i aftalens anvendelse.**

#### *Uddybende*

*Udviklingen i antallet af udførte opfølgende hjemmebesøg monitoreres og afrapporteres kvartalsvis til Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. De kommunalt lægelige udvalg har, via regionens hjemmeside for den ældre medicinske patient, adgang til løbende opdaterede opgørelser. I forbindelse med nærværende drøftelse blev de kommunalt lægelige udvalg præsenteret for en opgørelse*

<sup>1</sup> Vejledningen om den ældre medicinske patient – til sundhedspersoner på sygehuse, i kommuner og i almen praksis (2014)

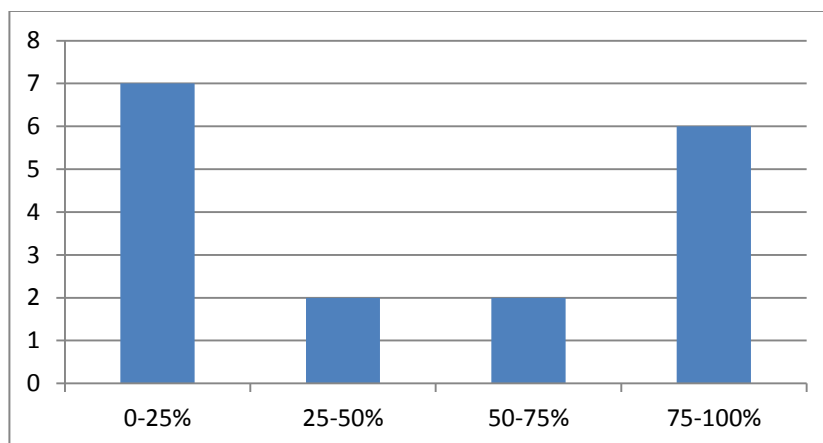
opdateret til og med 2. kvartal 2015. Opgørelsen viser en stigning i 21 af 22 kommuner i antallet af udførte opfølgende hjemmebesøg sammenlignet med første kvartal 2014 og en stigning i 15 af 22 kommuner i antallet af opfølgninger i lægens konsultation.

Samlet er antallet af opfølgende hjemmebesøg for alle 22 kommuner steget med 60% fra første til andet kvartal 2015 - fra 721 til 1155, og 27% for opfølgninger i konsultationen for samme periode. (se tabel 1 og 2)

## 2a. Hvad er jeres kommentarer til tallene fra jeres egen kommune?

Kommunerne er generelt positive over stigningen i antallet af besøg og der er en forventning og forhåbning om at udviklingen vil fortsætte. Mange tilskriver stigningen i opfølgende hjemmebesøg, at besøgene bliver prioriteret af både almen praksis og hjemmesygeplejen, fordi det vurderes relevant af begge parter. Nogle beskriver problemstillinger i forhold til koordination af tidspunktet for afholdelse af det opfølgende hjemmebesøg som værende skyld i at antallet af udførte besøg, er mindre end det oplevede behov. Det påpeges at antallet af opfølgninger efter udskrivelse muligvis er højere end antaget, da nogle læger, ikke altid får brugt den rigtige ydelseskode.

## 2b. Ved hvor stor en andel af de opfølgende hjemmebesøg skønner I, at både hjemmesygepleje og praktiserende læge har været til stede samtidigt?



Figur 1: KLU's skøn over andel af opfølgende hjemmebesøg, hvor både hjemmesygepleje og praktiserende læger er tilstede

Det påpeges, at ved opfølgende hjemmebesøg på plejehjem vil både hjemmesygepleje og egen læge næsten altid være til stede samtidig. I de kommuner hvor andelen af opfølgende hjemmebesøg med samtidig tilstedeværelse af læge og hjemmesygeplejerske er lav, peges der på enten et manglende kendskab blandt praktiserende læger til §2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse eller, at der er etableret præcedens for grundigere elektronisk kommunikation efterfølgende.

Enkelte kommunalt lægelige udvalg har ikke følt sig i stand til at vurdere hvor stor en andel, som er udført ved fysisk tilstedeværelse af både den praktiserende læge og kommunal hjemmesygepleje.

**2c. Hvordan sikres koordinationen før og efter det opfølgende hjemmebesøg, når hjemmesygeplejen og egen læge ikke har været til stede samtidigt?**

Størstedelen af de kommunalt lægelige udvalg beretter, at så vidt muligt er begge parter fysisk til stede samtidig. Når det ikke er muligt, tages den efterfølgende dialog elektronisk via korrespondancemeddelelser eller telefon.

Det anføres, at det er vigtigt for kvaliteten af opfølgningen, at der er kontinuitet i den kommunale hjemmesygepleje i forhold til, at det er den samme sygeplejerske, som deltager ved sygebesøget og varetager den efterfølgende opfølgning.

**3. Hvad ser I som de største udfordringer for samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg og hvordan håndterer I dem?**

Flere angiver koordinationen af tidspunktet for det opfølgende hjemmebesøg som en stor udfordring. Generelt vil lægerne gerne lægge besøget efter "normal" arbejdstid, og det vil derfor være en sygeplejerske i aftenvagt der varetager besøget, som måske ikke har et fyldestgørende indblik i borgerens situation.

I nogle kommuner er der i instrukser og retningslinjer for opfølgende hjemmebesøg, indarbejdet tidsfrister for hvornår opfølgningen skal pågå efter udskrivelse fra sygehus. Tidsfristerne varierer fra 48 timer til fem døgn, men koordinering af besøg indenfor tidsfristen nævnes som en stor udfordring.

Flere anfører, at der er behov for en god kommunikation mellem hjemmeplejen og almen praksis, når patienter udskrives hurtigt. Hertil kan også komme udfordringer i kommunikation ved akutte tilstande.

Flere peger på, at der kommer få anmodninger om opfølgende hjemmebesøg fra sygehusene.

**4. Hvilken betydning har samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg i forhold til at:**

**4a. styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb?**

Der hersker en udbredt opfattelse af, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordinering af patientforløb. Derudover nævnes det, at besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver. Besøgene er ofte med til at skabe mere tryghed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Det har stor betydning at læge og sygeplejerske hører det samme, og derved har samme grundlag for en fælles handleplan med en klar rollefordeling.

**4b. reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)-indlæggelser?**

Flere KLU'er påpeger, at de ikke har de nødvendige data til at kunne vurdere hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Flere peger på, at de opfølgende hjemmebesøg øger kvaliteten og hos nogle borgere bidrager til, at begyndende tegn på sygdom/funktionsnedsættelse "tages i opløbet". Besøgene kan også være med til at styrke koordinationen og synliggøre, hvor det er relevant at inddrage andre samarbejdspartnere.

I forhold til det samlede billede skønnes det, at der er flere samtidige initiativer, der spiller ind, men nogle KLU'er vurderer, at hjemmebesøgene kan være med til at understøtte en reduktion af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Der bør dog fortsat også være fokus på, at patienter ikke udskrives for hurtigt.

**Opmærksomhedspunkter:**

- Der er et ønske om bedre screening og flere henvisninger fra sygehusene.
- Det er ofte en udfordring at få koordineret et besøg indenfor den givne tidsramme.
- Tidspunktet for et opfølgende hjemmebesøg er generelt en udfordring. Almen praksis vil typisk gerne lægge besøget udenfor "normal" arbejdstid, mens det i hjemmeplejen ville være hensigtsmæssigt at lægge besøget i dagtimerne, hvor den faste sygeplejerske med bedst kendskab til borgeren, er på arbejde.
- Enkelte kommuner registrerer systematisk når de er involveret i et opfølgende hjemmebesøg.
- Få melder tilbage, at "§2- aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse" er for indviklet og at det ville være en stor hjælp hvis honoreringskoderne forenkles.
- Nogle KLU'er melder om manglende kendskab til §2-aftalen hos nogle praktiserende læger.
- Der kan være praktiske udfordringer ved at besøget skal foregå i borgerens eget hjem.
- Ikke alle opfølgende hjemmebesøg er lægefagligt relevante. Det påpeges dog, at det kan være svært at vurdere på forhånd.
- Der skal være større fokus på den del af målgruppen, der ikke kommer direkte fra en indlæggelse.

Tabel 1: Det kvartalsvise antal gennemførte opfølgninger og koordinationer i **hjemmet** hos borgere ≥65 år (ydelseskode 4176) i perioden første kvartal 2013 – anden kvartal 2015.

	1/1/13- 31/3/13	1/4/13- 30/6/13	1/7/13- 30/9/13	1/10/13- 31/12/13	1/1/14- 31/3/14	1/4/14- 30/6/14	1/7/14- 30/9/14	1/10/14- 31/12/14	1/1/15- 31/3/15	1/4/15- 30/6/15	Opfølgninger og koordinationer i <b>hjemmet</b> per 1000 borgere ≥ 65 år, i de seneste fire kvartaler	Antal borgere ≥ 65 år
Aabenraa	53	52	40	43	62	49	75	45	42	56	<b>18,0</b>	12.124
Assens	25	44	24	33	39	21	24	42	36	55	<b>18,3</b>	8.596
Billund	5	4	10	11	0	2	3	4	3	5	<b>3,0</b>	5.055
Esbjerg	44	47	38	41	50	39	27	30	40	62	<b>7,6</b>	20.989
Faaborg-Midtfyn	12	26	12	11	17	16	14	19	16	35	<b>7,4</b>	11.276
Fanø	0	0	4	2	3	1	1	0	3	2	<b>6,6</b>	913
Fredericia	14	6	8	24	18	26	13	20	16	30	<b>8,2</b>	9.666
Haderslev	57	56	49	57	63	60	48	45	51	77	<b>19,6</b>	11.253
Kerteminde	11	2	1	3	13	5	4	6	4	11	<b>4,7</b>	5.316
Kolding	64	57	36	39	37	45	31	36	50	62	<b>11,3</b>	15.787
Langeland	10	11	6	7	9	5	15	6	19	24	<b>16,8</b>	3.804
Middelfart	4	10	6	16	13	15	13	11	22	25	<b>9,1</b>	7.826
Nordfyns	17	16	16	22	25	13	8	22	16	24	<b>11,8</b>	5.935
Nyborg	10	5	9	18	7	10	9	11	12	25	<b>8,2</b>	6.914
Odense	48	64	70	70	67	60	64	58	76	109	<b>9,6</b>	31.868
Svendborg	11	16	14	25	26	34	28	32	41	67	<b>13,9</b>	12.084
Sønderborg	59	72	63	87	119	91	84	92	74	113	<b>21,8</b>	16.648
Tønder	34	21	26	25	55	28	22	20	20	57	<b>14,3</b>	8.320
Varde	28	25	28	37	44	55	42	44	36	97	<b>22,2</b>	9.886
Vejen	79	44	36	37	61	51	32	21	53	69	<b>21,4</b>	8.170
Vejle	46	75	39	91	103	76	55	58	91	147	<b>18,3</b>	19.151
Ærø	1	2	1	1	2	0	0	0	0	3	<b>1,4</b>	2.069
I alt	632	655	536	700	833	702	612	622	721	1155	<b>Regions gennemsnit = 12,4</b>	



Tabel 2: Det kvartalsvise antal gennemførte opfølgninger og koordinationer i **konsultationen** til borgere  $\geq 65$  år (ydelseskode 4676) i perioden første kvartal 2013 – anden kvartal 2015.

	1/1/13- 31/3/13	1/4/13- 30/6/13	1/7/13- 30/9/13	1/10/13- 31/12/13	1/1/14- 31/3/14	1/4/14- 30/6/14	1/7/14- 30/9/14	1/10/14- 31/12/14	1/1/15- 31/3/15	1/4/15- 30/6/15	Opfølgninger og koordinationer i <b>konsultationen</b> per 1000 borgere $\geq$ 65 år, i de seneste fire kvartaler	Antal borgere $\geq$ 65 år
Aabenraa	34	28	31	30	34	46	24	41	43	56	<b>13,5</b>	12.124
Assens	9	16	11	16	21	20	22	23	20	14	<b>9,2</b>	8.596
Billund	5	9	8	5	4	3	2	4	2	5	<b>2,6</b>	5.055
Esbjerg	14	21	39	20	40	28	23	21	35	55	<b>6,4</b>	20.989
Faaborg-Midtfyn	7	19	9	13	20	19	13	12	20	25	<b>6,2</b>	11.276
Fanø	0	0	4	0	3	0	3	0	0	0	<b>3,3</b>	913
Fredericia	1	5	7	4	3	5	5	5	0	4	<b>1,4</b>	9.666
Haderslev	9	23	21	30	22	22	18	31	38	31	<b>10,5</b>	11.253
Kerteminde	7	5	1	2	7	1	4	2	3	2	<b>2,1</b>	5.316
Kolding	25	43	31	17	30	30	43	53	40	52	<b>11,9</b>	15.787
Langeland	4	5	5	13	13	2	4	4	2	4	<b>3,7</b>	3.804
Middelfart	7	5	2	10	3	4	7	12	8	9	<b>4,6</b>	7.826
Nordfyns	18	16	19	10	17	19	12	13	28	26	<b>13,3</b>	5.935
Nyborg	21	12	2	8	4	5	4	3	3	1	<b>1,6</b>	6.914
Odense	33	32	27	36	39	29	35	43	32	54	<b>5,1</b>	31.868
Svendborg	12	5	14	11	26	14	20	22	29	34	<b>8,7</b>	12.084
Sønderborg	58	63	52	59	65	76	67	61	61	77	<b>16,0</b>	16.648
Tønder	17	28	59	49	45	30	21	18	12	20	<b>8,5</b>	8.320
Varde	7	11	9	17	31	50	45	40	24	51	<b>16,2</b>	9.886
Vejen	30	43	33	31	37	33	18	29	44	47	<b>16,9</b>	8.170
Vejle	32	44	21	48	53	40	41	59	65	81	<b>12,8</b>	19.151
Ærø	3	3	2	0	0	1	0	0	0	0	<b>0,0</b>	2.069
I alt	353	436	407	429	517	477	431	496	509	648	<b>Regions gennemsnit = 7,9</b>	

# Formandskabsbehandlet - Tal for forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

På dette punkt skal DAK tage det forelagte talmateriale vedrørende rehabilitering og palliation på kræftområdet til orientering.

## **Sagsfremstilling DAK:**

Til Det Administrative Kontaktforums orientering forelægges opdaterede tal for antallet af i korrespondancemeddelelser vedr. behovsvurdering i relation til rehabilitering og palliation på kræftområdet, som er blevet afsendt fra sygehusenhederne i Region Syddanmark.

## **INDSTILLING:**

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Tager det forelagte talmateriale til orientering.

---

## **Kommunale kommentarer**

### **Formål med programmet**

Det overordnede formål med forløbsprogrammet er at beskrive den faglige indsats ved rehabilitering og palliation i forbindelse med kræftsygdomme og organiseringen af denne.

Programmet skal bidrage til at sikre kvaliteten og sammenhæng i den samlede indsats for den enkelte patient og dennes pårørende. Endvidere medvirker programmet til klar opgave- og ansvarsfordeling, således at der sikres sammenhæng i indsatsen i de 22 kommuner og i Region Syddanmark, herunder almen praksis.

Forløbsprogrammet skal fremme anvendelse af evidensbaserede faglige retningslinjer, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordination og kommunikation mellem de involverede parter. Forløbsprogrammet sigter på at opnå en høj kvalitet i indsats og patientsikkerhed igennem hele forløbet samt en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Forløbsprogrammet medfører, at der skal udføres en systematisk behovsvurdering af alle patienter. For de patienter som har behov, udarbejdes der en fælles plan for den faglige indsats. Indsatsen skal således koordineres tværfagligt og tværsektorielt.

### **Historik**

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsen forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, som blev udgivet i 2012.

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation var i høring i foråret 2013, og der blev nedsat en arbejdsgruppe i efteråret 2013.

Arbejdet er blevet forsinket af, at det først planlagte korrespondanceformat til kommunikation og samarbejde ikke fungerede hensigtsmæssigt. Der blev på mødet i marts 2015 derfor godkendt en midlertidig løsning.

### **Tabellen**

Den vedhæftede tabel viser antallet af korrespondancemeddelelser, som er sendt fra sygehusene til kommunerne. Tallene viser derfor ikke antallet af behovsvurderinger, som er foretaget på sygehusene.

Sygehusene videregiver kun korrespondancemeddelelser, når de vurderer, at der er behov for rehabilitering. Kommunerne skal dernæst lave en udvidet behovsvurdering, som kan dække arbejdsmarkedsforhold, regulær genoptræning, økonomiske forhold etc.

Af tabellen fremgår det, at kun SVS er kommet rigtigt i gang med implementeringen af forløbsprogrammet og deraf udsendelse af korrespondancemeddelelser. Der kan evt. spørges ind til på mødet i DAK, om det er forventeligt, at der kommer flere meddelelser fremadrettet fra de øvrige sygehuse de kommende måneder.

## *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At sagen tages til orientering

Antal behovsvurderinger på Region Syddanmark s sygehuse, juni-december 2015:

	<b>Juni</b>	<b>Juli</b>	<b>August</b>	<b>September</b>	<b>Oktober</b>	<b>November</b>	<b>December</b>	<b>I alt</b>
<b>OUH</b>	10	2		2	27	13	1	<b>55</b>
<b>SLB</b>					1	8	4	<b>13</b>
<b>SVS</b>		2	1	3	7	46	20	<b>79</b>
<b>SHS</b>				1		2		<b>3</b>
<b>I alt</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>69</b>	<b>25</b>	<b>150</b>

## Orientering om Region Syddanmarks udkast til sparekatalog

På mødet i Det Administrative Kontaktforum vil Regionens orientere om Regionens sparekatalog for 2016. Der er tre sager med en fælleskommunal synsvinkel; 1) Revurdering af initiativer vedr. patientnære indsatser, 2) Opsigelse af rammeaftale vedr. forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning og 3) Opsigelse af tilskudsordning til bassinleje for fysioterapeutisk holdtræning

### **Sagsfremstilling DAK**

Der gives på mødet en mundtlig orientering om Region Syddanmarks udkast til sparekatalog.

Sparekataloget samt yderligere information om budget 2016 kan findes her

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm474885>

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

---

### **Kommunale kommentarer**

Der er følgende punkter i sparekataloget, som har en fælleskommunal synsvinkel:

#### **Punkt 4.1, "Revurdering af initiativerne vedr. patientnære indsatser",**

Der fremgår her, at det foreslås at skære i Regionens midler til patientnære indsatser (populært kaldet ØA-midlerne) til det tværsektorielle arbejde. Det beskrives, at Regionen har forsøgt at skabe dialog med kommunerne omkring samarbejdet om midlerne, men at dette ikke har været muligt. Spareforslaget rummer forslag om at skære 25 mio. kr. i 2016 stigende til 35 mio. kr. i 2019 af bevillingen på 55 mio. kr. Som en konsekvens af de foreslåede besparelser på området foreslås det ud fra en særlig strategisk tilgang at styre midlerne mod særligt udvalgte indsatsområder. Det foreslås her at styre midlerne i samme retning, som kommunerne har prioriteret deres midler. Der foreslås derfor følgende 3 indsatser: *Styrket indsats på rehabiliterings- og træningsområdet, Aflastningspladser og beredskaber til at modtage færdigbehandlede patienter og Samarbejde om opgaveoverdragelse.*

Det vurderes positivt, at Regionen, hvis besparelsen går i gennem, strategisk vil prioritere resterende midler i samme retning som kommunerne.

Da de to parter processuelt på forskelligvis måde har udmøntet midlerne til patientnære indsatser, og at man på mødet i DAK den 23. september 2015 var enig om, at det kun er relevant at dagordensætte en evt. ny drøftelse om udmøntningen af midler, hvis der kom nye midler, så vurderes dette spareforslag ikke at være en sag, som der er kommunal interesse i at løfte over for Regionen.

#### **Punkt 5.1, "Opsigelse og harmonisering af regionens §2-aftaler med de praktiserende læger",**

Den vederlagsfri fysioterapi er her omtalt i forhold til to spareforslag. Disse to er:

- **Opsigelse af rammeaftale vedr. forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning.**

Denne aftale foreslås opsagt, da forebyggelse primært opfattes som en kommunal opgave. Tilskuddet omfatter 500 borgere i regionen om året. Det oplyses ikke, hvilket økonomisk omfang spareforslaget har for Regionen. Endvidere oplyses det heller ikke, hvilke afledte økonomiske konsekvenser, der kan være for kommunerne. Det vurderes dog, at forslaget har begrænset indvirkning på den kommunale økonomi, da der er tale om meget få berørte borgere og, at rammeaftalen dækker Regionalt tilskud til træningstimer og lokaleleje til holdundervisning. Endvidere er områderne for forebyggelse og genoptræning strategiske kerneområder for kommunerne i forhold til kommunal opgavevaretagelse indenfor sundhedsområdet. På denne baggrund er det

vurderingen, at det ikke er en kommunal interesse at løfte spareforslaget op til en drøftelse.

- **Opsigelse af tilskudsordning til bassinleje for fysioterapeutisk holdtræning.**

Region Syddanmark er den eneste region, som forsat yder tilskud til bassinleje hos fysioterapeuterne. Af regional og kommunal interesse har den administrative udfordring ved tilskuddet været, at udbetalingen af tilskuddet sker til holdtræning, hvor der deltager patienter både under sygesikringen og den vederlagsfri ordning. Da det ikke er muligt at adskille de to grupper på et hold ift. den administrative fordeling af udgifterne har Regionen hidtil dækket hele udgiften ved tilskud til bassinleje for alle patientgrupper.

Tilskud til bassinleje medfører et lavere honorar for den ydende fysioterapeut. Bortfalder tilskuddet til bassinleje, så stiger udgifterne til honorarer, da fysioterapeuten i så fald skal have det normale honorarniveau. Dette betyder, at de to forhold - at Regionen i dag dækker alle udgifter til tilskud til bassinleje for alle patientgrupper og, at fysioterapeuten overgår til normalt honorarniveau ved bortfald af tilskuddet - vil medføre, at de kommunale udgifter til vederlagsfri fysioterapi vil stige som en afledt effekt.

Regionens udgifter til bassinleje udgjorde i 2014 ca. 5,3 mio. kr. Det er vurderingen, at hvis det regionale tilskud til bassinleje bortfalder, så vil de kommunale honorarudgifter for de borgere, som modtager vederlagsfri fysioterapi stige med ca. 1,8 mio. kr.

Kommunerne har mulighed for at overtage tilskuddet til bassinleje. I region Nordjylland bortfaldt tilskuddet til bassinleje med virkning fra 2015. Af de ni nordjyske kommuner har kun én kommune, Mariagerfjord Kommune, valgt at overtage udbetalingen af tilskud til bassinleje. Det skyldes rent lokale forhold, at Mariager Fjord Kommune, har valgt at gøre dette. Erfaringerne fra kommunerne i region Nordjylland og Region Nordjylland er, at bortfaldet af tilskud til bassinleje ikke har haft indflydelse på omfanget og brugen af bassintræning til holdtræning. Der således kommunernes og Regionens vurdering, at tilskuddet kun har virket som en ekstra honorarbetaling til de fysioterapeuter, som anvender holdtræning i bassin.

**På denne baggrund er det Sekretariatets vurdering og anbefaling til de 22 medlemskommuner, at man bør afvise fysioterapeuter, som henvender sig til kommunen med forslag om kommunalt tilskud til bassinleje.**

Det er Sekretariatets vurdering, at der er stor sandsynlig for, at de tre spareforslag vil gå igennem.

#### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At orienteringen om Regionens sparekatalog tages til efterretning.
- At man støtter op om beslutningen truffet på mødet i DAK den 23. september 2015 vedr. midler til patientnære indsatser (ØA-midler), at en eventuel fælles drøftelse kan dagsordensættes, hvis der fra central hold kommer nye midler.

# Sparekatalog til Budget 2016

## Forslag nr. 4.1

Titel	Revurdering af initiativerne vedr. patientnære indsatser
Resumé	<p>I økonomiaftalerne med regeringen for 2014 og 2015 er det aftalt, at regionerne allokere midler til patienter med forløb på tværs af sektorerne. Kommunerne har tilsvarende i deres økonomiaftaler fået midler til samme formål. I økonomiaftalen for 2016 er der ikke lavet en særskilt aftale for midlerne. Samtidig har den dialog med kommunerne, der i økonomiaftalerne forudsattes etableret i regi af sundhedsaftalerne, ikke være mulig at etablere, hvorfor området nu indgår som spareforslag.</p> <p>Nogle af de udmøntede initiativer er permanente, andre er tidsbegrænsede. Derfor foreslås en "trappemodell", dog således, at der ud fra en strategisk tilgang afsættes ressourcer til særligt udvalgte indsatsområder. De udvalgte indsatsområder skal drøftes yderligere med sygehusene og i staben, men det foreslås, at rammen bespares med 25 mio. kr. i 2016, 30 mio. kr. i 2017 og med 35 mio. kr. fra 2018 og de følgende år.</p>
Sagsfremstilling	<p>I økonomiaftalerne for 2014 og 2015 er det aftalt, at regionerne allokere midler til patienter med forløb på tværs af sektorerne. Det betyder, at Region Syddanmark siden 2014 har allokere 55 mio. kr. til formålet.</p> <p>Konkret har området været drøftet i Syddanmark adskillige gange, både administrativt og politisk mellem region og kommunerne. Der har været gjort mange forsøg på at etablere den dialog og den proces, der var lagt op til i økonomiaftalerne.</p> <p>I økonomiaftalen med regeringen for 2016 er der ikke lavet en særskilt aftale for midler til patientnære indsatser. Det fortolkes således, at der ikke i 2016 og årene frem er de samme bindinger som i 2014 og 2015. Det er dog stadig et vigtigt område, men altså ikke særskilt prioriteret.</p> <p>Nogle af de initiativer, som Regionsrådet i 2014 og i 2015 har godkendt, er permanente, mens andre er tidsbegrænsede. Uagtet at kommunerne ikke har ønsket at indgå i drøftelser om konkrete projekter, ses der et potentiale i at prioritere en del af de resterende midler, så de støtter op om de indsatsområder, der allerede er beskrevet i sundhedsaftalen.</p> <p>Kommunerne har leveret en oversigt over de områder der i kommunerne har været særligt fokus på i forbindelse med deres udmøntning af midlerne i økonomiaftalerne. Det foreslås derfor, at vi også styrer de regionale midler i samme retning, således at vi prioriterer initiativer, som også understøtter de kommunale indsatsområder. På den måde er det stadig muligt at indgå i samarbejder, enten lokalt omkring de enkelte sygehusenheder eller på tværs af regionen, men uden at der indledningsvist lægges op til, at der skal etableres egentlige projekter.</p> <p>Konkret foreslås følgende:</p> <p><u>Styrket indsats på rehabiliterings- og træningsområder.</u> I forbindelse med implementering af de kliniske retningslinjer, der anbefaler træning i stedet for operation, kan der være behov for at udvikle fælles træningskoncepter. F.eks. anbefales det i den kliniske retningslinje for knæartrose, at patienter trænes i primærsektoren i et særligt velafprøvet koncept (GLAD).</p> <p><u>Aflastningspladser og beredskaber til at modtage færdigbehandlede patienter.</u> I sundhedsaftalen er det aftalt, at region og kommuner i fællesskab vil udvikle en aftale om "Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale</p>

	<p>behandlingstilbud". Det foreslås at der afsættes midler til at udvikle denne aftale, herunder udvikling af metoder til kvalitetssikring og –opfølgning af samarbejdet omkring de kommunale akutfunktioner. Denne indsats forventes at have stort potentiale i forhold til reduktion af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Denne indsats vil også understøtte kommunernes fokus på styrket indsats i forhold til sygepleje.</p> <p><u>Samarbejde om opgaveoverdragelse.</u> Regionen og kommunerne har igangsat et arbejde om at udvikle en generisk model for opgaveoverdragelse. Som følge af den faglige og teknologiske udvikling, har regionen en stor interesse i at overdrage en række opgaver fra sygehus til kommuner. Det foreslås derfor, at der afsættes midler til at understøtte opgaveoverdragelse, herunder til tilbud om kompetenceudvikling af kommunalt personale i forbindelse med opgaveoverdragelse.</p> <p>I forbindelse med de foreslåede indsatser vil det være relevant at arbejde med at indtænke Den Syddanske Forbedringsmodel, ligesom det foreslås, at nogle midler kan afsættes til at understøtte udviklingen af AmbuFlex og PRO.</p> <p>De udvalgte indsatsområder skal drøftes yderligere med sygehusene og i staben, men det foreslås, at rammen bespares med 25 mio. kr. i 2016, 30 mio. kr. i 2017 og med 35 mio. kr. fra 2018 og de følgende år.</p>
--	--

Økonomi, 1.000 kr.	2016	2017	2018	2019
Rammerreduktion	25.000	30.000	35.000	35.000
<b>Driftsbesparelse, i alt</b>	<b>25.000</b>	<b>30.000</b>	<b>35.000</b>	<b>35.000</b>
- Etablerings-/investeringsudgifter				
Aktivitetsmæssige konsekvenser	Ingen			
Personalemæssige konsekvenser (antal årsværk)	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen



# Sparekatalog til Budget 2016

## Forslag nr. 5.1

Titel	<b>Opsigelse og harmonisering af regionens §2-aftaler med de praktiserende læger</b>
Resumé	Opsigelse og harmonisering af regionens §2-aftaler med de praktiserende læger. §2 aftaler er særftaler mellem regionen og de praktiserende læger gældende for specifikke områder.
Sagsfremstilling	<p>Opsigelse af de udvalgte aftaler vil harmonisere serviceniveauet for diabetesbehandling til regions/landsplan og fjerne honorar til forebyggende fysioterapeutiske ydelser, som er kommet under kommunalt ansvarsområde. Derudover foreslås det at reducere budgettet til rekruttering og fastholdelse i almen praksis som følge af et mindre aktivitetsniveau samt at fjerne honoraret for almen praksis tidsforbrug ved indsendelse af billeder til dermatolog.</p> <p>Følgende lokalaftaler er omfattet af spareforslaget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducering i budgettet til rekruttering og fastholdelse i almen praksis</li> <li>- Justering af lokalafale om anvendelse af teledermatologi i almen praksis</li> <li>- Opsigelse af lokalafale om fynske øjenlægers indberetning til den Fynske Diabetesdatabase</li> <li>- Opsigelse af lokalafale om almen praksis indberetning til Den Fynske Diabetesdatabase</li> <li>- Opsigelse af rammeaftale vedr. forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning</li> <li>- Opsigelse af tilskudsordning til bassinleje for fysioterapeutisk holdtræning</li> </ul> <p>Der forudses ikke afledte regionale udgifter af forslagene Ved enkelte af aftalerne forudses der servicemæssige konsekvenser for patienterne i mindre grad. Detaljerne vedr. enkeltaftalerne fremgår af bilagssamlingens pkt. 10.</p>

Økonomi, 1.000 kr.	2016	2017	2018	2019
Almen praksis	7.200	10.800	10.800	10.800
<b>Driftsbesparelse, i alt</b>	<b>7.200</b>	<b>10.800</b>	<b>10.800</b>	<b>10.800</b>
- Etablerings-/investeringsudgifter				
Aktivitetsmæssige konsekvenser	Ingen			
Personalemæssige konsekvenser (antal årsværk)	Ingen			

Opsigelse af aftalen vil have servicemæssige konsekvenser for de patienter der p.t. går til årskontrol ved almen praksis på Fyn i de praksis som indberetter data, idet data med det tværsektorielle overblik for disse patienter mistes.

Praksisafdelingen følger op på, at der ikke er aktivitet på de aftalespecifikke ydelseskoder.

## **5. Opsigelse af rammeaftale vedr. forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning**

Rammeaftalen har til formål at muliggøre forebyggende og opfølgende behandling til specifikke sygdomsgrupper med det formål at lære hensigtsmæssige øvelser og brug af kroppen. Aftalen giver tilskud til træningstimer og lokaleleje. Aftalen foreslås opsagt da forebyggelse primært er en kommunal opgave.

Aftalen omfatter sygdomsgrupperne dårlig holdning, gentagne anfald af rygsmerter, udprægede kropslige hæmninger, diskusprolaps og hofteledelse, astma og bronkitis, gigt og ledbeskadigelser, hjerte- karlidelser, bækkenbundslidelser, neurologiske lidelser

Regionen yder tilskud til honorarer og til lokaleleje for holdundervisning.

Aftalen foreslås opsagt, da forebyggende fysioterapi må anses som en kommunal opgave.

Tilbuddet har årligt omfattet ca. 500 personer i hele regionen

Der hører ydelsesspecifikke koder til aftalen. Praksisafdelingen følger op på, at der ikke er aktivitet på disse.

## **6. Opsigelse af tilskudsordning til bassinleje for fysioterapeutisk holdtræning**

Ordningen om regionalt tilskud til bassinleje er blevet videreført fra amternes tid. Nationalt set er tilskudsordningen under afvikling. Region Syddanmark er den eneste region der har bibeholdt aftalen. I forbindelse med flytningen af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi er ordningen kommet under det kommunale ansvarsområde. Det foreslås at tilskudsordningen bringes til ophør.

I Region Syddanmark kan fysioterapeuter ansøge om et tilskud i forbindelse med fysioterapeutisk holdundervisning i varmtvandsbassin. Tilskuddet udgør maksimalt 700 kr. pr. time.

Bassinholdene består både af kommunale og regionale patienter.

Overenskomsten giver regionen mulighed for at betale en del af bassinlejen. Ved undervisning i bassiner med regionalt tilskud formindskes fysioterapeutens honorar for de kommunale, vederlagsfri patienter.

Hvis tilskudsordningen ophører, skal fysioterapeuten selv stå for udgifterne til bassiner. Fysioterapeuterne vil samtidigt kunne afregne et højere honorar for undervisning af de kommunale, vederlagsfri patienter. Det anslås at denne merudgift til kommunerne, som følge af det forhøjede honorar, andrager 1,8 mio. kr. årligt ved det nuværende aktivitetsniveau.

Der er ingen ændring i afregningen for tilskuddet til regionale patienter til holdtræningen, hvis tilskudsordningen ophører

Det er dog muligt at der vil være en prisstigning i egenbetalingen for de regionale patienter.

Det er også en mulighed at den enkelte kommune vælger at overtage tilskudsordningen

I 2014 udbetalte regionen 5.3 mio. til tilskudsordningen.

Region Syddanmark er den eneste region, der har bibeholdt tilskudsordningen.

Praksisafdelingen følger op på, at der ikke betales tilskud til bassinleje fra datoen for ordningens udløb.

## Formandskabsbehandlet - Punkter til kommende møder

Dette er nyt fast punkt på dagsorden for møderne i Det administrative Kontaktforum. Man har valgt at se bort fra anvendelsen af et årshjul, da det er erfaringen, at man løbende fraviger et udarbejdet årshjul.

### **Sagsfremstilling DAK**

- Temadrøftelse om opgaveoverdragelse
- Temadrøftelse om regionens rådgivning til kommunerne på forebyggelsesområdet

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender, at punkterne sættes på kommende møder

---

### **Kommunale kommentarer**

Der er ikke sat dato for, hvornår temadrøftelserne skal finde sted. Da der hele tiden ændres i årshjulet for møderne i DAK, arbejdes der fremover med dette punkt i stedet for. Det kan overvejes, om det skal foreslås DAK at dagsordensætte en af drøftelserne på mødet den 1. april.

### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At det godkendes, at ovennævnte temaer sættes på DAK-dagsordenen

# Formandskabsbehandlet - Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget

## Sagsfremstilling DAK:

### INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Drøfter, hvilke punkter der skal sendes videre til Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 23. februar 2016

---

## Kommunale kommentarer

Ingen

*Indstilling*

Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At nævnte punkter sættes på dagsorden til SKU møde 23 Feb 2016:
  1. Orientering om Regionens sparekatalog
  2. Status på handlingsplanen for den ældre medicinske patient
  3. Tal for forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

## Formandskabsbehandlet - Øvrig gensidig orientering

### Sagsfremstilling DAK:

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

---

### Kommunale kommentarer

Ingen.

## Status for samarbejdet om FMK

### Status for oprydningsaftalen

Oprydningsaftalen indgået mellem de syddanske kommuner, PLO Syddanmark og Region Syddanmark i slutningen af april 2015 udløb pr. 31.12.2015. Oprydningsaftalen var rettet mod førstegangsoprydninger på medicinkort gennemført af de praktiserende læger i forbindelse med kommunernes ibrugtagning af FMK på ældreområdet. Der var afsat 6 mio. kr. til oprydning. Den 5. januar var der ca. 370.000,- tilbage af de afsatte 6 mio.

### Status for kommunernes ibrugtagning af FMK

De fleste kommuner er igennem førstegangsoprydningerne i forbindelse med ibrugtagningen af FMK på ældreområdet. Der er dog 8 kommuner, som endnu ikke er i mål med oprydningerne.

### Forlængelse af oprydningsaftalen?

Som tidligere meddelt, kan der ikke indgås bilaterale aftaler i kommunerne med PLO, da sådanne aftaler skal forhandles i Praksisplanudvalget.

Der arbejdes pt administrativt på at få lavet en forlængelse af oprydningsaftalen, i regi af Praksisplanudvalget, som kan sikre, at de sidste kommuner kan komme i mål med oprydningerne. Der vil blive givet en status for arbejdet med dette på mødet.

### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At Sundhedsstrategisk Forum drøfter status for arbejdet med FMK

## Dimensionering af SOSU- og PAU-uddannelserne i 2016

KKR besluttede på sit møde d. 16. november 2015 at følge Dimensioneringsudvalgets indstilling til dimensionering af SOSU-uddannelserne og PAU-uddannelsen i 2016 i Syddanmark. Opsummeret er dimensioneringen i 2015 i forhold til kommunerne derfor som nedenfor beskrevet.

- Antallet af SOSU-hjælperelever falder med 193 elever fra 2015 til 2016. Dvs. at dimensioneringen samlet i regionen i 2016 er 1.701 elever
- Antallet af SOSU-assistentelever fastholdes til samme niveau som 2015, det vil sige 378 elever, da det ikke er muligt at indgå aftale med Region Syddanmark om at hæve antallet
- Antallet af PAU-elever fastholdes til samme niveau som 2015, det vil sige 306 elever

Fordelingen for den enkelte kommune fremgår af pkt. 2.2. på dagsordenen til Sundhedsstrategisk Forum d. 11. november 2015.

KKR besluttede desuden, at formandskabet skulle tage politisk kontakt til Region Syddanmark med henblik på at indgå i dialog om at hæve antallet af SOSU-assistentelever. Det blev gjort af KKR formand Egon Fræhr efter mødet. Regionsrådsformand Stephanie Lose ønskede dog på daværende tidspunkt at afvente en udmelding fra forhandlingsparterne (ministeriet, KL og Danske Regioner) om dimensioneringsaftale forud for et møde.

Som grundlag for de nationale forhandlinger på området blev det af KL, på baggrund af arbejdskraftanalyser fra Finansministeriet, anbefalet kommunerne i KKR Syddanmark at søge at hæve antallet af SOSU-assistentelever med 69 elever i 2016.

Sideløbende med processen i KKR Syddanmark sendte KL's formand Martin Damm d. 12. november 2015 brev til formand for Danske Regioner Bent Hansen med et ønske om, at Bent Hansen ville opfordre regionerne til at etablere flere praktikpladser for SOSU-assistentelever i 2016. I brevet blev der lagt op til en model herfor, hvor kommunerne påtager sig arbejdsgiveransvaret og betaler lønudgiften for eleverne.

Bent Hansen har på baggrund heraf d. 22. december 2015 udsendt brev til regionerne. Her opfordres regionerne til – i det omfang det er muligt lokalt – at tilvejebringe de ekstra praktikpladser i 2016. Der lægges også i dette brev op til, at det er kommunerne, der vil finansiere de ekstra praktikforløb, og at forløbene tilrettelægges, så de indebærer mindst mulig belastning af den regionale praktikkapacitet.

Herudover er det væsentligt at tage med i betragtning, at der forventeligt inden for den næste måned er en ny uddannelse klar for SOSU-assistenten, som vil medføre betydelige ændringer for både eleverne og kommunerne som praktiksteder. Denne omstilling vil forventeligt stille store krav til kommunerne, hvis uddannelsen efter planen skal implementeres fra 1. januar 2017.

På baggrund af ovenstående har KKR formand Egon Fræhr igen taget kontakt til Regionsrådsformand Stephanie Lose med henblik på at indgå i dialog om området snarest muligt.

### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At sagen tages til orientering





22-12-2015

Sag nr. 15/323

Dokumentnr. 65050/15

Kære Regionsrådsformand

Kommunerne oplever i disse år et stærkt forøget behov for social- og sundhedsassistenter og ønsker derfor at øge dimensioneringen af optaget på social- og sundhedsassistentuddannelsen. KL har i et borgmesterbrev anbefalet kommunerne at planlægge efter et udkast fra Undervisningsministeriet om en ny, forhøjet dimensionering, der bl.a. lægger op til en dimensioneringsstigning på social- og sundhedsassistentuddannelsen på i alt 400 elever i 2016.

KKR'erne i de enkelte regioner har efterfølgende taget kontakt til regionerne for at afsøge muligheden for lokalt at indgå aftaler om en forhøjet dimensionering.

Sagen vedrørende uddannelse af flere social- og sundhedsassistenter blev drøftet på et møde mellem Danske Regioners og KL's formandskaber den 18. december 2015. I forlængelse heraf vil Danske Regioners formandskab opfordre regionerne til – i det omfang det lokalt er muligt – at søge at tilvejebringe et antal ekstra praktikpladser i 2016 for dermed at imødekomme kommunernes behov for flere social- og sundhedsassistenter.

Det er kendt, at regionernes praktikkapacitet, både på hospitalerne og i psykiatrien, allerede i dag er under stort pres. Det skal derfor understreges, at selv et mindre antal ekstra elevforløb i den enkelte region vil være relevante.

Formandskabet har overfor KL understreget, at regionernes medvirken til etableringen af flere uddannelsesforløb for social- og sundhedsassistenter i 2016 sker under følgende forudsætninger:

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

- Kommunerne finansierer de ekstra elevforløb, så regionerne ikke får merudgifter hertil. Det betyder bl.a., at de ekstra elever ansættes i kommunerne, så regionerne ikke har lønudgifter til eleverne.
- De ekstra elevforløb søges tilrettelagt lokalt på en måde, der indebærer mindst muligt øget belastning af den regionale praktikkapacitet.

Til inspiration **vedlægges** notat fra Region Midtjylland om samarbejdsmodel med kommunerne om uddannelse af flere social- og sundhedsassistentelever. Her henvises bl.a. til Silkeborg-projektet, hvor den somatiske praktik var delt mellem hospital og kommuner. Af hensyn til social- og sundhedsassistentelevernes efterfølgende autorisation, skal en alternativ tilrettelæggelse af praktikken godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Danske Regioner opfordrer til, at regionerne tager kontakt til de lokale KKR'er herom.

Danske Regioner forventer, at parterne på området i 2016 finder en samlet løsning med hensyn til både en ny dimensionering gældende fra 2017, en mere retvisende fordeling af dimensioneringen mellem regioner og kommuner, samt en model for en ny social- og sundhedsassistentuddannelse.

Med venlig hilsen

Bent Hansen



Danske Regioner  
Formand Bent Hansen

[bkj@regioner.dk](mailto:bkj@regioner.dk)

Kære Bent

Jeg skriver til dig vedrørende sagen om uddannelse af flere social- og sundhedsassistenter.

Kommuner og regioner er afhængige af hinanden, når det kommer til uddannelse af sundhedsfaglige medarbejdere. Sat lidt på spidsen kan hverken kommuner eller regioner uddanne det personale, der varetager pleje og sygeplejefaglige opgaver, uden at den anden part medvirker.

Derfor er det også vigtigt, at der er igangsat et fælles arbejde med at udvikle SOSU-uddannelsen, og at vi også har et konstruktivt samarbejde om revisionen af uddannelsen til sygeplejeske.

Opgaven er vel, at vi gennem en tæt dialog hjælper hinanden med at sikre sundhedsfaglige uddannelser, der er tilpasset sundhedsvæsenet og vores fælles behov.

Kommunerne efterspørger over en bred kam flere social- og sundhedsassistenter. Det gør regionerne, som jeg forstår det, ikke. Finansministeriets arbejdskraftsprognose viser, at der er behov for at øge optaget til assistentuddannelsen med ca. 400 elever i 2016 for at sikre en ligevægt i udbuddet af uddannet social- og sundhedsassistenter.

Regionerne ønsker angiveligt ikke at ansætte flere elever end i 2015. Det kan der givetvis være gode grunde til, men det ændrer ikke ved, at kommunerne har et øget behov for social- og sundhedsassistenter.

Jeg håber derfor, at du vil opfordre regionerne til som minimum at etablere de ekstra praktikforløb i 2016, hvor kommunerne påtager sig arbejdsgiveransvaret og betaler lønudgiften for eleverne.

Med venlig hilsen



Martin Damm

Dato: 12. november 2015

Sags ID: SAG-2015-00593  
Dok. ID: 2111679

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

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

## Status for tværsektoriel kompetenceudvikling

Partnerskabsaftalen for tværsektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet er i december 2015 sendt til alle kommuner med henblik på tilslutning. KKR Syddanmark behandlede aftalen på sit møde d. 16. november 2016 og anbefalede alle kommuner at tilslutte sig aftalen. Kommunerne er blevet opfordret til, at tilslutningerne sker i løbet af første kvartal 2016.

Aktuelt arbejdes der i projektet med at lave en kommunikationsindsats for at udbrede budskaberne for den fælles strategi for arbejdet samt konkretisering af konkrete aktiviteter til at skabe øget tværsektoriel og tværfaglig kompetenceudvikling. De to nedsatte arbejdsgrupper aflagde status og drøftede deres videre arbejde med styregruppen på møde d. 14. januar 2016.

For nærmere indhold i arbejdet henvises til punkt 2.7. på dagsordenen til møde i Sundhedsstrategisk Forum d. 23. september 2015.

### *Indstilling*

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum indstiller:

- At sagen tages til orientering

## Nyt fra KKR Syddanmark

KKR Konsulent Anne Plougmann Knudsen orienterer kort om følgende punkter:

- **Temadrøftelse om sundhedsområdet på KKR møde d. 10. februar.** KKR formandskabet har ønsket at fastholde et fælles fokus på sundhedsområdet efter en drøftelse i KKR af KL's sundhedsudspil "Sammen om sundhed" i efteråret 2015.
- **Revision af de sundhedsfaglige professionsuddannelser.** Ni sundhedsfaglige professionsbachelor uddannelser er i øjeblikket under revision. Af kommunal interesse er der tale om uddannelserne: sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut samt sundhed og ernæring. Målet er, at nye studieordninger skal træde i kraft pr. 1. august 2016. Der lægges op til stor lokal påvirkning af de sidste 1½ år på uddannelserne. Jakob Kyndal og Mette Heidemann indgår i et overordnet "advisory board" for UC Syd og UCL om arbejdet, derudover sker en stor del af arbejdet i uddannelsernes uddannelsesudvalg, hvor der er kommunalt udpegede repræsentanter.
- **Øget kommunal praktik i sygeplejerskeuddannelsen.** I forbindelse med revisionen af de sundhedsfaglige professionsuddannelser forventes der, at der bliver lagt op til, at en større del af praktikken for sygeplejerskerne kan finde sted i kommunalt regi i stedet for regionalt regi. De konkrete aftaler herom forventes at skulle indgås i KKR regi. Når det præcise grundlag ligger fast, kan der forventes proces i kommunerne herom i løbet af foråret 2016.

## Almen orientering

### Advisory Board der etableres ved UC Syd og UC Lillebælt

UC Syd og UC Lillebælt har oprettet et Advisory Board, som etableres med henblik på at understøtte implementeringen af nye sundhedsfaglige uddannelsesbekendtgørelser og "Strategien for tværsektoriel kompetenceudvikling". I de drøftelser der er pågået i regi af Round Table samarbejdet er der aftalt følgende:

- Implementeringen af nye uddannelsesbekendtgørelser og "Strategien for tværsektoriel kompetenceudvikling" afvikles parallelt men med stærke koblinger mellem de to processer.
- Der etableres en parallel og identisk projektorganisation ved henholdsvis UC Syd og UC Lillebælt ift implementering af de nye uddannelsesbekendtgørelser.
- Der etableres et fælles Advisory Board, der er rådgivende for det udviklings- og implementeringsarbejde der tilrettelægges ved henholdsvis UC Syd og UC Lillebælt. Advisory Boardet sammensættes af repræsentanter fra det strategiske ledelsesniveau (direktørniveau), der rekrutteres fra deltagerkredsen i Round Table samarbejdet (Koordinationsgruppen), og således at der er repræsentation fra henholdsvis UC Syd's og UC Lillebælt's dækningsområder.

Kommunerne er repræsenteret i det fælles Advisory Board ved deltagelse af Mette Heidemann og Jakob Kyndal.

### Opstart af ny hjemmeside for Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Sekretariatet arbejder aktuelt med oprettelse af en ny hjemmeside for Fælleskommunalt Sundhedssekretariat. Visionen er, at siden skal fremstå mere indbydende, overskuelig og informativ.

### Opstart af fælleskommunal strategi for velfærdsteknologi

Sekretariatet igangsætter medio januar arbejdet med den nye strategi for velfærdsteknologi. Det første trin er, at kommunerne skal meddele, på hvilket niveau og indenfor hvilke områder, de ønsker at samarbejde. Nærmere information følger.

### Arrangement: *Social Impact* - Konference 27.-28. april i Esbjerg

Undertittel: *På vej mod en inddragende, samarbejdende og helhedsorienteret social- og sundhedssektor*  
- se medsendte invitation (bilag).

# SOCIAL IMPACT 2016

- PÅ VEJ MOD EN INDDRAGENDE,  
SAMARBEJDENDE OG  
HELHEDSORIENTERET SOCIAL-  
OG SUNDHEDSSEKTOR

**EN KONFERENCE OM NYE PARADIGMER  
OG FORANDRINGER I SOCIALT ARBEJDE**

**27.-28. APRIL 2016**

PÅ UC SYD ESBJERG



# Invitation

## Til dig der arbejder på social- og sundhedsområdet i praksis eller uddannelsesverden - offentlig som privat

UC SYD og Esbjerg Kommune har igennem en årrække haft en tæt dialog omkring udvikling og tendenser på det sociale og sundhedsmæssige område.

### Vi vil gerne invitere dig ind i denne dialog

Vores oplevelse er, at der i disse år sker en række skift i tilgangen til socialt arbejde, som grundlæggende ændrer på de metoder og indsatser, som kendetegner området.

Vi oplever et skift i synet på borgeren og i synet på sammenspillet mellem borgeren, de sociale indsatser og samfundet. Der er fokus på, at borgeren bliver aktiv i sit eget liv og selv tager ansvar for dette. Der er fokus på koordinering af indsatser på tværs af velfærdsområderne. Og der er en øget erkendelse af betydningen af civilsamfundet og erhvervslivet i løsningen af sociale og sundhedsmæssige problemer.

Vi oplever også et skift på det styringsmæssige område mod mere performance management blandt andet gennem resultatbaseret styring og effektstyring.

MED KONFERENCEN ØNSKER VI AT BIDRAGE TIL AT GØRE DISSE SKIFT EKSPLICITTE OG FREMME DIALOGEN OG REFLEKSIONEN OM DERES BETYDNING:

- Hvad betyder det for den praksis, som i det daglige arbejder med borgerne på området?
- Hvad betyder det for den måde, vi uddanner og videreuddanner praktikere til området?
- Hvad betyder det for samarbejdet mellem uddannelse og praksis?

Konferencens målgruppe er aktører på det sociale og sundhedsmæssige velfærdsområde i Danmark og resten af Norden på kommunalt, regionalt og nationalt niveau og fra uddannelsesverdenen.

Vi vil gerne, at konferencen på én gang bliver en platform for læring omkring det sociale arbejde og et sted, hvor der kan hentes inspiration til koblingen mellem teori og praksis og til nye perspektiver på den sociale og sundhedsmæssige indsats. Vi har derfor lagt vægt på at kombinere teoretiske oplæg med input fra praksis, og du skal regne med at komme til at spille en aktiv rolle på konferencen.

Vi inviterer dig derfor til at være med til at give konferencen indhold ved at bidrage med din viden, erfaring og refleksioner undervejs. Vi håber, at konferencen kan være med til at skabe nye netværk på tværs af profession og organisation.

**SÅ KOM OG VÆR MED TIL SAMMEN MED OS AT SÆTTE RAMMERNE FOR FREMTIDENS SAMARBEJDE MELLEM UDDANNELSESVERDENEN OG PRAKSISVERDENEN**

**KONFERENCEN AFHOLDES PÅ  
UC SYD  
DEGNEVEJ 16  
6705 ESBJERG Ø**

Alexander von Oettingen  
Prorektor, UC SYD



Lise Plougmann Willer  
Direktør, Borger &  
Arbejdsmarked,  
Esbjerg Kommune



Esbjerg  
Kommune





# Programoversigt

## Onsdag den 27. april

- 9.00** Ankomst og registrering
- 10.00** Åbningsarrangement  
Velkommen til Esbjerg  
v/ Borgmester Johnny Søtrup
- Et velfærdssamfund under forandring: etik og omsorg for den enkelte vs. økonomien som det konstruerende princip for politisk handlen  
v/ tidligere biskop Kjeld Holm, Århus Stift
- Pause
- Velfærdssamfundets udfordringer og nyere udviklingstræk og muligheder i den sociale sektor og det sociale arbejde  
v/ Professor Jon Kvist,  
Institut for Samfund og Globalisering, RUC
- 12.30** Frokost
- 13.30- Temaspør**
- 17.00** Eftermiddagskaffe undervejs
- 19.00** Festmiddag på Esbjerg Rådhus, Torvegade 74, 6700 Esbjerg
- Du tilmelder dig festmiddagen på konferencens hjemmeside [www.socialimpact.dk](http://www.socialimpact.dk).  
Festmiddagen er gratis for konferencens deltagere.

## Torsdag den 28. april

- 9.00** Relationel koordinering i teori og praksis – koordinering og kommunikation i arbejdsprocesser  
v/ Professor Jody Hoffer Gittel,  
Management at The Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University
- Talen efterfølges af en paneldebat om behovet for og perspektiverne ved relationel koordinering på social- og sundhedsområdet.
- 11.15- Temaspør**
- 14.45** Eftermiddagskaffe undervejs
- 15.00** Afslutningsarrangement
- 16.00** Prorektor Alexander von Oettingen,  
UC SYD



# Præsentation af keynote speakere



## Tidligere Biskop Kjeld Holm

Kjeld Holm er uddannet mag.art i idéhistorie og tog efterfølgende en teologisk tillægs-eksamen. Han har virket først som præst og senere biskop i den danske folkekirke gennem 41 år. Kjeld Holm har skrevet flere bøger blandt andet "Religion og menneskelighed" (1984), "Sorgens sprog" (1986), "Åbne døre" (2010) og senest "Man lever af det man får skænket" (2013). Kjeld Holm har igennem sit embede og som person vist et socialt engagement og ikke været bange for at udfordre den politiske velfærdsdagsorden i Danmark.



## Professor Jon Kvist, Institut for Samfund og Globalisering, RUC

Jon Kvist har forsket i den danske velfærdsstat både i et internationalt og komparativt perspektiv igennem 20 år først på SFI og nu på RUC. Jon Kvist har ledet forskningsprojekter og -netværk på nordisk og europæisk plan og var med i den skotske regerings ekspertgruppe om velfærd efter uafhængighed. Jon Kvist var med i den danske Dagpengekommission og er den danske ekspert i Europakommissionens socialpolitiske ekspertnetværk.



**Professor Jody Hoffer Gittel,  
ph.d., The Heller School for  
Social Policy and Management,  
Brandeis University**

Jody Hoffer Gittel har grundlagt The Relational Coordination Research Collaborative, som bringer forskere og praktikere sammen for at hjælpe organisationer med at opbygge relationel koordinering for høj ydeevne. Hun er medstifter af et universitet-spinoff kaldet Relational Coordination Analytics Inc., som tilbyder måling og interventionsstøtte til organisationer, der søger at forbedre deres præstationer.

Jody Hoffer Gittells forskning undersøger, hvordan arbejdere, ledere og kunder bidrager til kvalitet og effektivitet gennem samordning med hinanden. Hun har udviklet en teori om relationel koordinering, som siger, at indsatses med stor afhængighed til andre indsatses mest effektivt koordineres gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt støttet af hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation.

**Prorektor Alexander von  
Oettingen, UC Syddanmark**

Alexander von Oettingens forskningsinteresse er pædagogisk filosofi, uddannelsesfilosofi, teori-praksisproblemet, dannelseteorier, skoleteori og almen pædagogik. Han er medredaktør på bogen "Mellem teori og praksis – aktuelle udfordringer for pædagogiske professioner og professionsuddannelser" (2007) og har selv bidraget med en artikel om pædagogiske handlingsteorier i differencen mellem teori og praksis.



# Præsentation af temaspør

## DE FIRE TEMASPOR ER:



### TEMASPOR 1:

#### FAG OG FAGLIGHED

Hvilke krav kan vi stille til uddannelser til velfærdsprofessionerne, og hvilke krav kan vi stille til metoder, standarder og retningslinjer i social- og sundhedssektoren, så der er balance i dobbeltgrebet mellem den faglige dømmekraft og bestræbelser på kvalitetssikring i løsningen af de sociale opgaver?

I vores søgen efter svar tager vi fat på dobbeltgrebet i det professionelle arbejde, der består af faglig dømmekraft på den ene side og målstyring og retningslinjer som veje til kvalitetssikring på den anden. Vi dykker ned i den nyeste forskning, i praksis fra hverdagen og i erfaringer fra projekter og tager et grundigt kig på forholdet mellem faglig dømmekraft og målstyring af retningslinjer.

Gennem spændende oplæg og paneldebatter bliver deltagerne sammen med Teatret Møllen udfordret til at sætte deres viden, erfaringer og kompetencer om fag og faglighed på spil på en ny måde.



### TEMASPOR 2:

#### TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE OG KOORDINATION MELLEM FAGOMRÅDER

Med afsæt i forskellige modeller og tilgange kommer deltagerne hele vejen rundt om det tværfaglige samarbejde. Vi vil fra et teoretisk perspektiv kigge på essensen og potentialet, og hvad vi særligt skal tage højde for, når vi skal realisere tværfagligheden i praksis og samtidig få de bedste resultater.

I en række forskellige workshops bliver deltagernes egne erfaringer og udfordringer bragt i spil. Vi vil med ny indsigt i det tværfaglige samarbejdes natur, potentialer og dilemmaer, og med inspiration fra nogle af de førende teoretikere og praktikere på området, forsøge at finde svaret på, hvad der skal til for at få det tværfaglige samarbejde til at lykkes i praksis. Hvilke krav stiller det til ledelsen, til medarbejderne, til uddannelsesinstitutionerne og til den måde, vi organiserer det tværfaglige samarbejde på?

DER ER MULIGHED FOR AT VÆLGE MELLEM FIRE TEMASPOR, SOM SÆTTER HVER SIT PERSPEKTIV PÅ UDVIKLINGEN AF DET SOCIALE OG SUNDHEDSMÆSSIGE VELFÆRDSOMRÅDE.



### TEMASPOR 3:

#### **MEDBORGERSKAB – NÅR BORGEREN BLIVER DELTAGER**

Hvordan løser vi komplekse sociale problemer og skaber sociale forandringer sammen med borgeren? Hvordan skaber vi en mere lydhør offentlig sektor, og hvad betyder relationel velfærd for både medarbejdere og borgere?

Gennem spændende oplæg og en række workshops vil vi sammen forsøge at finde svar på spørgsmålene på dette spor, hvor vi retter fokus på medborgerskab og relationel velfærd. Vi dykker ned i tilgangen Collective Impact og ser på både muligheder og begrænsninger, samtidigt med at vi sætter et særligt fokus på borgerinddragelse og medborgerskab i praksis.

I den afsluttende debat vil vi sammen med oplægsholderne diskutere, om relationel velfærd er en bæredygtig model for fremtiden, og hvordan vi undgår manipulation i vores relationelle arbejde.



### TEMASPOR 4:

#### **VELFÆRDSTEKNOLOGI – ERFARINGER OG PERSPEKTIVER**

Hvordan bliver vi bedre til at bruge velfærdsteknologi i den daglige praksis? Hvordan kan vi inddrage borgerne i udviklingen af nye teknologier, og hvilke etiske overvejelser skal vi gøre for fremtidens velfærdsteknologi? Det og meget mere bliver du opdateret på i mødet med både forskere, praktikere og borgere, som gerne vil i dialog med dig om de muligheder, som velfærdsteknologien giver i hverdagen. Du bliver en del af en workshop, hvor fokus er på implementeringen af velfærdsteknologi, og hvor du kan hente inspiration og dele dine oplevelser og erfaringer med andre.

Temasporet byder på oplæg og en udstilling af forskellige velfærdsteknologier, som du både kan se og prøve på egen krop. Du vil møde de fagprofessionelle bag teknologierne og komme i dialog med nogle af dem, som bruger for eksempel Videostøtten (til psykisk sårbare) og Intelligente senge, og se de nyeste trends inden for gadgets på social- og sundhedsområdet.

## TEMASPOR 1:



# Fag og faglighed

### Onsdag den 27. april

- 9.00** Ankomst og registrering
- 10.00** Åbningsarrangement
- 12.30** Frokost
- 13.30-17.00** **Fire perspektiver på balancen mellem faglig dømmekraft og målstyring og standardisering**
- Professor Lars Uggerhøj, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
- Prorektor Alexander von Oettingen, UC SYD
- Seniorforsker og lektor Frank Bylov, UC SYD
- Konsulent og foredragsholder Carsten Pedersen
- Oplæg og paneldebat med involvering af deltagerne.
- 19.00** Festmiddag

### Torsdag den 28. april

- 9.00** Plenumoplæg efterfulgt af paneldebat
- 11.15** **Udfordringer i balancen mellem faglig dømmekraft og målstyring og standardisering.**
- Hvordan arbejdes der i praksis med Treklangsmodellen? Brugen af voksendredningsmetoden (VUM).
  - Hvordan klæder vi de studerende på til praksis?
- 12.30** Frokost
- 13.30** Teatret Møllen vil gennem teatrets metoder lave en opsamling fra dag 1 + 2 og udfordre deltagerne til at sætte deres viden, erfaringer og kompetencer om fag og faglighed i spil på en ny måde.
- 14.30** Kaffe
- 15.00-16.00** Afslutningsarrangement

# PRÆSENTATION AF OPLÆGSHOLDERE

## PROFESSOR **LARS UGGERHØJ**, INSTITUT FOR SOCIOLOGI OG SOCIALT ARBEJDE, AALBORG UNIVERSITET

Lars Uggerhøj er socialrådgiver og ph.d. i socialt arbejde. Han har 13 års praksiserfaring fra socialt arbejde og 25 års erfaring som forsker i socialt arbejde. Hans forskningsområder er dels borgerinvolvering og -erfaring, dels etablering af praksisforskning, hvor kvalitetsudvikling foregår i et tæt samarbejde mellem praksis og forskning. Han er forskningsleder af forskningsnetværket FoSo (Forskning i Socialt arbejde).

## PROREKTOR **ALEXANDER VON OETTINGEN**, UC SYD

Alexander von Oetingen er prorektor ved UC SYD og leder af Center for Mindretalspædagogik samme sted. Hans forskningsinteresse er pædagogisk filosofi, uddannelsesfilosofi, teori-praksisproblemet, dannelses teorier, skoleteori og almen pædagogik.

## SENIORFORSKER OG LEKTOR **FRANK BYLOV**, UC SYD

Frank Bylov er dr. pæd. og forsker inden for handicapområdet. Hans fokusområder er anderledeshed i et hverdagsperspektiv, alternative fællesskaber og subkulturer, medborgerskab i udsatte positioner og støtteindsatsformer.

## KONSULENT OG FOREDRAGSHOLDER **CARSTEN PEDERSEN**

Carsten Pedersen er uddannet cand.mag. i samfundsfag og filosofi. Han har i en årrække arbejdet som lektor, konsulent og foredragsholder i spændingsfeltet mellem professionsuddannelse og professionsudøvelse. Han har været medinitiativtager til en eksperimentaluddannelse om inklusion udbudt på tværs af lærer- og pædagoguddannelsen.

## **TEATRET MØLLEN**

Teatret Møllen er et sønderjysk egnsteater, som inviterer tilhørerne ind på den interaktive scene, hvor teatrets metoder bruges til at skabe en ekstra dimension og forståelse af et emne. Med humoren som partner glider ofte alvorlige eksistentielle temaer lettere ned.



## TEMASPOR 2:



# Tværfagligt samarbejde og koordination mellem fagområder

## Onsdag den 27. april

- 9.00** Ankomst og registrering
- 10.00** Åbningsarrangement
- 12.30** Frokost
- 13.30** **Tværfagligt samarbejde i teori og praksis.**  
Oplæg v/Lektor Andy Højholdt, Professionshøjskolen Metropol
- 14.30** Pause
- 14.45-17.00** **Hvordan skaber vi rammerne for det gode tværfaglige samarbejde og gør medarbejderne til aktive deltagere?**  
Indledende oplæg v/Eva Just, sygeplejerske, sociolog, ph.d. og konsulent  
Korte oplæg v/
  - Direktør Arne Nikolajsen, Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune
  - Direktør Lise Willer, Borger & Arbejdsmarked, Esbjerg Kommune
  - Institutchef Anette Nicolaisen, Institut for Samfundsfag og Kommunikation, UC SYDWorkshop og debat
- 19.00** Festmiddag

## Torsdag den 28. april

- 9.00** Plenumoplæg efterfulgt af paneldebat
- 11.15** **Borgeren som midtpunkt for det tværfaglige samarbejde – en Esbjerg Model**  
Oplæg og debat v/sygeplejerske og specialeansvarlig for kræftrehabilitering Vibse Bjerrum Jørgensen, Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune
- 12.15** Frokost
- 13.15-14.45** **Relationel Coordination – working together across boundaries. How do we succeed in practice?**  
v/Professor Jody Hoffer Gittel and Head of Health in Varde Kommune Kirsten Myrup (In English)
- 15.00-16.00** Afslutningsarrangement



# PRÆSENTATION AF OPLÆGSHOLDERE

## LEKTOR **ANDY HØJHOLDT** PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL

Andy Højholdt er manden bag nogle af de senere års mest anerkendte bøger, artikler og foredrag om tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis.

Han vil i sit oplæg blandt andet stille skarpt på begreber som samarbejde, tværfaglighed og tværprofessionalitet fra et teoretisk perspektiv, indkredse konteksten for det tiltagende krav om mere tværfaglighed og udpege en række af de udfordringer, muligheder, krav og dilemmaer, som det tværfaglige samarbejde også rummer for dem, der skal udføre det i praksis. Oplægget fungerer som en rammesætning for resten af sporet.

## **EVA JUST**, SYGEPLEJERSKE, SOCIOLOG, PH.D. OG KONSULENT

Eva Just har mange års erfaring som praktiker, leder og konsulent på tværfaglige indsatser særligt på sundhedsområdet. Hun er desuden forfatter til bogen Tværfaglig Praksis, hvor hun med afsæt i en række konkrete cases afdækker de centrale aspekter i tværfagligheden: Viden og læring, Kulturmøder mellem fag/professioner, Organisering og ledelse af tværfaglighed, Facilitering af tværfaglighed. Disse temaer vil hun bringe i spil i sit oplæg og i den efterfølgende workshop.

## PROFESSOR **JODY HOFFER GITTELL**, MANAGEMENT AT THE HELLER SCHOOL FOR SOCIAL POLICY AND MANAGEMENT, BRANDEIS UNIVERSITY

Jody Hoffer Gittells forskning undersøger, hvordan arbejdere, ledere og kunder bidrager til kvalitet og effektivitet gennem koordinering med hinanden. Hun har udviklet en teori om relationel koordinering, som siger, at indsatser med stor afhængighed til andre indsatser mest effektivt koordineres gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt støttet af hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation.

## SUNDHEDSCHEF **KIRSTEN MYRUP** VARDE KOMMUNE

Varde Kommune har i samarbejde med Jody Hoffer Gittell og med afsæt i hendes teori om Relationel Koordinering arbejdet intenst på at styrke det tværfaglige samarbejde om og med borgere og pårørende, blandt andet borgere med demens. Kirsten Myrup vil sammen med Jody Hoffer Gittell dele ud af de foreløbige resultater og erfaringer.

## DIREKTØR FOR SUNDHED & OMSORG **ARNE NIKOLAJSSEN**, ESBJERG KOMMUNE

Arne Nikolajsen har som direktør blandt andet stået i spidsen for den kursændring af den patientrettede forebyggelse i retning af en mere helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang, der i dag kendes som Esbjerg Modellen for koordination med borgeren i centrum.

## DIREKTØR FOR BORGER & ARBEJDSMARKED **LISE WILLER**, ESBJERG KOMMUNE

Lise Willer har som direktør for Borger & Arbejdsmarked stået i spidsen for Masterplanen for Esbjerg Kommunes Social & Tilbud, som blandt andet har involveret en styrkelse af rehabiliteringsindsatsen, øget tværfaglighed og øget fokus på den effektive indsats og progressionen for den enkelte borger.

## INSTITUTCHEF FOR SAMFUNDSFAG OG KOMMUNIKATION **ANETTE NICOLAISEN**, UC SYD

Anette Nicolaisen har som institutchef med ansvar for blandt andet Socialrådgiveruddannelsen på UC SYD fokus på at ruste fremtidens velfærdsmedarbejdere til at kunne deltage i og aktivt forme det tværfaglige samarbejde med afsæt i egne kernekompetencer og i borgernes behov.

## SYGEPLEJERSKE OG SPECIALEANSVARLIG FOR KRÆFTREHABILITERING

## **VIBSE BJERRUM JØRGENSEN**, SUNDHED & OMSORG I ESBJERG KOMMUNE

Vibse Bjerrum Jørgensen er specialeansvarlig og forløbskoordinator for borgere i Esbjerg Kommunes kræftrehabiliteringsforløb, der gennemføres efter Esbjerg Modellen – en model for koordination med borgeren i centrum. Modellen er baseret på ICF begrebsrammen, der har skabt fælles retning på tværs af fagligheder og gjort det muligt at fastholde fokus på den enkelte borger. Modellen omfatter en række gennemprøvede værktøjer, der understøtter en helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang i den daglige praksis med fokus på at støtte borgeren i at mestre eget liv.

## TEMASPOR 3:



# Medborgerskab - når borgeren bliver deltager

## Onsdag den 27. april

- 9.00** Ankomst og registrering
- 10.00** Åbningsarrangement
- 12.30** Frokost
- 13.30-17.00** **Hvordan løser vi komplekse sociale problemer? En workshop om Collective Impact, muligheder og begrænsninger**
- Collective Impact er en struktureret tilgang til at arbejde med komplekse sociale problemer. Aktører på tværs af sektorer sætter fælles mål og arbejder sammen om at finde bæredygtige og varige løsninger på problemerne gennem en struktureret proces.
- I workshoppen sætte vi særligt fokus på brugerinddragelse i tilgangen.
- Introduktion til Collective Impact v/Projektchef Jørgen Anker, Socialt Udviklingscenter SUS
- Workshoppen gennemføres i samarbejde med brugerorganisationerne ULF, SAND og LAP.
- 19.00** Festmiddag

## Torsdag den 28. april

- 9.00** Plenumoplæg efterfulgt af paneldebat
- 11.15** **Relationel Velfærd**  
v/Direktør Jacob Storch, joint action A/S
- Relationel velfærd vinder frem som udtryk for en ny velfærdsmodel med fokus på dialog, muligheder og relationer.
- Hvordan skaber vi en lydhør offentlig sektor?
  - Hvad betyder relationel velfærd for den professionelle identitet?
  - Hvad betyder relationel velfærd for borgerens identitet?
- 12.30** Frokost
- 13.15** **Ups, er borgeren her også?**  
v/Leder Mogens Seider, Fountain House og Lea Schønberg, leder af Frivilligcenter Halsnæs
- Hvordan fremmer vi borgerens dagsorden?
  - Hvordan undgår vi manipulation i vores relationelle arbejde?
- 14.00** **Er relationel velfærd en bæredygtig model for fremtidens velfærd?**
- Debat mellem dagens oplægsholdere og deltagerne.
- 14.30** Eftermiddagskaffe
- 15.00-16.00** Afslutningsarrangement

# PRÆSENTATION AF OPLÆGSHOLDERE

## SOCIALT UDVIKLINGSCENTER SUS

Socialt Udviklingscenter SUS arbejder med social innovation og sociale opfindelser. De udvikler og gennemfører projekter og indsatser, der er med til at skabe bedre livsvilkår for socialt udsatte og sårbare mennesker og et godt arbejdsmiljø for medarbejdere.

SUS arbejder som en af de stærkeste danske aktører på området på udvikling og igangsættelse af Collective Impact initiativer i flere danske kommuner. Collective Impact er en særlig tilgang til arbejdet med at finde og udvikle løsninger på meget komplekse sociale problemer. I tilgangen er der indbygget en række elementer, der medvirker til at give retning og fokus i initiativer, der involverer mange forskellige aktører.

## DIREKTØR JAKOB STORCH JOINT ACTION A/S

Jacob Storch er administrerende direktør, stifter og managing partner hos joint action A/S. Jacob Storch har været banebrydende for systemisk rådgivningspraksis. Han grundlagde tilbage i 2000 konsulentvirksomheden Attractor A/S, som han førte fra at være et lokalt tilbud til at have en international profil og stand-alone kompetencefællesskab med en unik markedsledende position. Jacob Storch har med joint action etableret en ny unik konsulentforretning, der bygger bro mellem forskning på Aarhus Universitet og konsultativt arbejde.

## MOGENS SEIDER, LEDER AF FOUNTAIN HOUSE OG FORMAND OG MEDSTIFTER AF DANSK SELSKAB FOR PSYKOSOCIAL REHABILITERING

Mogens Seider har igennem sit arbejdsliv arbejdet for at sætte recovery på dagsordenen i Danmark. I Fountain House, hvor Mogens Seider er leder, arbejdes der med at understøtte medlemmernes recovery-proces og give dem mulighed for at skabe og opleve meningsfuldt arbejde, meningsfuld uddannelse og meningsfulde relationer. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, hvor Mogens Seider er formand, arbejder for at fremme den psykosociale rehabiliteringsindsats i Danmark, så mennesker med svære psykosociale problemer opnår størst mulige grad af selvstændig og meningsfuld tilværelse.

## LEDER LEA SCHØNBERG FRIVILLIGCENTER HALSNÆS

Lea Schönberg er leder af frivilligcenter Halsnæs og arbejder med både de enkle og til tider komplekse processer der opstår, når mennesker ønsker at gøre en forskel for andre. Lea Schönberg er uddannet cand.soc. i politisk kommunikation og ledelse, og er initiativtager til, og projektleder i, Foreningen for Frivilligt Arbejde og Medborgerskab. Lea Schönberg er desuden bestyrelsesmedlem i FRISE (landsorganisationen for Frivilligcentre og Selvhjælp) og en del af FOA og Frivilligt Forums arbejdsgruppe, som har udarbejdet spillereglerne for samarbejdet mellem den offentlige sektor og civilsamfundet.

## TEMASPOR 4:



# Velfærds- teknologi – erfaringer og perspektiver

### Onsdag den 27. april

- 9.00** Ankomst og registrering
- 10.00** Åbningsarrangement
- 12.30** Frokost
- 13.30-17.00** **Organisatoriske muligheder og begrænsninger med velfærdsteknologi i dag**  
v/Lektor Birthe Dinesen, Laboratorium for Velfærdsteknologi, Aalborg Universitet
- Implementering af velfærdsteknologi i stor skala**  
v/Gitte Duelund Jensen, Leder af Center for Velfærdsteknologi, KL
- Workshop med fokus på implementering af velfærdsteknologi i offentlige organisationer.
- 19.00** Festmiddag

### Torsdag den 28. april

- 9.00** Plenumoplæg efterfulgt af paneldebat
- 11.15** **Telepsykiatri og rehabilitering med fokus på brugernes oplevelse af teknologien**  
v/Professor dr. Heleen Riper, VU University Amsterdam (In English)
- 12.00** Frokost
- 12.45** **Erfaringer og resultater fra projektet "Teknologi i Øjenhøjde"**  
v/Mette Heidemann, social- og sundhedsdirektør, Middelfart Kommune
- 13.15** **Udstilling og demonstration af velfærdsteknologisk udstyr**  
Kaffe undervejs
- 14.00-14.45** **Velfærdsteknologi – etiske dilemmaer ved brug af teknologi i samarbejdet med borgerne**  
v/Peter Kemp, teolog og filosof, professor emeritus, Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet
- 15.00-16.00** Afslutningsarrangement

# PRÆSENTATION AF OPLÆGSHOLDERE

## LEKTOR **BIRTHE DINESEN**, LABORATORIUM FOR VELFÆRDSTEKNOLOGI, AALBORG UNIVERSITET

Birthe Dinesen er blandt landets førende forskere inden for velfærdsteknologi. Hun er uddannet cand. polit. og har haft flere ledende stillinger i Sundhedsvæsenet. I dag forsker og underviser hun på Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, AAU. Hendes forskningsprojekter foregår ofte i tæt samarbejde med borgere/patienter, virksomheder og sundhedsprofessionelle fra kommuner og regioner. Birthe Dinesen har en række videnskabelige artikler bag sig og bidraget til lærebøger på bachelor uddannelserne. For eksempel "Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet", (2013) og "Livet med kronisk sygdom: et samfunds- og sundhedsfagligt perspektiv", (2013).

## **GITTE DUELUND JENSEN**, LEDER AF CENTER FOR VELFÆRDSTEKNOLOGI, KL

Center for Velfærdsteknologi, KL, arbejder med at understøtte kommunernes storskalaudbredelse af velfærdsteknologiske løsninger. Centeret har primært fokus på fire aftalte indsatser: vasketoiletter, forflytningsteknologi, spiseroboter og en arbejds metode der hedder bedre brug af hjælpemidler. Gitte Duelund Jensen har tidligere arbejdet i Fælleskommunalt Sundhedssekretariat for de 22 kommuner i Syddanmark, der, ligesom KL's Center for Velfærdsteknologi, havde til opgave at understøtte fælleskommunal samarbejde og strategiudvikling inden for et afgrænset sektorområde.

## PROFESSOR DR. **HELEEN RIPER**, VU UNIVERSITY AMSTERDAM, FACULTY OF PEDAGOGY AND PSYCHOLOGY, DEPT. OF CLINICAL PSYCHOLOGY, AMSTERDAM, THE NETHERLANDS

Heleen Riper forsker i forbedring af mental sundhed, trivsel og livskvalitet for alle gennem kreativ brug af eMental-sundhed. Hendes nationale og europæiske forskning er fokuseret på udvikling, (omkostnings-)effektivitet og implementering af innovative nye medier i forhold til mennesker med almindelige psykiske lidelser som depression, angst og alkoholproblemer. Hun har været involveret i over 40 store nationale og europæiske forskningsprojekter og er medforfatter på over 60 nationale og internationale publikationer om eMental-sundhed i

peer reviewed tidsskrifter. Hun er medlem af bestyrelsen for International Society (ISRII) for Research on Internet Interventions, grundlægger og formand for den hollandske ISRII (NSRII) og for nylig medstifter af the European Society for Research on Internet Interventions (ESRII).

## **METTE HEIDEMANN**, SOCIAL- OG SUNDHEDSDIREKTØR, MIDDELFART KOMMUNE

Mette Heidemann vil fortælle om projekt Teknologi i Øjenhøjde. Ideen med projektet er, at kommunen skal blive bedre til at skabe det rigtige match mellem borger og teknologi – med andre ord at møde borgeren i øjenhøjde og sørge for, at de teknologiske hjælpemidler støtter denne i at nå sine egne mål. Med andre ord vil man sammen med borgerne identificere, hvad de drømmer om at kunne - og finde teknologier, der kan hjælpe dem i det. Mette Heidemann er cand.scient.pol. fra Aarhus Universitet og har en systemisk lederuddannelse. Hun har siden 2011 arbejdet med social- og sundhedsområdet i amter og kommuner, blandt andet som socialchef i Vejle kommune. Siden 2012 har Mette Heidemann været social- og sundhedsdirektør i Middelfart Kommune.

## **PETER KEMP**, TEOLOG OG FILOSOF, PROFESSOR EMERITUS, INSTITUT FOR UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK, AARHUS UNIVERSITET

Peter Kemp er blandt andet kendt fra TV, hvor han jævnligt har drøftet forskellige etiske dilemmaer. Han har en lang karriere bag sig som forsker og filosof. Peter Kemp har desuden engageret sig i emnet teknologikritik og anvendt etik. Peter Kemp er dr. theol., og har fra 1993 været leder af Center for Etik og Ret. I 2000-05 var han leder af Institut for pædagogisk filosofi, Danmarks Pædagogiske Universitet og i 2001-07 professor i filosofi samme sted. Fra 2007 emeritus tilknyttet DPU, Århus Universitet.





## Eventuelt

### **Fællesmøde mellem Socialdirektørforum og Sundhedsstrategisk Forum**

Der er planlagt møde med mellem Sundhedsstrategisk Forum og Socialdirektørforum den 11. maj 2016. Mødet afholdes fra kl. 13.00-15.00 på HR Fredericia, Mosegårdsvej 2, 7100 Fredericia.

Der er endnu ikke fastsat et tema for mødet. Følgende temaer kunne være muligheder:

- Samspelet mellem kommuner og region på psykiatriområdet. Til mødet kunne Ole Ryttoft eller Charlotte Josefsen evt. inviteres.
- Sikring af koordination mellem Socialdirektørforum og Sundhedsstrategisk Forum
- Et andet tema kunne være håndteringen af flygtninge. Mange flygtninge har særlige behov på både sundheds- og socialområdet, ligesom deres integration på arbejdsmarkedet kan være problematisk.

Eventuelle forslag til andre temaer kan fremsendes til Fælleskommunalt Sundhedssekretariat.

## KL præsentation fra kl. 11.00-12.00

Jacob Møller Jacobsen, KL, vil holde oplæg omkring varetagelse af delegeret virksomhed i kommunerne. Kommunerne varetager flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet. En stor del af disse opgaver er forbeholdt virksomhed, som læger kan vælge at delegerer til varetagelse i kommunerne. Delegeret virksomhed i kommunerne kræver særlig ledelsesopmærksomhed. Ledelsens opgave består bl.a. i at sikre, at de delegerede opgaver løses af medarbejdere med nødvendige kompetencer samt, at instrukser for forsvarlig arbejdstilrettelæggelse er kendt af alle medarbejdere. Det betyder, at ledelsen ansvarsmæssigt er forpligtet på en lang række områder. KL vil på mødet orientere nærmere om varetagelse af delegeret virksomhed i kommunerne, herunder særligt om ledelsens ansvar og om varetagelse af rammedelegation, hvor en læge fx praksiskonsulenten kan delegerer til kommunen at varetage opgaver i undersøgelsesøjemed for en defineret patientgruppe.

### *Indstilling*

Det indstilles, at Sundhedsstrategisk Forum:

- Drøfter indlægget



# VARETAGELSE AF FORBEHOLDT VIRKSOMHED I KOMMUNERNE

Oplæg for Sundhedsstrategisk Forum, Region Syddanmark, d. 29. januar 2016

Chefkonsulent Karen Marie Myrndorff og chefkonsulent Jacob Meller Jacobsen

# Agenda

- › Den aktuelle politiske situation
- › Præsentation af KL's udspil
- › Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

# DEN AKTUELLE POLITISKE SITUATION

- Ny parlamentarisk situation og ny regering
- Sundhed og ældre smelter sammen – Ministerium for Sundhed og Ældre
- Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
- Ny plan for den ældre medicinske patient og for borgere med demens
- Kræftplan IV
- FL16 – Lægedækningsudvalg
- Justering af den kommunale medfinansiering

# Præsentation af KL's udspil

- Borgerfortællinger X 6
- Konkrete billeder
- Fremtidsscenarier – hvad kan vi opnå
- Hvorfor er idealsituation ikke en realitet i dag! - Barrierer
- Hvis anbefalingerne indfries – herunder at samarbejdet optimeres
- Tal og cases

INDSÆT EMNE

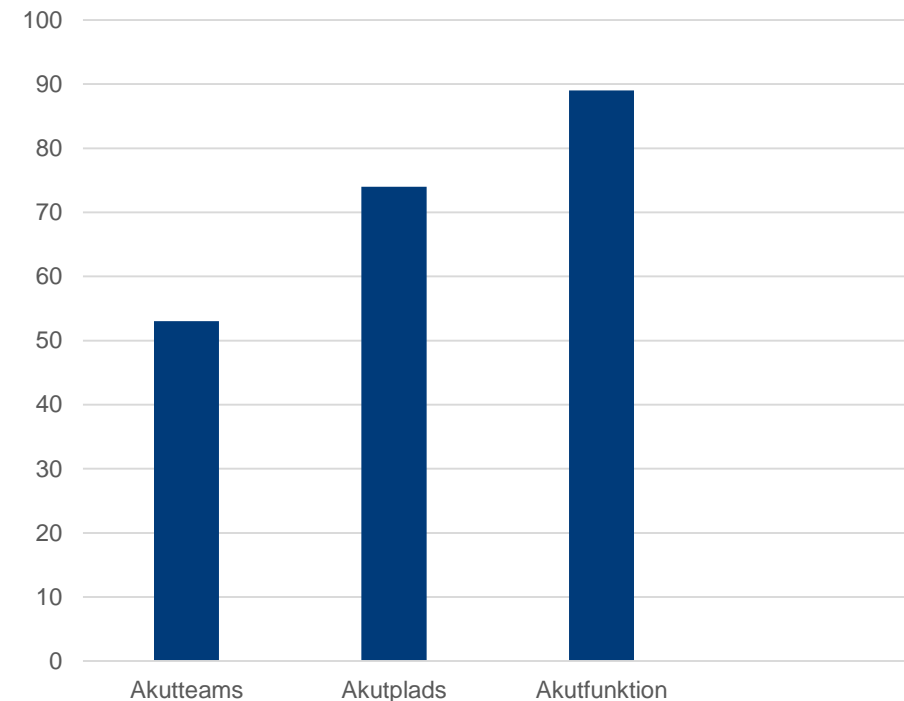


# Akutfunktioner udbygges

**KL anbefaler: ”Regeringen skal i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikre de nødvendige rammer og kapacitet, så kommunerne kan udbygge akutfunktionerne og de øvrige sundhedstilbud i ældreplejen”**

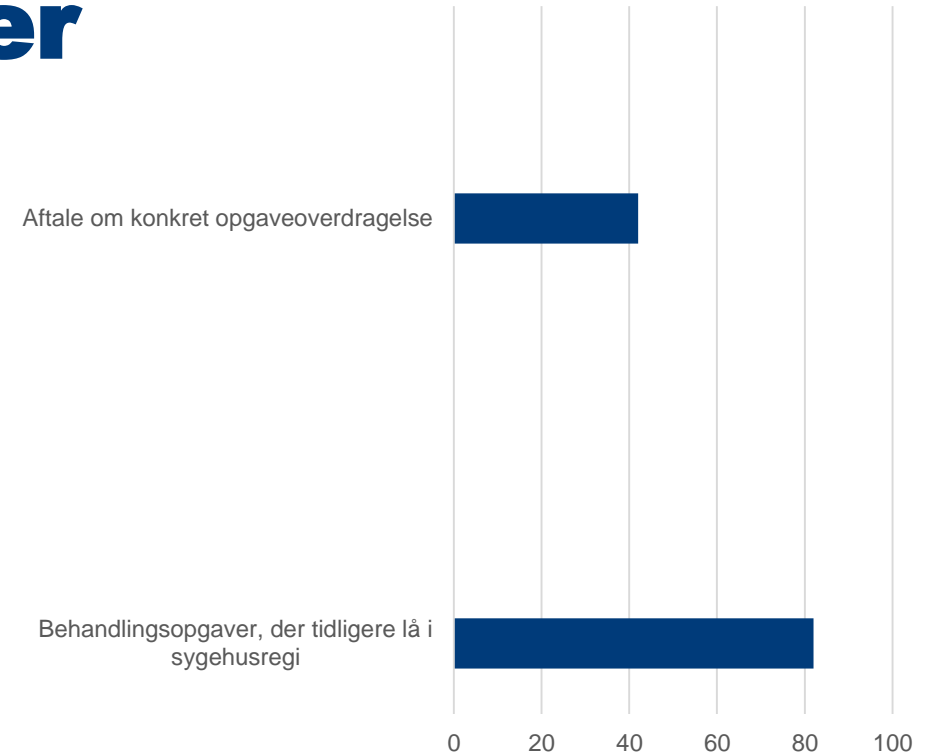
INDSÆT EMNE

Kommunale akutfunktioner



# ...for at håndtere nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver

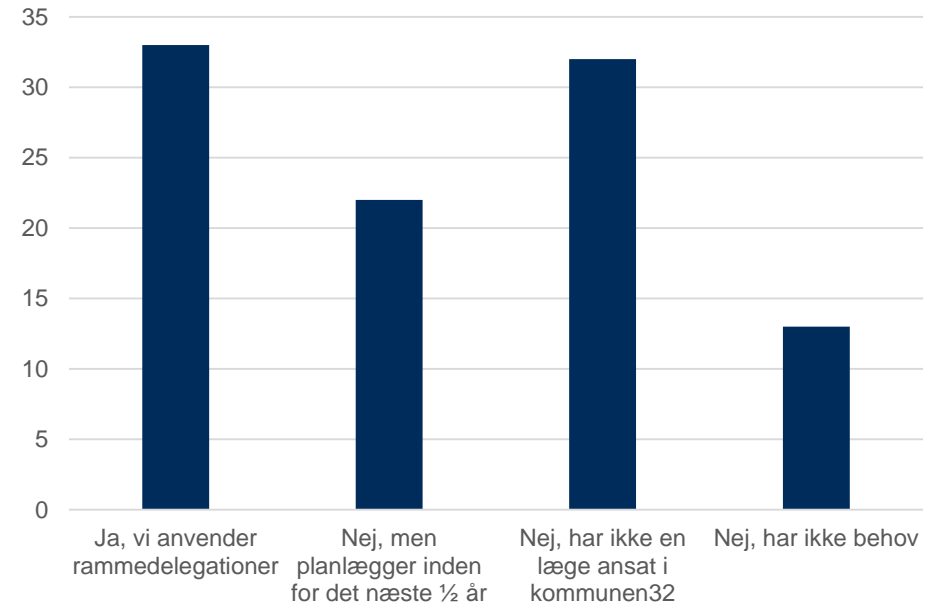
KL anbefaler: ”Regeringen skal i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen løfte arbejdet med den ældre medicinske patient. Planen skal omfatte: Hvilke opgaver der skal varetages...sundhedsfaglige kompetencer...kapacitet og ressourcer...”



# Forudsætningen er et godt samarbejde om delegerede opgaver

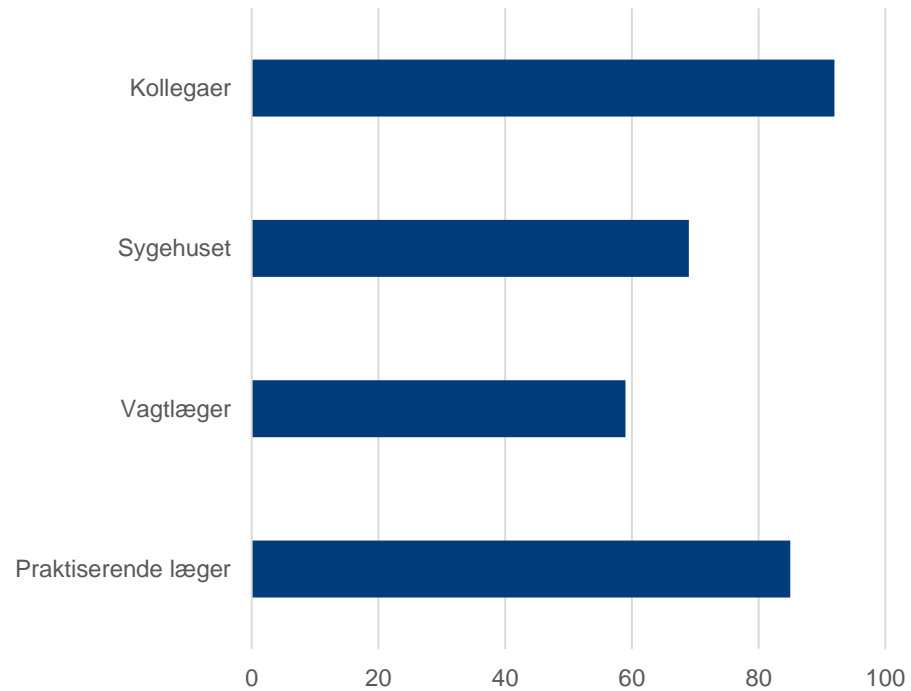
KL anbefaler: ...”At regeringen sikrer kommunerne en udvidet adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe”...

INDSÆT EMNE

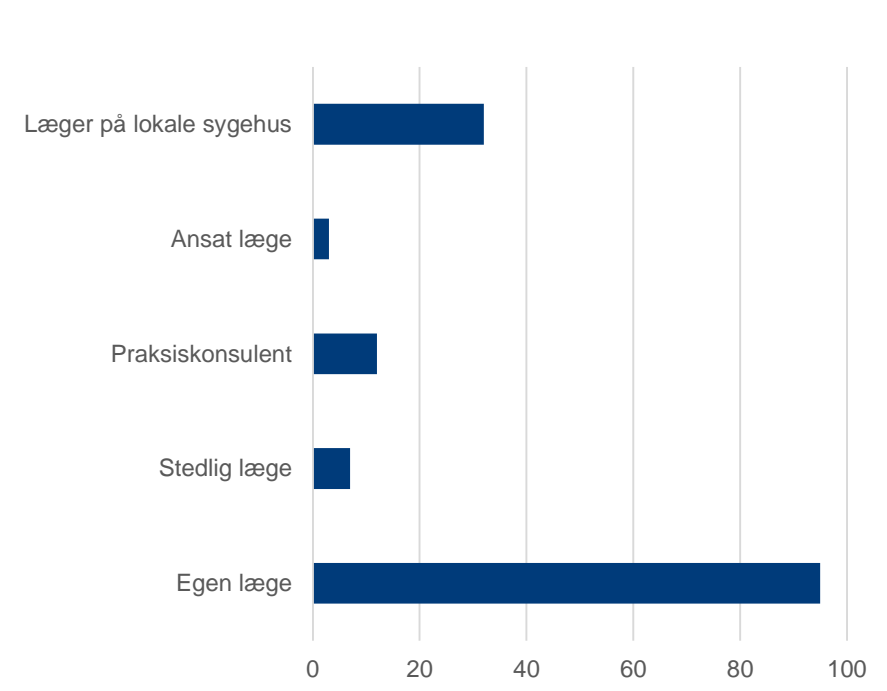


# Forudsætningen er et godt samarbejde om delegerede opgaver

Henvisning til kommunens akutfunktion



Samarbejde om borgere i akutfunktionen



INDSÆT EMNE



# Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

- › Sundhedsfaglig virksomhed
- › Hvad er en sundhedsindsats?
- › Delegering af indsatser efter Sundhedsloven
- › Krav til brug af medhjælpen
- › Kommunalbestyrelsens ansvar
- › Ledelsens ansvar
- › Krav til medarbejdere
- › Rammedelegation og videredelegation
- › Instrukser – ansvar og hvor mange

## Sundhedsfaglig virksomhed

- › Opgaver der er forbeholdt læger kan med få undtagelser delegeres til andre personer
- › Denne person er lægens medhjælp
- › Medhjælpen skal være omhyggeligt udvalgt og instrueret - og der skal føres tilsyn

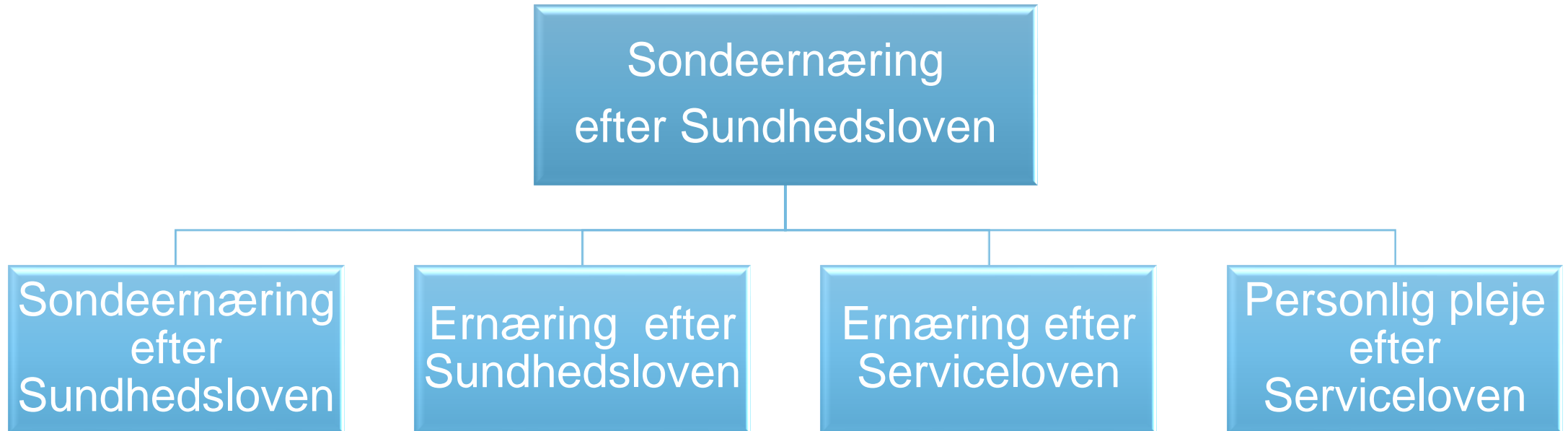
## Hvad er en sundhedsindsats? (1)

- › Alle opgaver, der i udgangspunktet er lægeordnede, er sundhedsindsatser
- › Alt det man ikke er født med
- › Der er dog også en lang række indsatser efter Sundhedsloven, som ikke er lægeordnede. Det gælder bl.a. forebyggelses- og plejeopgaver som ernæringscreening

## Hvad er en sundhedsindsats? (2)

- › Borgerens almentilstand er også afgørende for, om der er tale om sundhedsfaglig virksomhed, fx svært syge og døende
- › Det er ikke i sig selv afgørende om forløbet er stabilt eller ikke stabilt.

## Dansen om de delegerede ydelser



## Delegering af indsatser efter sundhedslovingen

- › Ledelsesansvaret begynder, når lægen parkerer opgaven ved kommunens dør. Altså overtages tilsynet af kommunen
- › Der skal foreligge relevante instrukser for arbejdets tilrettelæggelse- hvem må løse hvad?
- › Medarbejderne - uanset faglighed - skal vide, hvad de har kompetencer til, hvornår de skal sige nej og hvem de skal kontakte

## Krav til brug af medhjælp

- › Udvælgelse – sikre at medhjælpen har relevante kvalifikationer
- › Klar og entydig instruktion i opgavens udførelse
- › Tilsyn - afhænger af opgavens karakter og af medhjælpens erfaring og kompetence

## Kommunalbestyrelsens ansvar

- › Sikre en ledelse der kan tilgodese patientsikkerhed
- › Hvis ledelsen ikke er sundhedsfaglig, da sørge for bistand fra sundhedsfagligt personale
- › Sikre at hjemmesygeplejen udføres af medarbejdere med nødvendige kompetencer
- › Føre tilsyn med evt. private leverandører



## Ledelsens ansvar

- › Instruks for forsvarlig arbejdstilrettelæggelse
- › Sikre at medarbejderne har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til at løse opgaverne
- › På botilbud uden sundhedsfagligt personale er ledelsen ansvarlig for:
  - › At medarbejderne er oplært i alm. medicingivning.
  - › At lægen ved at opgaven udføres af ikke sundhedsfagligt personale.

## **Krav til medarbejdere**

### **Autoriseret sundhedspersonale**

- › Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har journalføringspligt uanset hvilken lov de arbejder efter

### **Ikke-autoriseret sundhedspersonale**

- › Ikke fastsat regler, der pålægger en pligt til at føre journal, medmindre opgaven overtages ved udførelse af delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver

## Krav til medarbejdere – fortsat

- › Medhjælpen er ansvarlig for at frasige sig en opgave, som de ikke kan udføre forsvarligt
- › Medhjælpen er ansvarlig for at udføre opgaven efter instruksen
- › Går medhjælpen ud over instruksen, er den pågældende selv ansvarlig

## Sundhedsstyrelsens håndtag

Sundhedsstyrelsen kan udstede påbud og forbud over for ledelsen af institutioner, der drives af en kommunalbestyrelse eller et regionsråd, hvis ledelsen ikke opfylder sin forpligtelse.



## Rammedelegation

- › En læge med ansættelsesforhold i kommunen/ praksiskonsulent kan delegere særligt beskrevne undersøgelsesopgaver
- › Ledelsen er ansvarlig for instruks samt for oplæring
- › Lægen skal sikre at instruksen er dækkende og føre tilsyn

## Videredelegation

- › Ledelsen skal beslutte hvem der må løse en opgave. Dermed giver begrebet ikke mening at anvende i kommunal praksis
- › Ledelsen har ansvaret for at opgave og kompetencer passer sammen
- › Hvis en medarbejder alligevel videredelegerer trods ledelses beslutningen har medarbejderen ansvaret for udvælgelse-instruktion- tilsyn. En sådan beslutning kan få ansættelsesretslige konsekvenser
- › Opgaveglidning mellem faggrupper er ikke videredelegation

## Instrukser

- › Nødvendige instrukser afspejler autorisationslovenes bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed
- › Ansvar for at instrukser forefindes, kan ikke uddelegeres
- › Udarbejdelsen af den enkelte instruks kan uddelegeres

## Instrukser - ansvar

- › Skal løbende ajourføres.
- › Skal have en udformning, omfang og placering, så at de er anvendelige i det daglige arbejde.
- › Nyansatte skal introduceres til afdelingens instrukser.
- › Før tilsyn med at arbejdet udføres i overensstemmelse



## Hvilke instrukser – og hvor mange?

- › Afhængigt af målgruppens uddannelse og erfaring i forhold til den specifikke opgavevaretagelse
- › Hvor unødselig eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patient eller personale
- › Hvor ansvars- og kompetenceforholdet ikke er naturligt afgrænset mellem de involverede sundhedspersoner
- › På områder som ikke kan forventes at være alment kendt