Regeringen
Danske Regioner
KL

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

11. juni 2021

Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en fortsat, gradvis omstilling, så flere borgere kan få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet i stedet for at skulle på et af de specialiserede sygehuse, når det ikke er nødvendigt.

Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel understøttet sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienten og samtidig aflaste sygehusene.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at en del af løsningen er forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler.

Boks 1
Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler, med repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal tage fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationsansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner.
- I overgangsperioden frem til etableringen fastlægges det, hvilke kommuner der deltager i de enkelte sundhedsklynger, og regioner og kommuner forbereder tilpasningen af eksisterende klynger.

Regeringen vil fremlægge den fornødne lovgivning for Folketingets partier med afsæt i aftalen med KL og Danske Regioner til drøftelse og forhandling som led i en samlet sundhedsaftale, der skal sikre en bæredygtig udvikling af sundhedsvæsenet i lyset af en udvikling med flere ældre og kronisk syge med fokus på styrket sammenhæng, nærhed og lighed. Sundhedsklyngerne og strukturen for samarbejde mellem regioner og kommuner forventes at kunne etableres pr. 1. juli 2022 med forbehold for Folketingets tilslutning. Parterne noterer sig

således, at der vil kunne ske justeringer og ændringer, så modellen passer til indholdet i den samlede sundhedsaftale, som forhandles med Folketingets partier.

Politisk og fagligt samarbejde
I de formaliserede sundhedsklynger skal der både være en politisk dialog og et tæt fagligt og strategisk samarbejde. Der er i den forbindelse enighed om en samlet forenkling af den politiske, tværsektorielle samarbejdsstruktur.

Den nuværende struktur med sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg, med deltagelse af tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden og en kommunal repræsentant fra hver sundhedsklynge (borgmestre/fagborgmestre).

Sundhedssamarbejdsudvalget skal udarbejde en sundhedsaftale og fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger, herunder drøfte rammerne for sundhedsklyngernes udmøntning af nationale handlingsplaner. Sundhedssamarbejdsudvalget skal understøtte ensartethed og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne, så den nye struktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Sundhedssamarbejdsudvalget vil inddrage almen praksis i arbejdet, ligesom den enkelte region i samarbejde med kommunerne vil sikre inddragelse af de praktiserende læger i den konkrete praksisplanlægning.

Det politiske niveau for hver sundhedsklynge består af to til tre regionsrådsmedlemmer, herunder fx regionsrådsformanden og borgmestrene/fagborgmestrene fra de deltagende kommuner og skal sætte retning for sundhedsklyngen, implementere (og komme med input til) sundhedsaftale og nationale tiltag og drøfte anvendelsen af prioriterede midler. Det politiske niveau mødes to gange årligt og efter behov.

Det faglige/strategiske niveau for hver sundhedsklynge består af tre repræsentanter fra regionen, herunder en for psykiatrien, en repræsentant for hver af de deltagende kommuner samt repræsentanter for almen praksis. Almen praksis' rolle drøftes med de praktiserende læger. Deltagere skal have driftsmæssig indsigt og beslutningskompetence.

Det faglige/strategiske niveau skal som hovedopgave tage hånd om de fælles patienter og borgere med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed og samtidig være en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Det omfatter bl.a.:

- Opfølgning på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer fx kvalitetstiltag, nationale handlingsplaner og øvrige relevante initiativer.
- Drøfte og aftale lokale modeller for bedre patientforløb, med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed (omstilling), fx for udvalgte patientgrupper.

- Håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter, fx samarbejde om akutpladser, forløb for udsatte psykiatriske patienter, bedre forløb for borgere med kronisk sygdom og fælles forebyggelsesindsatser.
- Implementering af nationalt eller lokalt prioriterede midler til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling, herunder fx midler øremærket som led i de årlige økonomiaftaler.
- Følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde.

Hver sundhedsklynge skal inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, da patienternes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer. For at sikre fælles retning og fremdrift etableres en fælles ramme med forretningsorden, og det nye sundhedssamarbejdsudvalg vil have en opgave i at fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.

Parterne er derudover enige om, at sundhedsklyngernes arbejde kan understøttes med fælles midler, der kan finansiere de tværsektorielle indsatser i samarbejdet. Der er i den forbindelse enighed om at prioritere 80 mio. kr. som fælles midler i 2022 til opstart af sundhedsklyngernes arbejde, der afsættes med en 50/50 fordeling mellem regioner og kommuner. En model for udmøntning af midlerne drøftes nærmere.

Parterne er samtidig enige om, at der skal udvikles relevante (herunder forløbsbaserede) data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsnet kan understøtte et datadrevet fokus. Og at arbejdet med dokumentation efter ens standarder og udbygning af den tværsektorielle datadeling skal fortsættes. Det omfatter også styrket indsigt i resultater og data for almen praksis og en fælles forpligtelse på at fjerne barrierer for sammenhængende indsatser, herunder barrierer for deling af data om de fælles patienter.

NOTAT

Kommunernes ønsker og input til fornyelse af overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Indledning
Overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi skal fornyes. Den gældende overenskomst udløber december 2021. KL og Danske Regioner er i dialog med Danske Fysioterapeuter om en midlertidig forlængelse af økonomiprotokollatet.

Det forventes, at der skal udveksles forhandlingsoplæg december 2021, hvor der arbejdes efter af afslutte forhandlingerne inden udgangen af juni 2022. Det betyder, at en ny overenskomst forventeligt vil kunne træde i kraft senest den 1. januar 2023.

Tilbud om kommunal vederlagsfri fysioterapi er forankret i Sundhedslovens §140a og §140b og §12-15 i Bekendtgørelse om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen.

De nærmere vilkår for tilskud herunder ydelsesbeskrivelser, aftales mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter. KL er repræsenteret i Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Overenskomsten rummer også rammer og opgaver i fysioterapipraksis samt visioner og målsætninger for områderne vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi

Gældende overenskomst for vederlagsfri fysioterapi
Gældende overenskomst for ridefysioterapi

Overordnet målsætning for forhandlingerne
Den centrale målsætning for forhandlingerne vil være, at overenskomsten med de praktiserende fysioterapeuter understøtter følgende:

Vi vil levere mest mulig sundhed for pengene og skabe et bæredygtigt sundhedsvæsen, som kan rumme fremtidens udfordringer.

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

KL forventer, at forhandlingen vil tage udgangspunkt i følgende overordnede temaer:

1. Datadrevet kvalitet
2. Faglig opdateret tilbud af høj kvalitet dvs. opfølgning på nuværende Enhed for Kvalitet og Moderniserings arbejde med modernisering af ydelser samt erstatning for akkreditering
3. Administration
4. Økonomistyring, budgetsikkerhed
5. Øvrige emner og ønsker

---

1. Datadrevet kvalitet

De syddanske kommuners input:

- Det er generelt væsentligt for kommunerne i Syddanmark at de kan få et bedre indblik i data på fysioterapiområdet, så det også kan anvendes til kvalitetsudvikling. På nuværende tidspunkt har kommunerne mulighed for at få indsigt i vederlagsfri fysioterapi igennem forskellige datakilder. Flere af disse kilder bidrager dog ikke med tilstrækkelig høj opdateringsfrekvens ift. at kunne anvendes til at validere de regninger, som kommunen hver måned modtager fra regionen. Anden data er kun tilgængeligt i pdf-format og er derfor ikke direkte analyserbart.
  Der bør fremover være ét sted, hvor alle informationer er samlet.

- Det nuværende tilgængelige datagrundlag er ikke fyldestgørende og pt. forbruges mange ressourcer i de enkelte kommuner på at producere tilnærmelsesvist identisk ledelsesinformation om vederlagsfri fysioterapi. Desuden forbruges betydelige ressourcer i de enkelte kommuner på at lave manuelle udtræk fra forskellige datakilder med henblik på at validere månedlige regninger, søge momsrefusion for en del af udgiften samt skabe den indsigt, som er nødvendig for at kunne udføre myndighedsudøvelse i forhold til klinikker, og optage dialog med henvisende læger fx vedr. ændringer i henvisningsmønstre. En fælles regional serveradgang til samtlige rådata kan potentielt være en ressourceeffektiv måde at understøtte kommunernes behov for dataadgang, ledelsesinformation samt understøtte muligheder for opfølgning samt myn-

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

dighedsudøvelse. Lokalt i regionen er vi i dialog med Region Sydmarks praksisafdeling, vedr. hvilken data de fremover kan levere til kommunerne som kan er mere anvendelige. Det kunne dog være en fordel hvis man i OK-forhandlingerne også fokuserer på problemstillingen og på hvordan kommunernes mulighed for controlling vha. data kan forbedres.

Krav til konkrete data, der vil give mening set fra et kommunalt perspektiv, til udvikling af datadrevet kvalitet og brugen af det i fysioterapi praksis:

- At det er muligt at sammenligne data på tværs og kunne se effekten af den vederlagsfrie indsats.

- Et overblik over antal borgere pr. klinik der modtager vederlagsfri fysioterapi og hvor stor en andel der modtager hold træning og individuel træning og hvor mange undtagelsesredegørelser der søges for hver klinik. Det ville give et datamæssigt sammenligningsgrundlag og kunne gøre at vi bedre kunne gå i dialog med de klinikker der ikke ligger fx på kommunes eller landsgennemsnittet.

- At kunne trække data, så der kan ses sammenhæng og sikre koordinering mellem indsatser fra kommunen og vederlagsfri fysioterapi for borgere, der bor på institution/plejehjem.

- Et ønske om at der opsættes mål for fordelingen mellem individuel og holdtræning. Eksempelvis at det maksimalt er 60 pct. af træningen som er individuel og/eller minimum 25 pct. af træningen er på hold

- I forhold til effekt/outcome for patienten – hvordan måler man på det? For nogen kan der forventes fremgang, andre fastholdelse af funktionsevne og andre tilbagegang.

2. Faglig opdateret tilbud af høj kvalitet dvs. opfølgning på nuværende Enhed for Kvalitet og Moderniserings arbejde

De syddanske kommuners input:

- Sikre at nødvendige kompetencer er til stede på klinikkerne og relevant udstyr.

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

- At sætte fokus på indholdet af vederlagsfri fysioterapi. Hvordan sikres, at der arbejdes evidensbaseret? At sikre at interventionerne er effektive – der kunne måske været et krav om test og retest f.eks. anvendelse af testen DEMMI ved statusopdatering.

- Der skal fastholdes en form for akkreditering, fordi det har gjort at privatsektoren har strammet op på mål og plan og journalisering. Der findes stadig behandlere i praksis som ikke følger kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer osv. Det kan evt. tilføjes at kvalitetssikringen særligt skal have fokus på anvendt behandlingsmetoder og at disse skal tage afsæt i retningslinjer på området.

- Der kunne med fordel udarbejdes en fælles kvalitetsstandard for kommuner og klinikker, der leverer vederlagsfri fysioterapi, med henblik på harmonisering af indsatserne på tværs af kommuner og klinikker. Eksempler på indhold kunne være:
    - Forløb beskrives for hver diagnose - eks. 1 første konsultation, 10 normalbehandlinger som kan konverteres til 20 holdydelser og 1 statuskonsultation.
    - Max omkostning pr. borger.
    - Fastsættelse af mål for andel af patienter der skal modtage holdtilbud, så der sker en definition af hvilket niveau der anses for at opfylde overenskomstens intentioner om, at en væsentlig andel af ydelserne skal foregå på hold.

3. Administration

KL ønsker kommunernes input til forenkling af kommunernes og regionernes administration af ordningen.

De syddanske kommuners input:

- At kommunen får et større indblik i hvor de privatpraktiserende fysioterapeutklinikkers aktivitetsniveau ligger i forhold til regions- og landsgennemsnittet.

- At det blev tydeligere for kommunen hvilke mål, der bliver opsat for borgerne, og om målene opfyldes. Forslag til

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

overordnede kategorier, som kan bruges i den forbindelse er;

- Er målet at borgeren forbedrer sit funktionsniveau eller er målet at borgeren fastholder sit nuværende funktionsniveau.
- Hvad er resultatet, er borgerens funktionsniveau forbedret, fastholdt eller forværret.

- Der er et ønske om at der fremover fremgår dato for ydelse, af fakturaen.

- Der er uklarhed ift. kommunens rolle vedr. tilsynsforpligtelsen af rideskoler – og om det foregår ens på tværs af kommuner. I OK er et bilag som følges, men skal forsikringer eksempelvis dokumenteres fra rideskolens/terapeutens side. Dette bør uddybes.

4. Økonomistyring, budgetsikkerhed

De syddanske kommuners input:

- Om end udviklingen i kommunale udgifter til vederlagsfri fysioterapi indikerer, at vedholdende og tæt opfølgning er nødvendig, så har kommunerne i dag begrænsede muligheder for at identificere, forebygge og sanktionere ydelser, som ikke er i overensstemmelse med overenskomsten. Ifølge overenskomstens afsnit vedr. informations- og kontrolbestemmelse skal der laves en opfølgning af de leverandører, som har en gennemsnitlig udgift pr. patient, som er 10 % eller over regionsgennemsnittet, under samtidig hensyntagen til landsgennemsnittet. Dette udtrækskriterium betyder i realiteten, at de enkelte klinikker kan have betydelige udgiftsstigninger uden at skulle undersøges nærmere i så fald den generelle udgift pr. patient i praksissektoren samtidig stiger. Dette er problematisk set fra et kommunalt perspektiv, med stigende udgifter til området.

- Controlling ift. om der henvises borgere til vederlagsfri, som reelt set ikke opfylder kriterierne.

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

- Det er væsentligt at sikre at de praktiserende læger er bekendte med henvisningskriterierne for vederlagsfri fysioterapi, da erfaringer viser at kriterierne ikke altid opfyldes.

- Det er væsentligt at kommunerne får mulighed for at gøre indsigelse/bemærke på borgersagsniveau ift. en praktiserende læges vurdering og henvisning til vederlagfri fys, hvis vi ikke mener at borger opfylder kriterierne.

- Protokollat s. 67 i overenskomsten: *"Ved overskridelse af den økonomiske ramme i 2019 på mindre end 0,6% af den samlede ramme, iværksættes ikke en modregning"* - Der bør ikke være en margin på 0,6% da dette ikke giver mening ift. de stigende udgifter kommunerne oplever på området.

- Som en del af den samlede ledelsesinformation fra regionen til kommunerne skal antal sundhedskortregistreringer og regningsunderskrivelser på klinikniveau fremgå, sådan at kommuner kan efterspørge udskrifter, på relevante klinikker.

- Et eftersyn af den nuværende styring af området. Det fælles loft for aktivitetsniveauet giver ikke et incitament til at tænke i helhedsorienterede og bæredygtige løsninger for borgerne. Klinikkerne belønnes ikke for at tænke borgerens samlede livssituation ind i træningsforløbet, eks. kan borgeren gøres mere selvhjulpen gennem rehabilitering i kommunen eller kan en del af borgerens træning ske ude i de frivillige foreninger.

- Ønske om at kommunernes myndighedsansvar styrkes, idet kommunerne har myndighedsansvaret men ikke har en reel mulighed for at udøve ansvaret. Almen praksis visiterer til tilbuddet og de privat praktiserende fysioterapeuter udmønter visiteringen.

- Hvis en kommune opretter eller nedlægger et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi, så ændrer det ikke i loftet for aktivitetsniveauet hos de privat praktiserende fysioterapeuter, selv om kapaciteten øges eller mindskes pga. det kommunale tilbud. Kunne man se på en løsning for, hvordan det kan justeres.

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

- Det er en budgetmæssig udfordring for kommunerne, at almen fysioterapi er med under samme loft som vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi. Vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi, at speciale 51 er under samme som loft, som speciale 62+65. Det har i de senere år været medvirkende til at kommunerne ikke har kunnet holde budgetterne til vederlagsfri fysioterapi.

- Kommunernes indflydelse på serviceniveauet, herunder mulighed for at drøfte de enkelte patientforløb med klinikkerne, bør styrkes .

5. Øvrige emner og ønsker

De syddanske kommuners input:

- Kap 3, §5, stk. 10, s. 1: *Hvis en pt. ofte melder afbud til holdtræning eller individuel behandling eller udebliver fra tilbuddet, bør det drøftes mellem fys, læge og pt. om pt. skal ophøre med holdtræning eller individuel behandling* – det bør præciseres hvordan dette defineres og hvilke sanktionsmuligheder der er ift. dette.

- Kap 2, §2A, stk. 3, s. 11: ”En væsentlig del af behandlingen skal foregå som holdtræning” (v. fysisk handicap) - Ordet ”væsentlig” bør defineres tydeligt så det er tydeligere hvor stor en andel af behandlingen der bør forgå på hold.

- Ift. antallet af klinikker: Kan kommunerne få mulighed for at vælge klinikker fra, enten pga. at der er mange klinikker i samme optageområde eller at de mangler faciliteter til holdtræning? Et færre antal klinikker kan gøre patientgrundlaget større og derved lettere at oprette hold til målgrupperne.

- At de privat praktiserende fysioterapeuter tager et større ansvar for at kompetenceudvikle medarbejderne inden for den vederlagsfrie fysioterapi og de diagnoser, som hører ind under her. Den vederlagsfrie fysioterapi står for ca. 50 pct. af klinikkernes indtjening, men det opleves, at det sjældent er inden for dette område, at kompetenceudvikling prioriteres.

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

- De privat praktiserende fysioterapeuters samarbejde med civilsamfundet, særligt med øje for, hvordan borgerne kan afsluttes til et tilbud i et foreningsregi.

- Eftersom det er en aftale – og ikke en hensigtserklæring (den kan fint stå i en præambel) må følgende ord ikke fremgå af overenskomsten:
    - Primært, overvejende, i større/mindre grad, som hovedregel, undtagelsesvist, videst mulige omfang mv

- Effekten af LUNA – det skal indgå i OK - hvilke informationer kan kommunerne få fra LUNA

- Alle steder hvor der står "Regionen" skal der stå "Kommunerne og regionen" Her skal man huske på, hvor den største bidragsyder til klinikkerne er.

- I overenskomsten er der lagt op til at klinikkerne må have én venteliste, og desværre har de senere påberåbt sig muligheden for at lave 2 ventelister, fordi der er 2 overenskomster. RTLN har givet lov til 2 ventelister. Det er bestemt ikke i vores interesse.

- At vederlagsfri fysioterapi skal betragtes som vedligeholdende indsats og derfor bør det kun være træning – vederlagsfri træning – gerne på hold for at fastholde motivation via fællesskab.

- Tilbagemeldinger fra borgere vedrørende specielt det neurologiske område, er relevante ifm. evaluering af klinkerne. Det drejer sig om viden og kompetencer, udstyr til træning (udstyret er ofte til bedre patientgrupper), holdtræningen er ikke specifikt til neurologiske patienter.

- Man bør overveje mekanismer som kan sikre at borgere der er henvist til fysioterapi, ikke bare pr. automatik får kalendersat behandlinger flere år ud i fremtiden. Eksempel: "*har en borger som lige er henvist til vederlagsfri fysioterapi, vedkommende har været til første undersøgelser og har fået træningstider for*

Dato: 3. maj 2021

Sags ID: SAG-2021-01663
Dok. ID: 3079199

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

det næste år". Der bør løbende evalueres og testes ift. om behandlingen fungerer som den skal og så derefter planlægge yderligere behandlinger hvis det vurderes relevant.

- Der ønskes en præcisering i overenskomsten af region, kommune og klinikkers rolle, ansvar og myndighedsforpligtelse. Kommunen fremgår umiddelbart som myndighed, men vi har ikke indtryk af, at vi har mange handlemuligheder ift. klinikkerne.

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 17/44563
Dato: 26. august 2021

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

Udkast til kommissorium for ”Administrativ Styregruppe for Almen Praksis”

Revideret august 2021 – Tidligere ”Styregruppe for implementering af Overenskomst om almen praksis 2018”

Baggrund

Med afsæt i forhandlingsaftalen om overenskomst 2018 mellem RLTN og PLO om almen lægehjælp besluttede direktionen i Region Syddanmark i 2018 at igangsætte et implementeringsarbejde til at følge overenskomstens levetid fra 2018 til og med 2020.

For at sikre, at implementeringen af overenskomsten skete i samordning med øvrige initiativer i såvel almen praksis, på sygehusene og i kommunerne, nedsatte regionen efter dialog med de øvrige parter, en styregruppe og to underliggende temagrupper til at sikre, at initiativerne i overenskomsten blev implementeret og at intentionerne i overenskomsten blev efterlevet hos alle aktører.

På baggrund af resultaterne i overenskomstperiodens første to år besluttede styregruppen på møde i december 2019 at nedlægge de to temagrupper, idet det blev vurderet, at den fremadrettede implementeringsopgave i vid udstrækning ville bestå af monitorering af udviklingen i de initiativer der var igangsat som følge af overenskomsten, hvilket kunne varetages af styregruppen.

Samtidig blev det vurderet, at styregruppen var et nyttigt fora til implementeringsopgaven, hvorfor styregruppen lagde op til, at gruppen bevares til det videre arbejde med implementering og monitorering af kommende overenskomster samt udvides til at omfatte emner og administrativ koordinering udsprunget af- og relateret til praksisplan og lokalaftaler, for også at understøtte det tværsektorielle fokus på implementering af praksisplanen og lokalaftalerne.

På denne baggrund er kommissoriet for Styregruppen revideret i august 2021 og godkendt i nuværende form på møde i (KLF og Styregruppen,)

Formål

Styregruppens overordnede formål er at yde administrativ rådgivning og koordinering i forhold til implementering af Overenskomst om almen praksis, Praksisplan for almen praksis og Lokalaftaler for almen praksis i Region Syddanmark. Styregruppen følger endvidere den løbende udvikling i forhold til opgaveoverdragelse mellem sygehus og almen praksis jf. ”notat om mindre opgaveoverdragelser mellem sygehus og almen praksis”

Styregruppen fungerer som kontaktorgan på det øverste administrative niveau i sygehus og kommuner for tilrettelæggelse og koordinering af implementeringsopgaver relateret til overenskomst, praksisplan og lokalaftaler op opfølgning på opgaveoverdragelse.

Styregruppens hovedfokus er at sikre et relevant samarbejde om opgaveløsningen i det nære sundhedsvæsen på tværs af sektorer og fag med fokus på og udgangspunkt i opgavevaretagelsen i almen praksis.

UDKAST

Region Syddanmark

Styregruppens sammensætning med repræsentanter for både kommuner, sygehusledelse, den regionale praksisafdeling og almen praksis skal bidrage til at kvalificere drøftelsen af det konkrete samarbejde omkring patienterne.

Styregruppen skal sikre at implementeringen af Overenskomst, Praksisplan og Lokalaftaler forankres lokalt og sker efter hensigten med aftalerne/planen samt koordineret med implementering af sundhedsaftalen.

Konkret skal styregruppen:

I forhold til Overenskomst om almen praksis

- sikre at Overenskomst om almen praksis implementeres og at implementeringen sker koordineret mellem almen praksis, sygehuse og kommuner, samt at implementeringen sker efter intentionerne bag overenskomsten.
    - Styregruppen sikrer, at implementeringen sker i tråd med de retningslinjer, vejledninger o.a., der vedtages nationalt og lokalt, samt bærer evt. principielle spørgsmål vedrørende implementeringen videre til de centrale parter: RLTN og PLO C.
    - Styregruppen fastlægger den overordnede tidsplan for gennemførelse af initiativerne til implementering af nye overenskomster, samt sikrer, at der sker den fornødne fremdrift, således at såvel tidsplanen for de enkelte initiativer og den overordnede tidsplan kan overholdes.
    - Styregruppen sikrer endvidere inddragelse af, orientering til og godkendelse fra de relevante tværsektorielle politiske udvalg[1] i forhold til implementeringsprocessen.

I forhold til Praksisplan for almen praksis

- Understøtte den tværsektorielle implementering af Praksisplan for almen praksis ved at:
    - Fungere som organ for administrativ drøftelse af tiltag til implementering af Praksisplanen inden disse forelægges Praksisplanudvalget, herunder sikre koordinering med initiativer i Sundhedsaftalen.
    - Bidrage til opfølgning på implementeringen af praksisplanen
    - Medvirke til at udbrede lokale initiativer til implementering af Praksisplanen til hele regionen.

I forhold til Lokalaftaler for almen praksis

- Følge anvendelse af lokalaftaler, tiltrådt i Praksisplanudvalget, samt bidrage til den lokale udbredelse af lokalaftalerne i nødvendigt omfang.

[1] Med "De relevante tværsektorielle politiske udvalg" henvises til Sundhedskoordinationsudvalget, Praksisplanudvalget og Samarbejdsudvalget for almen praksis afhængig af den konkrete implementeringsopgave.

UDKAST

- Monitorere brugen af aftalerne samt følge op på om brugen af aftalerne understøtter de formulerede formål med aftalerne og samarbejdet om dem.

I forhold til opgaveoverdragelse

- Følge udviklingen i den løbende opgaveoverdragelse mellem sektorer, i form af opgavetyper og mængde, herunder med henblik på at drøfte behovet for nye regionalt dækkende aftaler om opgaveoverdragelse.

- Opgaveoverdragelse, der sker som følge af aftaler i regi af sundhedsaftalen, følges i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum.

Styregruppen skal endvidere:

- Afklare snitflader i den tværsektorielle implementering af Overenskomst, Praksisplan og Lokalaftaler mellem sygehus, almen praksis og kommunerne

- Drøfte og adressere udfordringer i implementering og samarbejde i relation til implementering af Overenskomst, Praksisplan og Lokalaftaler på tværs af sektorer.

Sammenhæng i opgaveløsning til øvrige fora
Styregruppen kan anmode fællessekretariatet (se herunder) om at udarbejde evt. supplerende aftaler til sikring af implementering af Overenskomst, Praksisplan og Lokalaftaler, f.eks. i form af beskrivelser af samarbejde, opgavedeling, målgrupper o.lign.

Styregruppen kan endvidere initiere aftaler om opgaveoverdragelse. Disse skal supplerende forelægges Det Administrative Kontaktforum til godkendelse.

Indebærer en samarbejdsaftale, eller aftale om opgaveoverdragelse, at der skal indgås en ny lokalaftale om opgavevaretagelsen i almen praksis, anmoder Styregruppen Praksisplanudvalget om forhandling og indgåelse af denne.

Aftaler drøftes i Styregruppen inden godkendelse på politisk niveau.

Sekretariat

Styregruppen betjenes af et "fællessekretariat", der koordinerer og tilrettelægger implementeringen af Overenskomst, Praksisplan og lokalaftaler samt forbereder sager til drøftelse i styregruppen. Fællessekretariatet viderebærer endvidere sager fra styregruppen til de tværsektorielle politiske udvalg i relation til almen praksis: Praksisplanudvalget, Samarbejdsudvalget for almen praksis og Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget.

Fællessekretariatet skal i sit arbejde tilstræbe at skabe og sikre sammenhæng mellem implementeringsaktiviteter fra nationalt hold, initiativer igangsat i Styregruppen og initiativer i regi af sundhedsaftalen. Sekretariatet skal endvidere medvirke til at sikre, at de overordnede nationale og regionale tidsplaner for implementeringen følges.

Fællessekretariatet består af repræsentanter for regionen ved praksis, SydKIP og tværsektorielt samarbejde, PLO S sekretariat og kommunerne ved det fælleskommunale sundhedssekretariat.

UDKAST

Leverancer

Styregruppens rapportering til det politiske niveau[2] i forhold til fremdrift, udeståender og udfordringer med implementering af OK 2018

Arbejdsform

4 årlige møder af 2-3 timers varighed

Organisering og reference

Region Syddanmark har myndighedsansvaret for implementering af Overenskomst for almen praksis og sekretariatsopgaven i forhold til Praksisplanudvalg og Samarbejdsudvalg om almen praksis. Styregruppen refererer derfor til regionens politiske og ledelsesmæssige organer afhængigt af opgavens karakter.

Styregruppen refererer ligeledes til de fælles politiske udvalg vedrørende almen praksis: Praksisplanudvalget, Samarbejdsudvalget og Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, afhængigt af opgavens karakter og udvalgenes kompetenceområder.

Endvidere sikrer Styregruppen overlevering og koordination med Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget for så vidt angår implementeringsopgaver, der indgår i-, og relaterer til emner aftalt i regi af Sundhedsaftalen mellem kommuner og region.

Styregruppen kan nedsætte underarbejdsgrupper til at behandle særlige spørgsmål/ problemstillinger relateret til implementering af Overenskomst, Praksisplan og lokalaftaler/styregruppens ansvarsområde/opgaver.

Region Syddanmark varetager sekretariatsbetjeningen af Styregruppen i form af udarbejdelse af dagsordener og referater. Møder og dagsordener i Styregruppen forberedes dog af Fællessekretariat. Ved nedsættelse af arbejdsgrupper og lignende under Styregruppen aftales sekretariatsbetjeningen af disse i forbindelse med etableringen af foraet.

Medlemmer

Styregruppen består af repræsentanter for Region Syddanmark, herunder sygehusene, PLO Syd og kommunerne.

For Region Syddanmark:

Koncerndirektør Kurt Espersen (formand)

Lægelig direktør Thomas Larsen, Sygehus Lillebælt

Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Psykiatrien i Region Syddanmark

Direktør XX, OUH

Lægefaglig direktør Peter Sørensen, Sygehus Sønderjylland

Administrerende sygehus direktør Per Busk, Sydvestjysk Sygehus

[2] Hvilket konkret politiske udvalg vil afhænge af opgavens art og indhold

UDKAST

Afdelingschef for Praksis, Frank Ingemann Jensen

For PLO Syd:

Formand PLO Syd, Birgitte Ries Møller

Næstformand PLO Syd, Morten Svenning Nielsen

For kommunerne:

Direktør XXX

Direktør XXX

?? Direktør XXX

Ressourcer og mødeplan

Arbejdet i Styregruppen vil fortrinsvis foregå på møderne, med deraf følgende mødeforberedelse. Derudover kan der være behov for skriftlig stillingtagen til forelagt materiale.

Mødeplanen for Styregruppen fastlægges et år forud. Forventeligt 4 årlige møder, men med mulighed for tilpasning i mødefrekvens afhængigt af Styregruppens vurdering af behov.

Politisk og administrativ organisering omkring almen praksis

Emne / Niveau	Overenskomst	Praksisplan og lokalaftaler	Sundhedsaftale	Kvalitet og samordning
Politisk	Samarbejds-udvalget	Praksisplan-udvalget	Sundhedskoordinations-udvalget	Kvalitets- og efteruddannelses-udvalget
Regional reference	Koncernledelsesforum/direktionen			
Administrativt	Styregruppe for almen praksis		Det Administrative Kontaktforum	SydKip styregruppe
Lokalt	Kommunalt Lægelige Udvalg		Samordningsfora og psykiatriske samordningsfora	Klynger og Praksiskonsulent ordningen

UDKAST

KKR Syddanmark – fordeling af lærepladser for 2022

	Social- og sundhedshjælpere		Social- og sundhedsassistenter	
	Nuværende dimensionering	Dimensionering, 2022	Nuværende dimensionering	Dimensionering, 2022
Middelfart	22	22	42	42
Assens	25	25	49	49
Faaborg-Midtfyn	32	32	62	62
Kerteminde	15	15	29	29
Nyborg	20	19	38	38
Odense	100	100	189	188
Svendborg	36	36	68	68
Nordfyns	18	18	34	34
Langeland	10	10	21	21
Ærø	6	6	11	11
Haderslev	34	34	65	65
Billund	15	15	28	28
Sønderborg	47	47	91	91
Tønder	25	25	47	47
Esbjerg	63	64	121	121
Fanø	3	3	4	4
Varde	30	30	58	58
Vejen	25	25	48	48
Aabenraa	36	36	68	69
Fredericia	29	29	55	55
Kolding	48	48	90	90
Vejle	58	59	113	113
I alt	**697**	**698**	**1.331**	**1.331**

Periode	Proces for ny sundhedsaftale		Bemærkninger
	Politisk proces	Administrativ proces	
2021			

September 21		DAK d. 16/9:
		- Godkendelse af tids- og procesplan for udarbejdelse af SA 23-27, herunder:
		  o Beslutning om nedsættelse af referencegruppe
		  o Beslutning om afholdelse af administrativt visionsseminar primo 2022
			Det foreslås, at DAK tager stilling til behovet for at nedsætte en referencegruppe med det formål at med det formål at kunne afklare problemstillinger og knaster mellem møder i Det Administrative Kontaktforum.

Oktober 21	SKU d. 27/10: - Godkendelse af tids- og procesplan for udarbejdelse af SA 23-27 - Drøftelse af udkast til overleveringspapir til det nye SKU/SSU	6/10: Årligt møde ml. DAK, følgegrupper og kompetencegrupper	På det årlige møde ml. DAK, følgegrupper og kompetencegrupper drøftes bl.a. erfaringer og status i forhold til de nuværende sundhedsaftales indsatser og organisering samt hvilket fokus, der skal lægges i den resterende aftaleperiode frem til 2023.
November 21		DAK d. 3/11: - Godkendelse af overleveringspapir til det nye SKU/SSU	
December 21	SKU d. 1/12: - Godkendelse af overleveringspapir til det nye SKU/SSU på SKU d. 1/12		
2022			
Januar 22		DAK-møde: - Godkendelse af program for politisk opstartsmøde i april 22	
Februar 22	SKU/SSU-møde: - Drøftelse af overleveringspapir fra tidl. SKU - Godkendelse af tids- og procesplan for SA 23-27 - Godkendelse af program for politisk opstartsmøde i april 22	Administrativt visionsseminar: - Input fra følgegrupper, kompetencegrupper og SOF'er til visioner, indhold mm. i den nye sundhedsaftale.	Af kommissoriet for Det Administrative Kontaktforum fremgår det, at der skal afholdes en årlig inspirationsdag. Denne dag har grundet COVID-19 været aflyst i 2020 og 2021.

Periode	Proces for ny sundhedsaftale		Bemærkninger
	Politisk proces	Administrativ proces	
			For 2022 er der den mulighed, at inspirationsdagen afholdes som et administrativt visionsseminar forud for det politiske opstartsmøde. På det administrative visionsseminar drøftes visioner/indhold/indsatser i den nye sundhedsaftale.
Marts 22		DAK-møde: - Temadrøftelse om Sundhedsaftalen 2023-2027: Opsamling på visionsseminar	
April 22	Politisk opstartsmøde - fastsættelse af politiske visioner for SA 23-27		
Maj 22		DAK-møde: - Opfølgning på politisk opstartsmøde - Drøftelse af den administrative del af Sundhedsaftalen 2023-27	DAK fastsætter strukturen og processen vedr. den administrative del af Sundhedsaftalen 2023-27
Juni 22	SKU/SSU-møde: - Opfølgning på politisk opstartsmøde - Godkendelse af politiske visioner for Sundhedsaftalen 2023-27	Evt. ekstraordinært kort DAK ved behov.	
Juli 22			
August 22		Skriveproces 1. udkast af SA 23-27 (aug.-sep.) Indspil til den administrative del af Sundhedsaftalen 2023-27 fra følgegrupper	Indspil fra følgegrupper kan evt. ske i regi af Forum for udvidet sundhedsaftalekoordination
September 22	SSU besøger de nye politiske klynger (klyngerunde) for at få input til indholdet i den nye sundhedsaftale.	DAK-møde (halvdagstemamøde): - Drøftelse af 1. udkast til Sundhedsaftalen 2023-27 på DAK (halvdagstemamøde) - Evt. drøftelse af den administrative del af Sundhedsaftalen 2023-27	Der foreslås en klyngerunde i september 2022, hvor SSU besøger de nye politiske klynger bl.a. med det formål at inddrage de nye klynger i arbejdet med den nye Sundhedsaftale 2023-27

Periode	Proces for ny sundhedsaftale		Bemærkninger
	Politisk proces	Administrativ proces	
Oktober 22	SSU-møde: - Opsamling på klyngerunde - Status på Sundhedsaftalen 2023-27, herunder præsentation af første udkast.	Skriveproces 2. udkast af SA 23-27 (okt.-nov.)	
November 22		DAK-møde: - Opsamling på klyngerunde - Drøftelse af 2. udkast til SA 23-27 på DAK - Temadrøftelse og beslutning om organisering under Sundhedsaftalen 2023-27 Udarbejdelse af høringsversion til Sundhedsaftalen 2023-27 – eventuelt et kort ekstraordinært DAK-møde ultimo november til godkendelse af høringsversion.	
December 22	SSU-møde: - Godkendelse af høringsversion til Sundhedsaftalen 2023-27 Politisk årsmøde: - Præsentation af høringsversion til Sundhedsaftalen 2027-23 Høringsperiode (dec.-feb.)	Udarbejdelse af den administrative del af SA 23-27 (dec.-feb.)	Det politiske årsmøde afholdes årligt med deltagere fra SSU og Sundhedsklyngerne samt relevante politiske repræsentanter fra region og kommuner.
2023			
Januar 23			

Periode	Proces for ny sundhedsaftale		Bemærkninger
	Politisk proces	Administrativ proces	
Februar 23	SSU-møde: - Præsentation af indkomne høringssvar på SSU - Drøftelse af den overordnede linje for tilretning af Sundhedsaftalen 2023-27	Skriveproces - indarbejdelse af høringssvar i SA 23-27 (feb.-mar.)	
Marts 23		DAK-møde: - Drøftelse af udkast til den færdige Sundhedsaftale 23-27 - Godkendelse af den administrative del af Sundhedsaftalen 2023-27	
April 23	SSU-møde: - Godkendelse af færdig Sundhedsaftale 2023-27	Udarbejdelse af kommissorier (apr.-maj)	
Maj 23	Godkendelse af SA 23-27 i kommunalbestyrelser og regionsrådet (maj-juni)	DAK-møde: - Godkendelse af kommissorier	
Juni 23		Udpegning til organisering under Sundhedsaftalen 2023-27 (jun.-aug.)	
Juli 23	Sundhedsaftalen 2023-27 sendes til Sundhedsstyrelsen		
August 23			
September 23	Kick off på Sundhedsaftalen 2023-27		Der afholdes kick-off på Sundhedsaftalen 2023-27 med deltagelse af medlemmer af både de politiske og administrative fora under Sundhedsaftalen 2023-27.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringsudkast til samarbejdsaftale for borgere med PTSD i Region Syddanmark

1. Aftalens baggrund og forankring

Følgegruppen for Uddannelse og Arbejde har i efteråret 2020 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der har udarbejdet nærværende samarbejdsaftale for borgere med PTSD i det syddanske. Arbejdsgruppens medlemmer fremgår af bilag 1.

Afsættet for denne reviderede samarbejdsaftale er en samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD, for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner fra 2011. Der er sket meget på området, siden den første samarbejdsaftale, herunder nye regionale funktioner på PTSD-området, jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan, Veterancentret, der udmønter Folketingets Veteranpolitik nationalt, tilbud i Forsvaret og pakkeforløb for PTSD i psykiatrien.

Samarbejdsaftalen er opdateret i henhold til den nuværende praksis, således at rammen er fastlagt for et fortsat stærkt tværsektorielt samarbejde. Arbejdsgruppen har som afsæt for udarbejdelsen af samarbejdsaftalen foretaget en kortlægning af samarbejdet og aktiviteter for borgere med PTSD, en kortlægning der er sket i samarbejde med de aktører, der er i kontakt med målgruppen. Derudover har arbejdsgruppen formuleret en række anbefalinger, som kan medvirke til at sætte retning for det videre samarbejde på området. Kortlægningen fremgår af et særskilt dokument, men er også indarbejdet i kapitel 4 og har dannet baggrund for formulering af arbejdsgruppens anbefalinger. Anbefalingerne fremgår af et særskilt dokument.

1.1. Målgruppeafgrænsning

Målgruppen i samarbejdsaftalen er afgrænset til at omfatte henholdsvis flygtninge med PTSD, veteraner med PTSD og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD.

De tre traumepopulationer har en række fælles træk, der adskiller dem fra øvrige traumegrupper. For alle tre PTSD grupper gælder at de ofte har været eksponeret for gentagne traumatiske hændelser over længere perioder, hvorfor deres sygdomsbillede ofte er kompliceret. I de tre grupper er der ofte en overhyppighed af forsinkede traumer, hvor det fulde sygdomsbillede udløses længe efter de traumatiserende begivenheder, og ofte i forbindelse med ikke traumatiserende stressorer. Dette kan vanskeliggøre en hurtig opsporing og identificering af sygdommen og har betydning for behandlingens effektivitet. For alle tre populationsgrupper

gælder, at de ofte er særligt sårbare for tab af arbejdsmarkedstilknytning, der er central for såvel forsørgelsesgrundlaget som identitet. Denne parallelle stressfaktor kan ofte have betydning for borgerens forløb i de sociale og sundhedsfaglige enheder.

Afgrænsningen er valgt af hensynet til at kunne lave en sammenhængende samarbejdsaftale som tager udgangspunkt i, men dækker bredere, end den tidligere samarbejdsaftale på området.

Arbejdsgruppen har ikke kunne inkludere alle traumepopulationsgrupper. Der opfordres i denne forbindelse til at det tværsektorielle samarbejde for de øvrige borgergrupper med PTSD behandles i et fremtidigt arbejde.

2. Hvad er PTSD?

Posttraumatisk belastningsreaktion, eller i daglig tale PTSD, er en gennemgribende forstyrrelse, der findes blandt overlevere fra svære katastrofesituationer (krig, overfald, mishandling, voldsomme begivenheder, naturkatastrofer, eller vidne til død eller lemlæstelse etc.), hvor de selv eller nærtstående har været i livsfare. Efter at den umiddelbare fare er overstået, vender de fleste overlevere tilbage til en normaltilstand i en tryg hverdag, men minderne om, hvad der skete, forbliver i hukommelsen som smertefulde - og for nogle angstprovokerende erindringer. Minderne er således ikke længere neutrale men smertefulde traumer.

Der kan være forskellige følelser som vrede, frygt, angst, skam og sorg knyttet til minderne. Minderne og de tilknyttede ubehagelige følelser kan optræde i mareridt men også let aktiveres eller ”*trigges*” i situationer, der ligner det gamle traume. Påmindelserne om traumet er ufrivillige, ukontrollable og til tider meget tydelige, som om vedkommende er tilbage i den traumatiske fortid igen. Dette kaldes en genoplevelse eller ”*flashbacks”.* Genoplevelser og påtrængende erindringer føles ubehagelige for den traumatiserede, som over tid kan ændre adfærd og isolere sig fra omverden eller familien. Den traumatiserede forsøger ikke at komme i situationer, hvor de konfronteres med påmindelser om traumet, dette kaldes undgåelse. Undgåelse kan give en falsk følelse af kontrol over egne følelser og kan også hindre muligheden for at få rettidig hjælp fra familie, venner eller det professionelle netværk. Idet omverdenen (familie, venner, praktiserende læger, myndighedspersoner, etc.) ikke altid får det nødvendige indblik i overleverens traume. Dette kan medføre fremmedgjorthed og en følelse af ikke at blive forstået og kan resultere i yderligere isolation.

Over tid udvikler ubehandlet PTSD sig uhensigtsmæssigt. Mange oplever, at den normale sammenhængende nattesøvn ødelægges af hyppige mareridt om traumet og vanskeligheder ved at falde i søvn på grund af tankekaos om fortidens traumer og nutidens bekymringer, der kan være svære at skille ad. Den manglende søvn påvirker koncentrationsevnen og dermed også hukommelsen negativt i dagligdagen. Dette hæmmer evnen til at indlære nye færdigheder, overholde aftaler, holde overblik over arbejde, familie og økonomi mm. Hverdagen opleves mere stressende, hvilket medfører øget irritabilitet og utidige vredesudbrud over ”små ting”. Når først stress er blevet en del af normaltilstanden, opleves de gamle traumatiske minder og tilhørende følelser mere ukontrollable, og for mange kommer der en snigende følelse af at være ”fanget i fortiden”.

Traumatiserede med PTSD opleves ofte som afvisende, garderede, eksplosive og til tider overdrevet afhængige af omsorg fra enkelte tillidspersoner. Ofte vil der være højere hyppighed og kontakter til sundhedsvæsnet med uforståelige fysiske klager, hvoraf nogle er direkte foranlediget af den fysiske angstrespons (muskelspændinger, hovedpine, ondt i ryggen, voldsom hjertebanken, svedtendens, kvælningsfornemmelse, urolig mave, etc.).

Problemer med koncentration og indlæringsvanskeligheder af nye færdigheder er udtalte og for mange noget, man skammer sig over eller prøver at skjule. En undgående og isoleret hverdag kan resultere i en omvendt døgnrytme og flere livsstilsproblemer som overvægt, ledsmerter, diabetes, hjerte-karproblemer, etc. Over tid

kan ses en social deroute, der rammer familiens sammenhængskraft, tilknytning til arbejdsmarkedet og den traumatiseredes følelse af at være med i et større fællesskab.

2.1. Opsporing af PTSD

Det kan være svært for både kommunale og regionale frontmedarbejdere at identificere, når en borgers vanskeligheder ved fx fastholdelse af arbejde/uddannelse eller problematiske familieforhold skyldes en skjult og ubehandlet PTSD.

Traumatiserede flygtninge, der over længere perioder har været velfungerende kan pludselig ændre adfærd som følge af indtrufne begivenheder (fx skilsmisse, fyring, tab af nære pårørende m.m.) i deres liv. Herudover udgør sygdomsforståelse, kendskab til det danske sundhedsvæsen, men især sprogbarrieren store problemer i adgangen til behandlingstilbud. For krigsveteraner er der den særlige udfordring, at mange ikke er i kontakt med det kommunale system. Forsvaret sikrer langt hen ad vejen selv beskæftigelse og forsørgelse af hjemvendte soldater. Ligeledes kan ansatte i flere brancher fx politi, beredskab, sundhedsvæsnet mv. opleve traumatiserende begivenheder i forbindelse med deres arbejde. I denne gruppe bliver PTSD ofte overset i den indledende sygdomsfase, hvor den forveksles med generelle stressreaktioner og udbrændthed. Endvidere er denne gruppe særlig sårbar for tab af arbejdsmarkedstilknytning, da der ofte vil være behov for skift af branche grundet risiko for retraumatisering i deres nuværende profession.

Tidlig opsporing og viden om, hvor man kan få hjælp er således en vigtig indsats både blandt frontpersonale og offentlige kommunale myndigheder såvel som blandt praktiserende læger og organisationer, der har direkte berøring med de traumatiserede. Det vil være en fordel for behandlingsperspektivet at opspore flygtninge, krigsveteraner og professionelle med mulig PTSD så tidligt som muligt, da en tidlig behandlingsindsats kan mindske de langsigtede følger af sygdommen

3. Organisering af behandlingstilbud til de tre målgrupper

Følgende kapitel giver en oversigt over nogle af de centrale behandlingstilbud og indsatser målrettet henholdsvis flygtninge med PTSD, veteraner med PTSD og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD.

3.1 Pakkeforløbet for PTSD

Psykiatrien i Region Syddanmark tilbyder psykiatrisk udredning og behandling til patienter med psykisk sygdom. Psykiatrisygehuset tilbyder voksne patienter med mistanke om eller bekræftet diagnose indenfor PTSD, som udviser kliniske symptomer, et PTSD pakkeforløb. Pakkeforløbet dækker over såvel undersøgelser, farmakologisk behandling og sikring af sammenhæng på tværs. Pakkeforløbene holdes løbende opdateret med den nyeste evidens og findes tilgængelige hos Danske Regioner.

Pakkeforløbet er primært for behandling på hovedfunktionsniveau med mulighed for at henvise til en af Psykiatrien i Region Syddanmarks regionsfunktioner.

3.2 Organisering af behandlingstilbud for flygtninge med PTSD

Målgruppen traumatiserede flygtninge er en målgruppe, hvor samarbejdet mellem sektorerne er særdeles vigtigt. Den psykiatriske udredning og behandling sker i Psykiatrien i Region Syddanmark, hvor der er et specialiseret behandlingstilbud til flygtninge med PTSD. Den regionale behandling sker i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere (ATT) med ambulatorier i Odense og Vejle. Afdelingen varetager behandling på både regionsfunktion og højtspecialiseret funktion. Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, Odense varetager den højtspecialiserede funktion for traumatiserede flygtninge med svær samtidig psykisk og/eller somatisk komorbiditet.

Region Syddanmark har derudover en driftsoverenskomst med den selvejende institution RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, der har hjemme i Haderslev og med satellitter i Hviding og Sønderborg. RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede varetager behandling på regionsfunktionsniveau, hvoraf mange patienter lider af PTSD med flere komorbide psykiske og somatiske tilstande.

Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede dækker tilsammen hele regionens udredning og behandling for flygtninge med PTSD.

I forhold til regionens somatiske sygehuse kan der være flygtninge med PTSD, som har somatiske sygdomme og derfor behandles inden for et somatisk speciale, hvor det somatiske sygehus henviser videre til enten Afdeling for Traume- og Torturoverlevere eller RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede for udredning af PTSD. Ligesom der kan være behov for koordinering mellem somatisk sygehus, psykiatrien, kommune og almen praksis. I det følgende er der for de somatiske sygehuse dog særligt fokus på Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital. Indvandrermedicinsk Klinik modtager patienter med indvandrer eller flygtninge baggrund, som på grund af multisygdom ofte kombineret med sociale og familiære problemer har behov for en tværfaglig tilgang til problemerne. Indvandrermedicinsk Klinik afdækker tegn på PTSD og uafklarede helbredsproblemer, samt opsporing af børns trivselsproblemer og opsporing af psykisk sygdom.

3.2.1 Kommunale flygtningekoordinatorer

Nogle kommuner har succes med at ansætte en flygtningekoordinator, som kan give de berørte borgere, deres familier og øvrige samarbejdspartnere omkring behandlingen af traumatiserede flygtninge én samlet indgang til kommunen og en kontaktperson, der ligeledes kan sikre involveringen af relevante fagpersoner i forløbet.

Otte kommuner har i forbindelse med den tværsektorielle kortlægning af PTSD-området beskrevet, at de har ansat en 'flygtningekoordinator'. Koordinatorfunktionen kan være organiseret på forskellig vis og have forskellige funktioner. Nedenfor gives to eksempler fra hhv. Kolding Kommune og Vejen Kommune.

Eksempler på flygtningekoordinatorer

I Kolding Kommune er flygtningekoordinatoren indgangen for traumatiserede flygtninge, de pårørende samt samarbejdspartnere såvel internt i kommunen som eksternt. Når en flygtning tager kontakt til kommunen, er det koordinatoren denne kommer i kontakt med og det er koordinatorens opgave at videreformidle borgerens ønsker og anmodninger, således at den rette medarbejder eller afdeling kommer i kontakt med borgeren.

I de forskellige afdelinger i kommunen er der en ressourceperson, som i større eller mindre grad, har viden om hvad det vil sige at leve med traumer i hverdagen, hvilke reaktioner og til tider frustrationer der hurtigt kan opstå. Flygtningekoordinatoren har også ansvaret for, at disse ressourcepersoner er klædt på til opgaven. Dette gøres ved, at der fire gange om året afholdes et møde, hvor der er oplæg omkring traumer, behandling m.m. Det er flygtningekoordinatorens ansvar at organisere dette. Ligeledes indgår en case fra en afdeling, som fremlægges af den ansvarlige rådgiver, hvor gruppen giver sparring herpå.

I Vejen Kommune har flygtningekoordinatoren til opgave, at sikre, at den enkelte sag i flygtningeafdelingen bliver belyst bedst muligt, inden der handles på opgaven. Blandt andet inddrages borgeren i størst muligt omfang. Der arbejdes altid efter forståelsen 'Hjælp til selvhjælp'. Borgerrejser anvendes kontinuerligt i evalueringsprocesserne. Andre enheder/afdelinger inddrages, når det er relevant og borgeren giver samtykke hertil.

Flygtningekoordinatoren har en central plads, som bagvagt i afdelingens "Åbne rådgivning". Det sikrer en ensartethed i den vejledning, som den enkelte borger modtager. Flygtningekoordinatoren har det faglige

ansvar i forhold til det pædagogiske personale samt modtager bestillinger på opgaver og tildeler medarbejderressourcerne ud fra deres kompetencer. Samtidig sikrer flygtningekoordinatoren også den fællesfaglige udvikling, som understøtter det tværgående samarbejde. Flygtningekoordinatoren har ikke personale- eller budgetansvar, men har et tæt og kontinuerligt samarbejde med afdelingsledelsen.

3.3 Organisering af behandlingstilbud for veteraner med PTSD

Region Syddanmark har en regionsfunktion for patienter med tjenesterelateret PTSD herunder militærtjeneste. Derudover har regionen en højtspecialiseret funktion for psykiatriske lidelser i relation til militærtjeneste, særligt udsending. I Region Syddanmark visiteres veteraner med PTSD som udgangspunkt til højt specialiseret funktion, som varetages på Psykiatrisk Afdeling Odense.

3.3.1 Veterancentret

Veterancentret fungerer som én indgang for støtte til soldater, veteraner og pårørende. Centret arbejder for øget anerkendelse af de danske mænd og kvinder, der har gjort en særlig indsats for Danmark. De forsker og formidler viden til gavn for soldater, veteraner og deres pårørende. Veterancentret ligger under Forsvarsministeriet og er en del af Forsvarets tilbud til medarbejdere og tidligere medarbejdere.

Veterancentret har en række forskellige typer af tilbud til veteraner og deres pårørende og er klar til døgnet rundt at støtte kriseramte veteraner og deres pårørende. Veterancentret yder støtte til soldater og deres familier før, under og efter udsendelse, for at ruste dem til udfordringerne ude og hjemme. Centret opsøger og behandler sårbare veteraner. Derudover støttes veteranerne i et opbygge sociale netværk og de hjælpes videre i deres arbejdsliv efter Forsvaret.

Fra hjemmeside: https://veterancentret.dk/da/om-os/

3.3.2 Kommunale veterankoordinatorer

Flere af de syddanske har valgt at have én koordinerende funktion hos kommunen i form af en veterankoordinator. Udover at rollen er koordinerende for kommunens indsatser til veteraner, er det forskelligt fra kommune til kommune, hvordan stillingen konkret indrettes. Nedenfor gives to eksempler på funktionen fra henholdsvis Kolding Kommune og Vejen Kommune.

Eksempler på veterankoordinatorer

Veterankoordinatoren i Kolding Kommune er udpeget til at have det overordnede ansvar for at opsamle viden på veteranområdet og inddrage relevante aktører i indsatsen for veteraner samt deres pårørende. Herunder at sikre sammenhæng i forløbene på tværs af kommunen og sundhedsvæsnet. Veterankoordinatoren skal fungere som én indgang til kommunens veteranindsats og én kontaktperson for at skabe overblik og let tilgængelighed.

Arbejdsopgaverne er bredt fordelt fra den koordinerende rolle til samtaler med veteraner og pårørende samt aktiviteter for veteraner og deres pårørende, herunder veterancafé.

Den nære relation til og arbejde med veteranerne er udgangspunktet for at kunne agere både samarbejdspartner i netværksmøder med eksempelvis Veterancenteret, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, soldaterforeninger, soldaterlegatet og mentor for selve veteranen. Det er også veterankoordinatorens opgave at synliggøre alle relevante tilbud i Kolding Kommune for veteraner samt deres pårørende. Der er endvidere oprettet et praksisfællesskabsmøde, hvor veterantovholdere i kommunens forvaltninger er deltagende sammen med veterankoordinatoren. Dette afholdes én gang i kvartalet og har oplæg fra samarbejdspartnere i hele landet. Veterankoordinatoren tager også del i afholdelse af Flagdagen den 5. september.

Veterankoordinatoren i Vejen kommune skal både kunne vejlede og skabe tillidsfulde relationer til den enkelte veteran samt koordinere med samarbejdspartnerne på området. Dermed har veterankoordinatoren både en mentorlignende funktion samtidig med en mere koordinerende planlægningsfunktion.

Konkret er det veterankoordinatorens opgave at hjælpe veteranen med at få overblik over relevante tilbud. Videre bistår koordinatoren i planlægningen af den årlige flagdag og andre sociale aktiviteter i samarbejde med andre aktører. Herunder indsamler veterankoordinatoren også relevante legater til målgruppen.

Veterankoordinatoren kan også fungere som brobygger til uddannelse og job, gennem blandt andet sparring med jobcenteret angående fastholdelse af veteraner i job. Slutteligt håndterer veterankoordinatoren kommunens kommunikation angående tilbud til veteraner. Dette kan være via oplæg eller digitalt via kommunens egen hjemmeside eller Facebook.

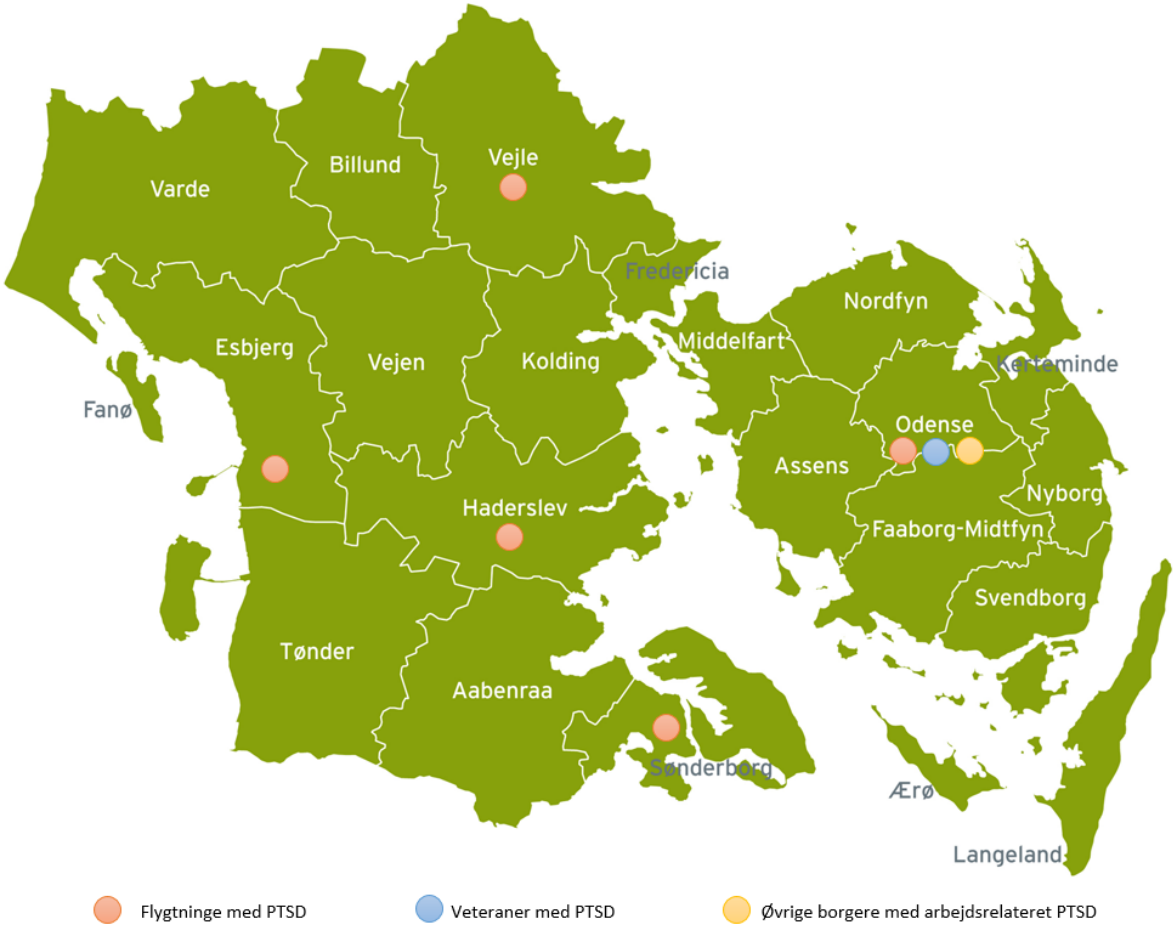
3.4 Organisering af behandlingstilbud for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

I Region Syddanmark varetages behandlingen af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD end veteraner primært i primærsektoren hos privatpraktiserende psykologer, speciallæger i psykiatri samt ved behandlingstilbud gennem virksomheder. Behandlingen er oftest koordineret via egen læge, men der er ikke sikkerhed for, at der modtages behandling fra klinikere med særlig viden eller erfaring på området. Herudover findes behandlingstilbud på hovedfunktion i lokalpsykiatrierne ud fra det tidligere beskrevet PTSD-pakkeforløb. En målrettet behandling af borgere med arbejdsrelateret PTSD, eksempelvis politi, beredskab og social og sundhedspersonale, varetages på Psykiatrisk Afdeling Odense, regionsfunktionen for tjenesterelaterede belastninger ved lokalpsykiatrien i Odense.

I forhold regionens somatiske sygehuse screenes bl.a. for PTSD på de arbejdsmedicinske klinikker i forbindelse med arbejdsmedicinsk udredning. Det foregår på henholdsvis Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital samt Arbejdsmedicinsk Afdeling på Sydvestjysk Sygehus Grindsted. På Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, OUH, Odense foretages desuden specialiseret udredning og diagnosticering af arbejdsrelateret PTSD, ligesom der rådgives om aktuel eller fremtidig arbejdstilknytning med fokus på forebyggelse af sygdomsforværring og retraumatisering. Arbejds- og Miljømedicinsk klinik OUH, Odense forsker og underviser inden for området Arbejdsrelateret psykotraumatisering. For begge de arbejdsmedicinske klinikker gælder, at der ikke gennemføres behandling af PTSD. Klinikkerne kan henvise til psykiatrien ved PTSD diagnose, eller rådgive almen praktiserende læge om henvisningsmuligheder og anbefalede behandlingsstrategier.

3.5. Landkort over psykiatriske tilbud for de tre målgrupper samt tilbud ved RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



4. Kortlægning over aktiviteter for målgrupperne

4.1 Flygtninge med PTSD

Nedenstående kortlægning er afgrænset til voksne personer over 18 år[1] med flygtninge- og indvandrerbaggrund med lovligt ophold i Danmark, som er blevet traumatiseret i et andet land end Danmark som følge af flugt- og krigsoplevelser, systematisk politisk forfølgelse samt systematiske, organiserede overgreb som vold, tortur og lignende.

Indholdet bygger på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til aktører med kontakt til flygtninge med PTSD inden for almen praksis, kommunerne og psykiatrien. Input fra respondenterne er herefter kvalificeret i arbejdsgruppen.

Der kan være variation i den kommunale flygtningeindsatsats, grundet lokal organisering og ressourcemæssige muligheder. Nedenstående beskrivelse af kommunale aktiviteter i relation til opsporing, udredning og behandling/tilbud er dermed blot et overordnet billede af, hvilken rolle kommunerne varetager ift. flygtninge med PTSD.

4.1.1 Opsporing

Aktører med aktiviteter inden for opsporing: 1) almen praksis, 2) kommuner, 3) somatiske sygehuse og 4) psykiatrien og RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede.

Almen praksis

For flygtninge sker opsporing af PTSD i almen praksis som en del af den almindelige sundhedsfaglige opsporing, ligesom det gøres for øvrige patientgrupper. I mødet med patienter er praktiserende læger med til at screene for PTSD gennem samtaler og afklaring med patienten.

Almen praksis kan i forbindelse med opsporing og screening samarbejde med patientens kommune, Indvandrermedicinsk Klinik OUH, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og diverse kliniske afdelinger primært på de omkringliggende sygehuse.

Kommuner

Ved kommunerne sker opsporingen igennem den almindelig sagsbehandling. Her samarbejder kommunerne bl.a. med borgers egen læge for at belyse den givne sag med alle relevante lægelige oplysninger, som beskriver de udfordringer og hensyn, der skal tilrettelægges efter i fx en beskæftigelsesrettet indsats.

Der er stor variation i kommunernes opsporingsindsatser. Der er kommuner der arbejder med aktiviteter, der har til formål at klæde medarbejdere på til at arbejdere med målgruppen af flygtninge med PTSD. Aktiviteter der både kan styrke medarbejdernes kompetencer til at opspore symptomer på PTSD men også medvirke til at støtte borgerne til at mestre et liv med deres sygdom. Der er fx en kommune, som iværksætter oplæg om sygdomsmestring og sygdomsopfattelse på sprogskolen og kommunens private aktører inden for beskæftigelsestilbud. Der er også en kommune, der afholder faste samarbejdsmøder med foreningen LINK, som er en del af Dansk flygtningehjælp. Jobrådgivere er ligeledes opmærksomme på tegn på traume hos målgruppen. En kommune har ansat en sygeplejerske til at nedbringe fravær. Hun tager trivselssamtaler med borgere med højt fravær. Ved mistanke om PTSD går hun med borgerens samtykke i dialog med borgerens

[1] Målgruppen for Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i psykiatrisygehuset er fra 20 år. Dog kan 18-19 årige henvises, når det vurderes, at der er behov for et specialiseret traumefokuseret behandlingstilbud, og der forud for henvisning til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere er foretaget en vurdering ved børn- og ungepsykiatrisk afdeling med henblik på bred børnepsykiatrisk vurdering og evt. diagnostisk udredning.

egen læge. Andre kommuner har særligt fokus på at holde tværfaglige møder med de aktører, der er involveret i borgerens forløb som fx sprogcenter, praktiksted, læger og behandlingssteder som RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, Afdeling for Traume- og torturoverlevere og misbrugscentre. Der er en række kommuner, der ikke har målrettede opsporingsindsatser. Screening og opsporing sker typisk via de første samtaler med sagsbehandler på Jobcentret, som en del af visitationsperioden.

Kommunerne samarbejder med praktiserende læger, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik – OUH
Regionens somatiske sygehuse har i henhold til Sundhedsloven ikke opgaver inden for primær forebyggelse som sådan. Indvandrermedicinsk Klinik - OUH afdækker dog tegn på PTSD og uafklarede helbredsproblemer, samt opsporing af børns trivselsproblemer samt opsporing af psykisk sygdom.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Regionens psykiatrisygehus har i henhold til Sundhedsloven ikke opgaver inden for primær forebyggelse. For patienter der ses i lokalpsykiatrien, vil der være opsporing af PTSD i lokalpsykiatrien.

RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede har heller ingen forudgående screening, RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede underviser dog i tidlig opsporing og yder til tider supervision af det professionelle netværk, der er i kontakt med flygtninge og deres familier. RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede kan således rekvireres til at undervise samarbejdspartnere ved kommunale afdelinger, hospitalsafdelinger, praktiserende læger, sprogskoler, mfl. for at styrke den tidlige opsporing af PTSD. Dette er ikke formaliseret.

4.1.2 Udredning
Aktører med aktiviteter inden for udredning: 1) almen praksis, 2) kommunen, 3) somatiske sygehus/indvandremedicinsk klinik og 4) psykiatrien og RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede.

Almen praksis
Den praktiserende læge har det samlede ansvar for trådene i udredning samt desuden diagnostik og differentialdiagnostik inden henvisning til psykiatrien eller somatiske undersøgelser. Henvisning til psykiatrien ved Afdeling for Traume- og Torturoverlevere skal altid ske elektronisk og det er vigtigt, at fastlagte krav til form og indhold er opfyldt, se nærmere på Henvisning til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere (https://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm513132)

For information om krav til henvisninger til RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede se nærmere på: Henvisning til RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede (https://rct.life/henvisning/).

Kommuner
Kommunerne har ikke udredningsaktiviteter i forhold til selve den diagnostiske udredning af flygtninge med PTSD, som sker i psykiatrien ved Afdeling for Traume- og Torturoverlevere eller i institionen RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede. Kommunerne har forskellige indsatser i forhold til at afklare borgernes arbejdsevner set i forhold til deres PTSD. Kommunerne holder rundbordssamtaler med bl.a. deltagelse af borgeren og dennes egen læge, for at få afdækket evt. skånebehov i forbindelse med forskellige indsatser i forhold til at afklare borgernes arbejdsevner set i forhold til deres PTSD. Dette kan fx være i form af karriereværksteder, CV og jobsøgning eller afklarende virksomhedspraktiker, samt andre individuelle tiltag i den enkelte kommune.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik – OUH
Indvandrermedicinsk Klinik på OUH har som kerneopgave at udrede. De første samtaler er koncentreret om en fuldstændig problemafklaring, men ikke kun om PTSD. Indvandrermedicinsk Klinik samarbejder med almen praksis, kommuner, Arbejdsmedicinsk Klinik samt relevante somatiske sygehusspecialer, RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og det øvrige psykiatrisygehus.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og Psykiatrien i Region Syddanmark ved Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foretager udredning for PTSD hos flygtningemålgruppen.

Psykiatriens Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foretager psykiatrisk udredning af flygtninge med PTSD med fokus på, om patienten opfylder diagnosekriterierne for PTSD. I den forbindelse tages stilling til, om der skal tilbydes relevante behandlings- og støttetilbud

I den selvejende institution RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede foregår udredningen ved tre ambulante samtaler. Udredning forestås af henholdsvis af psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere. Der er et standardiseret tværfagligt anamneseinterview, herunder traumeanamnese. Fokus på PTSD, men også komorbide tilstande som angst og depression. Tværsektoriel dialog med det professionelle netværk om patienten. Økonomiske-, opholds-, familie-, samt job- og uddannelsesmæssige forhold. Somatiske problemer i relation til fysiske skader efter fysisk vold og flugt, samt psykosomatiske reaktioner. Psykiatriske konsulenter benyttes efter behov in house med henblik på medicinsanering eller medicinopstart. Ortopædkirurgisk konsulent benyttes ved udredning af somatiske komplikationer direkte relateret til fysiske senfølger af overfald og flugt. Centret har en sundhedsfaglig koordinator (sygeplejerske), der favner alle aktuelle patienter.

Henvisning til RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og Afdeling for Traume- og Torturoverlevere kan ske via praktiserende læge, privat praktiserende psykiater, kommuallæge, en anden sygehusafdeling - enten somatisk eller psykiatrisk. Afdeling for Traume- og Torturoverlevere tilbyder speciallægerådgivning til henvisende læge. Se nærmere på Henrvisning til psykiatrien (https://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Dokument34767.htm) og Henvisning til RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede (https://rct.life/henvisning/).

4.1.3 Behandling og tilbud
Aktører med aktiviteter inden for behandling og tilbud: 1) almen praksis, 2) kommunen, 3) somatiske sygehus/indvandremedicinsk klinik og 4) psykiatrien og RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede.

Almen praksis
Praktiserende læger har det samlede ansvar og modtager behandlingsplaner bl.a. efter udredning på Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i psykiatrien eller RCT – rehabiliteringsCenter for Traumatiserede. Derudover er praktiserende læge ansvarlig for sygemelding og attester til kommunen.

Kommuner
En række kommuner har særlige aktiviteter inden for uddannelse og job for integrationsborgere, hvor der er samarbejde med de aktører, der er involveret i borgerens forløb, som Afdeling for Traume-og Torturoverlevere og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik – OUH
Indvandrermedicinsk Klinik arbejder med rehabilitering, smertehåndtering og økonomisk rehabilitering og afholder netværksmøder. I den forbindelse samarbejdes der med kommunale sagsbehandlere og patientens egen læge.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i Psykiatrien i Region Syddanmark behandler flygtninge med PTSD. Det er en forudsætning for igangsættelse af behandling, at der forinden er sket en udredning/visitation, der klarlægger, at behandling i regionspsykiatrien er den mest hensigtsmæssige. Det kan løbende i patientens behandlingsforløb være nødvendigt, at supplere med yderligere udredning.

Behandlingen følger Danske Regioners pakkeforløb for voksne traumatiserede flygtninge. Behandlingen består af farmakologisk og non-farmakologisk behandling. Den non-farmakologiske behandling består af traumeterapi, psykoedukation, behandling af komplicerende forhold og pårørendesamtaler. Psykoedukation kan fx vedrøre sygdomsforståelse eller livsstilsfaktorer. Behandling af komplicerende forhold omhandler fx psykiatrisk fysioterapeutisk kropsterapi og specialiseret socialfaglig rådgivning. Et behandlingsforløb i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foregår ofte i gruppe med andre patienter, men kan også foregå som individuelle samtaler mellem patient og behandler. Den medicinsk behandling består også af opfølgning og justeringer af den medicinske behandling. Patienter i behandling på Afdeling for Traume- og Torturoverlevere introduceres også til peers og muligheden for inddragelse af denne i grupper og ad hoc.

Behandlingen på RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede består af ambulant tilbud med ugentligt fremmøde, ofte tolkede samtaler. I den tværfaglige behandling (psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut) er der fokus på symptomreduktion og lindring, med en kombination af farmakologiske – og non-farmakologiske metoder. Der er tre overordnede pakker: Traumefokuseret, Ressourceopbyggende behandling samt Støttende og netværksopbyggende behandling. Pakkernes indhold sammensættes på baggrund af den enkeltes ressourcer til at indgå i behandlingen. Der ydes også psykoedukation, rådgivning og vejledning med henblik på rehabilitering, borgerkompetencer, symptomhåndtering, genoptræningsplaner, ”brandslukning”, støtte til sikring af opholdsgrundlag, netværksmøder, status- og funktionsbeskrivelser. Behandlingen omfatter også pårørendesamtaler (ægtefæller, partnere, børn og unge, mfl.).

4.1.4 Videre henvisning

Almen praksis
Der kan være lægelige vurderingsopgaver for almen praksis efter endt behandling i RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede eller Afdeling for Traume- og Torturoverlevere.

Kommuner
Der er enkelte kommuner, der i samarbejde med frivillige foreninger har støtte- og rehabiliteringstilbud til traumatiserede flygtninge.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik - OUH
Indvandrermedicinsk Klinik har etableret peer-mentor forskningsprogram til patientstøtte efter afslutning.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i psykiatrien udarbejder erklæringer til diverse instanser. Afdeling for Traume- og Torturoverlevere har et samarbejde med Red Barnet, hvor patienter bliver introduceret til Red Barnets tilbud, som fx en sommerlejr via deres behandler og kan så benytte sig af det. Afdelingen har derudover haft ”åbne” invitationer ud til kommunerne til at komme ind på afdelingen til en uforpligtende ”kop kaffe” med det formål, at lære hinanden at kende og gensidigt orientere hinanden om måder de arbejder på.

Som i psykiatrien afsluttes alle patientforløb i RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede med en kortfattet epikrise til almen praktiserende læge, der opsummerer udredning, behandlingsindsats, effekt af behandling samt anbefalinger ved opfølgning eller yderligere udredning i andet regi. Patienter der i forbindelse med udredning eller behandling giver udtryk for aktive suicidale impulser eller handlinger, fremstår psykotiske, med skizofrene forestillinger eller med svært reduceret realitetstestning, afsluttes præmaturt og viderehenvises.

Patienter, der mister deres lovlige ophold i Danmark afsluttes ved udvisning af landet. Kommunale sagsbehandlere anmoder ofte om status- og funktionsbeskrivelser til brug i den videre sagsbehandling i kommunalt regi.

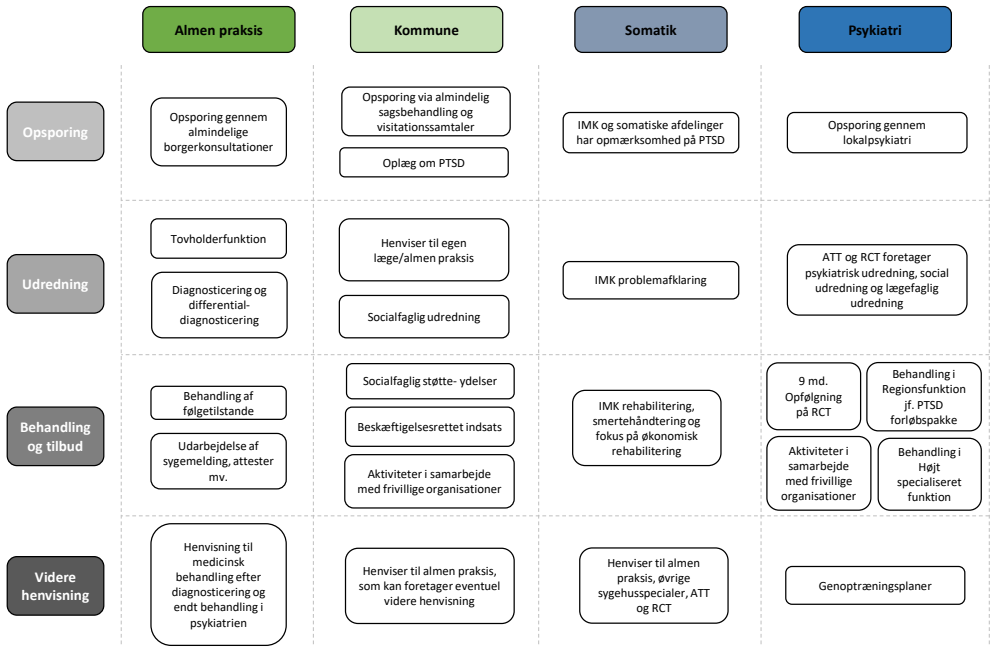
RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede udfærdiger efter behov fysiske genoptræningsplaner i koordinering med kommunale fysioterapeuter og sundhedscentre.

I samarbejde med frivillige fra Red Barnet indgår RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede i projektet ”Ud af krigens skygge”, der månedligt afvikler oplevelsesture og en årlig sommerlejr for traumatiserede børn og deres forældre, hvor fokus er på de gode oplevelser, børnene får sammen med deres forældre.

RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede foretager også kontakt til lokale frivilligrådgivning efter behov.

4.1.5 Aktøroverblik for flygtninge med PTSD

Nedenstående figur er en grafisk fremstilling af de forskellige aktørers aktiviteter i relation til flygtninge med PTSD. Figuren er en kondensering af ovenstående beskrivelse af aktiviteter på området og refererer dermed tilbage dertil.



4.2 Veteraner med PTSD

Nedenstående kortlægning bygger på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige aktører med kontakt til veteraner med PTSD inden for almen praksis, forsvaret, kommunerne og psykiatrien. Input fra disse respondenter er herefter kvalificeret i arbejdsgruppen.

Der kan være variation i den kommunale veteranindsatsats, grundet lokal organisering og ressourcemæssige muligheder. Nedenstående beskrivelse af kommunale aktiviteter i relation til opsporing, udredning og behandling/tilbud er dermed blot et overordnet billede af, hvilken rolle kommunerne varetager ift. veteraner med PTSD.

4.2.1 Opsporing

Aktører med aktiviteter inden for opsporing: 1) almen praksis, 2) Veterancentret og 3) kommunen.

Almen praksis

Almen praksis opsporer veteraner med PTSD gennem deres almindelige patientkonsultationer, hvor de afdækker patientens behov ud fra deres tilstand og henviser dem til relevante aktører. Almen praksis samarbejder med Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, Kommunen, rusmiddelcentre og Veterancentret i relation til veteraner med PTSD.

Veterancentret

Inden for opsporing tilbyder Veterancentret en døgnvagttelefon betjent af psykologer og socialrådgivere, rutinemæssige hjemkomstsamtaler, samtaler ved repatrieringer, fyraftensmøder, konferencer (Viden om veteraner mv.) samt deltagelse i projekter under Danmarks Idrætsforbund.

Derudover har Rådgivnings- og rehabiliteringsafdelingen (RRA) løbende projekter, f.eks. Fælles om veteraner #39, og holder oplæg på veterancaféer og veteranhjem. Videre knytter indsatsen samarbejdsbånd til kommunale afdelinger såsom jobcenteret. I forhold til opsporing af veteraner med PTSD arbejder Veterancentret og dets underafdelinger således sammen med både psykiatrien, frivillige organisationer samt kommunale afdelinger.

Kommuner
I forhold til opsporing arbejder kommunerne rent kommunikativt med følgende fire indsatser: 1) oplæg fra veterankoordinatoren, 2) samarbejde om kontakt til målgruppen gennem veterankoordinatoren, Veterancentret og Veteranhjemmet, 3) dedikerede mailadresser og telefonnumre til veteraner, som ønsker kontakt til kommunen, og 4) administration af facebooksider dedikeret til kommunikation om kommunens- og andre aktørers tilbud til veteraner.

Kommunen arbejder i øvrigt med det opsøgende arbejde under §99 og i samarbejde med rusmiddelcentre via §142. I forbindelse med det kommunale opsporingsarbejde er der fokus på, at holde medarbejderoplæg internt, så medarbejderne i de forskellige forvaltninger er bekendte med kendetegnene på PTSD.

Videre medvirker kommunen også til afholdelse af specifikke arrangementer såsom flagdag eller aktivitetsaftener i sportsforeninger. Til trods for at disse arrangementer ikke handler om at opspore, gør den kommunale tilstedeværelse det muligt for veteraner med PTSD at rette henvendelse efter behov.

I forbindelse med ovenstående indgår kommunen i en række samarbejder med andre organisationer, såsom 4kløveren, veterancentret, KFUM soldatermission, Danmarks Idrætsforbunds Soldaterprojekt, Camp Pol osv. Yderligere holdes en løbende kontakt til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og Veterancentret, for at sikre gensidig opmærksomhed på borgere i de to systemer.

4.2.2 Udredning

Aktører med aktiviteter inden for udredning: 1) Veterancentret, 2) kommunerne og 3) psykiatrien.

Veterancentret
Til udredning af veteraner med PTSD benytter Veterancentret sig af visitationssamtaler og diverse screeningsredskaber (såsom DASS, PCL-C og ITI). Veterancentret foretager yderligere tværfaglig udredning. Her samarbejdes med EL, psykiatrien, kommunerne, Veterancentrets netværkspsykologer og videnscentret i Veterancentret. Der inddrages forskellige samarbejdspartnere afhængig af relevansen i den konkrete sag.

Kommuner
Kommunen arbejder ikke selv med udredning. Her henvises, gennem almen praksis, til samarbejdspartnere såsom Psykiatrisk Afdeling Odense og Afdeling for Traume- og Torturoverlevere. Kommunen kan også opfordre borgeren til at kontakte Veterancentret og derigennem blive henvist til deres netværkspsykologer. Kommunen igangsætter eksempelvis dette arbejde i jobcentersammenhæng i forbindelse med eventuelle ansættelser af veteraner i private eller offentlige virksomheder. Hvis kommunen, i forbindelse med kontakt via socialafdelingen, veterankoordinatoren eller jobcenteret, møder en borger, hvor der er mistanke om psykisk sygdom, undersøges det, om personen har været udsendt og en eventuel udredning iværksættes andetsteds herefter.

På Stofmisbrugscenteret anvender de blandt andet redskaber som ASI score, VEKTO og Map plan til at afdække borgeren ift. serviceloven og andre tilbud i kommunen. Denne udredning er dog ikke sidestillet med en psykolog-/lægefaglig udredning foretaget hos eksempelvis Afdeling for Traume- og Torturoverlevere eller Forsvarets netværkspsykologer.

Som benævnt ovenfor henviser kommunen til en række samarbejdspartnere, når der skal foretages en udredning. Den primære samarbejdspartnere for kommunen i forbindelse med udredningen er Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i Vejle og Odense.

Psykiatrien
Speciallægeundersøgelser af henviste veteraner foregår på Psykiatrisk Afdeling i Odense med psykopatologisk udredning (PSE), vurdering af medicinsk behandlingsbehov samt somatisk vurdering. Videre laves psykologisk udredning, fysioterapeutisk vurdering og socialfaglig vurdering ved socialrådgiver på Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i Odense og Vejle. Efterfølgende drøftes diagnose og behandlingsmuligheder på tværfaglig konference, hvor den videre behandling også planlægges.

Henvisning for traumatiserede veteraner til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere skal ske via læge. Dette kan være egen læge, privatpraktiserende psykiater, kommunelæge samt læge fra andre psykiatriske afdelinger eller somatiske afdelinger. Såfremt praktiserende læger får mistanke om PTSD hos en patient, der har været udsendt for det danske forsvar, kan der henvises til de psykiatriske afdelinger i regionen. Patienten kan kun henvises til det højt specialiserede tilbud via Militærpsykologisk Afdeling eller en psykiatrisk afdeling. Henvisning til psykiatriske afdelinger for voksne skal ske ved Praktiserende læger, vagtlæger, praktiserende speciallæger samt kommunale misbrugscentre. Se nærmere om henvisning til psykiatrisygehuset: https://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Dokument34767.htm

4.2.3 Behandling og tilbud
Aktører med aktiviteter inden for behandling og tilbud: 1) Veterancentret, 2) kommunerne og 3) psykiatrien.

Veterancentret
Veterancentret tilbyder individuelt tilpasset psykologisk behandling på individ og gruppeniveau, familerådgivning via FamillieEnheden og tværfaglig indsats med inddragelse af socialrådgivere, beskæftigelsesrådgivere, opsøgende rådgivere og brobygger. Veterancentret råder over Psykolognetværket, som varetager behandlingsopgaver på deres vegne. Dette giver veteraner og pårørende adgang til behandling i nærområdet.

Herudover tilbyder Veterancentret økonomisk vejledning, PREP-kurser, fyraftensmøder, netværksmøder og børnegrupper. Veterancentret har videre en pulje, som frivillige foreninger kan søge til at afholde arrangementer for veteraner. I de ovenstående tilbud arbejder Veterancentret og dets underafdelinger sammen med kommunale afdelinger, psykiatri, EL, veteranhjemmene, private aktører, frivillige aktører samt fagforeninger.

Kommuner
Hvis kommunen har en veterankoordinator, er det ofte denne som assisterer veteranerne i kontakten med kommunen. Veterankoordinatoren spiller generelt en stor rolle i forhold til kommunens engagement i aktiviteter og behandlingstilbud til målgruppen. De kommunale tilbud kan eksempelvis indbefatte foredrag for veteraner og deres pårørende, som bliver afviklet i samarbejde med Familienetværket, lokalpsykiatrien og lokale foreninger eller videnspersoner. Ud over foredrag er kommunen ofte også aktiv ift. at arrangere sociale aktiviteter såsom udflugter.

Kommunen står også for stofbehandlingstilbuddet, som kan være relevant for en gruppe af veteranerne.

Slutteligt tilbydes coachingkurser, mentorordning, mestringsforløb, stress-/angst- og depressions håndteringsforløb med mere i samarbejde med netværkspsykologer (eksempelvis når veteranen ikke allerede er forløb i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere) og veterancenter.

Psykiatrien

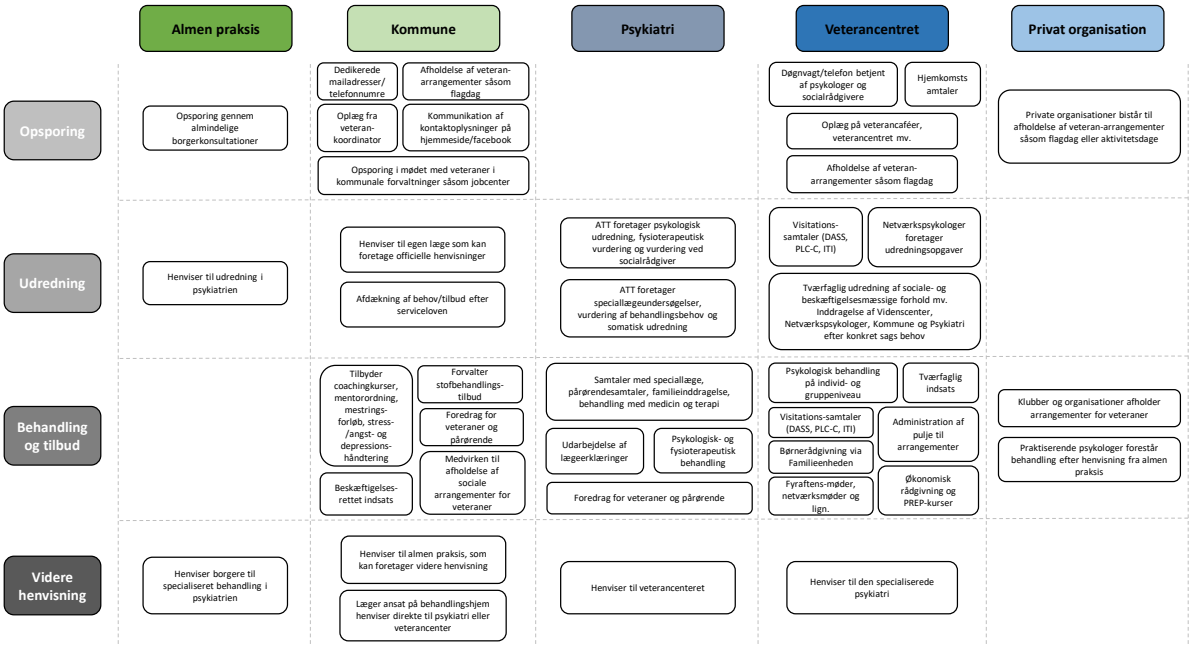
Psykiatrisk Afdeling Odense tilbyder veteranerne behandling i samarbejde med Afdeling for Traume-Torturoverlevere. Dette indbefatter samtaler med speciallæge i psykiatri, pårørende samtaler, familieinddragelse og vurdering af behandlingseffekt med medicin og terapi (psykoedukation). Der udarbejdes, på baggrund af behandlingen, lægeerklæringer til kommuner, forsikringsselskaber, Helbredsnævnet og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES). Via Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foretages psykologbehandling og fysioterapeutisk behandling med støtte fra socialrådgiver og eventuel peer-medarbejder.

4.2.4 Videre henvisning

Almen praksis og Veterancentret henviser borgere til den regionale- og specialiserede funktion i Psykiatrisk Afdeling Odense. Her vil de blive udredt og eventuelt modtage behandling på Afdeling for Traume- og Torturoverleveres enheder i enten Vejle eller Odense. Kommunen kan ikke selv henvise til psykiatrien og henviser derfor borgeren til egen læge/almen praksis, som kan hjælpe dem videre i systemet.

4.2.5 Aktøroverblik for veteraner med PTSD

Nedenstående figur er en grafisk fremstilling af de forskellige aktørers aktiviteter i relation til veteraner med PTSD. Figuren er en kondensering af ovenstående beskrivelse af aktiviteter på området og refererer dermed tilbage dertil.



4.3 Øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

Følgende kortlægning beskriver forskellige aktører med aktiviteter, tilbud og/eller indsatser til målgruppen af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD, samt hvordan disse aktører samarbejder omkring målgruppen.

Kortlægningen bygger på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige aktører med kontakt til veteraner med PTSD inden for almen praksis, forsvaret, kommunerne og psykiatrien. Input fra disse respondenter er herefter kvalificeret i arbejdsgruppen.

4.3.1 Opsporing

Opsporing af borgere med arbejdsrelateret PTSD pågår flere steder både indenfor og uden for sundhedsvæsnet. Opsporingen af personer med arbejdsrelateret PTSD kan være besværlig for såvel det kommunale som regionale frontpersonale, og det sætter krav til samarbejdet mellem aktører samt pårørende om at fange tegn på PTSD.

Aktører med aktiviteter inden for opsporing: 1) kommuner, 2) almen praksis, 3) somatiske sygehuse og 4) evt. arbejdsplads.

Kommuner

Ved kommunerne sker opsporingen igennem den almindelig sagsbehandling. Derudover sker opsporingen i kommunerne ved borgeres selvhenvendelse eller via visitationssamtaler, hvor blandt andet mulige tegn på PTSD afdækkes.

Almen praksis

I mødet med patienter er praktiserende læger med til at screene for PTSD gennem samtaler og afklaring med patienten. Endvidere kan forsikringsselskaber og fagforeninger tage kontakt til praktiserende læge, hvis en af deres medlemmer viser tegn på arbejdsrelateret PTSD. Ved mistanke om arbejdsrelateret PTSD kan praktiserende læge henvise til lokalpsykiatrien eller til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik med henblik på udredning.

Somatik

På somatiske sygehuse screenes indimellem for PTSD i forbindelse med arbejdsmedicinsk udredning af patienter. I den forbindelse anbefales også relevant behandling, hvis der findes tegn på PTSD. Arbejdsmedicinsk klinik orienterer patientens egen læge om vurderinger ved fremsendelse af behandlingsplanen. Derudover anbefales patienterne også at række ud til deres faglige organisation/fagforening, når dette er relevant.

Arbejdsgiver

Ofte er det menneskerne tæt på den enkelte borger med PTSD, som opdager de første tegn på ændringer i adfærden eller forværring af eksisterende symptomer. Det kan eksempelvis være familie, venner eller kollegaer som er med til at opspore tegn på PTSD.

Nogle arbejdspladser har indsatser der bidrager til at opspore tegn på PTSD hos de ansatte. Her kan eksempelvis nævnes Rigspolitiets, Falcks, og hospitalernes personale psykologer. Ligeledes har flere arbejdspladser aftaler med psykologer gennem forsikringsordninger, hvor ansatte kan henvises ved mentale helbredsproblemer og mistrivsel. Her kan der forventes at forekomme screening for mulig PTSD, når der har været voldsomme hændelser eller når problematikken er velkendt for det enkelte arbejdsområde.

I Region Syddanmark har alle arbejdspladser og fagforeninger desuden henvisningsret til de Arbejdsmedicinske Klinikker, hvis der er mistanke om mentale helbredsproblemer opstået i relation til arbejdet.

4.3.2 Udredning

Udredningen af borgere med arbejdsrelateret PTSD foregår i samarbejde mellem flere aktører, som inddrages på forskellige tidspunkter.

Aktører med aktiviteter inden for udredning: 1) kommuner, 2) almen praksis, 3) somatiske sygehuse og 4) psykiatrien.

Kommuner

Når en borger med PTSD søger om støtte af socialfaglig karakter laves en social faglig udredning (voksenudredningsmetoden). Kommunerne har ikke nødvendigvis særlige udredningstilbud, der henvender sig til netop denne målgruppe. Er det ikke tilfældet vil de samarbejde med praktiserende læge, psykiatrien eller en psykolog i forhold til at få udredt borgeren.

Almen praksis

Den praktiserende læge har det samlede ansvar for at sikre den nødvendige og tilstrækkelige udredning diagnostik inden evt. henvisning til psykiatrien eller specialiseret somatisk udredning og behandling.

Somatik

I det somatiske sygehusvæsen kan der henvises til udredning på Arbejds- og miljømedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital eller Arbejdsmedicinsk Afdeling på Sydvestjysk Sygehus, når der er mistanke om arbejdsrelateret psykisk lidelse. De arbejdsmedicinske kliniker har udredning som speciale.

Udredning på de Arbejdsmedicinske klinikker har fokus på diagnosticering, ætiologiske årsagsfaktorer og prognostiske risikofaktorer. I den arbejdsmedicinske udredning samarbejdes med patientens egen læge, øvrige afdelinger på hospitalet, eventuel fagforening, arbejdsplads og kommune, hvor det er relevant og efter patientens ønske. På Arbejds- og Miljømedicinsk klinik OUH, eksisterer der en kombineret klinisk og forskningsenhed der har specialiseret udredning og rådgivning for arbejdsrelateret PTSD.

De arbejdsmedicinske kliniker rådgiver primærbehandlere, eksempelvis praktiserende læge, om behandlingsstrategi og prognose. Ligeledes rådgiver de Arbejdsmedicinske kliniker omkring tiltag i forhold til arbejdsmarkedet. Her kan de Arbejdsmedicinske kliniker deltage i møder med virksomhed eller rundbordssamtaler med kommune fagforening og virksomhed samt øvrige relevante behandlere. Dog er det nødvendigt, at møderne har et afklarende sigte i relation til arbejdsmarkedet.

Er det ikke muligt at afklare det fulde diagnostiske billede (f.eks. ved mistanke om personlighedsforstyrrelser), anbefales praktiserende læge at henvise til psykiatrien eller privat praktiserende psykolog med henblik på udredning og diagnosticering som led i et reelt behandlingsforløb.

Psykiatrien

Psykiatrisygehuset udreder patienter der er henvist fra praktiserende læger og psykiatriske akutmodtagelser, med fokus på om patienten opfylder diagnosekriterierne for PTSD. I den forbindelse tages stilling til, om der skal tilbydes relevante behandlings- og støttetilbud. På hovedfunktionsniveau laves psykologisk udredning, social udredning og lægefaglig udredning, hvor der samarbejdes med relevante parter såsom patientens egen læge og kommune.

4.3.3 Behandling og tilbud

I følgende afsnit beskrives et lille udsnit af indsatser og behandlingstilbud til øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Udfordringen for målgruppen er generelt at der ikke findes mange indsatser direkte målrettet denne målgruppe.

Den primære behandling sker i dag i primærsektoren og er oftest koordineret ved almenpraktiserende læge. Behandlingen foretages ved privatpraktiserende psykologer og speciallæger i psykiatri, samt ved psykolog-tilbud gennem arbejdsgivere. Der er dog ikke tale om at borgere, med arbejdsrelateret PTSD, i disse tilfælde er sikret forløb ved behandlere som er specialiseret indenfor psykotraumatologien. Yderligere vil ansatte der udvikler arbejdsrelateret PTSD ofte have problemer med at opnå tilskud til psykologhjælp via sygesikringen, da de traumatiserende hændelser kan forekomme mere end 6-12 måneder forud for sygdommens fulde manifestation og en endelige diagnostisk afklaring.

Aktører med aktiviteter inden for behandling og tilbud: 1) kommuner, 2) almen praksis og 3) psykiatrien.

Kommuner
Der findes sjældent et særligt tilbud målrettet øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. I stedet planlægges individuelle forløb, hvorfor der kan være stor variation på tværs af kommunerne. Her samarbejder kommunerne blandt andet med borgers egen læge for at belyse den givne sag med alle relevante lægelige oplysninger, som beskriver de udfordringer og hensyn der eksempelvis skal tilrettelægges efter i en beskæftigelsesrettet indsats.

Ved kommunen kan borgeren tilbydes støtte efter servicelovens paragraffer §12, 85, 99 og ved behov for botilbud §§ 107 og 108. Mange kommuner tilbyder desuden kurser af forskellig art eksempelvis: Recovery-kurser, mestringskurser, mentorordninger, coaching, mindfulness kurser m.fl.

Flere kommuner tilbyder samme indsatser til øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD som til veteraner, hvilket også er aktive tilbud i form af fysisk træning, livsstilsforløb mv. Enkelte kommuner anvender også praktikafprøvning som en indsats i tæt samarbejder med virksomheder.

Almen praksis
Praktiserende læger har det samlede ansvar og modtager behandlingsplaner bl.a. efter udredning på arbejdsmedicinsk klinik. Typisk er praktiserende læge ansvarlig for den medicinske behandling efter primær diagnostik. Derudover er praktiserende læge ansvarlig for sygemelding, attester til kommunen og behandling af følgetilstande som eksempelvis depression. Lange ventetider kan være en udfordring for praktiserende læger, når de henviser til de konkrete behandlingstilbud som findes til målgruppen.

Psykiatrien
Psykiatrisygehuset tilbyder, i første omgang, behandling ud fra PTSD forløbspakken. Der tilbydes både behandling i gruppe- og individuelle forløb. Behandlingen består dels af medicinsk behandling, psykoedukation omkring PTSD, individuel traumefokuseret psykoterapi, fysioterapi og socialrådgiver støtte. Det vurderes i den enkeltes tilfælde, hvilke elementer af PTSD-pakken der er behov for samt eventuelle behov udover PTSD-pakken. På hovedfunktionsniveau har personalet særlige kompetencer indenfor PTSD og behandlingen heraf, men personalet har ikke særlige kompetencer til at håndtere lige netop arbejdsrelateret PTSD. I forbindelse med behandlingen i psykiatrien samarbejdes der med praktiserende læge, kommunal sagsbehandler, mentor og eventuelt socialpsykiatrisk tilbud.

4.3.4 Videre henvisning

Kommuner

Kommunen kan opfordre borgere til at henvende sig til den praktiserende læge med tegn på PTSD. Dette med henblik på eventuel viderehenvisning til psykiatrien. Enten til særlige behandlingstilbud i lokalpsykiatrien eller til internetpsykiatrien for angst eller depression.

Almen praksis

Praktiserende læge henviser ofte til psykolog, privatpraktiserende psykiater samt arbejdsmedicinsk klinik og lokalpsykiatrien i særlige tilfælde. En udfordring er imidlertid, at der ikke findes mange målrettede behandlingstilbud for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD.

Somatik

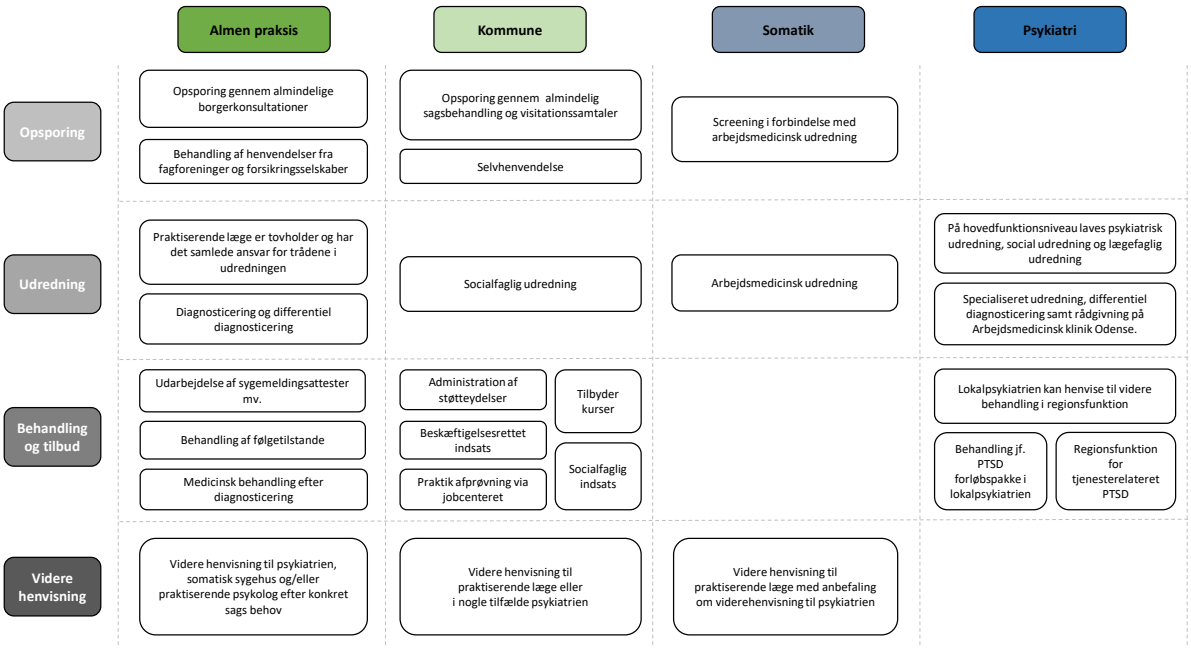
Efter arbejdsmedicinsk udredning sendes anbefalinger til behandling og videre henvisning til patientens egen læge, som er den primære tovholder for patientsagen. Derfor foregår mange videre henvisninger gennem borgers praktiserende læge med henblik på at sikre overblik hos den primære sundhedsperson. De arbejdsmedicinske kliniker har dog mulighed for også at henvise internt til andre somatiske afdelinger, til indvandrer medicinsk klinik eller til afdelinger i psykiatrien.

Psykiatrien

Efter behandling i lokalpsykiatrien kan patienten henvises til regionsfunktion for tjenesterelateret PTSD i psykiatrien, Odense Universitetshospital, hvis behandlingen på hovedfunktion ikke har været tilstrækkelig.

4.3.5 Aktøroverblik for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

Nedenstående figur er en grafisk fremstilling af de forskellige aktørers aktiviteter i relation til øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Figuren er en kondensering af ovenstående beskrivelse af aktiviteter på området og refererer dermed tilbage dertil.



5. Samarbejde og koordinering

Sideløbende med behandlingen for PTSD i psykiatrien kan borgeren have behov for andre indsatser, hvor flere aktører er involveret. Det er derfor af afgørende betydning, at det er tydeligt for borger og sagsbehandlere, hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb, og ikke mindst hvordan disse aktører bringes i spil. Det kan fx være egen læge, psykiatri, jobcenter m.fl.

I forhold til veteraner med PTSD er der særskilt forpligtelse i Sundhedsstyrelsens Specialeplan til at samarbejde med Veterancentrets Militærpsykologiske afdeling.

Én samlet indgang i kommunen
Med samarbejdsaftalen forpligter kommunerne sig på at sikre én samlet indgang i kommunen vedrørende borgere med PTSD. Det skal forstås på den måde, at det for borgere med PTSD, deres pårørende og samarbejdsparter er tydeligt, hvor de skal henvende sig i kommunen, når der er behov for kontakt med kommunen i forhold til en borger med PTSD. En samlet indgang kan organiseres forskelligt fra kommune til kommune fx i form af koordinatorfunktioner for flygtninge, veteraner og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Uafhængig af organiseringen skal det være nemt for den enkelte borger, pårørende eller samarbejdspartnere at få kontakt til rette vedkommende i kommunen.

Systematisk kommunikation
Forløbene for borgere med PTSD er ofte præget af kompleksitet og borgeren kan have brug for flere sideløbende indsatser, hvor flere aktører er involveret. I brede samarbejder er det afgørende, at det er tydeligt, hvilke aktører, som indgår i borgerens forløb og hvordan de forskellige aktører bringes i spil.

Der skal arbejdes for at sikre en mere systematisk udveksling af relevante oplysninger mellem de involverede aktører omkring borgeren med PTSD for at opnå en hurtig og effektiv udredning og behandling af den traumatiserede borgere og sikre effektiv beskæftigelsesindsats. Indhentning af oplysninger på tværs af de involverede aktører forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren.

For de komplekse forløb bør der afholdes netværksmøder/et fælles koordinerende møde mellem de relevante aktører sammen med borgen. Det kan enten være som fysiske eller virtuelle netværksmøder. Afholdelse og deltagelse på disse møder bør opprioriteres og gerne holdes flere gange undervejs i hele borgerens forløb. Særligt første møde er vigtigt at prioritere med henblik på at opnå kendskab til de øvrige aktører i borgerens forløb og udarbejde en koordinerende plan. Overlevering er også særdeles vigtigt ved afslutning af et patientforløb i forhold til de efterfølgende indsatser ved øvrige aktører. Møderne bør selvfølgelig ske med aktiv inddragelse af borgeren, men hvor en af de professionelle aktører er tovholderen for overleveringen.

For en effektiv afvikling af møderne skal der sikres en tydelig dagsorden, der deles med deltagerne forud for møderne og rettidige referater der opsummerer mødets konklusioner. Det er også vigtigt, at de professionelle mødedeltagere ved de fælles koordineringsmøder har beslutningskompetence, så der kan træffes aftaler på møderne.

Fælles undervisning
En fælles forståelse af hinandens rammer, vilkår og sprogbrug kan være med til at skabe mere sammenhængende forløb og gode parallelindsatser for borgeren med PTSD.

De lokale psykiatriske samordningsfora kan derfor med fordel aftale, om der ønskes afholdt fælles undervisning, vidensdeling på tværs af fagområder eller eventuelle fælles fyraftensmøder. Med det formål at styrke kendskabet til hinandens rammevilkår, tilbud og indsatser samt øge forståelsen for hinandens

fagligheder og kompetencer i arbejdet med borgere med PTSD. Det kan eksempelvis være vidensdeling om sygedagpengeregler, sygdomsforståelse for PTSD, sundheds- og beskæftigelsesfaglige termer.

Formaliseret samarbejde om at understøtte tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet
Der er en tæt gensidig sammenhæng mellem borgeres sundhed og deres uddannelses- eller arbejdsmarkedstilknytning. Borgere med sundhedsmæssige udfordringer vil ofte have et højere sygefravær og kan opleve, at det er svært at få eller fastholde et arbejde på ordinære vilkår. Samtidig kan ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode udgøre en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser. Det er forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når mennesker, på grund af psykisk eller somatisk sygdom, mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

En fælles udfordring for mange borgere med PTSD der er eller tidligere har været tilknyttet arbejdsmarkedet er, at uklarhed om deres forsørgelsesgrundlag fylder meget for dem og kan udgøre en barriere for behandling af PTSD.

Med samarbejdsaftalen forpligter parterne sig på, at indgå i udvikling af et formaliseret samarbejde for at understøtte en hurtig arbejdsafklaring og understøtte at borgere med PTSD kan fastholde eller opnå tilknytning til arbejdsmarkedet eller gennemføre en uddannelse. Jobcentrene er centrale for dette arbejde, da de er myndighed i forhold til forsørgelsesgrundlaget, men de er også afhængige af et stærkt samarbejde med de øvrige aktører omkring borgeren med PTSD.

For alle tre målgrupper anbefaler arbejdsgruppen, at der er fokus på afklaring af patienten/borgerens forsørgelsesgrundlag og kortsigtede arbejdstilknytning hurtigst muligt. Disse er væsentlige sygdomsforværrende stressorer, der kan have betydning for behandlingseffekt. Når muligt vil det være bedst at forsørgelsesgrundlag og kortsigtede arbejdstilknytning afklares i kommunal regi umiddelbart efter udredning og diagnosticering frem for at vente til påbegyndt behandling. Her kan der med fordel afholdes fælles møde mellem patient, udredende behandlingsenhed og kommune. Dette for at misforståelser minimeres og der skabes mest mulig klarhed og ro for patienten med henblik på, at patientens ressourcer kan fokuseres på de behandlingsrettede tiltag og egenomsorg.

Det anbefales, at der hurtigt efter endt behandling, eller når det i behandlingen er afklaret om, i hvilken grad funktionsniveauet kan forventes at blive genoprettet, søger at afklare mere langsigtet forsørgelsesgrundlag og arbejdstilknytning. I denne fase kan der også med fordel afholdes et fælles møde mellem patienten, den behandlende eller specialiserede enhed, samt kommunen. Dette for at undgå misforståelser og sikre det bedst mulige beslutningsgrundlag for patienten.

Det formaliserede samarbejde om at understøtte den traumatiserede borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet kan med fordel ske ved at anvende IPS-metoden, (Individuelt Planlagt job med Støtte). Psykiatrien og flere syddanske kommuner har gode erfaringer med at anvende IPS-metoden. Patienter, som visiteres til forløbet, får tilknyttet en IPS-konsulent fra jobcentret. IPS-Konsulenten hjælper med jobsøgningen og er samtidig i tæt kontakt med patientens behandler i psykiatrien. IPS-forløbet tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. IPS-konsulenten er der til at hjælpe borgeren hele vejen, også når de er kommet i job eller uddannelse.

6. Pårørende

Pårørende er helt centrale støttepersoner for patienter med PTSD. De pårørende besidder en stor mængde viden om borgeren, som kan være en hjælp igennem hele forløbet. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne

formår at inddrage de pårørende i et ligeværdigt og tillidsfuldt samarbejde, i de tilfælde hvor borgeren ønsker det.

Forskning viser, at pårørende til kronisk eller længerevarende syge mennesker ofte selv lider af nogle af de følgevirkninger, som patienten oplever, såsom stress, angst/depression og oplevelse af meningsløshed. Som pårørende gennemgår man ligesom patienten et udfordrende recoveryforløb. Derfor er det vigtigt at støtte de pårørende, i den læringsproces det er at mestre rollen som pårørende, og derved hjælpe dem til at opleve livskvalitet til trods for sygdommens påvirkning i relationen til den syge og andre i familien/netværket.

Traumatiserede flygtninge indgår ofte i parforhold med andre landsmænd, der i mange tilfælde selv er traumatiserede og dermed selv patienter med PTSD. Pårørende-patienter er ofte vigtige at få i behandling, idet familiens samspil og daglige rutiner ofte er bygget op omkring en kollektiv undgåelsesadfærd, som er med til at fastholde den enkelte patient i sin sygdomsbane. Herudover har børn og unge i flygtningefamilier ofte oplevet nogle af de samme krigs- og flugttraumer som forældrene.

I Region Syddanmark oprettes der 2021 et Center for Pårørendeinddragelse under Psykiatrisygehuset og under ledelsen i Psykiatrisk Informationscenter (PsykInfo). Centeret bliver et kompetence- og videnscenter, der skal understøtte arbejdet med pårørendeinddragelse, både på sygehuset og i hjemmet. Desuden skal centeret samle og genere viden om best practice i forhold til pårørendeinddragelse. Centeret skal have særlig opmærksomhed på gruppen af børn, der har forældre eller søskende med en psykisk lidelse.

Veterancentret har et omfattende tilbud til pårørende til veteraner med PTSD, se nærmere på følgende link: https://veterancentret.dk/da/arbejdsomraader/parorende/parorende-til-veteraner/

Afdeling for Traume- og Torturoverlevere har, i samarbejde med Center for Social Rehabilitering i Socialpsykiatrien i Vejle Kommune, gennemført satspuljeprojektet "Systematisk Inddragelse af Pårørende" blandt flygtninge og indvandrere med diagnosen PTSD. Projekterfaringerne viser, at det er spredning af viden om sygdommen, der særligt styrker behandlingen af PTSD – både hos pårørende og hos en bred vifte af professionelle samarbejdspartnere.

For at nå længere ud med budskaberne har Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og Center for Social Rehabilitering produceret ni informationsvideoer, med undertekster på dansk, engelsk, arabisk og farsi målrettet borgere, patienter, pårørende og fagpersoner.

Tre af videoerne formidler nuværende og tidligere patienter og pårørendes oplevelser med PTSD og pårørendeinddragelse. Én video formidler PTSD i børnehøjde. To af videoerne formidler budskaber om behandling af PTSD og gode råd til arbejdet med målgruppen af fagprofessionelle fra Afdeling for Traume- og Torturoverlevere. De sidste tre videoer formidler enkle, gode råd til patienter og pårørende. Informationsvideoerne kan findes her: https://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm507658

7. Aftalens ikrafttræden

Aftalen er godkendt politisk i Sundhedskoordinationsudvalget xxx 2022 og træder i og træder i kraft xxx 2022.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning

Formandskabet:
Liselotte Santarelli, leder af Social og Handicap Myndighed, Varde Kommune
Louise Schwartz, afdelingschef for Afdeling for Traume og Torturoverlevere, Psykiatrien i Region S

Arbejdsgruppemedlemmer:
Jesper Mailand, Peer-medarbejder i Afdeling for Traume og Torturoverlevere, Psykiatrien i Region Syddanmark
Jesper Pihl-Thingvad, Psykolog, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, OUH, Region Syddanmark
Leif Christensen, centerleder for RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Kurt B. Stage, overlæge Psykiatrisk Afdeling Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark
Lene Hansen, leder - Introduktion og Udviklingscenteret, Vejen Kommune
Susanne Guldbæk Holmblad, Koordinerende sagsbehandler/AMR, Odense Kommune
Charlotte Jeppesen, jobrådgiver, Beskæftigelses- og Socialforvaltningen, Odense Kommune
Mirjam Refby, specialkonsulent, Militærpsykologisk Afdeling, Forsvarets Veterancenter
Michael Kragh, Brobygger, Afdelingen for rådgivning og rehabilitering, Forsvarets Veterancenter
Troels Madsen, praktiserende læge og praksiskonsulent ved Afdeling for Traume og Torturoverlevere
Ask Elklit, professor, Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet
Finn Larsen, næstformand i Dansk PTSD forening

Sekretariatet:
Belinda Hansen, jobrådgiver, koordinator for traumatiserede flygtninge, Kolding Kommune
Louise Havn Langsig, planlægningskonsulent, Økonomi og Planlægning, Administrationen, Psykiatrien i Region Syddanmark
Hasse Gener Nielsen, konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
Jette Dalsgaard Andersen, specialkonsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Anbefalinger fra arbejdsgruppen for det tværsektorielle samarbejde for borgere med PTSD i Region Syddanmark, 2021

Indledning

Følgende anbefalinger er udarbejdet af en syddansk tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende borgere med PTSD. Anbefalingerne tager blandt andet udgangspunkt i en kortlægning som arbejdsgruppen har foretaget af PTSD-området i det syddanske. Respondenter fra blandt andre region, kommuner og almen praksis har i kortlægningen besvaret et spørgeskema og er i den forbindelse kommet med ønsker og forslag til forbedringer til fordel for regionens borgere med PTSD. Respondenternes ønsker og forbedringsforslag er blevet drøftet i arbejdsgruppen. Ligeledes har arbejdsgruppen drøftet, hvor den ser vanskeligheder i samarbejdet om indsatser for borgere med PTSD og hvordan disse vanskeligheder kan imødekommes.

Målgruppen af borgere med PTSD kan have komplekse sygdomsforløb og øvrige problemstillinger som fx usikkerhed om forsørgelsesgrundlag og igangværende arbejdsskadeerstatningssager. Tunge traumeproblemtikker kombineret med øvrige problemstillinger betyder, at en del borgere med PTSD har behov for indsatser fra flere aktører samtidig. Det er arbejdsgruppens vurdering, at det i dag ikke altid lykkes at koordinere disse indsatser, hvor borgeren har allermest brug for, at de professionelle taler sammen og sikrer sammenhængende indsatser for borgeren.

Arbejdsgruppen oplever en mangel på systematisk udveksling af relevante oplysninger parterne imellem, ikke mindst mellem region og kommuner. Der er eksempelvis kommuner, som har en borger i et beskæftigelsesforløb og som oplever, at der ikke systematisk videregives oplysninger om, at en borger er i et behandlingsforløb i psykiatrisygehusets Afdeling for Traume- og Torturoverlevere. Derved bliver det vanskeligt at tilrettelægge en effektiv beskæftigelsesindsats eller øvrige kommunale indsatser, når borgerens helbredsproblemer ikke videregives til relevante parter. Omvendt kan det besværliggøre behandlingen af PTSD i psykiatrien, hvis borgeren ikke er afklaret omkring forsørgelsesgrundlag, beskæftigelse og evt. opholdstilladelse.

Disse forhold er adresseret i den reviderede samarbejdsaftale, men derudover ser arbejdsgruppen nedenstående forhold som den anbefaler, at der også arbejdes videre med sideløbende med implementering af den ny samarbejdsaftale.

Anbefalinger

1. Koordinatorfunktioner

1.1 Flygtningekoordinator

Arbejdsgruppen vurderer, at en flygtningekoordinator vil være hjælpsom som kontaktperson. Denne koordinator bør være ansigtet ud ad til og en person, som borgeren kan henvende sig direkte til, hvorefter borgeren får hjælp til at komme i kontakt med rette vedkommende i systemet, enten i kommunen, i sygehusvæsnet, i psykiatrien eller noget helt andet. Flygtningekoordinatoren bør ikke have myndighedsrolle, da det giver interessekonflikter. Dette vil være med til, at den enkelte borger hurtigt får den rigtige hjælp og føler sig set og hjulpet rundt i det komplekse system af aktører på området. I kortlægningen var der særligt fokus på, at koordinatorfunktionen opleves at gøre en positiv forskel. En klar og veldefineret funktionsbeskrivelse er imidlertid at anbefale, samt et tydeligt fokus på koordinatorrollen.

1.2 Veterankoordinator

Tilsvarende fundende i kortlægningen er det også arbejdsgruppens vurdering, at veterankoordinatorer gør en positiv forskel. De arbejdsgruppemedlemmer der arbejder med indsatser for og behandling af veteraner med PTSD vurderer, at kommunale veterankoordinatorer er et af de største fremskridt, der er sket i veteranbehandlingen de senere år.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at alle kommuner bør have en veterankoordinator. Veterankoordinatoren bør ikke have myndighedsrolle, da det giver interessekonflikter. Veterankoordinatoren er veteranens indgang til kommunen, der sikrer en koordinerende indsats på tværs af kommunen og samarbejdsparter. Veterankoordinatoren kan medvirke til at skabe en forebyggende og helhedsorienteret indsats. Veterankoordinatoren kan også forestå videndeling om målgruppen til interne og eksterne samarbejdspartnere, fagpersoner, arbejdspladser og andre. Derudover bør veterankoordinatoren have en opmærksomhed på de pårørende til en veteranen med PTSD og facilitere relevant hjælp og støtte til de pårørende.

I kommuner med få veteraner kan opgaven eventuelt deles mellem flere kommuner, som det aktuelt gøres mellem Tønder og Sønderborg kommune.

Tilsvarende koordinatorfunktioner for veteraner og flygtninge kan det også anbefales, at der er koordinatorfunktioner for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD.

2. Pårørendeinddragelse

Pårørende er centrale støttepersoner for borgere med PTSD. De besidder stor viden om borgeren med PTSD og er ofte de første til at opdage symptomer eller forværring heraf. Det er derfor vigtigt, at pårørende inddrages i ligeværdige og tillidsfulde samarbejder i de tilfælde, hvor patienten også ønsker det. Forskning viser, at pårørende til kronisk eller længerevarende syge mennesker ofte selv lider af nogle af de samme følgevirkninger

som patienten eksempelvis stress, angst, depression og en oplevelse af meningsløshed. Derfor er det arbejdsgruppens anbefaling, at der kommer større fokus på tilbud og hjælp til de pårørende.

Som en del af psykiatriplan 2020-2024 oprettes der i Psykiatrien i Region Syddanmark et Center for Pårørendeinddragelse, som skal indsamle forskningsbaseret viden, men også være en sparringpartner for de psykiatriske afdelinger og understøtte deres arbejde med pårørendeinddragelse. Derudover arbejder flere kommuner også aktivt med pårørendeinddragelse.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at Center for Pårørendeinddragelse har fokus på indsatser i forhold til pårørende til borgere med PTSD.

2.1. Opmærksomhedspunkter for flygtninge med PTSD og deres pårørende.
Der er væsentlige forhold i relation til flygtninge med PTSD og som bør indgå i overvejelserne omkring arbejdet med deres pårørende:

- Traumatiserede flygtninge indgår ofte i parforhold med andre landsmænd, der i mange tilfælde selv er traumatiserede og dermed selv patienter med PTSD. Dette har betydning for de ressourcer, der er i hjemmet eller hos en pårørende.
- Som noget særligt er også børn af flygtningeforældre ofte traumatiserede i hjemlandet.
- Flygtninge med PTSD lever i eksil, dette betyder, at de lever adskilt fra deres sociale netværk, og ofte har familiemedlemmer, der ufrivilligt er spredt ud over hele verden. Nogle pårørende er forsvundne og nogle lever stadig i katastrofe- og krigsområder.
- Flygtninge med PTSD præsenterer unikke problemer i forhold til tilegnelse af sprog, at kunne bede om hjælp, og vide at der overhovedet er hjælp at få i forhold til psykiske problemer mm.

Disse faktorer gør traumatiserede flygtningefamilier ekstremt udsatte og fordrer specialiserede behandlingsindsatser rettet særligt mod traumatiserede børn og unge med PTSD.

2.2. Indsatser for børn af forældre med PTSD
Forskning viser at børn og unge af psykisk syge og traumatiserede forældre er i øget risiko for belastninger og trivselsproblemer, som følge af forældrenes sygdom.

I flygtningefamilier kan børn også selv lide af PTSD grundet egne traumer under krig og flugt. Traumatiserede børns traumereaktioner opleves oftest forstyrrende i undervisnings- og andre sociale sammenhænge, hvor indlæringskapacitet, følelsesregulering og socialt tilhørsforhold bliver mere udtalte op igennem anden halvdel af folkeskoletiden.

I december 2020 udgav Videnscenter for Psykotraumatologi en rapport, der beskriver terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn, og hvor det anbefales at anvende traumefokuseret terapi til mindreårige. Traumeterapi til mindreårige effektueres oftest i tæt koordination med forældre, omsorgspersoner, skole og familieafdeling.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at der udvikles og tilbydes en systematiseret og helhedsorienteret indsats over for traumatiserede børn, og børn af traumatiserede forældre for at understøtte en sund livsudvikling hos de udsatte børn og unge

3. Udredning i forhold til kompleks PTSD

Arbejdsgruppen anbefaler, at der sker en mere ensartet og systematisk udredning af de mere alvorlige og komplekse følgevirkninger, som ses efter længerevarende eller gentagen eksponering for traumatiske belastninger. Kompleks PTSD dækker over en gruppe af symptomer, der rækker ud over PTSD, herunder negativ selvbillede, gennemgående problemer med at regulere følelser og interpersonelle problemer. Arbejdsgruppen anbefaler, at udredende enheder i samarbejde udarbejder og deler retningslinjer for god udredning baseret på gældende forskning på området.

4. Øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

I relation til gruppen af borgere med arbejdsrelateret PTSD kan der med fordel udarbejdes et formelt samarbejde omkring overlevering/henvisningsprocedure mellem udredende og behandlende afdelinger, således at overlevering sker i et fælles møde mellem patient og de involverede kliniske enheder. Dette for at alle parter har en klar forståelse af forudgående og kommende forløb. Dette vil skåne patienten, sikre højere grad af entydighed i de budskaber og planer der udveksles omkring patienten.

5. Klinisk erfaring med PTSD

Det anbefales at sikre, at behandling af de PTSD i de tre grupper af borgere sker hos klinisk personale, der er specialiseret indenfor eller har særlig kliniske erfaring med PTSD.

Det anbefales at sikre, at alle specialiserede enheder der arbejder med de tre traumepopulationer er informeret om og arbejder ud fra internationale anbefalinger fra en eller flere af de førende organisationer af forskere og klinikere, f.eks.:

- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ,
- Australian National Centre of excellence in Posttraumatic Mental Health (Phoenix),
- American Psychological Association (APA)
- Department og Veteran Affairs & Department of Defense of the U.S. (VA/DoD),

Det anbefales at sikre en traumeinformeret arbejdsgang hos ikke specialiserede enheder, der har kontakt til de tre grupper af borgere med PTSD. F.eks. igennem undervisning og efteruddannelse.

6. Brugerundersøgelser

Arbejdsgruppen efterlyser en mere systematisk undersøgelse af, hvor og hvordan der sker uhensigtsmæssigheder i patientforløb for borgere med PTSD med fokus på borgerens oplevelse af forløbet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der igangsættes en brugerundersøgelse af 10 til 20 personer inden for hver af de tre patientgrupper med PTSD. Med fokus på at kortlægge deres vej, deres modtagelse og deres oplevede problemer. Dermed ønskes en mere systematisk kortlægning af hvor og hvordan problemerne opstår i overgangene mellem sektorerne.

7. Det videre arbejde med anbefalingerne

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes videre med en plan for beskrivelse og implementering af anbefalingerne med inddragelse af relevante nøglepersoner.

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.:
Dato: 8. juli 2021

Udarbejdet af: Martin Grum-Nymann
E-mail: mgn@rsyd.dk
Telefon: 21 57 05 54

Forslag til

Kommissorium for arbejdsgruppe om samarbejde om sundhedsberedskabs-planlægning

Baggrund
Både kommunerne og regionen skal i hver valgperiode udarbejde en sundhedsberedskabsplan jf. ”Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet” og koordinere sundhedsberedskabet med hinanden. Det foreslås, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der arbejder med sundhedsberedskabsplanlægning, herunder hvordan kommunerne og regionen kan samarbejde om sundhedsberedskabsplanlægning og grænsefladeområderne i sundhedsberedskabet.

COVID-19 har givet nogle erfaringer, der skal indbygges i kommunernes og regionens sundhedsberedskabsplaner. Det er samtidigt også vigtigt, at være opmærksomhed på, at den næste store beredskabshændelse kan være en anden type hændelse end pandemi.

Samarbejdet om sundhedsberedskabsplanlægning mellem kommuner og region bør foregå via de vanlige samarbejdsveje.

Der var i forrige valgperiode nedsat en koordinerende styregruppe omkring grænseflader i sundhedsberedskabsplanlægningen med repræsentanter fra region og kommunerne. Grænsefladerne som arbejdsgruppen aftalte i sidste valgperiode er stadigvæk gældende. Grænsefladerne er beskrevet i afsnit ”1.5 Koordinering og samarbejde” i den gældende sundhedsberedskabsplan for Region Syddanmark.

Formål med initiativet
Formålet med arbejdsgruppens arbejde er på baggrund af erfaringerne fra arbejdet med COVID-19 mv. at komme med forslag til, hvordan samarbejdet om sundhedsberedskabsplanlægning bør være, herunder i grænsefladeområderne mellem kommuner og region.

Leverancer
Arbejdsgruppen afrapporterer til Det Administrative Kontaktforum:

- Forslag til hvordan der hensigtsmæssigt samarbejdes om sundhedsberedskabsplanlægning mellem kommunerne og Region Syddanmark

Organisation samt procesplan
Arbejdsgruppen forventes at holde 3 møder i efteråret 2021. Arbejdsgruppen afrapporterer til Det Administrative Kontaktforum med forslag til, hvordan kommuner og region kan samarbejde om sundhedsberedskabsplanlægning, og hvordan grænsefladerne bør være.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med reference til Det Administrative Kontaktforum:
Direktør Arne Nikolajsen, Esbjerg Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Chef for sundhed Charlotte Scheppan, Odense Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Sikkerhedskonsulent Rami Ezzedine, Odense Kommune
Sundhedschef Jeanette Rokbøl, Middelfart Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Sundhedschef Marit Nielsen, Haderslev Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Sundhedskonsulent Søren Holst Jensen, Vejle Kommune (kommunernes repræsentant i sundhedsberedskabs- og præhospitaludvalget)
Praktiserende læge Morten Svenning Nielsen, PLO Region Syddanmark (repræsentant for de praktiserende læger)
Præhospital chef Gitte Jørgensen, Region Syddanmark (formand)

Præhospital chef Gitte Jørgensen er formand for arbejdsgruppen. Sundhedsplanlægning i Region Syddanmark er sekretariat for arbejdsgruppen.

Referat af indledende møde om sundhedsberedskabsplanlægning mellem kommunerne og Region Syddanmark 3. juni 2021

Tilstede:
Direktør Arne Nikolajsen, Esbjerg Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Chef for sundhed Charlotte Scheppan, Odense Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Sikkerhedskonsulent Rami Ezzedine, Odense Kommune
Sundhedschef Jeanette Rokbøl; Middelfart Kommune (kommunal SOF-repræsentant)
Sundhedskonsulent Søren Holst Jensen, Vejle Kommune (medlem af sundhedsberedskabs- og præhospitaludvalget)
Præhospital chef Gitte Jørgensen, Region Syddanmark
AC-fuldmægtig Morten Hestbech, Region Syddanmark
AC-fuldmægtig Martin Grum-Nymann, Region Syddanmark

Fraværende med afbud:
Sundhedschef Marit Nielsen, Haderslev Kommune (kommunal SOF-repræsentant)

Formålet med mødet var at drøfte sundhedsberedskabsplanlægning, herunder hvordan kommunerne og regionen kan samarbejde om sundhedsberedskabsplanlægningen og grænseflader i sundhedsberedskabet mv.

Både kommuner og region skal i hver valgperiode udarbejde en sundhedsberedskabsplan. Region Syddanmark er ved at udarbejde sundhedsberedskabsplan, som vil blive sendt i høring i alle kommuner efter sommerferien.

COVID-19 har givet nogle erfaringer, der skal indbygges i kommunernes og regionens sundhedsberedskabsplaner. Det er også vigtigt, at være opmærksomhed på, at den næste store beredskabshændelse kan være en anden type hændelse end pandemi.

Det er vigtigt, at samarbejdet om sundhedsberedskabsplanlægning mellem kommuner og region foregår via de vanlige samarbejdsveje.

Det blev besluttet, at regionen udarbejder et beslutningsoplæg til Det Administrative Kontaktforum (DAK), om at der nedsættes en arbejdsgruppe, der arbejder sundhedsberedskabsplanlægning og snitfladerne i sundhedsberedskabet mellem kommuner og region. Arbejdsgruppen vil bestå af en repræsentant fra hver SOF, kommunernes repræsentant i sundhedsberedskabs- og præhospitaludvalget, sikkerhedskonsulent Rami Ezzedine fra Odense Kommune, en repræsentant fra praksissektoren og præhospital chef Gitte Jørgensen.

Beredskabsplan 2017 for Region Syddanmark

regionsyddanmark.dk

Region Syddanmark

Indholdsfortegnelse

		Side
1.	Krisestyringsorganiseringen	3
	1.1 Opgaver	4
	1.2 Organisering og ledelse af regionens sundhedsberedskab	6
	1.3 Aktivering og drift af regionens sundhedsberedskab	7
	1.4 Informationshåndtering	8
	1.5 Koordination og samarbejde	8
	1.6 Krisekommunikation	10
2.	Indsatsplaner, instrukser og actioncard	11
	2.1 AMK plan	11
	2.2 Præhospital plan	11
	2.3 Sygehusberedskabsplaner	11
	2.4 CBRNE beredskabsplan	13
	2.5 Psykosocialt beredskab	19
	2.6 Lægemiddelberedskab antidoter og blodberedskabet	21
	2.7 Primære Sundhedstjeneste og praksissektoren	24
3.	Appendiks	25
	3.1 Forebyggelse/kontinuitet	25
	3.2 Uddannelse	26
	3.3 Øvelser	26
	3.4 Evaluering	27
	3.5 Risiko- og sårbarhedsvurdering	27
	3.6 Ansvarsoversigt	31
	Ordliste	32

Version 181217

1.0 Krisestyringsorganiseringen

Denne beredskabsplan er en kombineret beredskabsplan og sundhedsberedskabsplan for Region Syddanmark.

Formålet med planen er, at regionen skal kunne håndtere ekstraordinære hændelser, med mange syge og tilskadekomne eller potentielt syge og tilskadekomne, samt at regionen i videst muligt omfang skal kunne opretholde normale funktioner under forskellige former for forsyningssvigt.

Sundhedsberedskabet er en del af den civile sektors beredskab og det samlede nationale beredskab. Sundhedsberedskabsplanlægningen er en del af den samlede sundhedsplanlægning. Region Syddanmarks Sundhedsberedskabsplan er derfor en del af den samlede Sundhedsplan.

Planlægningen bygger på nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige trusselsvurderinger, herunder det Nationale Risikobillede (BRS 2017)og lokal risiko- og sårbarhedsvurdering.
Beredskabsplanen tager udgangspunkt i det daglige beredskab, og sikrer en fleksibel tilpasning til større hændelser og ulykker, herunder krig og terror.
Ved større hændelser, der kan involvere en eller flere politikredse, eller hele landet, kan der i politikredsen nedsættes en lokal beredskabsstab (LBS), hvor sundhedsvæsenet/regionen er fast medlem. På nationalt niveau nedsættes den Nationale Operative Stab (NOST), hvor Sundhedsstyrelsen er fast medlem. Det er politiet som koordinerende leder af den lokale beredskabsstab (LBS), der har kontakten til den Nationale Operative Stab (NOST). LBS refererer til NOST (National Operativ Stab).

Følgende love og bekendtgørelser udgør det primære regelgrundlag for regionsrådets planlægning af sundhedsberedskabet

- Sundhedhedsloven
- Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet
- Epidemiloven
- Lægemiddelloven
- Beredskabsloven
- WHO’s internationale sundhedsregulativ (IHR)

Sundhedsberedskabet omfatter:

- sygehusberedskabet, der skal sikre syge og tilskadekomne en relevant behandling på regionens sygehuse
- den præhospitale indsats, som er indsatsen inden ankomst til sygehuset over for akut syge og tilskadekomne, herunder håndtering af hændelser med mange tilskadekomne
- lægemiddelberedskabet, som er beredskabet af lægemidler/antidoter og medicinsk udstyr, der skal sikre at ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution kan imødekommes ved en beredskabshændelse
- beredskabet i den primære sundhedssektor, der skal sikre en videreførelse af de daglige opgaver, samt tilpasse sig de ændrede krav,

Version 10.2.17

som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver

Beredskabsplanen gælder overordnet for Region Syddanmark. For de dele af regionen, hvor lokal beredskabsplanlægning er relevant: Sygehusenhederne, AMK-vagtcentralen mv. er der udarbejdet delplaner.

Beredskabsplanen er udarbejdet ud fra de almindelige beredskabsprincipper om Sektoransvar, der indebærer, at den myndighed, der i det daglige har ansvaret for området, også i den ekstraordinære situation har ansvaret, samt Lighedsprincippet, der indebærer, at myndigheden anvender samme organisation i en ekstraordinær situation som til daglig, samt Nærhedsprincippet, der indebærer, at beredskabsopgaverne bør løses så tæt på borgerne som muligt, samt Samarbejdsprincippet, der betyder at myndighederne har et selvstændigt ansvar for at fremme samarbejde og koordinering med andre myndigheder, både vedrørende beredskabsplanlægning og krisestyring, og endelig Handlingsprincippet, der betyder at der i en situation med uklare og ufuldstændige informationer, er mere hensigtsmæssigt at etablere et lidt for højt beredskab, end et lidt for lavt beredskab, for derefter hurtigt at kunne ændre det i nedadgående retning, for at undgå ressourcespild.
Sundhedsberedskabsplanen beskriver ledelse, aktivering, informationshåndtering, koordination og samarbejde, krisekommunikation, uddannelse og øvelser, samt evalueringsprincipper.

Planen skal afprøves, dels i form af øvelser, men også i form af evaluering af konkrete hændelser. Øvelserne kan være procedureøvelser, dilemmaøvelser, krisestyringsøvelser eller fuldskalaøvelser. Fuldskalaøvelser koordineres med de øvrige aktører i politikredsenes øvelsesudvalg, hvor regionen er repræsenteret. Interne øvelser koordineres i beredskabsuddannelse og øvelsesudvalget

Beredskabsplanen revideres efter behov, dog mindst en gang i hver valgperiode.

1.1 Opgaver

Ud fra regionens risikovurdering er der en række scenarier, som regionen skal kunne håndtere. Det er bl.a. håndtering af et større antal tilskadekomne på et skadested, herunder håndtering af personer med behov for krisestøtte og eventuel kriseterapi, modtagelse af et større antal patienter som følge af større hændelser, håndtering af hændelser, der medfører strømafbrydelse, IT nedbrud, afbrydelse af forsyninger af medicinske gasser, lægemidler, utensilier mv., evakuering af institutioner/sygehuse som følge af brand, oversvømmelse (skybrud), terrortrussel mv.

1.1.1 Konventionelle hændelser

Konventionelle hændelser omfatter hændelser, der medfører fysisk tilskadekomst (traumer) af en eller mange personer (tog- fly- bil- og andre transportulykker, samt sammenstyrtninger mv.). Sundhedsvæsenet skal kunne håndtere sådanne hændelser, både præhospitalt og på sygehusene. Patienterne

Version 1.0.17

skal allerede på skadestedet vurderes, behandles og visiteres, således at patienter med størst behov for behandling prioriteres først, og sendes til de relevante sygehuse, og der skal desuden ske en fordeling af patienter, således at de enkelte sygehuse belastes mindst muligt.

1.1.2 CBRNE hændelser

CBRNE-beredskabet er den del af sundhedsberedskabet, der skal begrænse og afhjælpe hændelser med kemikalier, biologiske agentia, radiologisk eller nukleart materiale.
Der skal være planlagt for præhospital håndtering, rensning, adgangsveje til sygehuset, modtagelse på sygehuset og beskyttelsesudstyr.
Der kan både være tale om situationer, hvor der er et konkret skadested eller - ved terror - et gerningssted, og situationer, hvor der ikke er et skadested/gerningssted. Situationer, hvor personer klart udviser symptomer på sygdom, håndteres primært af sundhedsvæsenet. Situationer, hvor en række personer på et skadested er mistænkt for at være smittede eller eksponerede, men hvor de endnu ikke er blevet syge, håndteres primært af læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) og politi. I modsætning til konventionelle hændelser kan det ofte være en fordel at holde disse forurenede, smittede eller mistænkt smittede samlet på et eller få steder.

C-beredskab:
Står for kemisk beredskab og vedrører toksiske industrikemikalier, kemiske kampstoffer, og andre (faste, flydende og luftformige) kemiske stoffer, som i den konkrete situation, er til umiddelbar fare for omgivelserne. Eksplosive stoffer og brandstiftende kemikalier hører også (i Danmark) under kemisk beredskab.

B-beredskab:
Står for biologisk beredskab og vedrører smitsomme og andre overførbare sygdomme, samt biologiske kampstoffer og våbengjort biologisk materiale f.eks. bakterier, virus og toksiner.

R-beredskab:
Står for radiologisk beredskab og vedrører ikke-nukleare radioaktive kilder, tilvirket til industri, forskningsmæssig, medicinsk eller lignende anvendelse. Håndtering af de radiologiske aspekter af såkaldte ”dirty bombs”, dvs. bomber som indeholder både eksplosive stoffer og radioaktivt materiale, indgår også i det radiologiske beredskab.

N-beredskab:
Står for nukleart beredskab og vedrører nukleare anlæg f.eks. atomkraftværker, forsøgsreaktorer, nukleart drevne skibe og satellitter samt anvendelse af nukleare våben i fredstid.

E-beredskab:
E står for Eksplosive. Ofte vil disse hændelser være lig med en konventionel hændelse, men der kan også være tale om en kombination med noget kemisk, biologisk eller radioaktivt.

Version 181217

Andre hændelser
Hændelser der medfører strømafbrydelse, herunder IT nedbrud, afbrydelse af varme, ventilation og vand, samt forsyninger af medicinske gasser, lægemidler, utensilier mv.
Hændelser som kan føre til evakuering af dele af eller hele institutioner/sygehuse, som følge af brand, oversvømmelse(skybrud), terrortrussel mv.

1.2 Organisering og ledelse

Regionens krisestyringsledelse (direktionen) har det overordnede ansvar i forbindelse med en større hændelse. I dagligdagen er dette ansvar uddelegeret til AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter), som er beliggende sammen med vagtcentralen for præhospital indsats i regionens AMK-Vagtcentral på Odense Universitetshospitals matrikel. AMK har den operative ledelse af sundhedsberedskabet.

Ved meget store, komplekse og længerevarende hændelser, som fx en alvorlig pandemi, eller hel eller delvis akut nedlukning af sygehusenheder, vil direktionen/krisestyringsledelsen i Region Syddanmark, eller en af direktionen udpeget leder evt. sygehusdirektør/styregruppe, lede og koordinere regionens indsats. Ledelsen af indsatsen koordineres med AMK og med krisestyringsledelserne på sygehusenhederne. Direktionen kan i en ekstraordinær situation indkaldes jf. actioncard på AMK-vagtcentralen og i råds- og direktionssekretariatet.

Regionen er repræsenteret i LBS (lokal beredskabstab). Ved hændelser hvor LBS er aktiveret, skal regionen/AMK sende en repræsentant til LBS, der koordinerer den samlede beredskabsmæssige indsats, herunder kommunikationen.
Regionen har udpeget repræsentanter på strategisk/operationelt niveau til LBS. Det afhænger af kompleksiteten og størrelsen af beredskabshændelsen, på hvilket niveau politiet indkalder repræsentant til LBS.

Ved større hændelser er det AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter), der på vegne af regionens direktion, koordinerer den samlede sundhedsberedskabsindsats, herunder (efter aftale), koordinationen med praksissektoren og kommunerne. AMK er døgnbemandet med en AMK operatør, som er til stede, og en læge der er på tilkald. AMK er elektronisk forbundet med sygehusene: Odense, Kolding, Åbenrå og Esbjerg. AMK kan alarmere de sygehuse, der er nødvendige, for at kunne håndtere en større hændelse.

AMK kan aktivere det kriseterapeutiske beredskab, udsende ekstra sundhedsfaglige ressourcer m.m.
AMK underretter politiets KSN (Kommandostationen på politigården) eller LBS (den lokale beredskabsstab), der koordinerer den samlede indsats på tværs af myndigheder og øvrige samarbejdspartnere der er involveret i indsatsen. AMK har oversigt over hvilke ressourcer, der findes på sygehusene (afdelinger,

Version 181217

respiratorer, rensefaciliteter m.m.) og tager om nødvendigt også kontakt til andre regioner via deres AMK

AMK kommunikerer med Indsatsleder Sund (ISL-SU) på skadestedet, via SINE (SIkkerhedsNEt), som er et fælles beredskabskommunikationssystem i Danmark).

Ved mistanke om biologiske hændelser, tilknyttes en infektionsmediciner til AMK.

På hver sygehusenhed nedsættes et beredskabsråd, der ledelsesmæssigt er forankret i sygehusledelsen. Beredskabsrådet har ansvar for udarbejdelse af Sygehusenhedens beredskabsplan.

Ved en aktuel og konkret hændelse organiserer sygehuset sig med en beredskabsledelse, der refererer til en krisestab, som har ansvar for håndtering af den ekstraordinære situation på sygehuset. Afhængig af hændelsen vil det operative ansvar være uddelegeret til en beredskabsleder (en læge) eller en vagthavende fra teknisk afdeling. Disse refererer til krisestaben, som igen refererer til sygehusledelsen.

1.3 Aktivering og drift af regionens sundhedsberedskab

AMK-Vagtcentralen får melding fra politiets alarmcentral om hændelser med relevans for sundhedsvæsenet, hvad enten det drejer sig om akut sygdom eller tilskadekomst af en enkelt borger, eller om det drejer sig om en hændelse med mange syge eller tilskadekomne. Meldingen fra 1-1-2 går til den sundhedsfaglige visitator, som vurderer, om AMK skal aktiveres.
Ved melding om 5 eller flere tilskadekomne aktiveres AMK funktionen.

AMK kan desuden aktiveres af en lægebilslæge eller ambulanceleder, hvis det skønnes nødvendigt, f.eks. hvis patienterne skal fordeles på 2 eller flere sygehuse.

AMK aktiveres ligeledes, hvis der er behov for at koordinere sundhedsberedskabet i Region Syddanmark med andre regioner eller nationalt. AMK er Sundhedsstyrelsens indgang til det regionale sundhedsberedskab, som kan aktiveres på baggrund af en melding fra Sundhedsstyrelsen.
AMK kan desuden aktiveres på foranledning af et sygehus, hvis man lokalt skønner et behov for at blive aflastet fx ved ophobning af patienter, uden at AMK har været involveret, eller ved evakuering af et sygehus, eksempelvis ved brand eller ved større tekniske nedbrud der gør, at der ikke kan modtages det sædvanlige antal patienter. I disse tilfælde skal sygehusene kontakte AMK.

Ved mistanke om en CBRNE hændelse kan AMK aktiveres på baggrund af en meddelelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed/ læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge), politiet eller redningsberedskabet.
AMK kan, på anmodning fra ISL-SUND, politiet, en psykiatrisk afdeling, et sygehus, en kommune eller andre, aktivere det kriseterapeutiske beredskab.

Version 18127

AMK skal sætte de præhospitale enheder og alle sygehusene i regionen i stand til at virke som **én samlet enhed** til håndtering, akut behandling og modtagelse af tilskadekomne og psykisk påvirkede fra større hændelser.
AMK (AMK lægen) har ansvar for, på vegne af regionens krisestyringsstab, at iværksætte nødvendige tiltag, til imødegåelse af en akut situation, med mange involverede.

Kommunernes sundhedsberedskab kan aktiveres via kommunens døgndækkende telefonnummer.

Praksissektoren aktiveres i dagtiden på mailadressen sekretaersd@gmail.com og i vagttiden på postlv@rsyd.dk Det anbefales altid at sende til begge adresser.

1.4 Informationshåndtering

AMK samler informationer og skaber sig det samlede overblik, ud fra informationer fra ISL-SUND, sygehuse, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelse, KSN mv. Alle informationer logges i AMK.

Ekstern kommunikation skal koordineres med regionens beredskabsstab (AMK) og med LBS, hvis den er nedsat. I disse tilfælde informeres NOST via LBS. Hvis LBS ikke er nedsat, kan AMK informere Sundhedsstyrelsen direkte.

AMK refererer til Direktionen (Krisestaben) i Region Syddanmark, og AMK informerer i nødvendigt omfang direktionen og andre relevante parter.

Sygehusenes krisestabe samler og koordinerer informationerne internt i sygehusenheden.

1.5 Koordinering og samarbejde

AMK koordinerer regionens beredskab. AMK fordeler patienter fra indsatsområde til regionens sygehuse, og har aftale med de øvrige regioner om at fordele patienter uden for regionen.

Ved større hændelser koordinerer regionen ekstern information med politiet.

Regionen har aftaler med politiet, om at Fyns politi som repræsentant for de 3 politikredse i Region Syddanmark, sender medarbejder(e) ind til AMK, når denne er aktiveret, med henblik på at få patienter fra et katastrofeområde registreret. Herudover kommer der politi til registrering af patienter på sygehusene.

I forbindelse med større hændelser etablerer politikredsen en lokal beredskabsstab(LBS) med henblik på at koordinere de samlede beredskabsressourcer. Vedrørende kompetenceforhold mellem AMK og regionens repræsentant i LBS, så henvises til Beredskabsstyrelsens publikation ”Krisestyring i Danmark.”

Ved udmelding fra Sundhedsstyrelsen om risiko for smitsomme sygdomme vil epidemikommissionen eventuelt blive aktiveret. Politidirektøren i Fyns Politikreds

Version 181217

er formand for denne og Region Syddanmark er repræsenteret ved 3 repræsentanter for de politiske partier og den præhospitale chef. AMK vil være bindeleddet mellem kommissionen og det regionale sundhedsvæsen.

Der er aftaler med Syd-og Sønderjyllands politi, Haderslev kommune, Forsvaret, Beredskabsstyrelsen, Styrelsen for patientsikkerhed, Sygehus Sønderjylland om oprettelse af et karantænecenter ved Flyvestation Skrydstrup.

Der er aftale om, at politikredsene i forbindelse med større arrangementer medvirker til, at regionen får tilsendt risikovurdering og beredskabsplan fra arrangørerne. Dette sker i praksis ved at politiet, ved modtagelse af en ansøgning om tilladelse til at afholde arrangementet, gør ansøgeren opmærksom på, at ansøgeren skal fremsende en risikovurdering og en beredskabsplan direkte til regionen.

Der er aftale med JRCC om procedure vedrørende alarmering og kommunikation med forsvarets redningshelikoptere.

Det aftales mellem regionen og kommunerne, i tilfælde af en større hændelse, at tildele AMK en kommunikations- og koordinationsfunktion i forhold til hele sundhedssektoren, således at den primære sundhedstjeneste ubesværet kan aktiveres.

Regionen har aftaler med de 22 kommuner. Alle kommuner har et døgndækkende telefonnummer, som kan anvendes til at aktivere kommunernes sundhedsberedskab.

Den tværfaglige indsatsledelse kan anmode politiets KSN (kommandostation) om at oprette EPC (Evakuerings- og Pårørende Center) kan etableres i forbindelse med større hændelser. Det er regionens ansvar at bemande det med kriseterapeutisk assistance. Kommunerne kan dog etablere krisestøtte ved mindre hændelser i egne institutioner, hvis ansatte/beboere/elever måtte have behov. Hvis kommunen ikke selv har ressourcer kan regionen, via AMK, kontaktes med henblik på assistance, og vil i denne situation koordinere den kriseterapeutiske indsats.

Ved større hændelser, hvor der etableres EPC uden for de psykiatriske afdelinger, kontaktes det kommunale beredskab af AMK (på det aftalte kommunale døgnnummer), med henblik på et eventuelt samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab og den kommunale krisestøtte ved den konkrete hændelse. AMK koordinerer dette.

Hvis der tilkaldes yderligere ressourcer fra andre private organisationer, som fx psykologer fra DSB, Falck eller andre er disse underlagt KOP (koordinerende psykiatrisk kontaktperson), som koordinerer den samlede krisestøttende og kriseterapeutiske indsats.

Version 18.2.17

Der foreligger aftale med kommunerne om, at de i en given situation stiller lokaliteter til rådighed, der kan anvendes som Evakuerings- og pårørende center (EPC).
Ved større hændelser, hvor regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret, er regionen ansvarlig for opfølgning omkring psykiske konsekvenser af hændelsen.

Der er aftale om, at kommunerne kan modtage ekstraordinært udskrevne patienter, som skal have medicin med til de første 48 timer.

Det er kommunens ansvar at rekvirere de nødvendige værnemidler i forbindelse med CBRNE-hændelser, men ved akut mangel kan kommunen henvende sig til AMK.

Beslutning om massevaccination træffes af Sundhedsstyrelsen ud fra den konkrete situation. Ved beslutning af massevaccination nedsætter regionen en krisestab, der organiserer vaccinationsindsatsen. Massevaccinationen foretages efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen. Regionen planlæger som udgangspunkt, at massevaccination foretages af praksissektoren, men den kan også foretages i kommunale lokaler (f. eks. på valgsteder) og/eller på sygehuse.

Ved store ulykker, så kan lægevagten benyttes til at tage sig af småskader i vagtlægekonsultationerne.

Øer
Ikke landfaste øer udgør en speciel præhospital og beredskabsmæssig problemstilling, hvor indsatspersonale må overføres med båd/helikopter. Specielle forhold omkring indsats på øer uden broforbindelse er beskrevet i disponeringsmanualen i AMK-Vagtcentralen (førstehjælpsgrupper, helikopterlandingspladser, færgeforbindelser mv.)

Der er lavet en beredskabsplan for Ærø om præhospital indsats/sygehusindsats ved større hændelser. Centralt for indsatsen i en beredskabssituation på Ærø er, at det vagthavende personale på Ærø Sygehus er i dialog med AMK om behovet for at tilføre ressourcer til Ærø i en beredskabssituation.

Der er lavet en indsatsplan for, hvad der skal foretages, hvis Langeland og Fanø transportmæssigt bliver afskåret for omverdenen f. eks. i en orkansituation.

1.6 Krisekommunikation
AMK kontakter den centrale kommunikationsafdeling i regionen. Ekstern kommunikation vedrørende en sygehusenhed koordineres mellem regionens kommunikationsafdeling og sygehuset.

AMK/Regionen koordinerer ekstern kommunikation med sygehusene og med relevante kommuner.

Ved større hændelser orienterer AMK-vagtcentralen om hændelsens forløb til:

Version 181217

Regionsrådsformanden, regionsdirektøren, koncerndirektørerne, somatik- og psykiatrisygehusledelserne, præhospital chef samt de somatiske og psykiatriske sygehuse, som AMK har direkte kontakt med, samt kommunikationsafdelingen i regionen.
I forbindelse med krisekommunikation, skal indtænkes overvejelser om udpegning af talsperson, brug af hjemmesider, speciel ”hotline”, twitter mv.
Hvis LBS er nedsat koordineres den eksterne kommunikation i LBS regi.

2. Indsatsplaner, instrukser og actioncards

2.1. AMK aktiveringsplan
Der er udarbejdet AMK plan med tilhørende actioncards.

2.2. Præhospital plan
Den præhospitale indsats er indsatsen uden for sygehuset til akut syge, tilskadekomne og fødende. Indsatsen har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

Den præhospitale indsats omfatter alle de aktiviteter, der i den præhospitale fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde, herunder også større ulykker med mange syge og tilskadekomne. Det være sig alarmering, førstehjælp, behandling på skadestedet, transport til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering til sygehuset.

Det præhospitale beredskab ved større hændelser baserer sig på det daglige beredskab.

Både den daglige præhospitale indsats og indsatsen ved større sundhedsberedskabshændelser koordineres af AMK-vagtcentralen internt i sundhedsvæsenet. Politiet/den lokale beredskabsstab koordinerer på tværs af myndighederne.

2.3 Sygehusberedskabsplaner
Sygehusenes beredskabsplaner er delplaner af regionens plan. Opbygningen af planerne svarer til opbygningen af regionens plan og har følgende indhold.

2.3.1 Krisestyringsorganiseringen
- Indledning
- Overordnet opgave
- Organisering og ledelse af sygehusets beredskab
- Aktivering af sygehusets beredskab
- Informationshåndtering
- Koordination og samarbejde
- Krisekommunikation

Version 18.1.17

2.3.2 Indsatsplaner, instrukser og actioncard (i henhold til konsekvensanalysen)

- Ekstern Beredskabsplan
  - Plan for modtagelse af mange patienter, herunder patienter fra CBRNE hændelser
  - Plan for ekstraordinær fremskaffelse af lægemidler, antidoter, blod, utensilier, forbindsstoffer mv.
- Intern Beredskabsplan
  - Plan for håndtering af strømsvigt, IT nedbrud, brand, oversvømmelse, bombetrussel, angreb på FAM, hel eller delvis evakuering af sygehuset mv.

2.3.3 Genopretning

Efter en beredskabshændelse er det vigtigt, at få genoprettet normalsituationen.

Det er vigtigt at koordinere tiltag mellem myndigheder, især hvis der er borgere involveret.

Der kan være behov etablering af midlertidige foranstaltninger, pga. det tager tid før: bygninger, teknologi mv. fungerer normalt igen.

En gennemført konsekvensanalyse med afdækning af forebyggende og afhjælpende tiltag i forhold driften kan være en hjælp i genopretningen.

2.3.4 Appendiks

- Uddannelsesaktiviteter
- Øvelsesaktiviteter
- Evalueringskoncept
- Konsekvensanalyse

Ved større hændelser aktiveres sygehusene af AMK. Beredskabsledelsen på sygehuset (sygehusenheden) tager stilling til om sygehusets beredskabsplan skal aktiveres.

Det enkeltes sygehus' beredskabsplanlægning skal sikre, at der hurtigt etableres nødvendig beslutningskompetence, således at der hurtigst muligt kan tilvejebringes tilstrækkelige ressourcer, både materielt og personelt.
Planerne skal dels beskrive, hvordan sygehuset håndterer en situation med mange tilskadekomne, men også hvorledes sygehuset håndterer svigt af el.-forsyningen, IT nedbrud, mangel på vand, varme og medicinske gasser, bombetrussel, evakuering mv. Planen i forbindelse med IT nedbrud skal koordineres med regionens IT stab.

Beredskabsplanen skal udarbejdes ud fra de anbefalinger, der er angivet i Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende Sundhedsberedskab fra 2017

Version 181217

Der foreligger en beredskabsplan for hvert af de somatiske sygehuse, samt for det psykiatriske sygehus. Det er sygehusledelsernes ansvar, at der foreligger en plan for sygehusene. Planerne for det somatiske og det psykiatriske beredskab skal samordnes.

For sygehusenheder der er fordelt på flere matrikler, er der udarbejdet en samlet plan, men med delplaner for de enkelte matrikler. Senge og operationsfaciliteter på sygehusafdelinger uden akutfunktion vil kunne anvendes i særlige situationer (f.eks. ved meget store hændelser). Der er kun en overordnet beredskabsledelse for hver af de fire somatiske sygehusenheder.

Iværksættelsen af beredskabet kan være niveau- eller modulopdelt på en måde, der relaterer sig til sygehusets kapacitet og kompetencer. Planen kan eventuelt indeholde en initial automatikfase samt en efterfølgende styret fase. Sygehusets beredskabsplan vil typisk være grundlaget for separate afdelingsplaner. På de enkelte afdelinger kan der være udarbejdet actioncards for alle eller visse nøglepersoner/funktioner.

2.4. CBRNE beredskabsplan

Ved CBRNE hændelser er det som udgangspunkt den samme ledelse, den samme organisation, bemanding og procedure som ved konventionelle hændelser, men da opgaven ved CBRNE hændelser er udvidet i forhold til konventionelle hændelser, skal der iagttages specielle tiltag i forhold hertil.
Når AMK-Vagtcentralen er alarmeret, iværksættes det præhospitale beredskab og regionens sygehusberedskab.

Odense Universitetshospital kan tage imod forurenede CBRNE-patienter og akutsygehusene i Kolding, Aabenraa og Esbjerg kan tage imod forurenede CBE-patienter. Ved større beredskabshændelser forventes rensningen foretaget før transport til sygehus, men der kan komme selvhendere til sygehusene.

Akutlægen på nærmeste akutlægebil, fungerer som ISL-SUND indtil en indsatslederuddannet læge ankommer. Akutlægen vurderer sammen med den øvrige indsatsledelse situationen i indsatsområdet, herunder om der er forureningsfare med C, B eller RN, udpeger fareområde, tager stilling til om der skal varsles og udsendes beredskabsmeddelelse.
Akutlægen/ISL-SUND melder tilbage til AMK. AMK tager kontakt til politiets KSN/LBS, der koordinerer med diverse ekspertberedskaber og Styrelsen for Patientsikkerhed. AMK kan dog kontakte læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) direkte.
Sygehusene informeres om, at der kan komme selvhenvendere, således at de har mulighed for at forberede rensefaciliteter. Ved mistanke om biologiske hændelser tilkaldes en infektionsmediciner fra OUH til AMK.

2.4.1 Kemisk beredskab

Både forgiftede patienter og personer, som er eksponerede (forurenede) skal kunne modtages på akutsygehusene. Håndteringen af forgiftningspatienter og kemikalieforurenede personer omfatter rensning, visitation, symptomatisk

Version 191217

behandling, behandling med specifikt antidot (modgift). Dette beredskab er nødvendigt, f.eks. ved fremmøde på sygehuset af såkaldte selvhenvendere, der ikke er blevet renset på skadestedet. Rensning af forurenede personer inden ankomst til et akutsygehus er et anliggende for redningsberedskabet, enten det lokale kommunale redningsberedskab eller de statslige beredskabscentre. Det er nødvendigt med renseprocedurer på skadestedet, da ambulancekapaciteten ellers bliver forurenet, og håndteringen af tilskadekomne bliver voldsomt besværliggjort.

Patienter udsat for kemiske stoffer skal kunne modtages på akutsygehusene. Patienter der henvender sig på skadeklinikkerne skal viderehenvises til nærmeste akutsygehus. Afhængig af situationen kan det lokale redningsberedskab tilkaldes med henblik på rensning af disse personer inden de videresendes til akutsygehuset.

Personer der henvender sig eller indbringes på sygehus kan rubriceres i en af fire nedennævnte kategorier:

- Kategori 0: Personer der er renset på skadestedet
- Kategori 1: Forurenede patienter der ankommer i ambulance
- Kategori 2: Forurenede selvhenvendere
- Kategori 3: Mange forurenede personer samtidig

Håndtering af kemikalieforurenede personer og forgiftningspatienter omfatter:

- Fornøden livreddende akut behandling
- Rensning, hvis nødvendigt
- Visitation
- Symptomatisk behandling
- Behandling med antidot, hvis relevant
- Samarbejde med poltiet om katastroferegistrering

Ledelse og organisation er det samme som ved konventionelle hændelser. Der kan hentes bistand ved Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelse (45906000) og ved Giftlinjen på Bispebjerg (35315555)
I forbindelse med rensning af patienterne, skal personalet have beskyttelsesudstyr i form af heldragt med hætte, gasmaske med filter, handsker og gummistøvler, og de skal uddannes i brugen af det. Mærke og type af det konkrete udstyr besluttes i CBRNE udvalget.
Modtagelse og rensning foretages i tilslutning til det fri eller helst i separat rum med selvstændig egen ventilation og egen indgang. Der bør være vandinstallation med tempereret vand, remedier til øjenskylning og udstyr til akut livreddende behandling.
Det er ikke nødvendigt med særlig opsamling og bortskaffelse af spildevandet, da fortyndingseffekten er stor og risikoen for miljøet minimal.

Forurening med faste og flydende stoffer, samt tåger med dråber eller partikler:
Tøj, smykker, ure, kontaktlinser mv. fjernes, eventuelt af patienten selv. Der vaskes 2 gange med vand og sæbe. Øjne skylles med blød vandstråle i ca. 15 minutter.

Version 181217

Forurening med gasser:
Tøj, mv. fjernes som anvist ovenfor. Rensning af hud er ikke nødvendigt.

Vedrørende mere detaljeret vejledning vedrørende håndtering af C – hændelser henvises til ”Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab 2017 – Bilag 12” Sundhedsstyrelsen.

2.4.2 Biologisk beredskab

Det biologiske beredskab iværksættes, når der forekommer større eller usædvanlige udbrud af smitsomme sygdomme (epi- og pandemier), hændelser med udsættelse af mennesker for biologiske agentia, der kan ramme de primært udsatte, men ikke smitter videre, og udbrud hvor årsagen ikke umiddelbart er kendt.

Det regionale sundhedsberedskab vil i beredskabssituationer ved behov, og via AMK modtage konkret vejledning fra læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge)/Sundhedsstyrelsen.
I Region Syddanmark visiteres disse patienter efter rådgivning fra infektionsmedicinsk afdeling OUH til OUH, Kolding, Esbjerg og Åbenrå sygehuse. På disse sygehuse skal der være planlagt for en forøgelse af den samlede medicinske kapacitet, f.eks. ved udpegning af egnede afdelinger, afsnit, eller inddragelse af andre bygninger til kohorteisolation. Dette skal ses i sammenhæng med sygehusenes planlægning af den medicinske kapacitet på hospitalerne. Der skal kunne ske tilpasning af kapaciteten set i forhold til hændelsens art. Der skal udarbejdes en vejledning vedrørende hvilke hændelser, der fordrer hvilke krav til isolationsfaciliteterne, og dermed en graduering af de samlede isolationsfaciliteter.

Patienter udsat for pulver, som er mistænkt for at indeholde biologiske agentia skal kunne modtages på akutsygehusene OUH, Kolding, Esbjerg og Åbenrå med henblik på eventuel rensning.
Patienter der henvender sig på skadeklinikkerne skal viderehenvises til nærmeste akutsygehus.

Isolationskapacitet

Der er isolationsfaciliteter i regionen til patienter, hvor der er behov for isolation. Der er præhospitale vejeledninger/instrukser for, hvor de forskellige typer af patienter skal køres til, og hvilket sikkerhedsudstyr, der skal anvendes.

Patienter med mistanke om viral hæmoragisk feber el. lign. (f. eks. ebola) køres til Skejby Universitetshospital. Kontakt AMK Vagtcentralen i Region Midtjylland.

Karantænefaciliteter

Hvis der er risiko for, at personer udsat for smitte bliver syge evt. efter nogle dage og måske smittefarlige, skal de udsatte holdes samlet og i karantæne. Beslutning om karantæne træffes af den regionale epidemikommission/Sundhedsstyrelsen. Jf. ”pandemiplanen” skal der som

Version 1.1 2017

udgangspunkt søges karantænesætning i eget hjem. I andre tilfælde kan der etableres et karantænecenter på Flyvestation Skrydstrup, jf. ”Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller udenfor Danmark”.” kan der som en rettesnor være behov for at skulle internere 5.000 personer i 17 dage på landsplan. Det vil ca. svare til godt 1.000 personer i Region Syddanmark.

Det er regionen, der forestår planlægning af indretning, drift, administration og bemanding af karantænecentret. Der udpeges en faglig leder samt en driftsansvarlig leder. Observation, behandling og pleje er regionens opgave. Dertil kommer forsyning, transport, m.v. Vejledning til indretning m.m. er detaljeret beskrevet i ”Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark”. Herudover kan Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om hygiejne ved langvarig midlertidig indkvartering af mange personer” fra 2016 anvendes.

I Region Syddanmark er der truffet aftale om, at Fighter Wing Skrydstrup kan anvendes som karantænecenter. Det vil primært være personale fra Sygehus Sønderjylland der bemander denne lokalitet. Fighter Wing Skrydstrup skal kunne bemandes inden for 4 timer.
Personalet skal som led i sygehusenes almindelige beredskabsplanlægning være orienteret om, at de vil kunne pålægges at gøre tjeneste i karantænecentret, og at det sker som led i deres almindelige ansættelsesforhold. Der vil være udarbejdet vejledninger til personalet vedrørende opgaven.

Aktivering sker via AMK.

Værnemidler
Hvert somatisk akutsygehus skal altid have 50 stk. akutpakninger, hver indeholdende FFP3 maske, kittel og handsker liggende klar i en akutkasse til straksafhentning i en beredskabssituation.

Odense Universitetshospital skal yderligere kunne udlevere akutkasser med akutpakninger efter følgende plan

- Pakke med 50 stk. efter 3 timer
- Pakke med 100 stk. efter 6 timer
- Pakke med 100 stk. efter 12 timer

Akutkasserne skal kunne udleveres straks i forbindelse med en CBRNE-hændelse, oprettelse af et karantænecenter eller til en kommune, på anmodning fra AMK.

Massevaccination
Beslutning om at vaccinere hele eller dele af befolkningen træffes af Sundheds- og Ældreministeren, efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Statens Seruminstitut er ansvarlig for fremskaffelse af vaccine. De overordnede rammer for vaccinationsindsatsen defineres af de nationale sundhedsmyndigheder og vil afhænge af den konkrete situation. Beslutning om hvilke befolkningsgrupper der skal vaccineres kan være en løbende proces, hvis risikoniveauet ændres.

Version 18.2.17

Regionens planlægning vil derfor afhænge af den udmelding der kommer, afhængig af situationen. Massevaccination vil altid ske efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen.

Ved beslutning om massevaccination nedsætter regionen en krisestab. Staben sammensættes af repræsentanter fra infektionsmedicinsk afdeling, mikrobiologisk afdeling, embedslægen, kommunerne, praksisafdelingen, regionen, mfl.

Regionen har aftale med kommunerne om oprettelse af vaccinationscentre i tilfælde af behov for massevaccination, og aftale med de praktiserende læger i Region Syddanmark om at foretage massevaccination. Som udgangspunkt er det de praktiserende læger, der i egne lokaliteter står for denne vaccination, men organiseringen afhænger af, hvad Sundhedsstyrelsen melder ud om vaccination. Om det er hele befolkningen bestemte grupper, der skal vaccineres, og hvem der skal vaccinere. Vaccinationen kan foregå ved praktiserende læger, valgsteder, sygehuse og/eller private vaccinationsfirmaer mv.. Beredskabsstyrelsen kan inddrages, hvis der er behov for løsning af transport og logistikopgaver.

For yderligere information, se bilag 9 i Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende planlægning af sundhedsberedskab 2017.

Det internationale Sundhedsregulativ er en vejledning om håndtering af hændelser med personer med alvorlig smitsom sygdom eller mistanke herom, eller anden lidelse/tilstand, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig trussel, som ankommer til Danmark via havne/lufthavne.

AMK-vagtcentralen modtager og vurderer sundhedsfaglige 1-1-2-opkald, visiterer og disponerer den relevante hjælp, herunder udsendelse af ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter og ISL-SUND.

Infektionsmedicinsk afdeling Q/OUH har ansvar for at kunne modtage, behandle og pleje patienter med smitsomme sygdomme. Endvidere har den vagthavende infektionsmediciner en rådgivende funktion i forhold til AMK, ISL-SUND. AMK kan overfor ISL-SUND og overlægen fra Styrelsen for patientsikkerhed (læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) henvise til vagthavende læge på Infektionsmedicinsk afdeling OUH
ISL-SUND og infektionsmediciner har ansvaret for håndtering af de(n) syge, og holder løbende kontakt med AMK. læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) har, i samarbejde med politiet og lufthavnen/havnen, ansvaret for håndtering af øvrige passagerer (herunder kontakter til de syge) og besætningen.

2.4.3 Radiologisk og nukleart beredskab

Skader ved radiologiske og nukleare hændelser kan resultere i sygdomme og øget risiko for sygdom, forårsaget af den ioniserende stråling. Der skal sondres mellem eksternt bestrålede personer og radioaktivt forurenede, da dette har stor betydning for det personale, der skal i kontakt med den tilskadekomne. Dette

Version 181217

medfører forskellige situationer (jf. situationsbeskrivelser nedenfor), hvilket medfører forskellige forholdsregler i den givne situation:

Ekstern bestråling:
Situationsbeskrivelse: Den tilskadekomne har været udsat for ioniserende stråling fra en intakt radioaktiv kilde uden for kroppen. Den tilskadekomne er ikke radioaktiv.

Forholdsregler:
- der er ingen risiko for personalet
- personalet skal ikke beskyttes
- der skal ikke måles for radioaktivitet

Radioaktiv forurening (kontaminering):
Situationsbeskrivelse: Den tilskadekomne har været i kontakt med radioaktive stoffer i luftform, opløsning, støv eller lignende. Der kan være radioaktivitet på tøj, i hår, på hud og optaget gennem mund, næse og sår. Radioaktiviteten kan spredes. Personalet kan blive bestrålet.

Forholdsregler:
- personalet skal beskyttes
- der skal måles for radioaktivitet
- tøj m.m. skal opsamles/isoleres
- der skal evt. tages prøver

Livreddende behandling af den tilskadekomne må ikke udsættes, men udføres af personale iført værnemidler. Det vil i disse situationer være meget usandsynligt at den tilskadekomne udviser akutte tegn på strålesyge, med mindre der er tale om en atombombe. De største strålerisici for personalet er kontaminering med radioaktivt stof.
Modtagelses- og renseprocedurer er svarende til allerede planlagte og anvendte procedurer for kemiske ulykker på akutsygehusene. Det er dog vigtigt, at rensningen af en radioaktivt forurenet person kontrolleres. OUH, der skal kunne modtage radioaktivt forurenede patienter, skal råde over en overflademonitor med alfa- og betaprobe, samt en dosishastighedsmåler. De øvrige akutsygehuse skal råde over samme udstyr, som ved modtagelse af kemisk forurenede personer.

Patienter der henvender sig på skadeklinikkerne skal viderehenvises til nærmeste akutsygehus, eventuelt efter at været blevet renset af det lokale redningsberedskab.

Terror som årsag til katastrofehændelse

Som udgangspunkt og hovedregel skal tilskadekomne fra terrorangreb behandles som tilsvarende patienter fra andre katastrofesituationer. Med andre ord så er skadens konsekvens som udgangspunkt vigtigere for sundhedsberedskabet, end hændelsens årsag. Der er af indsatsmyndigheder i fællesskab udarbejdet en vejledning om håndtering af disse hændelser

version 181217

(Retningslinjer for indsats ved CBRNE hændelser, januar 2016 Beredskabsstyrelsen).

2.5. Psykosocialt beredskab
Ligesom på det somatiske område skal det psykiatriske område udarbejde en *intern* og en *ekstern* beredskabsplan.

Den interne beredskabsplan beskriver, hvorledes der håndteres hændelser som brand, evakuering, strømsvigt, IT nedbrud, voldelige episoder internt på de psykiatriske afdelinger.
Den eksterne beredskabsplan beskriver, hvordan der på døgnbasis etableres akut psykosocial indsats i forbindelse med mindre og større hændelser.

Psykiatrisygehuset har lavet intern beredskabsplan.

Ekstern beredskabsplan

Opgave
Regionen er forpligtet til at yde krisestøtte og kriseterapi. Det krisestøttende består bl.a. af umiddelbar omsorg og information om krisereaktioner. Det psykosociale beredskab giver mulighed for yderligere hjælp i den akutte fase, og eventuelt kriseterapi i den opfølgende fase. Den psykosociale indsats har primært til formål at forebygge, at en normal reaktion udvikler sig til en sygelig tilstand.
Opgaven er at iværksætte en krisestøttende indsats, herunder at udsende psykosociale udrykningsteams og Koordinerende Kontaktperson (KOP) til indsatsområdet (Opsamlingssted).
Der kan også sendes teams til et modtagelsessted for hjemvendte danskere udsat for en beredskabshændelse i udlandet, til et sygehus, eller til psykiatriske afdelinger.
I samarbejde med politi og kommune kan der oprettes et Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC), hvor KOP og psykosociale udrykningsteams arbejder.
Når akutfasen er overstået må psykiatriens kriseledelse, lede og koordinere aktiviteter i opfølgningsfasen, som regionen er ansvarlig for.

Ledelse
Indsatsen ledes fra en af de akut psykiatriske afdelinger i Odense, Svendborg, Vejle, Esbjerg og Åbenrå afhængig af hændelses geografi. AMK retter henvendelse til psykiatrisk afdeling, hvor bagvagten træffer beslutning om organiseringen af indsatsen, om der skal udsendes psykosocialt udrykningsteam, eller de kriseramte kan modtages på psykiatrisk skadestue og/eller der sendes præst/medarbejder fra lokalpsykiatrien.
Hvis der udsendes psykosociale udrykningsteams, ledes disse af en koordinerende kontaktperson (KOP), som fagligt refererer til den psykosociale ledelse. I indsatsområdet er KOP organisatorisk underlagt ISL-SUND.

Version 181217

Organisation
Det psykosociale beredskab etableres via AMK, som alarmerer den relevante psykiatriske afdeling (Odense, Svendborg, Vejle, Esbjerg eller Åbenrå). Den psykiatriske afdeling alarmerer ved behov Folkekirkens Katastrofeberedskab. Den akutte indsats etableres med base i en af regionens akut psykiatriske afdelinger, og indsatsen kan foregå på en eller flere af afdelingerne eller i indsatsområdet eller på et EPC. Regionen kan, ved en større hændelse, stille med psykosociale udrykningsteam udsendt fra de psykiatriske afdelinger.

Der kan være behov for udsendelse af en koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP) til indsatsområdet.
Ved større hændelser, hvor der på foranledning af politiet, etableres EPC uden for de psykiatriske afdelinger, kontaktes det kommunale beredskab af AMK (på det aftalte kommunale døgnnummer), med henblik på et eventuelt samarbejde med regionens psykosociale beredskab og den kommunale krisestøtte ved den konkrete hændelse. AMK koordinerer dette.
Hvis der tilkaldes yderligere ressourcer fra andre private organisationer, som f. eks. psykologer fra DSB, Falck eller andre er disse underlagt KOP, som koordinerer den samlede krisestøttende og kriseterapeutiske indsats.

Kommunerne har i forbindelsen med kommunernes beredskabsplanlægning udpeget faciliteter, som vil kunne bruges til EPC. Beslutning om iværksættelse af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC) træffes af indsatsledelsen.

Ved større længerevarende sundhedsberedskabshændelser, der kræver en meget stor og ressourcekrævende længerevarende psykosocialindsats, etableres der en central krisestyringsstab på psykiatriområdet.

Det psykosociale beredskab er decentralt baseret men centralt koordineret af AMK, og kan fleksibelt indsættes i hele regionen.

Bemanding
Ved mindre hændelser, hvor AMK ikke er aktiveret, fungerer regionens døgnåbne akutte psykiatriske skadestue/modtageafdeling som det sted, hvor et mindre antal patienter/personer med behov for psykosocial assistance kan henvises til.

Ved hændelser hvor AMK er aktiveret, er det den vagthavende læge i AMK (AMK-lægen) der alarmerer og kommunikerer direkte med den lokale kriseterapeutiske beredskabsledelse ved den psykiatrisk afdeling, som er eller bliver involveret i hændelsen. AMK og den lokale kriseterapeutiske beredskabsleder aftaler, hvilke foranstaltninger, herunder hvilke personaleressourcer der skal anvendes. Folkekirkens Katastrofeberedskab indgår som en del af det kriseterapeutiske beredskab.

Procedurer i akutfasen
Stillingtagen til om der skal sendes psykosociale udrykningsteams ud, eller om de berørte skal ind til den akut psykiatriske skadestue, eller om Folkekirkens

Version 18127

Katastrofeberedskab skal benyttes aftales mellem AMK og den psykiatriske beredskabsleder. Det skal også overvejes om børne- og ungdomspsykiatrien skal involveres.
I tilfælde af udsendelse, aftales mødested med AMK og tasker med relevant indhold medbringes. Et udsendt hold iører sig blå markeringsveste med påskriften ”krisehjælp”.
Der uddeles brochurer om normale krisereaktioner, og de personer som det kriseterapeutiske beredskab har været i kontakt med, registreres med henblik på eventuel opfølgning.

Det sikres, at alle der er indlagt på somatisk afdeling modtager tilbud om krisestøtte ved at informere de somatiske afdelinger, om at det psykosociale beredskab er aktiveret.

Opfølgende indsats
Formålet med den opfølgende indsats er at forebygge og behandle symptomer på post traumatisk stress syndrom (PTSD) og andre følgetilstande hos berørte. Hvis regionens psykosociale beredskab har været aktiveret i akutfasen er regionen ansvarlig for kommunikation og information til borgerne. Nogle borgere vil være registreret i forbindelse med selve hændelsen, medens andre kan have været til stede ved hændelsen uden at være set eller registreret af indsatspersonalet.
Den psykiatriske kriseledelse er ansvarlig for at planlægge indsatsen i opfølgningsfasen. Der skal dels formidles relevant information til samarbejdsparterne (specielt kommunen), dels kommunikation til befolkning og berørte om mulighed for bistand.
Det skal sikres, at så mange som muligt af potentielt berørte personer får kendskab til muligheden for opfølgning, samt hvor de pågældende kan henvende sig ved behov.

For yderligere information, se ”Vejledning vedrørende planlægning af sundhedsberedskab, punkt 10.8 – Sundhedsstyrelsen 2017”

Intern beredskabsplan
Der er udarbejdet en intern beredskabsplan for psykiatrien i Region Syddanmark, som beskriver forholdsregler i forbindelse med brand, terrortrusler, naturkatastrofer og eventuel evakuering.

2.6. Lægemiddelberedskab, antidoter og blodberedskabet
Lægemiddelberedskabet omfatter lægemidler/antidoter og medicinsk udstyr til humant brug, som fleksibelt kan imødekomme ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution i beredskabssituationer

Lægemiddelloven danner grundlag for bekendtgørelse om spredning af lægemiddellagre i forsyningsmæssige nødsituationer, samt under krise og krig. Bekendtgørelsen giver lægemiddelstyrelsen mulighed for omfordeling af lægemiddellagrene for at sikre forsyningerne i hele landet.

Version 13.1.17

Blod og blodprodukter er ikke lægemidler, men er omfattet af blodforsyningsloven. Blod derivater (albumin, immunglobulin m.fl.) er lægemidler, og er dermed omfattet af lægemiddelloven.

Myndighedsopgaver i forbindelse med lægemiddelberedskabet varetages af Lægemiddelstyrelsen. Planlægningsforpligtigelsen vedrørende lægemiddelberedskabet ligger både hos regionerne og i kommunerne.

Regionen har oprettet et lægemiddelberedskabsudvalg som varetager lægemiddelberedskabsplanlægning. Udvalget er sammensat af repræsentanter fra de 4 sygehusapoteker samt repræsentanter fra Regionen. Planlægningen tager udgangspunkt i Danske Regioners rapport vedrørende samordning af regionernes lægemiddelberedskab fra 2011, som også indeholder et katalog over beredskabslægemidler. Det forudsættes, at der generelt i Danmark er medicin nok til at kunne håndtere en sundhedsberedskabssituation.
I praksis er det sygehusapotekerne der sikrer, at der er et tilstrækkeligt lægemiddelberedskab.

Antidotberedskabet overfor masseforgiftninger er baseret på de 2 speciallagre i henholdsvis Århus og København. Derfra kan midlerne i givet fald rekvireres. Flere af de lagerholdte antidoter kan bruges i tilfælde af udslip af giftige stoffer i industrielle virksomheder, der kan ramme en større gruppe af mennesker.
Der er landsdækkende udarbejdet en antidothåndbog, som løbende opdateres, og som beskriver, hvilke antidoter der bør være til stede på sygehusene (www.sygehusberedskabet.dk).

Opgave
Det almindelige daglige lægemiddelberedskab skal kunne øge eller omstille sin kapacitet, såvel kvalitativt som kvantitativt i forbindelse med større hændelser eller skader inklusive CBRNE-hændelser.

I den akutte situation skal sygehuset:

- vurdere behovet for relevante lægemidler
- sikre fremskaffelse af og/eller produktion af supplerende lægemidler
- sikre distribution af lægemidler

Beredskabet skal kunne dække behovet på sygehusene og det præhospitale område.

Sygehusene og sygehusapotekerne skal desuden sikre, at der altid er et basislager af antidoter i FAM i henhold til anbefalingerne i Antidothåndbogen, OUH skal her ud over ligge inde med et suppleringslager svarende til det anbefalede i Antidothåndbogen.

Ledelse
Det er AMK der overordnet koordinerer indsatsen ved en beredskabshændelse i tæt samarbejde med beredskabslederne på sygehusene. Beredskabslederen på sygehuset vurderer sammen med sygehusapoteket lægemiddelberedskabet i

Version 151217

den konkrete situation, hvor det er den vagthavende sygehusapoteker, der er leder af lægemiddelberedskabet.

Organisation
Den overvejende del af de industrielt fremstillede lægemidler købes via AMGROS. Distribution til sygehusapotekerne sker direkte fra fremstillerne og importører eller gennem private lægemiddelgrossister.
Sygehusapotekerne/OUH i Region Syddanmark kan selv fremstille/øge produktionen af intravenøse væsker.
Der er lavet aftaler med de andre regioner i Danmark vedrørende hjælp i mangelsituationer.
I nødsituationer kan apotekerne rette henvendelse til AMGROS.

I Region Syddanmark er det besluttet, at hver sygehusenhed skal ligge inde med, hvad der svarer til 7 dages normalforbrug af de i listen anførte lægemidler.

Hvis der opstår en situation med udsigt til mangel på medicin eller medicinsk udstyr i på det præhospitale område, på sygehusene eller kommunerne på grund af en større hændelse, vil regionen søge at afhjælpe situationen eventuelt ved henvendelse til AMGROS.

Bemanding
I tilfælde af akut behov for at øge lægemiddelberedskabet kan vagthavende apoteker på akutsygehusene kontaktes døgnet rundt, med henblik på iværksættelse af apotekets beredskabsplan.

Procedure
På alle akutsygehusene foreligger der en procedure for aktivering af lægemiddelberedskabet.
Patienter vil ved ekstraordinær udskrivelse fra sygehusene få medicin med til 48 timer, hvis der er behov for dette.

Blodberedskab
Ulykker, større hændelser og terror kan medføre et øget behov for blod. Pandemier eller længerevarende strømafbrydelser kan resultere i mangel på blod. Produktionsproblemer, katastrofer, terror, strejker kan resultere i mangel på blod som følge af manglende leverancer af blodposer og testkits.

Ledelsen af blodberedskabet i Region Syddanmark udgøres af vagthavende læge ved Klinisk Immunologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.
Vagthavende læge kontakter hurtigst muligt afdelingsledelsen og den produktionsansvarlige overlæge, der overtager ledelsen efter at være fremmødt.
Ledelsen af blodberedskabet styrer og omfordeler blodlagre på regionalt niveau.
Ledelsen af blodberedskabet anmoder om blod fra øvrige regioner/DRK Hamburg og behandler sådanne anmodninger fra øvrige regioner/udlandet.
Ledelsen af blodberedskabet kan også omfordele lagre af blodposer, reagenser til blodtypebestemmelse og forligelighedsundersøgelse, samt personale til bloddonortapning og blodtypeserologi inden for regionen.

Version 181217

Ledelsen af blodberedskabet kan anmode regionens blodbanker om at øge tappeaktiviteten iht. de lokale beredskabsplaner. De lokale beredskabsplaner skal give mulighed for en umiddelbar fordobling af tappeaktiviteten. Såfremt KIA, OUH ikke er i stand til forarbejde eller teste blod, sendes fuldblod hhv. blodprøver til Skejby Sygehus, Næstved Sygehus eller Rigshospitalet mhp. hhv. forarbejdning og testning.

Regionens blodbanker forpligtiger sig til at lagerføre utensilier (blodposer, reagenser til smittemarkørscreening, blodtypekontrol, blodtypebestemmelse og forligelighedsundersøgelse) til 45 dages normalt forbrug.

Transport(donorer, fuldblod, blodkomponenter). Ved behov for transport kontaktes AMK.

Blodberedskabet er afhængigt af fungerende el, vand og IT, jf. Appendiks 3.4.2. Det er sygehusenes ansvar, at blodbankerne er tilstrækkeligt sikret mod nedbrud af el, IT og vandforsyning

Utensilier
Sygehusenes sterilcentraler skal hele tiden have et passende lager af almindelige utensilier og skal desuden have planer for, hvordan der hurtigt kan skaffes ekstra utensilier, hvis sygehuset kommer under pres.

2.7. Primære sundhedstjeneste og praksissektoren
Beredskabet i den primære sundhedstjeneste er beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, der ligger uden for sygehusene.
Den primære sundhedssektor skal, under større ulykker og katastrofer sikre en videreførelse af de daglige opgaver, tilpasset de ændrede krav som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.

De overordnede opgaver omfatter:

- modtagelse, pleje og behandling af ekstraordinært udskrevne patienter samt andre syge og smittede i eget hjem
- behandling af lettere tilskadekomne som aflastning af sygehusene
- varetagelse af hygiejniske foranstaltninger, forebyggelse og behandling af infektioner og epidemiske sygdomme
- plejeopgaver i relation til særlige situationer som fx ekstremt vejrlig, drikkevandsforurening mv.
- bistå regionen med massevaccination
- ydelse af anden omsorg til tilskadekomne, syge og handicappede, herunder evt. krisestøtte

Opgaverne afhænger i øvrigt af hændelsens omfang og de problemer, der følger i kølvandet på hændelsen.

Sundhedsloven og overenskomsterne på praksisområdet indeholder ikke bestemmelser om inddragelse af praksissektoren i akutte beredskabssituationer eller i planlægningen af sundhedsvæsenets indsats i beredskabssituationer. Det

Version 181217

er alene beredskabslovens § 57, som giver den formelle hjemmel til inddragelse af praksissektoren i beredskabssituationer (”Offentligt ansatte og ansatte i offentlige og private virksomheder og institutioner skal udføre de opgaver inden for redningsberedskabet og den civile sektors beredskab, der pålægges dem”).

Region Syddanmark har aftalt med praksissektoren, at planerne skal samordnes. Der foreligger aftaler om, hvorledes de praktiserende læger alarmeres i dagtid og i vagttid.

Det er regionen, der i en beredskabssituation har den koordinerende rolle, og som skal fastlægge den samlede organisation og koordinering af indsatsen inden for den primære sundhedstjeneste.

Procedure ved ekstraordinær udskrivelse

Det er aftalt mellem regionen og kommunerne, at hvis en sygehusenhed vurderer, at der bliver behov for ekstraordinær udskrivelse af patienter, så kontakter AMK kommunerne og varsler disse. Derefter foregår udskrivelsen, ligesom i dagligdagen, ved at de enkelte afdelinger tager kontakt til den pågældende kommune, hvorfra patienten kommer med henblik på konkret aftale. Der medgives medicin og hjælpemidler i fornødent omfang, dvs. indtil patienten selv eller med kommunens og den praktiserende læges hjælp har etableret den nødvendige assistance(normalt svarende til 48 timer). Regionen betaler hjemtransporten ved ekstraordinær udskrivning, efter de sædvanlige regler.

Procedure ved behandling af lettere tilskadekomne og ydelse af anden omsorg, samt bistand ved massevaccination:
AMK kontakter praksis og/eller vagtlægerne i forbindelse med en konkret opgave, hvorefter nærmere detaljer aftales, tid, sted og opgave

Procedure ved plejeopgaver i relation til særlige situationer som vejrlig og drikkevandsforurening:
Opgaven håndteres i kommunalt regi eventuelt sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed og koordineres i LBS

3. Appendiks

3.1. Forebyggelse/kontinuitet

Regionen og sygehusene skal bedst mulig sikre sig at driften, både under normale, men også under ekstraordinære omstændigheder, ikke forstyrres. Der skal laves forebyggende tiltag, der enten helt sikrer, at driften ikke forstyrres, eller i bedste fald, reducerer konsekvenserne af en eventuel hændelse.
Forebyggelse betyder også, at man bedst mulig skal sikre sig mod forstyrrelser i den daglige drift i tilfælde af utilsigtede hændelser som fx strømsvigt, IT nedbrud, tilstrømning af mange patienter mv.
Hvilke forebyggende tiltag der skal iværksættes tager udgangspunkt i en konsekvensanalyse som nævnt i 3.4.
Regionen og de enkelte sygehuse bør lave en konsekvensanalyse, som danner grundlag for eventuelle forbyggende tiltag.

Version 10.1.17

Regionen skal eksempelvis sikre sig, at AMK Vagtcentralen ved strømsvigt kan fortsætte driften, ved at der er etableret nødstrømsforsyning og/eller redundant strømforsyning. Der skal etableres adgangskontrol, og der skal etableres mulighed for at AMK Vagtcentralfunktionen kan fortsætte i andre lokaler i tilfælde af fx brand.
Sygehusene skal ligeledes have et nødstrømssystem, der sikrer at sygehusets funktioner, herunder IT, videreføres ved strømsvigt. Ved nybygning, ombygning mv. skal der tænkes på risiko og sårbarhed. Eksempelvis skal et nødstrømsforsyningsanlæg ikke stå i en kælder, hvor der er risiko for oversvømmelse.
Forebyggelse betyder også, at der afholdes øvelser, således at man bedst mulig er i stand til at organisere modtagelse af ekstraordinært mange patienter

3.2. Uddannelse

Der foretages løbende uddannelse af regionale medarbejdere i at kunne håndtere beredskabshændelser via ekstern og intern uddannelse. Sygehusene kan henvende sig til beredskabskoordinatoren om beredskabsuddannelses-behov.

Der tilbydes intern beredskabsuddannelse i Region Syddanmark i:

- Grunduddannelse akutlæger
- Efteruddannelse akutlæger
- Terror og mentalforberedelse
- CBRNE
- Psykosocial indsats
- Temadage

Der er beredskabskursuskatalog på regionens hjemmeside.

<u>Ekstern beredskabsuddannelse i Region Syddanmark</u>

Medarbejdere med behov for det sendes på relevante beredskabskurser hos Beredskabsstyrelsen. AMK-læger bør alle deltaget i kurset ”Samfundets Beredskab” og alle der skal arbejde i den LBS bør deltage i ”Krisestaben i Samfundets Beredeskab

Årligt uddannes 3-5 akutlægebilslæger til ISL-SUND ved det 3 uger lange tværfaglige indsatslederkursus i Tinglev.

3.3. Øvelser

Øvelser er et centralt led i bestræbelserne på at holde sundhedspersonalets beredskabsfærdigheder ved lige, hvorfor sygehusene er forpligtet til at indgå i øvelsesaktiviteter i regionen for at kunne agere i en beredskabssituation.

I Region Syddanmark er planlægningen af kurser og øvelser lagt i et Beredskabsuddannelses- og øvelsesudvalg. Regionen indgår i (Fyns, Syd- og Sønderjylland og Sydøstjylland) koordinations- og øvelsesudvalg, hvor der planlægges øvelser for 1 år ad gangen. Der veksles mellem dilemmaøvelser, krisestyringsøvelser og fuldskalaøvelser. Efter hver øvelse evalueres der

Version 181217

sektorvis, hvorefter der bliver udarbejdet en endelig evalueringsrapport. Sundhedsberedskabets evaluering indgår i denne rapport.

I kontaktgruppen vedrørende Storebæltsberedskabet planlægges hvert år en fuldskalaøvelse. Hvert andet år foregår øvelsen i tunnelen, og hvert andet år foregår den på Vestbroen/højbroen. Der planlægges for 5 år ad gangen. Efter hver øvelse evalueres der sektorvis. Sundhedsberedskabets evaluering indgår i Storebæltsberedskabets endelige evalueringsrapport.

I forbindelse med øvelserne tilstræbes det at træne såvel det præhospitale beredskab som sygehusberedskabet i at håndtere større hændelser, CBRNE-hændelser med selvhenvendere til sygehusene, samt det kriseterapeutiske beredskab.

Rigspolitiet afholder 6 CBRNE-øvelser årligt i Danmark. Sundhedsberedskabet i Region Syddanmark indgår i de øvelser, der bliver afholdt i regionen. Der udarbejdes en årlig evalueringsrapport for disse øvelser.

Der orienteres om alle øvelser i Sundhedsberedskabs- og præhospitaludvalget (SUPU) samt i Beredskabsuddannelses- og øvelsesudvalget mhp. ændringer samt implementering af fund ved øvelserne.

3.4. Evaluering

Regionen evaluerer større hændelser og øvelser. Efter større hændelser afholdes der evalueringsmøder med relevante parter, og der udarbejdes en rapport med henblik på læring og forbedrende tiltag.

3.5. Risiko og sårbarhedsvurdering

Region Syddanmark foretager løbende en sundhedsberedskabsplanlægning, så hovedrisiciene for det regionale sundhedsvæsen kan håndteres hensigtsmæssigt.

Region Syddanmarks risiko- og sårbarhedsvurdering bygger på nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige trusselsvurderinger, herunder ”Nationalt risikobillede 2017” fra Beredskabsstyrelsen.

Sundhedsberedskabet skal opbygges med en beredthed og planlægning, der svarer til sandsynligheden og alvorligheden af de risici regionen står overfor.

Risikoanalysen i dette afsnit er lavet for Region Syddanmark som helhed.

Hovedsårbarhedsområderne for Region Syddanmarks sundhedsvæsen:

Forsyningssvigt:
- It-/telefoninedbrud
- Strømforsyningssvigt
- Vandforsyningssvigt
- Varmeforsyningssvigt

Version 181217

- Mangel på medicinske gasser
- Manglende ventilation
- AMK-vagtcentralen ude af drift

Ulykker/uheld:
- Brand
- Terror/hærværk
- Kemikalieuheld på sygehuset
- Bevæbnet/voldelig person
- Bombetrussel
- Oversvømmelse

Hovedsårbarheder i Region Syddanmarks sundhedsvæsen:

- Hovedsårbarheden i det regionale sundhedsvæsen er it-/telefoninedbrud. Vedrørende regionens IT-systemer, så er der på omkring ca. 80 kritiske IT-systemer etableret vagtberedskaber. Vagtberedskabet består på 1. niveau af 24/7 bemandet servicedesk. På andet niveau af tekniske vagter på standby med 15 min. tilkaldetid (servere, netværk, storage) og endeligt et ledelseslag til kommunikation/eskalation.
  Der er to primære maskinstuer i regionen i Odense og Esbjerg med nødstrøm og alternativer forbindelser. Nogle af de kritiske IT-systemer er dublerede, så de både kan drives fra Odense og Esbjerg. For ikke dublerede systemer gælder, at kritiske funktioner kan understøttes uden IT via manuel styring, og at der kan ske reetablering af systemerne ud fra backup placeret uden for det aktuelle driftscenter. De ikke dublerede systemer giver selvfølgelig en vis sårbarhed, idet IT-nedbrud vil give forstyrrelser i driften
  Regionen har en proces for Major Incident Management, der træder i kraft, hvis der sker en ikke planlagt afbrydelse af en it-service eller reduktion i kvaliteten af it-service, der har en meget stor negativ effekt og ikke umiddelbart kan løses.
  Da det har alvorlige konsekvenser, hvis kritiske it-systemer forsvinder, så bør sygehusenhederne have tænkt igennem, hvad de vil gøre, hvis et kritisk it-system er væk i regionen i en periode, f. eks. i et døgn eller i en uge.
  Det kan være en god ide at lave en skrivebordsøvelse over IT-nedbrud, hvad gør sygehusenhed/afdeling, hvis et maskinhus pludselig er ude af drift, f. eks. pga. lynnedslag.

- Strømsvigt. Det meste apparatur og det meste kommunikation på sygehusene er/foregår elektronisk. Hvis der ikke er strøm, vil det blive svært at kunne undersøge og behandle patienter og holde de mest kritisk syge og tilskadekomne patienter i live. Der er backupsystem på strømsvigt på sygehusene i form af nødstrømsanlæg.

Version 1.1 F17

- Vandsvigt. Et sygehus har behov for forsyning med rent vand, da hygiejneforholdene er af stor betydning på et sygehus, og vand er vigtigt i forplejningen.

- Varmesvigt. Det er vigtigt for at et sygehus kan fungere, at der er en tilpas temperatur, især i en situation med hård frost/vind, hvor der hurtigt kan opstå en kritisk situation på et sygehus.

- Mangel på medicinske gasser, medicin og utensilier er kritisk for operations- og behandlingsaktiviteten.

- AMK (Akut Medicinsk Koordination) koordinerer den medicinske indsats ved større ulykker o.l. Det er vigtigt at AMK altid kan fungere.

- Ulykker/uheld: Brand, terror/hærværk, kemikalieuheld på sygehuset, bevæbnet/voldelig person, bombetrussel og oversvømmelse kan medføre, at et sygehus sættes helt eller delvist ud af drift, og at sygehuset skal evakueres med de logistiske udfordringer det medfører.

Der skal i Region Syddanmark være planer og udstyr, så den regionale sundhedssektor kan fungere selv om en sårbarhedssituation opstår.
F.eks. er nødstrømsanlæg en måde at sikre driften af sygehuset, hvis den normale elforsyning forsvinder f.eks. i en orkansituation.

3.5.1 Konsekvensanalyse

Konsekvensanalyse kan anvendes til at afdække de situationer, der skaber pres i sundhedssektoren, og hvilke konsekvenser en hændelse kan have, samt hvad man kan gøre for at forebygge. Afhjælpende foranstaltninger er så den beredskabsplan man iværksætter i den konkrete situation.

Sygehusenhederne skal udarbejde en konsekvensanalyse for egen enhed.

Konsekvensanalysen er en metode til hurtigt og systematiske at analysere konsekvenser af situationer, der skaber pres på organisationen. Analysen skaber overblik over, hvilke forebyggende og afhjælpende tiltag der kan eller bør iværksættes for at håndtere eller mindske konsekvenser af analyserede hændelser.
Eksempler på situationer/hændelser der kan analyseres er:

- masseskade i forbindelse med større trafikuheld
- flere skadesteder med mange tilskadekomne, fx en terrorhændelse med flere bombesprængninger og/eller angreb med skydevåben
- epidemier eller pandemier med behandling af mange patienter på sygehuse og i eget hjem via praksissektoren
- fødevare eller drikkevandsforurening der kan gøre mange patienter syge på en gang
- ekstremt vejrlig med ufremkommelige veje, hvor ambulancer og hjemmepleje ikke kan komme frem på almindelig vis

Version 181217

- større nedbrud i strømforsyning og kritiske IT systemer.

Målet er i sidste ende at kunne opretholde eller genoprette den daglige drift samt styrke systemets robusthed.

Konsekvensanalyse – sygehuse - eksempler

Situationer der skaber pres	**Konsekvenser**	**Forebyggende tiltag**	**Afhjælpende tiltag**	**Samarbejdspartnere**
Mange akutte patienter på sygehuset	Øget sygelighed og dødelighed	En plan for etablering af tilstrækkelige ressourcer	Iværksættelse af beredskabsplan	AMK, sygehuse, politi,
IT nedbrud	Manglende registrering af patienter, manglende adgang til procedurer, lab. svar mv.	Plan for alternativ registrering, fx papirjournaler	Iværksættelse af plan	Lokal IT afdeling, regional IT afdeling, evt. leverandør af IT udstyr
Brand	Personale og patienter i livsfare	Sprinkleranlæg, undervisning i brandbekæmpelse, Lokale brandslukkere Plan for evakuering	Alarmering, slukning, evakuering af afdeling eller sygehus	Politi, brandvæsen, AMK
Strømsvigt, IT eller telefonsvigt i AMK Vagtcentralen	Manglende udkald af ambulancer og akutlægebiler	Redundante systemer Plan for løsning ved nedbrud	Iværksættelse af plan	Regional IT
Brand i AMKVC	Manglende udkald af ambulancer og akutlægebiler	Sprinklersystem Alternativ lokation for AMKVC	Brandslukning, Flytning til alternativ lokation	Brandvæsen, politi, Regional IT

Version 181217

3.6 Ansvarsoversigt

Ansvarsoversigten viser, hvem i Region Syddanmark, der har hovedansvaret for de forskellige dele af beredskabsplanlægningen.

Afsnit i beredskabs-planen	Planlægningsområde	Sundhedsplan-lægning	AMK-vagt-centra-len	De somatiske sygehusenhe-der	Psykiatria-enheden	Rådssekretariatet
1.0.	Beredskabsplan for regionen inkl.: • Civil beredskabsplan • sundhedsberedskabsplan	X				
1.2	Organisation og ledelse: Actioncard krisestyringsstab					X
1.6	Actioncard kommunikation	X				
2.1.	Visitationsvejledning for 1-1-2 indsats		X			
2.1.	Instruks for sundhedsfaglig visitation		X			
2.1.	Disponeringsmanual præhospital indsats		X			
1.3..	AMKs Aktiveringsplan 1)	X	x			
1.0.	Vagtcentralen beredskabsplan		X			
2.3.	Sygehusberedskabsplaner			X		
2.5.	Kriseterapeutisk beredskab Beredskabsplan inkl. actioncard for lokal og central aktivering				X	

1) Udarbejdes i samarbejde mellem beredskabskoordinator og AMK-læge

Version 181217

Ordliste

112 akuthjælpere
Frivillige fra et lokalområde, udpeget af regionen. 112 akuthjælpere tilkaldes ved behov som supplerende præhospital ressource. For at indgå i ordningen skal 112 akuthjælperen have indgået aftale med regionen om deltagelse i ordningen og modtaget førstehjælpsundervisning.

ABC-principper
Det grundlæggende princip man anvender i akut indsats til syge/tilskadekomne er:

- **A** – Airway (frie luftveje)
- **B** – Breathing (vejrtrækning)
- **C** – Circulation (kredsløbet og hjertet)

ABCDE-principper
ABCDE er en systematisk tilgang, som kan anvendes til alle kritisk syge og tilskadekomne: A = Airway (luftveje), B = Breathing (vejrtrækning), C = Circulation (kredsløb), D = Disability (neurologisk status) og E = Exposure (eksponering).

Action card
En kort og præcis handlingsorienteret anvisning på varetagelse af en bestemt funktion eller løsning af en bestemt opgave. En huskeliste til handlinger i akutte situationer.

Akutbil
Udrykningskøretøj bemandet med en paramediciner. Enheden medbringer medicin og andet behandlings- og kommunikationsudstyr til den præhospitale indsats.

Akutlægebil
Udrykningskøretøj bemandet med en speciallæge i anæstesiologi med erfaring i præhospital indsats samt en ambulancebehandler eller paramediciner. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr til den præhospitale indsats. Enheden kan ikke transportere patienter.

Akutlægehelikopter
Helikopter bemandet med en speciallæge i anæstesiologi med erfaring i præhospital indsats, en pilot og en ambulancebehandler eller paramediciner, som er trænet i navigation, kommunikation og flyteknik.

Alarmcentral
Den lokalitet, hvor 112 alarmopkald modtages. På grundlag af modtagne oplysninger iværksætter alarmcentralen alarmering af de relevante beredskaber.

AMK
Det er AMK Vagtcentralen, der aktiverer AMK-lægen, som derefter står for at iværksætte sundhedsberedskabet. AMK aktiveres ved større ulykker og katastrofer og har ansvaret for ledelsen af det regionale sundhedsberedskabs samlede indsats.

AMK-læge
Speciallæge, der under en stor ulykke eller katastrofe, leder regionens AMK.

Version 1812.1

AMK Vagtcentral Regionens kommandocentral, hvori AMK-funktionen indgår, og som modtager alle sundhedsmæssige opkald fra politiets alarmcentral (112), varetager sundhedsfaglig visitation og teknisk disponering af relevante præhospitale ressourcer og yder sundhedsfaglig vejledning og rådgivning til indringer.

Antidoter (modgifte)
Antidoter (modgifte) er lægemidler, som specifikt modvirker giftvirkningen af kemiske stoffer.

Beredskabshændelse
En hændelse/situation som på grund af antallet af tilskadekomne/berørte eller kompleksiteten af hændelsen betyder, at regionen ikke er i stand til at håndtere hændelsen med anvendelse af sædvanlige, dagligdags procedure og retningslinjer. En beredskabssituation fordrer, at regionen udvider og omstiller sin behandlings- og plejekapacitet ud over det daglige beredskab.

CBRNE-hændelser
Tilsigtede eller utilsigtede hændelser forårsaget af kemiske stoffer (C), biologisk materiale (B), radiologisk materiale (R), nukleart materiale (N) eller eksplosive stoffer (E).

Den Nationale Operative Stab (NOST)
Den Nationale Operative Stab er en del af kriseberedskabet i Politiet og varetager den koordinerende ledelse, når flere myndigheder medvirker ved konkrete beredskabsindsatser. Ledes som udgangspunkt af Rigspolitiet.

Epidemi
Når en smitsom sygdom breder sig meget hurtigt i en befolkningsgruppe i et bestemt område.

Epidemikommission
Hver region har en epidemikommission, som består af en politidirektør (formand), en overlæge fra Styrelsen for Patientsikkerhed, en dyrlæge (Fødevareregionen), en repræsentant for den lokale told- og skatteforvaltning, en repræsentant for det regionale sygehusberedskab, en repræsentant for Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter samt tre regionsrådsmedlemmer. Formålet med epidemikommissionerne er at hindre, at de i epidemiloven § 2 nævnte smitsomme og overførbare sygdomme udbredes i Danmark, samt hindre at smitte fra disse sygdomme føres ind i landet eller herfra og til andre lande.

Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC)
Et særligt etableret midlertidigt opholdssted for ulykkesofre og pårørende i forbindelse med en større, psykisk belastende hændelse. Bemandes med behandlingspersonale og administrativt personale. Etableres på foranledning af indsatsledelsen i samarbejde med AMK.

Forbindelsesofficer
Person der er forbindelsesled mellem organisationer eller dele heraf.

Giftlinjen
Giftlinjen er en landsækkende telefonrådgivning, hvor alle kan få direkte råd og hjælp i tilfælde af forgiftning. Sygeplejersker og læger, der er særligt uddannede inden for forgiftning,

Version 181217

sidder klar ved telefonerne døgnet rundt. Giftlinjen er beliggende på Bispebjerg Hospital www.bispebjerghospital.dk/giftlinjen.

Indsatsledelsen
Indsatsledelsen er det samarbejdsforum, hvor relevante ledere indgår, og som under koordination af politiet har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for gennemførelsen af en redningsindsats på et skadested. Indsatsleder politi, indsatsleder redningsberedskab og indsatsleder sundhed udgør grundstammen i indsatsledelsen.

Indsatsleder politi (ISL POLITI)
Person fra politiet, der varetager den koordinerende ledelse af den samlede indsats i et indsatsområde samt den polititaktiske ledelse inden for indsatsområdet. Indsatsleder politi har også kommandoen over alle indsatte enheder fra politiet.

Indsatsleder brand (ISL BRAND)
Den person fra redningsberedskabet, der varetager den tekniske og taktiske ledelse af indsatsen på et skadested, og som har det overordnede ansvar for alle indsatte enheders sikkerhed inden for indre afspærring. Indsatsleder Redningsberedskab udøver sin kommando gennem holdlederne, herunder tillige holdledere eller tilsvarende fra udefra kommende enheder.

Indsatsleder sundhed (ISL SUND)
Speciallæge i indsatsområdet, der har det sundhedsfaglige ansvar og ledelsen af den præhospitale indsats i indsatsområdet.

Instrukser
Instrukser er konkrete vejledninger om håndtering af en afgrænset opgave eller arbejdsgange. En instruks kan således beskrive, hvordan ansatte skal forholde sig under givne omstændigheder og bør omfatte ansvars- og kompetencefordeling samt systematiske anvisninger på, hvilke procedurer de ansatte skalfølge.

Isolation
I relation til smitsomme sygdomme forstås med isolation, at patienter holdes isoleret fra andre enten på enestue, på slusestue eller lignende for at forebygge smittespredning.

Karantæne
For at hindre mulig smittespredning fra personer, som har været udsat for smitte – men endnu ikke er blevet syge – kan Epidemikommissionerne eller Sundhedsstyrelsen beslutte, at de udsatte personer skal holdes samlet og afsondret fra den øvrige befolkning, indtil det viser sig, om de bliver syge. Herom anvendes udtrykket karantæne.

Kommandostade (KST)
Fælles facilitet i indsatsområdet, hvorfra den samlede indsats ledes, og der opretholdes kontakt til overordnede og sideordnede beredskabsmyndigheder eller organisationer. Kommandostadet oprettes af indsatsledelsen og er indsatsledelsens samlingssted.

Version 181217

Kommandostation (KSN)
Kommandostation ved politiet hvor relevante myndigheder kan samles og koordinere den udførende indsats ved særlige hændelser.

Krisestøtte
Anvendes om den del af det kriseterapeutiske beredskab, som omfatter almindelig medmenneskelig omsorg og kan ydes af en person uden psykiatrisk eller psykologisk uddannelsesmæssig baggrund.

Lokal beredskabsstab (LBS)
En tværfaglig beredskabsstab, der er oprettet i de enkelte politikredse, med henblik på koordinering af opgaver og ressourcer ved lokale beredskabshændelser. Den lokale beredskabsstab er under koordinerende ledelse af den lokale politidirektør. De lokale beredskabsstabe består af politiet, Totalforsvarets landdelsregioner, Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter og regionens sundhedsberedskab. Læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge), relevante kommuner og andre myndigheder kan indkaldes ved behov. Ved beredskabsmæssige hændelser, der berører flere politikredse, kan Rigspolitichefen udpege én politikreds som ansvarlig for løsningen eller samordningen af den politimæssige indsats.

Medicinsk udstyr
Varer, der uden at være lægemidler i lægemiddellovgivningens forstand, anvendes i sundhedspleje og sygdomsbehandling fx forbindsstoffer, personlige værnemidler, injektionssprøjter, hjælpemidler og transfusionsudstyr.

National operativ stab (NOST)
NOST varetager en koordinerende funktion, og skal bl.a. sikre, at regeringens krisestyringsorganisation og de respektive sektorer løbende er i besiddelse af relevante, koordinerede og præcise oplysninger om den konkrete indsats. De faste medlemmer i NOST er Rigspolitiet (formand), Beredskabsstyrelsen, Værnsfælles Forsvarskommando, Politiets Efterretningstjeneste, Forsvarets Efterretningstjeneste, Sundhedsstyrelsen og Udenrigsministeriet. NOST indkalder endvidere ad hoc-medlemmer fra relevante myndigheder m.fl.

Psykosocial indsats
Et samlet udtryk for den indsats, der omfatter krisestøtte og social assistance i akutfasen samt kriseterapi ved behov i opfølgningsfasen.

Rensning
Skylning med vand af forurenede personer, indsatspersonel og materiel. Rensningen tilpasses det aktuelle stof og situationen, og der kan eventuelt anvendes supplerende midler til at fremme rensningen.

SINE
SINE (SIkkerhedsNEttet) er et fælles radiokommunikationssystem for alle beredskabsaktørerne, der samtidigt kan anvendes indenfor de enkelte beredskaber og på tværs mellem beredskaberne.

Version 181217

Triage
Triage er et system, hvor man ud fra en vurdering fastlægger, hvordan de forskellige patienter skal prioriteres.

Version 181217

Afdeling: SydKIP
Journal nr.: 21-1271
Dato: 17. maj 2021

Udarbejdet af: Annemarie Heinsen
E-mail: Annemarie.Heinsen@rsyd.dk
Telefon: 4022 0107

Notat

Status for arbejdet i den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe

På foranledning af Følgegruppen for Behandling og Pleje gives der i dette notat den årlige status for, hvordan udviklingen går for implementeringen af Fælles Medicinkort, herunder de opgaver defineret i arbejdsgruppens kommissorium. Status vil blive behandlet på Følgegruppemøde den 3. juni 2021.

1. Generel status for hvordan det går for den samlede implementering af FMK i Region Syddanmark

Arbejdet i FMK- arbejdsgruppen har i de senest to-tre år varet præget af

- Skift i sekretariatsbetjening
- Udskiftninger i arbejdsgruppens medlemmer.
- Flere af gruppens repræsentanter har været optaget af arbejder, der har været afledt af Corona-indsatsen.

Der har derfor været en minimal mødevirksomhed i gruppen.

Der er mange interessenter i arbejdet med at få styrket brug af FMK i almen praksis.

I praksisplan for 2020-2023 sættes der også fokus på samarbejdet om anvendelse af FMK, hvor der parterne imellem er enighed om, at alle læger som minimum ajourfører FMK i følgende givne situationer.

- ved elektive henvisninger,
- efter medicingennemgang i forbindelse med årskontrol,
- ved opfølgning og koordination i hjemmet og
- ved opsøgende hjemmebesøg

Derudover er der enighed om, at der skal igangsættes lokal dialog om brugen af FMK ved elektive henvisninger og erfaringerne herfra udbredes, således, at det sikres, at FMK er retvisende og ajourført i de aftalte situationer, ligesom sygehusenes anvendelse og ajourføring af FMK ved udskrivelse følges.

Det skal også nævnes, at parterne i aftaleperioden har aftalt, at der igangsættes initiativer til at styrke samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje om korrekt medicinering. Initiativerne kan evt. omhandle anvendelsen af FMK i samarbejdet, herunder brugen af ajourføring i almen praksis og tage udgangspunkt i erfaringerne fra ”Klyngepakke om ajourføring af FMK” der udbydes af det regionale klyngeteam.

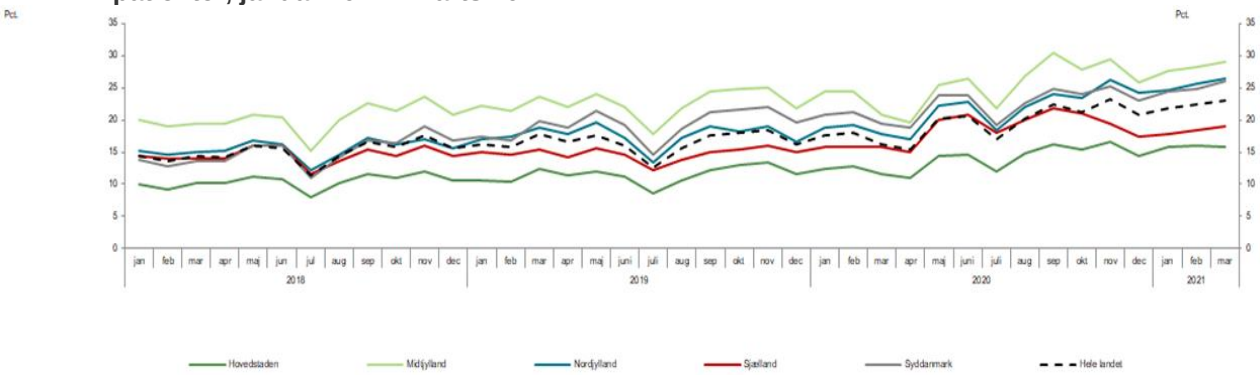
2. Brug af FMK, målt som ajourføringsmarkringer i FMK i almen praksis

Antal ajourføringsmarkringer i FMK i almen praksis for borgere med kommunal medicinadministration er en indikator under et af de nationale sundhedsmål: Bedre sammenhængende patientforløb. Den månedlige monitorering heraf gennemføres og præsenteres af MedCom og kan følges via dette link; https://www.medcom.dk/statistik/fmk-i-praksis

Siden januar 2015, hvor den første oversigt blev lavet, er ajourføringsprocent for samtlige FMK-konsultationer steget fra 15 pct. til godt 25 pct. i januar 2021 For ajourføringsprocenten for patienter med kommunal medicinadministration ses sammen udviklingen af ajourføringsprocenten, hvor ajourføringsprocenten i april 2019 var på knap 20 pct.

Nedenfor der vist procentdel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis pr. region, alle patienter, januar 2017 - marts 2021.

Figur 1. Procentdel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis pr. region, alle patienter, januar 2017 - marts 2021



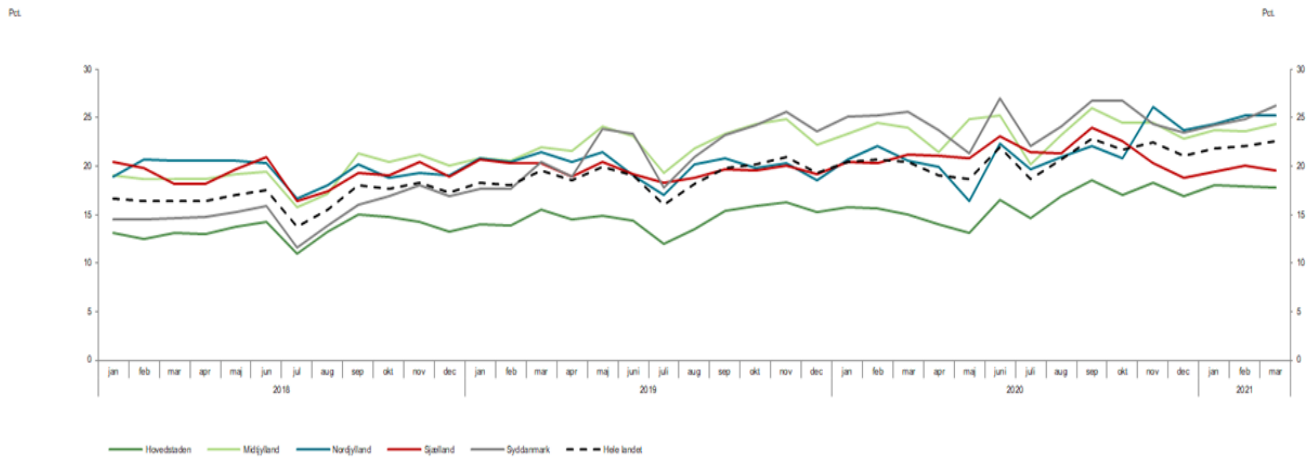
Kilde: MedCom, maj 2021

Note: En *FMK-konsultation* forstås som en eller flere af nedenstående handlinger af den praktiserende læge i FMK:

- "Opret lægemiddelordination"
- "Pausering af lægemiddelordination"
- "Ophæv pausering af lægemiddelordination"
- "Opdater lægemiddelordination"
- "Seponer lægemiddelordination"
- "Afseponer lægemiddelordination

Neden for er vist procentandel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis for borgere med kommunal medicinadministration pr. region januar 2017 - marts 2021

Figur 2. Procentandel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis for borgere med kommunal medicinadministration pr. region januar 2017 -



Kilde: MedCom, maj 2021

På sygehusene ligger opgaven med at følge monitoreringsdata for FMK i kvalitetsafdelingerne. Kvalitetsafdelingerne udsender ugentligt eller månedligt monitoreringsdata til ledelsen af kliniske afdelinger, der benytter FMK. Ud fra data kan klinikerne foretage opfølgning og evt. efterregistrering på patienternes FMK. For ambulante besøg gælder desuden, at de enkelte kliniske brugere fremgår af data, således der også kan følges op på personniveau.

Den aktuelle status for sygehusenes ajourføring fremgår nedenfor:

Figur 3. Ajourføring på indlagte patienter i Region Syddanmark

År/måned	Indlæggelser med ordinationsændring	Andel med rettidig ajourføring
2021-02	10639	86%
2021-03	12577	86%
2021-04	11542	87%

Figur 4. Ajourføring på ambulante patienter i Region Syddanmark

År/måned	Andel ajourførte
2021-02	81%
2021-03	81%
2021-04	81%

Region Syddanmark

3. Hvad har arbejdsgruppen haft fokus på i den seneste periode?

På senest møde i oktober 2020 var der enighed om at sætte på fokus på dosisdispensering. Der er i regionshuset mange parter involveret i dette arbejde, og der er søgt etableret et tværgående fagligt fællesskab mellem disse interessenter. Dette arbejde er besværliggjort af hjemsendelse (Corona-nedlukning) og fokus på andre opgaver. Det skal ligeledes nævnes, at problemstillingerne om brug af dosisdispensering ikke primært relaterer sig til brug af FMK.

I forbindelse med indhetning af bidrag fra arbejdsgruppen til den årlige status er det fra kommunal side fremhævet følgende:

- Der opleves, at de forskellige sektorer og instanser har svært ved at forstå FMK´s sammenhæng til hinanden og hinandens systemer; hvorfor der ofte opstår udfordringer som slet ikke var nødvendige.

- -Der opleves desuden fra kommunal side, at det er tidstungt, at man ikke kan bestille medicin via systemet hos ambulatorier og speciallæger – det er tungt rent tidsmæssigt at sidde i en telefon kø.

- Apoteket er kommet på FMK, men de kan kunne ser på åbne recepter (de må ikke ser på hele medicin liste uden samtykke og det kan være problem i weekend/helidag hvis det opstå akut bruge for medicin)

- Tbl. Marevan behandling er kommet på, så man kan registrere det i FMK pr 1. april 2021 - men det opleves at det er meget få læger der ved det, og derfor benyttes det ikke

Arbejdsgruppens repræsentation fra Apotekerforening har fremsendt følgende ønske til fortsat dialog om FMK:

> *”På trods af den korte tid jeg har været med, forstår jeg godt indstillingen til nedlæggelse af gruppen. Jeg tænker stadig at arbejdet er vigtigt og at der er mange områder der fortsat ikke er helt på plads, som der vil være en stor værdi i, at der fortsat er en arbejdsgruppe der har fokus på. Jeg tænker her særligt på, at det vil have ENORM stor værdi, hvis vi alle kunne se det samme, når i kiggede ind i systemet.*
>
> *Jeg tror der er hyppig unødig kontakt mellem kommunens ansatte, lægehusene og apotekerne, omkring oplysninger, som vi alle burde kunne se direkte i systemet. Hvem har bestilt, hvad er bestilt, er det godkendt og er der genereret recept, er den modtaget på apotek, er den på vej til borger hvor er borger osv. - altså alle kontaktfladerne.”*

Selvom dette er et gentagne emne for drøftelser i FMK-arbejdsgruppen, varetages designet af FMK af FMK´s systemejer, som er Sundhedsdatastyrelsen og er derfor uden for denne arbejdsgruppes kommissorium.

4. Arbejdsgruppens vurdering af, hvor og hvilke potentialer der er for videreudviklingen af FMK

Set i det tværsektorielle perspektiv er der behov for at få at få fælles viden om og forståelse af, hvornår det er relevant at anvende dosisdispensering og hvordan FMK kan anvendes. Dette arbejde falder ikke inden for FMK-arbejdsgruppens kommissorium

Region Syddanmark

5. Arbejdsgruppens anbefalinger til, om der er organisatoriske tiltag i FMK som skal fortsætte, justeres eller nedlægges, herunder arbejdsgruppens virke

Det er den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppes formål, 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

FMK har nu snart været et aktivt værktøj i 10 år og senest er apotekerne blevet en del af FMK. Opgaven er i drift og håndteres som et ordinært værktøj ved brug af medicin. De seneste år har vist, at det er svært at fastholde interessen for og i den tværsektorielle arbejdsgruppen. Derfor anbefales det, at gruppen nedlægges.

Kommissorium for tværsektoriel FMK-gruppe i Region Syddanmark

Fælles Medicinkort

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 sektorers 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 FMKopgaver 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:
Vibeke Jørgensen, Varde Kommune og Annemarie Heinsen, SydKIP 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.
Godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 29. januar 2016.

Opdateret 22.09.2020

Indhold leveret af:

Region Syddanmark, Praksisinformation
Damhaven 12
7100 Vejle

visinfosyd@rsyd.dk

> Gå til hjemmeside

Brug for hjælp?

Fællesmøde mellem Det Administrative Kontaktforum, følgegrupper og kompetencegrupper

Onsdag 6. oktober 2021 kl. 14.00-18.00 på Hotel Scandic i Kolding

FORMÅL

Formålet med det årlige fællesmøde mellem Det Administrative Kontaktforum, følgegrupper og kompetencegrupper er samlet at dele erfaringer fra de første to år med Sundhedsaftalen 2019-2023 samt at se frem mod arbejdet med målopfyldelse af den nuværende sundhedsaftale og mod udarbejdelse af en kommende sundhedsaftale. Herudover adresseres de igangværende drøftelser om, hvilke implikationer Aftalen om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) har for samarbejdet i Syddanmark.

DELTAGERE

Deltagerkredsen er alle medlemmer af Det Administrative kontaktforum, alle følgegruppemedlemmer og alle repræsentanter fra kompetencegrupperne og Koordinationsgruppen.

PROGRAM

13.30	**Ankomst og frokost**
14.00	**Velkomst og rammesætning** v. DAK formandskabet
14.15	**Plenumdialog om sundhedsklyngernes betydning for det syddanske sundhedssamarbejde**
14.30	**Dialog i mindre grupper om samarbejdet i sundhedsaftalen**
14.40	**Ølkassen: Del eksempler med hinanden i plenum**
14.55	**Værksted: Fremdrift og fokusområder i samarbejdet** i følgegrupper/kompetencegrupper
15.40	**Kaffe**
16.00	**Erfaringsudveksling**
16.35	**Plenumdialog: Hvad skal der til for at komme i mål med sundhedsaftalen 2019-2023?**
17.25	**Fremadrettet fokus og prioritering af indsatser** i følgegrupper/kompetencegrupper
17.55	**Opsamling**
18.00	**Tak for i dag og aftensmad 2-go**

Kortlægning af tværsektorielle indsatser mål-rettet den ældre patient i Region Syddanmark

29-06-2021

Region Syddanmark

Indhold

1 Indsatser relateret til opfølgning efter udskrivelse ... 3

1.1.1 Opfølgende besøg efter udskrivelse til plejecenter ... 3

1.1.2 Kom trygt hjem - Tidlig opsporing og behandling af komplikationer hos patienter med hoftenær fraktur udskrevet til plejecenter ... 4

1.1.3 Udgående stuegangsfunktion suppleret med akuttelefon ... 5

2 Indsatser relateret til forebyggelse af indlæggelse/behandling i eget hjem ... 6

2.1.1 Samarbejde om opsporing, udredning og behandling af demens – plejecentre i Vejle Kommune ... 6

2.1.2 GERI-kuffert ... 7

3 Fælles kompetenceudvikling ... 8

3.1.1 Mere samarbejde – mere tryghed for patienten (udveksling af personale) ... 8

3.1.2 KomTil ... 9

3.1.3 Kompetenceløft i forhold til demens ... 10

1 Indsatser relateret til opfølgning efter udskrivelse

1.1.1 Opfølgende besøg efter udskrivelse til plejecenter

Samarbejdspartnere:

- Geriatrisk afdeling, Odense (OUH)
- Odense, Nordfyns og Kerteminde Kommune

Beskrivelse af indsats:
Geriatrisk Afdeling ved Odense Universitetshospital (Odense) samarbejder med Odense, Nordfyns og Kertemine Kommune omkring opfølgning af patienter, der udskrives til plejecenter/aflastningspladser. Opfølgningen foregår enten fysisk eller via video.

Fra maj 2018 har Geriatrisk Afdeling, OUH haft opfølgende besøg (mandag, onsdag og fredag) hos patienter, der er udskrevet til Lysningen, der er et plejecenter i Odense Kommune. Fra oktober 2018 er dette suppleret med videokonference med Nordfyns aflastningspladser i Otterup og Bogense. Fra november 2019 er dette yderligere udvidet, så der nu også er en pilotafprøvning i forhold til patienter i egen bolig/plejebolig i Nordfyns Kommune.

Evaluering/erfaringer:
Klinisk: Der er potentiale for forebyggelse af genindlæggelser. Genindlæggelser fra plejecenter Lysningen er reduceret med 33%, svarende til en sengebesparelse på 1,1. Opgørelsen er sket i perioden frem til 28/2-2020.

Patient/pårørende-perspektiv: Besøgene sker med deltagelse af patient, personale på Lysningen og ofte pårørende. Det har været muligt at samle følge op på problemstillinger fra indlæggelsen i rolige omgivelser. Egen læge er ved behov inddraget.

Organisatorisk: Besøgene planlagt som ambulant opfølgning med deltagelse af geriatrisk speciallæge og geriatrisk sygeplejerske. Der er set 3-6 patienter pr. gang, ca. 30% er set mere end én gang. Læge og sygeplejerske arbejder sammen i team og har samme tidforbrug.

I forbindelse med nedlukningen under covid-19 er opfølgning ift. Lysningen sket virtuelt. Der er ikke set på genindlæggelser i denne periode, men det er erfaringen, at det fysiske fremmøde er af væsentlig betydning for de positiv resultater.

Anslået ressourceforbrug:
Til fremmøde på Lysningen er afsat 1 time til forberedelse, 2,5 time til fremmøde i gennemsnit samt 0,5 time til afrapportering. Samlet tidsforbrug/besøg 4 timer speciallæge + 4 timer sygeplejerske.

Til videokonsultationer med Nordfyns kommune er afsat 1 time til forberedelse, 1 time til videokonsultation samt 0,5 time afrapportering. Samlet tidsforbrug/besøg 2,5 timer speciallæge + 2,5 timer sygeplejerske.

Samlet tidsforbrug ved besøg 48 uger/år: Speciallæge 816 nettotimer + sygeplejerske netto 816 timer.

Derudover skal tillægges udgifter til transport, ca. 25.000,- ved leje af tjenestebil på OUH.

Øvrige bemærkninger:
Der er fra 1/9-2020 bevilliget ekstra speciallæge til geriatrisk afdeling, OUH. Erfaringerne fra Lysningen søges videreført fra efteråret 2020 ved at udvide målgruppen for opfølgende besøg og ved at kombinere dette med det regionale pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser.

1.1.2 Kom trygt hjem - Tidlig opsporing og behandling af komplikationer hos patienter med hoftenær fraktur udskrevet til plejecenter

Samarbejdspartnere:

- Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding (SLB)
- Plejecentre i Kolding og Fredericia Kommune

Beskrivelse af indsats:

En audit på de patienter med hoftenær fraktur, der døde indenfor 30 dage efter udskrivelsen i 2015, viste at det især drejede sig om patienter udskrevet til plejehjem.14 ud af 36 genindlæggelser af patienter med hoftenære lårbensbrud i 2016 er fra plejehjem. Årsagen til genindlæggelsen er infektioner, dehydrering, manglende kostindtag og fald. Der er evidens for at et udgående geriatrisk team har reduceret genindlæggelser indenfor 30-dage og død indenfor 30 dage og 90 dage.

Initiativet tager afsæt i samarbejdet mellem Ortopædkirurgi, Kolding, (ortogeriatrisk afsnit), akutteam og plejecentre i Kolding og Fredericia Kommune. Hensigten er at udnytte de ressourcer etablering af akutteam giver for opnå en optimeret pleje efter udskrivelsen. Samtidig vil vi udvide muligheden for, at akutteamet kan søge råd og vejledning på det ortogeriatriske afsnit – både hos ortopædkirurg, geriater og sygeplejersker de første 14 dage efter udskrivelsen.

Formålet med projektet er at forebygge komplikationer i form af infektioner, fald og forstoppelse, forbedre funktionsniveauet, øge livskvaliteten, reducere antallet af genindlæggelser og øge overlevelse inden for 30 dage.

<u>Konkret beskrivelse af indsatsen:</u>

Før udskrivelsen udarbejder afdelingens læger en detaljeret behandlingsplan for patienten bl.a. i forhold til IV-væske, som akutteamets sygeplejersker følger.

Patienten har åben indlæggelse 14 dage efter udskrivelsen, hvor afdelingens læger har behandlingsansvar / akutteamet har mulighed for at kontakte afdelingen

Patienten får et dag-til-dag program med hjem ved udskrivelsen. Programmet beskriver, hvordan personalet på plejecenteret skal observere patienten og reagere i forhold til vitale værdier, smertebehandling, mobilisering, ernærings- og væsketerapi. Ved problemer kan akutteamet kontaktes.

Akutteamet kontakter plejecentret telefonisk på udskrivelsesdagen. De kommer hos patienten dagen efter udskrivelsen, 3 dage efter udskrivelsen og efter 14 dage. Desuden kontakter de plejecentret telefonisk 6 dage efter udskrivelsen.
Ved hvert besøg vurderer de patienten ud fra samtale med patienten, plejepersonalet på plejecentret og dag-til-dagprogrammet. De måler hæmoglobin og CRP.

Akutteamet kontakter afdelingens læger, når patientens tilstand og blodprøver kræver lægelig behandling. Lægen ordinerer behandling, som akutsygeplejersken kan udføre. Det kan besluttes, at patienten indlægges

Evaluering/erfaringer:

<u>Klinisk:</u> Projektet blev opstartet i 2017. Evalueringen af indsatsen blev offentliggjort i september 2020. Projektet viste en klinisk signifikant stigning i overlevelsen indenfor 30 dage fra 87 % til 94 %, en signifikant reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage fra 30 % til 14 %, samt en signifikant højere sundhedsrelateret livskvalitet, målt med EQ5D.

Projektets resultater lægger op til, at interventionen indføres som vanlig praksis med implementering af alle tre indsatser: Systematisk tidlig opsporing af sygdom og komplikationer ved hjælp af et struktureret Dag-til-Dag-program, faste og akutte besøg af kommunal akutsygeplejerske og et behandlingsansvar fra Ortopædkirurgi Kolding de første 14 dage efter udskrivelsen.

Anslået ressourceforbrug:

400.000 kr. årligt

Øvrige bemærkninger:

1.1.3 Udgående stuegangsfunktion suppleret med akuttelefon

Samarbejdspartnere:

- Medicinsk Afdeling, Vejle (SLB)
- Kommuner i optageområdet

Beskrivelse af indsats:
Projektets formål er, at undersøge om en udgående stuegangsfunktion suppleret med en Akuttelefon kan være med til at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser, styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet samt skabe tryghed for borgeren/patienten i overgangen fra sygehus til eget hjem.

Hvis der er brug for lægefaglig opfølgning enten efter et ambulant forløb eller efter indlæggelse tilbydes patienten stuegang i hjemmet – udgående stuegang. Et team bestående af en speciallæge fra sygehuset og sundhedspersonale fra kommunen aftaler enten telefonisk kontakt eller besøg hos borgeren efter forløb på sygehus, såfremt det vurderes, at patienten har brug for lægefaglig opfølgning.

Den udegående stuegangsfunktion er suppleret med en akuttelefon, hvor praktiserende læge/vagtlæge og kommune har mulighed for 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen, at kunne rette henvendelse til en sygeplejerske og/eller læge på sygehus for afklaring af spørgsmål. Praktiserede læge skal i dagtiden have mulighed for, at rette henvendelse til en speciallæge i lungemedicin, hæmatologi, reumatologi, endokrinologi og gastroenterologi.

Tilbuddet gælder alle patienter tilknyttet Vejle kommune og beror på en individuel vurdering fra både sygehus og kommune, hvorvidt det er indiceret og kan lade sig gøre.

Evaluering/erfaringer:
Indsatsen er evalueret i juni 2020. Det vurderes, at indsatsen giver værdi – både patientmæssigt, fagligt og klinisk. Der er stadig udfordringer i forhold til, at mange får IV-behandling, og derfor ikke kan komme hjem. For at få fuldt udbytte af konceptet vil kræve, at primærsektor kan give IV- behandling i større udstrækning, end de kan i dag. I de kommuner, hvor IV-behandling er en mulighed, bliver patienterne udskrevet tidligere og vi følger op telefonisk i de tilfælde, der er behov.

Klinisk: For Medicinsk Afdeling forventes projektet, at bidrage til bedre kvalitet og effektivitet i indlæggelsesforløb/akut ambulant kontakt ved at sygehuset følger op på evt. iværksat behandling og forløb og dermed har det lægelige ansvar for birgeren/patienten. Desuden får det positiv betydning at projektet kan bidrage til at reducere akutte (gen)indlæggelser.

Patient/pårørende-perspektiv: Som borger/patient med kronisk sygdom forventes projektet at medføre en oplevelse af mere sammenhæng og smidighed mellem indsatsen fra kommune og sygehus, så borgeren/patienten får det rette tilbud på det rette tidspunkt. Ligeledes forventes en oplevelse af bedre kvalitet i behandling/sygehuskontakten med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov, idet der fra sygehusets side bliver fulgt op på evt. behandling og forløb.

Organisatorisk: For Vejle Kommune forventes projektet at få positiv betydning, idet det er muligt at få direkte kontakt til sygehuset for at afklare evt. tvivlsspørgsmål eller få gode råd. Samtidig forventes det, at kunne bidrage med tryghed i forløbet, da det er entydigt hvem, der har behandlingsansvaret efter forløb på sygehuset. Samtidig vil der være mulighed for supervision og rådgivning fra sygehusets side til kommunen, som kan give tryghed og mulighed for kompetenceudvikling hos personalet.

Anslået ressourceforbrug:
Ca. 1,5 mio. kr./år

Øvrige bemærkninger:
Konceptet med en speciallæge, der kan gå stuegang uden for afdelingen, ønskes også anvendt i andre sammenhænge. Således er afdelingen ved at udarbejde et kompetenceprogram på Psykiatrisk Afdeling i Vejle med henblik på, at der kan plejes og behandles fælles patienter. Her vil speciallægen på samme måde, som

ved udgående stuegang, gå stuegang på Psykiatrisk Afdeling. Oplæring i forhold til undervisning og simulation foregår i september 2020, og det påregnes at indsatsen kan opstartes snarest derefter.

2 Indsatser relateret til forebyggelse af indlæggelse/behandling i eget hjem

2.1.1 Samarbejde om opsporing, udredning og behandling af demens – plejecentre i Vejle Kommune
Samarbejdspartnere: • Psykiatrisk Afdeling, Vejle • Vejle Kommune
Beskrivelse af indsats: Som led i psykiatrisygehusets udmøntning af midler til den ældre medicinske patient (DÆMP), etablerer Psykiatrisk Afdeling Vejle styrket samarbejde om opsporing, udredning og behandling af demens for borgere på Vejle Kommunes plejecentre ved bl.a. at iværksætte screening af beboerne, yde specialistrådgivning til praktiserende læge omkring beboer, udvikling af fælles guideline for samarbejde og fast mødestruktur mellem plejecenter, praktiserende læger, demenskonsulenter og psykiatrien. Desuden udvikles i et samarbejde med Vejle Kommune et e-læringsværktøj omkring særlige aldringsprocesser hos udviklingshæmmede borgere med psykiatriske lidelser til bosteder.
Evaluering/erfaringer: Der er udarbejdet en evaluering af projektet, Evalueringens resultater og læringspunkter er: • Der blev etableret hotline, hvor alment praktiserende læger i Vejle Kommune kan ringe til Demensklinik Lillebælt for specialistrådgivning om demens og adfærdsændringer. • Der blev udviklet en tjekliste til brug ved adfærdsændringer ved beboere med demens. • Alle plejecenterbeboere i Vejle Kommune, som ikke havde en demensdiagnose, blev tilbudt screening for demens, funktionsevne og medicinstatus. • Personalet på plejecentrene og pårørende og har ofte begrænset viden om fordelene ved diagnosticering af demens, og har derfor en vis modstand over for udredning. • Beboere, som havde en udiagnosticeret demens, var ofte rolige og havde ingen problematiske adfærdsændringer, hvilken kan tyde på, at beboere uden adfærdsændringer kan blive overset. • Pårørende og personale forveksler symptomer på demens med alderssvarende kognitive forandringer. • Forbruget af antipsykotika ved de inkluderede var gennemsnitligt højere end ved danskere over 80 år. • Pårørende vil gerne inddrages, men det kræver en aktiv indsats af de fagprofessionelle. Psykiatrisygehuset drøfter konklusionerne med kommunerne i PSOF regi, og indtænker erfaringerne ift. den igangværende revidering af sygehusets ambulante strategi og koncept for specialistrådgivning til primærsektoren.
Anslået ressourceforbrug: Budget på 1,18 mio. kr. i 2018 og 1,52 mio. kr. i 2019.
Øvrige bemærkninger:

2.1.2 GERI-kuffert

Samarbejdspartnere:

- Geriatrisk Afdeling, Svendborg og Odense (OUH)
- Svendborg, Faaborg-Midtfyn, Nordfyn og Kerteminde Kommune
- Praktiserende læger i optageområdet
- SDU

Beskrivelse af indsats:

Anvendelse af GERI-kuffert har til formål at forebygge indlæggelser. Derfor er der en proaktiv indsats ved borgere, der er i risiko for en indlæggelse. Sker det, at en borger bliver indlagt, understøtter GERI-kufferten tidlig udskrivelse ved at monitorere borgeren med relevante kliniske observationer inkl. blodprøver.

Syddansk Universitet har gennemført et projekt sammen med OUH, Svendborg, Kerteminde, Fåborg-Midtfyn og Nordfyns kommuner. Planen er at udbrede til øvrige kommuner på Fyn i 2020. Udbredelsen kan gælde alle kommuner i Region Syddanmark.

Evaluering/erfaringer:

Forskningsprojektet d. 1. januar 2017 til 31. december 2019. Afsluttet.

Evalueringen af indsatsen skulle være klar til offentliggørelse primo september 2020, men er forsinket.
Der er imidlertid positive erfaringer fra projektet, hvilket har medført en beslutning om at udbrede GERI-kufferten til alle kommuner på Fyn og øer. Til denne implementeringsopgave har OUH bevilget 904.428 kr. fra DÆMP puljen til udgående og rådgivende funktioner.

Anslået ressourceforbrug:

OUH har udarbejdet et budget, der udgør et estimat for udgifter ved udbredelse, implementering og opfølgning over en periode på to år. Over den periode vil det koste ca. 1 mio. kr. per kommune, at udbrede GERI-kufferten til de 18 Syddanske kommuner, som endnu ikke har GERI-kufferten. GERI-kufferten er implementeret i de fire fynske kommuner Kerteminde, Svendborg, Nordfyns og Faaborg-Midtfyn Kommuner.

Udgifter forbundet med uddannelse af kommunalt personale i tidlig opsporing og anvendelsen af GERI-kufferten er ikke inkluderet, da det vurderes, at være en del af den kommunale medfinansiering.
Udbredelse af GERI-kufferten kan kun ske efter dialog og samtykke fra hver enkelt af de 22 Syddanske kommuner. Dialog kan ligeledes medføre en anden fordeling af budgettet, således at hver kommune medfinansierer en del af udbredelsen. Det skal dog ses i sammenhæng med en eventuel fremadrettet drift.

Øvrige bemærkninger:

3 Fælles kompetenceudvikling

3.1.1 Mere samarbejde – mere tryghed for patienten (udveksling af personale)
Samarbejdspartnere: • Vejle Sygehus, Hjertemedicinsk Afdeling • Vejle Kommune
Beskrivelse af indsats: Udveksling af sygeplejersker mellem primær og sekundær sektor. Mange ældre hjertemedicinske patienter oplever, at der i forbindelse med overgangen fra sygehus til den kommunale hjemmepleje og omvendt mangler sammenhæng i deres pleje- og behandlingsforløb. Formålet med projektet er at udvikle samarbejdet mellem primær og sekundær sektor for i øget omfang at imødekomme de behov og problemstillinger, der gør sig gældende hos den ældre medicinske patient, og således at uhensigtsmæssige genindlæggelser forebygges. Formålet er desuden at undersøge de involverede sygeplejerskers oplevelse af udvekslingen, herunder i hvilket omfang og hvordan det har bidraget til at kvalificere samarbejdet sektorerne imellem.
Evaluering/erfaringer: Indsatsen er evalueret i 2020. <u>Organisatorisk</u>: Udvekslingen bidrog til større respekt, tolerance og forståelse for hinanden på tværs af sektorer. At få kendskab til hinandens rammer og arbejdsvilkår har øget forståelsen og respekten for hinandens arbejde og givet anledning til at kvalificere sygeplejen i egen praksis.
Anslået ressourceforbrug: 200.000 kr. i opstartsudgifter samt løbende ca. 200.000 kr./år.
Øvrige bemærkninger: Indsatsen har fokus på det relationelle og samarbejdet på tværs af sektorer, hvilket også forekommer i Region Sjællands indsats vedr. Tværsektorielle tavlemøder samt Region Midtjyllands indsats om samarbejde på tværs.

3.1.2 KomTil

Samarbejdspartnere:

- Neurologisk Afdeling, Terapiafdelingen, Neurorehabiliteringen, Grindsted (SVS)
- Alle kommuner i optageområdet

Beskrivelse af indsats:

"KomTil" skaber gennem kompetenceudvikling af tværfaglige og tværsektorielle sundhedsprofessionelle en større kommunikativ tilgængelighed for mennesker med afasi. De sundhedsprofessionelle lærer at tilpasse egen kommunikativ adfærd via særlige strategier. Det øger trygheden og nedbringer misforståelser. Samtalestøttemetoden består udover kommunikative strategier også af en række fysiske kommunikationsstøttende værktøjer. Intentionen med det tværsektorielle fokus er at skabe et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor personen med afasi bliver mødt med samme kommunikative støtte gennem hele sit forløb.

KomTil er samskabt med personer med afasi, pårørende og sundhedsprofessionelle med afsæt i eksisterende metoder og forskning på området. Metoden har derfor også til sigte at hjælpe pårørende til bedre kommunikation med personen med afasi samt at øge den sundhedsprofessionelles muligheder for at udøve sin faglighed.

KomTil er blevet til gennem et udviklingsprojekt (2017-2019) finansieret af midler fra TrygFonden og en regional pulje. Restmidlerne fra projektet er efter aftale med Trygfonden overført til sikring af implementering i 2020 (projektet "KomTil – fra udvikling til drift"). Det daglige projektansvar for dette er placeret ved Kommunikation & Hjælpemidler, Esbjerg Kommune.

Kompetenceudviklingen af de sundhedsprofessionelle foregår via uddannede KomTil-trænere, der formidler brugen af KomTil til deres kolleger. Pt. findes 18 tværfaglige, tværsektorielle KomTil-trænere, og mere end 200 er uddannet i brugen af KomTil. Det er fornemmelsen, at der er stor interesse for KomTil, da der er leveret 5 artikler, 15 oplæg/bidrag på konferencer, 2 mediebidrag og 5 studenteropgaver i relation til metoden.

Evaluering/erfaringer:

Syddansk Universitet har evalueret projektet, og der foreligger en kvalitativ evalueringsrapport.

Klinisk: Spørgeskemaundersøgelser viser, at de sundhedsprofessionelle efter kompetenceudviklingen beretter om positive ændringer i viden, kompetencer og holdninger i relation til afasi og samtalestøtte. Der ses desuden en mulighed for at kunne folde den kommunikative tilgang ud til at kunne imødekomme eks. mennesker med demens.

Patient/pårørende-perspektiv: Syddansk Universitet afvikler i 2020 projektet "Samtalestøtte til patienter med afasi" for at analysere et brugerperspektiv i relation til samtalestøtte, hvori KomTil-metoden bl.a. indgår.

Organisatorisk: Der er bred ledelsesopbakning til brugen af KomTil i de involverede organisationer.

Evalueringen af KomTil (som projekt og metode) er udarbejdet ud fra et evalueringsframework kaldet RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation og Maintenance). Herudover inddrages også en Logisk Model i undersøgelsen af implementeringselementet, mens Theoretical Domains Framework og Behavioral Change Wheel bliver anvendt til at afdække maintenanceelementet.

- REACH: Der blev inddraget et stort antal deltagere fra alle målgrupper (mennesker med afasi, pårørende, tværfaglige og tværsektorielle sundhedsprofessionelle) i udviklingen af KomTil, der endvidere alle har udtrykt stor opbakning til projektet.

- EFFECT: KomTil har opfyldt de opsatte mål, nemlig at udvikle en metode (strategier og en værktøjskasse) for kommunikation med personer med afasi samt at udvikle og gennemføre uddannelse af sundhedsprofessionelle med afsæt i de udviklede strategier og værktøjer. Opgørelse af spørgeskemaundersøgelse blandt uddannede sundhedsprofessionelle viser, at disse beretter om positive ændringer i deres viden, kompetencer og holdninger ift. kommunikationen med mennesker med afasi.

- ADOPTION: Det fremgår ud fra interviews med KomTil-trænerne, at der fra begyndelsen har været lederopbakning og et positivt syn på KomTil blandt personalegrupperne. Trænerne udtrykker initiativ og vilje til at videreføre KomTil-metoden.

- IMPLEMENTATION: Implementeringen af den tværsektorielle brug af KomTil er igangværende.

- MAINTAINANCE: Der kan med fordel støttes op om de tiltag/interventionstyper, som allerede eksisterer i KomTil. Samtidig kan der med fordel også iværksættes nye tiltag for at styrke den vedvarende brug af KomTil og udnytte den drivkraft, der er i praksis.

Anslået ressourceforbrug:
Prisen for et kompetenceudviklingsforløb er kr. 13.500, der dækker over uddannelse af en KomTil-træner, der efterfølgende kan kompetenceudvikle kolleger i organisationen.

Øvrige bemærkninger:

3.1.3 Kompetenceløft i forhold til demens

Samarbejdspartnere:
- Sydvestjysk Sygehus
- Kommuner i optageområdet

Beskrivelse af indsats:
I 2017-2019 har Sydvestjysk Sygehus gennemført et demensprojekt med formålet at sikre et bredt og differentieret kompetenceløft blandt sygehusets medarbejdere. I styregruppen har der siddet repræsentanter fra sygehusets store optagekommuner. I forbindelse med projektet har sygehuset demensteam og kommunernes demenskonsulenter samarbejdet og vidensdelt.

1280+ demensvenner er uddannet blandt sygehusets medarbejdere. 28 demens-ambassadører er uddannet på de kliniske afdelinger. Der har været gennemført e-læring og blevet udarbejdet elektroniske og fysiske værktøjskasser.

Evaluering/erfaringer:
Indsatsen er evalueret og har bl.a. styrket personalets viden om demens og tiltag til borgere med demens.

Organisatorisk: Har givet øget viden og øget forståelse af, at der arbejdes med demens på sygehuset. Der er ambassadører på alle afdelinger, som er ressourcepersoner for personalet.

Anslået ressourceforbrug:
Ingen bemærkninger.

Øvrige bemærkninger:
Det Nationale Videnscenter for Demens har udviklet et e-læringsmateriale, som kan udbredes til øvrige sygehuse.

Tværsektorielt samarbejde
Damhaven 12, 7100 Vejle
Tlf. 2496 5528

tvaers@rsyd.dk

Region Syddanmark

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Udarbejdet af IV-arbejdsgruppen og Monitoreringsgruppen*
23.08.2021

Notat

Monitorering og evaluering af IV-behandlingsaftale

Følgegruppen for behandling og pleje under Det Administrative Kontaktudvalg har nedsat en faglig arbejdsgruppe, som skal fremlægge et oplæg til monitorering af økonomi og aktivitet i aftalen om IV-behandling i kommunerne og evaluering af samme. Dette notat er fremkommet på baggrund af indholdet i IV-aftalen. For yderlig konkretisering henvises til samme aftale.

Arbejdsgruppen har på møder den 17. juni, 11. august og den 20. august 2021 drøftet mulighederne.

Monitorering

Anbefalinger:

- Region Syddanmark etablerer følgende
  - Registrering af forløbselementer på regionens sygehuse, som differentierer mellem de tre grupper af behandlinger som aftalen omfatter.
  - En praksis for, at patienterne ikke afsluttes i sygehusforløbet før IV-behandling i kommunen kan afsluttes. Det påvirker ikke muligheden for at registrere ydelser i begge sektorer og har ikke betydning for afregningen.
  - Opfølgning med kommunal sygeplejerske registreres som procedurer i sygehusforløbet.
  - Registrering af, om der skal ske en henvisning til patienter, som afvises af kommunen.
  - En optælling af antal af patienter, der skal have IV-antibiotika 4 gange dagligt og som kunne have modtaget behandling i hjemmet, hvis aftalen også dækkede denne gruppe. De enkelte afdelinger skal i januar og februar 2022 manuelt optælle de borgere, der kunne være blevet sendt hjem. Svar sendes til formandskabet fra regionen og bringes efterfølgende ind til SOF og følgegruppen til drøftelse.

- Kommunerne etablerer følgende registreringer (se også vedlagte notat Kommunal registreringspraksis af IV-behandling udarbejdet af Morten Jessen-Hansen):
  - **Indsatserne** skal oprettes og navngives enslydende, eksempelvis med udgangspunkt i FSIII (Fælles Sprog III).
  - **CPR-nummer** på alle forløb og aktiviteter med borgeren.
  - **Udførende enhed** dokumenteres med henblik på at kunne monitorere, hvor behandlingen udføres (eget hjem eller i en kommunale klinik).
  - **Dato** og **tidspunkt** for udførslen af aktivitet.
  - **Start- og slutdato** for at dokumentere længden af de enkelte forløb og særligt når længden overstiger 14 dage. Der er usikkerhed på, om disse data kan trækkes i kommunerne, da de er sat op til aktivitet og ikke forløb.

*Monitoreringsgruppen har bestået af deltagere fra Kompetencegruppen for Monitorering, samt kommunale økonomifolk. Deltagerne har siddet med omkring forhandling af ny IV-aftale.

- **Henvisende sygehus.** Der er udfordringer med at trække disse data i kommunerne.

Med baggrund i udfordringer med at producere de kommunale data på de to sidstnævnte punkter, skal det undersøges, om Region Syddanmark kan være behjælpelig med datatræk i form af CPR-lister fra hvert sygehus over patienter, som er i IV-behandling i kommunerne, så kommunerne på denne baggrund kan fakturere regionen i henhold til aftalen.

- At et udvalg af kommunerne gennemfører et tidsstudie på reel tid brugt på forskellige behandlinger på forskellige behandlingssteder i januar og februar 2022. Tidsstudiet iværksættes efter beslutning i følgegruppen som optakt til halvårsopfølgningen, hvorefter man vurderer, om rutinerne i arbejdet er tilstrækkelige til at kunne få et billede af en permanent fælles standard. Kompetencegruppen for Monitorering udarbejder skema til indsamlingen af tidsstudiet og sender den til kommunerne i starten af december.

- At der efter et år gennemføres en journalaudit i begge sektorers journaler på et tilfældigt udvalg af patienter, som har modtaget IV-antibiotikabehandling i kommunerne med henblik på at vurdere praksis for at have og følge plan for IV-behandlingen. Der lægges op til en generisk auditskabelon. Audit skal særligt vurdere om overgangen til peroral behandling følger en fælles praksis.

- At de lokale samordningsfora (SOF) efter 6 måneder og 12 måneder behandler følgende spørgsmål:
    - Hvordan går det med implementeringen af IV-aftalen?
    - Hvordan opleves samarbejdet omkring IV-behandling i nærmiljøet?
    - Er der sammenhæng mellem opgaverne i forhold til IV-aftalen og ressourcerne og kompetencerne lokalt?
    - Hvilke udfordringer og barrierer opleves i forbindelse med IV-behandling i nærmiljøet?
    - Hvilke fordele opleves ved IV-behandling i nærmiljøet?
    - Er der noget, der kan gøre opgaven med IV-behandling i nærmiljøet bedre?
    - Hvilke årsager opleves i forhold til, at kommunerne evt. ikke kan modtage patienter til IV-behandling i nærmiljøet?

- IV-aftalen og tempoet for hvornår de enkelte kommuner i SOF-områderne evt. vil tilslutte sig aftalen drøftes i det enkelte SOF.

- At der i forbindelse med vurdering af det første års aktivitet samles et datasæt med kommunale og regionale data med henblik på en fælles analyse af disse data.

- At der i forbindelse med evalueringen gennemføres en undersøgelse af borger- og patienttilfredshed. Tilfredsheden foreslås belyst ved få centrale spørgsmål fx:

    - Oplevede du, at du kunne vælge, om behandlingen skulle foregå på sygehuset eller i dit eget hjem?
    - Følte du dig tryg ved behandlingen i dit eget hjem?
    - Oplevede du dig godt informeret om de opgaver, der skulle udføres i dit hjem?
    - Oplevede du, at der blev fulgt de samme procedurer i forhold til din behandling, når der kom en sygeplejerske?
    - Hvis du igen får brug for en lignende behandling, ville du så foretrække, at behandlingen skulle foregå på sygehuset eller i dit eget hjem?
    - Har du noget at tilføje/forbedringsforslag – fritekst

Til tilfredsundersøgelsen udarbejdes et generisk spørgeskema, som udleveres til de borgere, der modtager IV-behandling i hjemmet i januar og februar 2022. Spørgeskemaerne sendes til kommunerne via SOF.
Det er den enkelte kommunes ansvar at samle, indscanne og sende svarene samlet til formandskabet for IV-arbejdsgruppen ved udgangen af februar 2022. Der lægges op til anonym besvarelse af spørgeskemaet. Formandskabet samler og bearbejder data og præsenterer disse for følgegruppen, som beslutter den videre proces. Data vil blive opgjort overordnet på Region Syddanmark.

Forslag til organisation fremadrettet
Modellen for monitorering og evaluering besluttes af følgegruppen for behandling og pleje under Det Administrative Kontaktudvalg. Det vil også være følgegruppen, der behandler og konkluderer på evalueringen samt anbefaler justeringer af modellen over for Det Administrative Kontaktudvalg.

Den af følgegruppen nedsatte arbejdsgruppe har stået for det faglige indhold af aftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne samt for anbefalingerne til monitorering og evaluering. Fra arbejdsgruppen foreslås, at arbejdsgruppen fremadrettet kan arbejde videre med indsamling af data og evaluering.

Der udover foreslår den faglige følgegruppe, at Kompetencegruppen for Monitorering, skal være ansvarlig for at gennemføre den kvantitative analyse af aktivitet og tidsforbrug i forbindelse med vurderingen af økonomien i aftalen.

Kompetencegruppen for Monitorering vil i forbindelse med opfølgning efter 6 måneder levere initiale opgørelser på aktiviteter fordelt på kommuner og sygehuse. Herunder vil gruppen anbefale formen for det tidsstudie, der skal bruges i forbindelse med vurderingen af sammenhængen i økonomimodellen. Kompetencegruppen for Monitorering fremsender materiale i bearbejdet form til drøftelse i arbejdsgruppen, som efterfølgende sender anbefalinger til følgegruppen. Forslag til gennemførelse efter 6 og 12 måneder sendes til følgegruppen. Den videre proces besluttes af følgegruppen.

Kompetencegruppen for Monitorering skal:
- Sikre etablering af nye og fælles koder i hhv. den regionale og den kommunale registrering.
- Stå for udbredelsen af korrekt registrering på sygehusene og i kommunerne.
- Samle data fra kommuner og region i et fælles datasæt – herunder sikre den relevante godkendelse af dette.
- Gennemføre tidsstudie på det tidspunkt arbejdsgruppen anbefaler dette.

Den faglige arbejdsgruppe skal:
- Samle samordningsudvalgenes svar og sammenfatte svarene til videre bearbejdelse i følgegruppen.
- Være til rådighed for gennemførelse af journalaudit efter 12 måneder, herunder nedsættelse af en auditgruppe og udviklingen af en generisk auditguide.
- Gennemføre borger- og patienttilfredshedsundersøgelse.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Følgegruppen for Behandling og Pleje
Journal nr.:
Udarbejdet af: Magnus Falby
E-mail: Magnus.falby@rsyd.dk
Telefon: 29201348
Dato: 31-08-2021

IV-procesplan

	Aktivitet	Fokus
Juni – 10.aug	Kompetencegruppen for monitorering udarbejder udkast til monitoreringsplan og evalueringsplan.	
10. august	Deadline for materiale til arbejdsgruppen for IV	
11.august	Møde i arbejdsgruppen for IV + Kompetencegruppen for monitorering	Udvikler og kvalitetssikrer implementerings- og monitoreringsplan.
17.august	Møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje	Status fra arbejdsgruppen.
20.august	Møde i arbejdsgruppen for IV + Kompetencegruppen for monitorering	Udvikler og kvalitetssikrer implementerings- og monitoreringsplan.
25.august	Deadline for materiale til Følgegruppen for Behandling og Pleje	
27.august	Møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje	Godkender implementerings- og monitoreringsplan mv.
30.august	Følgegruppen for Behandling og Pleje sender varsling til SOF'erne	Varsling vedr. implementering af IV-aftalen mhp. ikrafttrædelse 1/10 på baggrund af tilbagemelding fra DAK
16.september	Møde i DAK	Godkender implementerings- og monitoreringsplan.
20.september	Referat fra DAK	
21.september	Følgegruppen for Behandling og Pleje sender implementeringsbrev til SOF'erne	
21.-1.oktober	SOF'er og IPG'er sikre plan for klargøring	Kompetenceudvikling, regnskabs- og monitoreringspraksis, opgaveoverlevering og tilpasning af arbejdsgange
1.oktober	Ny IV aftale træder i kræft	Kommunerne har løbende mulighed for at indgå aftale.
1.okt 2021 – 1.okt 2022	Pilot periode	Følgegruppen for behandling og pleje vil følge aftalen løbende. Følgegruppen skal sikre dialog og inddragelse af SOF'erne i forhold til at tilvejebring viden om aftalens implementering og anvendelse.
23.marts 2022	Deadline for SOFerne for at give input til midtvejsstatus.	
April 2022	Midtvejsstatus	Behandles på Følgegruppen for Behandling og Pleje d. 6.april, og på DAK d. 19.maj. Evt. efterfølgende justering af samarbejdet eller aftalen vurderes.
28.september 2022	Deadline for SOFerne for at give input til evaluering af pilot periode.	
Oktober 2022	Aftale evalueres og evt. revideres	Behandles på Følgegruppen for Behandling og Pleje d. 7.oktober, og på DAK d. 17.nov.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Journal nr.: 20/37410
Dato: 17-08-2021

Samarbejdsaftale for IV-behandling i nærområdet

Antibiotika og væske i kommunalt regi

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

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

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

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

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

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

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

Formålet med samarbejdsaftalen er:

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

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

4. Afgrænsning
Samarbejdsaftalen inkluderer følgende behandlinger:

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

Krav:

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

Aftalen omfatter alle lukkede systemer herunder fx:

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

Aftalen omfatter alle følgende velfungerende IV- adgange herunder fx:

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

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

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

5. Forpligtigelse
Kommunerne forpligter sig til at varetage IV-behandlingen inden for IV-aftalens ramme, når sygehuslægen vurderer, at IV-behandling i kommunalt regi er det bedste for patienten.

I tillæg til ovenstående kan der være ekstraordinære situationer, hvor det af hensyn til patientsikkerheden er muligt for kommunen at afvise kommunal håndtering af IV- behandlingsforløb. Forløbet håndteres i så fald i sygehusregi. Der er enighed mellem parterne om, at dette kun undtagelsesvist forventes at være tilfældet. Ved generel manglende kapacitet i den enkelte kommune afklares kapacitetstilpasning på direktionsniveau parterne imellem.

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

Borgerne starter behandlingen på sygehuset og skal ved IV-behandling med antibiotika have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for en eventuel allergisk reaktion.

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

Den kommunale sygepleje administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc. IV-behandling i kommunalt regi varetages i nærmiljøet af den kommunale sygepleje med maksimalt 3 behandlinger i døgnet, i tidsrummet kl. 07.00-23.00. 6 måneder efter aftalens ikrafttræden drøftes behov og relevans for at øge antallet af behandlinger til 4 gange i døgnet.

For at sikre, at patienterne får den korrekte og bedste behandling skal patienter i IV-antibiotikaforløb have kontrolleret deres CRP-niveau på den tredje dag, og resultatet konfereres med den behandlingsansvarlige læge/afdeling for hermed at vurdere:

- om IV-behandlingen fortsætter i eget hjem
- om det er muligt at fortsætte forløbet med tablet i stedet for IV-behandling
- om patienten skal indlægges på sygehuset igen

Det lægefaglige behandlingsansvar:

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

- At borgeren er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- At ordinere IV- behandling (både væske og antibiotika) i FMK
- At vurdere om borgeren kan behandles i hjemmet/kommunalt regi
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv. Dette skrives ind i udskrivningsrapporten – jf. SAM:BO
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge
- At sikre mulighed for at kontakte den behandlingsansvarlige afdeling (herunder den vagthavende læge) 24/7, hvis den kommunale sygepleje har spørgsmål til sygehusafdelingen

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

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

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

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

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

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

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

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

Dokumentation:

- Kommunerne sikrer tidstro dokumentation[6]

Opbevaring af medicin i borgerens hjem:

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

Utensilier:

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

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

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

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

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

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

Det omfatter ansvar for:

- At udarbejde en individuel behandlingsplan (både for IV-væske og IV-antibiotika), herunder plan for kontrol, opfølgning og behandlingsafslutning, samt formidle denne behandlingsplan,

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

jf. SAM:BO aftale. Behandlingsplanen skal have fokus på behandlingens varighed, anvendelse af pumpe og overgang til tabletbehandling eller selvadministration. Plan for evt. måling af vitale værdier
- At behandlingen starter på sygehuset, og borgeren ved IV-behandling med antibiotika har modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for en allergisk reaktion
- At foretage en lægefaglig vurdering af, om patienten kan behandles i kommunalt regi og tage stilling til om patienten kan forlades under infusionen (Forudsætter at patienten kan komme i kontakt med behandlingsansvarlig sygeplejerske)
- At kontakte hjemkommunen, jf. SAM:BO, med henblik på at aftale opgavens løsning i kommunalt regi
- At ajourføre Fælles medicinkort (FMK) med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling
- At informere patienten og/eller pårørende om den ordinerede IV-behandling, herunder behandlingsplan, kontrol
- Oplyse patient/pårørende samt kommunale sygeplejersker om direkte telefonnummer på den behandlingsansvarlige læge/vagthavende læge (hovednummer) i afdelingen
- At rådgive og undervise kommunale sygeplejersker, der varetager medicinadministrationen, samt evt. stå til rådighed ved kompetenceudvikling jf. ovenstående
- At levere medicin og specifikke sygeplejeartikler til den ordinerede behandling
- At videregive epikrise til praktiserende læge ved behandlingens afslutning jf. retningslinjer i InfoNet
- At genanlægge IV-adgange i det omfang kommunen vurderer, at de ikke har de nødvendige kompetencer til det

9.2 Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske

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

9.3 Praktiserende læge/vagtlæge

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

10. Information

10.1 Information mellem region og kommune forud for overdragelse

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

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

10.2 Patientinformation
Sygehuset skal sikre, at patienten er informeret mundtligt og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika. Informationen skal beskrive IV-behandlingen i kommunalt regi og ansvarsfordelingen mellem den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og patientens praktiserende læge. Patienten skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi og informeres om muligheden for en ambulant tid eller indlæggelse, hvis noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses uden for sygehuset. I forbindelse med udskrivelse kan der blive afholdt udskrivningskonference, gerne virtuelt, med deltagelse af repræsentanter fra kommunen, patienten og evt. pårørende. Patienten udskrives med telefonnummeret på den behandlingsansvarlige afdeling, således det er lettilgængeligt ved behov for kontakt, samt aftaler om behandlingsplan og kontrol i sygehusregi. Derudover skal patienten udskrives med telefonnummer til den kommunale sygepleje, hvis der skulle opstå behov for kontakt, inden iværksættelse af den kommunale behandling.

11. Økonomi
Region Syddanmark og kommunerne finansierer IV-behandlinger i kommunalt regi i fællesskab, hvor regionen finansierer 70 procent af forløbstaksten og kommunen finansierer 30 procent af forløbstaksten.

Den økonomiske ramme for den nye IV-aftale er en økonomimodel bestående at 4 typer forløbstakster. Anvendelse af forløbstakster skal bidrage til en smidig afregning og monitorering.

Økonomisk model med 4 forløbstakster:

1. Forløb med IV-antibiotika uden pumpe 7.000 kr.
2. Forløb med IV-antibiotika, hvor patienten får hjælp til montering af pumpe 1.400 kr.
3. Forløb med IV-væske 1.000 kr.
4. Langtidsforløb over 14 dage med IV-antibiotika uden pumpe. Døgntakst 1.400 kr. pr. døgn fra dag 15.

Modellen vil være en pilotaftale på 12 måneder med start fra 1. oktober 2021. I den periode vil kommunerne finde de rette rutiner i arbejdet, og samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne udvikles. Efter de første 12 måneder evalueres modellen og taksterne genberegnes med udgangspunkt i den udviklede praksis i samarbejdet. Pilotaftalens betalinger efterreguleres ikke. I forbindelse med evalueringen tages, med udløbet af de 12 måneder, stilling til en mere permanent aftale med udgangspunkt i de genberegnede takster. Evaluering og genberegning af taksterne foretages fra 1. ok-

tober 2022, og derfor efterreguleres taksterne fra 1. oktober 2022 og frem til godkendelse af en permanent aftale. Taksterne reguleres herefter ved almindelig pris og lønfremskrivning, og genberegnes hvert andet år. Kommunerne sender regninger til det sygehus, som patienten udskrives/hjemskrives fra.

Forventninger til aktivitet og økonomi.

I 2018 var gennemsnittet for et IV-behandlingsforløb 5 dage. Det forventes også at være udgangspunktet for IV-aftalen. Med en konsekvent vurdering af behandlingen efter 3 dage på baggrund af CRP-niveau, forventes gennemsnitsforløbet dog at blive kortere. Væskebehandling forventes at være 3 dage med 1 behandling dagligt.

Det betyder at der med forløbsmodellen, uanset længden af behandlingsforløbet, vil være finansiering svarende til enten:

- 10 – 11 behandlinger uden pumpe i eget hjem
- 14 behandlinger uden pumpe i sygeplejeklinik
- 5 behandlingsdage med pumpe.
- 3 behandlingsdage med IV-væske.

Langtidsforløbstaksten skal sikre finansiering i tilfælde af længerevarende forløb.

12. Monitorering og opfølgning

Det er vanskeligt at vurdere hvor stort omfanget af aftalen vil blive, da vilkårene i aftalen er væsentligt anderledes, end det man har haft tidligere. Derfor vil det være helt centralt med en tæt monitorering af alle aktiviteterne i det første år. Derfor skal der etableres et særskilt arbejde med at fastlægge de endelige parametre i forhold til monitorering af aftalen.

Der gøres, på baggrund af kvantitative data, status på aftalen og implementeringen af aftalen efter 6 måneder.
Følgegruppen for Behandling og Pleje har ansvaret for, at der bliver monitoreret på samarbejdsaftalen, herunder med inddragelse af kompetencegruppen for monitorering. Følgegruppen for behandling og pleje vil følge aftalen løbende i pilotperioden. Følgegruppen skal sikre løbende dialog og inddragelse af SOF'erne i forhold til at tilvejebring viden om aftalens implementering og anvendelse.

Data for de første 12 måneder samles og analyseres med henblik på at få et mere klart billede af:

- Omfanget af forløb med IV-behandling i kommunalt regi
- Tidsforbrug i forbindelse med behandlingerne
- Antallet af daglige besøg
- Reale og afledte udgifter ved behandlingerne (brugertidsprocent mm.)

På den baggrund vurderes taksterne og revideres eventuelt, som grundlag for en mere permanent aftale om samarbejdet.

Region:

I den regionale registrering og indberetning til Landspatientregisteret er der ikke endnu lavet særlige koder til denne slags hjemskrivninger, hvor sygehuset fortsat har et behandlingsansvar, men hvor en anden part udfører behandlingen og plejen af patienten. Der forventes dog at komme en løsning på dette i 2. halvår 2021. Kontakter mellem sygehus og kommune registreres som vanlig i patientens journal, herunder konference om vurdering af patienten på baggrund af CRP-måling.

Sygehusene gennemfører endvidere en optælling af de tilfælde, hvor kommunerne i helt særlige situationer har måttet afvise at tage imod en patient.

Kommune:
I den kommunale registrering er det centralt at følgende dokumenteres:

- Type behandling
- Sted for behandling
- Tidsrum hos borgeren
- Hvem udfører behandlingen
- Observationer ifm. behandlingen
    - Herunder CRP på 3. dag

13. Aftalens ikrafttræden og opsigelse
Aftalen er godkendt politisk i Regionsrådet og er gældende fra det tidspunkt, hvor der er indgået aftale mellem [NAVN] Kommune og Region Syddanmark.

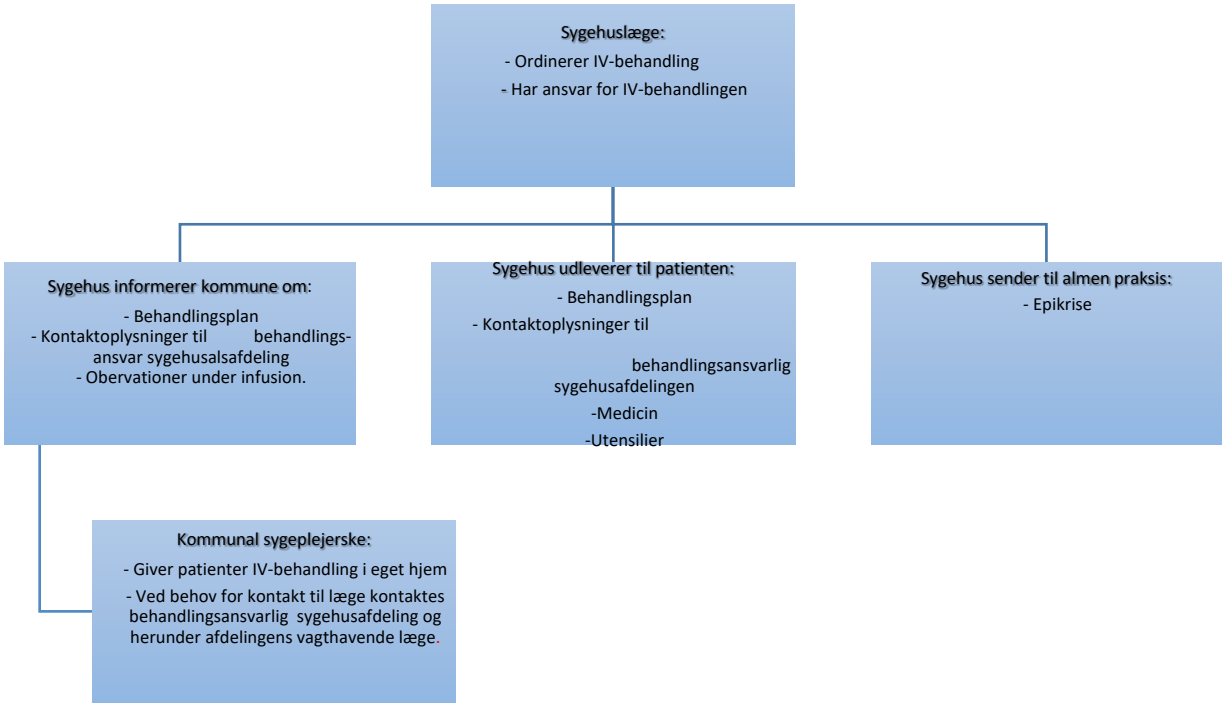
Aftalen er bindende de første 12 måneder efter underskrift. Efter de første 12 måneder kan aftalen opsiges af begge parter ([NAVN] Kommune og Region Syddanmark) med tre måneders varsel.

Det er frivilligt for kommunerne at tiltræde den nye IV-aftale med en økonomiske model. Ønsker en kommune ikke at tiltræde den nye IV-aftale, er der mulighed for at fortsætte de to nuværende "KAN" samarbejdsaftaler for hhv. væske og antibiotika. I de nuværende samarbejdsaftaler aftales det lokale samarbejde uden afregning mellem region og kommune.

Bilag 1

Opgave	Sygehus	Kommune	Praktiserende læge
Lægefagligt ansvar for IV-behandlingen	X		
Behandlingsplan, herunder evt. overgang til tabletbehandling	X		
Ordination	X		

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



Monitorering og evaluering

IV-behandlingsaftale mellem kommuner og Region Syddanmark

Monitorering

Regionen

- Forløbsopgørelse der skelner mellem de tre grupper af behandlinger
- Afslutning af patientforløb ved afslutning af det kommunale IV forløb
- Opfølgning med kommunal sygeplejerske registreres herunder opfølgning på CRP-måling
- Kontakt til kommune vedrørende afviste patienter

Kommunen

- Indsatser oprettes og navngives (Fælles Sprog III)
- CPR-nummer på alle forløb og aktiviteter med borgeren
- Udførende enhed registreres
- Dato og tidspunkt
- Start- og slutdato
- Henvisende sygehus (?)

Evaluering

- Journalaudit af kommunale og regionale journaler samt korrespondancer

- SOF-opfølgning efter seks og tolv måneder:
  - Implementeringsstatus på IV-aftalen
  - Oplevelsen af IV-behandlingssamarbejdet
    - Sammenhæng mellem opgaver, ressourcer og kompetencer
    - Fordele og ulemper
    - Forbedringstiltag
    - Årsagsgennemgang af afviste patienter

Opfølgning og organisering

- Kommunerne gennemfører frivillig tidsregistrering af IV-behandling i forbindelse med en halvårsopfølgning
- Løbende indsamling af data fra kommuner og regionen med henblik på at etablere en monitoreringsdatabase

- Der nedsættes en monitoreringsgruppe og en evalueringsgruppe under følgegruppens faglige arbejdsgruppe

Fødeplan 2022

Indhold

Forord ... 4
Læsevejledning ... 4
1. Indledning ... 5
Fødeplanens formål ... 5
Lovmæssige rammer ... 5
Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området ... 6
Sammenhæng til andre planer, vejledninger, aftaler og strategier ... 6
Fødeplanens tilblivelse ... 7
2. Svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem ... 8
Status og udfordringer ... 8
Vision ... 9
Indsatsområder og anbefalinger ... 10
Medinddragelse og samarbejde med familien ... 10
Fælles beslutningstagning ... 10
Patientrapporteret data ... 11
Svangreomsorgen som et værdiskabende tilvalg ... 11
Øget inddragelse af partneren ... 12
Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv ... 12
Sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af fagligheder og sektorer ... 12
Lokale fællesskaber ... 13
Samarbejdsaftaler ... 13
Inddragelse af frivillige aktører ... 14
Regionsdækkende partnerskab med Mødrehjælpen ... 14
Styrke familierne til et velfungerende ammeforløb ... 14
Uddybende efterfødselssamtale til familier med et traumatisk graviditets-, fødsels- eller barselsforløb ... 15
Lighed i sundhed ... 16
Geografisk lighed ... 16
Opsamling og vidensdeling ... 16
Tidlig opsporing og individualiseret støtte til familier med ekstra behov ... 17
Individuel fødselssamtale til alle førstegangsfødende ... 17

UDKAST

Fødsels- og forældreforberedelse ... 17
Kendt Jordemoderordninger ... 18
En særlig støtte til familier med etnisk minoritetsbaggrund ... 19
Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger ... 19
Digital løsning til graviditetsforløb ... 19
Virtuelle kontakter ... 20
Telemedicin og hjemmemonitorering ... 20
Brug af sociale medier som kommunikationsplatforme ... 21
Vedvarende fokus på digitale muligheder og løsninger ... 21
Monitorering, udvikling og forskning ... 21
Ensartet praksis på tværs af sygehusene ... 21
Tilgængelige valide data på tværs af regionen ... 22
Region Syddanmark som en del af det nationale forsknings- og udviklingsmiljø ... 22
Styrkelse af den vaginale ukomplicerede fødsel ... 23
Igangsættelse af fødsler ... 23
Perinatal audit ... 23
Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering ... 24
Attraktive arbejdspladser ... 24
Kliniske eksperter og specialister ... 25
Teamtræning og simulationstræning ... 25
Fælles kompetenceudvikling på tværs af fagligheder og sektorer ... 26
Kapacitet og organisering ... 26
Analyse og håndtering af stigende fødselstal ... 26
Fokus på familien som en helhed ... 27
Fremtidens fødemiljø ... 27
Omsorg og faciliteter til forældre, der mister et barn ... 28
3. Organisering af svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem ... 28
Niveauinddeling og differentiering af svangreomsorgen ... 28
Sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen ... 30
Svangreomsorgen i Region Syddanmark – en forløbsbeskrivelse ... 31
Graviditet ... 31
Konsultation ved egen læge ... 32
Prænatal diagnostik ... 33
Det forsterdiagnostiske grundtilbud ... 34

UDKAST

Det fosterdiagnostike udvidede tilbud ... 35
Konsultation ved jordemoder ... 36
Udvidede jordemoderkonsultationer ... 36
Kendt Jordemoderordning og Kendt Jordemoderteam ... 37
Fødsels- og forældreforberedelse ... 38
Konsultation ved fødselslæge ... 38
Familieambulatorie og familieambulatorie plus ... 39
Fødsel ... 39
Valg af fødested ... 40
Fødsel i hjemmet ... 40
Fødsel på sygehus ... 41
Vedvarende tilstedeværelse under fødselsforløbet ... 42
Barsel ... 42
Visitation til barselsophold ... 42
Kontakter i den tidlige barselsperiode ... 43
Kontakter på sygehuset ... 44
Kontakter med sundhedsplejersken ... 44
Kontakter med egen læge ... 45
Samtale efter et traumatisk forløb ... 45
Familier med et sygt og/eller for tidligt født barn ... 46
Den neonatale transportordning ... 46
Tidligt hjemmeophold til nyfødte ... 46
Forældre, der mister et barn ... 47
4. Implementeringsplan ... 48
5. Budgetplan ... 48
Referencer ... 48

UDKAST

Forord

Afventer.

Læsevejledning

Fødeplanen rummer tre overordnede kapitler, med dertilhørende underafsnit. Planen kan læses kronologisk, men læseren kan også afhængig af interesse fokusere på de enkelte kapitler og/eller dertilhørende afsnit og underafsnit.

I kapitel 1 redegøres for Fødeplanens baggrund, formål og tilblivelse. Der orienteres om svangreomsorgens overordnede lovmæssige rammer, anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen samt sammenhæng til andre nationale og regionale planer, vejledninger, aftaler og strategier på området.

I kapitel 2 gives en overordnet status for svangreomsorgen, herunder en beskrivelse af de udfordringer der ses nationalt og i Region Syddanmark. Der beskrives Region Syddanmarks vision for svangreomsorgen samt de særlige indsatsområder, der bør prioriteres i de kommende år. Indsatsområderne er overordnede og gældende på tværs af almen praksis, kommuner og regionen. Til hvert indsatsområde er beskrevet en række anbefalinger, som skal realiseres enten lokalt og/eller regionalt i løbet af planperioden.

I kapitel 3 redegøres for hvordan svangreomsorgen er organiseret, og hvilke aktører der i samspil varetager svangreomsorgen i Region Syddanmark. Der gives en beskrivelse af regionens grundtilbud og ydelser til familier med et forventeligt ukompliceret graviditets-, fødsels- og barselsforløb. Dertil gives en beskrivelse af regionens udvidet tilbud og ydelser til familier med særlige fysiske, psykiske og/eller sociale behov, samt et potentielt kompliceret graviditets-, fødsels- og/eller barselsforløb.

UDKAST

1. Indledning

I dette kapitel redegøres for Fødeplanens formål og tilblivelse. Der orienteres om svangreomsorgens overordnede lovmæssige rammer, anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen samt sammenhæng til andre nationale og regionale planer, vejledninger, aftaler og strategier på området.

Fødeplanens formål

Fødeplanen er en strategi, der indrammer eksisterende og fremtidig praksis for svangreomsorgen i Region Syddanmark. Med denne plan lægges ikke op til grundlæggende forandring af svangreomsorgen, men derimod skal den nye fødeplan understøtte og styrke den nuværende svangreomsorg. Dette er for at favne den samfundsmæssige og faglige udvikling, som har fundet sted det sidste årti. Fødeplanen er retningsgivende i forhold til håndtering af udfordringer og prioritering af indsatser. Den indeholder en beskrivelse af syv overordnede indsatsområder, som vurderes at være af særlig betydning, og konkrete anbefalinger relateret hertil. Derudover indeholder den et overblik over Region Syddanmarks gældende tilbud ved graviditet, fødsel og den tidlige barselsperiode, og dette både til familier med et ukompliceret forløb og til familier med problemstilliner af fysiske, psykologiske eller socialt karakter.

Fødeplanen har som formål at:

- være grundlag for politiske, administrative og ledelsesmæssige prioriteringer og planlægning af svangreomsorgen i Region Syddanmark
- orientere borgere, interessenter, almen praksis, kommuner og andre centrale myndigheder om tilbud og indsatser i svangreomsorgen i Region Syddanmark
- styrke organiseringen og skabe et fælles forståelses- og arbejdsgrundlag på tværs af aktører og sektorer i svangreomsorgen i Region Syddanmark

Det er fravalgt at inddrage detaljerede faglige beskrivelser af de enkelte tilbud og ydelser. Læseren bedes i stedet opsøge de relevante bagvedliggende kilder. Det kan fx være materiale udgivet af Sundhedsstyrelsen, Region Syddanmark og de faglige selskaber. Hertil kommer information gjort tilgængelig på regionens, fødestedernes, kommunens og de almen praktiserende lægers hjemmesider. Ved at henvise til de bagvedliggende dokumenter sikres det, at læseren tager udgangspunkt i opdateret og gældende information og evidensbaseret viden.

Lovmæssige rammer

Svangreomsorgen reguleres af sundhedsloven, som har til formål at fremme befolkningens sundhed, samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning ved den enkelte (§1). Sundhedsloven indeholder de grundlæggende regler om sundhedsmyndighedernes pligter og patienternes rettigheder. Herunder anføres centrale bestemmelser i sundhedsloven, som er relevant i forhold til svangresomsorgen.

Af sundhedslovens bestemmelser følger:

UDKAST

- at gravide, som har bopæl (tilmeldt folkeregistret) her i landet, har ret til ydelser efter loven, og at bopælsregionen afholder udgifterne til ydelserne (§7)
- at regionsrådet yder vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet (§ 61)
- at regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp til kvinder, der ønsker at føde i hjemmet (§ 83)
- at gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg (§86). Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller fra andre regioner. Endvidere kan der være særlige risici, komplikationer eller andet i tilknytning til graviditeten eller fødslen, som ud fra faglige hensyn kan have betydning for anbefalingerne med hensyn til valg af fødested

Af bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fremgår det, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide med særlige behov, skal tilbydes en særlig indsats, herunder øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Heraf følger muligheden for at tilbyde graviditetsbesøg i hjemmet ved en sundhedsplejerske og styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

Region Syddanmarks fødeplan efterlever lovgivningen på området.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området

Udover ovenstående lovmæssige bestemmelser er denne fødeplan udarbejdet på baggrund af retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, herunder udkastet "Anbefalinger for svangreomsorgen" (februar 2021), udkastet "Anbefalinger til organisering af fødeområdet" (2020) og "Retningslinjer for fosterdiagnostik (2017/2020)". Disse dokumenter er forfattet af eksperter og faglige selskaber og er baseret på klinisk evidensbaseret viden. Der beskrives bl.a. de tilbud, der bør og skal gives til den gravide, fødende samt barslende kvinde, det nyfødte barn og eventuelt partneren. Det omfatter bl.a. ydelser under graviditeten, under fødslen, i barselsperioden samt krav og anbefalinger i forhold til kompetencer og organisering.

Region Syddanmarks fødeplan efterlever Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området.

Sammenhæng til andre planer, vejledninger, aftaler og strategier

Udover at sikre at fødeplanen lever op til de lovmæssige bestemmelser og Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området, tager fødeplanen også udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsområdet og Region Syddanmarks pejlemærker, der skal understøtte et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i Syddanmark. Det vedrører ikke mindst Region Syddanmarks Sundhedsplan (2017), der sætter en fælles politisk retning for samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Denne fødeplan er dermed nært forbundet til andre planer, vejledninger, aftaler og strategier på området. Dette gælder blandt andet:

UDKAST

- Godt fra start – Fremtidens omsorg for nye familier, Danske Regioner, 2018
- Specialevejledning for Gynækologi og Obstetrik, Sundhedsstyrelsen, 2019
- Specialevejledning for Pædiatri, Sundhedsstyrelsen, 2019
- Sundhedsplan i Region Syddanmark 2017-2021, Region Syddanmark, 2017
- Sundhedsaftalen 2019-2023, Region Syddanmark, 2019.
- Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet, Region Syddanmark, 2019
- Aftale om sårbare gravide, Region Syddanmark, 2017
- Samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS, Region Syddanmark, 2018
- Ammepolitikken, Region Syddanmark, 2012
- Digitaliseringsstrategi 2019-2021, Region Syddanmark, 2019
- Politik for frivillighed og medborgerskab, Region Syddanmark, 2019
- Rammepapir for at fremme lighed i sundhed i Region Syddanmark, 2021 (endnu ikke politisk godkendt)

Visioner, anbefalinger og målsætninger i disse dokumenter har således medvirket som fundament til denne fødeplan.

Fødeplanens tilblivelse

Fødeplanens udarbejdelse er formelt et regionalt ansvar, som løftes i dialog med kommunerne og almen praksis. I forhold til planens indhold og processen for dens udarbejdelse er der lagt vægt på, at det skal være en fælles plan for alle de aktører og samarbejdspartnere, som på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse bidrager til at skabe sammenhængende, helhedsorienterede og individualiserede forløb samt resultater af høj faglig kvalitet for alle familier i Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i alle regioner etableres et formaliseret, velbeskrevet, tæt samarbejde mellem fødesteder, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. I Region Syddanmark har der siden 2010 været nedsat et tværfagligt og tværsektorielt fødeplansudvalg.

Fødeplansudvalget mødes 4 gange årligt og drøfter udviklingstendenser mm. på svangreområdet. Fødeplansudvalget er sammensat af repræsentanter for de fagfolk, der til daglig beskæftiger sig med svangreomsorgen i kommunerne, i almen praksis og på regionens fødesteder. Derudover er der i udvalget en repræsentanter fra brugerorganisationer.

Under Fødeplansudvalget har der været nedsat en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at bidrage med rådgivning og sparring i forhold til den konkrete udarbejdelse af den nye fødeplan. I denne proces har sundhedsplejersker, praktiserende læger, børnelæger, chefjordemødre, ledende fødselslæger og en professor været inddraget. Udkastet er løbende blevet fremlagt og drøftet i Fødeplansudvalget. Hertil er relevante interessenter og aktører, afhængig af emnets karakter, blevet inddraget med henblik på at kvalificere den nye fødeplan.

Der er løbende blevet forelagt status for den nye fødeplan for administrative fora og for Sundhedsudvalget. Derudover har regionsrådet i januar 2021 haft en temadrøftelse om regionens nye fødeplan.

UDKAST

2. Svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem

I dette afsnit beskrives overordnet status og udfordringer for svangreomsorgen i Region Syddanmark. Dertil beskrives Region Syddanmarks vision for svangreomsorgen samt de særlige indsatsområder, der bør prioriteres i de kommende år. Der gives et indblik i aktiviteten i den primære og den sekundære sundhedssektor, kvindernes og familiernes karakteristika, samt patienttilfredsheden vedrørende regionens tilbudte ydelser og forløb. Data til at belyse dette er indhentet fra Det Medicinske Fødselsregister, Danmarks Statistik, Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte, Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), samt Afdeling for Dokumentation og Ledelsesinformation og de enkelte sygehuses lokale monitorering.

Status og udfordringer

Danmark og Region Syddanmark har en svangreomsorg af høj kvalitet, hvor dødeligheden for den gravide, fødende og barslende kvinde samt for det ufødte barn og det nyfødte barn er blandt den laveste i verden. Dette skyldes bl.a. den medicinske, teknologiske og organisatoriske udvikling, der har fundet sted over de sidste årtier. Det er i dag muligt at diagnosticere og behandle flere tilstande og lidelser sammenlignet med tidligere. Hertil er der i en årrække og på nationalt niveau, i bestræbelserne på at øge sikkerheden under graviditet, fødsel og barsel, indført en række faglige tiltag, som har styrket kvaliteten af svangreomsorgen. Denne udvikling er gavnlig for det enkelte individ og den enkelte familie samt samfundet som helhed.

Samtidig med denne positive udvikling ses imidlertid også, at andelen af kvinder og familier med komplekse fysiske, psykiske og sociale udfordringer og deraf følgende behov er stigende. Det drejer sig fx om fysiske forhold såsom kvinder med højt BMI, kvinder med høj alder og kvinder med medicinske sygdomme såsom blodtryksforhøjelse, stofskiftesygdomme og sukkersyge. Dertil kommer et øget antal af kvinder og familier med psykiske lidelser som fx depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Samtidig opspores der flere kvinder og familier med sociale belastninger som fx fravær af socialt netværk, udfordringer i familiære forhold, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse eller misbrug af rusmidler.

Ovenstående udvikling, samt målsætningen om at understøtte et godt og sikkert forløb for familien, medfører, at andelen af kvinder og familier, der tilbydes ydelser ud over basistilbuddet, er stigende. Det giver en større aktivitet i såvel primær- som sekundærsektoren grundet flere ambulante ydelser i gravidteten og længere indlæggelsestider på sygehusene før, under og efter fødslen.

De årlige patienttilfredshedsundersøgelser (LUP) viser, at kvinderne generelt er tilfredse med deres besøg under graviditetsforløbet, herunder ultralydsscanninger, jordemoderkonsultationer samt eventuelle indlæggelser under graviditeten. De oplever, at informationen der gives, er vedkommende og forståelig, og at der tages udgangspunkt i de emner, som er vigtige for netop dem. Imidlertid udtrykker flere familier, at de gennem graviditeten kun i mindre grad blev forberedt til det kommende fødselsforløb og opstart af amningen.

På landsplan og i Region Syddanmark er fødselstallet stigende, og prognoser fra Danmarks Statistik viser, at dette forventes at fortsætte i de kommende år. Et stigende fødselstal og flere børn er en glædelig

UDKAST

begivenhed, men det betyder også, at der er behov for et løbende fokus på udviklingen, og på at sikre den rette kapacitet på området.

Langt størstedelen af børnene fødes på et af regionens fødeafdelinger i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg eller Aabenraa. Dog er der gennem de seneste år sket en stigning i andelen af fødsler, der foregår i hjemmet sammen med en jordemoder. I 2020 var det således 97% af kvinderne, der fødte på en fødeafdeling, og 3% der fødte derhjemme. Uanset hvor børnene fødes, ses det i LUP-undersøgelserne, at kvinderne i Region Syddanmark udtrykker stor tilfredshed med deres fødselsforløb og den støtte, de fik under fødslen.

De familier, som har en ukompliceret graviditet og fødsel og forventet ukompliceret barselsperiode, tilbydes udskrivelse fra sygehuset inden for de første 24 timer efter fødslen og dermed barselsophold i hjemmet. Dog er der mulighed for at blive længere på sygehuset i de tilfælde hvor der er behov for yderligere observation, pleje og behandling, eller hvis familierne er utrygge ved at blive sendt hjem. I 2020 blev 42% af kvinderne og deres nyfødte barn udskrevet fra sygehuset inden for 24 timer efter fødslen. LUP viser, at kvinderne udtrykker høj grad af tilfredshed med varigheden af indlæggelsen efter fødslen samt angiver tryghed ved at komme hjem. Der udtrykkes ligeledes tilfredshed med den støtte, der gives af jordemoderen og sundhedsplejersken i barselsperioden.

Vision

Forskning viser, at livsperioden omkring graviditet, fødsel og barsel har stor betydning for mors og barns sundhed og helbred på såvel kort som lang sigt. Dette gælder endda i langt højere grad end tidligere antaget. Sundhedsstyrelsen påpeger, at perioden er et unikt vindue, som rummer et stort potentiale for at øge sundheden ved det enkelte individ, for familien som helhed samt for folkesundheden generelt.

Som tidligere nævnt, har svangreomsorgen i Danmark og i Region Syddanmark igennem mange år været blandt verdens bedste. Vi står således på et stærkt fundament, men det forventes imidlertid, at svangreomsorgen står over for en række udfordringer, som vi skal løse og prioritere. Dette gælder bl.a. forventningen om en stigning i fødselstallet samt et forøget antal kvinder og familier med somatiske, psykologiske og/eller sociale udfordringer og dermed behov for ekstra støtte.

På baggrund af nuværende status og udfordringer er det væsentligt, at vi i Region Syddanmark fokuserer på, hvordan vi fortsat kan levere en svangreomsorg af høj kvalitet og med høj patienttilfredshed. Livsperioden bør opleves som en naturlig, sammenhængende og helhedsorienteret proces, som tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker, behov og livssituation. Der skal leveres ydelser at en høj faglig standard, og forløbet skal individualiseres og målrettes til både familien med et forventet ukompliceret forløb og familien med et forløb der rummer somatisk, psykologisk og/eller sociale udfordringer. Hertil kommer, at dette er gældende, uanset hvor i Region Syddanmark familien er bosiddende, og uanset hvilke aktører familien er i kontakt med under graviditets-, fødsels- og barselsforløbet.

På baggrund heraf arbejder vi i regionen med visionen om, at

UDKAST

Region Syddanmarks leverer en svangreomsorg, som bidrager til sunde mødre og raske børn, samt styrker familierne til en god start på livet.

Indsatsområder og anbefalinger

Med afsæt i ovenstående er der identificeret syv indsatsområder, som vi i Region Syddanmark vil have særlig opmærksomhed på i de kommende år. Indsatsområderne er:

- Medinddragelse og samarbejde med familien
- Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv
- Lighed i sundhed
- Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger
- Monitorering, udvikling og forskning
- Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering
- Kapacitet og organisering

Indsatsområderne er overordnede og gældende på tværs af almen praksis, kommuner og regionen. Til hvert indsatsområde er beskrevet en række anbefalinger, som skal realiseres i løbet af planperioden i et samspil mellem fagpersoner og ledelsesniveauet på sygehusene. Indsatsområderne og anbefalingerne dertil uddybes i det følgende.

Medinddragelse og samarbejde med familien

Medinddragelse og samarbejde med familien er et essentielt og velintegreret element i svangreomsorgen. Familien er eksperter i eget liv og besidder værdifuld viden om behov og præferencer, som bør bringes i samspil med den sundhedsprofessionelles ekspertviden. Når familien involveres og gøres til aktive medspillere, har den sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet i større grad mulighed for, at levere ydelser af høj faglig kvalitet, med høj patientsikkerhed og med høj patienttilfredshed. Derfor er vi i Region Syddanmark fortsat opmærksomme på medinddragelse og samarbejde med familien. Det gælder i planlægning og beslutninger relateret til familiens eget graviditets-, fødsels- og barselsforløb, og vedrørende udvikling og forbedring af regionens svangreomsorg generelt.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Fælles beslutningstagning

Ved fælles beslutningstagning i svangreomsorgen samarbejder familien og den sundhedsprofessionelle om at træffe beslutninger vedrørende undersøgelser, behandlinger og pleje i det enkelte graviditets-, fødsels- og barselsforløb. Implementeringen af fælles beslutningstagning er påbegyndt i Region Syddanmark på de fem fødesteder, og denne implementering skal understøttes yderligere. Der er eksempelvis på regionalt niveau og med aktører fra alle regionens sygehuse udarbejdet et beslutningsstøtteværktøj om emnet igangsættelse af fødslen efter termin. Det anbefales, at der i forlængelse heraf nedsættes en regional arbejdsgruppe, som skal arbejde med fælles beslutningstagning indenfor

UDKAST

svangreomsorgen i Region Syddanmark. Den regionale arbejdsgruppe nedsættes i regi af Fødeplansudvalget og referer til denne. Den regionale gruppe skal understøtte, at der udarbejdes 1-2 regionale beslutningsstøtteværktøjer om året. Der lægges vægt på, at udviklingsarbejdet sker i et tæt samarbejde med brugerne, og der inddrages tværfaglige og tværsektorielle sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere afhængig af emnet. I udviklingsprocessen skal det medtænkes, hvordan beslutningsstøtteværktøjet skal implementeres, og hvordan det skal målsættes og monitoreres under og efter implementeringsperioden.

Patientrapporteret data

På regionens sygehuse benyttes allerede nu patientrapporteret data (PRO). Dette arbejde vil styrkes yderligere, da der i de kommende år afprøves og forventeligt implementeres nationale digitale standardiserede spørgeskemaer målrettet svangreomsorgen. Spørgeskemaerne udfyldes af kvinden og vil på sigt, sammen med den digitale løsning til graviditetsforløb, danne grundlag for indholdet af jordemoderkonsultationerne. Hermed understøttes en øget medinddragelse af familien og en fokuseret dialog med udgangspunkt i familiens aktuelle livssituation og ønsker. Dette optimerer muligheden for at identificere de familier, som pga. fysiske, psykiske eller sociale forhold har et øget behov for støtte og omsorg. Det anbefales, at den tidlige opsporing medvirker til en individualisering af familiens svangreforløb, og at familien tilbydes netop de ydelser, som skønnes gavnlige for dem.

Svangreomsorgen som et værdiskabende tilvalg

Der skal tilbydes en svangreomsorg, som er familieorienteret, og hvor alle familier føler sig imødekommet, rummet og tilgodeset. Det anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som med involvering af brugerne kortlægger, hvilke særlige ønsker og behov brugerne må have og som ikke imødekommes på nuværende tidspunkt. Fokus er på de familier som bevidst fravælger den offentlige svangreomsorg og derved ikke opnår gavn af dennes sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Med udgangspunkt i kortlægningen skal der formuleres konkrete indsatser, som kan iværksættes i planperioden. Dette gøres med henblik på, at sikre en rummelig svangreomsorgen, som er tilgængelig og ønskværdig for alle kommende familier i Region Syddanmark. Arbejdsgruppen nedsættes i regi af Fødeplansudvalget, og kortlægningen fremlægges for Koncernledelsesforum og Sundhedsudvalget.

UDKAST

Øget inddragelse af partneren

Svangreomsorgen rummer ikke kun en opmærksomhed på kvinden og det ufødte/fødte barn, men partneren og hele familien. Som led i at yde en familieorienteret omsorg skal der være fokus på en øget inddragelse af partneren. De fagprofessionelle skal være opmærksomme på partneres behov, og dette af såvel fysisk, psykisk og social karakter, samt partnerens betydning for hele familiens trivsel. Det anbefales, at der etableres specifikke tilbud målrettet partneren. Dette eksempelvis i form af informationsmateriale og familie- og forældreforberedelse med opmærksomhed på partneres udfordringer, behov og rolle i graviditets-, fødsels- og barselsperioden. Derudover skal det sikres, at partneren i videst mulig omfang kan forblive sammen med kvinden og det nyfødte barn ved behov for indlæggelse på et sygehus. Det anbefales, at de enkelte sygehus arbejder videre med etablering af disse tiltag.

Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv

Svangreomsorgen er afhængig af et optimalt samarbejde mellem forskellige aktører på tværs af fagligheder og sektorer. De sundhedsprofessionelle skaber sammen et koordineret, helhedsorienteret og individualiseret forløb til gavn for familien. Dette for familier med et forventet ukompliceret forløb og for familier med forøget risici af fysiske, psykologisk eller social karakter. Der er allerede etableret et godt samarbejde mellem almen praksis, kommunerne og regionen. Et samarbejde, som har medvirket til at skabe den nuværende høje kvalitet, patientsikkerhed og patienttilfredshed. I Region Syddanmark ønsker vi at understøtte dette tværfaglige og tværsektorielle samarbejde yderligere, så familien sikres den somatiske, psykologiske og/eller sociale støtte, de har brug for.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af fagligheder og sektorer

Graviditet, fødsel og barsel er en periode med mulighed for at støtte de familier, som er i forøget risiko for at udvikle sygdom eller lidelser under graviditet, fødsel og barselsperioden. Tilsvarende kan sygdom under graviditet identificere kvinder med højere risiko for kroniske sygdomme senere i livet. En viden om fysiske, psykiske og sociale livsstilsfaktorer og risikofaktorer i familien, sammen med kommende forældres motivation, giver potentiale til, at hele familien kan foretage sundhedsfremmende og forebyggende livsstilsændringer og dermed opnå flere sunde leveår og højere livskvalitet.

Det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde er et fælles ansvar i Region Syddanmark, og det er et ansvar, som går på tværs af almen praksis, kommunerne og sygehusene. Det er en opgave, som bør iværksættes allerede før graviditeten indtræffer samt vedligeholdes under og efter graviditet, fødsel og barsel. Der findes allerede mange sundhedsfremmende og forebyggende tiltag og ydelser, som familierne kan drage nytte af ved kommunerne, almen praksis og sygehusene. For at familien kan benytte disse mange eksisterende tilbud, er det imidlertid nødvendigt, at der sikres et overblik over tilbuddene. Dertil skal praktiserende læge,

UDKAST

jordemoderen og sygehuslægen kunne henvise kvinden og/eller dennes partner til en afklarende samtale i kommunen. Her vil kommune og borgeren sammen vurdere, hvilke forebyggelsestilbud der er behov for.

Det anbefales at regionen nedsætter en arbejdsgruppe hvor kommunerne og almen praksis inviteres med. I denne tværsektorielle arbejdsgruppe skal der arbejdes med, hvordan et digitalt overbliksbillede kan understøttes og dermed sikre, at familierne kan drage nytte af de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Overblikket bør ikke begrænses til fysisk sundhedsfremme, men også til det psykiske og sociale område. Dertil skal arbejdsgruppen udarbejde en samarbejdsaftale vedrørende elektronisk henvisning fra sygehus og almen praksis til kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud i relation til svangreomsorgens målgruppe. Dette skal ske i tæt dialog med relevante aktører i det tværsektorielle samarbejde.

Lokale fællesskaber

Med henblik på at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde kan der med fordel etableres lokalefællesskaber mellem sundhedsprofessionelle aktører, eksempelvis sundhedsplejersker og jordemødre. Dette, sammen med prioritering af tid til samarbejde og tid til relationsdannelse, vil understøtte en generel vidensdeling, sparring og udvikling til gavn for svangreomsorgen og familierne generelt. Derudover er det til gavn i det enkelte forløb, da rammerne kan medvirke til en øget tværfaglig og helhedsorienteret støtte til den enkelte familie. Det anbefales, at hvert sygehus i samarbejde med de omkringliggende kommuner undersøger muligheder for etablering af kontorfællesskaber og etablering af et tættere samarbejde, fx i form af fælles teams. Hertil bør der etableres mulighed for, at jordemoderen kan deltage fysisk eller virtuelt, når sundhedsplejersken i graviditeten foretager hjemmebesøg ved familier med særlige behov.

Samarbejdsaftaler

Der ses et stigende antal af familier med komplekse og mangefacetterede udfordringer og behov for støtte. Dette kræver et optimalt samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer. Allerede nu er der udarbejdet flere samarbejdsaftaler målrettet svangreomsorgen. Samarbejdsaftalerne har til formål at beskrive samarbejdet og sikre en optimal dialog og koordination mellem de forskellige aktører, der er involveret i den givne situation. Det er vigtigt, at aftalerne løbende opdateres, ligesom det bør monitoreres, at aftalerne efterleves i praksis. Det anbefales, at Fødeplansudvalget i samarbejde med Følgegruppen for Forebyggelse én gang årligt drøfter samarbejdsaftalerne på området.

UDKAST

Inddragelse af frivillige aktører

I Region Syddanmark er det gode erfaringer med at fokusere på medborgerskab og frivillighed til at understøtte regionens ydelser. Også i svangreomsorgen er der et potentiale i at inddrage frivillige aktører og organisationer. Frivillige kan aldrig erstatte den sundhedsprofessionelle omsorg, pleje og behandling. Imidlertid kan de frivillige aktører understøtte elementer fra det offentlige social- og sundhedsvæsen og dermed styrke den samlede og differentierede indsats omkring den enkelte familie. Det kan fx være frivillige der hjælper familier med særlige behov såsom transport til ydelser og tilbud i det offentlig sundhedsvæsen, huslige opgaver, netværksdannelse mm. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget kortlægges, hvorledes frivillige aktører kan understøtte regionens opgavevaretagelse i svangreomsorgen. Hertil iværksættes samarbejds- og partnerskabsaftaler med relevante frivillige aktører og organisationer.

Regionsdækkende partnerskab med Mødrehjælpen

I Region Syddanmark ønsker vi at styrke samarbejdet med frivillige aktører og organisationer til gavn for familierne. Mødrehjælpen har som organisation mangeårig erfaring med rådgivning og specialiseret støtte til familier, herunder mor, far og børn. Det anbefales, at Region Syddanmark og Mødrehjælpen indgår en partnerskabsaftale, idet begge aktører besidder ressourcer og kompetencer, som i en kombination vil være gunstig for svangreomsorgen. Formålet med partnerskabet er, at udvikle og implementere en samarbejdsmodel, som understøtter en tidlig opsporing og en sundhedsfremmende, forebyggende og individualiseret støtte til familier med særlige behov af fysisk, psykisk og/eller social karakter. Indsatsen skal være gældende for hele Region Syddanmark, og dermed være et tilbud, uanset hvor familien er bosat og hvilket fødested familien er tilknyttet. Ved partnerskabets start er målgruppen og indsatsen velafgrænset, med mulighed for udvidelse, når partnerskabet er velimplementeret. Partnerskabsaftalen skal ses som et supplement til den regionale og kommunale opgavevaretagelse og ikke en erstatning. Partnerskabsaftalen skal evalueres én gang årligt i regi af Fødeplansudvalget og med Mødrehjælpen som en del heraf. Dette med henblik på at kvalitetssikre, styrke og potentielt udvide tilbuddet. Såfremt der sker ændringer til partnerskabsaftalen skal dette forelægges sundhedsudvalget til godkendelse.

Styrke familierne til et velfungerende ammeforløb

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det nyfødte barn ammes fuldt til barnet er 6 måneder, og ammes delvist til barnet er 12 måneder eller ældre. Med fuld amning forstås, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelse fra hospitalet. Med delvis amning forstås, at barnet ud over modermælk får modermælkserstatning eller anden kost flere gange om ugen.

UDKAST

Data fra Sundhedsdatastyrelsen og Den Nationale Børnedatabase viser en tendens til, at der nationalt i dag er færre børn der udelukkende ernæres af modermælk, når barnet er 17 uger gammel, sammenlignet med for ti år siden.

I dag har familierne mulighed for at kontakte sygehusenes barselsklinikker op til 7 dage efter udskrivelse for at få hjælp og rådgivning fx vedrørende amning. Derefter er det kommunernes sundhedsplejersker som rådgiver og understøtter familierne til velfungerende ammeforløb.

I Region Syddanmark har der i flere år, på tværs af fagligheder og sektorer, været opmærksomhed på at understøtte et optimalt ammeforløb. Dette med udgangspunkt i familiens ønsker og behov samt det enkelte barns tilstand og udvikling. I denne proces har kommunerne og Region Syddanmark udarbejdet en fælles ammepolitik. Ammepolitikken bidrager bl.a. til, at der på tværs af fagligheder og sektorer, er et fælles sprog omkring amning og at sundhedspersoner, der varetager amme indsatsen har rette uddannelse og kompetencer.

Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og Følgegruppe for Forebyggelse sikres, at ammepolitikken revideres, så den lever op til nyeste viden og faglige udvikling på området. I forbindelse hermed anbefales det, at det drøftes og eventuelt udarbejdes forslag til, hvordan der i samarbejde med civilsamfundet kan skabes nye muligheder for at understøtte optimale ammeforløb.

Uddybende efterfødselssamtale til familier med et traumatisk graviditets-, fødsels- eller barselsforløb

På nuværende tidspunkt tilbyder alle fødesteder en efterfødselssamtale med en jordemoder 2-3 dage efter fødslen. Her gives forældrene mulighed for at få svar på spørgsmål og bearbejde deres oplevelser, ligesom der opspores de familier, som har behov for yderligere uddybende samtale grundet et oplevet traumatisk forløb. Dette er meningsfuldt for familien i det aktuelle forløb, men ligeledes i forhold til kommende graviditeter og fødsler. Derfor ønskes det, at arbejdet styrkes yderligere. Det anbefales, at der iværksættes en tværsektoriel indsats, hvor kvinder og familier, som har oplevet et graviditets-, fødsels- eller barselsforløb som traumatisk, men som ikke er identificeret ved den vanlige efterfødselssamtale, opspores og tilbydes en uddybende og bearbejdende samtale. Der bør etableres et efterfødselstilbud på en efterfødselsklinik, som egen læge og sundhedsplejerske kan henvise familien til. Efterfødselsklinikken kan etableres i allerede eksisterende barselsklinikker. Det anbefales, at de enkelte sygehuse arbejder videre med etablering af dette tilbud.

UDKAST

Lighed i sundhed

Sundhedsvæsenet i Danmark bygger på et lighedsprincip, som indebærer, at der er let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser samt behandling af høj kvalitet for alle. I Region Syddanmark skal fødeplanen understøtte lighedsprincippet, jf. Region Syddanmarks rammepapir for lighed i sundhed.

Gennem flere år har lighed i sundhed været et grundelement i regionens arbejde med kommende familier. Der er blevet tilrettelagt særlige og differentierende indsatser og der sket i et tæt samarbejde og på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner. Indsatserne er essentielle, fordi perioden omkring graviditet, fødsel og barsel er et unikt tidspunkt med stort potentiale for at øge livskvaliteten og sundheden i den enkelte familie. Det gælder for familier med et forventet ukompliceret forløb og for familier med forøget risici af fysiske, psykologisk eller social karakter. Den faglige udvikling har medført, at langt de fleste kvinder og børn gennemgår et graviditets-, fødsels- og barselsforløb med godt helbred. Desværre har udviklingen de seneste år også vist, at sundheden blandt nogle familier er blevet dårligere. Der er sket en stigning i antallet af gravide med komplekse somatiske, psykologiske og/eller sociale udfordringer. Risikofaktorer som kroniske sygdomme, højt BMI, uhensigtsmæssige kostvaner, inaktivitet, diabetes, rygning, psykiske lidelser, alkoholforbrug og rusmiddelmisbrug medfører en øget risiko for graviditets- og fødselskomplikationer for mor og barn. Ligeledes er sociale forhold med til at skabe betydelig ulighed i sundhed for familien. På baggrund heraf er det vigtigt, at Region Syddanmark vedvarende og fremadrettet understøtter lighed i sundhed i svangreomsorgen.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Geografisk lighed

Svangreomsorgen i Region Syddanmark er i 2021 fordelt på aktører fra 6 fødesteder, 22 kommuner og 355 almen lægepraksisser. Trods den geografiske og organisatoriske fordeling ønsker Region Syddanmark, at svangreomsorgen leverer sundhedsfremmende og forebyggende tilbud og ydelser af samme høje kvalitet, uanset hvor familien er bosiddende, og hvilke sundhedsprofessionelle familien er i kontakt med. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og i samarbejde med Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd løbende understøttes et ensartet og opdateret fagligt tilbud høj kvalitet over hele regionen på tværs af fagligheder og sektorer.

Opsamling og vidensdeling

Der er i dag mange igangværende og afprøvede indsatser indenfor svangreomsorgen, som har til hensigt at fremme lighed i sundhed. Nogle er forankret nationalt, mens andre er forankret på regionalt eller kommunalt niveau. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og i samarbejde med Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd sker en løbende og systematisk opsamling og vidensdeling af indsatser og tiltag, som kan fremme lighed i sundhed, og som med fordel kan udbredes til resten af regionen.

UDKAST

Tidlig opsporing og individualiseret støtte til familier med ekstra behov

Et betydningsfuldt element i Region Syddanmarks Svangreomsorg er at identificere de familier, som har udfordringer af fysisk, psykologisk og/eller social karakter. Tilrettelæggelsen af særlige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i henhold til familiernes udgangspunkt og behov har stor betydning for familiens og barnets helbred, sundhed og trivsel på såvel kort som langt sigt. Det ses, at effekten af den enkelte indsats øges jo tidligere den iværksættes. Det er derfor essentielt, at opsporingen sker på et tidligt tidspunkt. Det anbefales, at de enkelte sygehuse arbejder videre med, hvordan jordemoderkonsultationerne, herunder specifikt første jordemoderkonsultation, kan styrkes, så der sikres en tidlig opsporing og individualiseret støtte til familier med ekstra behov af fysisk, psykisk eller social karakter. Hertil bør der ved behov iværksættes målrettede og individuelle indsatser, fx i form af en specifik obstetrisk konsultation, kendt jordemoderordning, særligt tilrettelagt fødsels- og forældreforberedelse samt diverse sundhedsfremmende og forebyggende tilbud gennem egen læge, kommunen og/eller civilsamfundet.

Individuel fødselssamtale til alle førstegangsfødende og til flergangsfødende med særlige behov

Fødslen af et barn er en skelsættende oplevelse med langvarig betydning af både fysisk, psykisk og social karakter for hele familien. Det anbefales, at alle førstegangsfødende tilbydes en individuel fødselssamtale i graviditetsuge 35. Ligeledes anbefales det, at alle flergangsfødende med et tidligere kompliceret eller oplevet utilfredsstillende fødselsforløb tilbydes en individuel fødselssamtale i graviditetsuge 36. Samtalen kan afholdes før ved behov. En individuel fødselssamtale har det formål at forberede og styrke familien til den kommende fødsel og tilrettelægge en individuel plan for fødslen og den tidlige barselsperiode. Familiens ønsker og eventuelle beslutninger videregives i journalen i hensigtsmæssig og lettilgængelig form, så relevant sundhedspersonale under fødslen og i den tidlige barselsperiode er orienteret om det.

Fødsels- og forældreforberedelse

At den kommende familie rustes til fødslen og forældreskabet er sundhedsfremmende og forebyggende, og det ses, at fødsels- og forældreforberedelse har en række målbare positive effekter af såvel fysisk, psykologisk og social karakter. Det anbefales at, fødsels- og forældreforberedelse er en ydelse, som tilbydes alle familier i Region Syddanmark. Det bør tilbydes i mindre hold af 10-12 par pr. hold. Dette vil forventeligt give et større udbytte og også give mulighed for dialog og netværksdannelse mellem familierne.

Fødsels- og forældreforberedelse skal medvirke til at øge familiernes viden inden for emner om graviditeten og forberedelse til fødsel, fødslen og dens forløb, barselsperioden og det nyfødte barn samt om forældreskabet og børns udvikling. Ud over dette kan forberedelsen bestå af

UDKAST

fysiske øvelser og afspændingsmetoder, som især kvinden kan drage nytte af såvel før, under og efter fødslen.

Der bør i planperioden arbejdes med, at fødsels- og forældreforberedelse målrettes brugerne, så indholdet er afstemt familiernes baggrund, ønsker og behov. Eksempelvis kan der gennem brugerinddragelse og samarbejde med fx Indvandrermedicinsk Klinik og Tolkecenter Syddanmark etableres Fødsels- og forældreforberedelse målrettet familier med etnisk minoritetsbaggrund.

Fødsels- og forældreforberedelse skal tillige tilrettelægges som et tværfagligt tilbud med inddragelse af bl.a. sundhedsplejersker. Herudover kan der med fordel inddrages andre faggrupper såsom fysioterapeuter og socialrådgivere m.fl.

Dertil bør der ved Fødsels- og forældreforberedelse benyttes forskellige virkemidler som fx e-læring og film, og det skal være tilgængeligt som både et fysisk tilbud og et virtuelt tilbud i form af webinar.

Det anbefales, at det enkelte sygehus arbejder videre med initiativer, der kan understøtte og styrke fødsels- og forældreforberedelsen. En del af materialet kan med fordel udarbejdes på tværs af sygehusene og på regionalt niveau.

Kendt Jordemoderordninger

Det vurderes, at kendthed og kontinuitet gennem graviditet, fødsel og barsel medfører forløb af høj faglig kvalitet og høj patienttilfredshed. Det medvirker til en bedre kommunikation og styrker relationen til de sundhedsprofessionelle. Dette er gavnligt for alle kommende familier, men især udsatte grupper har stor gevinst ved det.

En Kendt Jordemoderordning består af 3 jordemødre som varetager en gruppe af gravides graviditets – og fødselsforløb. Der findes allerede flere kendt jordemoderordninger i Region Syddanmark, herunder ordninger med fokus på kvinder, der tidligere har haft traumatiske forløb, samt kvinder, der ønsker at føde hjemme. Det ønskes, at kendt jordemoderordning udvikles og implementeres yderligere. Det anbefales, at sygehusene nytænker forskellige måder at organisere kendt jordemoderordninger, og at der sker erfaringsudveksling på tværs af fødestederne. Fødeplansudvalget fremlægger forslag herom til Koncernledelsesforum og sundhedsudvalget.

UDKAST

En særlig støtte til familier med etnisk minoritetsbaggrund

Antallet af familier med etnisk minoritetsbaggrund fra ikke-vestlige lande har været stigende i Danmark de seneste årtier. Gruppen er heterogen hvad angår kendskab til det danske sundhedsvæsen, sundhedsadfærd, sundhedskompetence og risikofaktorer, og dette af såvel somatisk, psykologisk og social karakter. Konsekvensen heraf er, at etnisk ulighed i sundhed er en tiltagende udfordring under graviditet, fødsel og barsel. For at understøtte etnisk lighed i sundhed skal der iværksættes særlige tilbud til familier med etnisk minoritetsbaggrund.

Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en arbejdsgruppe der, i samarbejde med relevante aktører og med inddragelse af brugerne, definerer hvilke tilbud der med fordel kan etableres, og efterfølgende implementere disse tilbud. De målrettede ydelser kan være i form af specifikke obstetriske screeningsundersøgelser, Kendt Jordemoderordninger, fødsels- og forældreforberedelse, informationsmateriale samt tillykke-mapper, som udleveres ved fødslen. Det anbefales, at disse tilbud og ydelser er tolket for at imødekomme kommunikative og sproglige udfordringer. En del af materialet kan med fordel udarbejdes på tværs af sygehusene og på regionalt niveau.

Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger

En øget digitalisering af svangreomsorgen har stort potentiale for at styrke den faglige kvalitet, patientsikkerheden og patienttilfredsheden. Digitaliseringen understøtter kommunikationen og samarbejdet på tværs af fagligheder og sektorer. Ligeledes skaber en øget digitalisering nye muligheder for informationsdeling og samarbejde med familien. Der skabes rum for, at visse ydelser kan leveres i hjemmet, hvilket kan være til gavn for familierne og personalet samt ressourceudnyttelsen generelt. Samtidig rummer en øget digitalisering af svangreomsorgen en mulighed for at minimere geografisk ulighed i sundhed, og at familier, uanset hvor de er bosat i Region Syddanmark, modtager ydelser af høj kvalitet. Allerede nu er der iværksat flere indsatser, som styrker digitaliseringen og udbredelsen af digitale løsninger, både nationalt og i regionen. Vi vil i Region Syddanmark have fokus på at implementere og videreudvikle digitale løsninger i de situationer, hvor det er fagligt velbegrundet, skaber tryghed og tilfredshed hos familierne, samt optimerer kapacitetsudnyttelsen.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Digital løsning til graviditetsforløb

Der arbejdes på nationalt niveau på en digital løsning til graviditetsforløb, der skal erstatte den nuværende svangerskabs- og vandrejournal. Det forventes, at løsningen bliver implementeret i regionen i 2022. Løsningen indeholder en digital graviditetsmappe med alle relevante oplysninger, såsom niveauinddeling, og dermed om der tilbydes et grundforløb eller et udvidet forløb, anamnese, objektive fund og undersøgelsesresultater. Disse oplysninger kan sikkert og nemt tilgås af de relevante sundhedsaktører og af kvinden selv. Den nye løsning forventes at

UDKAST

understøtte en optimal vidensdeling mellem de sundhedsprofessionelle, lette arbejdsgangene og styrke svangreomsorgen. Region Syddanmark vil i forbindelse med implementeringen af den digitale løsning også på sigt understøtte arbejdet omkring dyb integration af den digitale løsning til graviditetsforløb i anvendersystemerne for at sikre hensigtsmæssig brug af den digitale løsning.

Det anbefales, at Region Syddanmark fortsat fremmer og bidrager til udviklingen og implementeringen af den digitale løsning til graviditetsforløb.

Virtuelle kontakter

Gennem de seneste år har brugen af virtuelle konsultationer været tiltagende. Det anbefales, at sygehusene videreudvikler virtuelle tilbud og ydelser og identificerer, hvilke familier der kan drage nytte af virtuelle kontakter, og hvornår i forløbet de virtuelle kontakter lever op til høj faglig kvalitet. Hertil skal der sikres virtuelle redskaber og faciliteter, som er let tilgængelige og sikre at anvende i forhold til datasikkerhed.

Telemedicin og hjemmemonitorering

Allerede nu er der regionalt og nationalt gode erfaringer med telemedicin og hjemmemonitorering målrettet gravide. I Region Midtjylland er der for år tilbage set, at indførelse af hjemmemonitorering har medført høj tilfredshed for både de gravide, deres familier og personalet, samt en besparelse i indlæggelsesdage. Udgangspunktet i Region Syddanmark er væsentligt anderledes, end det var i Region Midtjylland. Der ses således ikke gevinster i samme størrelsesorden, men ud fra et patientperspektiv giver det mening at tilbyde de gravide at være i hjemmet, når det vurderes fagligt acceptabelt. Region Syddanmark indgår sammen med de øvrige regioner i et fælles regionalt samarbejde omkring udbud og indkøb af fosterovervågningsudstyr (CTG). CTG-udstyret indgår som en del af andet telemedicinsk udstyr, der kan anvendes til hjemmemonitorering af gravide med komplikationer. Der er potentiale i at udvikle de telemedicinske ydelser og muligheder for hjemmemonitorering yderligere. På baggrund heraf anbefales det, at der i regi af Fødeplansudvalget og i samarbejde med Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd samt andre relevante aktører kortlægges, i hvilke faglige forløb telemedicin og hjemmemonitorering er hensigtsmæssigt, samt hvilke monitoreringsredskaber og -materiel det kræver, for at hjemmemonitoreringen kan gennemføres med acceptabel faglig kvalitet og sikkerhed. Det er det enkelte sygehus, der har beslutningskompetencen, i forhold til hvilke løsninger man ønsker at implementere.

UDKAST

Brug af sociale medier som kommunikationsplatforme

Gennem de seneste år har flere og flere fødesteder uden for regionen benyttet sig af sociale medier. En stor del af brugerne benytter sociale medier på daglig basis, og erfaringerne viser, at sociale medier som fx Facebook er en brugbar platform, der med fordel kan anvendes til formidling af ikke-personfølsomme informationer om tilbud og tiltag. På baggrund heraf anbefales det, at sygehusene kortlæger, hvordan brugen af sociale medier er gavnlig for de gravide og deres familier og implementerer relevante tiltag.

Vedvarende fokus på digitale muligheder og løsninger

De digitale muligheder udvikles konstant, og det ønskes, at svangreomsorgen i Region Syddanmark udnytter denne udvikling. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og med udgangspunkt i Region Syddanmarks strategi for digitalisering er et vedvarende fokus på at drøfte digitale og innovative løsninger, som kan understøtte regionens opgavevaretagelse. Dette arbejde bør ske i samarbejde med brugerne af svangreomsorgen og andre relevante parter.

Monitorering, udvikling og forskning

Ydelserne i svangreomsorgen i Region Syddanmark skal være af høj kvalitet, med høj patientsikkerhed og høj patienttilfredshed. Forbedring af de tilbud og ydelser, der leveres under graviditet, fødsel og barsel, har i mange år været et fokusområde både nationalt, regionalt og lokalt blandt brugere, klinikere, ledere og beslutningstagere. Der er iværksat adskillige indsatser og tiltag med det formål at styrke svangreomsorgen og sikre, at familien kommer sunde, raske og styrket gennem denne livsperiode. Region Syddanmark ønsker en vedvarende forbedring kliniske ydelser og indsatser, organisatoriske forhold, patientsikkerhed og patienttilfredshed. Den indsats, der allerede er påbegyndt, vil vi fortsætte gennem fokus på monitorering, udvikling og forskning.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Ensartet praksis på tværs af sygehusene

Det er essentielt, at fødestederne leverer en faglig kvalitet baseret på evidens og bedst klinisk praksis. På nuværende tidspunkt har alle obstetriske afdelinger i regionen en velfungerende praksis med opdaterede og evidensbaserede retningslinjer. Dette ønsker Region Syddanmark at videreudvikle yderligere. Det anbefales, at der i regi af Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd besluttes, hvordan man bedst understøtter dette. Eksempelvis kan der i regi af specialerådene nedsættes et instruksudvalg. Målsætningen

UDKAST

er, at der i det omfang, det er meningsfuldt for praksis og det kliniske arbejde, udarbejdes fælles faglige og/eller enslydende retningslinjer.

I arbejdet skal der inddrages andre sundhedsprofessionelle, fx fra almen praksis og fra andre specialer afhængig af emnet. De regionale retningslinjer understøtter en ensartet praksis på tværs af regionen, og det sikres, at alle familier modtager en svangreomsorg af høj faglig kvalitet, uanset hvor de er bosiddende. Hertil sikres, at de familier, der har forløb på tværs af sygehusene, oplever en ensartet vejledning og behandling gennem deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

Tilgængelige valide data på tværs af regionen

Et vigtigt element i udviklings- og forbedringsarbejdet inden for sundhedsområdet er tilgængeligheden af opdateret og valid data. Allerede nu findes nationale databaser såsom Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte, Den Nationale Børnedatabase, Dansk Føtalmedicinsk Database, Sundhedsstyrelsens Fødselsregister og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed. Disse databaser bidrager med vigtig viden inden for udvalgte indikatorer. Imidlertid er det essentielt for det lokale kvalitets- og forbedringsarbejde, at det i den enkelte afdeling og på tværs af afdelingerne i regionen er muligt at indhente yderligere data samt data, der er opdateret. Dette skyldes, at udviklingsbehov og -tiltag skal kunne identificeres og iværksættes hurtigt, samt at der ved kvalitetsudviklingsprojekter kan ske en optimal monitorering og evaluering af resultaterne. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra sygehusene, der kortlægger, hvilke data vedrørende graviditet, fødsel og barsel der er relevant at indhente, hvordan disse data kan indhentes automatisk gennem det kommende EPJ-system, samt hvordan det skal tilgængeliggøres.

Region Syddanmark som en del af det nationale forsknings- og udviklingsmiljø

Både kvalitativ og kvantitativ forskning inden for graviditet, fødsel og barsel har taget fart de seneste årtier. Imidlertid er der fortsat mange områder ved såvel det ukomplicerede som det komplicerede graviditets-, fødsels- og barselsforløb, der endnu ikke er belyst. Region Syddanmark ønsker at være en del af den fortsatte udvikling af en evidensbaseret praksis inden for svangreomsorgen. Det anbefales, at sygehusene prioriterer stillinger, hvor sundhedsprofessionelle, herunder både læger, sygeplejersker og jordemødre, har mulighed for at udføre forskning i forskningsmiljøer og/eller deltage i udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer i kombination med deres daglige kliniske arbejde på sygehusene.

UDKAST

Styrkelse af den vaginale ukomplicerede fødsel

Nationalt og tværfagligt er der i flere år arbejdet med at understøtte den vaginale ukomplicerede fødsel og nedsætte kejsersnitfrekvensen. Målet er, at mor og barn gennemgår fødslen med bedst mulig sundhedstilstand, at minimere forekomsten af komplikationer og at opnå høj patienttilfredshed. Ved at øge andelen af vaginale fødsler blandt førstegangsfødende, øges sandsynligheden for, at fremtidige fødsler ligeledes kan foregå vaginalt. Dette arbejde kræver en flerstrenget indsats, rummende både regional og national forskning, lokal kvalitetsudvikling, tværfaglige teamtræninger og kompetenceudvikling samt løbende monitorering af relevante indikatorer. Det anbefales, at der etableres et kompetencecenter, hvor der forskes i og videreformidles viden om understøttelse af den normale fødsel, organisering af fødselshjælpen, fødemiljøets betydning mm. Der er allerede etableret en indledende dialog om dette mellem sygehusene i regionen, og det er ambitionen, at alle fødesteder i Region Syddanmark bliver inddraget i det videre arbejde. Det anbefales, at Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd samt Jordemoderfagligt Råd løbende drøfter muligheder og perspektiver ved dette samarbejde.

Igangsættelse af fødsler

Igangsættelser af fødsler sker primært for at nedsætte risikoen for komplikationer for kvinden eller barnet under graviditeten, fødslen eller i barselsperioden. De kvinder, hvis fødsler er sat i gang, har gennemsnitligt flere ambulante besøg forud for fødslen og en længere indlæggelsestid under og efter fødslen sammenlignet med de kvinder, hvis fødsel starter spontant. Udover at der opleves en stigning i antallet af igangsættelser, opleves der også en stigning i antallet af gravide, som får udskudt deres planlagte igangsættelser. Det kan være fra et par timer til flere dage og evt. med visitation til andet fødested. Dette har forskellige implikationer for både familien og fødestedet. Det anbefales, at området følges, og at der udarbejdes organisatoriske løsninger, så kvinder får det bedst mulige fødselsforløb, uanset om de har en naturlig spontan startende fødsel eller skal have fødslen sat i gang. Der bør i regi af Fødeplansudvalget, Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd samt Jordemoderfaglig Råd drøftes håndtering af udfordringerne, tiltag og erfaringer hermed.

Perinatal audit

Et vigtigt element i udviklingen af svangreomsorgen er perinatal audit, hvor der gennemgås graviditets-, fødsels- og/eller barselsforløb med alvorlig sygdom eller dødelig udgang for mor eller barn. Formålet er en løbende monitorering, kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den omsorg og de ydelser, der gives. På nuværende tidspunkt er der på de enkelte sygehuse en regelmæssig gennemgang og evaluering af de patientforløb, som skønnes at have et særligt udviklingspotentiale og/eller har haft et alvorligt resultat. Perinatal audit er endnu ikke

UDKAST

implementeret på et regionalt niveau samt på tværs af afdelinger, specialer og sektorer. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en regional arbejdsgruppe med repræsentanter fra sygehusenes samt repræsentanter fra almen praksis og kommunerne ad hoc, hvor relevante forløb kan danne grundlag for læring og dermed understøtte en svangreomsorg af høj kvalitet og med høj patientsikkerhed. Arbejdsgruppen fremlægger læringspunkterne for Fødeplansudvalget.

Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering

En forudsætning for høj kvalitet af svangreomsorgen i Region Syddanmark er et tilstrækkelig antal medarbejdere samt medarbejdere med de rette kompetencer. Læger, jordemødre, sonografer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, administrative medarbejdere og lægesekretærer arbejder og samarbejder hver dag om at skabe den bedst mulige start for den enkelte familie. For at vi i fremtiden kan fortsætte dette værdifulde arbejde, vil vi i Region Syddanmark sikre, at medarbejderne løbende kompetenceudvikles, videreuddannes og specialiseres. Dette sker med henblik på, at de ydelser, der leveres, er af en høj faglig standard og understøtter familiens ønsker og behov. Samtidigt er det vigtigt at fremme et godt arbejdsmiljø, som både tiltrækker og fastholder dygtige medarbejdere og ledere.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Attraktive arbejdspladser

Et essentielt element i at kunne levere en optimal svangreomsorg er at kunne rekruttere sundhedsprofessionelle med de rette kompetencer og sikre, at disse kompetencer forbliver i svangreomsorgen.

Vi vil i Region Syddanmark have fokus på, at medarbejderne indenfor svangreomsorgen har et sundt arbejdsmiljø, hvor man trives og oplever faglig og personlig tilfredshed.
For at skabe attraktive arbejdspladser kræver det en flerstrenget indsats, og det vil være forskelligt, hvilket behov der er på de enkelte sygehuse og på de enkelte afdelinger.

Overordnet vil regionen være med til at sikre, at sygehusene har de nødvendige rammer til bl.a. at håndtere et stigende fødselstal og den stigende kompleksitetsgrad, der er gældende i svangreomsorgen.

Det anbefales, at sygehusene i samarbejde med afdelingsledelserne drøfter, behov og tiltag der kan fremme en attraktiv arbejdsplads, og dermed kan rekruttere og fastholde medarbejdere tilknyttet svangreområdet. Det kan fx være i relation til:

- større medindflydelse på vagtplanlægningen
- bedre mulighed for supervision og trivselsunderstøttende samtaler og tiltag
- systematisk kompetenceudvikling

UDKAST

- kombinationsstillinger og fleksible ansættelser på tværs af afsnit, afdelinger og sektorer, herunder med henblik på at reducere det akutte arbejde for den enkelte medarbejder
- kombinationsstillinger og fleksible ansættelser mellem klinisk praksis og forskningsmiljøer
- gode praktikophold for jordemoderstuderende og et tæt samspil med uddannelsesinstitutionerne
- rekruttering og fastholdelse af nyuddannede, herunder med fokus på længden og kvaliteten af introduktionsforløbet
- rekruttering og fastholdelse af erfarne medarbejdere, som i en årrække har været uden for faget
- rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, som har et særligt kompetenceniveau, som for eksempel sonografer.

Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget, Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd samt Jordemoderfagligt Råd drøftes håndtering af udfordringer og erfaringer med tiltag.

Kliniske eksperter og specialister

Med et stigende antal familier med komplekse somatiske, psykologiske og sociale behov er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle besidder kompetencerne til at imødekomme dette. Det anbefales, at sygehusene kortlægger, hvilke subspecialer som kræver et særligt kompetenceniveau, samt hvordan dette kompetenceniveau opnås. Sygehusene skal sikre, at den enkelte afdeling har kliniske eksperter og specialister, som er teoretisk og klinisk rustet til de aktuelle patientforløb. Der skal derudover skabes mulighed for et formaliseret og struktureret uddannelsesforløb til sonografer og føtalmedicinere. Samtidig skal det sikres, at specialiserede medarbejdere er tilgængelige med henblik på vidensdeling og sparring med kolleger og sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere. Dette gælder på det enkelte sygehus, mellem sygehusene samt mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne.

Teamtræning og simulationstræning

For at sikre det bedst mulige forløb ved alle fødsler er det nødvendigt, at det sundhedsprofessionelle personale besidder faglig viden, kliniske kompetencer samt høje kommunikations- og samarbejdsfærdigheder. Det anbefales, at der regelmæssigt gennemføres tværfaglig simulations- og teamtræning på alle sygehuse. Disse træningsseancer skal blandt andet rumme understøttelse af den vaginale ukomplicerede fødsel, håndtering af akutte obstetriske situationer og forløb samt genoplivning og behandling af det akut syge nyfødte barn.

UDKAST

Fælles kompetenceudvikling på tværs af fagligheder og sektorer

Vi har i Region Syddanmark gode erfaringer med tværfaglige temadage om amning. Dette arbejde ønsker vi at fortsætte og udvikle. Det anbefales, at der fortsat afholdes én årlig fælles temadag. Imidlertid skal emnerne variere og kan eksempelvis omhandle lighed i sundhed, svangreomsorgen målrettet etniske minoriteter, omsorg og støtte til familier, der mister et barn, nedsættelse af sygefravær blandt gravide eller lignende. Temadagene kan afholdes på forskellige måder, fx som webinar eller med fysisk fremmøde. Temadagene planlægges af Fødeplansudvalget med inddragelse af relevante klinikere.

Kapacitet og organisering

Der er ca. 61.000 fødsler om året i Danmark, og heraf er ca. 11.000 i Region Syddanmark. Prognoser fra Danmarks Statistik indikerer, at der nationalt sker en stigning i antallet af fødsler over det næste årti. Forventningen er, at stigningen ligeledes vil finde sted i Region Syddanmark med størst stigning i optageområdet for Sygehus Lillebælt og Odense Universitets Hospital. Samtidig er der generelt et stigende antal af kvinder og familier med øgede somatiske, psykologisk og/eller sociale behov. Denne udvikling skønnes at bringe kapacitetsudfordringer på sygehusene i regionen. For at vi i Region Syddanmark fortsat kan levere en svangreomsorg af høj kvalitet og med høj tilfredshed fra familierne, er det nødvendigt, at udviklingen og udfordringerne håndteres rettidigt.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Analyse og håndtering af stigende fødselstal

Vi vil i Region Syddanmark sikre, at der er den nødvendige kapacitet til at håndtere stigningen i antallet af fødsler, både i forhold til fysiske lokaler og i forhold til det rette antal medarbejdere inden for svangreomsorgen. Særligt opleves der på nuværende tidspunkt udfordringer med rekruttering af jordemødre, fødselslæger, føtalmedicinere og sonografer.
Udviklingen kræver en løbende monitorering, herunder en analyse af, i hvilke geografiske områder af Region Syddanmark det vil få særlig betydning. Den nødvendige reaktion på en vedvarende stigning i fødselstallet vil afhænge af stigningens omfang og hastighed. Afhængig af fødestedets geografiske beliggenhed, størrelse og udgangspunkt vil det kræve forskelligartede indsatser af blandet andet drifts- og/eller anlæggelsesorienteret karakter. Det anbefales, at sygehusene via deres direktioner og via Fødeplansudvalget løbende drøfter kapaciteten på området og iværksætter en rettidig indsats for at imødekomme udfordringerne.

UDKAST

Fokus på familien som en helhed

Et bærende element i svangreomsorgen er en familieorienteret omsorg hvor hele familien inddrages i forløbet. Det betyder, at informationer, tilbud og ydelser bør henvende sig til familien som en helhed. I det omfang der er fagligt acceptabelt og inden for specialeplanens rammer, bør indsatser og ydelser i svangreomsorgen tilbydes i henhold til nærhedsprincippet og derved i familiens nærområde. Ved at minimere den fysiske afstand øges muligheden for, at både kvinden og partneren benytter sig af diverse sundhedsfremmende og forebyggende tilbud på sygehusene, ved egen læge og i kommunerne. Hertil skal det sikres, at fysiske faciliteter i form af svangre, føde-, barsels- og neonatalstuer understøtter, at familien i videst mulig omfang kan forblive sammen og ikke adskilles ved indlæggelse på sygehuset. For at imødekomme et fokus på familien som en helhed kræver det forskellige indsatser afhængig af sygehus. Det anbefales, at sygehusene via deres direktioner og via Fødeplansudvalget løbende drøfter hvorledes området understøttes og der på sygehusene implementeres indsatser lokalt.

Fremtidens fødemiljø

Såvel regionalt som nationalt er der fokus på at etablere fødemiljøer, der gennem inventar, lyd og lys skaber en mere hjemlig og afslappende atmosfære end det traditionelle hospitalsrum. Det tyder på, at sansefødestuer, har flere gavnlige effekter for fødselsforløbet, bl.a. fordi det forventes at understøtte den naturlig hormonproduktion og dermed styrke den vaginale fødsel. Dertil oplever familierne, men også de sundhedsprofessionelle aktører, stor tilfredshed med interaktive og hjemmelige fødemiljøer. Det er afgørende, at fødemiljøerne indrettes med udgangspunkt i faglig evidensbaseret viden og bedst klinisk praksis samt familiernes ønsker og behov.

Vi vil i Region Syddanmark først og fremmest sikre, at sygehusene er dimensioneret til at håndtere fødslerne og barselsperioden efter fødslen. Det er vigtigt, at der er det rette antal modtagelsesstuer, fødselsstuer og barselsstuer. Dernæst ønskes, at alle lokaler lever op til standarder for moderne sygehusbyggeri, og at fødestuerne er hjemmelige, sanselige og gerne interaktive.

Det anbefales derfor, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en arbejdsgruppe, som fastlægger en fælles standard for det fremtidige gode fødemiljø, hvorefter sygehusene kan vurdere, hvilke tiltag der vil være relevante at etablere lokalt. Kortlægningen præsenteres for Sundhedsudvalget samt Anlægs- og Innovationsudvalget.

UDKAST

Omsorg og faciliteter til forældre, der mister et barn

Allerede nu er der på alle sygehuse i Region Syddanmark etableret et velfungerende tilbud til familier, der mister et barn under gravidteten, under fødslen eller i tiden efter fødslen. Imidlertid ønsker vi i Region Syddanmark at styrke den indsats. Det anbefales, at sygehusene kortlægger, hvilke specifikke behov denne gruppe har, som ikke imødekommes med den nuværende organisering. På baggrund heraf skal sygehusene implementere indsatser lokalt.

3. Organisering af svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem

Svangreomsorgen rummer såvel sundhedsfremmende, forebyggende, diagnostiske og behandlende indsatser. Disse indsatser favner både somatiske, psykiske og sociale aspekter af denne livsperiode. Målet er at skabe rammen om et forløb af høj kvalitet, der samtidig er individualiseret og dermed harmonerer med den enkelte families livssituation, ønsker og behov. Dette med henblik på at understøtte den bedst mulige start for den enkelte familie.

I dette afsnit beskrives, hvilke aktører der i samspil varetager svangreomsorgen i Region Syddanmark. Hertil kommer en redegørelse af regionens grundforløb og de udvidede ydelser, der gives til familier med behov for ekstra omsorg.

Det er fravalgt at inddrage detaljerede faglige beskrivelser af de enkelte ydelser. Læseren bedes i stedet opsøge de relevante bagvedliggende kilder. Det kan eksempelvis være anbefalinger og retningslinjer udgivet af Sundhedsstyrelsen, faglige selskaber, fx Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab eller Dansk Jordemoderfagligt Selskab. Derudover henvises til samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og kommunerne samt almen praksis, som er at finde på regionens hjemmeside. Hertil kommer information gjort tilgængelig på fødestedernes, kommunens og regionens hjemmesider. Ved at henvise til de bagvedliggende dokumenter sikres det, at læseren tager udgangspunkt i opdateret og gældende evidensbaseret viden og information.

Niveauinddeling og differentiering af svangreomsorgen

Sundhedsstyrelsen anbefaler en niveauinddeling og differentiering af svangreomsorgen. Niveauinddelingen præciserer, hvilke graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje familien tilbydes og understøtter, at familien tilbydes et individualiseret forløb med den støtte og de ydelser, der måtte være brug for. Det strækker sig fra et grundforløb målrettet familien med et forventet ukompliceret svangerskab til et udvidet og højt specialiseret forløb målrettet familien med et svært kompliceret og komplekst svangerskab.

Det forventede graviditets-, fødsels- og barselsforløb niveauinddeles, og der foretages en primær visitering ved første lægeundersøgelse, når svangerskabs- og vandrejournalen modtages på sygehuset og ved første jordemoderkonsultation. Såfremt der undervejs i svangerskabet sker ændringer af fysisk, psykologisk eller social karakter, ændres niveauinddelingen tilsvarende, og der foretages en sekundær visitering i henhold til forløbet og familiens behov.

UDKAST

I anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen er niveauinddelingen lavet på baggrund af en vurdering af den gravide. I Region Syddanmark følger vi disse anbefalinger. Dog ønsker vi også, at der er fokus på fostret samt barnet. Det betyder, at et sygt foster eller et sygt barn i sig selv kan betyde visitation til et andet niveau, end kvinden ville være blevet visiteret til. Dette er for at sikre, at fostret og barnet modtager relevante tilbud. Nedenstående skema fra Sundhedsstyrelsen skitserer niveauinddelingen og dens overordnede karakteristika.

Skema 1

Niveau 1
Et grundforløb til familien med graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje, hvor graviditeten vurderes som normal og uden øget risiko. Ydelserne tilbydes af almen praktiserende læge, jordemoder og sonograf.

Niveau 2
Et udvidet forløb til familien, som har behov for flere ydelser fra jordemoder og/eller speciallæge i gynækologi og obstetrik og/eller almen praktiserende læge.
Det kan fx dreje sig om:

- kvinder med velbehandlede somatiske eller psykiske lidelser
- kvinder, der er overvægtige
- kvinder, der venter mere end ét barn
- kvinder, der er i risiko for at udvikle graviditetsbetinget diabetes
- kvinder, der tidligere har haft en dårlig fødselsoplevelse
- kvinder, der tidligere har haft et dårligt ammeforløb
- kvinder, der tidligere har mistet et barn.

Niveau 3
Et udvidet forløb til familien, hvor der er behov for ekstra ydelser, samt et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen.
Det kan for eksempel dreje sig om:

- kvinder med nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der kræver samarbejde med andre speciallæger
- kvinder med psykologiske/psykiatriske lidelser, der kræver inddragelse af psykiater
- kvinder med svære sociale problemstillinger eller sårbarheder, der kræver ekstra støtte fra sundhedsvæsenet og/eller kommunen.

Niveau 4
Et udvidet forløb til familien, hvor der er behov for ekstra ydelser, samt et samarbejde med specialiserede afdelinger og institutioner, og hvor der gives ydelser på et højt specialiseret niveau, herunder familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud.
Det kan fx dreje sig om:

UDKAST

- kvinder med rusmiddelsproblemer
- kvinder med svære psykiske/psykiatriske lidelser
- kvinder med alvorlige sociale belastninger.

Sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen

En velfungerende svangreomsorg kræver et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle. De normale aktører er kvindens almen praktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejerske. Hertil kan der, afhængig af forløbet, involveres en speciallæge i gynækologi og obstetrik, en speciallæge i pædiatri og neonatologi med flere.

Almen praktiserende læge

Den almen praktiserende læge (egen læge) er den gennemgående fagperson, som følger kvinden og familien gennem forløbet. Den praktiserende læge varetager vejledning og rådgivning før graviditeten er indtruffet, henviser kvinden til sygehuset, varetager graviditetsundersøgelser samt undersøgelser af barnet og moderen i barselsperioden. Hvis der undervejs findes risikofaktorer eller komplikationer, involveres relevant speciallæge og/eller jordemoder.

Jordemoderen

Jordemoderen er den fagperson, som kvinden og familien har hyppigst kontakt med under graviditeten. Kvinden tildeles en kontaktjordemoder eller et jordemoderteam, som varetager graviditetsundersøgelserne. Dette sker for at sikre kontinuitet og koordinering samt optimal kommunikation og tryghed for familien. Det er en jordemoder, der varetager fødselsforløbet samt de første timer efter fødslen. I den tidlige barselsperiode støtter jordemoderen i ammeetablering og familiens trivsel og tilbyder en efterfødselssamtale med familien samt hørescreening og hælblodprøve på den nyfødte. Såfremt der undervejs i forløbet findes risikofaktorer eller komplikationer involveres relevant speciallæge og/eller sundhedsplejerske.

Sonograf

Sonograf er en jordemoder, sygeplejerske eller radiograf, som er videreudannet og certificeret til at gennemføre ultralydsscanninger under graviditeten, herunder blandt andet første trimesterscanning og anden trimesterscanning. Såfremt der under en ultralydsscanning findes risikofaktorer eller komplikationer, involveres relevant speciallæge.

Fødselslæge

Speciallægen i gynækologi og obstetrik (fødselslæge) har det overordnede faglige ansvar for undersøgelser og behandling under graviditet, fødsel og barsel, hvis der findes risikofaktorer, komplikationer og

UDKAST

sygdomme. Ved behov for indlæggelse på obstetrisk afdeling kan der suppleres med indsatser fra tværfaglige professioner og funktioner.

Børnelæge
Speciallægen i pædiatri og neonatologi (børnelæge) har det overordnede faglige ansvar for undersøgelser og behandling af det nyfødte barn ved risikofaktorer, komplikationer og sygdomme. Ved behov for indlæggelse på neonatalafdeling kan der suppleres med indsatser fra tværfaglige professioner og funktioner.

Sundhedsplejerske
Sundhedsplejersken er den fagperson, som kvinden og familien har hyppigst kontakt med i barselsperioden. Når sundhedsplejersken modtager fødselsanmeldelse fra sygehuset, tager sundhedsplejersken kontakt til med henblik på besøg i hjemmet. Familien tildeles en sundhedsplejerske, som varetager besøgene. Dette gøres for at sikre kontinuitet og koordinering samt optimal kommunikation og tryghed. Hvis der undervejs i forløbet findes risikofaktorer, involveres almen praktiserende læge.

Svangreomsorgen i Region Syddanmark – en forløbsbeskrivelse

I dette afsnit beskrives det grundtilbud, der i Region Syddanmark gives til familien med et forventet ukompliceret graviditets-, fødsels- og barselsforløb på niveau 1, samt det udvidede tilbud, der gives til familien med særlige fysiske, psykiske eller sociale problemstillinger i deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb, jævnfør niveau 2, 3 og 4.

De respektive tilbud og ydelser er i overensstemmelse med retningslinjer, anbefalinger og vejledninger fastlagt af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner samt retningslinjer og guidelines fra de faglige selskaber.

Graviditet

Der er stigende evidens for, at en sundhedsfremmende, forebyggende, risikoopsporende og behandlende indsats under et svangerskab har en målbar positiv effekt på mors og barns sundhedstilstand. Tilsvarende er det fundet, at antallet af svangrekontroller, som tilbydes familien, er af stor betydning for både sygelighed og dødelighed, da det ses, at flere graviditetskonsultationer medfører færre fatale udfald for mor og/eller barn.

Nedenstående skema viser de ydelser, der tilbydes i grundforløbet. Ydelserne i grundforløbet er tidsmæssigt tilrettelagt, så konsultationerne fordeler sig jævnt, og så indholdet i de enkelte konsultationer tilpasses behovet på de forskellige tidspunkter af graviditeten. Grundforløbet skal forstås som et udgangspunkt, da forløbet bør være dynamisk og individualiseret samt variere, afhængig af familiens konkrete situation, behov og ønsker. Hertil kan der undervejs tilkomme forhold, som gør, at kvinden tilbydes et udvidet forløb med ekstra ydelser ved én eller flere sundhedsprofessionelle.

Skema 2

UDKAST

Tidsplacering	Sundheds-professionel	Specifik indhold foruden sundhedsfremme, forebyggelse og risikoopsporing	Førstegangs-fødende	Flergangs-fødende
Graviditetsuge 6-10	Praktiserende læge	Henvisning til fødested	X	X
Graviditetsuge 11-13	Sonograf og/eller føtalmediciner	Første trimester ultralydsscanning	X	X
Graviditetsuge 13-15	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 18-20	Sonograf og/eller føtalmediciner	Anden trimester ultralydsscanning	X	X
Graviditetsuge 21	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 25	Praktiserende læge		X	X
Graviditetsuge 29	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 32	Praktiserende læge		X	X
Graviditetsuge 35	Jordemoder	Fødselssamtale	X	
Graviditetsuge 36	Jordemoder	Fødselssamtale ved behov		X
Graviditetsuge 37	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 39	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 41	Jordemoder og/eller obstetrisk ambulant afdeling		(X)	(X)

Konsultation ved egen læge

Som gennemgående fagperson sikrer den praktiserende læge kontinuiteten ved at følge kvinden og potentielt hele familien både før, under og efter svangerskabet. Som udgangspunkt tilbyder egen læge en konsultation forud for graviditeten, i graviditetsuge uge 6-10, i graviditetsuge 25, graviditetsuge 32 samt 8 uger efter fødslen.

Allerede forud for graviditetens indtræden vil egen læge informere kvinden om muligheden for en prækonceptionel rådgivende konsultation, som bl.a. rummer emner som fertilitet, livsstilsfaktorer og evt. medicinske problemstillinger. Samtalen har til formål, at kvinden motiveres til at optimere sin sundhed og sit helbred med henblik på at forbedre hendes forløb under svangerskabet samt understøtte, at barnet fødes med bedst mulig helbredstilstand. Hvornår denne konsultation skal finde sted, er individuelt og afhængig af den pågældende kvindes livssituation.

Når graviditeten er indtruffet, tilbyder egen læge en graviditetskonsultation i graviditetsuge 6-10. Denne konsultation omfatter en vurdering af kvindens helbredstilstand og livssituation og fokuserer på både

UDKAST

fysiske, psykiske og sociale elementer. Derudover informeres kvinden og hendes partner om svangreomsorgens grundforløb og ved behov det udvidede forløb. På baggrund af kvindens aktuelle forløb og ønsker henvises kvinden til den obstetriske afdeling på et sygehuset. For at sikre, at familien tilbydes et optimalt forløb, er det vigtigt, at egen læge i svangerskabsjournalen udarbejder en grundig beskrivelse af relevante fysiske, sociale og psykologisk forhold, sygehistorie og igangsatte undersøgelser. Hertil noterer egen læge den umiddelbare niveauinddeling og dermed om familien skal tilbydes et grundforløb eller et udvidet forløb. Disse henvisningsoplysninger er sammen med de patientrapporterede data (PRO) fundamentet for den videre niveauinddeling og visitation på sygehuset og i jordemoderkonsultationen.

Ud over ovenstående konsultationer tilbyder egen læge graviditetskonsultationer i graviditetsuge 25 og graviditetsuge 32. Disse konsultationer omfatter en vurdering af kvindens helbredstilstand og livssituation med fokus på både fysiske, psykiske og sociale elementer. Derudover foretages en obstetrisk risikovurdering vedrørende bl.a. rhesusimmunisering, sukkersyge, svangerskabsforgiftning med mere.

Samarbejdet mellem de praktiserende læger og regionens fødesteder er formaliseret via praksiskonsulenter, idet alle fødesteder i regionen har tilknyttet en praksiskonsulent fra almen praksis. Hertil sidder der en praksiskonsulent i Fødeplansudvalget. Praksiskonsulenternes primære opgave er at formidle viden samt være bindeled mellem almen praksis og fødestederne.

Prænatal diagnostik

Som Sundhedsstyrelsens retningslinjer (2017/2020) foreskriver, er formålet med fosterdiagnostiske undersøgelser at opnå viden om fosteret og graviditetens forløb. Hvis undersøgelserne viser, at barnet er i forøget risiko for alvorlig sygdom eller handicaps, kan der i gravidteten, under fødslen eller i den tidlige barselsperiode tages eventuelle forholdsregler. Disse forholdsregler kan rumme ekstra undersøgelser samt sikre et nødvendigt sundhedsprofessionelt beredskab og ekspertise under graviditeten, ved fødslen og i barselsperioden. Det kan også rumme ekstra støtte til forældrene, med henblik på at de psykisk forberedes på, at barnet er sygt eller handicappet. Hvis undersøgelserne viser, at barnet har meget alvorlige og omfattende handicaps eller sygdom, giver det kvinden mulighed for abort, såfremt det er før 12. graviditetsuge samt mulighed for at søge om tilladelse til abort, såfremt det er efter 12. graviditetsuge.

Familien modtager mundtlig og skriftlig information om det fosterdiagnostiske tilbud af egen læge og det sundhedsprofessionelle personale på sygehuset i forbindelse med undersøgelserne. Informationen tager udgangspunkt i familiernes situation, forudsætninger, behov og ønsker og familiens valg af diagnostiske tilbud respekteres.

Det fosterdiagnostiske tilbud består af et grundtilbud til den gravide uden kendt risiko for, at der er medfødt kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet. Hertil gives et udvidet tilbud til den gravide med en kendt øget risiko for kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet.

Nedenstående skema viser Region Syddanmarks fosterdiagnostiske grundtilbud og det fosterdiagnostiske udvidede tilbud.

Skema 3

Tilbud	Fosterdiagnostik grundtilbud	Fosterdiagnostik udvidet tilbud

UDKAST

Henvisning til klinisk genetisk afdeling eller obstetrisk afdeling forud for graviditet		X
Doubletest taget ved egen læge fra graviditetsuge 8+1 og til 10+0 (dog muligt indtil 14+0)	X	X
1. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 11+2 og til 14+1	X	X
2. trimesterskannning gennemført fra graviditetsuge 18+0 og til 20+0 (dog muligt senere)	X	X
Tripletest taget fra graviditetsuge 15+0 og til 18+0 (dog muligt til 20+0)		X
NIPT taget fra graviditetsuge 10+0		X
Moderkageprøve taget fra graviditetsuge 10+0 og frem til fødslen		X
Fostervandsprøve taget fra graviditetsuge 16+0 og frem til fødslen		X

UDKAST

Det forsterdiagnostiske grundtilbud

Det fosterdiagnostiske grundtilbud er et tilbud til den gravide uden kendt risiko for, at der er medfødt kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet.

Det fosterdiagnostiske grundtilbud består af:

- doubletest taget fra graviditetsuge 8+1 og til 10+0 (dog muligt indtil 14+0)
- 1. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 11+2 og til 14+1
- 2. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 18+0 og til 20+0 (dog muligt senere).

Doubletesten tages ved egen læge og oftest i forbindelse med 1. graviditetskontrol.

1. trimesterskanningen foretages på sygehuset. Denne skanning har til formål at bekræfte, at fosteret er levende, bestemme antallet af fostre og fastansætte en terminsdato. Hvis familien ønsker det, kan der ved 1. trimesterskanningen gennemføres en risikovurdering for kromosomafvigelser. Ved en risikovurdering for kromosomafvigelser belyses sandsynligheden for, at barnet har 3 specifikke kromosomafvigelser. Dette værende trisomi 21 (Downs syndrom), trisomi 13 (Pataus syndrom) og trisomi 18 (Edwards syndrom).

Sandsynligheden for de tre kromosomafvigelser beregnes ud fra fosterets nakkefolds tykkelse målt gennem ultralydsscanning, doubletesten og kvindens alder. Hvis der er forhold, som afviger fra normalen og/eller indikerer øget sandsynlighed for kromosomafvigelser, vil familien blive tilbudt diagnostiske undersøgelser såsom moderkagebiopsi, fostervandprøve eller NIPT, som er beskrevet under udvidet prænatal diagnostik.

2. trimesterskanningen foretages på sygehuset. Denne skanning har til formål at undersøge fosterets vækst, moderkagens placering og barnets organer. Hvis der findes forhold, som afviger fra normalen, tilbydes familien ekstra ydelser. Dette kan være ultralydsskanninger ved en føtalmediciner og/eller diagnostiske undersøgelser såsom NIPT, moderkageprøve eller fostervandsprøve, som er beskrevet under udvidet prænatal diagnostik.

Det fosterdiagnostike udvidede tilbud

Udvidet prænatal diagnostik er et tilbud til den gravide med en kendt øget risiko for kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet.

I nogle tilfælde vil den praktiserende læge allerede forud for eller tidligt i graviditeten have kenskab til elementer, som udgør en særlig risiko for barnet. Det kan være arvelig sygdomme og lidelser, kromosomafvigelser og/eller misdannelser i den nære familie eller ved slægtsskab mellem forældrene. I disse tilfælde og på baggrund af det aktuelle forløb vil den praktiserende læge tilbyde familien at blive henvist til genetisk rådgivning, udredning og risikovurdering ved klinisk genetisk afdeling.

Tilsvarende kan egen læge allerede forud for eller tidligt i graviditeten have kendskab til, at barnet har været udsat for fosterskadende elementer, som for eksempel medicin, rusmidler eller infektioner, eller at kvinden tidligere har haft 3 eller flere spontane aborter. I disse tilfælde, og på baggrund af det aktuelle forløb, vil den praktiserende læge tilbyde familien at blive henvist til udredning og udvidet fosterdiagnostik ved obstetrisk afdeling.

I andre tilfælde er det i forbindelse med 1. trimesterskanningen eller 2. trimesterskanningen på obstetrisk afdeling, at der opnås kendskab til elementer, som udgør en særlig risiko for barnet. I disse tilfælde, og på baggrund af det aktuelle forløb, tilbyder sonografen og/eller føtalmedicineren videre udredning og udvidet fosterdiagnostik.

Det udvidede fosterdiagnostiske tilbud på obstetrisk afdeling består af:

- henvisning til klinisk genetisk afdeling/obstetrisk afdeling forud for graviditet
- ultralydsskanning(er) ved føtalmediciner fortaget gennem graviditeten
- Non-Invasiv Prænatal Test (NIPT) foretaget fra graviditetsuge 10+0
- tripletest foretaget fra graviditetsuge 15+ og til 18+0 (dog muligt til 20+0)
- invasiv diagnostik:
  Moderkageprøve taget fra graviditetsuge 10+0 og til fødslen
  Fostervandsprøve taget fra graviditetsuge 16+0 og frem til fødslen.

Hvilken undersøgelse, der tilbydes, er afhængig af det aktuelle forløb samt familiens ønsker og behov.

UDKAST

Konsultation ved jordemoder

Gennem graviditets- og fødselsforløbet er jordemoderen den fagperson, som kvinden og familien har hyppigst kontakt med. Som udgangspunkt tilbydes den gravide og hendes partner i alt seks jordemoderkonsultationer i graviditetsugerne 13-15, 21, 29, 35/36, 37 og 39. Dertil kommer en konsultation med en jordemoder på fødestedet, såfremt kvinden går 7-10 dage over termin. Såfremt det fagligt vurderes, at kvinden og familien har behov for yderligere konsultationer tilbydes dette. Disse er nærmere beskrevet under udvidede jordemoderkonsultationer.

Alle jordemoderkonsultationer har sundhedsfremmende, forebyggende og risikoopsporende indhold og er samtidig dynamiske og individualiserede, så konsultationen favner den enkelte families behov. Det tilstræbes, at familien tilbydes jordemoderkonsultationer ved den samme jordemoder gennem hele forløbet, idet det understøtter en høj kvalitet, patientsikkerhed og patienttilfredshed.

Af de ovenstående konsultationer er der et særligt indhold ved den første jordemoderkonsultation i graviditetsuge 13-15, jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 29 samt jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 35 for førstegangsfødende og graviditetsuge 36 for flergangsfødende.

I den første jordemoderkonsultation i graviditetsuge 13-15 udformes, i samarbejde med familien, en individuel plan for forløbet. Denne plan tager udgangspunkt i svangerskabsjournalen fra egen læge, patientrapporterede data fra et spørgeskema, de behov og ønsker familien må have, samt de tilbud som det pågældende fødested og kommune har tilgængeligt.

I jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 29 identificeres kvinder med blodtypen rhesus-negativ, og der tilbydes og planlægges rhesusprofylakse, hvis fosteret er rhesus-positiv.

Jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 35 tilbydes alle førstegangsfødende, og i denne drøftes den forestående fødsel. Den individuelle fødselssamtale har til formål at forberede og styrke familien til den kommende fødsel og tilrettelægge en individuel plan for fødslen og den tidlige barselsperiode. Der tages udgangspunkt i familiens tanker og forventninger, muligheder og evt. anbefalinger afhængig af det aktuelle forløb.

Jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 36 tilbydes alle flergangsfødende. Afhængig af familiens behov drøftes den forestående fødsel, og der tilrettelægges en individuel plan for fødslen og den tidlige barselsperiode. Der tages udgangspunkt i familiens tanker og forventninger, muligheder og evt. anbefalinger afhængig af det aktuelle forløb.

Udvidede jordemoderkonsultationer

Ud over de jordemoderkonsultationer, som tilbydes i grundforløbet, findes der i Region Syddanmark en række udvidede jordemoderkonsultationer.

Udvidet jordmoderkonsultation tilbydes familier med behov for en særlig indsats af enten fysisk, psykisk eller social karakter, men dog med så velafgrænsede problemstillinger, at det som udgangspunkt ikke kræver visitation til familieambulatorie eller familieambulatorie plus.

UDKAST

Fælles for disse jordemoderkonsultationer er, at der gives et større antal konsultationer og/eller længere konsultationstider end i basistilbuddet. Samtidig varetages de enkelte specialkonsultationer af jordemødre med særlige kompetencer inden for det respektive område.

De udvidede jordemoderkonsultation kan for eksempel målrettes gravide, der venter mere end et barn, der er overvægtige eller har sukkersyge. De udvidede jordemoderkonsultation kan ligeledes tilbydes gravide af anden etnisk minoritetsbaggrund, som grundet sprogudfordringer eller manglende kendskab til det danske sundhedsvæsen har et særligt behov for omsorg og støtte. Ligeledes kan udvidede jordemoderkonsultationer tilbydes familier, der tidligere har oplevet en fødsel som traumatisk, har angst for forestående fødsel eller tidligere har mistet et barn.

Hvilke konkrete tilbud, der gives på regionens fødesteder, afhænger af det pågældende geografiske optageområde og familiernes aktuelle behov. Visitationen til en udvidet jordemoderkonsultation kan ske gennem egen læge, på sygehuset ved modtagelse af svangerskabs- og vandrejournalen, og ved den første jordemoderkonsultation i starten af graviditeten. Hertil kan visitationen ske af relevante sundhedsprofessionelle undervejs i forløbet, hvis der opstår særlige behov. For uddybning af de enkelte fødesteders tilbud henvises til deres hjemmesider.

Kendt Jordemoderordning og Kendt Jordemoderteam

På nuværende tidspunkt tilbyder alle sygehuse i Region Syddanmark en eller flere Kendt Jordemoderordning(er) og/eller Kendt Jordemoderteam. En Kendt Jordemoderordning er en ydelse, hvor familien følges af de samme tre jordemødre. Jordemødrene i den pågældende ordning eller team varetager i samarbejde jordemoderkonsultationer, forældre- og fødselsforberedelse, undersøgelser på fødegangen, fødselshjælpen og barselsbesøg. Dog kan der grundet kapacitetsudfordringer være behov for at en anden jordemoder varetager elementer af forløbet.

Enkelte fødesteder har etableret Kendt Jordemoderteam, hvor en større gruppe jordemødre dækker et særligt geografisk område i forbindelse med jordemoderkonsultationerne. Så vidt det er muligt sikres det, at minimum en jordemoder fra dette team er tilstede på fødegangen, så kvinder fra det geografiske område så vidt muligt kan føde ved en af jordemødrene fra teamet.

Organiseringen og omfanget af den enkelte Kendt Jordemoderordning og Kendt Jordemoderteam varierer mellem fødestederne. Det varierer også, om ordningen er målrettet et geografisk område eller målrettet et specifikt fagligt forløb, som for eksempel kvinder, der ønsker at føde hjemme, kvinder med tidligere traumatiske forløb eller kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Som beskrevet tidligere, vil der i den kommende planperiode med denne fødeplan blive arbejdet med organiseringen af Kendt jordemoderordningen, med det formål at sikre, at flest gravide oplever mest mulig kontinuitet i fødselsforløbet.

For en uddybning af de nuværende konkrete tilbud ved det enkelte sygehus henvises til sygehusenes hjemmesider.

UDKAST

Fødsels- og forældreforberedelse

Fødsels- og forældreforberedelse er en væsentlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats i svangreomsorgen og er et velintegreret tilbud til alle familier i Region Syddanmark.

Fødsels- og forældreforberedelse giver de kommende forældre mulighed for at opnå viden om og drøfte emner som:

- graviditeten og forberedelse til fødslen
- fødslen og dens forløb
- barselsperioden og den nyfødte barn
- forældreskabet og barnets udvikling.

Målet er at ruste forældrene i form af en øget viden og styrket handlekompetence, så de oplever tryghed og er forberedt til de situationer, valg og beslutninger, der forventeligt vil komme under deres forløb. Hertil giver det familien mulighed for netværks- og relationsdannelse med andre kommende forældre.

Fødsels- og forældreforberedelse målrettes specifikke grupper, såsom familier med særlige fysiske, psykiske eller sociale behov. Dette gælder fx familier, der venter mere end ét barn, unge familier og familier som ikke kan tilstrækkeligt dansk til at indgå i basisudgaven. Hertil gives individuel fødsels- og forældreforberedelse til de kvinder og familier, som grundet fysiske, psykiske eller sociale forhold ikke kan deltage i et gruppetilbud.

I Region Syddanmark tilbydes fødsels- og forældreforberedelse på forskellige måder. Det kan være som undervisning på mindre hold med 10-12 par og med fysisk fremmøde, virtuelt i form af webinar og film, og som åbent hus, hvor der er mulighed for at se fødeafsnittet. Ud over jordemødre og sundhedsplejersker inddrages andre faggrupper, for eksempel tolke, socialrådgivere og lignende.

Hvordan det samlede fødsels- og forældreforberedelsestilbud organiseres, herunder blandt andet størrelser på holdet, antal timers forberedelse der tilbydes osv., er afhængig af det pågældende sygehus, dets geografiske optageområde og dets familiers behov. For en uddybning af de enkelte fødesteders tilbud henvises til deres hjemmesider.

Konsultation ved fødselslæge

For nogle familier vil der enten fra graviditetens start eller undervejs i graviditeten være risikofaktorer og/eller komplikationer. Det kan eksempelvis dreje sig om allerede kendte sygdomme eller lidelser ved moderen, at der ventes mere end ét barn, at kvinden udvikler graviditetsbetinget sukkersyge eller svangerskabsforgiftning, eller at der er mistanke om, at barnet ikke trives eller er sygt. Det kan også dreje sig om et tidligere kompliceret fødselsforløb, og/eller at kvinden har fødselsangst. I disse situationer tilbydes familien en individualiseret konsultation med en fødselslæge med henblik på udredning, diagnosticering og planlægning af det videre forløb. For nogle familier tilbydes en enkelt konsultation, mens det for andre familier er regelmæssige konsultationer gennem hele graviditeten.

UDKAST

Familieambulatorie og familieambulatorie plus

Alle fødesteder i Region Syddanmark tilrettelægger en særlig indsats til sårbare familier med fysiske, psykiske og/eller sociale udfordringer, hvor der er en særlig bekymring for barnets udvikling og trivsel. Fokus er i særdeleshed på familier svarende til niveauinddeling 3 og 4. Disse familier har helt særligt behov for tværsektoriel og tværfaglig støtte og omsorg, samt at de tilbudte ydelser er målrettet familiens individuelle behov. En tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats understøtter, at barnet fødes med bedst mulig helbredstilstand samt muligheder og vilkår i livet, og dermed at ulighed i sundhed mindskes.

Forudsætningen for en tidlig indsats er, at familier med særlige behov identificeres hurtigst muligt. Familien kan henvises til familieambulatoriet eller familieambulatorie plus i starten af graviditeten af egen læge samt af jordemoder, sonograf eller fødselslæge undervejs i graviditeten.

Familieambulatoriet er målrettet kvinder og familier med svære fysiske, psykiske og/eller sociale problemstillinger, som kræver et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen og sociale myndigheder.

Familieambulatorie plus er udover ovenstående målrettet kvinder med skizofreni, skizotypisk sindslidelse, mentalretardering eller hjerneskade. Hertil er det målrettet kvinder og familier, hvor der findes et forbrug af alkohol, rusmidler, medicin og/eller som er i substitutionsbehandling. Særligt for familier, som er tilknyttet familieambulatorie plus, er, at barnets fysiske og psykiske helbredstiltand og udvikling følges frem til skolealderen.

I familieambulatoriet og familieambulatorie plus findes sundheds- og socialfaglige professionelle med en særlig ekspertise i obstetriske, pædiatriske og psykosociale problemstillinger. Der er således speciallæger i obstetrik og pædiatri, jordemødre, socialrådgivere, psykologer og sygeplejersker. Hertil er der et tæt samarbejde med andre somatiske og/eller psykiatriske sygehusafdelinger, almen praktiserende læge, kommunen og øvrige institutioner såsom alkohol- og rusmiddelinstitutioner, kriminalforsorgen, dag- og døgntilbud med mere.

De involverede fagpersoner vil i samarbejde med familien definere en behandlingsplan, som omfatter indsatsen under graviditeten, under fødslen, umiddelbart efter fødslen og i barselsperioden. Planen justeres løbende, hvis forhold ændrer sig eller nye udfordringer opstår.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er yderligere beskrevet i de løbende opdaterede samarbejdsaftaler på området, som er at finde på regionens hjemmeside.

Fødsel

Fødslen af et barn er en af de største begivenheder, der opleves gennem livet. Den er skelsættende for forældrene og barnet, og den får livslang betydning af såvel somatisk, psykologisk og social karakter. Derfor er det også essentielt, at vi i Region Syddanmark fremadrettet formår at levere den bedst mulige fødselshjælp, samt en fødselshjælp, der i overensstemmelse med evidensbaseret viden, bedst klinisk praksis samt familiernes ønsker og behov. Som Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af fødeområdet (2020) beskriver, er formålet med vores indsats i forbindelse med fødslen at:

- sikre et trygt fødselsforløb, uanset hvor og hvordan fødslen finder sted

UDKAST

- sikre at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- minimere komplikationer under og efter fødslen
- bidrage til en god fødselsoplevelse.

Med baggrund i ovenstående beskrives i dette afsnit information om valg af fødested, fødsel i hjemmet samt fødsel på sygehus og de lægelig tilbud og ordninger relateret hertil.

Valg af fødested

I sundhedsloven lovfæstes, at alle kvinder har ret til vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution og til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Hertil kommer, at den gravide har ret til at bestemme, hvor hendes barn skal fødes. Det frie sygehusvalg medfører, at kvinden efter behov og ønske frit kan vælge mellem fødesteder i Region Syddanmark samt fødesteder på sygehuse i andre regioner. Et sygehus kan dog, af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage visitationer fra andre regioner. Hertil kan særlige forhold vedr. kvindens svangerskab betyde, at hun anbefales at føde på et sygehus med specialfunktion.

For at familien i samarbejde med de sundhedsprofessionelle kan træffe en fælles beslutnings om, hvor barnet skal fødes, er det afgørende, at familien modtager evidensbaseret, opdateret og fyldestgørende information om deres muligheder, samt fordele og ulemper herved. Dialogen skal tage udgangspunkt i kvindens anamnese, obstetriske risikofaktorer samt familiens ønsker og præferencer. Informationen gives mundtligt og skriftligt af de relevante sundhedsprofessionelle, såsom almen praktiserende læge og jordemoder, samt fødselslæge ved behov. Hertil skal informationen være elektronisk tilgængeligt på regionens og fødestedernes hjemmesider. Ved fødsel på hospital, klinik eller i hjemmet med begrænset muligheder for intervention ved uventet komplikationer skal det eksplicit fremgå af informationsmaterialet.

Fødsel i hjemmet

Den gravide har ifølge sundhedsloven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Det er den almen praktiserende læges og jordemoderens opgave at informere om og understøtte muligheden for at føde i hjemmet.

I dag er praksis, at en familie som ønsker at føde hjemme visiteres til en Kendt Jordemoderordning som varetager hjemmefødsler. Alle regionens sygehuse har en sådan ordning, og det er mulighed for at føde hjemme med en kendt jordemoder uanset hvor i regionen familien er bosat. Visitationen kan ske allerede i starten graviditeten gennem egen læge eller senere i graviditeten gennem konsultationsjordemoderen afhængig af, hvornår ønsket opstår. Jordemødrene i den kendt jordemoderordning følger familien gennem graviditeten, under fødslen og i de første dage efter fødslen. Udover vanlige jordemoderkonsultationer tilbydes familien i tredje trimester et hjemmebesøg af en jordemoder fra ordningen. Dette sker med henblik på forberede familien og hjemmet til den forestående fødsel.

Hvis der findes en kendt øget risiko for kvinden og/eller barnet ved hjemmefødsel, skal denne forelægges kvinden og familien. Hvis kvinden ønsker at føde hjemme trods kendte risici, der taler i mod en hjemmefødsel, tilbydes en samtale ved en fødselslæge. Hvis kvinden fortsat ønsker at føde hjemme, har kvinden ret til jordemoderassistance i hjemmet, og jordemoderen kan ikke afvise at deltage ved

UDKAST

hjemmefødslen. Såfremt en familie ønsker at føde hjemme trods kendt risici tilstræbes det, at to jordemødre deltager ved hjemmefødslen. Dette for at kunne optimere håndteringen af evt. alvorlige komplikationer ved mor og/eller barn.

Ved behov for overflytning til et fødested under fødslen, fx på grund af behov for medicinsk smertelindring eller ved mistanke om komplikationer for kvinden eller barnet, varetager den præhospitale enhed transporten til det nærmeste sygehus. Jordemoderen følger med på sygehuset. Hvis kvinden ikke ønsker at blive overført til et sygehus trods anbefaling herom, kan det ikke ske mod hendes vilje, og jordemoderen bliver ved kvinden i hjemmet.

Fødsel på sygehus

Fødestederne i Region Syddanmark er placeret på Odense Universitetshospital i hhv. Odense og Svendborg, på Sygehus Lillebælt i Kolding, på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa, samt på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg. Derudover er der på Ærø en hjemmefødselsklinik, der er bemandet af jordemødre.

Nedenstående skema skitserer regionens fødetilbud fordelt på sygehuse og deres tilhørende lægefaglige tilbud.

	Fødselstal 2020*	Tilstedeværelse af fødselslæge	Tilstedeværelse af narkoselæge	Tilstedeværelse af børnelæge	Neonatal-afdeling (børneafdeling)
Odense Universitets-hospital, Odense	3.820	Ja	Ja	Ja**	Ja
Odense Universitets-hospital, Svendborg	704	Ja	Ja	Nej	Nej
Odense Universitets-hospital, Ærø	2***	Nej	Nej	Nej	Nej
Sygehus Lillebælt, Kolding	3.340	Ja	Ja	Ja	Ja
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	1.828	Ja	Ja	Ja	Ja
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	1.658	Ja	Ja	Ja	Ja

*Fødselstallet er inkl. hjemmefødsler – i forhold til Fyn er alle hjemmefødsler placeret i OUH/ Odense tallet.
**På grund af højtspecialiseret funktion i neonatologi er der ligeledes tilstedeværelse af neonatologisk speciallæge

UDKAST

***Fødselstallet på Ærø er jf. cosmic 2 i 2021. OUH oplyser dog, at det reelle tal er højere idet flere fødsler på Ærø kodes som hjemmefødsler og indgår dermed i OUH/ Odense tallet.

Vedvarende tilstedeværelse under fødselsforløbet

Det er veldokumenteret, at vedvarende tilstedeværelse af en jordemoder eller anden ligeværdig fagperson under fødslen har en række positive målbare effekter på fødselsforløbet. Det reducerer varigheden af fødslen, nedsætter antallet af indgreb og øger sandsynligheden for, at fødslen forløber spontant og vaginalt, samt øger forældrenes tilfredshed med fødselsforløbet. Derfor bør der, uanset hvor og hvordan kvinden ønsker at føde, være mulighed for én til én jordemoderomsorg, observation og behandling under fødselsforløbet.

Barsel

Barselsperioden er en ganske særlig livsperiode for hele familien. Det er en overgangsfase med store fysiske, psykiske og sociale forandringer for barn og forældre samt den resterende familie. Som Sundhedsstyrelsens udkast til Anbefalinger for svangreomsorgen (februar 2021) beskriver, er formålet med Region Syddanmarks indsats i forbindelse med barselsperioden at understøtte:

- barnets trivsel og sundhed
- mors fysiske restitution
- forældrenes psykiske velbefindende og familiedannelsen.

Visitation til barselsophold

I Region Syddanmark er praksis, at kvinden og det nyfødte barn som udgangspunkt udskrives fra sygehuset inden 24 timer efter fødslen. Denne praksis gør sig gældende, når fødslen er forløbet normalt, og både mor og barn er sunde og raske, samt familien er trygge ved at komme hjem. Hvis der er behov for indlæggelse, visiteres familien til indlæggelse på barselsafsnit og/eller neonatalafdeling. Visitationen foretages af jordemoderen, fødselslægen eller børnelægen på fødestuen i dialog med familien. Der tages udgangspunkt i familiens aktuelle forløb og fysiske, psykologiske og sociale forhold samt familiens ønsker og behov.

Når graviditet og fødsel forløber ukompliceret, og mor og barn er raske og velbefindende, kan hjemmet med fordel danne rammen for barselsopholdet. Tidlig udskrivelse er allerede en veletableret praksis i Region Syddanmark og en praksis, som familierne gennem tilfredshedsundersøgelser udtrykker tilfredshed med. Fødestederne har fokus på at understøtte tidlig udskrivelse til hjemmet såvel ved førstegangsfødende som flergangsfødende. Familierne er under deres forløb i svangerskabet, bl.a. gennem jordemoderkonsultationer og forældre- og fødselsforberedelse, blevet rustet til tidlig udskrivelse.

Hvis det nyfødte barn, kvinden og/eller familien har særlige behov af fysisk, psykisk eller social karakter som kræver en sundhedsfaglig indsats, danner sygehuset rammen for barselsopholdet. Hvilket afsnit familien overflyttes til, og hvor længe indlæggelsen varer, er individuelt og afhængig af det pågældende forløb. Der bør gennem hele barselsopholdet sikres, at familien i videst mulige omfang kan forblive sammen. Som udgangspunkt er barselsopholdet placeret på det sygehus, hvor fødslen har fundet sted. Hvis

UDKAST

der er behov for overflytning af kvinden eller barnet til andet sygehus, overflyttes hele familien. Når det vurderes fagligt acceptabelt, og familien er tryg, kan der ske udskrivelse til hjemmet.

Uanset hvornår familien udskrives fra sygehuset, sikres det, at familien er tryg og velforberedt samt besidder relevant viden og handlekompetence til at reagere ved udfordringer i hjemmet. Forældrene får tider til virtuelle og/eller fysiske konsultationer i barselsklinikken på henholdsvis 1. og/eller 2.-3. døgn efter fødslen. Ligeledes sikres det, at familien på alle tider af døgnet har adgang til rådgivning og støtte, hvis der skulle opstå behov for det. I de første 7 døgn efter udskrivelse sker dette gennem kontakt til sygehuset og derefter gennem egen læge, lægevagten og sundhedsplejerske.

Kontakter i den tidlige barselsperiode

I den første tid efter fødslen støttes familien af sundhedsprofessionelle fra sygehuset, kommunen og almen praksis.

Nedenstående skema viser de ydelser, der tilbydes i barselsforløbet. For en uddybning af det anbefalede indhold i de enkelte ydelser henvises til de bagvedliggende dokumenter fra Sundhedsstyrelsen, herunder Anbefalinger for svangreomsorgen (februar 2021).

Skema 4

Tid	**Sundheds-professionel**	**Specifikt indhold**	**Førstegangsfødende**	**Flergangsfødende**
1. dagen efter fødslen	Jordemoder	Besøg i hjemmet efter en hjemmefødsel	X	X
		Besøg i hjemmet ved tidlig udskrivelse	X	
		Virtuel kontakt ved tidlig udskrivelse		X
2.-3. dagen efter fødslen	Jordemoder	Konsultation i barselsklinik på sygehus	X som har født på sygehus	X som er udskrevet >24 timer efter fødslen
		Besøg i hjemmet	X som har født hjemme	X som er udskrevet <24 timer efter fødslen eller har født hjemme
4-5 dage efter fødslen	Sundhedsplejerske		X	X
12 dage	Sundhedsplejerske		X	X

UDKAST

efter fødslen				
5 uger efter fødslen	Almen praktiserende læge	Undersøgelse af barn	X	X
8 uger efter fødslen	Almen praktiserende læge	Undersøgelse af mor	X	X

Kontakter på sygehuset

Fødestederne har ansvaret for den barslende kvinde og det nyfødte barn, indtil familien har haft personlig kontakt med sundhedsplejersken. Alle sygehuse har en etableret barselsklinik i tæt geografisk tilknytning til den obstetriske afdeling. Barselsklinikkerne er døgnbemandede med sundhedsfagligt personale, som er sygeplejersker og jordemødre, og har mulighed for at tilkalde relevante speciallæger såsom fødselslæge og børnelæge. På barselsklinikken tilbydes dels planlagte virtuelle og ambulante konsultationer til familien i de første døgn efter fødslen og dels telefonisk rådgivning og akutte konsultationer til familien på baggrund af deres individuelle behov.

I de første 7 dage efter udskrivelse kan familien døgnet rundt henvende sig telefonisk til barselsklinikken med henblik på rådgivning og støtte. Hvis der gennem denne virtuelle kontakt vurderes behov for fysisk fremmøde, inviteres familien på sygehuset til videre observation og evt. behandling.

Barselsklinikken varetager også en konsultation ved en jordemoder på 2.-3. dagen efter fødslen. Formålet med denne ydelse er at samle en screening og opfølgning på barnets, moderens og hele familiens fysiske og psykiske trivsel i en konsultation. Hermed gives mest mulig ro i den første vigtige tid sammen som familie. Forældrene tilbydes en hørescreening og en hælblodprøve (PKU) på barnet. Moderen tilbydes en vurdering af eventuel bristning og dennes heling. Der tilbydes en efterfødselssamtale, hvor parret har mulighed for at gennemgå deres fødselsforløb. Dette gøres bl.a. for at opspore de forældre, som har oplevet forløbet som traumatisk og har behov for yderligere opfølgning og bearbejdning. Der tilbydes efter behov en uddybende efterfødselssamtale ved den jordemoder, der har fulgt dem gennem graviditeten, den jordemoder og/eller læge, som var til stede under fødslen, eller en anden relevant sundhedsperson. Såfremt egen læge eller sundhedsplejerske oplever en familie med behov for en uddybende efterfødselssamtale, tages der kontakt til barselsklinikken, som vil koordinere det videre forløb.

Kontakter med sundhedsplejersken

Den kommunale sundhedsplejes opgaver i forbindelse med tilbud til nye familie fremgår af Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, samt Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge” (2011). Desuden er samarbejdet og ansvarsfordelingen mellem Region Syddanmark og kommunerne vedrørende varetagelsen af svangreomsorgen udmøntet via sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler.

UDKAST

Efter fødslen varetager fødestedet en anmeldelse af fødslen til sundhedsplejen i den kommune, hvor familien er bosat. Hvis kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejen, orienteres den praktiserende læge herom.

I den tidlige barselsperiode tilbyder sundhedsplejen at besøge familien i hjemmet:

- Ved hjemmefødsel og udskrivelse indenfor 72 timer efter fødslen tilbydes et hjemmebesøg på 4.-5. dagen.
- Ved indlæggelse mere en 72 timer efter fødslen tilbydes et hjemmebesøg senest 7 dage efter udskrivelsen.

Kontakter med egen læge

I den tidlige barselsperiode tilbyder den praktiserende læge 2 konsultationer hhv. 5 og 8 uger efter fødslen. Det nyfødte barn tilbydes en børneundersøgelse 5 uger efter fødslen. Undersøgelsen har fokus på barnets fysiske trivsel, samt familiedannelsen og familiens trivsel generelt. Moderen tilbydes en undersøgelse 8 uger efter fødslen. Denne undersøgelse har fokus på kvindens fysiske og psykiske restitution efter fødslen, sociale forhold og familiedannelsen samt en drøftelse af prævention og forhold af betydning for en eventuel næste graviditet.

Samtale efter et traumatisk forløb

De fleste familier gennemlever et godt graviditets-, fødsels- og barselsforløb, men for nogle familier opleves forløbet traumatisk. Dette kan være traumatisk på grund af obstetriske problemstillinger, som for eksempel akut kejsersnit, blødning eller et barn med behov for ekstra hjælp efter fødslen. Det kan også dreje sig om forløb, hvor der obstetrisk set ikke har været problemer, men hvor forældrene har oplevet forløbet langvarigt, smertefuldt eller uhensigtsmæssigt af andre årsager.

Når forløbet har været obstetrisk traumatisk, eller når forældrene har oplevet forløbet traumatisk, tilbydes forældrene en uddybende efterfødselssamtale. Formålet med denne udvidede efterfødselssamtale er at hjælpe forældrene med at bearbejde deres graviditets, fødsels- og barselsforløb og ruste dem til et kommende svangerskab og/eller fødsel.

Før familien forlader sygehuset, samt i barselsklinikken på 2.-3. dagen, skal der afklares, om forældrene har behov for en yderligere samtale og i så fald sikres det, at denne arrangeres. For nogle familier opstår behovet først efter noget tid. I disse tilfælde kan forældrene selv, egen læge eller sundhedsplejersken med forældrenes tilladelse rette henvendelse til fødestedet med henblik på at arrangere en uddybende efterfødselssamtale.

Tidspunktet for den uddybende efterfødselssamtale, og hvilke sundhedsprofessionelle den afholdes med, er afhængig af det aktuelle forløb og forældrenes ønsker og behov.

UDKAST

Familier med et sygt og/eller for tidligt født barn

Et nyfødt barn, som er sygt og/eller født for tidligt, har brug for ekstra observation og behandling, i forhold til hvad der vanligt kan gives på et barselsafsnit. I disse tilfælde indlægges barnet på en neonatalafdeling. I Region Syddanmark findes 4 neonatalafdelinger. De er placeret på Odense Universitetshospital (Odense), Sygehus Lillebælt (Kolding), Sygehus Sønderjylland (Aabenraa) og Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg).

Alle fire neonatalafdelinger i regionen varetager observation, pleje og behandling af syge nyfødte samt moderat for tidligt fødte børn, det vil sige børn født fra gestationsuge 28+0. Odense Universitetshospital varetager endvidere observation, pleje og behandling af de meget syge nyfødte og de ekstremt for tidligt fødte børn, det vil sige børn født før gestationsuge 28+0.

Barnet bliver i første omgang indlagt på neonatalafdelingen på det sygehus, hvor barnet er født. Dog kan der være behov for at overflytte den gravide kvinde allerede før fødslen eller overflytte det meget syge nyfødte barn efter fødslen til et sygehus i regionen med specialfunktion. Hvis barnet overflyttes, følger familien med, enten samtidig eller hurtigst muligt derefter. Ved lange indlæggelser vil en så stor del af indlæggelsen som muligt finde sted på den neonatalafdeling, der er nærmest hjemmet.

Særligt vedrørende Svendborg Sygehus

Da Svendborg Sygehus ikke har en neonatalafdeling, er der etableret et tæt samarbejde (telefon og video) mellem neonatalafdelingen i Odense og fødeafdelingen i Svendborg. I de tilfælde, hvor der fødes et behandlingskrævende barn på Svendborg Sygehus, varetages den primære behandling af fødselslæge og narkoselæge. Om nødvendigt overflyttes barnet til neonatalafdeling på Odense Universitetshospital (Odense). Med henblik på at minimere risikoen for at der fødes et sygt eller svagt barn i Svendborg, er det kun gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel, der tilbydes visitering til fødeafdelingen på Svendborg Sygehus.

Den neonatale transportordning

I Region Syddanmark eksisterer en særlig neonatal transportordning, også kaldet henteholdet. Denne ordning varetager transport af nyfødte børn mellem sygehusene. Transporten foregår i en særligt udstyret babyambulance og med et hentehold med relevante sundhedsprofessionelle.

Det kan dreje sig om transport af det syge nyfødte barn, som kræver behandling på et højt specialiseret niveau i regionen på eksempelvis Odense Universitetshospital, eller et højt specialiseret niveau uden for regionen såsom Århus Universitetshospital eller Rigshospitalet. Det kan ligeledes dreje sig om transport af det nyfødte barn, som har være indlagt på en højt specialiseret afdeling, men som på grund en bedring kan transporteres til en neonatalafdeling tættere på familiens bopæl.

Babyambulancen er stationeret på ambulancestationen ved Odense Universitetshospital og kan rekvireres gennem neonatalvagten på Odense Universitetshospital. Derudover findes på alle ambulancestationer i nærhed af et akutsygehus en XL-ambulance, hvori en kuvøse kan fastspændes.

Tidligt hjemmeophold til nyfødte

At blive forældre til et sygt og/eller for tidligt født barn er forbundet med ekstra udfordringer og bekymringer og dermed også ekstra behov for støtte og omsorg. For nogle familier er indlæggelsen af

UDKAST

kortere varighed og af mindre betydning, men for andre familier er indlæggelsen af ugers og måske måneders varighed og medfører store konsekvenser for familiens fysiske og psykiske velbefindende.

Netop ved de lange indlæggelser er der allerede nu gode erfaringer med at tilbyde familien et tidligt hjemmeophold. Ved tidligt hjemmeophold udskrives barnet og familien til hjemmet, men med hyppige virtuelle og fysiske konsultationer med de sundhedsprofessionelle fra neonatalafdelingen.

Forældrene oplæres i pleje, observation og evt. behandling af barnet, og de får udleveret det materiale, som er fagligt nødvendigt for at kunne være i hjemmet. Det er et tilbud, der for nogle familier vil styrke familiedannelsen, da forældrene selv varetager plejen af det nyfødte barn og samtidig har muligheden for at være sammen i eget hjem og sammen med eventuelle søskende.

Alle neonatalafdelinger i Region Syddanmark tilbyder tidligt hjemmeophold til de familier, hvor det vurderes fagligt forsvarligt og værdifuldt for familien.

Forældre, der mister et barn

Forældre, der mister et barn under graviditeten, under fødslen eller i barselsperioden, har et særligt behov for omsorg. Forældrene og resten af familien ser ind i en svær periode, hvor tabet skal bearbejdes. Mennesker vil opleve sorg forskelligt og har forskellige behov afhængig af deres aktuelle forløb og livssituation. Derfor er det også afgørende, at forløbet tilrettelægges, så det imødekommer familiens situation. Dette arbejde sker på tværs af sundhedsprofessionelle og sektorer. Det er vigtigt, at sektorerne samarbejder om at støtte familien, samt at familien mødes og støttes af sundhedsprofessionelle, som har kompetencer vedrørende sorg og sorgprocesser. De involverede sundhedsprofessionelle vil give omsorg og vejledning af såvel fysisk, psykisk, social og praktisk karakter.

Efter tabet af et barn skal egen læge orienteres hurtigt muligt. Denne fungerer som en vedvarende sundhedsprofessionel og vil foruden den planlagte konsultation 8 uger efter fødslen følge familien fremadrettet og under en eventuel næste graviditet. Familien tilbydes en efterfødselssamtale på sygehuset ved jordemoderen og/eller fødselslægen. Denne tværfaglige samtale har til formål at hjælpe forældrene til at bearbejde forløbet, drøfte fund fra eventuelle diagnostiske undersøgelser, såsom fx obduktion, samt planlægge eventuelle særlig tiltag forud for eller ved en næste graviditet. Ved behov tilbydes flere samtaler og/eller der henvises til andre sundhedsprofessionelle. Derudover kommer, at alle kommuner tilbyder mindste ét hjemmebesøg af sundhedsplejersken. I en næste graviditet vil der afhængig af familiens situation og behov tilbydes ekstra ydelser. Det kan være i form af udvidet prænatal diagnostik, ekstra ultralydsscanninger, jordemoderundersøgelser og lignende. De ekstra tilbud har til formål at risikoopspore og øge trygheden for forældrene.

Foruden den støtte, der gives af egen læge, jordemoderen, fødselslægen, sygeplejersken og sundhedsplejersken, findes der i Region Syddanmark et veletableret tilbud til forældre, der mister et barn fra graviditetsuge 14 og til fødslen, under fødslen eller i de første 3 måneder efter fødslen. Med denne ydelse tilbydes forældrene at deltage i sorggrupper og individuelle sorgsamtaler. Sorggrupperne og de individuelle samtaler ledes af jordemødre og sygeplejersker med en videreuddannelse som psykoterapeuter. Af fødestedet, egen læge og/eller sundhedsplejerske orienteres sorggruppelederne om forældrenes tab og kontakter herefter forældrene med henblik på at tilbyde dem et forløb. I sorggrupperne mødes forældrene i en fast gruppe med sorggruppelederne og andre forældre, der også har mistet et barn.

UDKAST

Det giver forældrene en mulighed for at spejle sig i hinanden, støtte hinanden og ikke føle sig alene i sorgen. Hertil tilbydes individuelle samtaler mellem sorggruppelederen og begge forældre, hvor særlige forhold kan drøftes yderligere.

4. Implementeringsplan

5. Budgetplan

Referencer

Danske Regioner, Godt fra start – Fremtidens omsorg for nye familier, 2018

Region Syddanmark, Fødeplan i Region Syddanmark, 2011/2014

Region Syddanmark, Sundhedsplan for Region Syddanmark 2017-2021

Region Syddanmark, Sundhedsaftalen 2019-2023, 2019

Region Syddanmark, Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet, 2019

Region Syddanmark, Aftale om sårbare gravide, 2017

Region Syddanmark, Samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS, 2018

Region Syddanmark, Ammepolitikken, 2012

Region Syddanmark, Samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område, 2010

Region Syddanmark, Region Syddanmark Digitaliseringsstrategi, 2019-2021

Region Syddanmark, Region Syddanmarks politik for frivillighed og medborgerskab, 2019

Sundhedsstyrelsen, Høringsudkast Anbefalinger for svangreomsorgen, 2021

Sundhedsstyrelsen, Høringsudkast Anbefalinger til organisering af fødeområdet, 2020

Sundhedsstyrelsen, Retningslinjer for fosterdiagnostik, 2017/2020

Sundhedsstyrelsen, Amning – en håndbog for sundhedspersonale, 2021

Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for Gynækologi og Obstetrik, Sundhedsstyrelsen, 2019

Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for Pædiatri, Sundhedsstyrelsen, 2019

UDKAST

UDKAST

Sundhedsplanlægning
Kontakt: Kirsten Frost Lorenzen
kfl@rsyd.dk
Direkte tlf. 2159 8152

24. august 2021

Høring af Region Syddanmarks nye Fødeplan
- Høringsfrist den 22. oktober 2021

Region Syddanmark har udarbejdet udkast til en ny fødeplan, som nu sendes i høring.

I Region Syddanmarks budgetaftale for 2020 fremgår det, at der skal udarbejdes en ny fødeplan som skal erstatte den nuværende fødeplan fra 2010. Det fremgår, at fødeplanen skal udarbejdes på baggrund af nye retningslinjer for svangreomsorgen fra Sundhedsstyrelsen samt Danske Regioners strategipapir "Godt fra start". Ligeledes skal der være en beskrivelse af den demografiske udvikling samt forslag til indretning af fødestuer.

Der skal her gøres opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen endnu ikke har udarbejdet de endelige anbefalinger for svangreomsorgen. Såfremt de endelige anbefalinger har konsekvenser for Region Syddanmarks nye fødeplan samt implementeringsplanen, vil disse blive indarbejdet efterfølgende og fremlægges til godkendelse i regionsrådet.

Svangreområdet er generelt velfungerende i Region Syddanmark. Den nye fødeplan skal derfor i stor udstrækning ses som en konsolidering og videreudvikling af hidtidige indsatser, samarbejdsprocesser og organiseringer.

Fødeplanen er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af chefjordemødre, ledende obstetrikere og professor inden for obstetrikken. Ad hoc har kommunale sundhedsplejersker og repræsentant fra almen praksis deltaget i arbejdsgruppemøderne. Udkast til ny fødeplan er løbende blevet drøftet i regionens Fødeplansudvalg. Derudover har sundhedsudvalget kontinuerligt fået fremlagt udkast til drøftelse, ligesom der har været en temadrøftelse om den nye fødeplan i regionsrådet. På administrativt niveau har udkast til fødeplan været drøftet i regi af Følgegruppen for Forebyggelse, SydKIP, Koncernledelsesforum og Det Administrative Samarbejdsforum.

Udkast til Region Syddanmarks nye fødeplan indeholder en overordnet vision om, at

"Region Syddanmarks leverer en svangreomsorg, som bidrager til sunde mødre og raske børn, samt styrker familierne til en god start på livet. "

Med afsæt i ovenstående vision og på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og Danske Regioners udspil "Godt fra Start", er der identificeret syv indsatsområder, som det foreslås, at Region Syddanmark skal have særlig opmærksomhed på i de kommende år. Indsatsområderne er:

- Medinddragelse og samarbejde med familien
- Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv
- Lighed i sundhed
- Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger
- Monitorering, udvikling og forskning
- Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering
- Kapacitet og organisering

Indsatsområderne er overordnede og gældende på tværs af almen praksis, kommuner og regionen. Til hvert indsatsområde er beskrevet en række anbefalinger, som skal realiseres i løbet af planperioden i et samspil mellem fagpersoner og ledelsesniveauet på sygehusene. Indsatsområderne og anbefalingerne dertil kan læses i vedlagte udkast til ny fødeplan.

Udover at beskrive indsatsområder for den kommende planperiode beskriver fødeplanen også de lovgivningsmæssige forhold inden for svangreomsorgen samt de tilbud der er i svangreomsorgen i regi af almen praksis, kommunerne og sygehusene.

På regionsrådsmødet den 23. august besluttede regionrådet at sende udkast til ny fødeplan i bred offentlig høring. Høringsperioden er 24. august – 22. oktober 2021.

Vi håber der er mange der vil afgive høringssvar til regionsrådets forslag til en ny fødeplan. Høringssvarerne vil indgå i vores arbejde med den endelige udgave af fødeplanen.

Høringsmaterialet vedrørende fødeplanen er tilgængeligt på Region Syddanmarks høringsportal https://rsyd.dk/wm532607, så øvrige interesserede organisationer, borgere mv. også har mulighed for at afgive et høringssvar.

Høringssvar skal afgives på Region Syddanmarks høringsportal: https://rsyd.dk/wm532608

Høringsfristen er fredag den 22. oktober 2021.

Venlig hilsen

Stephanie Lose
Regionsrådsformand

Poul- Erik Svendsen
Formand for Sundhedsudvalget

Høringsliste Region Syddanmarks nye fødeplan

Fødeplanen berører mange snitflader og dermed mange interessenter på sundhedsområdet. Med henblik på at nå bredt ud sendes udkast til fødeplan i høring blandt nedenstående parter. Det bemærkes, at Danske Patienter som paraplyorganisation er valgt som høringspart på vegne af patienterne. Der modtages dog gerne uopfordrede bidrag, herunder direkte fra patientforeninger.

Råd/ udvalg
Sundhedskoordinationsudvalget
Patientinddragelsesudvalget
Sundhedsbrugerrådet
Psykiatrisk Dialogforum
Udsatterådet
Hovedudvalget
Sygehus Sønderjyllands FMU
Sygehus Lillebælts FMU
Sydvestjysk Sygehus' FMU
OUH's FMU
Psykiatriens FMU
Socialområdets FMU
Regionshusets FMU
Det Jordemoderfaglige råd
Specialerådet for gynækologi og obstetrisk
Det pædiatriske specialeråd
Foreninger
Danske Patienter
Forældre og fødsel
Mødrehjælpen
Fonden for Socialt Ansvar
Landsforeningen Spædbarnsdød
Røde Kors
Sex og Samfund
Faglige organisationer
Jordemoderforeningen
Dansk Jordemoderfagligt selskab
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)
Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS)
Lægeforeningen Syddanmark
Foreningen af Offentligt Ansatte (FOA)
Dansk Sygeplejeråd
Dansk Sygepleje Selskab
Danske Fysioterapeuter
Ergoterapeutforeningen
Fagligt Fællesforbund (3F)
Dansk Psykolog Forening
HK
Akademikernes Centralorganisation
Myndigheder mm.

Sundhedsstyrelsen (faglig rådgivning)
Region Nordjylland
Region Midtjylland
Region Sjælland
Region Hovedstaden
Assens kommune
Billund Kommune
Esbjerg Kommune
Fanø Kommune
Faaborg-Midtfyn Kommune
Fredericia Kommune
Haderslev Kommune
Kerteminde Kommune
Kolding Kommune
Langeland Kommune
Middelfart Kommune
Nordfyns Kommune
Nyborg Kommune
Odense Kommune
Svendborg Kommune
Sønderborg Kommune
Tønder Kommune
Varde Kommune
Vejen Kommune
Vejle Kommune
Ærø Kommune
Aabenraa Kommune

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark

Tidsplan for fælleskommunalt høringssvar på Region Syddanmarks Fødeplan

Region Syddanmark har udarbejdet udkast til en ny fødeplan, som sendes i høring. Der indsendes et fælleskommunalt høringssvar på Region Syddanmarks Fødeplan – Høringsfristen er den 22. oktober 2021. Den enkelte kommune har mulighed for også selv at afgive et høringssvar.

Dato	**Hændelse**	**Frist for tilbagemelding til sekretariatet (mima@haderslev.dk)**
13/9-21	Første udkast til høringssvar sendes til kommentering i kommunerne	27/9-21 kl. 12:00
4/10-21	Andet udkast til høringssvar sendes til orientering i kommunerne. Er der afsluttende bemærkninger til høringssvaret, kan disse afgives.	11/10-21 kl. 12:00
Høringssvaret indsendes til Region Syddanmark senest den 22. oktober 2021.		

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark

Den 20.08.2021

Til Region Syddanmark

Fælleskommunalt høringssvar til Region Syddanmarks Akutplan

De syddanske kommuner takker for det fremsendte høringsudkast til Region Syddanmarks Akutplan. Kommunerne hilser som udgangspunkt planen, og dennes intentioner, velkommen. Akutplanen fremstår gennemarbejdet, overskuelig, velbeskrevet og ambitiøs. De syddanske kommuner ville dog gerne have haft muligheden for at have større indflydelse på Akutplanen, endnu tidligere.

Kommunerne anerkender det gennemgående fokus på at skabe et endnu mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark, samt opmærksomheden på et tæt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet. Der er fra kommunernes side et ønske om at implementeringen af Akutplanen samtænkes med den kommende sundhedsreform med de 21 sundhedsklynger omkring akuthospitalerne. Derudover anerkender kommunerne, at dele af planen mere er udtryk for intentioner om retning for det videre arbejde, end en egentlig plan. Akutplanen er dog meget ambitiøs. Der er beskrevet 32 indsatser, som er mange indsatser at skulle implementere inden for en kortere årrække. Det foreslås derfor, at indsatserne prioriteres og konkretiseres ud fra, hvad der er vigtigst at få implementeret i forhold til at kunne realisere de overordnede mål for Akutplanen.

Kommunerne anerkender ligeledes, at der arbejdes videre med at udvikle akutområdet i Region Syddanmark ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, for på denne måde at styrke samarbejdet på tværs af sektorer. Ligeledes anerkendes intentionen om at undgå akutte (gen)indlæggelser, jævnfør de fælles målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023.

Det undrer dog kommunerne, at der ikke indledningsvist henvises til Sundhedsaftalen, som ramme for de betydelige dele af Akutplanen, som går på tværs af sektorer. Derimod nævnes alene Region Syddanmarks egne pejlemærker for udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen samt Regionens Sundhedsvision som ramme for arbejdet i Akutplanen. Det er imidlertid besluttet i Det Administrative Kontaktforum, at implementeringen af initiativer på tværs af sektorer skal implementeres inden for rammerne af Sundhedsaftalen 2019-23 og det organisatoriske setup, der knytter sig hertil.

Kommunernes væsentligste bekymring ved Akutplanen er, at nogle af de opgaver, der lægges op til løftes i samarbejde med kommunerne, kan medføre behov for øgede kommunale økonomiske ressourcer. Det gælder f.eks. forslaget om samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer, ligesom der heller ikke kan anvises finansiering til udviklingsopgaverne. KL har i deres høringssvar til SST's anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade, påpeget at en række af anbefalingerne ligger udover de opgaver, som kommunerne i dag varetager efter relevante bestemmelser i sundhedsloven, og at efterlevelse af disse anbefalinger vil være markant udgiftsdrivende for kommunerne. Dette er et væsentligt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde. Derudover er det i KKR-Syddanmark besluttet at alle udgiftsdrivende opgaver, som overgår til kommunerne fra Regionen, kræver kommunal politisk godkendelse. Dette må derfor være udgangspunktet for evt. opgaveoverdragelse ifm. Akutplanen i Syddanmark. Det samme vil gøre sig gældende ved nye opgaver som ikke konkret overdrages.

De 22 syddanske kommuner er forskellige, både i geografisk størrelse, indbyggertal, økonomiske rammer og mulighed for at deltage i arbejdsgrupper, hvilket der skal tages hensyn til, i implementeringen af Akutplanen. Kommunerne finder det særdeles vigtigt at have fokus på

geografisk lighed ved at fastholde et grundlæggende princip om let og ensartet adgang til akutte sygehusydelser, uanset om der er et akutsygehus i kommunen eller ej. Endvidere finder kommunerne det relevant at der er fokus på konsistens og samarbejdsaftaler, der er gældende for alle sygehuse i regionen, så kommunerne kun skal forholde sig til én samarbejdsaftale, og ikke flere, afhængigt af sygehusenhed. Samarbejdsaftalerne kan med fordel formidles til alle regioner, og at det tilstræbes at der laves ens samarbejdsaftaler på tværs af regioner, da kommunerne modtager patienter fra hele landet, især fra specialsygehuse og universitetssygehuse.

Kommunerne kunne generelt godt tænke sig at have været inddraget tidligere i arbejdet med at skabe retningen for det fælles Akutområde. Kommunerne sætter pris på at være blevet involveret i såvel styregrupper som arbejdsgrupper, men generelt kunne man med fordel have gjort kommunerne til en endnu større del af beslutningen og udviklingen af det fælles akutområde tidligere. Dette ville have styrket ejerskabet, og udfoldet begrebet ”akut”, der kan opfattes forskelligt, afhængigt af, hvilken sektor, man befinder sig i.

I det videre arbejde med Akutplanen, skal man, i et ligeværdigt samarbejde imellem kommuner, regionen og almen praksis, udarbejde en plan for evt. konkrete indsatser for udmøntning af Akutplanen. Det er væsentligt at både by- og landkommuner er repræsenteret i arbejdet. Dette med hensyntagen til kommunernes forskelligheder og dermed mulighed for både en overordnet og en lokal prioritering. Det er væsentligt for kommunerne at alle relevante parter inddrages i det videre arbejde i medfør af Akutplanen, der går på tværs af sektorerne. Der bør som noget af det første ske en fælles prioritering af de tværsektorielle indsatser, så kommunerne enkeltvis har mulighed for at planlægge ift. økonomi og andre lokale udviklingsopgaver og prioriteringer. I Akutplanen indgår indsatser, som kun Region Syddanmark har det fulde ansvar for at implementere, samt indsatser som skal implementeres i et samarbejde mellem regionen og kommunerne. Kommunerne foreslår, at det tydeligt fremgår, hvilke indsatser der ønskes implementeret gennem et tværsektorielt samarbejde.

Generelle kommentarer

De syddanske kommuner har følgende kommentarer af generel karakter til Akutplanen:

- Kommunerne hilser intentionerne med etableringen af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelserne, velkommen. Det er væsentligt for kommunerne at medarbejderne, der ansættes, skaber en god forbindelse og et godt samarbejde til alle kommunerne i området og ikke kun til de store kommuner, som akutmodtagelserne er placeret i. Måske bør indsatsen primært gå på at få skabt relationerne mellem medarbejderne frem for at visitationsenhederne skal kende til alle de kommunale tilbud, da dette i praksis kan blive svært. Kommunerne har derudover som bekendt også visitationsretten.

- Ift. til forslaget om samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer i den videre udvikling, er det væsentligt at være opmærksom på, at for mindre kommuner og Ø-kommuner, som er placeret længere væk fra akutmodtagelserne, er det nødvendigvis ikke en fordel at samlokalisere visitationsenheder på tværs af sektorer, da dette vil flytte medarbejderne væk fra kommunen og de tilbud, som de skal have kendskab til. Derudover sender flere kommuner borgere til sygehuse i forskellige SOF-områder, og det vil være ressourcemæssigt uhensigtsmæssigt at skulle være en del af flere visitationsenheder. Digitale løsninger på dette punkt vil være en mulighed.

- Det er væsentligt for kommunerne, at de psykiatriske patienter også tænkes ind i udviklingen af det akutte område. Kommunerne bakker op om et tæt samarbejde med den psykiatriske akutmodtagelse. Der bør dog tages højde for at kommunernes indsatser ift. borgere med psykiske lidelser i dag i nogle kommuner ikke er en del af den kommunale sygepleje, men er placeret under socialpsykiatrien, hvor man primært arbejder inden for serviceloven. En evt. ændring af denne organisering vil medføre en omfattende og dyr omorganisering i kommunerne og vil i de fleste kommuner ikke være hensigtsmæssigt. I nogle kommuner varetager den kommunale sygepleje i dag også opgaver i relation til den psykiatriske patient. Men der er brug for et øget fokus på samarbejde mellem lokalpsykiatri, socialpsykiatri og hjemmepleje/sygepleje. Sygeplejen giver ofte medicin og rykker ud til dårlige psykiatriske patienter i ydertimerne, som fx weekend, aften og helligdage mm. Det er væsentligt at fokusere på a de rette kompetencer er til stede hos personalet som møder disse borgere ift. at tilbyde målgruppen den bedste hjælp og behandling. Derudover at der mellem kommuner og regionen etableres de rettet arbejdsgange i forbindelse med indlæggelse/udskrivning samt forebyggelse.

- Det er problematisk at der i planen lægges op til at afvente nationalt arbejde vedrørende fælles princip for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud. Der kunne godt allerede nu tages initiativer til f.eks. at undgå svingdørspatienter på de psykiatriske skadestuer, og at der uddannes fagligt kompetent personale til at tage hånd om psykoser med forbehold for nationale tilpasninger. Udfordringen lige nu er at kommunale sygeplejersker ofte står med opgaven og det er en meget ressourcekrævende opgave som med fordel kunne løses af Regionale udkørende teams.

- Kommunerne er enige i at der bør tages udgangspunkt i eksisterende fælles aftaler og indsatser, som f.eks. Sundhedsaftalen 2019-2023, ift. en fælles udvikling af akutområdet. På tilsvarende vis kan der være fordele i fremadrettet at samtænke Psykiatriplanen og Praksisplanen for almen praksis, med Akutplanen, så indsatser kører sideløbende og ikke forskudt af hinanden.

- Det bør i akutplanen beskrives yderligere, hvordan det påtænkes at evaluere og monitorere indsatserne i Akutplanen, så det kan sikres, at de ønskede effekter opnås. Fx kunne der under hvert indsatsområde angives indikatorer, som anvendes til evaluering og monitorering. Her bør der være en opmærksomhed på at anvende eksisterende data, så det ikke kræver ressourcer at udvikle nyt datagrundlag. Kommunerne ser også et behov for at evaluere det akutte forløb, i et samlet fagligt perspektiv og ud fra et borgerperspektiv. Det er vigtigt, at der ikke kun er fokus på kvantitet, som antal indsatser og aktiviteter, fremfor den borgerrettede helhedsorienteret indsats på tværs.

- Samarbejdet med almen praksis er vigtigt for kommunerne, og dette samarbejde, og den forventede udvikling heraf, kan med fordel udfoldes i Akutplanen. Det er væsentligt for kommunerne, at almen praksis rolle også indtænkes i flere af indsatserne i Akutplanen.

- Ift. etablering af fælles platforme og data, er det vigtigt med yderligere samarbejde og dialog med kommunerne om de nærmere rammer for dette, så det kan blive tydeligere for kommunerne, hvad dette medfører og indebærer ift. økonomi og ressourcer. Det er vigtigt, at der ikke udvikles for mange nye løsninger. Der er nationale initiativer i gang omkring datadeling med afsæt i FSIII og herunder sundhedslovsydelser i kommunerne. Det er derudover væsentligt først og fremmest at gøre brug af allerede eksisterende platforme, såsom Sundhed.dk, og at fokusere på at udbygge mulighederne her.

- Generelt er det positivt, at der flere steder i Akutplanen lægges op til brugen af digitale løsninger. Vi bør gøre brug af de positive erfaringer, som COVID-19 har medført vedr. brugen af videomøder. F.eks. bør de fælles visitationsenheder, hvor der er meget fokus på fælles fysisk placering, være udstyret med teknologisk udstyr, som understøtter virtuel kommunikation på tværs af sektorer. Ligesom fælles konferencer kan forgå online.

- I forbindelse med eventuel opgaveoverdragelse, er det væsentligt for kommunerne, at processen er inddragende og gennemsigtig, både i forhold til økonomi og forventede personaleressourcer. Opgaver, der overdrages og nye opgaver der ønskes oprettet, skal forinden vurderes vha. *modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse samt nye opgaver*. Inden opgaver kan overdrages eller oprettes, skal disse til politiskbeslutning i kommunen.

På vegne af de 22 syddanske kommuner.

Bilag 1:

Tekniske kommentarer

De syddanske kommuner har følgende tekniske bemærkninger til Akutplanen:

- **6.0-6.4 En styrket visitation:**
  - Det er vigtigt for kommunerne at de kommunale visitatorer inddrages i dialogen og samarbejdet, når en patient udskrives til et kommunalt tilbud, som det også beskrives i planen. For kommunerne er der en opmærksomhed på at en styrket visitation til et kommunalt tilbud, som alternativ til en indlæggelse, vil medføre et behov for en øget kapacitet f.eks. på kommunale akutpladser, hvor borgerens ophold også skal finansieres, og som der på nuværende tidspunkt ikke er ressourcer til at løfte.

  - I implementering af Akutplanen bør der være en opmærksomhed på ligestilling, når det drejer sig om transport. Transport til og fra kommunale pladser er egenbetaling for borgerne. Men når en borger skal transporteres til og fra sygehuset får borgeren i visse tilfælde betalt transporten. Implementering af Akutplanen vil givetvis medføre et øget pres på de kommunale pladser, hvilket medfører, at der flyttes flere transportudgifter over til borgerne.

  - Man bør i implementeringen af Akutplanen, i samarbejde med kommunerne, drøfte de overordnede rammer for samarbejdet, herunder tidsrammer for udskrivelse/overdragelse til kommunale tilbud. Opmærksomheden henledes på at kommunal visitation ikke er ens i de 22 kommuner i Region Syddanmark. Der bør i afsnittet tydeligere fokuseres på muligheder for virtuelle visitationsmøder/udskrivelseskonferencer som supplement til fysiske visitationsenheder.

  - Kommunerne er positive over for samarbejdet, som Akutplanen lægger op til ift. visitation, mellem de akutte visitationsenheder, kommunerne og almen praksis, men det bør tilpasses lokale behov.

  - Kommunerne bakker op om arbejdet med kvalitetsstandarder for serviceniveauet og løbende evaluering af organisering og opgavevaretagelse.

- **6.5 Bedre koordinering mellem somatisk og psykiatri:**
  - Kommunerne hilser muligheden for at kunne/skulle være repræsenteret i en fast samarbejdsstruktur mellem de fælles akutmodtagelser og de samarbejdende psykiatriske akutmodtagelser, der hvor det giver mening, velkommen. Det kan med fordel ske via fælles videomøder og lignende. Det er dog væsentligt, at man lokalt, i samarbejde mellem parterne, kan finde den struktur for samarbejdet, som giver bedst mening.

  - Især fra de kommuner som modtager borgere fra flere forskellige sygehuse er der et stort ønske om, at der findes en ensartet struktur for dette samarbejde, som kan bredes ud over hele regionen.

  - En konference som denne vil være relevant for flere kommunale faggrupper f.eks. fra Visitationen, Træningsafdelingen, Hjælpemidler og den kommunale psykiatri. Der bør

være fokus på hvordan der kan laves et set-up omkring disse konferencer, som ikke kræver at alle afdelinger i kommunerne er repræsenteret.

- De fynske kommuner bemærker at på psykiatriområdet er det kun i Odense, der er PAM. Det betyder, at de psykiatriske patienter fra de fynske kommuner skal benytte PAM i Odense. Hvis de efter at have været på PAM, skal indlægges, sker det i Svendborg. De fynske kommuner ønsker derfor, at der etableres PAM i Svendborg også således borgerne kun skal et sted hen frem for at blive sendt rundt på Fyn, når de er i en psykisk skrøbelig situation.

- **6.6 forbygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem:**
  - Afsnittet indledes med flere påstande, som bør underbygges med henvisninger til konkret dokumentation eller kildehenvisninger. F.eks.: *Især for ældre borgere er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme. En indlæggelse kan indebære store fysiske og psykiske funktionstab, som det tager lang tid at genvinde. Mange ældre og sårbare patienter er kun indlagt i kort tid, og i mange tilfælde ville et forholdsvis ukompliceret indlæggelsesforløb kunne have været undgået, hvis samarbejdet i det nære sundhedsvæsen var mere udbygget*.

  - Det bør fremhæves at indlæggelse kan være relevant, afhængigt af helbredstilstanden, ikke afhængigt af alder og forebyggelige indlæggelsesdiagnose.

  - Der kan med fordel inkluderes et afsnit vedr. konkretisering af lokalaftaler med alment praktiserende læger vedr. det lægelige behandlingsansvar og fokus på kompetenceudvikling til at løfte de nye opgaver som tiltag vedr. akut sundhedsfaglig kommunal indsats vil nødvendiggøre især også hvis paramediciner med assistance fra akutlæger kan iværksætte behandling i eget hjem/plejehjem, hvor det bliver kommunens akutfunktion/kommunale sygepleje som skal træde til og fuldføre iværksatte tiltag i samarbejde med almen praksis.

- **6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejder på tværs af sektorer:**
  - I forhold til initiativet ***katalog på tværs af sektorer*** er kommunerne interesseret i at høre, om kommuner og almen praksis også får adgang til dette, idet der står: …*opstilles en digital platform for regionen indeholdende..*, er der tvivl om, hvorvidt det kun er regionen, der får adgang til denne. Den kan med fordel deles med andre sektorer også. Dog er flere af disse oplysninger allerede tilgængelige på *Sundhed.dk*, så man kan med fordel gøre brug af denne eksisterende platform i arbejdet. Kommunerne er forpligtiget til løbende at opdatere *Sundhed.dk*, og det er en ulempe, hvis kommunerne forpligtiges til at holde endnu en platform opdateret. Derfor kan man med fordel bruge ressourcerne på at optimere *Sundhed.dk,* så denne bliver mere anvendelig for borgere, almen praksis, kommuner og Regionen.

  - I forhold til initiativet ***fælles viden om patienten*** er kommunerne positivt indstillet overfor dette. Det vil dog være op til den enkelte kommune at vurdere, om det er muligt at ændre i de værktøjer, som de anvender. Det vil være en fordel hvis kommunerne kan få "se adgang" til regionale data, da man således vil sikre mere tidstro datadeling. Det skal dog selvfølgelig være i overensstemmelse med gældende GDPR-lovgivning vedr. deling af patientdata.

- ***Konference mellem akutafdeling og kommunal akutteam/sygepleje*** er et initiativ, som kommunerne hilser velkommen. Der bør dog lokalt kunne tilrettelægges den bedste samarbejdsstruktur for dette, fx er det ikke sikkert, at det pr. automatik skal foregå dagligt, hvis ikke der er patienter, og af hensyn til de kommuner der modtager patienter fra flere akutafdelinger. Et tiltag kunne være at der laves et resume inkl. aftaler for den enkelte borger, som sendes direkte til kommunen. Det er dog væsentligt at kigge på, om kommuner, som ikke har et akutteam, kan/vil inddrages på en lignende måde. Man kan med fordel ændre SAMBO-aftalen og beskrive samarbejdet mellem kommune og FAM ved forløb under 48 timer.

- ***Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale*** er som udgangspunkt også et godt initiativ. Dog er det især her væsentligt at være opmærksom på, at dette for nogle kommuner kan kræve øgede økonomiske ressourcer, hvis kommunen i forvejen ikke løfter disse opgaver, og der derved flyttes opgaver, eller hvis kommunen ikke har kompetencer til at løfte opgaverne eller ikke har ressourcer nok ifm. med en mulig øgning i opgavemængder. Der skal ligeledes gøres opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen endnu ikke har afsluttet arbejdet med mulighederne for rammedelegation, hvilket er afgørende for arbejdet med rammedelegation i regi af Akutplanen.
    - På nuværende tidspunkt kan en læge give en rammedelegation til en enkelt borger. Der kan ikke gives en rammedelegation fra en læge og til den kommunale sygeplejerske på en opgave, som ikke er ordineret konkret på et cpr-nummer. Som det er nu, så har sygeplejerskerne heller ikke mulighed for at have medicin med rundt til borgerne, medicin skal være at finde i borgerens hjem. Hvis dette skal ændres, kræver det en national ændring i lovgivningen. I kommunerne ser vi dog muligheder for at området kan optimeres uden en lovgivning. Arbejdsgangene omkring rammedelegation kan blive endnu tydeligere, end de er nu. F.eks. kan aftaler om, at en rammedelegation gives telefonisk. Handler det om medicingivning kræver det dog fortsat, at medicinen er at finde i borgerens hjem. Et andet eksempel er arbejdsgangene for, hvordan vi i fællesskab mellem sygehus, almen praksis og den kommunale sygepleje i god tid aftaler hvilke rammedelegationer, der kan blive relevante i forhold til borgerens sundhedstilstand og hvilken medicin der kan blive nødvendig inden for nærmeste fremtid, så medicinen kan ordineres og indkøbes til borgeren.

- ***Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokalefællesskab*** er også et initiativ som der er opbakning til, dog gøres der opmærksom på at dette muligvis ikke vil være interessant for alle kommuner, især ikke dem som er placeret længere væk fra akutmodtagelsen. Her kan digitale løsninger komme på tale. Der er dog opbakning til et tæt samarbejde mellem akutmodtagelsen og kommunerne. Der kan evt. kigges på fordele og ulemper ved at Fremskudte funktioner og lokalefællesskaber kan flyttes ud i de kommunale sundhedshuse og -centre, så det ikke nødvendigvis centreres omkring sygehusene.

- ***Udbygning af standardiseret vidensdeling*** er et godt initiativ, som kommunerne gerne vil gå i yderligere dialog omkring. Det vil være en ide at undersøge om eksisterende værktøjer kan udvikles eller direkte anvendes. Fx sygehusenes dialogværkstøj ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd) som bruges som et mundtligt dialogværktøj, når arbejdsgange for overleveringer skal sikres, på den måde bliver alle relevante informationer delt. Derudover kan der være store

fordele i at kommunerne får adgang til sygehusenes retningslinjer og vejledninger, i det regionale dokumenthåndteringssystem D4, så den specialiserede viden, som sygehusene har kan deles.

- ***Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering*** er også et initiativ som kommunerne anerkender og bakker op om. Kommunerne er glade for det i forvejen gode samarbejde man har med på Regionen og almen praksis, men indgår gerne i dialog om yderligere fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering, hvor det er relevant.

- **6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer:**
  - ***Tværsektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb*** er en indsats med gode intentioner. Kommunerne er interesseret i at høre mere om tankerne med at etablere en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. Der bør være opmærksomhed på at meget af den data som på nuværende tidspunkt er tilgængelig i kommunerne opgøres forskelligt. Derudover bør der også i det videre arbejde tages stilling til de økonomiske ressourcer det vil kræve at etablere denne platform, og hvad der kræves af kommunerne ifm. dette. Derudover bør det undersøges hvad GDPR tillader mht. deling af data på tværs af sektorer, inden man igangsætter arbejdet.

  - Indsatsen ***Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb*** og ligesom beskrevet ovenfor også en indsats som kommunerne er interesseret i at høre mere om, og som udgangspunkt har nogle gode intentioner. Kommunerne bakker op om at der undersøges mulighederne for en videreudvikling af SAM:BO ift. dette. Som nævnt ovenfor er det ifm. udviklingen af en fælles platform væsentligt at de nærmere overordnede rammer og muligheder drøftes mellem Regionen og kommunerne, så det bliver tydeligere for kommunerne hvad dette vil medføre at evt. udgifter og ændrede arbejdsgange. Man kunne alternativt kigge på en tidstro opdatering af KMD, LPR III, se adgang til Cosmic. Der er flere steder, det kunne være relevant at udbygge i stedet for at opfinde.

  - Under indsatsen ***Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser*** kan man med fordel også underbygge påstande som fremstilles først i afsnittet med henvisninger. Ift. indsatsen stiller kommunerne sig som udgangspunkt positive, men der er igen behov for yderligere uddybning af hvad rammerne for afdækningen er og hvilken rolle kommunerne får i dette arbejde.
    TOBS, og adgang til faglig sparring, f.eks. mellem speciallæge og akutsygeplejerske kunne også være eksisterende tiltag man kiggede på ifm. dette.

- **7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehus og kommuner:**
  - Der bør være fokus på skriftlig kommunikation og dokumentation ift. fælles sundhedsfaglige akutindsatser for borgerne, så der sikres en tidstro dokumentation og opdatering af FMK.

- **7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr**
  - Det er positivt at akutplanen foreslår en modernisering af lægevagtskonsultationerne. Det er her vigtigt for kommunerne at der lægges vægt på at der i alle lægevagtskonsultationerne i regionen er samme bemanding til rådighed og samme standarder for stederne. Dette opleves som en udfordring i dag. Derudover skal

mulighederne for lægevagttider lokalt i kommunerne fastholdes, så man ikke skal køre til et sygehus.

- Det er positivt at der fokus på at kommunikationen mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger på sigt vil kunne finde sted via video. Der er gode erfaringer med dette under COVID-19 mellem bl.a. kommunal sygepleje og egen læge ift. de ældre medicinske patienter. Denne mulighed kunne med fordel etableres på døgnbasis og understøtte muligheder for tidlig opsporing og iværksættelse af behandling for at forebygge indlæggelser.

- **9. Implementering af akutplanen**
  - Kommunerne er glade for at de tværsektorielle indsatser organiseres i regi af sundhedsaftalen.

  - Opmærksomheden henledes dog på, at Følgegruppen for behandling og pleje i forvejen har en lang opgaveportefølje i forhold til de opgaver der igangsættes i regi af Sundhedsaftalen. Der kan være behov for at bemande følgegruppen evt. med flere regionale ressourcer hvis det skal være realistisk at følgegruppen skal sikre implementering af 13 relativt store indsatser i Regionens Akutplan. I forvejen er kommunerne udfordret på at trække ressourcer ind i stående arbejdsgrupper under følgegrupperne.

  - Slutteligt er det positivt at det i akutplanen fremgår at *Nye indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, drøftes med kommunerne*. Hvis nogle af indsatserne vil medføre øgede økonomiske udgifter for den enkelte kommune, er det kun den enkelte kommune der kan bestemme om denne vil hjemtage indsatsen. Derfor er det væsentligt at Regionen udviser åbenhed, fleksibilitet og forståelse for at de 22 syddanske kommuner er forskellige og har forskellige muligheder, ressourcer og organiseringer.

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

RLTN

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

Tid	Den 19. juni 2021
Sted	København Ø
Deltagere	Repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om almen praksis

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

Indhold

1. Ulighed i sundhed....4
1.1. Styrket indsats for sårbare børn 4
1.2. Styrket kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje 6
1.3. Sundhedstjek til borgere på botilbud 7
1.4. Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom....10
2. Bedre lægedækning....17
2.1 Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin 17
2.2 Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis 21
2.3 Rekruttering og fastholdelse af læger og aflastning af ældre læger 25
2.4 Lægers tilstedeværelse i almen praksis 29
3. Udviklingsspor for almen praksis' rolle ved patienter med multisygdom 32
3.1 Beskrivelse af tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' rolle for patienter med multisygdom 33
3.2 Beskrivelse af honorarmodeller som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen af multisyge 35
4. Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen 36
4.1 Faste læger på plejehjem....36
4.2 Styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner....37
4.3 Sundhedsprofessionel kommunikation 38
4.4 Uddannelse af sygeplejersker i almen praksis 41
5. Lægevagten 42
5.1. Honorarstruktur i lægevagten 42
6. Digital tilgængelighed....43
6.1 Videokonsultation....43
6.2 Videokonference....44
6.3 Aftalt telefonkonsultation 44
7. Nye løsninger til effektiv populationsomsorg 48
8. Digitalisering og data....52
8.1 Digitalt udviklingsspor 52
8.2 Drift og forvaltning af it-løsninger i almen praksis 54
8.3 Borgernes adgang til egne sundhedsdata....54
8.4 MinLæge-appen....55
8.5 Digital telefonbog 56
9. Forsøgsordning vedr. klinisk ultralyd i almen praksis 57
10. Kvalitet, forskning og efteruddannelse....59
10.1 Fonden for almen praksis 59
10.2 Forskning 59
10.3 Kvalitet i almen praksis 60
10.4 Efteruddannelse....62

12. Andre konkrete ændringer 66
12.1 Opfølgning på tilbuddet om samtaleterapi 66
12.2 Justering af Aftale om styrket opfølgningsindsats ved sektorovergange . 67
12.3 Digitale forløbsplaner 68
12.4 Henvisning til teleKOL 70
12.5 Beregning af højestegrænser 70
12.6 Sanering af tillægsydelser (inkl. webpatient) 71
12.7 Personale og udførelse af ydelse 0120 72
12.8 Markering af regning ved digitalt sundhedskort 73
12.9 Indkøb af værnemidler og håndsprit i pandemisituation 73
13. Økonomiprotokollat 74
14. Aftalens økonomi 78
15. Ikrafttrædelse 79

1. Ulighed i sundhed

De praktiserende læger spiller en meget betydningsfuld rolle i det samlede sundhedsvæsen i forhold til bekæmpelse af ulighed i sundhed. Det gør sig særligt gældende i forhold til den kontinuitet og nære kontakt, som de praktiserende læger kan tilbyde de mest sårbare patienter.

En særlig opsøgende indsats overfor udvalgte sårbare borgere kan medvirke til at somatiske sygdomme opspores tidligt og at alvorlige komplikationer kan forebygges.

Parterne er derfor enige om, at almen praksis bør være opsøgende og støttende i forhold til særligt sårbare patienter – børn som voksne, der ikke selv kontakter almen praksis, selvom de kan have behov for en indsats i sundhedsvæsenet.

Med denne overenskomst aftales der et målrettet fokus på særligt sårbare børn og deres familier, borgere der bor på botilbud og borgere med forskellige grader af psykisk sygdom.

1.1. Styrket indsats for sårbare børn

Ulighed i sundhed begynder allerede i barneårene. Derfor kan en opsøgende og øget indsats ikke bare gavne det enkelte barns muligheder, men også hele familiens forhold kan påvirkes, så uligheden reduceres.

For at mindske ulighed i sundhed for børn og deres familier er parterne enige om at styrke almen praksis' indsats for børn og deres familie med mulige udfordringer. Det omfatter:

- En opsøgende indsats i forhold til børneundersøgelser samt ved behov en konsulterende samtale til børn/familier med særlige udfordringer,
- En generel styrket kommunikation og koordination mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

Børneundersøgelse med en konsulterende samtale til børn/familier med behov
Almen praksis finder – på baggrund af opgørelser fra regionerne kombineret med data i klinikken – de børn/familier, hvor børn i alderen 1 til 5 år ikke er set til en eller flere børneundersøgelser, og kontakter udeblevne familier hvor den

manglende børneundersøgelse antages at skyldes mangel på ressourcer m.v. Hvis det vurderes relevant, tilbydes barnet/familien en konsulterende samtale i direkte forlængelse af børneundersøgelsen.

Vurderingen af, hvad der tilbydes det enkelte barn/familien sker på baggrund af en individuel og konkret vurdering med baggrund i lægens (manglende) kendskab til familien og de informationer, som fremgår af patientjournalen, og den opsøgende kontakt til familien. De forhold, som bør indgå i den konkrete vurdering for brug af den konsulterende samtale er, om der er forhold eller udfordringer i hjemmet/familien af betydning for barnets trivsel, fx sygdom i familien, skilsmisse, arbejdsmarkedstilknytning/økonomi, misbrugsproblemer, m.v.

De alderssvarende børneundersøgelser følger og tilrettelægges som beskrevet i Sundhedsstyrelsens retningslinjer[1] og er ens for alle børn. Tilsvarende gælder for vaccinationer, som ydes som led i børneundersøgelser, hvorfor den opsøgende indsats overfor relevante udeblevne børn kan påvirke vaccinationsdækningen.

Ydelsesindhold
I den konsulterende samtale benyttes relevante samtaleteknikker, som bl.a. skal give rum for information om barn/familien i forhold til familiens oplevelser, erfaringer og ressourcer. Lægen skal med baggrund heri motivere til indsatser og handlemuligheder, som kan påvirke barnets trivsel.

Som en del af sidstnævnte indgår, at lægen og familien drøfter de muligheder, som bl.a. sundhedsplejen eller andre aktører, kan bistå med.

Den praktiserende læge bør, hvis det er relevant, aftale en opfølgende konsultation i forhold til konkret sygdom/problemstillinger hos barnet/familien, som adresseres som led i børneundersøgelsen og den konsulterende samtale, med henblik på at skabe grundlag for bedre kontakt med barnet/familien fremadrettet.

Endelig kan den praktiserende læge iværksætte yderligere kontakt til kommu-

---

[1] Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, fra 2011, kapitel 10.

nen om forhold for børn/forældrene således at de børn/familier, som har behov, får mulighed for at få en understøttende indsats.

Økonomi
Det anslås, at ca. 50.000 børn/familier vil udeblive i de første to overenskomstår. Af disse vil halvdelen skyldes forglemmelse, mens den anden halvdel vil være i målgruppen for børneundersøgelse med konsulterende samtale. Over tid – fra 3. overenskomstår forventes antallet af børn/familier, som udebliver, at falde, hvorfor ca. 40.000 børn/familier vil udeblive årligt, hvoraf ca. 20.000 af disse er i målgruppen for den opsøgende indsats vedr. børneundersøgelse med konsulterende samtale.

En børneundersøgelse honoreres i henhold til profylakseaftalen. Den konsulterende samtale, som ydes i tillæg til børneundersøgelsen, honoreres i henhold til overenskomsten med 312,82 kr. pr. 1. april 2021.

Med det forventede antal udeblevne børn/familier vil indsatsen koste 3,9 mio. kr. i hhv. 1. og 2. overenskomstår, og 6,3 mio. kr. årligt fra 3. overenskomstår for den konsulterende samtale i tilknytning til den alderssvarende børneundersøgelse.

1.2. Styrket kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje

Den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og kommunerne i forhold til børn og unge baserer sig fortrinsvist på lægens skærpede underretningspligt til Børne- og Familieafdelingen i kommunerne ved mistrivsel. Dette kan dog opleves som indgribende for familie/barn, men er almen praksis' eneste mulighed for at gøre kommunen opmærksom på et barns og familiens behov.

Parterne er derfor enige om, at der i hele landet skal være mulighed for direkte elektronisk kommunikation mellem kommunens praktiserende læger og sundhedsplejen, som vil styrke koordinationen mellem parterne i de situationer, hvor det ikke er relevant at foretage en egentlig underretning, men hvor sundhedsplejen evt. vil kunne yde støtte og hjælpe barnet/familien videre.

Kommunikationen mellem de praktiserende læger og sundhedsplejen baserer

sig på MedCom's standarder og betyder, at alle kommuner har oprettet ét lokationsnummer til sundhedsplejen, som de praktiserende læger oplyses om via KLU.

Den elektroniske kommunikation indebærer, at lægen kontakter sundhedsplejen direkte, hvor lægen finder det hensigtsmæssigt og relevant at sundhedsplejen vil kunne yde støtte og evt. hjælpe familien videre. Sundhedsplejen vil tilsvarende kunne kontakte almen praksis, hvis de er bekymrede for egentlig sygdom – somatisk såvel som psykisk, samt mistrivsel hos barnet, hvor forældrene ikke selv forventes at kontakte lægen.

Parterne er videre enige om, at kommunikationen med sundhedsplejen danner grundlag for, at det i overenskomstperioden afsøges, om og hvordan, der kan etableres en elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR). Dette da et stigende antal forældre/børn og unge henvender sig i almen praksis med oplevet mental mistrivsel, hvor lægens handlemuligheder i dag er begrænsede, hvis der ikke er behov for udredning og behandling i psykiatrien, men PPR kan hjælpe familien/barnet og den unge videre med den rette støtte.

Den elektroniske kommunikation mellem kommunens praktiserende læger og sundhedsplejen erstatter ikke lægens skærpede underretningspligt til Børne- og Familieafdelingen for de tilfælde, hvor det er relevant.

1.3. Sundhedstjek til borgere på botilbud

Personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne lever i gennemsnit ca. 15 år kortere end andre. Det er der flere årsager til, bl.a. tilbageholdenhed med at kontakte læge, som kan betyde uopdaget somatisk sygdom, ubehandlet og/eller manglende efterlevelse af iværksat behandling. Desuden er der ofte kontakter med mange forskellige aktører, både på sundheds- og socialområdet, hvorfor koordinering og overblik er udfordret.

For at reducere uligheden i sundhed blandt personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, er parterne enige om at indføre et sundhedstjek, som har til formål at forebygge og evt. behandle somatiske sygdomme for personer, som opholder sig på botilbud. Alle praktiserende læger forpligtes til at indgå i den styrkede indsats ved

at tilbyde sundhedstjek til personer på botilbud.

Målgruppe
Sundhedstjek tilbydes til personer på 18 år og derover, med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, med henblik på at øge deres levetid samt livskvalitet. Ifølge Danmarks Statistik opholder ca. 25.000 personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne sig på botilbud[2].

Indsats
Da almen praksis ikke systematisk, herunder via klinikdata m.v., kan tage initiativ til sundhedstjekket, vil den første kontakt som udgangspunkt ske ved, at personale på botilbud kontakter almen praksis for aftale af sundhedstjek. Er den praktiserende læge vidende om patientens ophold på botilbud fx med baggrund i tidligere kontakt, kan lægen dog godt tage initiativ til sundhedstjekket. Når den praktiserende læge har ydet sundhedstjek én gang, bør lægen benytte dette som grundlag for sin opsøgende indsats, herunder aftale om sundhedstjek fremover.

Sundhedstjekket gennemføres hvert andet år, men kan dog under særlige omstændigheder ved komplicerede forløb, fx hvor patienten har mange kontakter med det øvrige sundhedsvæsen, fx mange (gen)indlæggelser, benyttes en gang årligt.

Sundhedstjekket ydes på botilbuddet, så det kan gennemføres i forhold til personens behov og således, at det er muligt at sikre involvering af pårørende samt personalet på botilbuddet. Lægen har typisk forud for første sundhedstjek en kommunikation med personalet på botilbuddet og/eller pårørende om forhold, det kan være hensigtsmæssigt at inddrage under sundhedstjekket.

Ydelsesindhold
Sundhedstjekket omfatter bl.a. følgende elementer:

- Afdækning af patientens forhold og introduktion af praksis som tovholder for patientens samlede behandling og behandlingsforløb. Herunder

[2] Botilbud efter servicelovens § 107/108 og botilbud efter almenboligloven med støtte efter Servicelovens § 85

for samarbejde med pårørende og professionelle aktører, fx personale i hjemmesygepleje/botilbud.

- Helbredsundersøgelse og -vurdering mhp. afdækning af somatisk sygdom, herunder om relevant ved brug af laboratorieydelser.
- Status på evt. eksisterende behandling og tilpasning heraf, herunder ajourføring og gennemgang af medicin samt vurdering af compliance.
- Udarbejdelse af en aftale/plan med patienten og pårørende/personale m.v., om indsatsen, så disse er bedre rustet til på egen hånd at hjælpe patienten. Aftalen/planen kan omfatte en forebyggende indsats, en eller flere konkrete behandlingsindsatser eller henvisning m.v.
- Relevante pårørende/personale m.v. orienteres om planen.
- Hvis det er relevant, aftales opfølgende kontakt og/eller faste kontroller.

Den del af sundhedstjekket, som omfatter egentlige helbredsundersøgelse og -vurdering samt gennemgang af eksisterende behandling sker ved lægen, men oftest vil den samlede indsats under ydelsen sundhedstjek blive ydet i et samarbejde med involvering af klinikpersonale, da ydelsen indeholder en vis koordinerende indsats.

Økonomi
Ydelsen Sundhedstjek til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud udgør 1.412,77 kr. (apr. 2021-niveau). Dertil tillægges tidsforbrug ved transport i henhold til overenskomstens § 95, stk. 2 pkt. c og evt. kørselsgodtgørelse i henhold til § 61. Ydelsen afregnes udenfor kronikerhonoraret for patienter med KOL og/eller diabetes type 2, ligesom det gælder ydelse 0121 i øvrigt. Relevante tillægsydelser og laboratorieundersøgelser kan afregnes samtidig med sundhedstjekket. Læger som har adresse i nærhed af et botilbud vil have markant flere beboere i patientpopulationen. Dette har betydning for den gennemsnitlige udgift pr. patient sammenlignet med øvrige praksis. Der skal tages højde herfor i forbindelse med fastlæggelse af højestegrænser, jf. afsnit 12.5.

Implementering af ydelsen sker over en treårig periode, dvs. at der i overenskomstperioden udføres ca. 25.000 sundhedstjek.

Parterne er enige om, at der følges op på indsatsen med sundhedstjek til målgruppen i forhold til anvendelse blandt de praktiserende læger medio 2024.

Efter udgangen af overenskomstperioden er det udgangspunktet, at praktiserende læger yder sundhedstjek til målgruppen hvert andet år, og under særlige omstændigheder hvert år.

Da målgruppen udgør ca. 25.000 personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, vil der fra og med 2025 være ca. 16.000 sundhedstjek årligt. Den samlede udgift til sundhedstjek ved fuld implementering forventes derfor at være 22,6 mio. kr. (apr. 2021-niveau). Dertil skal lægges udgifter til transporttid og kørselsgodtgørelse, som skønnes at udgøre 1,5 mio. kr.

Parterne er enige om, at beboere på botilbud tilbydes sundhedstjek, og ikke fokuseret somatisk undersøgelse, uanset evt. psykisk sygdom.

Opfølgning
Parterne er enige om at igangsætte et forskningsprojekt i regi af en eller flere af forskningsenhederne for almen praksis, som kan medvirke til at afdække, om sundhedstjek i almen praksis bidrager positivt til levetid og livskvalitet for personer, som opholder sig på botilbud. Projektet forankres i Fonden for Almen Praksis, og finansieres i forlængelse heraf fra forskningsenhedernes faste bevilling.

Endelig er parterne enige om, at man i overenskomstperioden vil søge dialog med relevante patientorganisationer og Sundhedsstyrelsen i forhold til indsatsen med sundhedstjek med henblik på at inddrage erfaringer og anbefalinger til brug for overvejelser om tilpasning af indsatsen, herunder om samarbejdet med personalet på botilbud.

1.4. Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom

Mennesker med en række psykiske sygdomme lever i gennemsnit ca. 15 år kortere end andre. Hertil kommer, at mangelfuld opmærksomhed på bivirkninger ved antipsykotiske og antidepressive lægemidler og andre somatiske lidelser, samt manglende efterlevelse af iværksat behandling, vurderes at påvirke såvel levetid som livskvalitet. Videre gælder, at psykisk sygdom og dennes påvirkning

af livsforhold, f.eks. isolation, manglende arbejdsmarkedstilknytning m.m. kan føre til mistrivsel og evt. misbrug, som den syge ikke søger hjælp for, herunder via kontakt med almen praksis.

For at medvirke til at forbedre såvel levetid som livskvalitet for borgere, der er diagnosticeret med en række psykiske sygdomme, er parterne enige om at tilbyde en fokuseret somatisk undersøgelse som led i en konsultation eller årskontrol i almen praksis. Almen praksis yder som den del heraf en opsøgende indsats overfor målgrupperne, da patientgruppen ofte ikke alle selv vil kontakte almen praksis for hjælp.

Målgruppe
Den fokuserede somatisk undersøgelse til mennesker med psykisk sygdom har to målgrupper:

1. Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom, som er defineret som patienter med skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, hvor diagnosen er stillet på psykiatrisk sygehusafdeling eller hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri, samt er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser.

2. Øvrige patienter på 18 år og derover med diagnosticeret psykisk sygdom som f.eks. alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD, hvor den praktiserende læger konkret vurderer, på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold (f.eks. isolation eller manglende arbejdsmarkedstilknytning), at patienterne er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med.

Borgere med psykisk sygdom på botilbud er omfattet af det aftalte sundhedstjek, hvorfor de ikke er omfattet af tilbuddet om fokuseret somatisk undersøgelse.

Indsats
Almen praksis yder en opsøgende indsats overfor begge målgrupper, hvor den konkrete indsats afhænger af målgruppen.

For patienter i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin laver almen praksis opgørelse via klinikdata, fx ved at trække lister over aktive brugere af antipsykotisk medicin, som løbende opdateres, dels med ny patienter, dels i forhold til indsats og eller kontakt. Lægen kan hos datakonsulenter i regionen søge hjælp til at trække sådanne lister.

Lægen opretter en indkaldelsesliste og markerer i patienternes journaler, at patienten er i målgruppen for en fokuseret somatisk undersøgelse. Enten kontaktes patienten telefonisk, eller også aftales en undersøgelse, når patienten møder i anden anledning.

Kommunale tilbud eller andre aktører kan ligeledes kontakte almen praksis på vegne af patienter med psykisk sygdom med henblik på at aftale tid til fokuseret somatisk undersøgelse. Ligeledes kan almen praksis anmode om hjælp til kontakt af en patient, såfremt patienten er i kontakt med den pågældende aktør/kommunale tilbud.

Regionerne vil i tillæg hertil afsøge mulighederne for at udarbejde systematiske lister over relevante patientgruppe via hospitalernes medicindata, FMK eller andre nationale registre, der på sigt vil kunne ligge til grund for, hvilke patienter der bør tilbydes en fokuseret somatisk undersøgelse.

For øvrige patienter med psykisk sygdom, der ikke er ordineret Litium eller antipsykotisk medicin, vil det ikke være en mulighed at udarbejde systematiske lister med baggrund i medicinbrug. Lægen skal derfor i sin opsøgende indsats have særligt fokus på at opspore relevante patienter via journal, herunder i form af bl.a. udskrivningsoplysninger fra sygehusene og/eller kendskab til patienten, f.eks. i forbindelse med konsultation/møder af andre årsager og ved ordination af medicin, herunder psykofarmaka.

Lægen skal gøre relevante tiltag med henblik på, at patienten møder i klinikken som fx sms-reminders og/eller telefonisk kontakt forud for fokuseret somatisk undersøgelse. Patienten tilknyttes som udgangspunkt en fast kontaktperson i klinikken. Videre opgør lægen hvert halve år, hvor mange på listen/listerne, der har fået foretaget den fokuserede somatiske undersøgelse. Patienter i antipsykotisk behandling, der ikke er mødt frem, kontaktes og indkaldes igen.

Lægen har i den forbindelse et særligt fokus på de patienter, som ikke henvender sig i almen praksis for receptfornyelse af antipsykotisk medicin eller Lithium, såfremt lægen har behandlingsansvaret.

Den fokuserede somatiske undersøgelse tilbydes i forhold til patientens forhold/behov således, at det er muligt at sikre involvering af pårørende og/eller støttepersoner samt evt. personale på institutioner m.v.

Ydelsesindhold
Den fokuserede somatiske undersøgelse omfatter:

- Afdækning af patientens egen oplevelse af sit fysiske og psykiske helbred.
- Anamnese, i forhold til aktuelle symptomer, jf. gennemgang af KRAM-faktorer og evt. misbrug.
- Objektiv undersøgelse mhp. afdækning af somatisk sygdom, herunder relevant anvendelse af laboratorieydelser, som ikke er taget forud for evt. årskontrol. Undersøgelsen tager udgangspunkt i de almindelig forekommende følgesygdomme ved psykisk sygdom, herunder bivirkninger ved medicin, og ved mistanke om øvrig udiagnosticeret sygdom undersøges patienten ligeledes herfor.
- Der rådgives om forebyggende tiltag samt lægges en individuel behandlingsplan under hensyn til patientens ønsker, ressourcer og muligheder, hvor der i relevant omfang også henvises til kommunale tilbud om støtte, forebyggelse og/eller rehabilitering.

Den fokuserede somatiske undersøgelse gennemføres i forbindelse med en almindelig konsultation (0101) eller årskontrol (0120). Om der benyttes en konsultation eller en årskontrol som grundlag for tillægsydelsen – fokuseret somatiske undersøgelse, afhænger af hvorvidt patienten opfylder kriterierne for en årskontrol i henhold til ydelsesbeskrivelsen af denne, og findes det ikke at være tilfældet, benyttes en almindelig konsultation.

For at øge egenomsorgen, compliance og fremmøde i klinikken fremadrettet, skal lægen lave aftaler med patienten om behandling, næstkommende kontrol m.v. samt i relevant omfang inddrage støttepersoner/pårørende/personale, dog under hensyn til at patienten samtykker, ligesom der tilknyttes en fast kontaktperson i klinikken. Endvidere kan det aftales, at fremtidige henvendelser både

sker til pårørende/støtteperson og patienten, ligesom lægen elektronisk fremsender behandlingsplanen og forebyggende rådgivning til både pårørende/støtteperson og patienten.

For patienter med diagnosticeret psykisk sygdom mellem 18 og 60 år der er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser, tilbydes der en fokuseret somatisk undersøgelse en gang årligt.

For øvrige patienter med diagnosticeret psykisk sygdom kan den fokuserede somatiske undersøgelse afregnes én gang i forbindelse med første konsultation, efter at lægen har foretaget den opsøgende indsats. Efterfølgende er det hensigten, at patienten skal overgå til almindelige forløb med den nødvendige støtte fra klinikken.

Såfremt patienter skifter læge, kan den nye læge afregne en fokuseret somatisk undersøgelse, hvis det vurderes, at patienten ikke selv tager kontakt ved behov, og lægen finder det relevant at se patienten til en fokuseret somatisk undersøgelse.

Specialistrådgivning
Som en del indsatsen rettet mod patienter med svær psykisk sygdom, som skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, og patienter med alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD får almen praksis adgang til specialistrådgivning, med henblik på at faglig sparring kan bidrage til at sikre bedre behandling til mennesker med psykisk sygdom. Der etableres derfor i hver region en (eller flere) telefonisk psykiatrisk specialistrådgivning, hvor praktiserende læger kan få sparring med en speciallæge i psykiatri, svarende til de rådgivningsfunktioner, som der er etableret og opnået erfaringer med i relation til KOL og diabetes. Alle regioner har etableret psykiatriske rådgivningsfunktioner inden udgangen af andet overenskomstår.

Herudover bør det regionalt drøftes, hvordan der skabes et tættere fagligt samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien til mennesker med psykisk sygdom i forhold til samarbejde om konkret behandling i øvrigt, herunder f.eks. udbredelse af videokonferencer for koordinering og faglig sparring.

Økonomi
Ydelsen Fokuseret somatisk undersøgelse honoreres med 395,14 kr. (april 2021-niveau) og udgør en tillægsydelse til en konsultation (0101) eller årskontrol (0120).

Det anslås at cirka 60.000 borgere er i behandling med Lithium eller større doser af antipsykotisk medicin og dermed i målgruppen for en årlig fokuseret somatisk undersøgelse, hvoraf de ca. 5.000 dog formodes at opholde sig på botilbud, og derfor modtager sundhedstjek. Målgruppen udgør derfor ca. 55.000 borgere.

Parterne er enige om at implementere den opsøgende indsats og den fokuserede somatiske undersøgelse i første og andet overenskomstår. Fra tredje overenskomstår er udgangspunktet, at alle praktiserende læger yder den fokuserede somatiske undersøgelse hvert år.

Gruppen af øvrige patienter med psykisk sygdom, hvor lægen vurderer, at der er behov for en opsøgende indsats og fokuseret somatisk undersøgelse, forventes at udgøre ca. 50.000 personer over overenskomstperioden.

Udgifter forbundet med den fokuserede somatiske undersøgelse til borgere som er ordineret Litium eller større doser antipsykotisk medicin udgør 10,9 mio. kr. årligt i implementeringsperioden, dvs. overenskomstens to første år, mens de årlige udgifter herefter udgør 21,7 mio. kr. For øvrige borgere med psykisk sygdom forventes udgifterne i overenskomstperioden at udgøre 19,8 mio. kr., hvorved udgifterne kan opgøres til 6,6 mio. kr. årligt.

Opfølgning
Parterne er enige om at følge op på udviklingen og erfaringerne fra SOFIA-projektet om en styrket indsats for gruppen af svært psykiske syge, som omfatter skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, såvel som gruppen af borgere med alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD med henblik på en evt. tilpasning af indsatsen i almen praksis fremadrettet.

Endelig er parterne enige om også i næstkommende overenskomstperiode at have fortsat fokus på mennesker med psykisk sygdom samt mistrivsel med afsæt i blandt andet regeringens Psykiatrihandlingsplan.

2. Bedre lægedækning

Frit lægevalg for alle borgere i hele landet er en afgørende del af parternes fælles vision for 2030. Det indebærer, at andelen af praksis med åben for tilgang gerne skal øges allerede i overenskomstperioden.

En forudsætning for at nå hertil er, at der rekrutteres og fastholdes flere praktiserende læger, bl.a. ved at understøtte en forbedret trivsel og arbejdsglæde i praksis. Derudover ønsker parterne, at flere læger i intro- og hoveduddannelsesforløb vælger almen praksis. Særligt i lægedækningstruede områder er der behov for at styrke lægernes tilknytning til et lokalområde allerede under læge- og videreuddannelsen. Et fagligt attraktivt ophold i praksis under lægestudiet og i klinisk basisuddannelse samt intro- og hoveduddannelsesforløb i disse områder kombineret med den rette understøttelse fra regionen forventes således at kunne tiltrække praktiserende læger på sigt.

Den demografiske udvikling med flere ældre og multisyge patienter vil øge belastningen på almen praksis, hvorfor det er vigtigt, at overenskomsten bidrager til en øget behandlingskapacitet ved at understøtte klinikkerne, så de kan omstille sig til en mere rationel arbejdstilrettelæggelse, gerne med øget anvendelse af personale. Det er afgørende, at overenskomsten bidrager til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt praktiserende læger.

Parterne er blevet enige om følgende anbefalinger og overenskomstmæssige tiltag:

- Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin
- Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis.
- Rekruttering, aflastning og fastholdelse af læger
- Større differentiering af fast honorering (kronikerhonorar)
- Lægers tilstedeværelse i klinikken

2.1 Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin

Lægeuddannelsen skal være indrettet efter behovene i samfundet. Det stigende antal ældre og multisyge patienter medfører et øget behov for generelle og al-

menmedicinske færdigheder og et behov for flere generalister i det nære sundhedsvæsen. Derfor er der allerede oprettet flere hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Opslag af stillinger er dog ingen garanti for at forløbene besættes. I 2019 inden udvidelsen af dimensioneringen blev 87 % af hoveduddannelsesforløbene besat svarende til 38 ubesatte forløb. Det er særligt forløb, som er placeret langt fra de store universitetsbyer, som er vanskelige at besætte. Overenskomstens parter ser med stor alvor på disse udfordringer og har derfor aftalt følgende anbefalinger, som kan bidrage til at ændre udviklingen.

Introduktionsforløb i almen medicin
Der skal sikres en tilstrækkelig stor mængde ansøgere til hoveduddannelsesstillinger, og derfor er der behov for at opslå flere introstillinger i almen medicin. Man har i flere regioner gennem mange år opslået faktor 1,3 af introstillinger i forhold til hoveduddannelsesstillinger. Parterne opfordrer regionerne til at være opmærksom på, om antallet af introstillinger i almen medicin er dimensioneret, så det sikrer fuld besættelse af hoveduddannelsesforløbene i almen medicin under hensyn til det gennemsnitlige frafald som forventes.

Jævn geografisk fordeling af nye hoveduddannelsesforløb
Når der etableres flere hoveduddannelsesforløb i almen medicin, er det vigtigt at placere dem geografisk med omtanke. Det er ikke helt ligegyldigt, hvor hoveduddannelsesforløbene placeres. Placeres de i de større byer, er det nemmere at besætte dem, fordi der ikke er rekrutteringsvanskeligheder her. Omvendt kan der være en risiko for, at de ikke flytter sig til de egne af landet, hvor der er lægemangel. Parterne opfordrer til, at regionerne afprøver forskellige modeller for, hvor man opslår uddannelsesforløbene under hensyn til det langsigtede mål om at få flere læger til at slå sig ned i lægedækningstruede områder.

Større fleksibilitet i den lægelige videreuddannelse
I sundhedsvæsenet, som på arbejdsmarkedet generelt, vil der i fremtiden være behov for at tænke uddannelse og kompetencer meget mere fleksibelt. Også i den lægelige videreuddannelse bør der være mere fleksibilitet, fx så det bliver lettere både under studiet og senere som uddannet speciallæge at skifte til almen medicin og blive meriteret i det omfang, det er fagligt relevant. Det anbefales, at muligheder herfor evt. drøftes i *Arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse*, som Sundhedsstyrelsen er ved at igangsætte.

Opbygning af fagligt attraktive uddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder
Et væsentligt bidrag til fremadrettet at få flere praktiserende læger i lægedækningstruede områder er, at flere læger vælger at tage deres videreuddannelse i disse områder. Det skal være endnu mere fagligt attraktivt at være praktiserende læge i områder, hvor der er langt til sygehusene. Parterne er enige om at anbefale ekstra fokus på fagligt attraktive forløb for introstillinger og hoveduddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder med henblik på at sikre et særligt godt og inspirerende forløb både i form og indhold.

Der er flere strenge at spille på i forhold til dette.

a) Adgang til kurser
Det anbefales, at introlæger og læger i hoveduddannelse i almen medicin vederlagsfrit skal have adgang til kurser indenfor PLO-E, både i den selvvalgte og i den systematiske del. Fonden for almen praksis dækker et erstatningsbeløb til uddannelseslægen i forbindelse med deltagelse i kurser i dagtiden.

Der bør desuden ses på, om nogle af de tiltag, der aftales på projektniveau (fx ultralyd) i overenskomstregi, kompetenceudviklingsmæssigt kan tilbydes som et ekstra gode, som ligger udover det uddannelsesmæssige sigte, til uddannelseslægerne i de lægedækningstruede områder. Dette kræver en styrkelse af kompetenceniveauet hos tutorlægerne, jf. nedenfor om modernisering af tutorlægeaftalen.

b) Styrket faglig bredde
Delelementer i uddannelserne kan også kombineres, så et forløb som består af uddannelse på både sygehus og i almen praksis tilrettelægges, f.eks. så en højt efterspurgt geografisk placering på sygehuset, fx de store universitetshospitaler, kombineres med et forløb i almen praksis i områder, der oplever lægemangel. Lægerne kan dermed som en del af uddannelsen få kendskab til, hvordan det er at drive en almen praksis uden for de store byer.

Danske Regioner vil drøfte tiltag vedrørende tilrettelæggelsen af videreuddannelsen med videreuddannelsesregionerne, herunder også om der er øvrige tiltag, der kan understøttes via videreuddannelsesregionerne.

Parterne opfordrer til, at læger der videreuddanner sig i almen medicin i et lægedækningstruet område, får adgang til ophold i speciallægepraksis under deres videreuddannelse – også speciallægepraksis som kan ligge langt fra deres hoveduddannelse. Dette kan fx drøftes i forbindelse med Sundhedsstyrelsens *arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse.*

Tilsammen kan disse tiltag (afsnit b) medvirke til at sætte et bredt funderet aftryk på at styrke den faglige bredde, som læger kan opnå i et lægedækningstruet område.

c) Bedre rammer for introlæger og læger i hoveduddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder

Det skal gøres nemt for læger enten at vælge introstilling eller hoveduddannelsesforløb i en praksis i et lægedækningstruet område. Regionerne vil derfor arbejde for at sikre et lokalt boligtilbud for introlæger og læger i hoveduddannelse indenfor almen medicin, som lægen kan leje, i det omfang som det kan lade sig gøre. Flere hospitaler har boligordninger målrettet læger og speciallæger, som kan tjene til inspiration.

Styrkelse af tutorlæger i lægedækningstruede områder

d) Sikring af tutorlægefunktionen i lægedækningstruede områder

Tutorlægerne spiller en nøglerolle i videreuddannelsen af de yngre læger i almen praksis, og har kontakt med et stort antal uddannelseslæger. I takt med at der også uddannes flere almen medicinske speciallæger, er det oplagt at styrke tutorlægefunktionen og de almen medicinske uddannelseskoordinatorer med henblik på at sørge for et godt uddannelsestilbud. Det kunne fx være ved at styrke kompetenceudvikling i forhold til begge funktioner. I en del lægedækningstruede områder er arbejdsbelastningen for de praktiserende læger så høj, at tutorfunktionen risikerer at lide derunder. Derfor er det vigtigt, at der er fokus på, at tutorlægers arbejdsbelastning søges nedbragt, fx ved at anvende overenskomstens mulighed for at etablere delepraksis, så de i videst muligt omfang får tid og kræfter til at give uddannelseslægerne en god supervision og støtte i deres daglige uddannelse.

e) Uddannelseslæger og tutorlæger skal matches i lægedækningstruede områder

Regionerne vil arbejde for i regi af de lægelige videreuddannelsescentre via en håndholdt indsats i højere grad at matche uddannelseslæger med tutorlæger. Fx ved at skabe mere information om, hvilke konkrete tutorlægepraksis der findes i de lægedækningstruede, så kontakt mellem uddannelses-/introlæge og tutorlæge sikres.

2.2 Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis

For nogle læger kan det være svært at skabe en effektiv organisering af praksis. Når læger fx flytter til nye lokaler og får mere personale, kan disse forandringer i sig selv skabe et behov for at ændre i arbejdsgange og procedurer. Samtidigt går udviklingen i retning af større praksis med flere ansatte.

Der sættes derfor målrettet ind ift. organisations- og ledelsesudviklende tiltag i almen praksis.

Ledelse og organisation er ikke et område, der fylder meget i hverken overenskomsten eller i speciallægeuddannelsen, hvorfor praktiserende læger og isærdeleshed ny-nedsatte kan have brug for redskaber og sparring.

Organisations- og ledelsesudvikling har til formål:

- at sikre en god og hensigtsmæssig anvendelse af flere forskellige personalegrupper i praksis,
- at frigøre lægetid ved at understøtte fagligt forsvarlig uddelegering af opgaver, fx ifm. håndtering af patienter med kronisk sygdom,
- at styrke kompetencer indenfor klinikdrift, faglig ledelse og ledelse i fællesskab (fx i kompagniskaber).

Alle elementer kan bidrage til at skabe arbejdsglæde og trivsel for læger og det samlede personale i almen praksis. Det kan desuden medvirke til at øge behandlingskapaciteten i praksis.

Videokonsultation (som beskrives i aftalens pkt. 6 kan både for patient og læge give en fleksibilitet ift. tilrettelæggelse af behandlingen ved store afstande mellem klinik og patientens bopæl og kan dermed bidrage til den organisatoriske udvikling i almen praksis.

Parterne er enige om at sætte ind på følgende områder:

Styrkelse af lægelig ledelse og organisationsudvikling ved individuel rådgivning og sparring
Ved aftale af 21. december 2010 blev parterne enige om at indføre et tilbud om struktureret rådgivning og støtte til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis. Tilbuddet er beskrevet i Protokollat til overenskomsten. Forpligtelsen til at levere tilbuddet fremgår af Overenskomstens § 6.

Opgaven med at understøtte organisations- og ledelsesudvikling løses forskelligt set på tværs af regioner. Når det fungerer godt, udgør tilbuddet en væsentlig brik i at håndtere de store og små udfordringer i relation til organisation og ledelse, som praksis kan løbe ind i. De bedste tilbud indeholder ud over hjælp til praksisudvikling, desuden hjælp til praksismanagement til udfordrede læger og understøttelse af ny-nedsatte læger, der har brug for sparring i startfasen.

Parterne ønsker at opprioritere området, så alle regioner stiller et ensartet tilbud til rådighed med fokus på lægelig ledelse, anvendelse af personale og organisationsudvikling, fx i form af:

- Ledelsessparring ift. ledelse af større enheder, så der sikres en effektiv og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse
- Konsulentstøtte til styrkelse af teamsamarbejde, herunder muligheder for uddelegering af opgaver fra læger til praksispersonale.
- Konsulentstøtte i forbindelse med opstart af egen praksis
- Konsulentstøtte i forbindelse med generationsskifte

De regionale konsulenter kan enten være praktiserende læger, eller personer der har et solidt indblik i almen praksis, som tillige har en solid viden om organisations- og ledelsesstøtte og udvikling.

Regionerne sikrer videndeling på tværs af de fem regioner med inddragelse af organisations- og ledelseskonsulenter fra PLO-E.

Der afsættes 15,4 mio. kr. stigende til 18,7 mio. kr. årligt finansieret af Fonden for almen praksis, der bl.a. skal finansiere en udvidet konsulentfunktion målrettet organisationsudvikling samt yderligere opgaver vedr. kvalitet og efteruddannelse. Det samlede formål for anvendelse af den afsatte økonomi er beskrevet i bilag 6.

Kompetenceudvikling indenfor ledelse og organisationsudvikling
Organisation og ledelse indgår som elementer i såvel speciallægeuddannelsen, som i den systematiske efteruddannelse. På speciallægeuddannelsen gives en kort introduktion til praksisledelse og køb af praksis. I den systematiske efteruddannelse er der i 2020 vedtaget to nye temaer om organisation og ledelse (*Faglig ledelse* og *Ret & Pligt – Lægejura*). Særligt for ny-nedsatte læger kan der være behov for en styrkelse af deres kompetencer indenfor dette felt.

Ny-nedsatte læger
Et nyt struktureret tilbud skal medvirke til at give ny-nedsatte læger nogle gode rutiner med fra starten af deres praksisliv, forebygge konflikter i kompagniskaber samt dygtiggøre dem i effektiv klinikdrift og brug af klinikpersonale, som kan medvirke til en øget behandlingskapacitet. Tilbuddet kan tillige være med til at forebygge arbejdsrelateret stress hos de ny-nedsatte læger. Tilbuddet skal være en fortsættelse af kurserne på specialuddannelsen.

Ny-nedsatte læger tilbydes på den baggrund deltagelse i tilbuddet "Ny i praksis", der blandt andet skal indeholde moduler i:

- Lederuddannelse (Både personaleledelse og strategisk ledelse)
- Tilrettelæggelse af effektiv praksisdrift, fx brug af personale, videokonsultation og tilrettelæggelse af omsorg for patienter med kroniske sygdomme
- Forebyggelse af konflikter i kompagniskaber

Det tilstræbes at gennemføre to årlige forløb af tre dages varighed. Tilbuddet er i forhold til kursusudgiften gratis for de ny-nedsatte læger. Transport og tabt arbejdsfortjeneste kan søges dækket som selvvalgt efteruddannelse. Kursusudgiften til dette forventes at udgøre 1,0 mio. kr. årligt.

Derudover skal tilbuddet bestå i deltagelse i regionale netværksgrupper under DGE-ordningen med andre ny-nedsatte praktiserende læger, så de unge læger

kan støtte hinanden. Jf. efteruddannelsesprotokollatet har de regionale efteruddannelsesvejledere og -koordinatorer en særlig forpligtelse til at tage sig af de ny-nedsatte læger.

Ekstra udfordrede læger tilbydes en mentor eller en tilknyttet organisationskonsulent fra regionen.

Tilbuddet administreres af PLO-Efteruddannelse. Ny-nedsatte læger opfordres til at deltage i disse aktiviteter som et supplement til deres deltagelse i den systematiske efteruddannelse indenfor bl.a. faglig ledelse og lægejura. Det er vigtigt, at tilbuddet tilrettelægges på en måde, så lægen kan overskue at sætte tiden af til det og har mulighed for at deltage uden at lukke klinikken.

Erfarne læger (læger med egen praksis i mere end fem år)
Der etableres efteruddannelse med fokus på organisationsudvikling og effektiv klinikdrift, som ligger udover de eksisterende tilbud under den systematiske efteruddannelse om organisation og ledelse. Deltagelse i denne type efteruddannelsesaktivitet godkendes som tilskudsberettiget, som en del af den selvvalgte efteruddannelse. Udbuddet af denne efteruddannelse indenfor klinikdrift skal ske i en koordineret indsats mellem de fem regioner og PLO-Efteruddannelse. For at gøre dette tilbud attraktivt ydes et særligt tilskud til læger der deltager i kurser om klinikdrift, ledelse og organisationsudvikling.

Den årlige tildeling til lægernes efteruddannelse forhøjes, hvis de deltager i kurser og anden efteruddannelse, der omhandler organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis. En forøgelse af de erfarne læger tilskud til efteruddannelse i klinikdrift forventes at føre til et årligt træk på 2 mio. kr. årligt. Dertil kommer udgifter til PLO-E for udvikling af kurserne det første overenskomst-år. Dette forventes at udgøre 350.000 kr.

Uvildigt organ til at håndtere konflikter i kompagniskaber
Konflikter blandt læger, som ejer en praksis sammen, kan være udløst af forskellige ønsker til opgaveløsning i kompagniskabet eller et underliggende arbejdspres. Ofte vil det udløse stress-sygemeldinger, og dermed bidrage negativt til lægedækningen og være til gene for de tilmeldte patienter.

PLO har vanskeligt ved at hjælpe læger med at håndtere konflikter i kompagniskaber, da begge parter er medlem af PLO. På samme måde har regionernes forskellige tilbud svært ved at gå ind i konflikterne.

Parterne er enige om at afsætte en mindre pulje på 200.000 kr. årligt i overenskomstperioden til, at kompagniskaber kan modtage gratis konfliktmægling hos en uvildig mediator.

2.3 Rekruttering og fastholdelse af læger og aflastning af ældre læger

Manglen på praktiserende læger er særligt udtalt i visse dele af landet, ofte områder som også er karakteriseret ved at have en stor andel af ældre og borgere med mange samtidige kroniske sygdomme.

Parterne er enige om i overenskomsten at skabe incitamenter til at nedsætte sig som praktiserende læge, særligt i de lægedækningstruede områder.

I de fleste praksis har den praktiserende læge mulighed for i nogen grad selv at tilrettelægge sin egen seniorordning gennem anvendelse af vikar og tilrettelæggelsen af arbejdet i klinikken. Den mulighed har læger (og især mindre klinikker) i lægedækningstruede områder oftest ikke

For at undgå at et stort antal praktiserende læger på en gang trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet er parterne enige om at det samtidigt skal gøres attraktivt for de ældre læger at blive nogle ekstra år på arbejdsmarkedet.

På denne baggrund aftales følgende tiltag:

Delepraksisophør og tildeling af ekstra lægekapacitet i lægedækningstruede områder

Med overenskomsten i 2018 blev der indført en ret til at etablere delepraksis i en periode på op til seks år for praksis beliggende i lægedækningstruede områder. Parterne er enige om, at praksisejere, der driver virksomhed i lægedækningstruede områder, i forlængelse af denne seksårige periode, kan få tilført en ekstra lægekapacitet, så driften kan opretholdes på samme niveau, når perioden for delepraksis udløber.

Forlængelse af delepraksis for læger over 62,5 år i lægedækningstruede områder

Læger over 62,5 år[3], der har klinik i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, har ved udløbet af det 6. år efter etablering af delepraksis, ret til at forlænge delepraksis i indtil yderligere 6 år. Ordningen er personlig og kan ikke overdrages til anden part ved videresalg. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen.

Aflastning af læger over 60 år i lægedækningstruede områder ved supervision fra kollega
Læger over 60 år som praktiserer i et lægedækningstruet område, kan indgå aftale med en eller flere andre læger, der i op til 30 dage årligt af 1-2 dage ad gangen, superviserer klinikpersonale og tager sig af akut lægehjælp for praksis, så lægen kan holde fri.

Korttidsansættelse af læger udenfor normering i lægedækningstruede områder
Vikarer kan i henhold til overenskomsten kun bruges som stedfortrædende læger, dvs. de kan ikke arbejde i praksis på samme tid som den faste læge i praksis. Parterne er enige om, at læger, der runder 62,5 år skal kunne ansætte vikarlæger udenfor normering, således at vikaren kan arbejde på samme tid som de i praksis faste læger, som arbejder i en kapacitet i henhold til overenskomsten. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen. Muligheden er kun gældende i lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen. Ansættes en læge i en længere tidsperiode, opfordrer parterne praksis til at registrere lægen som en delelæge, således at lægens navn registreres hos regionen og fremgår af lægevalgslisten som en fast læge praksis.

Ret til at etablere generationsskifteaftale for læger over 62,5 år
Med henblik på at lette praksisoverdragelse har en praktiserende læge fra vedkommende bliver 62,5 års (jf. fodnote 4) ret til at indgå generationsskifteaftale ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet. Efter 2 år skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis. Lægerne kan fortsætte kompagniskabet indtil den ældre læge vælger at lade sig pensionere. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen.

Opsøgende hjælp fra datakonsulenter

---

[3] Pensionsalderen for personer født mellem 1.1 1954 – 30.6.1954 minus 3 år.

Regionerne skal udbyde opsøgende hjælp fra udkørende datakonsulenter til ældre læger, der har behov for sparring og hjælp til nye opgaver og krav. Understøttelsen skal ses i sammenhæng med øvrige udkørende konsulenter.

Modernisering af tutorlægeaftalen
Uddannelse af flere speciallæger i almen medicin er afgørende for den fremtidige lægedækning. For at almen praksis skal kunne tage imod et større antal uddannelseslæger end i dag, er parterne enige om at modernisere turlægeaftalen, hvor der hidtil har været en begrænsning på antal uddannelseslæger pr. lægekapacitet.

Moderniseringen indebærer, at der i lægedækningstruede områder i samme solopraksis og for hver godkendt tutorlæge i et kompagniskab samtidigt kan være tilknyttet to uddannelseslæger i 6- eller 12-måneders forløb, under forudsætning af, at det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse efter en individuel vurdering har fundet det fagligt hensigtsmæssigt, blandt andet ud fra en vurdering af antal tilmeldte patienter i praksis, lokaleforhold og adgang til supervision i dagligdagen. I solopraksis, der er etableret som delepraksis, forudsættes det, at begge læger er godkendte tutorlæger.

Det månedlige honorar for at have uddannelseslæger tilknyttet hæves med 33 %, således at det udgør 9001,13 kr. (apr. 2021-niveau) for tutorlæger i lægedækningstruede områder. Løftet skal understøtte etablering af lokalefaciliteter til ekstra uddannelseslæger, og generelt sikre at det er attraktivt at være tutorlæge i områder med lægemangel.

En revideret tutorlægeaftale er vedlagt i bilag 8.

Forebyggelse af stress-sygemeldinger
Administrationsudvalget har til opgave at administrere de beløb, der i henhold til Overenskomst om almen praksis § 86 indbetales til udvalget. Midlerne skal anvendes til sygehjælp og hjælp til barsel mv. til praktiserende læger, ansatte læger, vagtlæger og vikarer. Administrationsudvalget spiller derfor på flere områder en central rolle i forhold til lægedækning.

Administrationsudvalget har i forlængelse af stigningen i indbetalingsprocenten ved sidste overenskomst i 2019 valgt at dække alle ansatte læger i forbindelse med barsel og sygdom.

Administrationsudvalget har desuden gennem de seneste par år påbegyndt arbejdet med at hjælpe stressramte medlemmer gennem tilbuddet ”kriseramte læger” med henblik på at forebygge og forkorte stresssygemeldinger.

Der er enighed om, at Administrationsudvalget i endnu højere grad skal arbejde med at forebygge stress og sygdom blandt praktiserende læger.

Overenskomstens § 87, stk. 2 ændres, så efteruddannelsesformål udgår af Administrationsudvalgets formålsbestemmelse og erstattes med et formål om, at Administrationsudvalget også skal forebygge sygdom blandt praktiserende læger.

Indbetalingerne til Administrationsudvalget reduceres fremadrettet med det beløb, der hidtil er overført til efteruddannelsesformål svarende til 7,1 mio. kr. (apr. 2021-niveau), mens de midler, der tilgår Efteruddannelsesfonden fra regionen stiger tilsvarende.

Udvidet mulighed for ansættelse af ikke-speciallæger med overstået KBU i almen praksis og andre speciallæger i op til seks måneder
Læger, der som minimum har haft KBU i almen praksis, får med denne overenskomst mulighed for at være ansat i almen praksis i op til 6 måneder som vikar. Det skal fortsat være et krav, at man som klinikejer er speciallæge i almen medicin og er fysisk til stede, når ikke-speciallæger med overstået KBU arbejder i klinikken. En ansat ikke-speciallæge i almen medicin eller en læge med et andet speciale skal således sikres nødvendig supervision i arbejdet og må ikke være eneansvarlig for patienter.

Ændringen medfører desuden, at læger, som er i et andet speciale end almen medicin, kan fungere som vikar i almen praksis i op til seks måneder.

Udvidet muligheder for at andelen af ansatte læger kan udgøre mere end halvdelen af antallet af lægekapaciteter
Med overenskomsten i 2018 blev begrænsningen af andelen af ansatte læger i en praksis fjernet i lægedækningstruede områder. Parterne er nu enige om, at der også i ikke-lægedækningstruede områder kan opstå situationer med behov for at lempe på bestemmelsen om, at antallet af ansatte læger højst må udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter. Derfor åbnes op for, at praksis kan søge

om Samarbejdsudvalgets tilladelse til at besætte mere end halvdelen af lægekapaciteter i en praksis med fastansatte speciallæger i almen medicin.

Deleansættelser mellem hospital og almen praksis
Overenskomst om almen praksis giver i dag mulighed for, at læger der har ansættelse på sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende samtidig kan virke i almen praksis, såfremt der foreligger en dispensation fra samarbejdsudvalget.

Parterne er enige om, at muligheden ikke er kendt, hvorfor man er enige om at udbrede kendskabet hertil, således at almenmedicinske speciallæger, som har ansættelse, fx på et hospital, i større omfang får mulighed for at snuse til arbejdet i almen praksis. Ansættelse i begge sektorer kan ske som led i en generationsskifteaftale eller ved at indgå i delepraksis.

Reduktion af attestarbejde
Almen praksis udfører en del attestarbejde på både beskæftigelsesområdet, det kommunale område og for forsikringsselskaberne.

Parterne er enige om, at der med henblik på at aflaste almen praksis i overenskomstperioden skal ses på, om der er noget af dette attestarbejde, der enten kan organiseres anderledes, bortfalde eller løses udenfor almen praksis.

Afdækning af mulighederne for en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet med lægeattester skal i første omgang ske i regi af den arbejdsgruppe, hvor både Danske Regioner, KL og PLO er repræsenteret, og som regeringen har nedsat med samme formål. Når dette arbejde er afsluttet, vil parterne tage stilling til, om der kan foretages yderligere afdækning af området og i givet fald nedsætte en arbejdsgruppe til formålet.

2.4 Lægers tilstedeværelse i almen praksis

Parterne er enige om, at der bør sikres gennemsigtighed i forhold til hvilke læger der arbejder i klinikken, så de læger der fremgår af lægevalgslisten og praksisdeklarationen også er de læger patienterne skal kunne forvente at møde i klinikken.

Klinikker bør ikke anvende skiftende vikarer, medmindre der er tale om midlertidigt fravær. I lighed med i dag kan Samarbejdsudvalget tage spørgsmål om omfanget af lægers fravær op i udvalget.

Parterne er ligeledes enige om, at en ledig kapacitet maksimalt kan stå ubesat i ét år, inden den skal bemandes af en kompagnon eller en fast ansat læge i henhold til overenskomstens § 20. Det følger allerede af § 15, stk. 1, om ophør i kompagniskab, og ved udvidelse af eksisterende praksis med yderligere kapacitet, tilladelse til delepraksis, eller ved ansat læges ophør i henhold til § 20 stk. 2.

Hvis en kapacitet ikke er besat med en fast læge inden for et år, falder kapaciteten tilbage til regionen. Det tilføjes, at regionen kan beslutte at give dispensation herfra, såfremt der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Parterne ønsker at præcisere, at det ikke er muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Ansvaret for at overenskomsten overholdes, ligger hos den læge, som ejer ydernummeret. Der gives seks måneder efter overenskomstens ikrafttræden til at indrette sig herefter.

Konkrete ændringer i Overenskomst om almen praksis

Tilføjelse til § 11, nyt stk.:
Klinikken skal over for regionen samt i praksisdeklarationen oplyse, hvilke læger der virker fast i klinikken. Det er de navngivne læger, som borgerne skal kunne forvente at møde i klinikken, der skal oplyses om.

Tilføjelse til § 46, stk. 2:
Vikar kan kun anvendes ved midlertidigt fravær som f.eks. sygdom, ferie, efteruddannelse, mv. Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges fravær fra praksis til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

Tilføjelse til § 12, nyt stk.:

Det er ikke muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Ansvaret for at overenskomsten overholdes, ligger hos den læge, som ejer ydernummeret.

Tilføjelse til § 15, stk. 1:
Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdel til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge(r) som søger at få den ledige praksisdel besat med en ny læge inden for en frist på et år. Senest efter et år skal den ledige praksisdel overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 12, eller der skal være ansat en læge i fast stilling i medfør af reglen i § 20. Fristen på et år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til PLO/regionen. Regionen kan beslutte at give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Tilføjelse til § 20, stk. 2:
Ved en læges praksisophør eller på grund af en tilladelse til udvidelse af praksis/ ny tilladelse til delepraksis skal en ledig kapacitet indenfor et år overdrages til en ny læge, eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling. Regionen kan beslutte at give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

3. Udviklingsspor for almen praksis' rolle ved patienter med multisygdom

Program for KOL og diabetes type 2 blev indført i Overenskomst om almen praksis (2018), da parterne havde et fælles ønske om, at almen praksis fremover kan indtage en større rolle i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme bl.a. qua deres unikke kendskab til patientens individuelle behov. Kronikerprogrammet indeholdt et koncept for et udvidet ansvar for KOL- og diabetespatienterne, som bl.a. byggede på efteruddannelse af læge og praksispersonale, kronikerhonoraret, specialistunderstøttelse og en datadrevet populationsbaseret tilgang.

Et naturligt næste skridt er at belyse muligheden for at videreudvikle programmet til fx yderligere at omfatte patienter med multisygdom, som har mindst to samtidige kroniske sygdomme. Der etableres derfor et udviklingsspor med henblik på at afdække, om de faglige og honoreringsmæssige rammer skal justeres eller ændres.

Overenskomstens parter har tidligere aftalt at igangsætte et arbejde med henblik på at fastlægge den fremtidige honorarmodel, der understøtter at en større del af behandling og opfølgning på patienter med komplekse kroniske sygdomme, og ofte stor behandlingsbyrde, skal foregå i det nære sundhedsvæsen med almen praksis som omdrejningspunkt, så patienterne kan mærke større sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Udviklingssporet om patienter med multisygdom forankres i en arbejdsgruppe som skal arbejde med to områder med hvert sit formål:

- Beskrivelse af en tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' tovholderrolle i forhold til patienter med multisygdom (og dermed skabe større sammenhæng for patienten) og eventuelt øvrige faglige aspekter i behandlingen af multisygdom.
- Beskrivelse af honorarmodeller som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen i det nære sundhedsvæsen af patienter med multisygdom og som fremmer sammenhængen mellem patienttyngde og honorering.

Arbejdet kan på begge delområder inddrage relevante erfaringer og studier.

Arbejdsgruppen skal afrapportere til parterne, så resultater kan inddrages i en kommende overenskomstforhandling.

3.1 Beskrivelse af tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' rolle for patienter med multisygdom

Arbejdsgruppen skal sikre, at beskrivelsen omfatter fagligt indhold og relevante metoder med henblik på at skabe en bredt funderet tværsektoriel og samarbejdende tilgang i indsatsen for patienter med multisygdom.

Målet er at finde en velfungerende tilgang til behandlingen af multisygdom, hvor patientens egen læge er en central aktør. Der lægges vægt på, at tilgangen bygger videre på det koncept, som blev implementeret i OK18 om faglig styrkelse af almen praksis' rolle fsva. kronikerbehandling i almen praksis.

Der sigtes mod at aftale de overenskomstmæssige rammer for en yderligere udvidelse af tovholderrolle og opgavevaretagelse for kroniske patientgrupper i næste overenskomstperiode.

Pilotprojekt vedr. fokuseret og tværfaglig indsats for patienter med multisygdom
Som et delelement af ovenstående igangsættes en klinisk indsats i form af et pilotprojekt, der har til formål at belyse effekten af, at almen praksis, kommune og sygehus tilbyder patienter med kompleks multisygdom og stor sygdoms- og behandlingsbyrde en mere fokuseret og tværfaglig indsats. Målet med indsatsen er at højne livskvalitet for patienten, bedre behandlingen, forebygge komplikationer til de kroniske sygdomme og mindske "behandlerbyrden". Det kan betyde, at en større del af behandlingen foregår hos den praktiserende læge og i det nære sundhedsvæsen end det er tilfældet i dag.

De faglige rammer for pilotprojektet er beskrevet i bilag 1.

Der afsættes samlet set en ramme på 24,4 mio. kr. til gennemførelse af projekt finansieret af Fonden for almen praksis. Rammen skal ses i forhold til en forventet målgruppe af patienter på 20.000.

Der indføres en ydelse med et honorar på 967,64 kr. (apr. 2021-niveau), som skal dække den praktiserende lægers tidsforbrug til den beskrevne fokuserede

og tværfaglige indsats. Honoraret dækker gennemførelse af de aktiviteter/patientbehandling, som er forbundet med projektet. Ydelsen bortfalder ved overenskomstperiodens udløb. Regionen afholder den løbende udgift til ydelserne, som Fonden for almen praksis efterfølgende refunderer.

Honorering af de praktiserende lægers deltagelse i multidisciplinær konference over video med relevante specialister på udvalgte hospitaler opgøres i 10 minutters moduler til 161,27 kr. pr. modul (apr. 2021-niveau).

Selve forskningsprojektet som inkluderer ledelse, dataindsamling, dataanalyse og afrapportering gennemføres af Forskningsenhederne under Fonden for Almen Praksis. Forskningsprojektet refererer til Styregruppen for forskning i regi af Fonden for almen praksis. Der nedsættes desuden en følgegruppe bestående af regioner, kommuner, sygehuse og Videncenter for multisygdom. Den forskningsmæssige undersøgelse skal hvile på de foreløbige resultater, som er fundet i studier af behandlingen af patienter med multisygdom i det nære sundhedsvæsen[4].

Det er parternes ønske, at de resultater som kommer ud af forskningsprojektet, kan bidrage til en samlet vurdering af en fremadrettet tilrettelæggelse af behandlingen af patienter med kronisk sygdom og multisygdom i almen praksis.

Der afsættes en samlet ramme over tre år på 4 mio. kr. fra Fonden for almen praksis til forskningsmæssig ledelse og analyse.

Samlet ramme afsat til pilotprojekt (mio. kr., apr. 2021 niveau)

	OK-år 1	**OK-år 2**	**OK-år 3**
Honorering af praktiserende læger	0	9,7	9,7
Honorering for konference med øvrige aktører	0	0,5	0,5
Forskning	1,33	1,33	1,33
I alt	0	12,2	12,2

[4] Birke et al (2020). A complex intervention for multimorbidity in primary care: A feasibility study. Journal of comorbidity. Vol 10: 1:8.

3.2 Beskrivelse af honorarmodeller som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen af multisyge

I OK18 blev indført en øget andel fast honorering ved etablering af kronikerhonoraret.

PLO og RLTN er enige om, at honorarstrukturen generelt skal understøtte en populationsbaseret tilgang til patienten. Målet er at skabe mest mulig sundhed, samt klinisk og patientoplevet kvalitet for borgere, som er tilmeldt i klinikken, og at lægens indsats afspejler den enkelte patients risikoprofil og dermed bidrager til større lighed i sundhed.

Der igangsættes derfor et arbejde vedr. belysning af honorarmodeller, som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen af multisyge med henblik på parternes stillingtagen til, om der skal ske videreudvikling af kronikerhonoraret eller en ny og anderledes model skal indføres. Formålet er at sikre bedre sammenhæng mellem patienttyngde, honorering og populationsomsorg.

4. Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen

Samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og hospitaler er afgørende betydning for et velfungerende nært sundhedsvæsen. Derfor er det væsentligt for parterne at skabe en øget adgang for det kommunale personale til almen praksis.

Det en forudsætning, at den praktiserende læge i kraft af sin rolle som tovholder og patientansvarlig læge sikrer den nødvendige koordination og kommunikation om en patient uanset, om det er med hospitalet eller med det kommunale tilbud. Patienter med behov for sundhedsydelser fra både hospital, almen praksis og kommune skal opleve et sammenhængende sundhedstilbud uanset hvem, der udfører ydelserne. Her er ofte tale om komplekse og/eller sårbare patienter, med behov for ekstra støtte i et forløb på tværs af sektorer. Den praktiserende læge har en nøglerolle i at sikre dette.

Denne aftale understøtter via følgende tre indsatsområder et styrket samarbejde med kommunale funktioner om komplekse eller sårbare patienter.

4.1 Faste læger på plejehjem

Ordningen med faste læger på plejehjem har været rullet ud som en midlertidig ordning siden 2016 ved aftale mellem regeringen, KL, Danske Regioner og PLO. Ordningen indebærer, at beboere kan vælge egen læge, som er fast læge på plejehjemmet. Den fasttilknyttede læge yder almen medicinsk lægehjælp til beboerne, samtidigt med at lægen står til rådighed for personalet på plejecentret med generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejdsmøder ift. sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter. Ordningen har vist gode resultater ift. at sikre tilgængelighed, forbedret medicinhåndtering og kontinuitet i pleje- og behandlingsbehov for plejehjemmets beboere.

Parterne er derfor enige om at gøre ordningen til en permanent del af Overenskomst om almen praksis. I bilag 2 fremgår vilkår og formål i Protokollat om faste læger på plejehjem.

Det er ambitionen, at alle plejehjem så vidt muligt skal have en fast læge tilknyttet. For at øge dækningen til over 80 pct. ved udgangen af 2024 forpligter parterne sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. PLO er er forpligtet til

at arbejde for rekruttering af plejehjemslæger. Plejehjemslæger får en øget andel af ældre, som også har et øget behandlingsbehov, i patientpopulationen. Dette har betydning for den gennemsnitlige udgift pr. patient sammenlignet med øvrige praksis. Der skal tages højde herfor i forbindelse med fastlæggelse af højestegrænser, jf. afsnit 12.5.

Dækningsgraden opgøres som antal plejehjem, som har fast tilknyttet læge, set i forhold til det samlede antal plejehjem. Det er kommunerne, der følger dækningen. Hertil bruges et af parterne udarbejdet skema. Ved udgangen af hvert overenskomstsår drøfter parterne status på udbredelse og dækningsgrad på landsplan.

Idet ordningen i sin helhed gøres til en overenskomstmæssig ydelse, overgår finansieringen af rådgivningsdelen til regionerne.

Parterne er enige om, at udgifterne til honorering af rådgivning og undervisning højst kan udgøre 25,2 mio. kr. årligt ved en dækningsgrad på 80 procent. Ligger udgiftsniveauet højere, indikerer det en forkert dimensionering ift. antal beboere pr. læge, som parterne skal følge op på lokalt. Midlerne ligger uden for økonomirammen. Udgifterne til almen medicinske ydelser til beboerne er indeholdt i rammen.

4.2 Styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner

Med henblik på at styrke den praktiserende læges samarbejde med de kommunale akutfunktioner og sikre lægedækningen til de kommunale akutfunktioner og give plejepersonalet på akutfunktionerne større mulighed for lægefaglig sparring og rådgivning aftales et styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner.

Aftalen skal understøtte:

- at patienter med behov for lægefaglig behandling, mens de er tilknyttet en kommunal akutfunktion, oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet uanset om patienten skal modtage behandling og pleje i eget hjem eller på en kommunal akutplads

- at sundhedspersonalet i kommunale akutfunktioner har mulighed for lægefaglig back up ved akut opstået forværring af en patients tilstand.

- øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og den praktiserende læge.

- forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

- klarhed om placering af det lægelige behandleransvar mellem hhv. almen praksis, vagtlæge/1813 og hospitalet.

- tydeliggørelse af målgruppen for samarbejdet og indsatsen på kommunale akutfunktioner.

- vilkår for honorering samt afgrænsning i forhold til øvrige ydelser i Overenskomst om almen praksis.

Der indføres en ny ydelse, hvor praktiserende læge honoreres for lægefaglig rådgivning og vurdering fra almen praksis eller lægevagt af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden for en patient indenfor målgruppen. Honoraret er fastlagt til 158,61 kr. (apr. 2021 niveau) og kan højst afregnes to gange dagligt.

Protokollat vedr. styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner er vedlagt i bilag 3, hvor målgruppe og ydelsens indhold mv. er beskrevet.

4.3 Sundhedsprofessionel kommunikation

Egen læge og andre aktører i sundhedsvæsnet har i stigende grad brug for at kunne samarbejde og være mere tilgængelige for hinanden for at kunne løse borgerens ofte komplekse problemstillinger. De praktiserende læger fungerer som tovholdere i det nære sundhedsvæsen og koordinerer en samlet og sammenhængende behandlingsindsats for patienterne.

Det er i dette perspektiv, at parterne har indgået aftale om faste læger på plejehjem og aftale om lægedækning af akutfunktioner, jf. afsnit 4.1 og 4.2. For yderligere at løfte tilgængeligheden for kommunerne, samt belyse omfang og karakter af samarbejdet mellem almen praksis og hhv. kommune og andre sundhedsfaglige aktører er parterne enige om følgende:

Analyse af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation
Overenskomstens parter er enige om, at der er behov for effektiv og relevant kommunikation mellem almen praksis og andre sundhedsprofessionelle. Der er brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde og skabe retningslinjer for den sundhedsfaglige dialog, så der etableres faste og smidige procedurer afhængig af den givne kontekst.

Parterne igangsætter en fælles, ekstern analyse. Formålene er følgende:

- Få ryddet ud i uhensigtsmæssig kommunikation og få fastlagt hensigtsmæssige og effektive arbejdsgange.

- Afdække den sundhedsfaglige kommunikation mellem almen praksis, kommuner og andre sundhedsprofessionelle

Analysen tilrettelægges i øvrigt med henblik på følgende:

- At belyse den eksisterende dialog/kommunikation med såvel kommunen som andre sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere ift. relevans og tidsforbrug, herunder at kortlægge typen, antallet og indholdet i korrespondancer til almen praksis, inklusiv afdække hvilken svartid korrespondancerne fordrer.

- At identificere og afdække hvilke behov, der er for samarbejde/kommunikation mellem almen praksis og kommunerne og andre sundhedsprofessionelle samarbejdspartner.

Der foretages en tilretning i læge-/praksissystemerne, som kan belyse og sortere omfanget af korrespondancer til og fra kommunerne og andre sundhedsprofessionelle.

For at understøtte en kvantitativ og kvalitativ afdækning af den sundhedsfaglige korrespondance til og fra almen praksis afsættes 1 mio. kr. fra Fonden for almen praksis' opsparede midler øremærket til ovenfor beskrevne analyse.

Der nedsættes en paritetisk styregruppe bestående af Danske Regioner, KL og PLO, som udarbejder en detaljeret procesplan for afdækningen af den sundhedsfaglige kommunikation.

Styregruppen skal på baggrund af analysen levere en vejledning med anbefalinger til, hvordan der skabes gode rammer for samarbejdet. Der skal tages hensyn til, at kommunikationen medvirker til at skabe sammenhæng for patienten, sikre høj behandlingskvalitet samt sikre effektiv anvendelse af de fagprofessionelles tidsforbrug.

Styregruppen nedsættes ved overenskomstperiodens start og skal afrapportere indenfor det første overenskomstår.

Parterne drøfter herefter generelt analysens konklusioner set i forhold til sammenhængen med den samlede honorarstruktur.

Registrering af kommunikation med kommunerne, jf. overenskomstens § 96
Ved overenskomstens ikrafttræden oprettes en ny ydelseskode for den del af den elektroniske kommunikation, som sendes til kommunerne, jf. overenskomstens § 96, med henblik på at afdække anvendelse af korrespondancer til kommunalt personale.

Økonomi
Parterne er enige om at afsætte 20,2 mio. kr. (april 2021-niveau) til tilgængelighed for kommunerne til almen praksis, som fra overenskomstens start udmøntes på basishonoraret.

Praktiserende læger forpligter sig til at stille bagom-numre til rådighed for kommunalt personale fra kommunernes hjemmepleje, som skal kunne få kontakt til klinikken i akutte tilfælde uden om telefonbetjeningen i dagtid.

Når der foreligger en afrapportering fra analysen ved slutningen af overenskomstens første år, genoptages forhandling om fastsættelse af honoraret for kommunale korrespondancer. Hvis parterne når til enighed om en ny beskrivelse af korrespondanceydelsen på baggrund af fund i analysen, jf. ovenfor, overføres midlerne til ydelsen.

Der er desuden enighed om, at en omlægning af honorarer eventuelt kan suppleres ved forhandling indenfor eksisterende økonomi under Overenskomsten.

4.4 Uddannelse af sygeplejersker i almen praksis

Der er brug for flere sygeplejersker, som kan arbejde selvstændigt i almen praksis. Parterne er derfor enige om at anbefale en for den praktiserende læge frivillig ordning, hvor almen praksis kan tilbyde sig som praktiksted for sygeplejerskestuderende på sygeplejerskeuddannelsen.

I almen praksis kan de studerende få et indblik i forebyggelse og behandling ud fra et helhedssyn fx i forhold til borgere med mange diagnoser og psykisk syge, og opnå viden og kompetencer i forhold til tværsektorielt samarbejde. Noget særligt ved praktik i almen praksis vil være et højt krav til selvstændighed, fx gennemfører sygeplejersker ofte selvstændige konsultationer.

Praktik i almen praksis kan dermed bidrage til at opøve kvalifikationer og forståelse for almen medicinske kompetencer, som er afgørende for at sikre udvikling og vækst af det nære sundhedsvæsen fremover.

5. Lægevagten

Sundhedsstyrelsen har i oktober 2020 udsendt nye anbefalinger for organiseringen af den akutte sundhedsindsats, hvilket også omfatter nye anbefalinger for lægevagten og samarbejde med de øvrige regionale og kommunale akuttilbud. Overenskomstens parter er enige om, at de regionale parter primo 2022 går i dialog om behovet for en modernisering af lægevagten, herunder evt. opdateringer af lægevagtsaftalerne med inddragelse af Sundhedsstyrelsen anbefalinger. Drøftelserne forventes afsluttes inden udgangen af 2022.

5.1. Honorarstruktur i lægevagten

Parterne vurderer, at der er behov for en omlægning af honorarstrukturen for telefonvisitation i lægevagten.

Parterne er derfor enige om, at der fremadrettet skal være det samme telefonvisitationshonorar, uanset om borgeren afsluttes telefonisk eller visiteres til videre forløb. Derudover er der enighed om, at der indføres et nyt honorar for telefonvisiitation fra kl. 24 til 08, en såkaldt C-vagt.

Honoraret for telefonkonsultation vil fremadrettet være:

- A-vagt: 72,13 kr. (april 2021)
- B-vagt: 94,18 kr. (april 2021)
- C-vagt: 100,89 kr. (april 2021)

Omlægningen er samlet set økonomineutral. Honoraret for konsultation og sygebesøg er uændret mellem kl. 24 og 08.

Parterne opfordrer derudover til, at man i regioner med lægevagtsordninger går i dialog om at afprøve alternative honoreringsformer, der skal understøtte en balanceret og rimelig honorering på tværs af lægevagten, så der ikke er lægevagter, som har en meget høj eller meget lav honorering på enkelte vagter

6. Digital tilgængelighed

6.1 Videokonsultation

Der indføres en ydelse for planlagt videokonsultation, hvor lægen/praksispersonalet visiterer og fastsætter tidspunktet for videokontakten, som erstatter en fysisk konsultation i klinikken eller et sygebesøg. Det vil typisk være en opfølgende konsultation på en kendt problemstilling men kan også være en indledende, afklarende samtale om et konkret problem, jf. bilag 4.

Videokonsultation vil, hvor det har et konkret formål, kunne anvendes til samtaleterapi (6101) og årskontrol (0120) med tilsvarende honorar. Dette gælder, hvis patienten på grund af særlige praktiske, fysiske eller psykiske problemstillinger kun meget vanskeligt kan møde op i klinikken. Årskontrol forudsætter oftest relevante parakliniske undersøgelser, som i disse særlige tilfælde bør tilbydes udført i hjemmet.

Videoløsninger i lægevagten

Parterne er enige om, at der i alle regioner indføres permanente videoløsninger i lægevagten i den kommende overenskomstperiode. Formålet er at forbedre tilgængeligheden for borgerne via videokonsultation og reducere antallet af sygebesøg, der foretages af lægevagten, hvis en problemstilling i stedet for kan håndteres forsvarligt via en videoløsning.

Videokonsultation i lægevagten er som udgangspunkt forvisiteret i lighed med en almindelig fysisk konsultation i lægevagten. Det bør være muligt for vagtlægen under en telefonkonsultation at foreslå en videoløsning, hvis lægen vurderer, at der er faglig indikation herfor.

Løsningerne skal være it-sikre, moderne og overholde gældende lovgivning, herunder GDPR.

I forbindelse med introduktion til lægevagten undervises vagtlægerne i brugen af IT-udstyr i lægevagten herunder udstyr/teknik til videokonsultation.

6.2 Videokonference

En planlagt videokonference er et møde mellem lægen og andre sundhedsprofessionelle aktører på hospitalerne, speciallægepraksis og /eller i kommunerne og evt. patienten omhandlende konkrete patientforløb, primært med koordinerende og/eller rådgivende formål.

Formålet er at skabe et rum for samtale mellem eksperterne på hospitalet – på tværs af afsnit – egen læge og støttefunktioner i kommunerne. Dette kan understøtte sammenhæng i behandlingen, når en patient har kontakter i flere sektorer.

Hospitalerne skal, hvor det er relevant, understøtte de praktiserende læger med specialistrådgivning. Praktiserende læger skal, hvor det er relevant, understøtte det kommunale personale i deres opgavevaretagelse for at skabe så smidige forløb for patienten som muligt. Det gør sig særligt gældende for patientgrupper med mange og komplekse problemstillinger

Parterne er enige om at gøre det muligt at afholde virtuelle koordinerende møder, hvor patienten også kan være tilstedeværende, såkaldte videokonferencer dagtid. Praktiserende læger honoreres i tidsmoduler á 160,57 kr. (april 21-niveau) for 10 minutter i dagtid.

Anvendelse af video til henholdsvis konsultation og konference er beskrevet i bilag 4, herunder rammerne for afholdelse af videokonference.

6.3 Aftalt telefonkonsultation

Som et supplement til indførsel af videokonsultation i almen praksis er parterne enige om, at praksis, som har taget videokonsultationer i brug, har mulighed for at tilbyde aftalte telefonkonsultationer i henhold til bestemmelserne nedenfor.

Telefonkonsultation er relevant, hvor der er behov for en lægefaglig vurdering eller opfølgning, og hvor fysisk undersøgelse ved konsultation eller sygebesøg ikke er nødvendigt.

Aftalte telefonkonsultationer skal altid anvendes som et sekundært alternativ til en videokonsultation. Det betyder, at når borgere ønsker, at en konsultation skal gennemføres digitalt, og lægen vurderer, at det er relevant, skal borgere først

tilbydes en videokonsultation. Hvis videokonsultation ikke er muligt for borgeren, kan borgeren tilbydes en aftalt telefonkonsultation.

Da der er tale om et sekundært alternativ til videokonsultation, forventer parterne at omfanget af aftalt telefonkonsultation skal have et væsentligt mindre omfang end videokonsultationer.

Aftalt telefonkonsultation kan alene ydes af lægen.

Den aftalte telefonkonsultation skal være visiteret og kalendersat på forhånd, på samme måde som en fysisk eller videokonsultation. Aftalt telefonkonsultation kan ikke anvendes ved såkaldte "drop-in" tider, hvor borgeren tilbydes konsultation uden tidsbestilling.

En telefonisk henvendelse fra borgeren, hvor der ydes lægelig behandling, rådgivning eller vejledning, og som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt takseres som almindelig telefonkonsultation (ydelse 0201). Det samme gør sig gældende, hvor lægen hurtigt ringer tilbage, eller borgerens henvendelse viderestilles direkte til lægen.

Muligheden for aftalt telefonkonsultationer ændrer ikke ved, at klinikken så vidt muligt skal imødekomme borgerens behov ved første kontakt til klinikken.
Det er derfor forventningen, at der ikke er flere borgere end hidtil, som bliver visiteret til en konsultation senere samme dag som følge af indførsel af den aftalte telefonkonsultation.

Målgruppe

Målgruppe for en aftalt telefonkonsultation er borgere, som ikke har adgang til videoudstyr, eller som ikke har mulighed for at gennemføre en videokonsultation, som følge af at de ikke har NEM-id og ikke kan assisteres af pleje- eller sundhedspersonale.

Aftalt telefonkonsultation kan ikke anvendes til kommunikation mellem praktiserende læge og kommunalt pleje- og sundhedspersonale, uagtet at samtalen omhandler konkrete patientforløb på vegne af patienten. Der skal i de situationer anvendes videoløsning, hvilket eksempelvis kan være app'en "Kontakt Læge".

Honorar

Ydelsen Aftalt telefonkonsultation honoreres med kr. 117,43 (april 2021)

Ydelsen er en grundydelse og er inkluderet i kronikerhonoraret, dvs. en ydelse der registreres, men hvor afregning finder sted via kronikerhonoraret.

Parterne er enige om, at nedenstående tillægsydelser kan udføres i forbindelse med Aftalt telefonkonsultation:

- XXXX: Ny ydelse for Instruktion i brug af kliniske skemaer
- 2149: Diagnostik, udredning og opfølgning ved anv. af fagligt anerkendte psykometriske tests
- 2161: Tillæg ved ydelse af lægehjælp, hvor der anvendes kvalificeret tolk.
- 2401: Tillæg ved behandling af personer, som ikke er tilmeldt en læge
- 2402: Tillæg ved behandling af personer, som ikke er tilmeldt en læge

Økonomi

Da ydelsen Aftalt telefonkonsultation erstatter andre former for konsultation, forventes det ikke at medføre merudgifter for sektoren som helhed.

Parterne er enige om, at der kan forventes en aktivitet inden for den eksisterende økonomi på op til 130 millioner kroner (april 2021) årligt, hvilket svarer til 1,5 ydelse pr. lægekapacitet pr. dag.

Det er parternes forventning, at behovet blandt borgerne for aftalt telefonkonsultation vil være dalende over tid, da borgere løbende vil få nemmere adgang til videoudstyr.

Derudover implementeres et individuelt aktivitetsloft på ydelsen. Regionen stiller kvartalsopgørelser på ydelsens anvendelse til rådighed for lægerne, så de løbende kan følge eget aktivitetsniveau.

Klinikker som har et forbrug af ydelsen, som overstiger den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for regionen med 25% eller derover, får fastsat en automatisk højestegrænse på +25 %, jf. Overenskomstens § 88.

Opsigelsesmulighed
Parterne er enige om, at man følger udviklingen i brugen af ydelsen nøje. Såfremt én af parterne finder, at ydelsen ikke anvendes i henhold til det aftalte, f.eks. hvis det viser sig en udvikling med en uhensigtsmæssig forhold mellem aftalt telefonkonsultation og videokonsultation, kan muligheden under overenskomstperioden opsiges med tre måneders varsel.

7. Nye løsninger til effektiv populationsomsorg

Parterne er enige om, at almen praksis kan udøve effektiv populationsomsorg ved fremsøgning af specifikke patienter og patientgrupper, som har gavn af særlige tiltag fra almen praksis. Parterne er desuden enige om, at populationsomsorg også kan løftes som en del af kvalitetsudviklingen i klinikken og i klyngerne, hvor de samme 'data-redskaber' bringes i spil ift. at sætte fælles mål om fx nedbringelse af genindlæggelser og nedbringelse af farlige medicinkombinationer hos udvalgte patientgrupper. Løsningerne skal udvikles på en måde, så de understøtter det tværsektorielle samarbejde om fælles patienter.

Der kræves en ny type systemunderstøttelse i almen praksis for at understøtte ambitionen om, at almen praksis i fremtiden i langt højere grad kan agere proaktivt overfor udvalgte sårbare patientgrupper, støtte op om nationalt aftalte indsatser og skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling baseret på patientdata.

Derfor igangsættes arbejdet med at implementere et 'patientcockpit', der skaber overblik og giver beslutningsstøtte til den konkrete patientbehandling, og en dataplatform til populationsfremsøgninger af udvalgte patientgrupper.

De nye løsninger skal understøtte arbejdsgangene i almen praksis og hænge tæt sammen med klinikkernes journalsystemer.

Løsningerne skal desuden sikre, at der kan stilles anonymiserede datarapporter til rådighed for klyngerne, så der sikres sammenhæng til det nuværende kvalitetsarbejde.

Regioner, kommuner og staten skal efter aftale med PLO, udvalgte klinikker eller en/flere klynger kunne få adgang til aggregerede og anonymiserede datarapporter på udvalgte indsatsområder, der understøtter det tværsektorielle samarbejde om fælles patienter. Nogle typer af datarapporter vil ikke være relevant alle steder, og andre vil have karakter af standardrapporter, fordi de altid vil være relevante. Fælles for de to typer rapporter er, at indholdet – dvs. de konkrete indsatsområder og indikatorer – skal aftales mellem parterne.

Sygehuse og kommuner skal, efter aftale med lægen, kunne få en kiggeadgang til patientcockpittet til brug for fx fælles udskrivningskonference eller assisterede videokonsultationer med én eller flere sundhedspersoner om en konkret patient.

I overenskomstperioden udvikles og implementeres således følgende løsninger:

- **Platform til populationsfremsøgninger**
  Der etableres en dataplatform på tværs af lægepraksissystemerne til fremsøgninger og visualiseringer af patientpopulationen. Adgang til dataplatformen skal ske via eget journalsystem og give klinikken de nødvendige digitale værktøjer til at opspore de sårbare og syge patienter i egen populationen og målrette indsatserne. Dataplatformen anvender egne klinikdata til aggregerede oversigter, ydelsesdata leveret fra regionerne og andre typer eksterne data, som fx aktivitetsdata fra sygehuse og kommuner.

- **Datarapporter til klynger**
  For at sikre sammenhæng til kvalitetsarbejdet i klyngerne skal dataplatformen kunne anvendes af lægerne til at fremsøge patientpopulationer på klyngeniveau samt øvrige relevante niveauer og fleksibelt kunne danne de kvalitetsrapporter, der efterspørges i klyngen. For at dette kan lade sig gøre, skal der bl.a. skabes en integration til de systemer, som i dag anvendes i almen praksis, så det er muligt at gå fra en indsats i klyngen, til at lægen kan fremfinde egne patienter. Endvidere skal løsningen samtænkes med funktionaliteter, der udvikles i KiAP til at understøtte klyngesamarbejdet, så der sikres samspil herimellem.

- **Regional og kommunal adgang til platform med aggregerede og anonymiserede populationsrapporter**
  Der skal skabes regional adgang til aftalte online datarapporter på platformen i aggregeret og anonymiseret form, som giver synlighed om realisering og effekt af aftalte indsatser og KPI'er i almen praksis. Den aggregerede og anonymiserede adgang skal kunne anvendes efter aftale med klinikkerne eller klyngerne til at understøtte samarbejdet om fælles indsatser, sådan at man kigger på de samme opgørelser.

- **Patientcockpit i journalsystemerne**
  Lægen har brug for et patientcockpit, der giver et fokuseret blik på patienten sammen med relevant beslutningsstøtte. Data i cockpittet er bl.a. et udsnit af eksisterende data i lægesystemerne (fx medicin, diagnoser, lab og aktivitet), men i lige så høj grad data fra eksterne kilder som fx sygehuse, LPR3 og kommuner, der fortæller noget om patientens samlede situation, adfærdsmønster i sundhedsvæsenet og hjælper lægen i rollen som tovholder på patientens samlede behandlingsforløb. Cockpittet er derfor et værdifuldt værktøj for at kunne lave en nyttefuld indsats og forbedre outcome for den enkelte patient, der har et stort træk på sundhedsvæsenets ressourcer.

  Patientcockpittet skal kunne anvendes i det tværsektorielle samarbejde om sårbare og komplekse patienter således at de relevante sundhedspersoner, som har patienten i behandling, kan få et samlet overblik over patientens situation. Almen praksis skal derfor efter aftale kunne give teknisk kiggeadgang til patientcockpittet til personale på sygehuset og kommunen for at understøtte dialog og samarbejde omkring den konkrete patient.

Hovedleverancer og tidsplan
De nye løsninger skal drage fordel af de eksisterende it-løsninger og kommende nationale løsninger og derfor hænge tæt sammen med journalsystemerne i almen praksis som klinikkernes primære arbejdsredskab, det kommende fælles diagnosekort og nationale løsninger som fx FMK og det Samlede Patientoverblik. Almen praksis skal desuden have adgang til at kunne trække på data fra nationale registre, i første omgang data fra sygesikringsregisteret, for at give ekstra værdi til den nye dataplatform til populationsomsorg.

Projektet starter med en modenhedsanalyse, gennemført af MedCom, til at vurdere bl.a. kvaliteten af eksisterende data i journalsystemerne i almen praksis som grundlag for etablering af patientcockpittet og dataplatformen. Resultaterne fra MedComs arbejde med et hurtigt patientoverblik i lægepraksissystemerne indgår også i den videre planlægning.

På baggrund af modenhedsanalysen mv. udarbejdes en samlet plan for løsningerne, sådan at projekterne igangsættes fra august 2022.

Det forventes at den første version af patientcockpittet kan være tilgængelig for alle klinikker ved udgangen af juni 2023.

Finansiering og governance for udvikling og efterfølgende drift af løsningerne følger de generelle principper og aftaler mellem PLO, Danske Regioner og Sundheds-og Ældreministeriet om udvikling og drift af it-løsninger i almen praksis.

8. Digitalisering og data

8.1 Digitalt udviklingsspor

Teknologi og digitale løsninger er en integreret og naturlig del af hverdagen i almen praksis. Danmark ligger helt i front, når det gælder udbredelsen af eHealth i almen praksis[5]. Udviklingen på det digitale felt går stærkt, og hvis Danmark skal bevare sin førerposition, kræver det et vedvarende højt fokus og investeringer. Samtidig er det vanskeligt at forudsige, hvordan teknologien vil udvikle sig – selv set over en kortere årrække. Parterne er derfor enige om, at udviklingen ikke må bremses eller begrænses af rytmen i overenskomstforhandlingerne, men at der skal skabes rum til løbende at søge inspiration og udvikle, afprøve og udbrede nye teknologiske og digitale løsninger i almen praksis.

Parterne er enige om at etablere et digitalt udviklingsspor, der kan støtte op om udviklingen på data- og digitaliseringsområdet i almen praksis og igangsætte konkrete innovative tiltag.

Derudover skal udviklingssporet sikre, at parterne i fællesskab bliver klogere på og sikrer realiseringen af, hvordan der kan ske udvikling i almen praksis på det digitale område. Fokus er særligt på nye løsninger, der kan understøtte behandlingen og skabe en bedre service for borgerne.

Udviklingssporet forankres i et nyt partsforum for Data og Digitalisering i tilknytning til det eksisterende partssamarbejde mellem PLO og RLTN. Det nye forum får til opgave at:

- Følge udviklingen på data- og digitaliseringsområdet i almen praksis bredt set, bl.a. med afsæt i 'porteføljen 2022-2024' og ved inddragelse af relevant international inspiration.

- Drøfte og vurdere værdien af og omkostningerne ved udvikling og implementering af nye tværgående it-løsninger, som involverer almen praksis.

[5] Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners, 2018.

- Træffe beslutning om nye digitale udviklingsprojekter eller videreudvikling af eksisterende it-løsninger i almen praksis, som forummet selv finansierer via sin egen bevilling eller it-projekter med et udpræget tværsektorielt sigte.

- Projektejer af følgende fælles it-projekter:

    - Patient Cockpit og dataplatform til populationsomsorg (jf. afsnit 7 i aftalen)
    - Borgernes data (jf. afsnit 8.3 i aftalen)

- Træffe retningsgivende og principielle beslutninger for de ovennævnte projekter fx, hvordan den efterfølgende drift finansieres samt tilsvarende beslutninger for øvrige it-projekter, som dette forum måtte sætte i værk.

- Fungere som partsforum for øvrige data og digitaliserings tiltag aftalt mellem overenskomstens parter.

Det nye forum og dets udviklings- og innovationsspor støttes med midler fra Fonden for Almen Praksis. Der afsættes i alt 15,4 mio. kr., hvoraf en andel målrettes realisering af projektet "Patientcockpit og dataplatform for populationsomsorg" og initiativer, der understøtter "Borgernes data". Forummet kan desuden disponere midlerne til øvrige relevante aktiviteter i perioden. De faktiske udviklingsomkostninger for de fremhævede projekter kendes endnu ikke. Det nye partsforum præsenteres løbende for projektoplæg, og på denne baggrund bevilliges midlerne fra puljen.

Det nye partsforum mødes 2-4 gange årligt og betjenes, ligesom det generelle partsforum, af Danske Regioner og PLO i fællesskab.

Ansvar for realisering af de konkrete indsatser, som partsforum træffer beslutning om, forankres i Styregruppen for Digital Almen Praksis. Projektleder er som udgangspunkt MedCom, men der kan træffes beslutning om en anden projektledelse for en konkret indsats, hvis dette vurderes som relevant. Med forankringen i Styregruppen for Digital Almen Praksis sikres relevant koordination og håndtering af afhængigheder til andre igangværende udviklingsprojekter.

Der evalueres og gøres status forud for næste overenskomstforhandling.

8.2 Drift og forvaltning af it-løsninger i almen praksis

Almen praksis har i de senere år – i lighed med det øvrige sundhedsvæsen – oplevet en betydelig udvikling på it- og dataområdet. Udviklingen sigter dels på at øge den digitale understøttelse af arbejdet i klinikken og kommunikationen med patienterne, dels på forbedringer af det tværsektorielle samarbejde, kommunikation og indfrielse af krav om øget indberetning af data. Udviklingen har medført en væsentlig stigning i antallet af it- og dataprojekter, som almen praksis er involveret i. Denne udvikling medfører et voksende behov for en fælles udvikling, drift og forvaltning af løsninger i almen praksis, som går på tværs af de nuværende systemleverandører og abonnementsbetalinger for den enkelte praksis.

Det er som udgangspunkt sektorens eget ansvar at sikre en professionel og effektiv drift på digitaliseringsområdet og træffe beslutninger om organisering af denne. Det er klinikkerne selv, som indgår aftaler med den it-leverandør (systemhus), de ønsker at benytte. Det generelle princip er, at almen praksis som selvstændige virksomheder selv finansierer deres it-drift. Da almen praksis i perioden står overfor en uforholdsmæssig stor stigning i driftsomkostningerne, er parterne dog enige om at yde et tilskud på 15,4 mio. kr. i OK-år 1, 18,7 i OK-år 2 og OK-år 3 18,7 mio. kr. til at understøtte udviklingen. Tilskuddet målrettes en større portefølje af it-projekter og digitaliseringstiltag, der over de kommende tre år skal udvikles, implementeres og driftsfinansieres.

PLO forvalter porteføljen på vegne af almen praksis og vil halvårligt præsentere status og fremdrift for det i OK21 aftalte partsforum for Data og digitalisering. Derudover præsenteres Fonden for Almen praksis en gang årligt for et revisionspåtegnet regnskab, der viser anvendelsen af tilskuddet. Evt. uforbrugte midler ved afslutningen af overenskomstperioden returneres til Fonden for almen praksis.

8.3 Borgernes adgang til egne sundhedsdata

Borgerne skal nemt og smidigt kunne tilgå egne data fra almen praksis.

Parterne er enige om i løbet af den kommende overenskomstperiode at udstille flere strukturerede data fra almen praksis via den nationale infrastruktur som et

supplement til eksisterende data fra almen praksis, som allerede udstilles for borgerne og andre sundhedsprofessionelle på sundhed.dk.

Det kommende arbejde tilrettelægges i flere faser gennem overenskomstperioden:

- I første omgang gøres patientens bookede aftaler og lokale prøvesvar tilgængelig
- Dernæst skabes bedre adgang til de kroniske patienters forløbsplansdata
- Efterfølgende gøres patienternes diagnoser tilgængelig.
- Hernæst gøres yderligere strukturerede data fra almen praksis, som ikke allerede er udstillet på sundhed.dk, tilgængelige. Det kunne fx være patienternes svar på spørgeskemaer, gennemført via WebPatient-løsningen.

PLO udvikler i overenskomstperioden en digital løsning i Min Læge app'en, der understøtter en let adgang for borgeren til egen journal.

8.4 MinLæge-appen

Min Læge-appen blev lanceret i februar 2019 og er siden videreudviklet i et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, PLO og Danske Regioner. Appen tilbyder patienterne en mobil adgang til almen praksis og de e-ydelser som klinikkerne er forpligtet til at tilbyde patienterne (e-konsultation, tidsbestilling og receptfornyelse) jf. overenskomsten §45 stk. 3. Herudover tilbyder appen adgang til videokonsultation med egen læge, og nye funktioner vil blive tilføjet de kommende år.

PLO og RLTN er enige om, at MinLæge-appen er den primære mobile og fælles indgang til almen praksis, og at de nævnte e-ydelser fuldt og helt sidestilles med klinikkernes egne hjemmesider, hvorfra patienterne også fortsat skal have adgang til disse funktioner.

Min Læge appen vil blive videreudviklet i de kommende år i et tæt samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og øvrige parter. Et vigtigt fokusområde i den forbindelse er at få skabt endnu større integration mellem klinikkernes it-systemer og appen, så klinikkerne og systemhusene får øgede muligheder for at bidrage konstruktivt til appens fremtidige funktioner.

Et andet fokusområde er den patientrettede del, hvor videreudviklingen afstemmes med bl.a. Min Sundhed appen med henblik på at sikre sammenhæng set fra borgerens perspektiv, udnytte mulige synergier samt undgå unødig dobbeltudvikling.

8.5 Digital telefonbog

PLO planlægger at etablere en basis-infrastruktur – en 'digital telefonbog' – til at understøtte udveksling af fx bagom-telefonnumre, fraværsoplysninger og EDI-lokationsnumre. Telefonbogen skal integreres med lægens praksissystem, bidrage til hurtigere og præcis kontakt mellem sundhedspersoner og via teknisk synkronisering nedbringe antallet af steder, hvor klinikken i dag vedligeholder de samme kontakt- og fraværsoplysninger – fx på sundhed.dk.

De praktiserende speciallæger inviteres med i løsningen, fordi de benytter de samme systemhuse og fordi udvekslingen af denne type oplysninger er efterspurgt blandt de to ydergrupper. Der tages desuden kontakt til kommunerne, med henblik på at kan de bruge den digitale telefonbog til at modtage – direkte i deres EOJ-systemer – adviseringer om fx lægernes fravær, navn og telefonnummer på lægens afløser.

PLO og RLTN er i forlængelse af ovenstående enige om at arbejde for, at sygehusenes primære kontakttelefonnumre bliver gjort nemmere tilgængelige for de praktiserende læger i løbet af overenskomstperioden.

9. Forsøgsordning vedr. klinisk ultralyd i almen praksis

Med det formål at bidrage til forbedret diagnostik, rettidig visitation og øget kvalitet i beslutninger om behandlingen, er parterne enige om at etablere et forskningsprojekt om brug af ultralyd som støtteværktøj i almen praksis i forlængelse af den objektive undersøgelse.

Forskningsprojektet skal ses som en naturlig følge af, at teknologien forbedres, priserne på apparatur er faldet, og at praktiserende læger begynder at få gode systematiske erfaringer med brug af ultralyd i almen praksis. Desuden bidrager ultralyd til at gøre specialet i almen medicin mere attraktivt.

Ultralydsundersøgelsen er en lægeforbeholdt ydelse og forudsætter relevant uddannelse i brugen af ultralyd.

Parterne er enige om at igangsætte et treårigt storskalaprojekt om brug af ultralyd i almen praksis.

Økonomi vedr. projektets gennemførelse
I projektet indgår 250 læger fordelt geografisk jævnt og på tværs af alle landets regioner.

Med afsæt i forskning på området, herunder real-life studier, estimeres det, at en praktiserende læge i gennemsnit vil foretage i omegnen af 150 ultralydsskanninger årligt. Honoraret pr. skanning fastsættes til 262,37 kr. (apr. 2021 niveau). Honoraret er et tillæg til den almindelige konsultationstakst.

Praktiserende læger, der ønsker at blive en del af forskningsprojektet, kontakter den forskningsenhed, som er tovholder på projektet. Forskningsenheden udarbejder en samlet liste over deltagende læger. Hvis flere end 250 læger ønsker at deltage, udvælges lægerne med henblik på at sikre en geografisk spredning på tværs af regionerne og læger, som praktiserer længst væk fra speciallæge/sygehus med mulighed for ultralyd prioriteres først. Forskningsenheden sender listen over tilmeldte læger til hver af de fem regioner og til PLO. Deltagelse i projektet indebærer, at lægen stiller relevant data om brug af ultralyd i almen praksis til rådighed for forskningsprojektet.

PLO-Efteruddannelse har allerede etableret et efteruddannelsestilbud, som gruppen af praktiserende læger, der indgår i forskningsprojektet, kan deltage i. Det er som udgangspunkt obligatorisk for de praktiserende læger at deltage i undervisningen, medmindre lægen kan dokumentere at have gennemført anden relevant uddannelse i anvendelsen af ultralyd.

Ydelseshonorar til ultralydsundersøgelserne afsættes som en særskilt pulje, der ikke indgår i den samlede økonomiramme for almen praksis. Regionen afholder den løbende udgift til ydelserne, som Fonden for almen praksis efterfølgende refunderer. Fonden finansierer ligeledes kursusudgifter, tabt arbejdsfortjeneste og transport for læger, der skal deltage i efteruddannelsestilbud om klinisk ultralyd fra PLO-Efteruddannelse i henhold til aftalte satser for selvvalgt efteruddannelse. Projektudgifter i forbindelse med lægernes bidrag til forskningsprojektet finansieres ligeledes af en særskilt afsat pulje af Fonden for almen praksis.

	1. OK år	**2. OK år**	**3. OK år**
Deltagende læger	250	250	250
Antal ydelser pr. læge	150	150	150
Økonomi i alt (mio. kr., apr. 21)	9,9	9,9	9,9

Forskning
Parterne er enige om, at der iværksættes et forskningsprojekt ved de almen medicinske forskningsenheder om klinisk ultralyd. Projektet skal bl.a. fokusere på den kliniske værdi for lægens undersøgelse og betydninger for det samlede patientforløb.

Forskningsprojektet skal afdække i hvilke situationer og forløb ultralyd er særligt velegnet som støtteværktøj i almen praksis. Formålet er, at parterne inden næste overenskomstperiode kan tage stilling til, om ultralyd bør indføres permanent i almen praksis.

Udgifter til forskningsprojektet finansieres af forskningsenhedernes grundbevilling.

10. Kvalitet, forskning og efteruddannelse

Et afgørende element i udviklingen af almen praksis er en fortsat styrkelse af forsknings-, kvalitets- og efteruddannelsesområdet. Konkret ønsker parterne med afsæt i Fonden for almen praksis at styrke det enkelte område såvel som sammenhængen mellem områderne under en fælles organisering.

Aftalen om et nyt Kvalitetsprogram i almen praksis fra OK18 har vist sig holdbar og perspektivrig. Kvalitetsarbejdet i klynger er fagligt meningsfuldt for lægerne, og opbakningen er stor til den selvvalgte kvalitetsindsats. Erfaringerne fra første runde viser behov for, at klyngerne understøttes mere med administrative løsninger, så klyngerne kan fokusere på faglige problematikker og drøftelser.

Nedenfor gennemgås ændringer indenfor kvalitet, forskning og efteruddannelse i overenskomstperioden.

10.1 Fonden for almen praksis

Ved seneste overenskomst blev parterne enige om at styrke sammenhængen mellem forskning, efteruddannelse og kvalitet. Dette har haft en positiv effekt, og sigtet er med denne aftale fortsat at styrke synergien mellem områder ved at ændre strukturen i Fonden for almen praksis. For alle tre områder gælder, at fondsbestyrelsen er ansvarlig for den overordnede faglige udvikling.

Der etableres tre styregrupper for hvert område under fonden. Det medfører bl.a. at parterne nedlægger Fagligt Råd ligesom programbestyrelsen for KiAP nedlægges. Fondsbestyrelsen får fremadrettet ansvaret for at udstikke de overordnede rammer for indsatsen med kvalitet, efteruddannelse og forskning i almen praksis, herunder organisering, finansiering og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen.

Omlægningen er beskrevet i bilag 5.

10.2 Forskning

Forskning skal være klinisk relevant for den enkelte læge og forankret i praksis. Indsatsen styrkes konkret ved den ændrede organisering under Fonden for Almen Praksis med en nyetableret styregruppe for forskning, som bidrager til en

øget koordinering mellem områderne. Fokus i indsatsen skal fortsat være praksisforankret forskning til gavn for patienter, sundhedsprofessionelle og det tværsektorielle samarbejde.

Parterne er enige om, at Fagligt Råd nedlægges, som konsekvens af etableringen af en ny styregruppe for forskning. Styregruppen har bl.a. til opgave at følge og sikre praktisk og konkret implementering af de i overenskomstaftalen besluttede forskningsprojekter. Regionernes indbetalinger til Fagligt Råd ophører, svarende til 1,9 mio. kr. årligt. Der skal fortsat indbetales 0,35 kr. pr. patient (april 2021-niveau) til DSAM til udarbejdelse af kliniske vejledninger.

Det er vigtigt for fagets udvikling, at der er stærke forskningsmiljøer i alle dele landet. Parterne er enige om, at der i forbindelse med etablering af medicinske uddannelser i Køge og Esbjerg oprettes to nye satellitenheder under forskningsenhederne i København og Odense. Fonden for Almen Praksis finansierer i overenskomstperioden driften af forskningsenheden i Ålborg. Som følge heraf afsætter Fonden yderligere 12,0, 15,0 og 18,0 mio. kr. i hhv. OK-år 1, 2 og 3 til finansiering af etablering og drift af disse enheder - udover de tre forskningsenheder, som i forvejen finansieres i medfør af overenskomsten.

10.3 Kvalitet i almen praksis

Med afsæt i Kvalitetsprogram for Almen Praksis (KiAP) og de gode erfaringer med kvalitetsarbejde i klynger, er parterne enige om at fortsætte arbejdet med at udvikle rammerne for systematisk kvalitetsudvikling i almen praksis.

Visionerne for kvalitetsarbejdet i OK-18 ses fortsat som pejlemærker:

- At arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger,
- At kvalitetsarbejdet opleves relevant og praksisnært,
- At den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik,
- At kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.

Kvalitetsarbejdet i klyngerne er kommet godt i gang, hvorfor parterne er enige om at fortsætte det datadrevne kvalitetsarbejde med afsæt i erfaringerne og

nyeste viden om klyngearbejdet. Som led heri er der behov for, at klyngearbejdet skal suppleres af og koordineres med nationale kvalitetstiltag, hvor man mere overordnet kan følge og i højere grad vurdere kvaliteten af dansk almen praksis.

En vigtig erfaring fra opstarten af klyngearbejdet er, at datadelen af kvalitetsindsatsen skal opprioriteres og systematiseres yderligere. Adgang til relevante og operationelle data til kvalitetsarbejdet er helt afgørende – både på nationalt -, klynge- og klinikniveau. I OK-18 aftalte parterne en milepælsplan, som skulle bidrage til at sikre de nødvendige rammer for og leverancer af data. I forlængelse heraf igangsætter Fonden et arbejde med at identificere indikatorer og målepunkter for arbejdet med kvalitet i almen praksis, herunder også et arbejde med udarbejdelse af en dataplatform og et patientcockpit, som afsæt for det praktiske kvalitetsarbejde i klinikkerne, jf. afsnit 7.

Kvalitetsindsatsen i almen praksis forankres i KiAP og i Fonden for Almen Praksis i to parallelle spor – et nationalt kvalitetsspor og et klynge-kvalitetsspor. I det nationale spor fokuseres på sektor-kvalitet med udvikling, indsamling og formidling af relevante data og udvikling af målepunkter/indikatorer for kvalitet i almen praksis, som giver faglig mening på både patientniveau og for samfundet, herunder på tværs af sektorer. I klyngesporet er fokus at fortsætte de faglige drøftelser, hvor lægerne mødes og med afsæt i data drøfter kvalitetsudvikling i klinikkerne. I begge spor er indsamling, bearbejdning og formidling af data til kvalitetsudvikling helt afgørende, ligesom samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen er en vigtig del.

Kvalitetsprogrammet skal overgå fra en programorganisation til en driftsorganisation. I den forbindelse er der behov for en forenklet organisering af programmet (mere entydig governance) og for yderligere understøtning af klyngerne med dataleverancer og administrative løsninger. KiAP skal fortsat have rollen som sekretariat for klyngerne med både praktisk og faglig understøtning af klyngearbejdet. KiAP tildeles flere ressourcer til arbejdet med understøtning af klyngerne, herunder bl.a. øget administrativ støtte og til arbejdet med data i både klynge- og sektorsporet. Der er således afsat midler til ansættelse af en lægefaglig leder i KiAP og til inddragelse af ekstern lægelig ekspertise til kvalificering af arbejdet med klyngepakker og tematiske indsatser.

Mere systematisk indsamling og formidling af data om kvalitetsudvikling i almen praksis skal ligeledes fortsætte i Kvalitetsprogrammet og forankres i Fondsbestyrelsen. KiAP's arbejde med at følge arbejdet med kvalitetsudvikling, herunder med udvikling af indikatorer/målepunkter for sektoren almen praksis, skal foregå i et samarbejde med parterne.

I forlængelse heraf lægges op til en mere enkel og klar arbejdsfordeling mellem det centrale og det decentrale niveau i kvalitetsindsatsen. KiAP har et ansvar for at sikre at udvikling og videndeling af klynge-pakker og bidrage til at kvalitetssikre data og visning til klyngearbejdet. Regionerne har fortsat opgaven med at understøtte klinikker og klyngerne med tilbud om bl.a. datatræk, lægemiddelrådgivning, organisations-udvikling mv. En mere enkel organisering af den regionale Kvalitets- og efteruddannelses-indsats (KEU) kan skabe rammer for et bedre samspil og synergi mellem kvalitetsarbejde og efteruddannelse og forskning.

Parterne har i forlængelse heraf aftalt en ændret tildeling af midler til kvalitetsarbejdet i den kommende periode. Klyngemidlerne reduceres midlertidigt i perioden med hhv. 75 %, 50 % og 25 % og midler til det regionale kvalitetsarbejde med en række beskrevne tilbud til både klinikker og klynger, er forøgede i OK-perioden.

Parterne er herudover enige om, at det vil være positivt med et øget fokus på mulighederne for centralt og decentralt at udvikle samarbejdet om kvalitet, efteruddannelse og forskning med det øvrige sundhedsvæsen i regioner og kommuner.

De samlede rammer for kvalitets- efteruddannelses- og forskningsindsatsen er beskrevet i bilag 5, herunder tildeling af økonomi.

10.4 Efteruddannelse

Parterne ønsker i forlængelse af forrige overenskomst at styrke sammenhængen mellem kvalitet, efteruddannelse og forskning også for den enkelte læge. Konkret kan efteruddannelsesmateriale fra PLO-E eller regionerne tematisk understøtte lægens forberedelse og/eller opfølgning på klyngemøder. Endvidere kan

kurser i facilitering og datadrevet kvalitetsarbejde understøtte lægerne i klyngearbejdet, men også i forhold til efteruddannelse inden for temaer, der understøtter klyngens indsats inden for et givent emne.

Bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Parterne udpeger som konsekvens af den fælles organisering under fondsbestyrelsen en Styregruppe for Efteruddannelse. Den partssammensatte Styregruppe skal på baggrund af fondsbestyrelsens strategiske og overordnede beslutninger følge den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse. Herunder medvirke til at udvikle tilbuddene samt fastsætte kriterier for godkendelse af tilskudsberettet efteruddannelsesaktivitet.

Ligeledes er det relevant, at der fortsat udvikles efteruddannelsestilbud til praksispersonalet i almen praksis, der understøtter udvikling og behandlingsbehov i almen praksis. Derfor er parterne enige om at fordoble puljen til uddannelse af praksispersonale ved at afsætte yderligere 8,1 mio. kr. årligt (apr. 21 niveau) hertil.

11. Cyber- og informationssikkerhed

Den digitale infrastruktur på sundhedsområdet bidrager til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor relevante oplysninger om patientens forløb kan deles digitalt mellem de sundhedspersoner, der har patienten i behandling, fx sygehuse, kommuner og almen praksis. Der er dermed tale om omfattende dataudveksling i hele sektoren.

For at beskytte borgernes data, kritisk infrastruktur og fastholde tilliden til sundhedssektoren, er parterne enige om at prioritere arbejdet med cyber- og informationssikkerhed. De privatpraktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der er underlagt gældende lovgivning og er ansvarlige for at leve op til relevante standarder og minimumskrav vedr. IT-sikkerhed.

Som en del af prioriteringen arbejder PLO sammen med klinikkerne på at vedligeholde og færdiggøre GDPR-aktiviteter, der hjælper med at efterkomme krav i gældende databeskyttelseslovgivning og højne informationssikkerheden.

Økonomi
Der afsættes i overenskomstperioden årligt 3,3 mio. kr. (april 2021-niveau) på basishonoraret til at færdiggøre klinikrettede GDPR- aktiviteter mv. I forbindelse med fornyelse af overenskomsten aftales nye indsatser, som klinikkerne skal løfte ved en eventuel genudmøntning af midlerne.

Derudover er parterne enige om, at der i overenskomstperioden skal arbejdes på en tilslutning af almen praksis til den kommende nationale organisering af it-sikkerhed, SAC (Security Analytics Center), som vil favne hele sundhedssektoren, og dermed gøre almen praksis til frontrunner i praksissektoren. Parterne er enige om at afsætte 1,2 mio. kr. til tilslutning til den nationale sikkerhedsløsning i overenskomst-år 2, herefter varigt 1,1 mio. kr. til drift årligt. Midlerne overføres til Fonden for Almen Praksis, som udmønter dem til ovenstående.

Parterne er derfor enige om at formulere en handlingsplan, som etablerer forudsætningsskabende aktiviteter for tilslutning, samt understøtter tiltag, der sik-

rer øget awareness om cyber- og informationssikkerhed. I arbejdet kan inddrages dedikerede ressourcer fra Sundhedsdatastyrelsen, regionerne kan give sparring, og andre relevante parter kan indgå i arbejdet.

Parterne er enige om at afsætte 1,1 mio. kr. til Fonden for Almen Praksis som engangsbeløb til at gennemføre handlingsplanen, der blandt andet udgør undersøgelsesaktiviteter, beskrivelse af mulige modeller for, hvordan almen praksis kan tilsluttes det kommende nationale SAC (Security Analytics Center) med en vurdering af omkostninger til udvikling, drift og vedligehold af tilslutningerne, udarbejdelse og implementering af relevant informationsmateriale samt projektledelse. Midlerne administreres af Fonden for Almen Praksis, men udmøntes af det nye Partsforum for data og digitalisering.

Fremdriften i handlingsplanen forelægges det nye Partsforum for data og digitalisering med henblik på at afklare, hvilke implementeringsaktiviteter, der skal sættes i værk.

Overblik over økonomi (mio. kr., april 2021-niveau)

	OK-år 1	**OK-år 2**	**OK-år 3**
GDPR- aktiviteter, tilføres basis	3,3	3,3	3,3
Tilslutning og drift af SAC/SOC, tilføres Fonden for Almen Praksis	-	1,2	1,1
Handlingsplan	1,1	-	-

Organisering
Arbejdet forankres hos en relevant aktør, fx MEDCOM. Endvidere etableres i forbindelse med arbejdet en organisering eksempelvis med deltagelse af:

- Danske Regioner
- SDS
- Regionerne
- PLO

Andre relevante parter kan inviteres til at indgå.

12. Andre konkrete ændringer

12.1 Opfølgning på tilbuddet om samtaleterapi

Psykisk sygdom koster samfundet mere end kræft og kredsløbssygdomme, og det har vidtrækkende konsekvenser for den enkelte. Det er derfor vigtigt tidligt at holde befolkningen mentalt sund og behandle dem, der har brug for det så hurtigt og effektivt som muligt.

I 2021 forventes Folketinget at drøfte en 10-års plan for borgere med psykisk sygdom, som skal prioritere og styrke psykiatrien bl.a. med fokus på psykisk sårbarhed og bedre sammenhæng på tværs af regioner og kommuner.

Parterne er enige om at tage en politisk drøftelse i overenskomstperioden med henblik på at vurdere om 10-års planen får konsekvenser for opgaverne i almen praksis, eventuelt med henblik på at indgå en supplerende aftale.

Evaluering af tilbuddet om samtaleterapi i hele landet samt lokalaftale om krisesamtaler i Region Syddanmark
I løbet af overenskomstperiodens første år iværksætter parterne en fælles evaluering af henholdsvis tilbuddet om samtaleterapi i hele landet og lokalaftalen om krisesamtaler i Region Syddanmark. En evaluering skal indeholde en analytisk beskrivelse af bl.a. følgende på de to ydelser:

- Patientens henvendelsesårsag.
- Samtalens/samtaleforløbets konsekvenser såsom afdækning af behov for yderligere tilbud fra egen læge, sundhedsvæsnet eller kommunen, mulig virkning på sygemelding, betydning for medicinforbrug, om patienten er kommet videre i håndteringen af krisen på egen hånd eller om samtalen/samtaleforløbet ikke haft den ønskede effekt.
- Økonomi og aktivitet fordelt på regioner.
- Sammenhæng og overlap til tilbud og ydelser udenfor almen praksis.
- Sammenhæng mellem et tilbud om samtaleterapi/krisesamtaler og frekvensen af henvisninger til psykologhjælp eller psykiatritilbud på hospitaler eller i speciallægepraksis, set i forhold til læger som ikke gør anvendelse af ydelserne.

- Omfang af opkvalificering og efteruddannelse hos praktiserende læger, herunder om læger i relevant omfang deltager i supervisionsmøder internt mellem praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiatere.
- Anvendelse af personale i forbindelse med gennemførelse af ydelsen.

Der nedsættes en styregruppe med deltagelse af parterne i fællesskab.

Evalueringen gennemføres med henblik på at vurdere, hvilke opgaver det er hensigtsmæssigt, at almen praksis løser inden for feltet "mental sundhed", om krisesamtaler kan implementeres i almen praksis i hele landet og om der er mulighed for, at klinikker kan anvende personale (psykologer eller specialuddannede sygeplejersker) inden for området.

Decentralisering af samtaleterapi
Parterne er fortsat enige om, at der er vigtigt, at der findes gode lokale løsninger bl.a. målrettet borgere med psykisk sygdom. Samtaleterapi er en af de centralt aftalte ydelser, som fortsat ønskes decentraliseret på linje med de målsætninger, der fremgår af ændringerne til Sundhedsloven fra 2013, hvor en større andel af den økonomiske ramme forudsættes udmøntet decentralt med henblik på en styrkelse af det lokale samarbejde, herunder i forhold til at sikre et godt tilbud til patienter med psykisk sygdom.

12.2 Justering af Aftale om styrket opfølgningsindsats ved sektorovergange

Parterne aftalte i OK18 en styrket opfølgningsindsats ved sektorovergang på grundlag af en aftalt farvemarkering af epikriser efter indlæggelse. Formålet var styrke samarbejdet om en god og sikker sektorovergang efter sygehusindlæggelse ved at forbedre opgaveoverdragelsen og sikre en fokuseret og hurtig opfølgningsindsats i almen praksis med særligt sårbare patientgrupper for øje. Der blev afsat 30 mio. kr. til forøgelse af basishonoraret og yderligere 10 mio. kr. til ekstra aktivitet i forbindelse med den opsøgende indsats.

Parterne er enige om at fortsætte arbejdet med at forbedre de farvemarkerede epikriser og styrke opfølgningsindsatsen i almen praksis på baggrund af den nationale evaluering, som er igangsat af Styrelsen for patientsikkerhed, Medcom og Sundhedsministeriet. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på om sygehusene efterlever de krav, der er fastlagt i Vejledning om epikriser om markering af opfølgningsbehov, fx så en epikrise hvor der er et reelt opfølgningsbehov ikke markeres "hvid".

Opgaven med at følge udvikling og evaluering i de farvede epikriser lægges i det nye partsforum for Data og Digitalisering.

Derudover er parterne enige om, at den styrkede opfølgningsindsats med farvemarkerede epikriser udbredes til også at omfatte patienter, der afsluttes fra ambulante forløb på sygehus og i speciallægepraksis.

12.3 Digitale forløbsplaner

Parterne er enige om, at alle klinikkerne skal tilbyde relevante borgere en digital forløbsplan og være aktive brugere af de digitale forløbsplaner. Det betyder, at hver klinik løbende opretter og vedligeholder planerne. I starten af 2021 bliver den tredje forløbsplan for hjertepatienter tilgængelig for klinikkerne. Parterne vil i 2021 have fokus på implementeringen af denne – og på at udbrede de to eksisterende forløbsplaner til de klinikker, der endnu ikke er kommet i gang med brugen af forløbsplanerne. Der vil, pga. forskellig patientsammensætning i klinikkerne, være stor forskel på, hvor mange forløbsplaner de enkelte klinikker opretter og vedligeholder, og derfor blev der i OK18 aftalt et samlet måltal på 75.000 forløbsplaner om året for hele sektoren. Parterne forventer, at alle klinikker tilbyder og arbejder med forløbsplanerne, men er bekendt med at der kan være forhold, der forklarer variation mellem klinikkerne. Parterne er enige om at følge og evaluere måltallet løbende. Bl.a. gennemføres en variansanalyse af spredningen i brugen klinikkerne i mellem medio 2022.

Hjerteforløbsplanen

Hjerteforløbsplanen er lavet anderledes end de to forudgående, da den også medtager "risikanter"[6] og altså ikke som de to første planer for KOL og diabetes er målrettet patienter med verificerede diagnoser. Denne udvidelse er medtaget for at give klinikken et bedre overblik over en stor og vigtig population i praksis og for at skabe mulighed for, at en patient med både diabetes og en hjertesygdom kun får én plan frem for to parallelle planer. Med den digitale forløbsplan til hjerteområdet, tages således første skridt mod en mere dynamisk forløbsplan, så patienter med flere kroniske diagnoser kun får en samlet plan. Parterne er enige om, at flere kronikere og borgere med længerevarende forløb hos

[6] Borgere med forhøjet kolesterol eller forhøjet blodtryk, der har forhøjet risiko for at udvikle hjertesygdom.

deres praktiserende læge kan have gavn af en digital forløbsplan og, at der kan arbejdes videre med sporet med en dynamisk forløbsplan inden for den eksisterende økonomiske ramme.

På grund af den nævnte udvidelse ift. hjerteforløbsplanen, er PLO og RLTN enige om:

- At det er op til den enkelte klinik selv at finde de patienter, som er mest syge og/eller har størst behov/motivation for en forløbsplan. Og dette med afsæt i den lægefaglige anbefaling om at målrette hjerteplanen til patienter med manifest iskæmisk hjertesygdom. Klinikkerne har således ikke pligt til at tilbyde en forløbsplan til alle patienter, som kan inkluderes i den nye hjerteforløbsplan.

Forløbsplan for kroniske lænderygsmerter
Parterne lukker ned for udviklingen af en digital forløbsplan til kroniske lænderygsmerter. Parterne ønsker dog fortsat at styrke indsatsen overfor gruppen af borgere med kroniske lænderygsmerter. Parterne vil derfor i fællesskab gøre en indsats for at promovere andre valide digitale støtteværktøjer til lænderyg-gruppen overfor de praktiserende læger, så de har kendskab til de relevante digitale værktøjer, de kan henvise patienterne til. Det gælder fx trænings apps.

Styrkelse af forløbsplanen som et værktøj for patienten
Parterne er enige om at arbejde hen imod, at den digitale forløbsplan også bliver et værktøj for patienten mellem konsultationerne hos deres praktiserende læge. Fx muligheden for indtastning af egne noter eller måltal.

Minimumstal for antal forløbsplaner pr. lægekapacitet
I løbet af 2021 får klinikkerne mulighed for at tilbyde tre typer planer. Alle klinikker har en forpligtelse til at tilbyde og arbejde med de digitale forløbsplaner, hvor det er relevant, jf. afsatte midler afsat ved OK18.

Hver kapacitet skal have oprettet fem forløbsplaner og som minimum oprette fem pr. år de efterfølgende år, og oprettede planer skal holdes opdateret, når det er relevant – fx i forbindelse med de efterfølgende årskontroller. Hvis dette minimumstal ikke nås, anses det for misligholdelse af overenskomsten, som kan indbringes for Samarbejdsudvalget. Her kan lægen i første omgang blive pålagt

en advarsel og sidenhen, ved manglende efterlevelse, blive pålagt en reduktion i de midler som tilføres basishonoraret for at løfte opgaven med forløbsplaner dvs. 11.000 kr. årligt.

Hvis en klinik allerede inden udgangen af 2021 har lavet mange forløbsplaner, eller har ganske få patienter at tilbyde disse planer til, og det i disse tilfælde vil være svært for klinikken at oprette fem nye planer i den resterende del af overenskomstperioden, tages dette med vil betragtning forud for en evt. indbringelse for Samarbejdsudvalget.

12.4 Henvisning til teleKOL

Parterne er enige om, at sundhedsvæsnet skal rykke tættere på borgerne. Det betyder, at der i endnu højere grad end i dag skal tages digitale løsninger i brug i borgernes hjem. Telemedicinske løsninger som video, PRO og hjemmemonitorering er kommet for at blive – og de kommer til at fylde endnu mere i sundhedsvæsnet i fremtiden.

De praktiserende læger fik med kronikerprogrammet et særligt ansvar for borgere med KOL og diabetes.

Det kommende telemedicinske monitoreringstilbud til borgere med svær KOL, som fra efteråret 2020 rulles ud i kommuner og regioner, støtter yderligere op om disse patienter, som også har et højt antal kontakter med almen praksis. Den telemedicinske monitorering er i dette tilfælde et sygeplejefagligt tilbud, som varetages kommunalt. Parterne er enige om, at de praktiserende læger henviser relevante borgere i målgruppen til tilbuddet.

12.5 Beregning af højestegrænser

Med henblik på at skabe et bedre sammenligningsgrundlag mellem patienttyngde og den enkelte læges udgiftsniveau, er parterne enige om, at der i den kommende periode skal beskrives en køns- og aldersstandardiseret model for fastlæggelse af højestegrænser.

Den nye model skal træde i kraft, når der foreligger en teknisk understøttelse, der automatisk kan beregne differentierede højestegrænser baseret på køn og alder for de enkelte klinikker og informere klinikkerne herom. Der er desuden

behov for, at der tages stilling til, hvordan kronikerhonoraret håndteres i beregningen af højestegrænser.

Indtil implementering af en ny model er parterne enige om, at der ved beregning af højestegrænser tages højde for, at plejehjemslæger har en patientpopulation, som er mere behandlingskrævende end gennemsnittet. Hvis en plejehjemslæge falder udenfor variationen på 25 %, skal der foretages en konkret vurdering, herunder hvorvidt køns- og aldersfordelingen i praksis' patientpopulation er forskellig fra patientpopulationen i praksis uden plejehjemslægefunktion, hvilket kan være årsag til +25 % afvigelsen i udgiftsniveauet. Er det tilfældet, fastsættes der trods variationen ikke en højestegrænse for praksis.

12.6 Sanering af tillægsydelser (inkl. webpatient)

Parterne er enige om at foretage ændringer i ydelseskataloget, hvilket betyder at følgende ydelser udgår:

1. Anoskopi (2136)
2. Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik (2141)

Økonomien fra ydelse 2136 tillægges basishonoraret (311.000 kr.). Økonomien fra ydelse 2141 tillægges konsultationshonoraret (0101, 8,8 mio. kr). Ydelserne skal derfor fortsat indgå i almen praksis' samlede tilbud hvis relevant, selvom der ikke bliver afregnet særskilt honorar herfor.

Parterne er derudover enige om, at ydelserne "audiometri" (7112) og "tympanometri" (7117) sammenlægges til én ydelse under navnet "Audiometri/tympanometri", og at honoraret for den nye ydelse er 111,07 kr. (april 2021-niveau).

Instruktion i brug af kliniske skemaer

Ydelserne "Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling" (2146) og "Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema" (2138) sammenlægges til én ydelser under navnet "Instruktion i brug af kliniske skemaer", hvor honoraret bliver 147,35 kr. (april 2021-niveau).

Ydelsen Instruktion i brug af kliniske skemaer kan benyttes sammen med følgende skemaer:

1. Hjemmeblodtryk
2. Væske/vand (voksen)

3. Væske/vand (barn)
4. DAN-PSS

Ydelsen Instruktion i brug af kliniske skemaer er en tillægsydelse, der anvendes i forbindelse med den konsultation, hvor patienten modtager instruktion i brug af kliniske spørgeskemaer i enten elektronisk eller fysisk form. Lægen giver patienten mulighed for at tilgå PRO-skemaer digitalt, hvori patienten efter aftale med klinikken kan registrere data i en afgrænset periode med henblik på at dokumentere symptomer.

Såfremt der er behov for at forlænge perioden, hvor data registreres, kan der ikke afregnes en ny ydelse, da det forudsættes, at patienten allerede er instrueret i brugen af skemaet.

Anvendelsen af ydelsen forudsætter, at lægen/personalet instruerer patienten i at anvende det klinisk validerede spørgeskema der enten udleveres i klinikken eller sendes elektronisk i overensstemmelse med kliniske retningslinjer.

Ved måling af blodtryk i hjemmet udlånes blodtryksapparat til patienten vederlagsfrit.

Nedsættelse af arbejdsgruppe
Parterne er enige om i løbet af første overenskomstår at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til sanering i ydelserne i overenskomsten for Almen Praksis og Profylakseaftalen.

Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til parterne inden udgangen af andet overenskomstår med henblik på implementering inden udgangen af overenskomstperioden.

Arbejdsgruppens formål vil være at forenkle ydelseskataloget på en hensigtsmæssig måde, der afspejler arbejdet i klinikkerne, og som giver tydeligere kriterier for, hvornår de tilbageværende ydelser kan anvendes med henblik på en ensartet praksis på tværs af landet.

12.7 Personale og udførelse af ydelse 0120

Med henblik på at optimere kapacitetsudnyttelsen i praksis gives mulighed for, at personalet kan udføre ukomplicerede årskontroller på lægens ansvar. En års-

status skal fortsat indeholde en vurdering af medicinordinationerne, hvorfor lægen som minimum superviserer personalet med hensyn til medicingennemgang og nye ordinationer og fremtidig plan. Personalet kan alene yde årskontrol for patienter med ukompliceret hypertension, osteoporose og stofskiftelidelse.

12.8 Markering af regning ved digitalt sundhedskort

Frem mod at klinikken har anskaffet sig en scanner med mulighed for læsning af det digitalt sundhedskort benyttes n-markering, hvis borgeren møder op i klinikken uden at have medbragt det fysiske sundhedskort.

12.9 Indkøb af værnemidler og håndsprit i pandemisituation

Almen praksis er som selvstændige erhvervsdrivende generelt ansvarlige for indkøb af håndsprit, værnemidler mv. til egen klinik. Ved en eventuel pandemisituation, hvor fx indkøb er vanskeliggjort, skal almen praksis have del i værnemidler, som indkøbes regionalt. Der vil dog kunne opstå et særligt behov for prioritering.

13. Økonomiprotokollat

Råderummet i den offentlige økonomi er begrænset. Det er derfor afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte region sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Det nødvendiggør, at der aftales en fast årlig økonomisk ramme, som gælder kollektivt for de praktiserende læger med tilhørende automatiske mekanismer til sikring af, at rammen overholdes. De praktiserende læger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, så ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet

I økonomiprotokollatet er der taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides. I dette tilfælde vil overskridelsen blive modregnet i praktiserende lægers årlige honorar, jf. nedenfor. Modregningsadgangen er en sekundær mekanisme, der anvendes i den situation, hvor regionernes udgifter til almen lægehjælp i aftaleperioden ellers ville overstige den aftalte økonomiske ramme.

I henhold til Sundhedsloven er der fri adgang for sikrede til det almen medicinske tilbud. Det betyder, at den enkelte læge ikke kan styre antallet af initiale henvendelser i praksis. Dette er en særlig omstændighed, som nødvendiggør, at både PLO som organisation, og regionerne som myndighed, skal kunne give løbende information og vejledning til de praktiserende læger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, og om de overenskomstmæssige konsekvenser af, at den økonomiske ramme overskrides. Parterne er enige om, at både regioner og PLO har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor det fastlagte loft.

Der skal ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for marts 2022 foreligger.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2022 8.749,6 mio. kroner (april 2021-prisniveau). Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagtti-

den, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102, inkl. én 0101), fast tilknyttede læger på plejehjem, aktivitet i regions- og udbudsklinikker er ikke inkluderet i rammen. Endeligt er udgifter vedr. lokale aftaler og rammeaftaler ikke inkluderet i rammen.

Den økonomiske ramme reduceres for udgifter vedr. samtaleterapi i takt med, at der i de enkelte regioner indgås en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges (alle beløb i april 2021-prisniveau):

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 62 i overenskomsten.

- 33,2 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 65,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 96,7 mio. kr. pr. 1. januar 2024 som følge af udviklingen i gruppe 1 sikrede.

- 32,6 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 67,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 103,6 mio. kr. pr. 1. januar 2024 som følge af den demografiske udvikling.

- 20,2 mio. kr. til kommunal kommunikation på basishonoraret

- 3,3 mio. kr. til cybersikkerhed på basishonoraret

- 5 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 10,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 12,6 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til opfølgning på epikriser på basishonoraret.

- 8,1 mio. kr. til videokonsultationer

- 17,5 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 17,5 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 28,4 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til fokuseret somatisk undersøgelse for psykisk syge borgere.

- 7,6 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 15,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 15,1 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til sundhedstjek på botilbud.

- 3,9 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 3,9 mio. kr pr. 1. januar 2023 og 6,3 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til fokuseret styrket indsats til sårbare børn.

- 5 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 10,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 15,1 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til kommunale akutfunktioner

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelser eller lignende.

- Lokalt aftalte opgørelser for ændringer i aktiviteten som følge af omlægninger i regionernes akutbetjening. Rammen er endeligt korrigeret for aktivitetsændringer som følge af omlægningen af Region Hovedstadens og Region Syddanmarks akutordninger.

- Økonomirammen reduceres med den andel af de udmøntede midler til spirometrier (7113 og 7121) samt ydelsen ”sundhedstjek på botilbud”, som der ikke er afholdt aktivitet for. Hvis aktiviteten for sundhedstjek på botilbud overstiger det afsatte beløb, opreguleres økonomirammen tilsvarende.

I helt særlige tilfælde kan der herudover mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.
Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. december 2024.
Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

De aktuelle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering med fradrag af aktuelle udgifter vedr. profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102 inkl. én 0101), fast tilknyttede læger på plejehjem, aktivitet i udbuds- og regionsklinikker, lokale aftaler og rammeaftaler sammenholdes med den fastsatte økonomiske ramme.

Hvis de årlige udgifter, normeret til 52 uger, til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommende regulering efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end 0,6 procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end 0,6 procent undtages ikke fra modregning som beskrevet i punkt 2, med mindre andet aftales.

2. Ved overskridelser af den økonomiske ramme ud over 0,6 procent sker en nedsættelse af reguleringsprocenten og om nødvendigt af basishonoraret med mindre andet aftales. Denne modregning skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter. Den fulde overskridelse udover 0,6 procent, jf. pkt. 1, forventes dermed tilbagebetalt. Modregningen afvikles fremadrettet over et år med virkning fra førstkommende regulering. Modregning forløber således over to reguleringsperioder, hvorefter tilbagebetalingen anses som afviklet.

Der anvendes som udgangspunkt statiske data ved beregning af modregningen, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

14. Aftalens økonomi

April 2021-niveau				
	OK1	OK2	OK3	**Permanent**
Løft af basishonorar (inkl. tutorlægehonorar)				
Udvikling i gruppe 1 sikrede	10,7	21	31,2	31,2
Styrket tutorlægeordning i lægedækningstruede områder	4,4	4,4	4,4	4,4
Cybersikkerhed	3,3	3,3	3,3	3,3
Kommunal kommunikation	20,2	20,2	20,2	20,2
Epikriser	5,0	10,1	12,6	12,6
Løft af faste honorarer i alt	**43,6**	**59,0**	**71,7**	**71,7**
Aktivitetsløft				
Udvikling i gruppe 1 sikrede	22,5	44,1	65,5	65,5
Demografiudvikling	32,6	67,1	103,6	103,6
Video	8,1	8,1	8,1	8,1
Aktivitetsløft i alt	**63,2**	**119,3**	**177,2**	**177,2**
Nye opgaver - aktivitet				
Ultralyd	9,9	9,9	9,9	0,0
Ulighed: Multisyge	0,0	9,7	9,7	0,0
Ulighed: Fokuseret somatisk undersøgelse for psyk. syge borgere	17,5	17,5	28,4	28,4
Ulighed: Sundhedstjek på botilbud	7,6	15,1	15,1	24,1
Ulighed: Styrket indsats til sårbare børn	3,9	3,9	6,3	6,3
Kommunal: Plejehjemsordning	21,7	23,5	25,2	25,2
Kommunal akutfunktioner	5,0	10,1	15,1	15,1
Finansiering fra fond ver. Ultralyd	*-9,9*	*-9,9*	*-9,9*	*0,0*
Finansiering fra fond ver. Multisyge		*-9,7*	*-9,7*	*0,0*
Ny finansiering af nye opgaver i alt	**55,7**	**70,1**	**90,1**	**99,1**
Samlet økonomi				
Webpatient og VDX	5,0	5,0	5,0	0,0
Cyber: Tilslutning og drift af SAC/SOC (via fonden)	0,0	1,2	1,1	1,1
Løft af basishonorar (inkl. tutorlægehonorar)	43,6	59,0	71,7	71,7
Aktivitetsløft	63,2	119,3	177,2	177,2
Nye opgaver, aktivitet	65,6	89,7	109,7	99,1
Finansiering fra fond	*-9,9*	*-19,6*	*-19,6*	*0,0*
Samlet løft (kun ny finansiering)	**167,5**	**254,6**	**345,1**	**349,1**

15. Ikrafttrædelse

Parterne er enige om, at Overenskomst om almen praksis med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. januar 2022.

Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2025.

København, den 19. juni 2021

For Regionernes Lønnings- og Takstnævn	For Praktiserende Lægers Organisation
Bo Libergren	Jørgen Skadborg
Rikke Margrethe Friis	Jette Galatius

Bilag 1 Faglige rammer for pilotprojekt vedr. klinisk indsats for multisyge

Et stigende antal patienter i almen praksis lider af multisygdom. Multisygdom er forbundet med ulighed i Sundhed. Nogle patienter med multisygdom har markant lavere funktionsniveau, lavere livskvalitet og højere dødelighed og et højt forbrug af sundhedsydelser. Der er en lineær sammenhæng mellem antal diagnoser og risiko for indlæggelse.

Patienter med multisygdom kan opleve en høj "behandlerbyrde" og manglende sammenhæng i patientforløbet. Der er risiko for over- og underbehandling og polyfarmaci/fejlmedicinering og generelt højere forekomst af utilsigtede hændelser grundet komplekse forløb.

Målsætning
Patienter med "kompleks multisygdom" tilbydes en mere fokuseret, helhedsorienteret og tværfaglig indsats mellem almen praksis, kommune og sygehus. Der tages højde for den samlede sygdomsbyrde og livssituation fremfor enkeltsygdomme. Målet med indsatsen er højere livskvalitet for patienten, bedre behandling, forebyggelse af komplikationer til de kroniske sygdomme og mindsket "behandlerbyrde". Det kan betyde, at en større del af behandlingen foregår i det nære sundhedsvæsen med almen praksis som omdrejningspunkt, så patienterne kan mærke større sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Der igangsættes derfor et pilotprojekt som skal afprøve om en klinisk indsats med et mere helhedsorienteret blik på patienten og en styrket koordinering med kommuner og hospital kan styrke den samlede indsats for patienter med multisygdom.

Målgruppe
Målgruppen skal findes blandt de 10-15 % patienter, der lider af kompleks multisygdom, og har høj komplikationsrisiko, høj behandlingsbyrde og ofte mange kontakter til sundhedsvæsenet. Det skønnes, at der i Danmark er 160.000-200.000 patienter med kompleks multisygdom.

I pilotprojektet skal indsatsen rettes mod en delmængde af de patienter, der vurderes af have mest gavn af indsatsen, og som opfylder følgende kriterier:

- To eller flere samtidige kroniske sygdomme,
- Kontakt/kontakter med hospital (ambulatorie eller indlæggelse) indenfor det sidste år.
- Borgeren er i behandling med mindst fem receptpligtige præparater.
- Borgeren er hjemmeboende, eventuelt med kontakt til hjemmeplejen/hjemmesygeplejen.

Samlet set indgår ca. 20.000 patienter i ovennævnte gruppe.

Fagligt indhold af overbliksstatus ved multisygdom

Indledende indsats:
- Almen praksis opsporer tilmeldte patienter med kompleks multisygdom. Patienterne kan findes via dataudtræk eller epikriser.
- Patienten tilknyttes en kontaktperson (kan være læge eller personale i almen praksis). Kontaktpersonen indkalder patienten til en konsultation.

Under konsultationen (foretages af lægen – evt. med deltagelse af kontaktpersonen) gennemføres der:
- Afklaring af hvilke diagnoser patienten har i samarbejde med patienten, og en evt. opdatering af oversigten over faste diagnoser med icpc-kodning.
- Evt. kontakt/konference med øvrige behandlere med henblik på afklaring af behandlingsforløb.
- Afklaring af hvilken medicin patienten indtager og på hvilken indikation med støtte i FMK og ajourføring af FMK.
- Prioritering af indsatsområder for behandling sammen med patienten og afklaring af, hvad der betyder mest for patientens liv og helbred.
- Motiverende samtale.
- Drøftelse af om eventuelle planlagte besøg i et eller flere ambulatorier kan reduceres i antal eller måske ophøre helt (skal ske i samråd mellem praktiserende læge, speciallæge i ambulatorium og patient).
- Udarbejdelse af et behandlingsoverblik der følger af journalnotatet. Det relaterer sig til både prioriterede indsatsområder for behandling og konkrete indsatser/aftaler og kommunal rehabilitering.
- Patienten medgives behandlingsoverblikket og det sendes til kommunen og evt. til de sygehusafdelinger, som har patienten i ambulant forløb.

- Kontaktpersonen sørger for opfølgning og eller aftaler om næste konsultation.

Efter konsultationen gennemføres der:

- Når der er faglig indikation for det, en multidisciplinær konference over video med relevante specialister på et til projektet udvalgt hospital i optageområdet. Konferencen skal klarlægge en hensigtsmæssig videre behandlingsproces. Mødet kan gennemføres med drøftelse af flere patienter afhængig af den tidmæssige gennemførelse i almen praksis.

Opgaver i tværsektoriel koordinering

Kommunens opgave

Efter modtagelse af behandlingsoverblikket via henvisning[7] til kommunalt forebyggelsestilbud gennemfører kommunen en samtale med patienten med udgangspunkt heri. Der tilrettelægges en skræddersyet rehabiliteringsindsats. Egen læge modtager ved afslutning et notat fra kommunen[8]. Det er væsentligt at hhv. kommune og almen praksis kender til hinandens sundhedsfaglige indsatser, og der bør arbejdes på, at samarbejdet fremmes indenfor projektets rammer.

Hospitalets opgave

Lægelige specialister, der er relevante i forhold til den aktuelle patient, deltager i en tværfaglig videokonference med den praktiserende læger om behandlingsmuligheder og drøftelse af det videre behandlingsforløb, når egen læge finder indikation for sparring med specialister.

Konferencen gennemføres med henblik på at undgå unødige kontakter på hospitalet og skabe den bedst mulige behandling af patienten. Der skal inden projektopstart indgås aftale med hospitaler som deltager i projektet, om den videre tilrettelæggelse.

---

[7] Medcom standard XREF15.

[8] Medcom standard XDIS15.

Almen praksis' opgave
Almen praksis' aftaler tidspunkt for en tværfaglig konference efter gennemførelse af overblikskonsultationen. Flere patienter kan inkluderes i samme konference, så konferencen kan arrangeres rationelt under hensyntagen til lægernes tidsforbrug.

Indsamling af data
Der skal indenfor projektets rammer skabes et fælles overblik på tværs af sektorer over patientens data med henblik på at skabe en fælles forståelse af patientens situation. Det indebærer fuld gennemsigtighed om behandling og kliniske data, som indsamles af almen praksis eller andre aktører under projektet. Der findes aktuelt ingen teknisk understøttelse af et tværsektorielt fælles behandlingsoverblik. Derfor sender den praktiserende læge sit journalnotat fra overblikskonsultationen til sygehuset efter nærmere aftale af form og tidspunkt. Fremsendelse sker på en måde, så journalnotatet kan ses af alle afdelinger. Blodprøvesvar kan allerede ses på laboratorieportalen.

Udvælgelse af praksis og hospitaler
Der vurderes i gennemsnit at være 35 patienter pr. lægekapacitet, som falder under projektets målgruppe. Det indebærer, at der skal udvælges ca. 500-600 læger til projektet.

Alle klynger får via klyngekoordinator mulighed for at melde ind, om klyngen har lyst til at deltage i projektet. Det er frivilligt om klyngens læger ønsker at deltage, men der opfordres til det. Deltagende klynger udvælges på denne baggrund og opfordres herefter til at resultater og erfaringer fra deltagelse i projektet gøres til genstand for det løbende databaserede kvalitetsarbejde i klyngen.

Med henblik på at sikre geografisk spredning er det muligt for praktiserende læger at deltage i projektet, uden at deres klynge har meldt sig til.

Hvis et stort antal klynger melder sig til, kan det være nødvendigt at udvælge de klynger, som skal deltage. Klynger udvælges ligeligt geografisk og på tværs af landets regioner. Der bør i denne udvælgelse dels lægges vægt på, om deltagende praksis har en patientsammensætning med høj grad af multisygdom, dels om der en høj andel af interesserede læger i klyngen. Hvis der herefter stadig er et for stort antal klynger, som ønsker at deltage, trækkes lod.

Forskningsmæssige fokusområder
Pilotprojektet ledes og understøttes af et forskningsprojekt. En samlet synopsis forelægges Styregruppen for forskning i regi af Fonden for almen praksis til godkendelse.

Forskningsprojektet får til opgave at undersøge følgende parametre såvel før som efter, at patienten har modtaget en overbliksstatus:

1. Kontakthyppigheden i almen praksis.
2. Ambulant aktivitet og kontakt til speciallægepraksis evt. øvrig praksissektor.
3. Indlæggelser.
4. Medicinforbrug.
5. Henvisning til rehabilitering samt gennemførelse af rehabiliteringsforløb.

Forskningsprojektet får desuden til opgave at beskrive, hvordan der skabes gennemsigtighed om behandlingen af patienter med multisygdom, således at aktører i sundhedsvæsenet kan få det bedste billede behandlingen. Konkret skal det beskrives, hvilke data der er mest relevant at dele sundhedsfagligt på tværs af sektorer. Herudover skal beskrives, hvilken dataindsamling og hvilke datakilder, der er behov for, hvis der løbende skal måles på værdien af den samlede behandling på tværs af sektorer. Dette kan bidrage til udvikling af det fælles patientoverblik på længere sigt.

Bilag 2 Protokollat om fast tilknyttet læge på plejehjem

Formålet med en fasttilknyttet læge på et plejehjem er at skabe en bedre kvalitet for beboerne på plejehjemmet, bl.a. gennem styrket kommunikation, tilgængelighed og samarbejde mellem plejepersonalet og den praktiserende læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt, god medicinhåndtering og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbene. Formålet er endvidere at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

Mål
For at opnå formålet, skal udbredelse af aftalen på landsplan øges ved en stigende dækningsgrad over overenskomstperioden. Dækningsgraden opgøres som antal plejehjem, som har fast tilknyttet læge, set i forhold til det samlede antal plejehjem i kommunen. Det er kommunerne, der følger dækningen. Hertil bruges et af parterne udarbejdet skema.

Det vurderes, at ca. 66 pct. af de kommunale plejehjem i 2020 er dækket af plejehjemslæger. Det er ambitionen, at alle plejehjem så vidt muligt skal have en fast læge tilknyttet. For at øge dækningen til over 80 pct. ved udgangen af 2023 forpligter parterne sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. PLO har en særlig forpligtelse til at arbejde for rekruttering af plejehjemslæger.

Den fasttilknyttede læges opgavefelt
Aftalen vedrører kommunale plejecentre, herunder de selvejende/private plejecentre med driftsoverenskomst med kommunen.

Det skal tilstræbes, at den fast tilknyttede læge som udgangspunkt kan være læge for alle beboere/patienter på et plejehjem, hvad enten lægen har åbent eller lukket for tilgang af patienter. Dog kan flere læger være fast tilknyttede læger på større plejehjem, som opdeles i ét eller flere afsnit/afdelinger á minimum 30 beboere/patienter. Har en læge over 30 antal borgere på samme plejehjem tilknyttet, kan plejehjemslægen få en 1 ekstra times månedlig undervisning. Ved lægens tilknytning til plejehjemmet som fast læge og når nye beboere flytter ind på plejehjemmet, gør plejehjemmet på objektiv vis opmærksom på muligheden for at vælge den fast tilknyttede læge, jf. § 3, nr. 5 i bekendtgørelse nr. 1501 af 13. december 2018 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren. Plejehjemslægen er ikke fast læge for

plejehjemmets eventuelle midlertidige beboere på eksempelvis aflastningspladser, gæstepladser eller akutpladser, hvis ikke disse patienter er tilknyttet lægen i forvejen.

En praksis som omfatter flere læger/lægekapaciteter kan sammen udfylde funktionen som fast tilknyttet læge på et plejehjem. Læger i udbuds- og regionsklinikker kan også varetage funktionen.

Beskrivelse af lægens opgave
Den fast tilknyttede læge yder almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen. Behandlingen sker i henhold til Overenskomst om almen praksis. Den fast tilknyttede læge yder herudover generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejdsmøder i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter til plejepersonalet på det plejehjem, hvor lægen er tilknyttet. Lægen bidrager med sin viden og kliniske erfaring. Emner der tages op som rådgivning og/eller undervisning, samarbejdsmøder m.v. kan være efter ønske fra plejepersonale såvel som på lægens initiativ. Emnerne kan være symptom- og/eller sygdomsspecifikke (fx demens, blærebetændelse, dehydrering) og kan være generelle (fx medicinhåndtering, palliation, genoplivning), ligesom der i forlængelse af emnerne kan drøftes det konkrete samarbejde. Fælles for temaerne er, at de ikke vedrører konkret behandling af en beboer på plejehjemmet men er mere generelle problemstillinger. Af samme grund omfatter opgaven med sundhedsfaglig rådgivning og/eller undervisning ikke de situationer, hvor plejepersonalet medvirker under et sygebesøg hos en beboer på plejehjemmet og som en del af sygebesøget får instruktion/information om sygdom og behandling.

Rådgivnings- og undervisningsaktiviteten kan foregå ved fysisk møde eller via video.

Kontakt og samarbejde mellem plejehjemmet og den fast tilknyttede læge
Den fastilknyttede læge skal have én blandt plejepersonalet som sin primære kontaktperson. Kontaktpersonen skal være en kvalificeret sundhedsperson ansat på plejecenteret, som udgangspunkt en sygeplejerske. Kontaktpersonen og den fast tilknyttede læge aftaler, hvordan samarbejdet mellem læge og plejehjem sker, når det gælder imødekommelse af konkrete beboers behov for behandling, ligesom de sikrer tilrettelæggelsen af rådgivning og/eller undervisning, herunder emner.

Den fast tilknyttede læge forpligter sig til at stå til rådighed for rådgivning og/eller undervisning af plejepersonalet i 2 eller 3 timer afhængigt af antal tilknyttede beboere, inkl. evt. transporttid pr. måned i gennemsnit. Den konkrete tilrettelæggelse af timer til rådgivning og/eller undervisning aftales mellem den fast tilknyttede læge og kontaktpersonen. Timerne vil kunne placeres i forbindelse med et sygebesøg i hvilken forbindelse transporten så er honoreret. Timerne bør placeres jævnt hen over året, og under hensyntagen til eventuelle ferieperioder for både læge og det faste plejepersonale på plejehjemmet. Af samme grund kan der hensigtsmæssigt laves en fast eller længere plan for rådgivning og/eller undervisning.

Tilknytning/ophør som plejehjemslæge
Med henblik på at skabe overblik over hvilke læger, som er fast tilknyttede læger på plejehjem eller plejehjemsafsnit/afdeling, dels ift. afregning, dels ift. løbende opfølgning af dækningsgrad, skal alle kommuner pr. 1. april 2022 udarbejde en liste over plejehjem, hvor kommunen ønsker at få tilknyttet en plejehjemslæge i henhold til nærværende aftale. Listen fremlægges i Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU) til drøftelse med henblik på at tilstræbe, at alle plejehjem får en fast tilknyttet læge. Af listen skal fremgå antal plejehjemspladser på hvert plejehjem pr. fast tilknyttet læge samt evt. navn på lægen/praksis.

Med baggrund i ovenstående oplysninger udarbejder kommunerne hvert år (pr. 1/1) en samlet opgørelse over hvor mange plejehjem eller evt. plejehjemsafsnit/afdeling, der har fast tilknyttede læger, og hvor mange som ikke har, med henblik på parternes drøftelse i forhold til de aftalte mål for dækningsgrad. Den første drøftelse finder sted ved starten af 2023.

Sker der ændringer i løbet af året, opdateres opgørelsen kvartalsvis og sendes til orientering til regionens praksisafdeling og PLO regionalt med henblik på at sikre udbetaling af den faste månedlige honorering som plejehjemslæge. Ophør som plejehjemslæge kan ske med 3 måneders varsel til udgangen af et kvartal som gælder gensidigt for såvel kommune, som læge.

Honorering
Den fast tilknyttede læge får et fast månedligt honorar, som udgør 1.935,27 kr. (april 2021-niveau), svarende til 2 timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 967,64 kr.[9]. Har lægen 1 times rådgivning og/eller undervisning mere, honoreres tilsvarende.

Der kan ikke i tillæg til dette protokollat indgås individuelle (konsulent)kontrakter mellem læge og kommune/plejehjem i forhold til varetagelse af rollen som fast tilknyttet læge på plejehjem eller plejehjemsafsnit/afdeling.

[9] Jævnfør tidligere nationale aftale om fast tilknyttet læge på plejehjem.

Bilag 3 Protokollat om styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner

Formål
At styrke den praktiserende læges samarbejde med de kommunale akutfunktioner og sikre lægedækningen til de kommunale akutfunktioner og give plejepersonalet på akutfunktionerne større mulighed for lægefaglig sparring og rådgivning.

Aftalen skal sikre:
- At patienter med behov for lægefaglig behandling, mens de er tilknyttet en kommunal akutfunktion, oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet uanset om patienten skal modtage behandling og pleje i eget hjem eller på en kommunal akutplads
- At sundhedspersonalet i kommunale akutfunktioner har mulighed for lægefaglig back up ved akut opstået forværring af en patients tilstand
- Øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og den praktiserende læge
- Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser
- Klarhed om placering af det lægelige behandleransvar mellem hhv. almen praksis, vagtlæge/1813 og hospitalet
- Tydeliggøre målgruppen for samarbejdet og indsatsen på kommunale akutfunktioner
- Vilkår for honorering samt afgrænsning i forhold til øvrige ydelser i Overenskomst om almen praksis.

Grundlag for aftalen
Aftalen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser af den 25. oktober 2017. Herefter benævnt som Sundhedsstyrelsens kvalitetstandarder.

Aftalen vedrører de kommunale akutfunktioner. Kommunerne kan organisere opgavevaretagelsen forskelligt, fx som udgående akutteams, akutpladser og/eller en kombination heraf. Indsatserne i akutfunktioner er de samme uanset tilrettelæggelsen og er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 5.

De kommunale akutfunktioner varetager som minimum en række standardiserede sygeplejefaglige indsatser, som kræver særlige kompetencer. Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er som hovedregel erfarne sygeplejersker, men kan også være erfarne social- og sundhedsassistenter, der har en række særlige kompetencer for at kunne udføre akutfunktionens opgaver, jf. kvalitetsstandardernes afsnit 6.

Aftalen omfatter dagtid.

Patientmålgruppen
Der er tale om patienter med komplekse medicinske problemstillinger, hvor der er særligt behov for tæt kontakt, samarbejde og faglig sparring mellem personalet i den kommunale akutfunktion og den praktiserende læge i et konkret behandlingsforløb.

Almen praksis kan henvise patienter, som opfylder betingelserne nedenfor, til den kommunale akutfunktion, men det er kommunerne, som har visitationsretten.
Aftalen gælder for følgende gruppe 1-sikrede patienter, som er fyldt 18 år, og som tilknyttes en kommunal akutfunktion på én af følgende måder.

1. Patienter, henvist af almen praksis, hvor der er brug for en hurtig sygeplejefaglig vurdering for at sikre den rette lægefaglige indsats, herunder om patienten skal tilknyttes akutfunktionen med det formål at forebygge yderligere forværring af tilstanden[10].
2. Patienter, henvist af almen praksis, som er tilknyttet den kommunale akutfunktion, hvor lægen har vurderet, at patienten har behov for observation, pleje og /eller behandling for akut opstået somatisk sygdom eller forværring af kendt sygdom, men uden behov for indlæggelse på hospital.
3. Patienter, som den kommunale hjemmesygepleje har valgt at tilknytte akutfunktionen, når hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for en

[10] Dvs. en evt. første kontakt mellem egen læge og akutfunktion med henblik på assistance til indledende afklaring. Evt. skriftlig kommunikation foregår ved hjælp af alm. korrespondancemeddelelse.

hurtig lægefaglig indsats med henblik på at undgå akut forværring i en patients tilstand.

4. Patienter, henvist af hospitalslæge, når patienten efter udskrivning fra hospital fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, der er til stede i en kommunal akutfunktion.

Aftalen gælder ikke for patienter tilknyttet en kommunal akutfunktion, hvor hospitalet fortsat har behandleransvaret.

Definition af lægeligt behandleransvar for patienter tilknyttet de kommunale akutfunktioner

Det fulde behandlingsansvar for en borger, der er tilknyttet akutfunktionen, ligger hos den læge, som har henvist borgeren til den kommunale akutfunktion. Uden for dagtid er ansvaret hos vagtlægen hhv. 1813. Den behandlingsansvarlige læge er den læge, som skal kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.

For borgere, hvor hospitalsbehandlingen fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet, har hospitalet behandlingsansvaret indtil hospitalsbehandlingen er afsluttet og borgeren kan overgå til almindelig (syge)pleje. Dette gælder hele døgnet. Det er således den til enhver tid vagthavende læge i det udskrivende hospitalsafsnit, der har behandlingsansvaret, så længe den behandling, der er iværksat eller ordineret af hospitalet, ikke er afsluttet.

Den behandlingsansvarlige læge på hospitalet kan dog gå i dialog med egen læge fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen. Egen læges kommunikation med akutfunktionen på vegne af den behandlingsansvarlige læge på hospital afregnes med en ydelse, jf. afsnit om honorering.

I alle situationer, hvor en borger henvises til en kommunal akutfunktion, skal akutfunktionen for den konkrete borger have oplysning om, hvem den behandlingsansvarlige læge/lægelige funktion er, samt et telefonnummer, hvor lægen kan kontaktes. Det er afgørende, at det er entydigt for personalet i den kommunale akutfunktion, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om borgerens behandling. Praktiserende læger skal i den forbindelse så vidt muligt benytte MedCom-standarden XREF22, jf. nedenfor.

Der kan regionalt i regi af PPU evt. indgås aftaler om overdragelse af behandlingsansvaret fra hospitalslæge til praktiserende læge - og procedurerne i denne forbindelse.

Ydelsens indhold
Ydelsen gives for lægefaglig rådgivning og vurdering fra almen praksis/lægevagt af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden for en patient inden for målgruppen, når behandleransvaret er den praktiserende læges.

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kan den praktiserende læge støtte sin vurdering af en patients tilstand på akutsygeplejerskens måling af nærmere aftalte kliniske værdier.

I tilfælde af akut opstået sygdom eller forværring hos en patient kan den praktiserende læge efter aftale med den kommunale akutfunktion bede akutsygeplejersken om at foretage en klinisk vurdering. Det kan ske enten ved, at en akutsygeplejerske besøger patienten, eller det kan ske på en kommunal akutplads. Den praktiserende læge informerer akutsygeplejersken om patienten og aftaler opgavens omfang og formål, samt hvordan der skal ske tilbagemelding med henblik på lægens vurdering og eventuelle opfølgning.

Kontakten skal være mellem den praktiserende læge og den kommunale akutsygeplejerske. Kontakten sker som udgangspunkt telefonisk, men kan også være elektronisk eller pr. video. Valg af medie for kontakt ændrer ikke på hverken opgavens indhold eller vilkår for honorering.

Ydelsen kan kun anvendes, når det handler om akut forværring i et patientforløb med behov for mere koordinering og udveksling af informationer. Derfor kræves der for brug af denne aftale, at den praktiserende læge tager dialogen med akutsygeplejersken ved akutfunktionen, og har en større grad af tilgængelighed end ved normale telefonkonsultationer og/eller korrespondancemeddelelser. Det lægefaglige arbejde i ydelsen omfatter også journalopslag, epikriselæsning, relevant dokumentation for iværksat behandling, medicinafstemning, laboratoriesvar samt evt. henvisning mv.

Honorering og afgrænsning til overenskomstens øvrige ydelser

Kommunikationen – telefonisk, elektronisk eller pr. video – mellem den praktiserende læge og sundhedspersonale i akutfunktionen om en konkret patient honoreres med ydelse, som udgør 158,61kr. (apr. 2021 niveau). Ydelsen kan afregnes, når der har fundet en lægefaglig vurdering, behandling og/eller opfølgning på behandling sted, jf. beskrivelsen af ydelses indhold.

Ydelsen kan højst afregnes to gange pr. dag.

Ydelsen kan ikke kombineres med følgende ydelser:
- 0201 telefonkonsultation
- 0105 E-konsultation
- Forebyggende indsatser, fx ydelse 0120 eller 0121, da der er tale om patienter med komplekse og ofte akutte sygdomsforløb.

Sygebesøg kan afvikles og honoreres i henhold til overenskomst om almen praksis.

Ydelsen kan også afregnes for patienter diagnosticeret med KOL og/eller diabetes type II, som er omfattet af kronikerhonoraret.

Opfølgning m.v.
MedCom har dokumenteret og udarbejdet et testværktøj til en ny standard: ”Den gode henvisning til kommunens akutfunktion (XREF22)”, som skal bruges ved henvisning til kommunens akutfunktion, og ”Det gode afslutningsnotat fra kommunens akutfunktion (XDIS22)”, som skal bruges, når patienten afsluttes.

Lægepraksissystemerne og kommunernes omsorgssystemer er i gang med teknisk udvikling og implementering, og det er forventningen, at standarderne for henvisning og afslutning i relation til l kommunale akutfunktioner er i drift i løbet af efteråret 2020. Sygehusenes tekniske og driftsmæssige implementering sker i forskellige tempi og tidspunkter.

Parterne er enige om, at praktiserende læger, så vidt muligt anvender MedCom-standard for henvisning til den kommunale akutfunktion, ligesom kommunerne udarbejder afslutningsnotat til lægen. Brugen af standarderne vil blandt andet blive anvendt for opfølgning på aftalen, foruden at der vil blive fulgt op på, at aftalen øger tilgængeligheden i samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og den praktiserende læge, og at aftalen anvendes til den rette målgruppe.

Bilag 4 Anvendelse af videoløsninger i almen praksis

Anvendelsen af videoløsninger i almen praksis er et vigtigt bidrag til at øge tilgængeligheden for borgerne til almen praksis. Videokonsultationer giver bl.a. borgerne mulighed for at få en konsultation uden at skulle tage fri for arbejde eller bruge tid på transport.

Allerede ved overenskomstens start er videofunktionen teknisk tilgængelig i alle lægepraksissystemer, og der arbejdes på øget integration mellem videoløsningen og lægesystemet for at få de to til at hænge endnu bedre sammen. Der er derfor enighed om, at alle lægepraksis ved udgangen af overenskomstperioden skal tilbyde videokonsultationer.

Ved brug af video til patientkontakt er det en lægefaglig vurdering, hvornår video kan være den rette kontaktform. Patienten eller andre kan ikke kræve kontakt via video, men lægen skal tage hensyn til patientens behov og personlige ikke-medicinske forhold fx transporttid til klinikken.

Formål

- Etablere nye former for tilgængelighed for borgerne til almen praksis
- At spare borgerne for transport til og fra lægen og at spare lægetid på fx sygebesøg
- Skabe rammerne for, at klinikkerne kan bruge videomediet som et redskab til en bedre kapacitetsudnyttelse og en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen
- Understøtte samarbejde internt i praksissektoren og på tværs af sektorer om sårbare og komplekse patienter.
- Understøtte bedre tilgængelighed for borgerne i lægevagten

Typer af videoløsninger

Der skelnes mellem to typer af videokonsultationer:

a) En planlagt <u>videokonsultation</u>, hvor lægen/praksispersonalet visiterer og fastsætter tidspunktet for videokontakten, som erstatter en fysisk konsultation eller sygebesøg. Det kan typisk være en opfølgende konsultation på en kendt problemstilling men også en indledende samtale eller en konkret lægefaglig vurdering af et udslet eller et øje.

Patienten kan godt få hjælp fra anden person til gennemførelse af videokonsultationen, herunder teknisk hjælp.

b) En planlagt videokonference er et møde mellem lægen og andre sundhedsprofessionelle aktører på hospitalerne, speciallægepraksis og /eller i kommunerne og evt. patienten omhandlende konkrete patientforløb, primært med koordinerende og/eller rådgivende formål. Der skal som minimum deltage tre aktører i en videokonference, herunder evt. patienten, som også kan være til stede med den ene af sundhedspersonerne.
Videokonferencen træder i stedet for fysisk tilstedeværelse ved et møde/konference, fx ved udskrivningskonferencer o.lign., koordineringsmøder med samarbejdspartnere fx mellem praksis og kommunens hjemmepleje/socialpsykiatri/jobcentre mv, rådgivning/møde/fælleskonsultation med specialist på sygehus.
Det er en forudsætning, at videokonferencen og dets formål er aftalt på forhånd, og at der er behov for koordination mellem de professionelle parter med henblik på f.eks. at plejepersonale kan håndtere det videre forløb.

Honorering for videokontakt
Den planlagte videokonsultation i dagtid honoreres i overenskomstens første år med 165,27 kr. (april 2021). Honoraret reduceres til 156,03 kr. i overenskomstens 2. år. I overenskomstens 3. år reduceres honoraret til almindelig konsultationstakst (ydelse 0101). Såfremt der ikke opnås forbindelse, og parterne derfor vælger at gennemføre konsultationen via telefon, honoreres der svarende til almindelig telefonkonsultation (0201).

Videokonference honoreres efter konferencens varighed i moduler a 10 minutter med et ydelseshonorar på 160,57 kr. pr. modul (april 2021-niveau). Der kan maksimalt honoreres for seks moduler pr. konference.

Såfremt der ikke opnås forbindelse, og én eller flere af aktørerne derfor vælger at overgå til telefon, honoreres der fortsat med 160,57 kr. pr. modul af 10 minutter (april 2021-niveau)

Tekniske videoløsninger
Praktiserende læger skal benytte en videoklient der lever op til sikkerhedskravene på sundhedsområdet. Inden for dette vælger lægen selv den konkrete tekniske løsning og der kan være flere tekniske indgange for borgerne. Der følges

løbende op på, hvorvidt de tekniske løsninger, der tilbydes i almen praksis, dækker borgernes behov tilstrækkeligt.

RLTN og PLO vil i fællesskab se på løsninger for video til borgere, som ikke har et NemID.

RLTN stiller VDX[11] til rådighed for de praktiserende læger.

Videoløsninger i Lægevagten
Der indføres i alle vagtbærende regioner videoløsninger i Lægevagten som et redskab til at minimere vagtbelastningen og øge borgernes adgang til Lægevagten. I forbindelse med indførelsen skal det sikres, at løsningerne lever op til sikkerhedskravene på sundhedsområdet.

Honorarer for videokonsultation i nattevagten honoreres i overenskomstens første år med 250,71 kr. (april 2021) i både A- og B-vagt. Det reduceres til 227,12 kr. i overenskomstens 2. år. I overenskomstens 3. år svarer honorarer til konsultationshonorar i vagttid for henholdsvis A- og B-vagt.

Uddannelse
Der må for praksis, inden videomediet tages i brug, forventes at skulle afsættes ressourcer til oplæring af læger og øvrigt personale, jf. nedenfor.

Der udbydes kurser i brugen af videomediet til både læger og praksispersonale i regi af PLO-Efteruddannelse.

Evaluering af og forskning i videoanvendelsen
Corona-epidemien har øget anvendelsen af video i hele praksissektoren, samtidigt med at regionerne har bidraget med både teknisk udstyr og installation. Det betyder også et betydeligt større erfaringsgrundlag med brug af video. Erfaringer er dog indsamlet over relativt kort tid – herunder i en helt ekstraordinær situation – og det er derfor væsentligt, at parterne løbende følger anvendelsen samt evt. sætter ind med relevante tiltag for at øge anvendelsen af videoløsninger i almen praksis.

---

[11] VDX er en tværsektoriel videoinfrastruktur til sundhedsområdet, der ejes af staten, regionerne og kommunerne. VDX er en integreret del af Sundhedsdatanettet (SDN).

For at øge viden om videoanvendelse i almen praksis har Fonden for Almen praksis, i foråret 2020, bevilliget 3 mio. kr. til et forskningsprojekt ved de almen medicinske forskningsenheder. Projektet fokuserer på relationelle, kliniske, organisatoriske og etiske aspekter ved videokonsultationer.

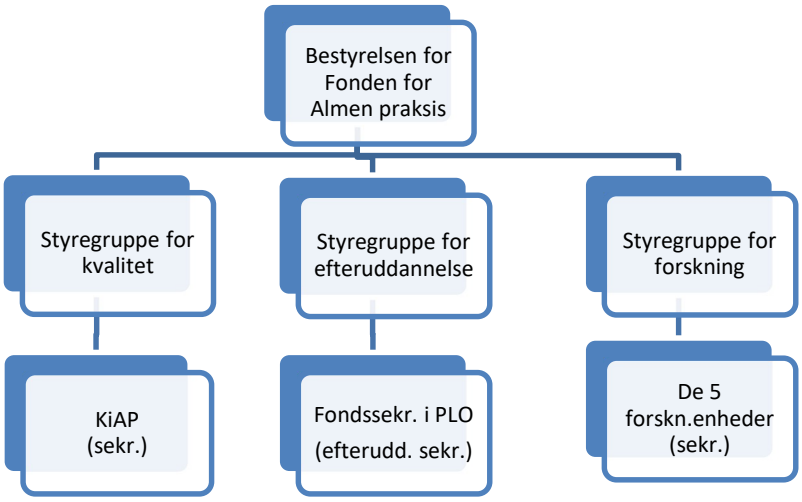
Herudover er parterne enige om at gennemføre supplerende evalueringer af brugen af videokonsultationer og -konferencer i almen praksis. Dette sker for bl.a. at kunne vurdere de sundhedsfaglige og økonomiske effekter (fx it-omkostninger) eller nye aspekter, som måtte opstå undervejs i overenskomstperioden.

Fonden for Almen praksis har derfor afsat midler til evaluering i overenskomstperioden. Midlerne anvendes bl.a. til konsulentbistand og honorering af deltagende klinikker. Der forventes samlet op på erfaringerne ca. én gang årligt, i alt tre gange i overenskomstperioden. Der evalueres første gang medio 2022.

Bilag 5 Organisering af Fonden for Almen Praksis og rammer for Kvalitetsprogrammet for almen praksis

1.0 Organiseringen under Fonden for almen praksis

Parterne er enige om at ændre strukturen i Fonden for almen praksis på følgende måde:



Figur 1. Oversigt over organiseringen under Fondsbestyrelsen

Der etableres tre styregrupper: én for kvalitet, én for efteruddannelse og én for forskningsområdet således, at der er en vis lighed i den politiske ledelse af de tre områder under Fonden. For alle tre områder gælder, at fondsbestyrelsen er ansvarlig for den overordnede faglige udvikling inden for kvalitet, efteruddannelse og forskning. De tre styregrupper står for den praktiske udmøntning og implementering af konkrete indsatser, besluttet i fondsbestyrelsen.

1.1 Fondsbestyrelsens opgaver:

- at udstikke de overordnede rammer for indsatsen med kvalitet, efteruddannelse og forskning i almen praksis, herunder organisering, finansiering og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen
- at drøfte og beslutte politiske og strategiske – herunder fx specifikke tematiske - indsatser indenfor kvalitet, efteruddannelse og forskning samt hvordan der skabes yderligere synergi mellem områderne
- At være opdragsgiver – beskrive og beslutte rammer og proces - for det fælles arbejde med at identificere indikatorer/målepunkter, som bedre belyser kvaliteten i almen praksis og udviklingen heraf samt efterfølgende drøfte og godkende disse.
- At følge og drøfte den løbende udvikling i forhold til opgaverne knyttet til de nationale kliniske kvalitetsdatabaser, der er relevante for almen praksis, herunder at skabe overblik over de forskellige datakilder og sikre bedst mulig sammenhæng i indsatserne
- at opstille rammer for det videre arbejde med kvalitetsudvikling baseret på data og sikre sammenhæng til såvel det konkrete patientnære, såvel som det sektorspecifikke kvalitetsarbejde
- at godkende budget og regnskab for fonden
- at godkende kommissorium for styregrupperne for Kvalitet, Efteruddannelse samt Forskning.
- at sikre udvikling af klyngearbejdet, herunder samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i regioner og kommuner

Fondsbestyrelsen sekretariatsbetjenes af parterne, som forbereder og koordinerer sager til drøftelse i fondsbestyrelsen.

Fondsbestyrelsen består af fire repræsentanter fra hver part.

1.2 Styregruppernes opgaver*:*

- at sikre praktisk og konkret implementering af fondsbestyrelsens strategiske beslutninger om indsatser indenfor henholdsvis kvalitet, efteruddannelse og forskning
- at forholde sig til konkrete driftsmæssige, budgetmæssige og tekniske forhold, som opstår i det løbende arbejde på hvert af områderne
- at formidle og synliggøre parternes fælles arbejde indenfor kvalitet, forskning og efteruddannelse

- at bidrage med den faglige viden, som styregruppernes medlemmer besidder inden for de respektive områder ifm. styregruppernes arbejde
- at pege på den relevante faglige viden og kompetence, som styregruppens medlemmer er bekendte med og som kan inddrages i den praktiske realisering af fondens beslutninger.
- Styregrupperne afholder 3-4 møder årligt.

Styregruppe for kvalitet bemandes af 4 repræsentanter udpeget af RLTN og 4 udpeget af PLO. Parterne udpeger i fællesskab en formand for styregruppen blandt styregruppens medlemmer. Hvis parterne ikke opnår enighed om formandskabet, deles dette mellem parterne.

Styregruppe for efteruddannelse bemandes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. PLO udpeger formand blandt styregruppens medlemmer.

Styregruppe for forskning bemandes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. Danske Regioner udpeger formand blandt styregruppens medlemmer.

1.3 Sekretariaternes opgaver (KiAP, Efteruddannelsessekretariat i PLO og forskningsenhederne):

- at servicere de pågældende styregrupper med mødemateriale og løbende status på indsatsen
- at understøtte arbejdet med kvalitet i klyngerne og lægers efteruddannelse
- at understøtte arbejdet med at fremme udvikling af og kendskab til kliniknær forskning
- udarbejde oplæg til drøftelse i styregrupperne om formidling af viden, data og resultater på hver af de tre områder til deltagende læger, samarbejdspartnere og andre interesserede.

2. Kvalitetsorganisationen

2.1 KiAP's fremtidige hovedopgaver

1. At understøtte arbejdet i klyngerne.

- At udarbejde og udvikle klyngepakker til brug for klyngearbejdet bl.a. med afsæt i fondsbestyrelsens beslutninger om tematiske indsatser.
- At sikre almen medicinsk fagligt indhold i klyngepakkerne ved løbende at inddrage relevant lægefaglig kompetence og viden inden for de pågældende temaer.
- At bidrage til udvikling og udbredelse af lokale klyngepakker og datavisning i regioner, på sygehuse og i kommuner.
- At medvirke til og skabe overblik over både nationale og regionale tilbud om efteruddannelse og netværksmøder for klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer
- At tilvejebringe løsninger, der kan understøtte klyngerne i formelle og administrative forhold (aktivitetsrapporter, regnskaber, indberetninger, juridiske forhold etc.)
- At indgå i planlægning og afvikling af de regionale erfarings- og netværksmøder for klyngekoordinatorer

2. **At have overblik over og understøtte arbejdet med at fastlægge og udvikle nationale kvalitetsdata, der beskriver kvaliteten i almen praksis og udviklingen heraf.**
   - At bidrage til udviklingen af relevante nationale kvalitetsindikatorer og datasæt, der beskriver kvaliteten i almen praksis.
   - At udforme og offentliggøre præsentationer af disse kvalitetsdata på aggregeret niveau.
   - At være indgang for relevante aktører i forbindelse med arbejdet i klyngerne og på nationalt niveau. fx i samarbejde omkring eksisterende databaser (fx RKKP, LPR, Ordiprax, henvisningsdatabaser), men også fremtidige muligheder med data fra klinikkernes systemhuse og data, der går på tværs af sektorerne (patientcockpit/sektorplatform)
   - At facilitere samarbejdet med relevante parter for at definere datasæt, som opfylder de kvalitetsmål, som parterne er enige om.
   - Yde teknisk bistand til klinikkernes opgave med dataindberetning, herunder RKKP
   - Understøtte implementering og vedligeholdelse af de digitale forløbsplaner

De nationale klyngepakker skal med tiden sikre et stærkt fagligt fundament for den almen medicinske funktion i det nære sundhedsvæsen. Der afsættes midler

til løbende inddragelse af lægefaglig ekspertise og konsulentbistand til kvalificering af de faglige temaer i klyngepakkerne

Det er parternes ambition, at KiAP i forlængelse heraf med tiden skal opbygge en specifik almen medicinsk faglighed, der både nationalt og internationalt skal tegne kvalitetsudviklingen i almen praksis i Danmark indenfor partssamarbejdet.

For at understøtte dette, er parterne enige om, at KiAP skal oprette en stilling som lægefaglig leder. Den lægefaglige leder skal referere til chefen for KiAP. Det ledelsesmæssige ansvar for KiAP-sekretariatet henlægges til Fondsbestyrelsen, som uddeleger den løbende ledelse til PLO og Danske Regioner i fællesskab. Den daglige ledelse af KiAP-sekretariatet varetages af chefen for KiAP.

2.2 Kvalitetsarbejde i regionerne

§ 104 i den gældende overenskomst om "De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg" ændres i overensstemmelse med nedenstående tekst:

Regionerne har fortsat ansvaret for at udvikle og sikre tilbud til kvalitets- og efteruddannelsesindsatsen. Den regionale indsats sker med afsæt i en regional organisering af kvalitetsarbejdet.

Midlerne afsat til den regionale opgavevaretagelse prioriteres og udmøntes af regionerne i dialog med de praktiserende læger i regionen. Uforbrugte KEU-midler fra tidligere overenskomster kan parterne i fællesskab udmønte indtil ophør af midler.

Den fælles partsaftalte indsats omkring kvalitet og efteruddannelse i almen praksis sker med afsæt i en ny og enkel organisering af KEU. I KEU-udvalgene varetages dialog og samarbejde om kvalitetsarbejdet i klynger, efteruddannelsestiltag for lægerne- og forskningsaktiviteter i regionen.

2.3 KEU-udvalg

KEU-udvalgene består af 3 repræsentanter fra hver part og der sigtes efter afholdelse af 4 KEU-møder årligt.

KEU-udvalget har følgende opgaver i relation til kvalitetsarbejdet i klynger og almen praksis:

- En generel rådgivende og understøttende rolle i forhold til tilbuddene fra den regionale kvalitetsenhed.
- En specifik planlæggende opgave, når der er behov for at parterne understøtter og koordinerer klyngernes funktion og udvikling. Bl.a. med afholdelse af regionale netværks- og erfaringsmøder for klynger og klyngekoordinatorer.
- Understøtte de praktiske muligheder for samarbejdet mellem klynger, regioner sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor – eksempelvis med kontakter, tilgængelige data mv.

2.4 Regionale kvalitetsopgaver:

De regionale kvalitetsenheder skal overfor de enkelte praksis i regionen vejlede og øge kendskabet til nationale IT- og kvalitetsløsninger, herunder eksempelvis forløbsplaner, RKKP-indberetninger, ordiprax+ mv. samt understøtte implementeringsindsatser og generel kvalitetsudvikling i de enkelte klinikker. Kvalitetsopgaverne indebærer bl.a. følgende:

- Tilbyde IT- og datarådgivning, herunder konsulentbistand
- Tilbyde lægemiddelrådgivning, dataudtræk og konsulentbistand
- Tilbyde organisations- og ledelsesudvikling til de enkelte klinikker jf. forhandlingsaftalens afsnit om lægedækning
- Understøtte og tilbyde muligheder for kliniknær forskning med inddragelse af de regionale forskningsenheder (formidle viden om forskningsprojekter mv.)
- Understøtte de enkelte klynger med tilbud om regionale kvalitetsdata og tilhørende klyngepakker baseret på den fælles skabelon udarbejdet af KiAP.
- Understøtte den enkelte kliniks deltagelse i klyngearbejdet med eksempelvis datatræk og efterfølgende implementering af kvalitetstiltag
- Tilbud om bistand til den enkelte klyngekoordinator om facilitering af klyngemøder og mentorhjælp/sparring om klyngearbejdet
- Tilbyde praktisk støtte til afdækning af samarbejde mellem klynger, regioner sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor – eksempelvis med kontaktinformation, data, ønsker til projekter etc.
- Følge op på læger udenfor klynger
- Afholdelse af store praksisdage, faglige temamøder mv.

Parterne er enige om løbende at følge, at de styrkede regionale kvalitetsenheder leverer den aftalte bistand til de praktiserende læger indenfor de forskellige områder. Konkret vil den enkelte region en gang årligt skriftligt redegøre for status på aktiviteterne i den regionale kvalitetsenhed i regi af KEU. Parterne drøfter derudover redegørelsen for status på kvalitetsaktiviteterne for almen praksis i Samarbejdsudvalgene.

2.5 De formelle rammer for klyngerne – aktivitetsrapport, klyngeregnskab, indberetning af honorarer mv.

De formelle rammer er beskrevet i forhandlingsaftalen til OK18.
På linje med forsknings- og efteruddannelsesområdet ønsker parterne i fællesskab at have adgang til strukturerede oplysninger om aktiviteten i klyngerne. I praksis sker det ved at den enkelte klynge udarbejder en kort aktivitetsrapport ud fra en skabelon. I aktivitetsrapporten beskrives klyngeaktiviteten kvantitativt og fordelt på emner. Særlige projekter kan beskrives separat.

Skabelonen til aktivitetsrapporten udarbejdes af KiAP og godkendes af styregruppe og Fondsbestyrelse. Aktivitetsrapporterne indsendes til KiAP. Med afsæt i disse aktivitetsrapporter kan KiAP, til brug for overenskomstens parter, udarbejde årlige statusrapporter for arbejdet i klyngerne på linje med årsrapporter fra PLO-E og forskningsenhederne. I aktivitetsrapporten skal klyngerne indsætte oplysninger om formue primo og ultimo.

Klyngerne er forpligtede til årligt lave et klyngeregnskab. KiAP udarbejder til brug for fondsbestyrelsen en oversigt over økonomien for klyngerne samlet set med henblik på opsparede midler og forbrug.

Parterne har endvidere drøftet, hvordan man kan løfte de formelle krav om indberetninger til Skat af udbetalte honorarer og sikre, at klyngernes brug af midler lever op til lovgivningsmæssige krav om bogføring og årsregnskab. Parterne er enige om at gå videre med at afdække mulighederne for at indgå en central aftale med en ekstern aktør (revisionsfirma) om en fælles national løsning. KiAP vil sammen med Danske Regioner og PLO udarbejde forslag hertil, som Fondens bestyrelse skal tage stilling til.

3.0 Efteruddannelse

Parterne har et fælles ønske om at understøtte efteruddannelsestilbud for almen praksis, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelsen af de praktiserende læger indeholder såvel en obligatorisk systematisk efteruddannelse, som en selvvalgt individuel efteruddannelse, herunder en regionalt forankret gruppebaseret efteruddannelse.

Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Parterne udpeger en Styregruppe for Efteruddannelse, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter.

Den partssammensatte Styregruppe for Efteruddannelse skal på baggrund af Fondsbestyrelsens strategiske og overordnede beslutninger løse følgende opgaver:

- Løbende at indstille temaer for den systematiske efteruddannelse, og temaer for tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonalet
- Følge op på den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse gennem evaluering
- Løbende have adgang til informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke efteruddannelsesaktiviteter, der er godkendt, samt tage stilling til konkrete sager man ønsker at drøfte.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes.
- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra de lægefaglige konsulenter i sekretariatet.
- Understøtte DGE-ordningen, og sikre en koordinering på tværs af regionerne.

(jf. Protokollat for efteruddannelse)

4.0 Forskningsområdet

Ved seneste overenskomst blev parterne enige om, at forskningsområdet og sammenhængen til fondens øvrige aktiviteter skulle styrkes. Dette har haft en positiv effekt og sigtet er med denne aftale at fortsat at styrke synergien mellem kvalitet, forskning og efteruddannelse. Forskning skal være klinisk relevant for

den enkelte læge og forankret i praksis. Denne indsats styrkes konkret ved ændret organisering under Fonden for Almen Praksis, som bidrager til en øget koordinering mellem områderne. Fokus i indsatsen skal fortsat være praksisforankret forskning til gavn for patienter, sundhedsprofessionelle og det tværsektorielle samarbejde.

Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for forskningsområdet samt for at sikre sammenhæng mellem efteruddannelse og kvalitetsområdet. Der nedsættes i regi af fonden en styregruppe for forskning. Styregruppe for forskning bemandes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. Danske Regioner udpeger formand blandt styregruppens medlemmer. Forskningsenhederne for Almen Praksis refererer til styregruppen – herunder varetager sekretariatsbetjening.

Styregruppen har blandt andet til formål at følge og understøtte forskningsenhedernes arbejde i forbindelse med forskningsprojekter og samarbejde med øvrige aktører – herunder sikre, at relevant viden fra forskningsindsatsen bringes videre i bestyrelsen med henblik på at sikre sammenhæng til øvrige områder under fondens ansvar. Endvidere er det styregruppens opgave at følge op på forskningsprojekter, som tildeles midler fra fonden.

Styregruppen er ligeledes styregruppe for de i regi af overenskomst igangsatte forskningsprojekter herunder opbygning af nye forskningsenheder.

5.0. Økonomi og finansiering af kvalitets- og efteruddannelsesområdet

Med OK18-aftalen blev en del af midlerne til det regionale kvalitets- og efteruddannelsesarbejde omfordelt, så klyngerne i takt med etableringen modtog en del af de afsatte KEU-midler og KEU-indsatsen til den øvrige regionale kvalitetsindsats blev mindsket tilsvarende. Parallelt hermed blev afsat midler til øremærkede formål i den regionale kvalitetsindsats og regionerne har herudover – på forskellig vis - tilført midler til særlige initiativer.

Ud fra ønsket om at skabe en mere ensartet organisering og gennemskuelig finansiering af den decentrale kvalitets- og efteruddannelsesindsats, er der aftalt følgende overordnede tildeling af midler til kvalitets- og efteruddannelsesarbejdet.

Ovenstående medfører følgende ændringer i tildeling af midler beskrevet i overenskomsten:

Tabel Tildelinger på kvalitetsområdet iht. Overenskomstens § 106 (kr. pr. sikret) (apr. 21-niveau)

	OK-år 1	**OK-år 2**	**OK-år 3**
DGE-midler *	1,48	1,48	1,48
Regional kvalitetsudvikling **	4,73	5,28	5,227
Den Danske Kvalitetsmodel ***	-	-	-
Kvalitetsudvikling i klynger ****	1,10	2,20	3,30

*Uændret
**Omfatter flere regionale opgaver vedr. lægedækning og kvalitet (15,4 stigende til 18,7 mio. kr.)
***Udgår ved ikrafttrædelse af den nye overenskomst.
****Reduktion i klyngeindbetalingerne (hhv. 75 %, 50 %, 25 %)

Midler afsat til understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis dækker også læger, der står uden for klyngesamarbejdet, jf. § 93, stk. 2.

Regionerne afsætter midler til kvalitetsudvikling for alle gruppe 1 sikrede. Midler der vedrører gruppe 1 sikrede, der er tilmeldt udbuds- eller regionsklinikker er ikke omfattet af overenskomsten for almen praksis.

Læger fra regions- og udbudsklinikker kan deltage i klynger, hvis klyngen inviterer dertil. I så fald tilfalder midlerne til kvalitetsarbejde for de tilmeldte lægers gruppe 1 sikrede, klyngen.

Som følge heraf konsekvensrettet nuværende § 106 til følgende:

§ 106 MIDLER TIL UNDERSTØTTELSE AF KVALITETSUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE

Stk. 1

Regionerne afsætter en pulje på 7,31 kr. i år 1, 8,97 kr. i år 2 og 10,05 kr. i år 3 (apr. 21-niveau) pr. patient til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Regionerne afsætter nedenstående beløb pr. patient til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

a) 1,48 kr. pr. patient til den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE). Midlerne afsættes til løn til vejledere inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv.

b) 4,73 kr. (år 1), 5,28 kr. (år 2) samt 5,27 kr. (år 3) pr. patient til regional kvalitetsudvikling i almen praksis. Midlerne er bundet til aftalte regionale opgaver såsom klyngeunderstøtning, dataleverancer, konsulentbistand, lægemiddelrådgivning, Store praksisdage mv.

c) 1,10 kr. (år 1), 2,20 kr. (år 2) samt 3,30 kr. (år 3) pr. patient til kvalitetsudvikling for lægeklinikker i klynger. Klyngerne tildeles et årligt klyngebudget beregnet på baggrund af antallet af tilmeldte patienter i de lægeklinikker, der indgår i klyngen pr. 01-02. Klyngekoordinatoren giver meddelelse til regionen om klyngens deltagende lægeklinikker forud for udbetaling af klyngemidler samt for korrespondance om ændringer i klyngesammensætningen i øvrigt.

Stk. 2.
Midler der ikke udmøntes til lægeklinikker i klynger efter litra c, anvendes til regional kvalitetsudvikling i almen praksis efter litra b.

Stk. 3.
Beløbene i stk. 1 er angivet i apr. 2021-niveau og reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 4.
Midlerne efter stk. 1 er til rådighed i regionerne pr. 01-02.

NY § 93, stk. 2 (læger udenfor klynger, som i OK-18 var omfattet af en mulig akkreditering):

De praktiserende læger, der står uden for klyngesamarbejdet, er forpligtede til at modtage et årligt kvalitetsbesøg, jf. partsaftale om opfølgning på læge uden for klynger. Kvalitetsbesøget træder i stedet for deltagelse i klyngearbejde og foregår i dialog og samarbejde med de regionale kvalitetskonsulenter.

Patientoplevet kvalitet i almen praksis
De praktiserende læger er forpligtede til mindst hvert tredje år at medvirke i en undersøgelse iværksat af Fonden for Almen Praksis af den patientoplevede kvalitet i Almen Praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen på deres hjemmesider.

Arbejdet og resultaterne indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudviklingen i Almen Praksis. Parterne nedsatte ved indgåelse af seneste overenskomst en arbejdsgruppe, som fik til opgave at komme med et oplæg til et nyt digitalt koncept og et nyt forenklet spørgeskema for patientoplevet kvalitet i almen praksis, som fondsbestyrelsen godkender.

Der er mellem parterne enighed om, at patienttilfredshedsundersøgelsen, skal leve op til tre overordnede formål:

- Patienttilfredshedsundersøgelsen skal have almen sundhedspolitisk værdi – tilfredshed med behandling, ventetid, tilgængelighed, service i klinikken mv.
- Patienttilfredshedsundersøgelsen skal kunne anvendes som input til konkrete kvalitetsforbedringer i klinikken af den praktiserende læge
- Patienttilfredshedsundersøgelsen skal levere data, som klyngerne kan vælge at anvende i arbejdet med kvalitetsforbedringer.

Der blev ved forrige overenskomst afsat 1 mio. kroner til arbejdet med en ny spørgeramme, udarbejdelse af spørgsmål, pilottest samt eventuelle tekniske forhold. Udgifter forbundet med at opsamle besvarelser og udarbejde rapporter dækkes som hidtil af midlerne afsat til DAK-E (nu KiAP) under Program for kvalitetsudvikling i almen praksis.

Parterne er enige om, at KiAP kan udarbejde en rapport om undersøgelsens resultater til parterne i Fonden for Almen Praksis.

Ændringer i overenskomsttekst vedr. patientoplevet kvalitet:

§ 94 PATIENTOPLEVET KVALITET I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1
De praktiserende læger er forpligtede til mindst hvert tredje år at medvirke i en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i Almen Praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen på praksis hjemmeside. Arbejdet indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudviklingen i Almen Praksis. ***Resultaterne kan anvendes af både den enkelte praksis og i klyngearbejdet som input til kvalitetsarbejdet****.*

Stk. 2
Undersøgelserne gennemføres som udgangspunkt ved brug af patienternes e-boks, idet der dog udsendes et spørgeskema med brevpost til et repræsentativt udsnit af de patienter i en praksis, som er fritaget fra Digital Post.

Stk. 3
KiAP er ansvarlig for, at resultatet af undersøgelserne gøres tilgængelige for de enkelte klinikker og klynger i form af en rapport, hvor resultaterne sammenlignes med regions- og landsniveau. KiAP videreformidler resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelserne til regionerne og overenskomstens parter med henblik på udvikling af kvaliteten i almen praksis.

Bilag 6 Funktioner vedr. kvalitet, efteruddannelse og lægedækning

De regionale kvalitetsorganisationer er forpligtet til at tilbyde følgende:

I forhold til kvalitet (fra forhandlingsbilag):

- Tilbyde IT- og datarådgivning, herunder konsulentbistand til almen praksis
- Tilbyde lægemiddelrådgivning, dataudtræk og konsulentbistand til almen praksis
- Tilbyde organisations- og ledelsesudvikling til de enkelte klinikker
- Tilbyde bistand til den enkelte klyngekoordinator om facilitering af klyngemøder og mentorhjælp/sparring om klyngearbejdet
- Tilbyde de enkelte klynger at trække data til klyngearbejdet
- Tilbyde regionalt udarbejdede klyngepakker baseret på den fælles skabelon udarbejdet af KiAP.
- Understøtte og tilbyde muligheder for kliniknær forskning med inddragelse af de regionale forskningsenheder (formidle viden om forskningsprojekter mv.)
- Tilbyde praktisk støtte til afdækning af samarbejde mellem klynger, regioner sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor – eksempelvis med kontaktinformation, data, ønsker til projekter etc.
- Følge op på læger udenfor klynger
- Afholdelse af store praksisdage, faglige temamøder mv.

I forhold til organisationsudvikling og lægelig ledelse i almen praksis (forhandlingsbilag vedr. lægedækning):

- Tilbyde ledelsessparring til enkelt læger og læger i kompagniskabspraksis og lignende
- Tilbyde konsulentstøtte til styrkelse af teamsamarbejde, herunder muligheder for uddelegering af opgaver fra læger til praksispersonale.
- Tilbyde konsulentstøtte i forbindelse med opstart af egen praksis
- Tilbyde konsulentstøtte i forbindelse med generationsskifte
- Tilbyde konsulentstøtte til konflikthåndtering eller lignede akutte behov for støtte.

- Tilbyde videndeling med andre regioner og PLO Efteruddannelse om organisations- og ledelsesstøtte.
- (Ansætte regionale organisations- og ledelseskonsulenter, som har en baggrund som praktiserende læger, eller lignende med et solidt indblik i almen praksis)

I forhold til efteruddannelse

- Tilbyde praktiserende læger støtte og hjælp til etablering af DGE-grupper, herunder hjælp til den enkelte i forhold til at indgå i eksisterende grupper.
- Tilbyde nynedsatte læger en særlig støtte til at indgå i DGE-ordningen.
- Tilbyde efteruddannelse og støtte til de regionale efteruddannelsesvejledere for at sikre at de kan yde kompetent støtte til DGE-grupperne, herunder særligt gruppelederne.
- Tilbyde registrering af DGE-grupper regionalt, herunder DGE- grupper der er etableret som supervisionsgrupper og lignende.
- Tilbyde udbetaling af midler til godkendte DGE-grupper, herunder supervisionsgrupper og lignende.
- (Ansætte regionale efteruddannelsesvejledere, heriblandt en regional efteruddannelseskoordinator. Antallet af vejledere skal ske i forhold til antallet af grp. 1 sikrede i regionen. Efteruddannelsesvejlederne skal være selvstændigt praktiserende læger.)

Parterne er enige om løbende at følge, at de styrkede regionale kvalitetsenheder leverer den aftalte bistand til de praktiserende læger indenfor de forskellige områder. Konkret vil den enkelte region en gang årligt redegøre for aktiviteterne i den regionale kvalitetsenhed.

Bilag 7 Protokollat om tilskudsberettiget efteruddannelse

1. Indledning
Parterne har et fælles ønske om at understøtte et efteruddannelsestilbud for almen praksis, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelsen af de praktiserende læger indeholder såvel en obligatorisk systematisk efteruddannelse, som en selvvalgt individuel efteruddannelse, herunder en regionalt forankret gruppebaseret efteruddannelse. Understøttelsen skal blandt andet ske gennem en mulighed for økonomisk tilskud til deltagelse i efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret og kontinuerligt efteruddannelsesforløb, inden for aftalte temaer, med fokus på evidensbaseret medicin og relevans for patienter og samfund.

Temaerne i den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen medicin. Temaerne i den systematiske efteruddannelse skal have en sådan karakter, at de generelt har en høj relevans for alle læger.

Parterne er desuden enige om at understøtte efteruddannelsen af praksispersonale indenfor temaer som parterne finde relevante i forhold til behovet og udviklingen i almen praksis. Det skal tilstræbes, at temaerne for den tilskudsberettigede efteruddannelse til praksispersonale understøtter temaerne for den systematiske efteruddannelse for de praktiserende læger.

2. Organisering
Den tilskudsberettigede efteruddannelse er organiseret under Fonden for Almen Praksis.
Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Bestyrelsen udpeger en Styregruppe for Efteruddannelse, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter. Styregruppe for Efteruddannelse bemandes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. PLO udpeger formand blandt styregruppens medlemmer. Styregruppen nedsætter en koordinationsgruppe for efteruddannelse. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af Styregruppen for Efteruddan-

nelse, Koordinationsgruppen og de lægefaglige konsulenter. Derudover har sekretariatet ansvaret for at løse de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion ved deltagelse i efteruddannelse.

2.1. Fondsbestyrelsens opgaver i relation til efteruddannelse

Den partssammensatte bestyrelse i Fonden for Almen Praksis har beslutningskompetence i forhold til alle væsentlige spørgsmål om den tilskudsberettigede efteruddannelse. Således skal fondsbestyrelsen:

- Drøfte og beslutte, hvilken strategisk og overordnet retning den tilskudsberettigede efteruddannelse skal bevæge sig i.
- Drøfte og beslutte, hvordan der sikres en sammenhæng mellem kvalitet, forskning og efteruddannelse.
- Godkende budget og regnskab for sekretariatetsbetjeningen i PLO.
- Drøfte og beslutte ændringer i refusionstaksterne og de årlige tildelinger for den tilskudsberettigede efteruddannelse, efter indstilling fra Styregruppen for Efteruddannelse.
- Godkende temaer for den systematiske efteruddannelse for de praktiserende læger, samt temaer for praksispersonalets tilskudsberettigede efteruddannelse, efter indstilling fra Styregruppen for Efteruddannelse.

2.2. Opgaver i Styregruppen for Efteruddannelse

Den partssammensatte Styregruppe for Efteruddannelse skal på baggrund af fondsbestyrelsens strategiske og overordnede beslutninger løse følgende opgaver:

- Løbende indstille temaer for den systematiske efteruddannelse, og temaer for tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonalet, som er målrettet udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis og det kompetencebehov, der følger hermed. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra efteruddannelsessekretariatet i PLO.
- Følge op på den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse fra praktiserende læger og praksispersonale i forhold til anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.
- Løbende have adgang til informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den tilskudsberettigede efteruddannelse, som efteruddannelsessekretariatet er i besiddelse af.

- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke efteruddannelsesaktiviteter, der er godkendt, samt tage stilling til konkrete sager man ønsker at drøfte. Styregruppen kan således til enhver tid tage sager op af egen drift.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes.
- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra de lægefaglige konsulenter i sekretariatet.

Understøtte DGE-ordningen, og sikre en koordinering på tværs af regionerne.

2.3. Opgaver i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse

Koordinationsgruppen for Efteruddannelse har til opgave at sikre en national og regional koordination af den tilskudsberettigede efteruddannelse. Kommissorium for koordinationsgruppen godkendes af Styregruppen for Efteruddannelse. Koordinationsgruppen sekretariatsbetjenes af efteruddannelsessekretariatet i PLO.

Koordinationsgruppen nedsættes af Styregruppen for Efteruddannelse. Koordinationsgruppens medlemmer består af de fem regionale DGE-koordinatorer og den nationale DGE-koordinator, samt 5 repræsentanter udpeget af regionerne samt relevante personer fra de regionale kvalitetsenheder. Derudover deltager en repræsentant fra hver af sekretariaterne i PLO-E og Danske Regioner.

2.4. Sekretariatsfunktion i relation til efteruddannelse

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel Styregruppen for Efteruddannelse, Koordinationsgruppen for Efteruddannelse, DGE-ordningen såvel som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse og udvikling af den systematiske og gruppebaserede efteruddannelse. Sekretariatsfunktionen varetager desuden driftsmæssige opgaver som udbetaling af refusion og løbende godkendelse af efteruddannelsesaktiviteter. Derudover bistår sekretariatsfunktionen sekretariatskoordinationsgruppen i spørgsmål og opgaver vedrørende efteruddannelse. Sekretariatet i PLO skal således:

- Indkalde til møder i Styregruppen for Efteruddannelse.
- Indkalde til møder i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse.
- Registrere tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter.
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videresende ansøgninger til konsulenter og eventuelt Styregruppen for Efteruddannelse.

- Give besked til ansøgere om afgørelser.
- Foretage udbetaling af tilskud.
- Foretage stikprøvekontrol.
- Udarbejde årsrapporter til Styregruppen for Efteruddannelse.
- Udarbejde budget og regnskab til Fondsbestyrelsen i forhold til efteruddannelsessekretariatet, samt ind- og udbetalinger til Fonden for Almen Praksis.
- Foretage løbende evaluering af særligt den systematiske efteruddannelse.
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse.
- Løbende have dialog med de enkelte regioner, og sikre en tæt koordinering på tværs af den regionale efteruddannelsesindsats.
- Gennem de regionale efteruddannelseskoordinatorer foretages opfølgning på aktiviteter i DGE-grupperne i forhold til såvel udbetaling af mødegodtgørelser for enkeltlæger
- En gang årligt opdatere en liste over aktive DGE-grupper, der er tilskudsberettigede.

Til sekretariatet i PLO knyttes et antal alment praktiserende læger, som konsulenter, der godkender kurser, der åbenlyst ligger inden for de gældende retningslinjer. Styregruppen for Efteruddannelse orienteres løbende om de godkendelser, der foretages af konsulenterne.

Sekretariatet i PLO skal derudover, gennem et antal lægefaglige konsulenter, sikre udbud af systematisk efteruddannelse samt kurser indenfor de temaer, der er besluttet i forhold til praksispersonalets tilskudsberettigede efteruddannelse. Sekretariatet har derudover til opgave løbende at udvikle efteruddannelsesformater og tilbud, der kan sikre en praksisnær efteruddannelsesaktivitet for alle læger og praksispersonaler. Herunder et tilbud af gruppebaserede moduler til den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, samt moduler til klinikker, der blandt andet skal lette implementeringen af kvalitetstiltag.

3. Indholdet i den tilskudsberettigede efteruddannelse

3.1. Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, der som udgangspunkt er relevante for alle læger. Temaerne skal afspejle kompetencebehovene i almen praksis i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet og understøtte kvaliteten i patientbehandlingen. Disse kan omfatte såvel aktuelle behov, som behov for løbende vedligehol-

delse af almen medicinske kompetencer. En del af den systematiske efteruddannelse kan tage afsæt i nationale indsatsområder, når der findes faglige argumenter herfor eller når en sådan indsats fordrer et fagligt løft i almen praksis.

Det er afgørende, at efteruddannelsesaktiviteterne ligger tydeligt inden for rammerne af både specialet almen medicin, almen praksis' opgaveområde og inden for overenskomstens rammer.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO skal i samarbejde med Koordinationsgruppen for Efteruddannelse, sikre, at der udbydes systematisk efteruddannelse, som er udgiftsneutral for deltagerne. For at opnå en fleksibel tilrettelæggelse af den systematiske efteruddannelse kan der tilknyttes aktiviteter med deltagerbetaling.

Der er enighed om, at praktiserende læger ikke behøver at deltage i efteruddannelsesaktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse, hvis de har deltaget i aktiviteter med et tilsvarende indhold, som beskrevet i curriculaene for de enkelte temaer, inden for de seneste 2 år. Herunder forskning og praksisnære aktiviteter. Dette gælder ligeledes læger, der har været kursusledere på kurser udbudt som systematisk efteruddannelse.

Styregruppen for Efteruddannelse skal med inddragelse af Koordinationsgruppen for Efteruddannelse sikre, at der er et relevant udbud af efteruddannelsesaktiviteter, der kan dække fagligt og geografisk i forhold til Styregruppens beslutning om valg af temaer. Aktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse kan både være eksisterende kurser fra PLO-E, kurser udarbejdet af faglige ressourcepersoner ansat i regionerne eller kurser udbudt af andre aktører f.eks. de faglige selskaber. Derudover kan den systematiske efteruddannelse gennemføres med afsæt i den gruppebaserede efteruddannelse eller andre praksisnære efteruddannelsesaktiviteter. Der kan også være behov for at udvikle nye former for efteruddannelsesaktiviteter.

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

Der vil tillige være mulighed for tilskud til individuel selvvalgt efteruddannelse, hvor aktiviteterne også har en væsentlig relevans for almen praksis, men ikke nødvendigvis er relevant for alle læger. Denne efteruddannelse kan gennemføres i form af kurser, deltagelse i den gruppebaserede efteruddannelse (fx som del af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse) eller lignende aktiviteter (konferencer, e-læring o.lign.), herunder praksisnære aktiviteter.

Op til 25 % af den enkelte læges tildelte beløb kan anvendes til studiematerialer, som f.eks. videnskabelige bøger relateret til almen medicin.

3.3 Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE-ordningen)
En del af den tilskudsberettigede efteruddannelse kan, som nævnt, ske i en regionalt forankret decentral gruppebaseret efteruddannelse, kaldet DGE-ordningen. Den overordnede målsætning for DGE-ordningen er, at alle læger skal sikres efteruddannelsestilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke og tilpasset de lokale og regionale forhold. DGE-grupper kan vælge at etablere sig som deciderede efteruddannelsesgrupper, men kan også etableres som supervisionsgrupper eller lignende, som led i et fagligt løft af de deltagende læger.

For at udnytte den regionale viden og erfaring med gruppebaseret efteruddannelse, og øvrige regionale efteruddannelsestiltag, er det afgørende, at der sker en løbende viden- og erfaringsdeling på tværs af regionerne.

Læger der deltager i den gruppebaserede efteruddannelse skal, uanset regionalt tilhørsforhold, have tilbudt de samme økonomiske vilkår. Alle læger, herunder særligt ny-nedsatte læger, skal tilbydes hjælp til at indgå aktivt i den gruppebaserede efteruddannelse. Derudover skal DGE-vejlederne og -koordinatorerne støtte og vejlede læger i deres løbende efteruddannelse, herunder særligt deres deltagelse i systematisk efteruddannelse.

Organisering

<u>Nationalt</u>
DGE-ordningen er, som en del af den tilskudsberettigede efteruddannelse, underlagt de overordnede rammer for tilskudsberettiget efteruddannelse som fastlægges af bestyrelsen i Fonden for Almen Praksis og indenfor rammerne af denne overenskomst.

Styregruppen for Efteruddannelse delegerer den nationale koordinering af grupperne og efteruddannelsesvejledernes aktiviteter, herunder erfaringsudveksling og kurser til efteruddannelsesvejledere mv., til efteruddannelsessekretariatet i PLO. Denne opgave skal dog løses i et samarbejde med de enkelte regioner.

Styregruppen for Efteruddannelse følger løbende de regionale efteruddannelsesinitiativer, herunder særligt aktiviteter der direkte vedrører den gruppebaserede efteruddannelse.

Regionalt
DGE-vejlederne er organiseret som en del af regionernes kvalitets- og efteruddannelsesindsats. Vejlederne ansættes af regionerne efter beslutning i et paritetisk sammensat ansættelsesudvalg. Hver region skal tilstræbe som minimum at ansætte 1 vejleder for hver 350.000 gruppe 1-sikrede. Efteruddannelsesvejlederne indgår i en samarbejdende regional vejledergruppe, som ledes af en regional efteruddannelseskoordinator, som selv er vejleder. Efteruddannelseskoordinatoren kan deltage som observatør eller medlem i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, hvis udvalget beslutter dette. Efteruddannelseskoordinatoren udpeges af regionen med inddragelse af de regionale vejledere.

Den konkrete tilrettelæggelse af DGE-ordningen varetages af den enkelte region dog indenfor de rammer der er beskrevet i overenskomsten og som løbende besluttes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis.
Efteruddannelsesvejledere og -koordinatorer skal alle være aktive praktiserende læger.

Opgaver

Efteruddannelsessekretariatet i PLO
Efteruddannelsessekretariatet i PLO har ansvaret for administrationen af DGE-ordningen, herunder supervisionsgrupper, i forhold til registrering af grupper, godkendelse af grupper, samt oprettelse af nye grupper.
Efteruddannelsessekretariatet i PLO har desuden ansvaret for udbetaling af mødegodtgørelse for lægernes deltagelse i grupperne ud af lægernes personlige konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse.

Registrering, godkendelse m.m., samt håndtering af ansøgninger om udbetalinger skal ske gennem efteruddannelsessekretariatets nuværende system for udbetaling af refusionsberettiget efteruddannelse. Godkendelsen af aktiviteter skal dog ske af de regionale efteruddannelseskoordinatorer.

Fondens efteruddannelsessekretariat i PLO skal derudover sikre udvikling og udbud af såvel systematiske som selvvalgte gruppebaserede efteruddannelsesmoduler til alle grupper. Efteruddannelsesmodulerne kan udvikles i samarbejde med de enkelte regioner, og kan også være målrettet supervisionsgrupper.

Regionerne

Regionerne har ansvar for at midler afsat til DGE-ordningen anvendes i overensstemmelse med formålsbeskrivelsen for den regionalt forankrede efteruddannelse. Herunder udbetaling af tilskud til grupperne. Hver region skal senest i marts måned hvert år, fremsende såvel en økonomi-opgørelse over anvendelse af deres DGE-midler til fondsbestyrelsen, som en aktivitetsoversigt.

Aktivitetsoversigten skal indeholde oplysninger om efteruddannelsesaktiviteter, der er iværksat såvel indenfor DGE-ordningen, som oplysninger om regionale efteruddannelsesinitiativer udenfor den gruppebaserede efteruddannelse.

DGE-koordinatorernes opgaver

De regionale efteruddannelseskoordinatorer skal medvirke til, at de praktiserende læger får oplysninger om relevant efteruddannelse regionalt såvel som nationalt. Koordinatorerne varetager desuden en rolle i forhold til at understøtte, at de praktiserende læger deltager i systematisk efteruddannelse. Koordinatorerne vil få adgang til oplysninger om læger, der ikke deltager i den systematiske efteruddannelse, når der er behov for opfølgning.

DGE-koordinatorerne er ansvarlige for godkendelse af gruppernes aktiviteter i forhold til såvel individuelt tilskud, som tilskud til hele gruppen. Godkendelsen sker i samarbejde med efteruddannelsessekretariatet i PLO. Endvidere skal koordinatorerne arrangere et årligt vejledertræf for at sikre en videndeling mellem de regionale efteruddannelsesvejledere.

DGE-vejledernes opgaver

- Oplyse om DGE-ordningen.
- Initiere gruppedannelser, godkende, fastholde og udvikle grupperne samt formidle kendskab til regler og økonomi for grupperne.
- Afholde gruppeledermøder med henblik på at stimulere og hjælpe grupperne og gruppelederne.
- Stille faglige og pædagogiske krav til grupperne og gruppelederne.

- Være med til at understøtte gruppernes egne valg af efteruddannelsesemner og -metoder.
- Inddrage de ny nedsatte læger i DGE-ordningen.
- Hjælpe de yngre læger på vej til almen praksis et tilbud om deltagelse i en DGE-gruppe.
- Udvikle og fastholde emnegrupper som et tilbud fra vejlederne.
- Bidrage til at opfylde gruppernes behov for specialiserede tilbud (supervisionsgrupper, emnegrupper, traditionelle grupper o.a.).
- Deltage i vejledertræf og møder, regionalt og på landsplan.
- Planlægge og afvikle egen efteruddannelse som vejledere.
- Medvirke til oplæring af nye efteruddannelsesvejledere.

Økonomi
Midler, der for hver region er afsat til DGE-ordningen skal anvendes til:
- aflønning af efteruddannelsesvejledere
- aflønning af efteruddannelseskoordinatorer
- midler til gruppelederaktiviteter
- regional administration af ordningen
- et fast årligt tilskud til alle godkendte grupper til honorering af oplægsholdere, køb af gruppebaserede koncepter o.lign.

Udover ovennævnte basisfunktioner kan vejledere og koordinatorer medvirke til at arrangere lokale temadage, varetage undervisningsopgaver, planlægge anden form for efteruddannelse for de praktiserende læger, arrangere gensidige praksisbesøg o. lign. Varetagelse af disse opgaver forudsætter dog indgåelse af særskilte lokalaftaler (inkl. honorering) mellem den enkelte region og de enkelte efteruddannelsesvejledere.
Koordineringen af det centrale arbejde varetages af efteruddannelsessekretariatet i PLO under medvirken af en alment praktiserende læge, der ansættes som national DGE-koordinator i efteruddannelsessekretariatet i PLO.

3.4 Efteruddannelse for praksispersonale
Praksispersonale kan få refusion/tilskud til efteruddannelse indenfor en række temaer som besluttes af Styregruppen for Efteruddannelse.
Efteruddannelsessekretariatet i PLO skal sikre et tilstrækkeligt og dækkende udbud af tilskudsberettigede kurser til praksispersonale regionalt og nationalt. Udbuddet af efteruddannelse til praksispersonale skal tilstræbes at ske i et samarbejde med de enkelte regioners tilbud til praksispersonale.

4. Godkendelser og opfølgning

4.1 Godkendelser af efteruddannelsesaktiviteter

For at efteruddannelsesaktiviteter kan indgå i den tilskudsberettigede efteruddannelse for læger og praksispersonaler skal de godkendes af Styregruppen for Efteruddannelse. Godkendelse opnås gennem ansøgning sendt til efteruddannelsessekretariatet i PLO. I første omgang vurderes ansøgninger af de lægefaglige konsulenter i sekretariatet. Ved ansøgninger der ikke åbenlyst ligger indenfor godkendelseskriterierne videresendes ansøgningen til behandling i Styregruppen for Efteruddannelse.

4.2. Ankemuligheder ved afslag

Ved afslag på ansøgninger kan udbyder/deltager anke afgørelsen til Styregruppen for Efteruddannelse med et ønske om, at ansøgningen vurderes igen. Afviser styregruppen anken, kan afgørelsen ikke ankes igen. Forinden skal efteruddannelsessekretariatets konsulenter forsøge at rådgive afviste ansøgere om, hvordan de kan opnå en eventuel godkendelse.

4.3. Opfølgning

Fonden for Almen Praksis foretager, gennem Styregruppen for Efteruddannelse, en opfølgning over for læger, der ikke deltager i systematisk efteruddannelse inden for en 2-årig periode. Opfølgningen vil allerede ske, når lægen i et år ikke har deltaget i systematisk efteruddannelse. Denne del af opfølgningen vil ske gennem skriftlig henvendelse til lægen på vegne af parterne med en opfordring om at deltage i systematisk efteruddannelse, og at efteruddannelsen afvikles i det efterfølgende år.

Hvis den skriftlige henvendelse ikke medfører systematisk efteruddannelsesaktivitet, eller en plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der ske en telefonisk/skriftlig henvendelse til lægen et kvart år inden periodens udløb. Opfølgningen foretages af den regionale efteruddannelseskoordinator eller én af de regionale efteruddannelsesvejledere. I denne opfølgning vil lægen få råd og vejledning om, hvilke konkrete muligheder der er for at gennemføre den systematiske efteruddannelse nationalt og regionalt. I forbindelse med opfølgningen lægges en konkret plan for at lægen får gennemført den systematiske efteruddannelse. Herunder aftales en opfølgende samtale mellem efteruddannelseskoordinatoren/-vejlederen og lægen for at sikre planens gennemførelse.

Har lægen ikke deltaget i den systematiske efteruddannelse umiddelbart efter den opfølgende samtale oversendes sagen til Samarbejdsudvalget som drøfter sanktioner og en eventuel videre sendelse af sagen til Landssamarbejdsudvalget.

Parterne drøfter lægernes deltagelse i systematisk efteruddannelse to år efter overenskomstens indgåelse for en drøftelse om eventuelle ændringer i sanktioner, hvis antallet af læger der deltager i den systematiske efteruddannelse samlet set er under 60% af de tilskudsberettigede læger. Eksempelvis om der skal ske begrænsninger i tilskuddet til den enkelte læges selvvalgt efteruddannelse, hvis disse ikke deltager i den systematiske efteruddannelse.

5. Registrering, kontrol og adgang til data for tilskudsberettigede kurser

Alle godkendte efteruddannelsesaktiviteter registreres i en samlet database. Denne database administreres af efteruddannelsessekretariatet i PLO.
De regionale efteruddannelseskoordinatorer får af efteruddannelsessekretariatet adgang til oplysninger på individniveau i forhold til lægers manglende deltagelse i den systematiske efteruddannelse. Oplysningerne om aktivitet tilgår de regionale efteruddannelseskoordinatorer kvartalsvis.

5.1. Årsrapporter

Efteruddannelsessekretariatet udarbejder årligt en opgørelse til Fondsbestyrelse og Styregruppen for Efteruddannelse vedrørende såvel systematisk, selvvalgt og gruppebaseret efteruddannelse, som tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonale. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper. Opgørelsen fremsendes tillige til Koordinationsgruppen for Efteruddannelse til orientering.

5.2. Stikprøver

Der foretages løbende en stikprøvekontrol af dokumentation for udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse, dog med undtagelse af den gruppebaserede efteruddannelse, hvor der sker en regional opfølgning. Stikprøvekontrollen gennemføres ved at 10 % af alle udbetalinger udtages til kontrol.

6. Indbetalinger til Fonden

Den årlige indbetaling pr. gruppe 1-sikret til efteruddannelse beregnes efter aftalens indgåelse. Udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale tages fra egenkapitalen. Der forventes et træk på 65% for systematisk efteruddannelse og 75% for den selvvalgte efteruddannelse.

Læger ansat i regionsklinikker og i udbudsklinikker er omfattet af tilskudsberettiget efteruddannelse, så længe de behandler gruppe 1 sikrede patienter. Disse læger kan derfor få tildelt midler til både selvvalgt og systematisk efteruddannelse på lige fod med læger, der er omfattet af overenskomsten.

Ved overenskomstperiodens udløb drøfter og fastlægger parterne fremadrettet indbetalingerne til efteruddannelse, herunder fordelingen mellem selvvalgt og systematisk efteruddannelse, således at indbetalingerne til fonden fremadrettet skal matche forbruget af hhv. systematisk og selvvalgt efteruddannelse.

Fondens bestyrelse kan beslutte at justere refusionstaksterne samt de årlige tildelinger og afsætte yderligere midler til efteruddannelse. En justering af taksterne og forbrug af formuen kræver enighed mellem PLO og RLTN's repræsentanter i bestyrelsen.

Læger tildeles en personlig konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Grundbeløbet er for den selvvalgte efteruddannelse fastsat til **21.400** kr. årligt pr. læge, mens det for den systematiske efteruddannelse er fastsat til **26.400** kr. årligt pr. læge, svarende til tre dages efteruddannelse. Satser for udbetaling af aktiviteter fra 1. januar 2021:

<u>Systematisk efteruddannelse:</u>
Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: **4.500** kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag: Max **2.800** kr.
Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage: Max **1.500** kr.

<u>Selvvalgt efteruddannelse:</u>
Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: **4.000** kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag: Max **2.800** kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag for praksispersonale: Max **3.100** kr.

Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage: Max **1.500** kr.
DGE-møder på hverdage eller i weekender: **2.000** kr. (min. 2 timer)
Studiemateriale: Max 25% af det tildelte beløb.

Der ydes efteruddannelseshonorar for aktiviteter, der gennemføres på hverdage i tidsrummet 08.00 til 20.00. Efteruddannelsesaktiviteten skal dog som minimum have en varighed på 3 timer for at blive godkendt til en halv dags efteruddannelseshonorar, og minimum 5 timer for at blive godkendt som en hel dags efteruddannelseshonorar. For at aktiviteter kan godkendes til refusion for kursusudgifter skal de have en varighed på min. 2 timer.

Lægen kan udskyde trækket på efteruddannelsesmidlerne i et år således, at en læge, der ikke fuldt ud har brugt beløbet et år, kan bruge et tilsvarende større beløb næste år.

Udover den individuelle tildeling tildeles DGE-grupper, som er godkendt af Efteruddannelses-koordinatorerne, desuden et årligt tilskud på **10.000 kr.** Tildelingerne til grupperne kan, som den øvrige tilskudsberettigede efteruddannelse, overføres til det efterfølgende år (2-års-reglen). Ubrugte midler i grupperne tilbageføres ved årsafslutningen med udgangen af hvert år.

Derudover får læger i praksisamanuensisfase II en tildeling til selvvalgt efteruddannelse på 2.000 kr., dækkende en 6 måneders praksisamanuensis-periode. Læger i praksisamanuensisfase III får en tildeling til selvvalgt efteruddannelse på 4.000 kr., dækkende en 12 måneders praksisamanuensis-periode. Der ydes derudover tilskud til kurser indenfor ledelse og organisering af praksis udbudt via PLO Efteruddannelse. Takster for dette fastsættes af fondsbestyrelsen.

7. Sekretariatets udgifter
Efteruddannelsessekretariatet fremsender årligt et budget til bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis til godkendelse af forventede administrationsomkostninger for sekretariatet. Administrationsomkostninger skal dække sekretariatets udgifter til blandt andet:

- Udgifter til registrering af aktiviteter.
- Udgifter til udbetaling af refusioner.
- Udgifter til stikprøvekontrol.

- Udgifter til informationshåndtering overfor Danske Regioner/regionale konsulenter.
- Udgifter til lokaler, HR, kantine m.m.
- Udgifter til løbende udvikling af aktiviteter, herunder til den systematiske og selvvalgte gruppebaserede efteruddannelse.
- Udgifter til IT-support og vedligeholdelse af systemer.
- Udgifter til ledelse af sekretariat i PLO.
- Udgifter til håndtering af meritgodkendelser.
- Udgifter til håndtering af tilmeldinger og fakturering til aktiviteter under systematisk efteruddannelse.
- Udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systematisk efteruddannelse.
- Udgifter til løn til sagsbehandlere og lægefaglige konsulenter.

Implementeringsaktiviteter

Cyber- og informationssikkerheden skal løftes og det nuværende videns- og kompetenceniveau i almen praksis skal udbygges. Eksempelvis med følgende aktiviteter:

Vedr. GDPR

- Vedligeholdelse og færdiggørelse GDPR-aktiviteter, der påhviler privatpraktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende, og som hjælper med at efterkomme krav i persondataloven og højne informationssikkerheden, herunder foretager alle klinikker løbende opdateringer af nødvendige skabeloner og dokumenter, herunder bl.a. årlige risikovurderinger baseret på en fælles skabelon, opdaterer 1-2 gange årligt relevante databehandleraftaler og privatlivspolitikker, så de løbende holdes ajour med udviklingen på it-området og med de nationale sundheds-it projekter. Derudover gennemføres et årligt tilsyn med relevante databehandlere.

Vedr. handlingsplanens informationsaktiviteter, klinikrettede

- Udvikling af formidlingselementer, der kan fastholde og skabe awareness om cyber- og information sikkerhed. Leverancerne kan bl.a. være inspireret af Tekniske minimumskrav for statslige myndigheder (2020), PLOs pjece *Informationssikkerhed i din klinik* (2017) og vejledninger om gode råd til it-sikkerhed i klinikken fra 2018.

- Udarbejdelse en ”værktøjskasse for cyber- og informationssikkerhed” med forslag til konkrete handlingsanvisninger, to-do-lister, e-learning-moduler, fx med test og eksempelkataloger.

- Afholdelse af kurser på Lægedage for læger og klinikansatte.

Bilag 8 Moderniserings af tutorlægeaftalen

TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER af [1. september 2014].

Alle beløb er angivet i 01-04-2021-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

§ 1. Aftale om tutorlæger
Aftalen vedrører alment praktiserende læger, der af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, er godkendt som tutorlæger for læger under uddannelse til speciallæge, og som i en aftale med Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse forpligter sig til at fungere på nedenstående vilkår.

§ 2. Tilladelse til at virke som tutorlæger
Stk. 1.
Alment praktiserende læger kan virke som tutorlæger, når Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger.

Stk. 2.
Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og regionen, hvori praksis er beliggende, ud fra det aktuelle behov.

Stk. 3.
Der indgås en individuel aftale mellem Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. PLO og RLTN udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel.

Stk. 4.
Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse tildeler tutorlægen en uddannelsessøgende læge med et halvt års varsel. Varslet kan være kortere, såfremt tutorlægen accepterer det. Rådet skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor

en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Stk. 5.
Normalt vil hver tutorlæge have tilknyttet en uddannelseslæge i 6- eller 12-måneders forløb ad gangen.
Der kan i lægedækningstruede områder i samme solopraksis og for hver godkendt tutorlæge i et kompagniskab samtidigt være tilknyttet to uddannelseslæger i 6- eller 12-måneders forløb, under forudsætning af, at det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse efter en individuel vurdering har fundet det fagligt hensigtsmæssigt, blandt andet ud fra en vurdering af antal tilmeldte patienter i praksis, lokaleforhold og adgang til supervision i dagligdagen. I solopraksis, der er etableret som delepraksis, skal begge læger være godkendt som tutorlæge.

§ 3 Finansiering
Stk. 1.
Godkendte tutorlæger er berettiget til tilskud til ansættelse af den uddannelsessøgende læge, som Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse til.

Regionen yder tilskud i henhold til det til enhver tid gældende Administrationsgrundlag for udbetaling af tilskud til ansættelse af uddannelsessøgende læger, som er aftalt mellem RLTN og PLO.

For at lette administrationen i forhold til den enkelte tutorlæge, udbetaler regionen på tutorlægens vegne løn direkte til den uddannelsessøgende læge i godkendte uddannelsesforløb efter overenskomst mellem PLO og Yngre Læger.

Stk. 2.
Den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage indberettes til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.

Stk. 3.
Beregning af tutorlægens andel af lønnen til den uddannelsessøgende læge efter regionalt tilskud foretages hver 6. måned. Pr. 31. december laves endvidere en årsopgørelse.

Tutorlægens beregnede lønandel trækkes direkte fra tutorlægens næste månedlige afregning med regionen og vil fremgå af honorarspecifikationen.

Senest 1 måned efter uddannelsesforløbets afslutning modtager tutorlægen meddelelse om endelig opgørelse over afregningen til den uddannelsessøgende læge og tutorlægens andel heraf, som er modregnet i sygesikringshonoraret.

Stk. 4. Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt et beløb pr. uddannelseslæge pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet udgør i lægedækningstruede områder 9.001,30 kr. og i ikke lægedækningstruede områder kr. 6.767,90 og reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 62 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.
Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved den uddannelsessøgende læges fravær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af, at fraværet varer længere end løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt. Såfremt den uddannelsessøgende læge ikke påbegynder sin ansættelse, er tutorlægen berettiget til honorar for den 1. måned, såfremt meddelelse herom først er givet i den måned, der ligger forud for ansættelsestidspunktet.

Stk. 6.
Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved fravær fra praksis grundet egen sygdom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt.

Stk. 7.
Det kan mellem parterne aftales, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdsplads for uddannelsessøgende læger i almen praksis.

Stk. 8.
Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse giver regionen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddannelsessøgende læge, og regionen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

§ 4 Krav til tutorlægen
Stk. 1.

Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis. Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv., jf. DSAM's hjemmeside.

Stk.2.
Tutorlægen skal give Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse og regionen besked, såfremt den uddannelsessøgende læge udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

Stk. 3.
Arbejdsgiveransvaret overfor den uddannelsessøgende læge og tredjemand ligger hos den ansættende myndighed, som er regionen i relation til KBU-, intro- og fase 1-læger. For læger i fase 2 og 3 er ansættende myndighed tutorlægepraksis.

Tutorlægen er ansvarlig for tegning af ansvarsforsikring for læger i fase 2 og fase 3.

Tutorlægen er endvidere ansvarlig for tegning af arbejdsskadeforsikring for KBU-, intro-, fase 1-, fase 2- og fase 3-læger.

Stk.4.
KBU-, intro- og fase 1-lægers ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem RLTN og Yngre Læger.

Stk. 5.
Ansættelsesvilkår for fase 2 og 3 læger fastsættes efter aftale mellem PLA (PLO - indtil overenskomstfornyelse 1. april 2021) og Yngre Læger.
Stk.6.
Instruktionsbeføjelsen i den periode den uddannelsessøgende læge er i almen praksis udføres af tutorlægen i overensstemmelse med gældende love og overenskomst om almen praksis. Tutorlægen er overordnet læge i forhold til den uddannelsessøgende læge såvel i faglig henseende som i henseende til arbejdets tilrettelæggelse og i forhold til patienterne.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget er forpligtet til at orientere Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, såfremt det finder, at der er praktiserende læger, hvis praksisforhold er så afvigende fra det sædvanlige, at det ikke er hensigtsmæssigt, at de har uddannelsessøgende læger. Tutorlægen skal orienteres herom, og kan inden 6 uger klage til Landssamarbejdsudvalget, såfremt lægen ikke finder, at samarbejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

§ 5. Ikrafttræden
Aftalen træder i kraft 1. januar 2022 og kan af hver af parterne opsiges med seks måneders varsel til et kvartals udløb, dog tidligst 1. januar 2024.

Bilag 9 Handlingsplan om cyber- og informationssikkerhed

Parterne er enige om at igangsætte en handlingsplan for cyber- og informationssikkerhed med henblik på tilslutning til den nationale it-sikkerhedsorganisering og løfte niveauet af awarenes om cyber- og informationssikkerhed i almen praksis.

Planen består af analyse- og implementeringsaktiviteter.

Der fremlægges en status på handlingsplanen for det nye Partsforum for data og digitalisering i løbet af Q2 2022.

Handlingsplanen
I handlingsplanen lægges der vægt på, at der udarbejdes en beskrivelse af mulige modeller for, hvordan almen praksis kan tilsluttes det kommende nationale SAC (Security Analytics Center) med en vurdering af omkostninger til udvikling, drift og vedligehold af tilslutningerne.

Handlingsplanen lægger desuden op til at undersøge, hvilke yderligere forudsætningsskabende aktiviteter, der skal finde sted før tilslutning til SAC/SOC, herunder at der eksempelvis stilles relevante krav til leverandører.

Der igangsættes i januar 2022 en undersøgelse, der beskriver det nuværende niveau af informationssikkerhedsniveau i almen praksis, bl.a. med afsæt i tidligere analyser af området. Undersøgelsen skal – ud fra en risikobaseret tilgang – pege på tiltag, der kan løfte cyber- og informationssikkerheden samt komme med forslag til prioritering ud fra en vurdering af bl.a. effekt og økonomi.

Der skal undersøges modeller for en mere professionel drift og forvaltning af cyber- og informationssikkerhedsområdet i almen praksis, som i tilknytning til overenskomstperiodens udløb/ fornyelse kan udbredes til andre dele af praksissektoren.

Arbejdet skal gennemføres i dialog med de relevante aktører og med inspiration fra det it-sikkerhedsarbejde, som datakonsulenterne i Region Sjælland har gennemført for almen praksis i regionen.

Region Syddanmark

Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. revidering af samarbejdsaftaler omkring rehabilitering til mennesker med erhvervet hjerneskade.

Baggrund

Sundhedsstyrelsen iværksatte i 2017 'Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade'. For at adressere nogle af de udfordringer, der fremkom i dette arbejde udgav Sundhedsstyrelsen i 2020: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" som er en revidering af den faglige visitationspraksis for genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2014) samt forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade (2011).

I Region Syddanmark er der gennem årene udarbejdet forskellige samarbejdsaftaler på hjerneskadeområdet, men det er oplevelsen, at der er sket ændringer i praksis i forhold til de eksisterede syddanske samarbejdsaftaler vedr. rehabilitering til mennesker med erhvervet hjerneskade.

På baggrund af ændringerne i praksis og de nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen ønsker Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering en grundig vurdering af, om der er behov for en revidering af de eksisterende syddanske samarbejdsaftaler, og i så fald et udkast til denne revidering.

Med udgangspunkt i de nye anbefalinger, praksiserfaringer og en vurdering af betydningen af aftalernes forankring på socialområdet skal der vurderes, om der er behov for en revidering af eksisterende samarbejdsaftaler.

Overblik over udgivelser og syddanske samarbejdsaftaler:

- 2011: Sundhedsstyrelsen: "Forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade"[1] og "Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade"[2].

- 2104: Sundhedsstyrelsen: "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - En faglig visitationsretningslinje"[3]

- 2014: "Tilpasnings- og implementeringsaftale for forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark"[4].

[1] Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, 2011
[2] Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade, 2011
[3] Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - en faglig visitationsretningslinje - 2014
[4] Tilpasnings- og implementeringsaftale, 2014

KLADDE

- Denne aftale sætter rammen for implementering af Sundhedsstyrelsens to forløbsprogrammer (2011) og er tilpasset syddanske forhold.

- 2015: ”Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau”[5]

  - jf. bekendtgørelse nr.1088 og vejledning nr. 9759, betød at en ny kategori af genoptræningsplaner blev indført: Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

- 2015: ”Aftale om patientforløb for patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højtspecialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter mellem Region Syddanmark og Region Midtjylland”.

- 2017: Sundhedsstyrelsen: ”Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade” [6]

- 2020: Sundhedsstyrelsen: ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade”[7] *(erstatter forløbsprogrammerne fra 2011)*

- 2020*:* Sundhedsstyrelsen: *”*Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade”[8]

- 2020: Socialstyrelsen: ”Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade”[9]

- 2020: Socialstyrelsen: ”Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer”[10].

Formål

Formålet med arbejdsgruppen er at gennemgå, og ved behov opdatere de eksisterende lokale samarbejdsaftaler for rehabilitering til mennesker med erhvervet hjerneskade, så de opfylder de nyeste anbefalinger og er tilpasset nuværende praksis og arbejdsgange på området.

Leverancer

Arbejdsgruppens leverancer:

---

[5] Følg linket og vælg "Afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau", 2015

[6] Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne for mennesker med hjerneskade, 2017

[7] Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, 2020

[8] Sundhedsstyrelsen ”Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne”

[9] Udgivelser og redskaber — Socialstyrelsen - Viden til gavn → Find publikationen under punktet ” Målgruppebeskrivelse for erhvervet hjerneskade (december 2020)”

[10] Udgivelser og redskaber — Socialstyrelsen - Viden til gavn → Find publikationen under punktet ” Den generelle model (december 2020)”

- Vurdering af behovet for at revidere de nuværende lokale aftaler med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2020.
    - Såfremt arbejdsgruppen vurderer et behov for revidering af lokale aftaler, udarbejdes et oplæg hertil, som fremlægges Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.
    - Det kan i vurderingen overvejes om de eksisterende aftaler kan samles, således at antallet af samarbejdsaftaler reduceres.

- Vurdering af behovet for ændringer af arbejdsgange og praksis i forhold til nuværende aftaler.

Organisation og arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra kommuner og sygehusenheder i Region Syddanmark, der til dagligt arbejder med rehabilitering til mennesker med erhvervet hjerneskade.

Arbejdsgruppen består af følgende medlemmer:

- Delt formandskab med hhv. én kommunal og én regional formand, som ligeledes er medlem af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

- 4 kommunale sundhedsfaglige repræsentanter – én fra hvert SOF område

- 4 regionale sundhedsfaglige repræsentanter – én fra hvert SOF område

Gruppen konstituerer sig med to sekretærer (hhv. en regional og en kommunal). Sekretærerne har ansvaret for at indkalde til møder, sende dagsorden/referat ud og være medproducerende på arbejdsgruppens produkt.

Arbejdsgruppens medlemmer bidrager ind i gruppens forskellige opgaver. Arbejdsgruppen har mulighed for ad hoc at inddrage specialister.

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Procesplan

- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering behandler den 6. maj 2021 kommissoriet. Den endelig godkendelse sker via mail senest den 25. maj 2021.
- Formandsgodkendelse af kommissoriet i Det administrative kontaktforum senest 1. juli 2021.
- Arbejdsgruppen sammensættes i løbet af juli 2021
- Arbejdsgruppen afholder 2-3 møder i perioden august til november 2021 (møderne afholdes virtuelt)
- Arbejdsgruppen fremlægger sine leverancer for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering på mødet den 15. december 2021

Region Syddanmark

Notat

Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. håndtering af senfølger efter COVID-19

Baggrund

De fleste mennesker, der oplever at blive smittet med COVID-19, bliver raske igen uden behandling, og de kan vende tilbage til en normal hverdag. Derimod oplever en mindre gruppe, der har været smittet med COVID-19, symptomer i tiden. Nogle symptomer aftager gradvist med ingen eller en begrænset sundhedsfaglig indsats, mens andre symptomer forekommer mere langvarige og fordrer en bredere sundhedsfaglig indsats. Der er rapporteret forskellige langvarige symptomer, hvoraf de hyppigste er:

- Åndenød og hoste
- Brystsmerter og hjertebanken
- Træthed og feber
- Kognitive problemer som koncentrationsbesvær, hovedpine, perifer neuropati og delir
- Mavesmerte
- Led- og muskelsmerter
- Symptomer på depression og angst
- Tab af lugte- og smagssans
- Hududslæt

Regionerne har oprettet senfølgeklinikker, som håndterer patienter med uventede eller langvarige og komplekse følger ved COVID-19. Senfølgeklinikkerne tilbyder tværfaglig vurdering og udredning med inddragelse af relevante fagligheder. Men patienter med senfølger behandles også andre steder i sundhedsvæsenet, hvor kommunerne og almen praksis har en stor rolle og opgave i håndteringen af senfølger. På baggrund af kompleksiteten ift. håndtering af patienter med senfølger efter COVID-19, erfaringen fra praksis og Sundhedsstyrelsens anbefalinger besluttede Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering den 6. maj 2021. at nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal udarbejde en samarbejdsaftale ift. håndtering af senfølger efter COVID-19. Samarbejdsaftalen skal beskrive ansvarsfordelingen, organiseringen og håndteringen af senfølger efter COVID-19 på tværs af sektorer i Syddanmark.

Formål

Vi skal sikre, at almen praksis, sygehuse og kommuner samarbejder om at tilbyde borgere med senfølger efter COVID-19 den rette behandling. Arbejdsgange skal være tydeligt beskrevet og der skal være en god dialog på tværs af sektorer.

Leverancer

Arbejdsgruppen skal udarbejde en samarbejdsaftale, der beskriver samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis omkring håndtering af borgere med senfølger efter COVID-19.

Samarbejdsaftalen skal udarbejdes ved at anvende praksiserfaring, Sundhedsstyrelsen anbefalinger ”Senfølger efter COVID-19 – Anbefalinger til organisering og faglige indsatser” og Region Midtjyllands

beskrivelse af organisering ”Organisering af indsats for patienter med senfølger efter COVID-19 i Region Midtjylland”.

Samarbejdsaftalen skal indeholde en beskrivelse af:

- Organisering af indsatsen for borgere med senfølger efter COVID-19
- En beskrivelse af kompleksiteten i opgaven (fx ved brug af cases)
- Ansvarsfordeling mellem kommuner, sygehuse og almen praksis
- Visitationspraksis
- En plan for kompetenceudvikling og vidensdeling på tværs.
- En plan for monitorering – med inddragelse af Kompetencegruppen for monitorering

Det er vigtigt at kommunernes arbejdsmarkedsområder tænkes ind i samarbejdsaftalen, da de er vigtige samarbejdspartnere grundet, at en stor andel af borgere med senfølger efter COVID-19 er borgere i den erhvervsaktive alder.

Organisation samt procesplan

Gruppen konstituerer sig med én formand og to sekretærer (hhv. en regional og en kommunal). Sekretærerne har ansvaret for at indkalde til møder, sende dagsorden/referat ud og være medproducerende på arbejdsgruppens produkt.

Arbejdsgruppens medlemmer bidrager ind i gruppens forskellige opgaver. Arbejdsgruppen har mulighed for ad hoc at inddrage specialister.

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Repræsentanter i arbejdsgruppen:

- En repræsentant fra Senfølgeklinikkerne
- En repræsentant for almen praksis
- 1-2 repræsentanter fra kommunerne fx afdelingsledere fra sundhedsområdet der har ansvaret for en afdeling, der møder borgere med senfølger efter COVID-19

Procesplan:

Formandsgodkendelse i DAK	Juli
Arbejdsgruppe nedsættes	August
Samarbejdsaftale færdig	Oktober
Samarbejdsaftale godkendes i DAK	3. november
Samarbejdsaftale godkendes i SKU	1. december