



Sundhedsstrategisk forum – 3. november 2021

Aftale om budget 2022 for Region Syddanmark



Sundhedsområdet - somatik

Driftsmidler der understøtter implementering af fødeplanen "En god start på livet":

- Styrkelse af første jordemoderkonsultation (+ 20 min)
- Individuel fødselssamtale (+ 20 min)
- Kendt Jordemoderordning (understøtte at flere oplevet kendthed i graviditet + fødsel)
- Minimere antallet af udskudte igangsættelser
- Uddannelse af i alt 17 føtalmedicinere og sonografer
- Partnerskabsaftale med Mødrehjælpen

**I alt 8,1 mio. kr. årligt i 2022 stigende til 14,1 mio. kr. årligt fra 2024
Derudover i alt 6 mio. kr. til implementeringskraft på
sygehusene**

Fødeområdet - fortsat

Anlægsmidler til fødselsområdet:

- 15,4 mio. kr. til etablering af 38 sansefødestuer
- 65 mio. kr. til ny fødeafdeling + familieafsnit på Sygehus Lillebælt

Derudover:

- Etablering af privat fødeklinik i tilknytning til Sygehus Lillebælt
- In-house fødeklinik på Nyt OUH
- Fremadrettet aktivitetsafregning på fødeområdet og løft af normering på Sygehus Lillebælt og OUH (3 mio.kr. årligt)

Sundhedsområdet - somatik

- Implementering af Akutplanen (6,6 mio. kr i 2022 stigende til 18,6 mio. kr. fra 2025) Sker blandt andet gennem Følgegruppen for behandling og pleje.
- Styrket indsats for hjertepatienter (3,75 mio. kr. årligt) (flere skal opdages tidligere og der skal skabes nærhed til behandlingstilbuddene)
- Etablering af satellitpraksis på speciallægeområdet
- Videre drift af Svalegangen – et omsorgscenter for hjemløse samt udvidelse af kapacitet

4

Sundhedsområdet - psykiatrien

- Binge Eating Disorder (3 mio. kr. til finansiering af eksisterende behandlingsaktiviteter i afklaringsfasen)
- Spiseforstyrrelser (der gennemføres en analyse af spiseforstyrrelsesområdet, der kan danne grundlag for arbejdet på området)
- Telepsykiatrisk center (2,5 mio. kr. årligt til tilpasning af eksisterende digitale voksentilbud, så de passer til unge)
- En socialsygeplejerske i Svendborg og i Aabenraa (udvidelse af de eksisterende to i Esbjerg og Vejle)

5

Sundhedsområdet – psykiatrien (fortsat)

- Borgere med dobbeltdiagnoser (Projekter igangsat med udvalgte kommuner vedr. afprøvning og udvikling af samarbejde til forebyggelse af kriminalitet blandt borgere med psykisk lidelse og et samtidigt misbrug er under evaluering)

Der afsættes 4 mio. til permanent udmøntning af projekterne

Borgerinddragelse

Aftaleparterne ønsker, at borgerinddragelsen i Region Syddanmark styrkes yderligere og inddragelsen skal tænkes ind i de politiske beslutninger i de kommende år med henblik på:

- Dialog for at opnå indsigt
- Idegenerering for at øge handlerum
- Samskabelse for at øge erfaringer og kvalitet i konkrete løsninger

Der ansættes en projektleder i 2 år.

I forhold til arbejdet med nærhospitaler og specialiserede sundhedshuse, vil vi meget gerne invitere jer kommuner med i processen – det er jo jer, der har berøring med borgerne



Høringssvar til akutplan

Region Syddanmark

Sundhedsstrategisk Forum hhv. DAK

3. november 2021



Høring og generelle bemærkninger

- Høringsperiode 6. maj – 30. august 2021
- 41 høringssvar med 300 bemærkninger

Generelt

- Spændende og visionær plan
- Ambitiøs plan, der kan nødvendiggøre prioritering
- Planen flugter med SST's akutanbefalinger.
- Positivt med fokus på sammenhæng på tværs, og fleksibel udnyttelse af ressourcer og kompetencer.
- Forslag i tråd med igangværende arbejde
- God ramme for det kommende arbejde

Bemærkninger fra kommunerne

- Ønske om mere inddragelse af kommunerne i udarbejdelse
- Krav til ressourcer i kommunerne – økonomi, setup og kompetencer
- OBS på forskellighed mellem kommuner
- Gerne ens samarbejdsaftaler på tværs af sygehuse
- Gerne fælles prioritering ved implementering
- Sikre kompetencer hele vejen rundt (præhospitalt/paramedicinere, kommuner og via teams)
- Mulighed for brug af flere faggrupper

10

Bemærkninger fra kommunerne

- Opbakning til videreudvikling af SAM:BO-aftale, herunder plejeforløbsplan <48 timers indlæggelse/ambulant
- Akutplanen bør samtænkes med sundhedsreform/sundhedsklynger
- Positivt med fokus på data
- Lige adgang med samme høje kvalitetsniveau
- Udfordring med rekruttering
- Gerne yderligere fokus på virtuelle løsninger

11

Opmærksomhed ved implementering

- Juridisk og teknisk grundlag skal afklares i forhold til deling af data på tværs af sektorer
- Ambitiøs tidsplan – afhænger i høj grad af kommunerne!
- Inddragelse af relevante parter i den daglige konference mellem akutafdeling og kommune
- Udfordring i kommuner ift. at koordinere somatiske og psykiatriske kompetencer ved vurdering af psykisk sårbar borger i kommunale sygepleje
 - Organisering i kommunerne
 - Grundlag hhv. sundhedslov og servicelov

12

Opmærksomhed ved implementering

- Vigtigt med opfølgning, hvis indlæggelse fravælges
- Vigtigt med tæt tværsektorielt samarbejde om patienten, og vurdering af netværk mv. omkring patienten
- Adgang til erfarne læger og sygeplejersker – aktuel knaphed
- Umiddelbar adgang til psykiatrisk lægekompetence på FAM'er – adskilte matrikler

13

Hvad er ændret som følge af høring

- Samarbejdsaftaler udarbejdes mellem FAM og PAM
 - Bl.a. beskrive samarbejde med akutte visitationsenheder
 - Modtagelse af børn i B&U-psykiatri og somatisk børnemodtagelse
- Tydeliggørelse af lægeligt behandlingsansvar på tværs af sektorer
- Behov for beskrivelse af behandlingsansvar ved brug af paramedicinere i fremskudt funktion
- Tydeliggørelse af visitation til psykiatrisk tilbud i Svendborg og Middelfart
- Mere fleksibel model for brobygger i børnemodtagelse

14

Hvad er ændret som følge af høring

- Udvikling på eksisterende digitale platforme, hvis muligt
- Screeningsværktøj til triagering af psykisk sårbare patienter skal udvikles før udbredelse
- Afdækning af kontakter i PAM hhv. kommuner, herunder af socialfaglig karakter. Mens nationale principper for visitation til psykiatrisk akutmodtagelse afventes.
- Mere tydelig henvisning til sundhedsaftale, psykiatriplan og praksisplan for almen praksis
- Mindre præciseringer af teksten

15

SUPPLERENDE

- EKSTRA SLIDES MED KONKRETE BEMÆRKNINGER

Sundhedskoordinationsudvalget

- Anerkender fokus på et sammenhængende sundhedsvæsen og samarbejde på tværs af sektorer.
- En række indsatser indgår også i sundhedsaftalen 2019-23
- Ved implementering bør der være opmærksomhed på:
 - forskelle blandt kommunerne, herunder i organisering, befolkningsgrundlag og placering/afstand til akutsygehus.
 - At kommunerne har frihedsgrader ift. implementering
 - At implementering sker efter drøftelse i eksisterende tværsektorielle fora.
- Nye tværsektorielle indsatser, der kræver økonomi drøftes mellem region og kommuner.

17

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 1

- Anerkendelse af gennemgående fokus på at skabe et endnu mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark.
- Implementering bør samtænkes med den kommende sundhedsreform med sundhedsklynger omkring akuthospitalerne.
- 32 indsatser bør i fællesskab prioriteres og konkretiseres ud fra, hvad der er vigtigt at få implementeret for at kunne realisere de overordnede mål for akutplanen.
- Ville gerne have været inddraget tidligere bl.a. mhp. styrkelse af ejerskab og udfoldelse af begrebet ”akut”.
- Implementering af initiativer på tværs af sektorer skal implementeres inden for rammerne af Sundhedsaftalen 2019-2023 og det organisatoriske set-up, der knytter sig hertil.

18

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Syddanmark 2

- **Væsentligste bekymring:** At implementering af akutplanen kræver øgede kommunale økonomiske ressourcer. Der henvises til modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse samt nye opgaver og til, at udgiftsdrivende opgaver kræver kommunal politisk godkendelse.
- Væsentligt at regionen udviser åbenhed, fleksibilitet og forståelse for at de 22 syddanske kommuner er forskellige og har forskellige muligheder, ressourcer og organiseringer.
- Vigtigt at have fokus på geografisk lighed (let og ensartet adgang til akutte sundhedsydelser uanset om der er et akutsygehus i kommunen eller ej).
- Fokus på konsistens og samarbejdsaftaler, der er gældende for alle sygehuse i regionen.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 3

- Tilstræbe ens samarbejdsaftaler på tværs af sygehus/sundhedsklynger samt evt. regioner.

Implementering/Plan for udarbejdelse af konkrete indsatser:

- Vigtigt at både by- og landkommuner er repræsenteret i arbejdet.
- Væsentligt at alle relevante parter inddrages i det videre arbejde.
- Fælles prioritering af de tværsektorielle indsatser, så kommunerne enkeltvis har mulighed for at planlægge ift. økonomi mm.
- Bør tydeligt fremgå, hvilke indsatser der ønskes implementeret gennem et tværsektorielt samarbejde.

20

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 4

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale

- Sundhedsstyrelsen har endnu ikke afsluttet sit arbejde med mulighederne for rammedelegation.
- En læge kan give en rammedelegation til en enkelt borger, ikke fra en læge til en kommunal sygeplejerske.
- Sygeplejerskerne har ikke mulighed for at have medicin med rundt til borgerne, medicinen skal være i borgerens hjem.
- Fælles forberedelse i god tid af, hvilken medicin der kan blive nødvendig inden for den nærmeste fremtid samt indkøb mv.

21

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 5

Akutte visitationsenheder

- Fokus på godt samarbejde med alle kommuner i området.
- Skal indsatsen primært gå på at få skabt relationer mellem medarbejdere frem for at visitationsenhederne skal kende til alle kommunale tilbud?
- Husk på at kommunerne har visitationsretten.

Samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer

- Ikke nødvendigvis en fordel for mindre kommuner og ø-kommuner.
- Ressourcemæssigt er det uhensigtsmæssigt at skulle være en del af flere visitationsenheder.
- Digitale løsninger vil være en mulighed.

22

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 6

Psykiatriske patienter I

- Kommunernes indsatser ift. borgere med psykiske lidelser er normalt ikke en del af den kommunale sygepleje, men en del af socialpsykiatrien.
- Brug for et øget fokus på samarbejde mellem lokalpsykiatri, socialpsykiatri og hjemmepleje/sygepleje.
- Væsentligt med fokus på at de rette kompetencer er til stede hos personalet.
- Væsentligt at der mellem kommuner og region etableres de rette arbejdsgange.

23

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 7

Psykiatriske patienter II

- Problematisk at afvente nationalt arbejde vedrørende fælles princip for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud.
- Fynske kommuner bemærker, at på psykiatriområdet er det kun i Odense der er PAM. Hvis patienterne efter de har været på PAM skal indlægges, sker det i Svendborg. Derfor er der ønske om, at der etableres PAM i Svendborg.

24

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 8

Fælles platforme og data

- Vigtigt med dialog om dette, væsentligt først og fremmest at gøre brug af eksisterende platforme.
- Opbakning til at undersøge mulighederne for videreudvikling af SAM:BO

Digitale løsninger

- Positivt med fokus på kommunikation via video.
- De fælles visitationsenheder bør være udstyret med teknologisk udstyr.

Monitorering

- Ønske om at det i akutplanen beskrives yderligere hvordan man påtænker at monitorere og evaluere indsatserne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 9

- Flere kommunale faggrupper f.eks. visitation, træning, hjælpemidler og psykiatri er relevante ift. deltagelse i konference. Men setup så ikke alle skal være med.
- Ønske om at samarbejde med almen praksis udfoldes
- Vigtigt at der i alle lægevagtskonsultationer er samme bemanning til rådighed og samme standard.
- Opfordring til samtænkning med psykiatriplan og praksisplan for almen praksis.

26

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 10

- Udbygning af standardiseret vidensdeling: God idé at undersøge, om eksisterende værktøjer kan udvikles eller direkte anvendes.
- Ift. implementering af akutplanen bør der være en opmærksomhed på ligestilling, når det drejer sig om transport. Egenbetaling for transport fra kommunale pladser, men ikke fra sygehus.

27

Kommuner 1

- Mange af pointerne fra det fælleskommunale høringssvar uddybes og fremhæves i høringssvarene fra de 8 kommuner, der har afgivet høringssvar (Varde, Sønderborg, Tønder, Vejen, Esbjerg, Kolding, Svendborg, Ærø)
- Nedenfor tilføjes pointer, der ikke fremgår af det fælleskommunale høringssvar.

Kommuner 2

Psykiatri 1

Sønderborg:

- Positivt at borgere, som oplever akut psykiatrisk sygdom, fortsat kan møde op i en psykiatrisk skadestue
- Afgørende for Sønderborg Kommune, at det psykiatriske akutområde har et væsentligt fokus fremadrettet, herunder adgangen til specialiseret lægefaglig psykiatrisk hjælp og indsatser.
- Vigtigt at Region Syddanmark har fokus på at de udgående akutindsatser på psykiatriområdet har en organisering, størrelse og stabilitet, så de giver værdi i en kommunal socialpsykiatrisk sammenhæng.
- Ved samarbejder eller sammenlægninger af somatiske og psykiatriske akutfunktioner finder Sønderborg Kommune det vigtigt, at de psykiatriske akuttilbud får en tilstrækkelig faglig prioritering og faglig kvalitet direkte over for borgeren.

29

Kommuner 3

Psykiatri 2

Tønder:

- Positivt at det somatiske og psykiatriske områder sidestilles i mange af de foreslåede indsatser. Afgørende med dette perspektiv samt at borgere med flere komplekse diagnoser kommer ind omkring akutfunktionen.
- Forskelle kommunerne imellem i forhold til de kommunale akutfunktioner. Mangler tydelighed omkring den psykosociale indsats.

30

Kommuner 4

Psykiatri 3

Kolding:

- Er opmærksom på, at akutplanen ikke lægger op til en samlokalisering af den somatiske og psykiatriske akutmodtagelse omkring Sygehus Lillebælt. En samlokalisering vil have flere synergieffekter. Ønskeligt at regionen arbejder hen imod en sammenlægning på alle regionens sygehuse, så borgerne stilles ens.
- Er opmærksom på, at strukturen for den psykiatriske akutmodtagelse for børn og unge ikke ændres. Kommunen oplever store udfordringer med, at der ikke er samlokalisering af akutmodtagelse og sengeafsnit for børn og unge.

Kommuner 5

Psykiatri 4

- **Esbjerg:** Ønske om at der tilføjes en indsats mhp. styrkelse af samarbejdet med den kommunale socialpsykiatri.
- **Vejen:** Forslag om at det endnu tydeligere understreges, at akutplanen gælder både de psykiatriske og det somatiske område. Forslag om at særligt ungdomspsykiatrien fremhæves og prioriteres.
- **Svendborg:** Vigtigt at sikre, at der også i Svendborg er adgang til akut psykiatrisk skadestuefunktion

32

Kommuner 6

Sønderborg:

- Fokus på at fastholde og styrke medicinske akutpladser, skadeklinik, skadestuefunktion og akutmedicinsk visitationsafdeling på Specialsygehus Sønderborg.
- Positivt et der skal udarbejdes visitationsretningslinjer.

Tønder:

- Redningshelikopteren i Niebüll i Tyskland er for Tønder Kommune en vigtig del af akutplanen. Fortsat behov for en akutbil i det nordvestlige hjørne af Tønder Kommune.

Kommuner 7

Svendborg: Fokus på lokale akutte behandlingstilbud. Væsentligt at der også fremover er mulighed for at blive tilset af vagtlægen, og at der er skadestuefunktioner lokalt på Svendborg Sygehus.

Ærø: Centralt for Ærø, at der er et sygehus på øen. Er langt til nærmeste akutakutsygehus, derfor gerne drøftelse af, om der kan komme flere akutfunktioner på Ærø Sygehus.

Ærø: Problemer med rekruttering kan gøre det svært at løfte fremtidige specialistopgaver ift. den akutte indsats

Kommuner 8

- Vejen: Ønske om at der knyttes en fast kontaktperson til en borger når denne indlægges akut.
- Esbjerg: Erfaringer fra det fælles akutteam etableret mellem kommunen og den fælles akutmodtagelse på Sydvestjysk sygehus bør inddrages.
- Varde: Opbakning fra almen praksis er central ift. implementering.
- Vejen: Husk at inddrage erfaringer fra igangværende indsatser.

35

Kommuner 9

- Esbjerg: Opfordring til, at der i lignende opgaver fremadrettet er større kommunal og patient/borger involvering

AKUTPLAN

REGION

SYDDANMARK

UDKAST PR. 5. OKTOBER 2021
med korrekturrettelser og forslag til justeringer som
følge af indkomne høringssvar

Indhold

Forord	4
Resumé	5
1. Indledning	7
2. Akutområdet i Region Syddanmark	9
2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp	9
2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark	10
2.3 Lægevagten	12
2.4 Kommunale akutfunktioner	12
2.5 Præhospitalt beredskab	13
2.6 Aktivitet i akutfunktioner	14
3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats	16
4. Danske Regioners udspil <i>Når du har brug for os</i>	18
5. Status for Region Syddanmark	19
6. En styrket visitation	21
6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)	21
6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus	23
6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse	23
6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)	24
6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)	24
6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (indsats 4)	25
6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer	26
6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer	28
7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene	31
7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen	31
7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten	32
7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner	33
7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr	33
8. Akutte hjerteforløb	36
9. Implementering og økonomi	38
9.1 Implementering af akutplanen	38
9.2 Budgetmæssige konsekvenser	44
Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020	45
Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats	48
Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen	55

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mv.....	60
Bilag 5. Overblik over implementeringstakt.....	64
Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser.....	65

UDKAST

Forord

[Forord ved Stephanie Lose]

UDKAST

Resumé

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

Akutplanen for Region Syddanmark indeholder 32 indsatser, der blandt andet sigter mod på tværs af sektorer at styrke samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation, herunder ved at tilvejebringe en række fælles værktøjer, der skal understøtte samarbejde og sammenhængende organisering på det akutte område. En styrket sundhedsfaglig visitation skal blandt andet sikre, at den akutte patient får det rette tilbud på det rette tidspunkt, hvad enten der er tale om en medicinsk patient eller en patient med en psykisk lidelse. Andre indsatser retter sig mod lægevagten og samarbejdet med sygehusenes akutfunktioner. Endelig retter nogle indsatser sig mod at sikre hurtige akutte hjerterefløb, blandt andet via et tættere sundhedsfagligt samarbejde om hurtig diagnostik.

Akutplanen flugter med Region Syddanmarks pejlemærker om udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner, samt at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

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

Kapitel 2 beskriver akutte funktioner i Region Syddanmark inden for somatik og psykiatri. Det omfatter både den borgerrettede visitation, lægevagt, præhospitalt beredskab, akutfunktioner på sygehuse samt kommunale akutfunktioner.

Kapitel 3 beskriver Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af den akutte indsats. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri. Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere givningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

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

Kapitel 4 beskriver Danske Regioners forslag vedr. den akutte sundhedsindsats. Det omfatter initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats. Indsatserne skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Kapitel 5 giver en status for de akutte funktioner i Region Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2020. Det konkluderes, at Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Kapitel 6 indeholder 15 indsatser til en styrket sundhedsfaglig visitation, og til et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Det omfatter etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehuse, bedre mulighed for at identificere den psykisk syge patient via screeningsværktøj, tættere virtuel kommunikation mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse, større indsats for at forebygge akutte indlæggelser, bedre overblik over tilbud til den akutte patient/borger på tværs af sektorer, fælles værktøj til at beskrive patientens tilstand, tættere virtuel kommunikation mellem akutafdeling og kommunale akutfunktioner, mulighed for tættere sundhedsfaglig indsats via rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale, afdækning af erfaringer med fremskudte funktioner og lokalefællesskaber, standardiseret kommunikation om patienter, der er korttidsindlagt, udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb, tværsektoriel adgang til relevant ledelsesinformation, afdækning og udvikling af muligheder for at dele data om den akutte patient på tværs af sektorer, samt udvikling af tværsektorielle modeller til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser.

Kapitel 7 indeholder 13 indsatser til udvikling af lægevagten og samarbejdet med sygehuse. Det omfatter samarbejde mellem AMK-vagtcentralen og lægevagten for at støtte den borgerrettede visitation, øget brug af videoopkald ved 1-1-2 alarmopkald, inddragelse af paramedicinere i indsatsen for at forebygge akutte indlæggelser, udbygning af brobyggerordning mellem lægevagten og akutmodtagelser, forsøg med observation af patienter i lægevagten, forsøg med integration af lægevagtskonsultation og akutfunktioner på sygehuse, øget brug af specialistrådgivning fra sygehusafdeling til almen praksis, mulighed for direkte booking af sub-akutte tider i ambulatorier, tættere samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje, modernisering af lægevagtskonsultationerne, tættere samarbejde mellem lægevagt og akutsygehuse om brug af diagnostisk udstyr, samt brug af videokonsultationer i lægevagten.

Kapitel 8 indeholder 4 indsatser til udvikling af det akutte hjerteforløb. Det omfatter fælles mål og ensartet monitorering af de akutte og subakutte kardiologiske tilbud på akutsygehuse til hjertepatienter, investering i mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationer med henblik på direkte opkobling til hjerteafdelingerne, eventuel tidlig troponin-måling i det præhospitale forløb med henblik på hurtigere diagnostik, samt styrkede kompetencer og relationer mellem almen praksis og hjerteafdelingerne.

Kapitel 9 giver et overblik over implementering af indsatserne samt et overslag over de budgetmæssige konsekvenser herved for Region Syddanmark. Den endelige implementering skal for en række indsatser aftales med kommuner og almen praksis. Overslag over de budgetmæssige konsekvenser indgår i budgetproces 2022 for Region Syddanmark.

1. Indledning

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

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

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

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

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

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

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

Formålet med en ny akutplan

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

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

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

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

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

Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer.

Forslagene i denne akutplan flugter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis.

Læsevejledning

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

De fleste akutmodtagelser i Region Syddanmark benævnes *Fælles Akutmodtagelse*, der forkortes FAM. Akutmodtagelsen på Sygehus Lillebælt i Kolding benævnes dog *Akutfdelingen*. Det er valgt at bruge ordene akutmodtagelse, akutfdeling, fælles akutmodtagelse og FAM som synonymer. Med mindre, der fremgår andet, dækker begreberne over den somatiske akutmodtagelse. Sygehus Sønderjylland har en integreret akutmodtagelse for somatik og psykiatri, der samlet betegnes som *Fælles Akutmodtagelse* og forkortes FAM. Bortset herfra anvendes for psykiatrien betegnelsen Psykiatrisk Akutmodtagelse, der forkortes PAM. For specialsygehusene anvendes betegnelsen medicinsk modtageafsnit. Modtagelse kan også finde sted i særlige modtageafsnit, blandt andet for børn eller kardiologiske patienter.

2. Akutområdet i Region Syddanmark

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

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

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

2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp

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

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

- Alarmcentralen 112
- Egen praktiserende læge (telefonisk eller ved fremmøde i dagtid)
- Regionens skade- og lægevagt (telefonisk henvendelse på 70 11 07 07)
- Direkte henvendelse på psykiatrisk akutmodtagelse, fødegang mv.
- Praktiserende øjenlæge
- Praktiserende øre-, næse-, halslæge
- Tandlæge, herunder Tandlægevagten
- Tandskadevagten¹
- Kiropraktor, herunder Kiropraktorvagten²
- Center for Voldtægts ofre
- Giftlinjen (landsdækkende telefonrådgivning ved forgiftning).

Den regionale akuthjælps-app giver mulighed for digital hjælp, så man hurtigt kan finde den rette indgang og få skabt kontakt. Der pågår herudover en national udvikling af app'en MinSundhed, idet

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

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

Danske Regioner har besluttet, at det på sigt skal være muligt at få kontakt til blandt andet lægevagten via MinSundhed.

Langt de fleste borgere, der kommer akut ind på sygehus, er henvist via egen læge, lægevagt eller 112-alarmcentral. Nogle borgere kommer dog direkte til sygehus uden om visitationen. Det gælder eksempelvis fødende kvinder eller visse psykiatriske patienter, der selv henvender sig på psykiatrisk akutmodtagelse. Herudover kan der være henvendelser fra patienter med en åben indlæggelse, hvis man allerede er i et behandlingsforløb.

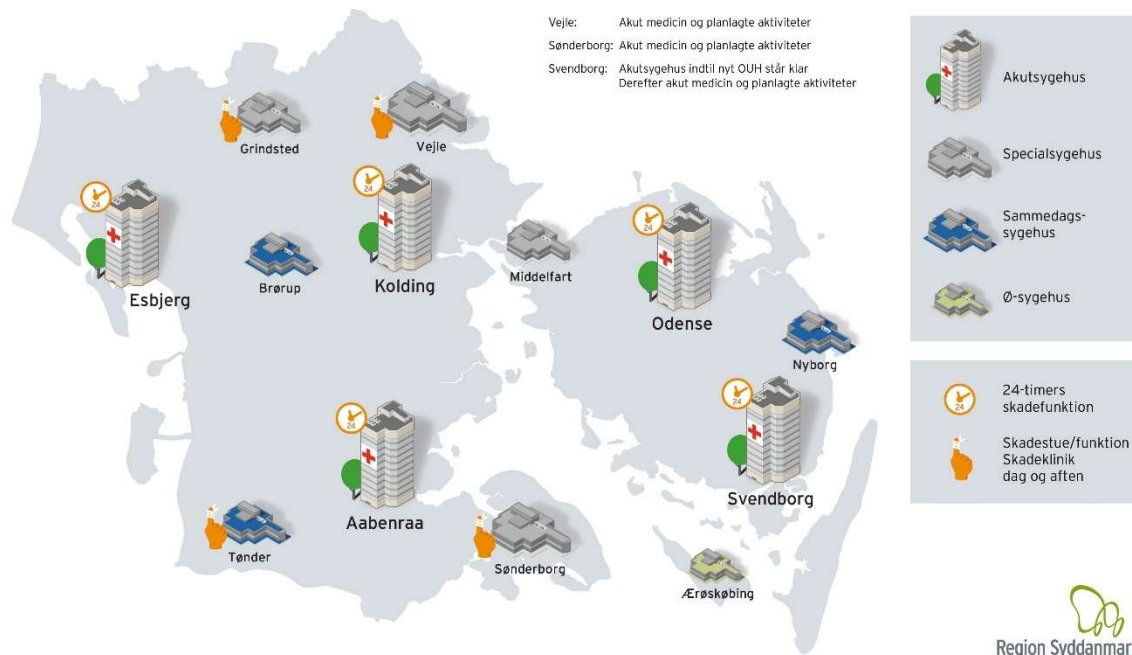
I øvrigt kan borgere eller pårørende rette henvendelse til den kommunale visitation til kommunal sygepleje i deres egen kommune, herunder akutfunktion, kommunale psykosociale akuttilbud mv.

2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark

Somatik

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

Kort 1. Somatiske sygehuse i Region Syddanmark



Det fremgår af kortet, at:

- Der er akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Aabenraa og Esbjerg.
- Der er skadestuefunktioner/skadeklinikker i hhv. Vejle, Sønderborg, Grindsted og Tønder.

- Der er specialsygehuse i hhv. Vejle og Sønderborg, som modtager visiterede akutte medicinske patienter.
- Der er et ø-sygehus på Ærø.

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

Psykiatri

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

Kort 2. Oversigt over FAM og PAM i Region Syddanmark



Der er PAM'er i Aabenraa, Odense, Esbjerg og Vejle. I Aabenraa er den psykiatriske akutmodtagelse integreret med den somatiske akutmodtagelse og benævnes derved FAM. På OUH ligger den psykiatriske og somatiske akutmodtagelse adskilt, men dog på samme matrikel. For nyt OUH bliver PAM og FAM integreret. I Esbjerg og Vejle/Kolding er de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser placeret på hver deres matrikel.

De psykiatriske afdelinger i Svendborg og Middelfart har ikke etableret akutmodtagelser i form af selvstændige enheder, men har døgnafsnit og modtager lægeligt visiterede patienter akut. Det kan omfatte patienter, som tvangsindlægges eller indlægges i henhold til retslig foranstaltning, samt patientstyrede eller elektive indlæggelser. Øvrige typer akutte patienter skal igennem en psykiatrisk akutmodtagelse til vurdering forud for indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Akut modtagelse af børn og unge sker som udgangspunkt i PAM Esbjerg og PAM Odense. Region Syddanmark har fastsat målgruppen til at omfatte børn og unge i alderen 0 – 19 år.

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

I 2019 blev der ligeledes etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion til voksne over 20 år med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter. Patienten tilbydes kontakt indenfor 24 timer. Fra 2022 er der ligeledes bevilget en mobil skadestue ved Psykiatrisk Afdeling i Svendborg.

Børne- og ungdomspsykiatrien i hhv. Odense og Sydjylland³ har et mobilteam til børn og unge, der i forvejen er kendte. Med tilbuddet har børn og unge mulighed for at få besøg på et bosted eller i eget hjem, med henblik på, at de unge følger og opsøger den behandling, de har brug for. Samtidig understøttes medarbejderne på botilbuddet i deres forebyggende og støttende arbejde.

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

I den videre udvikling af psykiatriens udgående akut-ambulante tilbud arbejdes der blandt andet med, at disse tilbud, i tråd med akutplanens intentioner, kan stå til rådighed for samarbejdspartnere på de somatiske sygehuse.

2.3 Lægevagten

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

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

2.4 Kommunale akutfunktioner

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

Næsten alle syddanske kommuner har døgndækkende udkørende akutteams med særlige sygeplejekompetencer. Henvisning til kommunal visitation til kommunale akutpladser sker langt

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

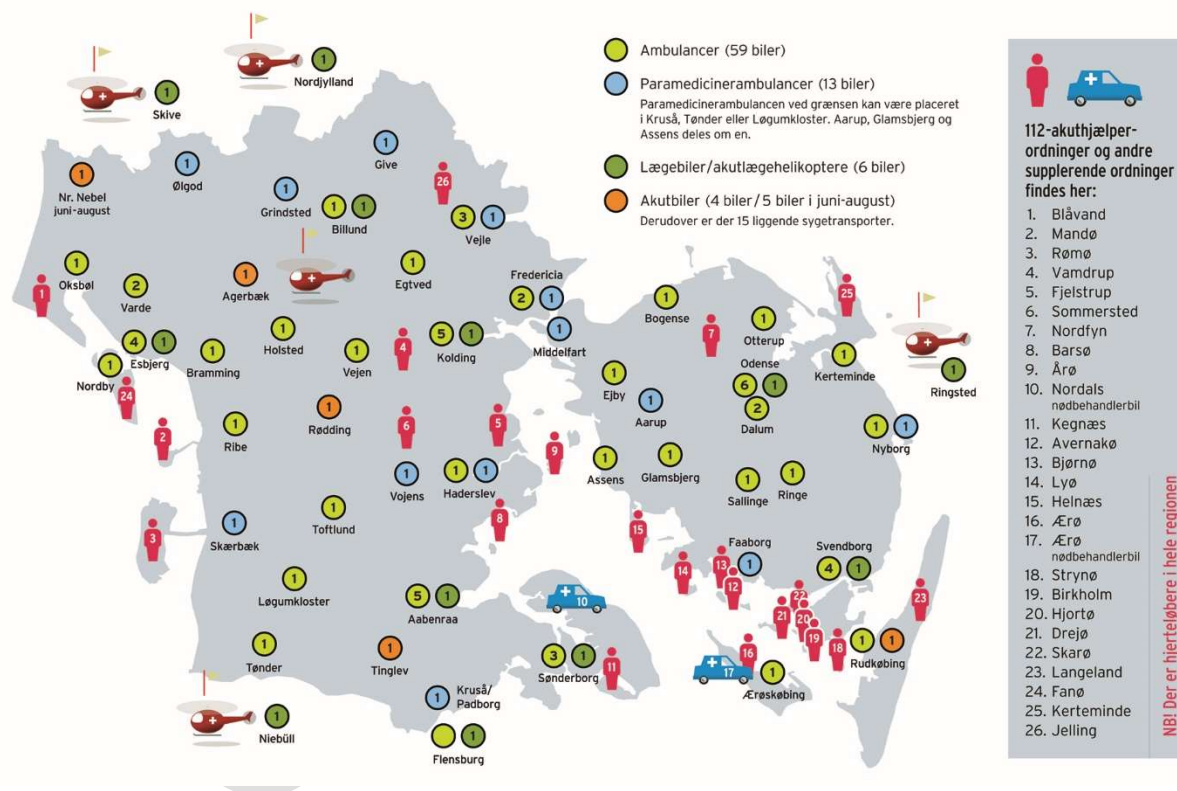
overvejende fra hjemmeplejen eller praktiserende læge. Herudover henvises fra sygehuse, lægevagt, borgere eller pårørende eller fra socialpsykiatriske botilbud. Omtrent halvdelen henvises i vagttid.

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

2.5 Præhospitalt beredskab

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

Kort 3. Udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger



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

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

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

Akutbiler er udrykningskøretøjer bemandede med bl.a. en paramediciner. Akutbilerne bidrager til at sikre en tidlig indsats i områder med længere afstand til en akutmodtagelse. Der findes akutbiler i Rudkøbing, Agerbæk, Rødding, Nørre Nebel og Tinglev. Akutbilen i Nr. Nebel kører kun i sommermånederne.

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

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

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

2.6 Aktivitet i akutfunktioner

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

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

Tabel 1. Præhospital aktivitet i perioden marts 2019 – februar 2020⁴

Ambulancer	124.643
Akutlægebiler	8.149
Akutbiler	1.548
Akutlægehelikoptere ⁵	622

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

⁵ Antal flyvninger i Region Syddanmark med både akutlægehelikopteren i Niebüll og det fællesregionale helikopterberedskab. Antallet viser både de tilfælde, hvor patienten flyves fra skadestedet og de tilfælde, hvor helikopterne er fremme hos patienten,

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

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

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

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

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

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

Ud af 69 kontakter er den akutte psykiatriske udrykningstjeneste fra etableringen i september 2019 til februar 2020 rykket ud 45 gange. Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange gange henholdsvis den mobile skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge er rykket ud.

men ikke flyver patienten derfra. I tilfælde, hvor patienten ikke flyves derfra, køres patienterne ofte fra skadestedet i ambulance eller eventuelt erklæres døde på stedet.

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

3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

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

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

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

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

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

Sammenhængende og enstrengt visitation

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

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

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

Kvalitet og sammenhæng på tværs

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

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

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

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

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

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

Anbefalinger vedrørende vidensdeling

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

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

Anbefalinger vedrørende forskning og udvikling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Status for Region Syddanmark

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

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

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

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

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

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

Mange ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske sygdomme er kendetegnet ved at have et forløb både i kommunen og på sygehus, hvor de modtager indsatser. Disse patienter er i særlig risiko for akutte indlæggelser og genindlæggelser. Efter udskrivning fra sygehus, vil der ofte være et behov for en sygeplejefaglig indsats, hvilket stiller krav til samarbejde og aftaler, og til god kommunikation begge veje. Da kommunerne ofte modtager patienter både fra almen praksis, lægevagt og sygehus, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten. Aftaler om udskrivningsforløb indgår derfor som et vigtigt element i sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark, kommunerne og de alment praktiserende læger, og er omfattet af SAM:BO-aftalen⁷. Region Syddanmark har ligeledes indgået flere lokalaftaler med de praktiserende læger vedr. forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser, opfølgning og koordination efter indlæggelse samt indsats for

⁷ SAM:BO-aftalen omhandler aftaler om sammenhængende tværsektorielle patientforløb i Region Syddanmark.

patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Disse aftaler understøtter alternativer til akutte (gen)indlæggelser og bidrager dermed til, at patienterne i rette tid kan få det rette tilbud.

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

UDKAST

6. En styrket visitation

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

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

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

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

6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Som udgangspunkt ligger det lægelige ansvar hos den praktiserende læge/vagtlæge indtil patienten eventuelt fysisk måtte befinde sig på sygehuset (forstået som sygehusfunktion, men ikke eventuel lægevagtsfunktion beliggende på sygehusmatrikel). Dette gælder, medmindre der konkret er aftalt andet med sygehuslæge, eventuelt via den akutte visitationsenhed. Det kan eksempelvis være som følge af aftalt sygehusbehandling i hjemmet, herunder på plejehjem, på kommunal akutplads eller lignende, hvor sygehuslægen har telefonisk eller virtuel stuegang. Ved udskrivning overgår det lægelige ansvar igen til praktiserende læge. Ved aftale om en sub-akut ambulatorietid, som alternativ til en indlæggelse, ligger det lægelige ansvar fortsat hos den praktiserende læge/vagtlæge. Den praktiserende læge/vagtlæge har uændret ret til at henvise patienten til vurdering på sygehuset.

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

I tråd med Sundhedsstyrelsens akutanbefaling om samlokalisering kan mulighederne for samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer desuden indgå i den videre udvikling, idet

fælles fysisk placering giver en mere direkte adgang til at drøfte forløb for patienter på tværs af sektorer.

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

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

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

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

6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus

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

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

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

6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse

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

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

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

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

Mens der afventes nationale principper omkring visitation til psykiatriske akutmodtagelser igangsætter Region Syddanmark i tæt dialog med de 22 syddanske kommuner via PSOF en afdækning af, hvilke typer akutte kontakter, der håndteres i henholdsvis de psykiatriske akutmodtagelser og i kommunerne, herunder henvendelser af mere socialfaglig karakter.

6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)

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

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

6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)

Der indgås lokale samarbejdsaftaler mellem PAM og FAM omkring fælles indsatser og overgange. Heri vil samarbejdet med de akutte visitationsenheder ligeledes blive beskrevet, herunder for den akutte modtagelse af børn og unge i PAM Odense og PAM Esbjerg.

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

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

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

og smertelindring. I relevant omfang kan specialsygehuse, der modtager visiterede akutte medicinske patienter, indgå i samarbejdet.

6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (indsats 4)

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

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

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

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

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

Projekterne indeholder eksempelvis mulighed for:

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

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

Potentialet i et øget samarbejde mellem kommune, sygehus og det præhospitale område i forhold til at forebygge indlæggelse, skal endvidere afsøges, herunder ved en udvidet brug af eksisterende lokalaftaler med praktiserende læger. Hvordan kan eksempelvis de præhospitale kompetencer i et tættere samarbejde med sygehus og kommune medvirke til en øget behandling i eget

hjem/plejehjem? En model herfor kan være, at paramedicinerne medbringer specialiseret udstyr til afklaring af situationen og efter behov er i virtuel kontakt med sygehus for lægefaglig afklaring.

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

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

6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer

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

Katalog over tilbud på tværs af sektorer (indsats 5)

For at understøtte et løbende opdateret overblik over akutte tilbud på tværs af sektorer, men omkring de enkelte akutsygehuse, udvikles en digital platform for regionen indeholdende et katalog over regionale og kommunale tilbud, tilgængelighed hertil, kontaktinfo og kompetencer. Kataloget organiseres i forhold til de enkelte akutsygehuse. Heri kan blandt andet relevante tværsektorielle indsatser for den ældre patient indgå. Indsatser ved frivillige kan ligeledes indgå i kataloget. Hvis muligt udvikles på eksisterende digital platform.

Fælles viden om patienten (indsats 6)

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

Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam/sygepleje (indsats 7)

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

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

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

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale (indsats 8)

For at muliggøre et tæt og smidigt samarbejde mellem den kommunale sygepleje, almen praksis og sygehus, indgås aftaler, der beskriver, hvilke tiltag den kommunale sygepleje i kommunen kan iværksætte, både tidligt og undervejs i et forløb. Det skal fremgå, hvem der har det lægefaglige ansvar, når borgeren behandles i eget hjem/plejehjem. Det kan enten være egen læge, relevant sygehuslæge eller læge ansat i kommune.

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

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

Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokaletællesskab (indsats 9)

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

Udbygning af standardiseret vidensdeling (indsats 10)

For patienter, der er indlagt i mere end 48 timer, er der via SAM:BO-aftalen krav om fremsendelse af en plejeforløbsplan fra sygehuset til patientens hjemkommune. Det gælder ikke for patienter, der indlægges mindre end 48 timer, eller for patienter, der slet ikke indlægges, hvorfor der her vurderes at være behov for at styrke udvekslingen af information mellem den kommunale sygepleje/akutteam og sygehusets akutafdeling.

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

Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering (indsats 11)

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

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

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

Med fælles undervisning og vidensdeling på tværs af sygehus og kommuner kan der opnås et øget tværgående kendskab til hinandens lovgivende rammevilkår, tilbud og indsatser og en øget accept af hinandens fagligheder og kompetencer. Det kan eksempelvis være viden om kommunernes

akutteams, om sygehusenes akutmodtagelser inden for både somatik og psykiatri, eller om det præhospitale område. Et vigtigt fokusområde er deling af journaloplysninger mellem sektorer.

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

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

6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer

Tværasektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb (indsats 12)

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

Det foreslås sammen med kommunerne at udvikle en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. En fælles platform skal også gøre det muligt at anvende tværasektorielle data til evaluering og kvalitetsudvikling. Det kan blandt andet være i forhold til at forebygge akutte genindlæggelsesforløb. På længere sigt bør mulighederne for at inkludere data fra almen praksis og lægevagt undersøges. Erfarings- og vidensdeling kan ske via de lokale samordningsfora. Hvis muligt udvikles på eksisterende digital platform.

Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb (indsats 13 og 14)

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

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

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

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

Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser (indsats 15)

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

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

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

Boks 1. Oversigt over indsatser til styrket visitation

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

7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene

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

7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen

Bedre støtte til den sundhedsfaglige visitation, når man ringer 1-1-2 (indsats 16)

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

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

Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2 alarmopkald (indsats 17)

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

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

Paramedicinere som supplement til sygebesøg eller konsultationer i lægevagten (indsats 18)

Ambulancer bemannet med paramedicinere skal i højere grad kunne indgå i indsatsen for at forebygge (gen)indlæggelser. Det skal ske dels ved opgradering af udstyr i ambulancer, så der i borgerens eget hjem kan foretages prøver, test mv., og dels ved opkvalificering af paramedicinerne, så de opnår en større viden om sygdomme og kronisk medicinering, og i øvrigt uddannes til at måle og vurdere blodprøver mv.

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

Det behandlingsmæssige ansvar for patienten beskrives nærmere i samarbejde med de relevante parter. Det er en forudsætning, at paramedicinerne og øvrigt præhospitalt personale har adgang til relevant viden.

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

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

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

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

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

Samarbejde mellem lægevagten, brobyggerordning og sygehusenes børneakutmodtagelsesafsnit (indsats 19)

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

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

Observation af patienter i lægevagten (indsats 20)

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

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

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

Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagten og sygehusfunktionerne (indsats 21)
Der etableres en forsøgsordning, hvor sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen integreres i størst muligt omfang. Det indebærer fælles ansvar for alle patienter og rådighed over alle ressourcer på tværs af de to ordninger. Herved vil de almenmedicinske kompetencer fra lægevagten kunne benyttes i sygehusets akutfunktioner, ligesom lægevagten vil kunne drage nytte af speciallæger og sygeplejemæssige funktioner i akutmodtagelserne.

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

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

Specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis (indsats 22)

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

Direkte booking af sub-akutte tider (indsats 23)

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

Tværasektorielt samarbejde mellem lægevagten og den kommunale sygepleje (indsats 24)

Samarbejdet mellem lægevagten og den kommunale sygepleje skal styrkes og udvikles, herunder i forhold til sygebesøg. Det kan eksempelvis ske ved, at den kommunale sygepleje hos borgere, som i forvejen er kendt af sygeplejen, foretager en vurdering af borgerens tilstand og i samråd med vagtlægen vurderer, om en videregående indsats er nødvendig. Kommunikation mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger vil på sigt kunne finde sted via video.

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

7.4 Modernisering af lægevagten faciliteter og diagnostiske udstyr

Lægevagtskonsultationer (indsats 25 og 26)

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

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

a) Lægevagtskonsultationer på akutsygehuse

Lægevagtskonsultationerne i Odense, Kolding, Esbjerg og Aabenraa er beliggende på sygehusmatrikler med akutfunktioner. Disse konsultationssteder, har udvidet adgang til diagnostisk udstyr, ligesom der i dele af døgnet er mulighed for at benytte brobyggerordningen med en fælles sygeplejerske mellem lægevagt og akutfunktion på sygehus.

b) Lægevagtskonsultationer på sygehuse med delvis adgang til akutfunktioner

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

c) Øvrige lægevagtskonsultationer

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

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

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

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

Samarbejdsaftaler mellem lægevagt og sygehuse (indsats 27)

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

Videokonsultationer i lægevagten (indsats 28)

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

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

Videokonsultationer betyder en bedre service for patienten, da patienten kan undgå transport til konsultationsstedet. For lægevagten understøtter video muligheden for at kunne visitere til sygehustilbud uden et fremmøde i lægevagten. Videokonsultationer medvirker i øvrig til at udfase fotoordninger i vagttiden.

Boks 2. Overblik over indsatser til styrkelse af lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene

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

8. Akutte hjerteforløb

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

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

Dedikerede hjerteforløb (indsats 29)

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

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

Forbedrende indsats i det akutte hjerteforløb (indsats 30, 31 og 32)

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

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

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

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

Under forudsætning af gode erfaringer fra igangværende projekt i Region Midtjylland indføres der troponin-måling tidligt i det præhospitale forløb for den akutte hjertepatient. Målingen er en indikator for potentiel hjertemuskelskade. Herved øges muligheden for hurtigere diagnostik af akut koronart

syndrom og dermed hurtigere relevant behandling. Det kan være i form af ballon-udvidende behandling.

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

Boks 3. Oversigt over indsatser til styrkelse af de akutte hjerteforløb

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

9. Implementering og økonomi

9.1 Implementering af akutplanen

Denne akutplan bygger overvejende på Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger på området. Heri lægges op til, at anbefalingerne skal være opfyldt inden for en 10-årig periode. Region Syddanmarks akutplan skal dog ikke blot bidrage til, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men først og fremmest løfte indsatsen på det akutte område til gavn for patienter og borgere. Det er derfor ambitionen, at akutplanens indsatser skal føres ud i livet inden for de næste 3-4 år.

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

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

Enkelte indsatser afventer afklaring i centrale instanser.

Akutplanens indsatser kan overordnet grupperes efter typer af tiltag:

- a. Organisering og procedure (indsats: 1, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28)
- b. Udbredelse af værktøjer (indsats: 2, 5, 6)
- c. Styrket samarbejde (indsats: 3, 4, 7, 8, 9, 27)
- d. Information, kommunikation og videndeling (indsats: 10, 11, 12, 13, 14, 15)
- e. Investering og udvikling (indsats: 25, 29, 30, 31, 32)

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

Indsatser, der går på tværs af sektorer, skal finde sin endelige form i et samarbejde mellem Region Syddanmark og regionens kommuner, samt i mange tilfælde de praktiserende læger. Drøftelse heraf finder sted i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum. Den konkrete implementering af de tværsektorielle indsatser er i henhold til sundhedsaftalen mellem Region

Syddanmark og regionens kommuner henlagt til Det Administrative Kontaktforum og den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Aftaler om tværsektorielle indsatser og disses implementering kan forudsætte tilpasning af eksisterende indsatser. Nye indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, drøftes med kommunerne.

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

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

I tabel 3 gennemgås akutplanens indsatser. Initiativ til implementering ligger som udgangspunkt hos den først nævnte aktør i kolonnen vedr. sikring af implementering.

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

Tabel 3. Implementering af indsatser

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
1	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.	2022: Etablering af struktur og organisering 2023-2024: Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. 2024 – frem: Gradvis læring og konsolidering af samarbejde og funktion	Sygehusene
2	Udvikling og udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	2022	FAM-følgegruppen + kommende specialeråd for akutmedicin
3	Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023: Udrulning med kommuner.	FAM-følgegruppen med inddragelse af den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
4	Udbrede gode erfaringer og afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner	2022 – 2024.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område
5	Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	2022 Overblik over tilbud 2023 – 2024 Udvikling og ibrugtagning af digital løsning 2025: Eventuelt udvikling af funktionalitet.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023 - 2024: Udrulning.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med FAM-følgegruppen
8	Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	2022 - frem	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område, lægevagten og Praksisafdelingen.
9	Afdækning af erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/ fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.	2022 – 2023: Afdækning. 2024: Initiativ til planlægning af afledte indsatser	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
10	Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.	2022 - 2023.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	2022 – 2023: Erfaringsopsamling og pilotafprøvning 2024: Udrulning	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
13	Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
14	Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
16	Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.	2022: Etablering	Det præhospitale område i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes	AMK Vagtcentral

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
18	Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.	Pilotprojekt i 2022 – 2023. Evaluering og udbredelse i 2024-2025	Præhospital
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	2022-2023	Sygehuse i samarbejde med Lægevagten
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2025. Evaluering og eventuelt udbredelse i 2026	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes	Sygehuse og Praksisafdelingen
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Sygehuse og Praksisafdelingen
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2022 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen.
25	Modernisering af lægevagts-konsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder	Udviklingsprojekt 2022 - 2023: Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.	Lægevagten og Praksisafdelingen

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt i sammenhæng med modernisering af lægevagtskonsultationer	Lægevagten og Praksisafdelingen
27	Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	2022 - 2023	Lægevagten og Praksisafdelingen samt sygehusene.
28	Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes	Lægevagten og Praksisafdelingen
29	Uændrede tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, MEN fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.	2022	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
30	Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.	2022 – 2023 Afklaring af tekniske forudsætninger for opkobling real-time. Valg af model. Anskaffelse. Undervisning og udbredelse.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.
31	Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling. Forudsætter gode erfaringer fra Region Midtjylland.	2022 – 2023. Afventer erfaringer fra Region Midtjylland.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	2022 – 2023. Følger anskaffelse af EKG-apparater, men retter sig bredere.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.

9.2 Budgetmæssige konsekvenser

Budgetmæssige konsekvenser af akutplanen indgår i grundlag for regional budgetproces 2022. De budgetmæssige forudsætninger vil dog i nogen grad afhænge af de konkrete implementeringsplaner, der blandt andet skal aftales med kommuner og almen praksis efter endelig politisk behandling af akutplanen.

Det gælder generelt, at implementering af akutplanens indsatser vil forudsætte dedikerede organisatoriske og ledelsesmæssige ressourcer både regionalt, kommunalt og i almen praksis.

Det er forventningen, at en række indsatser vil kunne implementeres uden budgetmæssige konsekvenser. Flere indsatser vil dog forudsætte finansiering af implementeringsudgifter, blandt andet til etablering og drift af it-systemer, der går på tværs af sektorer. Den regionale udgift til udvikling og efterfølgende drift af it-systemer til tværsektoriel understøttelse er foreløbigt skønnet til årligt at være i størrelsesordenen 0,1 mio. kr. pr. indsats, der forventes at forudsætte it-understøttelse.

Under hensyn til den store usikkerhed, der knytter sig til finansieringsbehovet af den samlede akutplan, er der desuden indarbejdet en regional udviklingspulje, der skal kunne medfinansiere udvikling og efterfølgende driftsunderstøttelse af indsatser i akutplanen. Budgetforslag indeholder en gradvis forøgelse af udviklingspuljen i takt med udrulning af flere implementeringstiltag og udbygning af indsatser til fuld skala.

Regionens sygehuse har i forbindelse med finansloven fået tilført ekstra sygeplejersker, der blandt andet skal bidrage til at koordinere forløb på tværs af sektorer. Det lægges til grund, at der hermed fra 2022 er tilført ressourcer til etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehuse i de mest aktive timer på hverdage. Akutplanens forslag til økonomi indeholder økonomi til gradvis udbygning af bemanning af de akutte visitationsenheder. Udbygning omfatter henholdsvis weekendbemanning i de mest aktive timer, bemanning i dagtimer og aften timer hele ugen, samt endelig døgnbemanning alle ugens dage. Finansiering af udvidet bemanning i de akutte visitationsenheder vil blive drøftet med sygehuse i sammenhæng med udmøntning af sygeplejerskenormeringer fra finansloven.

En række indsatser i akutplanen er allerede i gang. Udbygning og udvikling af disse kan afstedkomme kommunale udgifter.

Med de foreliggende forudsætninger indebærer udrulning af akutplanen, jf. tabel 4, at der i 2022 vil være regionale driftsudgifter i størrelsesordenen 6,6 mio. kr. stigende til 18,6 mio. kr. i 2025. Samtidig forventes regionale anlægsudgifter i størrelsesordenen 3,2 mio. kr. i 2022 og 1 mio. kr. i hvert af årene 2023 og 2024. Der er tale om overslag med stor usikkerhed, blandt andet som følge af, at implementering vil ske i samarbejde med kommuner og almen praksis.

Bilag 6 indeholder overslag over de budgetmæssige konsekvenser af akutplanen fordelt på indsatser.

Tabel 4. Overslag over driftsudgifter og anlægsudgifter i alt

	2022	2023	2024	2025
Driftsudgifter i alt (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6
Anlægsudgifter i alt (overslag)	3,2	1,0	1,0	-

Finansieringsbehov og forudsætninger herfor indgår i regional budgetproces 2022.

Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020

Baggrund

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

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

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

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

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

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

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

Formål

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

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

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

Der kan identificeres følgende spor for arbejdet:

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

Leverancer

Leverancerne i arbejdet med akutplanen vil være:

- Status for implementeringen af akutplan 2007 og kortlægning af hvor Region Syddanmark er i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger og udspil fra Danske Regioner.
- Beskrivelser af konkrete indsatser:
 - o Styrke koordineringen og visitationen af det akutte arbejde mellem den AMK-vagtcentralen, praksis, lægevagten, de fælles akutmodtagelser og kommunerne med henblik på at reducere usikkerheden for de patienter, hvor der er behov for styrket samarbejde mellem parterne.
 - o Styrke det akutte patientforløb for psykiatriske og psykisk sårbare patienter gennem bedre koordinering og samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser og de psykiatriske akutte modtagelser. Dette med henblik på at reducere uligheden i de akutte tilbud til akutte patienter på tværs af somatik og psykiatri
 - o Udvikling af fast-track for akutte hjertepatienter enten gennem eller udenom FAM.
 - o Styrke lægevagten, herunder patientsikkerheden i lægevagtskonsultationerne
 - o På baggrund af ovenstående arbejde med konkrete indsatser skal det efterfølgende vurderes, om indsatserne nødvendiggør en styrkelse af det præhospitale område.

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

Organisation

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

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

Styregruppen refererer til Koncernledelsesforum

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

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

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

UDKAST

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

1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation

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

2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation

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

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom

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

4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation

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

5 Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen

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

6 Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer

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

7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation

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

8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker

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

9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker

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

10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid

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

11 Disponering af præhospital akutlæge

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

12 Anvendelsen af akutlægehelikopter

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

13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

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

14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom

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

15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner

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

16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

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

17 Akutsygehusets opgaver

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

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

skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusmatrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

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

18 Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000

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

19 Befolkningsunderlag under 200.000

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

20 Krav til traumesygehuse

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

21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

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

22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus

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

Se også anbefaling 23.

23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse

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

24 Krav til assistance i akutmodtagelsen

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

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

25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

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

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

26 Krav til assistance på somatisk akutsygehus

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

27 Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

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

28 Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus

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

29 Flow på akutsygehuset

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

30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs

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

31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer

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

32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer

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

33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier

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

UDKAST

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

Forklaring til farvemarkering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Målsætningerne er at:

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

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

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

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

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

Projektet "Kom trygt hjem"

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

Projektet bestod af 3 dele:

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

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

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

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

Formålet med studiet er at undersøge plejehjemsbeboernes akutte indlæggelsesforløb. Studiet består af fire dele:

Del 1: En registerbaseret gennemgang af de sønderjyske plejehjemsbeboeres kontakter til sundhedsvæsenet i 2018-2019. Det undersøges, om nogle plejehjemsbeboere er i højere risiko for at opleve hyppige akutte indlæggelser og genindlæggelser end andre.

Del 2: En evaluering af effekten af plejehjemslægeordningens betydning for plejehjemsbeboernes kontakter til sundhedsvæsenet. Studiet baseres på registerdata og data fra et telefoninterview med de sønderjyske plejehjem.

Del 3: En undersøgelse af, hvorvidt organisatoriske forhold på plejehjemmene har en indflydelse på beboernes kontakter til sundhedsvæsenet. Studiet baseres på registerdata og data fra en spørgeskemaundersøgelse, hvor de sønderjyske plejehjem svarer på spørgsmål om deres sygeplejedækning, vagtnormering og meget mere.

Del 4: En grundig gennemgang af journaler fra 100 plejehjemsbeboeres akutte indlæggelsesforløb, hvor både sygehusjournaler, praktiserende læges journaler og plejehjemmets journaler gennemgås. Dette gøres for at få et mere nuanceret billede af plejehjemsbeboernes akutte indlæggelsesforløb og perioden op til og efter selve indlæggelsen.

Projektet forventes afsluttet i udgangen af 2023.

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

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

Resultaterne forventes at foreligge i løbet af 2022.

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

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

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

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

I projektet er der fokus på:

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

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

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

Bilag 5. Overblik over implementeringstakt

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

Forklaring til farver:

	Pilotprojekt eller udvikling
	Udrulning og drift

Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser

Driftsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
1	Etablering af akutte visitationsenheder	-	1,4	5,9	9,4
2	Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	-	-	-	-
3	Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	-	-	-	-
4	Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	-	-	-	-
5	Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	-	0,1	0,1	0,1
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,1	0,1	0,1	0,1
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	-	-	-	-
8	Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	-	-	-	-
9	Erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	-	-	-	-
10	Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	-	-	-	-
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	-	0,3	0,3	0,3
12	Tværsæktoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	0,3	0,3	0,1	0,1
13	Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	-	-	-	-
14	Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	0,3	0,3	0,1	0,1
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	0,2	0,2	0,2	0,1
16	Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	0,7	0,7	0,7	0,7
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	-	-	-	-
18	Undersøge samarbejdsmuligheder med specialuddannede paramedicinere	0,5	0,5	1,0	1,0
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	-	0,5	0,5	0,5
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	-	-	-	-
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	-	-	-	-
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	-	-	-	-
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	0,3	0,3	0,1	0,1
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	-	-	-	-
25	Modernisering af lægevagtskonsultationerne	-	-	-	-
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	-	-	-	-
27	Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	-	-	-	-
28	Videokonsultation i lægevagten	-	-	-	-
29	Tilbud til akutte hjertepatienter	-	-	-	-
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	0,2	0,1	0,1	0,1
31	Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	-	-	-	-
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	-	0,1	0,1	-
	Tværgående udviklingspulje til akutplan	4,0	6,0	6,0	6,0
	I alt driftsudgifter (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6

Anlægsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
5	Eventuelt system til digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	0,3			
6	Eventuelt it-system til understøttelse af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,3			
20	Flystole til etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	0,5			
25	Anskaffelser til modernisering af lægevagtskonsultationerne (overslag)	1,0	1,0	1,0	
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	1,1			
	I alt anlægsudgifter	3,2	1,0	1,0	-

AKUTPLAN

REGION SYDDANMARK

UDKAST PR. 542318. OKTOBERSEPTEMBER
2021
med korrekturrettelser og forslag til justeringer som
følge af indkomne høringssvar

Indhold

Forord	4
Resumé	5
1. Indledning	7
2. Akutområdet i Region Syddanmark	9
2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp	9
2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark	10
2.3 Lægevagten	12
2.4 Kommunale akutfunktioner	12
2.5 Præhospitalt beredskab	13
2.6 Aktivitet i akutfunktioner	14
3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats	16
4. Danske Regioners udspil <i>Når du har brug for os</i>	18
5. Status for Region Syddanmark	19
6. En styrket visitation	21
6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)	21
6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus	23
6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse	2423
6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)	24
6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)	24
6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (indsats 4)	2524
6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer	2625
6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer	2827
7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene	3130
7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen	3130
7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten	3234
7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner	3332
7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr	3332
8. Akutte hjerteforløb	3635
9. Implementering og økonomi	3837
9.1 Implementering af akutplanen	3837
9.2 Budgetmæssige konsekvenser	4443
Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020	4544
Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats	4847
Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen	5554

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mv.....	<u>6059</u>
Bilag 5. Overblik over implementeringstakt.....	<u>6563</u>
Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser.....	<u>6664</u>

UDKAST

Forord

[Forord ved Stephanie Lose]

UDKAST

Resumé

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

Akutplanen for Region Syddanmark indeholder 32 indsatser, der blandt andet sigter mod på tværs af sektorer at styrke samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation, herunder ved at tilvejebringe en række fælles værktøjer, der skal understøtte samarbejde og sammenhængende organisering på det akutte område. En styrket sundhedsfaglig visitation skal blandt andet sikre, at den akutte patient får det rette tilbud på det rette tidspunkt, hvad enten der er tale om en medicinsk patient eller en patient med en psykisk lidelse. Andre indsatser retter sig mod lægevagten og samarbejdet med sygehusenes akutfunktioner. Endelig retter nogle indsatser sig mod at sikre hurtige akutte hjerteforløb, blandt andet via et tættere sundhedsfagligt samarbejde om hurtig diagnostik.

Akutplanen flugter med Region Syddanmarks pejlemærker om udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner, samt at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

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

Kapitel 2 beskriver akutte funktioner i Region Syddanmark inden for somatik og psykiatri. Det omfatter både den borgerrettede visitation, lægevagt, præhospitalt beredskab, akutfunktioner på sygehuse samt kommunale akutfunktioner.

Kapitel 3 beskriver Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af den akutte indsats. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri. Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere gnidningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

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

Kapitel 4 beskriver Danske Regioners forslag vedr. den akutte sundhedsindsats. Det omfatter initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats. Indsatserne skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Kapitel 5 giver en status for de akutte funktioner i Region Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2020. Det konkluderes, at Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Kapitel 6 indeholder 15 indsatser til en styrket sundhedsfaglig visitation, og til et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Det omfatter etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehusene, bedre mulighed for at identificere den psykisk syge patient via screeningsværktøj, tættere virtuel kommunikation mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse, større indsats for at forebygge akutte indlæggelser, bedre overblik over tilbud til den akutte patient/borger på tværs af sektorer, fælles værktøj til at beskrive patientens tilstand, tættere virtuel kommunikation mellem akutafdeling og kommunale akutfunktioner, mulighed for tættere sundhedsfaglig indsats via rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale, afdækning af erfaringer med fremskudte funktioner og lokale fællesskaber, standardiseret kommunikation om patienter, der er korttidsindlagt, udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb, tværsektoriel adgang til relevant ledelsesinformation, afdækning og udvikling af muligheder for at dele data om den akutte patient på tværs af sektorer, samt udvikling af tværsektorielle modeller til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser.

Kapitel 7 indeholder 13 indsatser til udvikling af lægevagten og samarbejdet med sygehusene. Det omfatter samarbejde mellem AMK-vagtcentralen og lægevagten for at støtte den borgerrettede visitation, øget brug af videoopkald ved 1-1-2 alarmopkald, inddragelse af paramedicinere i indsatsen for at forebygge akutte indlæggelser, udbygning af brobyggerordning mellem lægevagten og akutmodtagelser, forsøg med observation af patienter i lægevagten, forsøg med integration af lægevagtskonsultation og akutfunktioner på sygehuse, øget brug af specialistrådgivning fra sygehusafdeling til almen praksis, mulighed for direkte booking af sub-akutte tider i ambulatorier, tættere samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje, modernisering af lægevagtskonsultationerne, tættere samarbejde mellem lægevagt og akutsygehuse om brug af diagnostisk udstyr, samt brug af videokonsultationer i lægevagten.

Kapitel 8 indeholder 4 indsatser til udvikling af det akutte hjerterefløb. Det omfatter fælles mål og ensartet monitorering af de akutte og subakutte kardiologiske tilbud på akutsygehusene til hjertepatienter, investering i mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationer med henblik på direkte opkobling til hjerteafdelingerne, eventuel tidlig troponin-måling i det præhospitale forløb med henblik på hurtigere diagnostik, samt styrkede kompetencer og relationer mellem almen praksis og hjerteafdelingerne.

Kapitel 9 giver et overblik over implementering af indsatserne samt et overslag over de budgetmæssige konsekvenser herved for Region Syddanmark. Den endelige implementering skal for en række indsatser aftales med kommuner og almen praksis. Overslag over de budgetmæssige konsekvenser indgår i budgetproces 2022 for Region Syddanmark.

1. Indledning

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

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

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

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

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

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

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

Formålet med en ny akutplan

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

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

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

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

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

[Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer.](#)

[Forslagene i denne akutplan flugter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis.](#)

Læsevejledning

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

De fleste akutmodtagelser i Region Syddanmark benævnes *Fælles Akutmodtagelse*, der forkortes FAM. Akutmodtagelsen på Sygehus Lillebælt i Kolding benævnes dog *Akutafdelingen*. Det er valgt at bruge ordene akutmodtagelse, akutafdeling, fælles akutmodtagelse og FAM som synonymer. Med mindre, der fremgår andet, dækker begreberne over den somatiske akutmodtagelse. Sygehus Sønderjylland har en integreret akutmodtagelse for somatik og psykiatri, der samlet betegnes som *Fælles Akutmodtagelse* og forkortes FAM. Bortset herfra anvendes for psykiatrien betegnelsen Psykiatrisk Akutmodtagelse, der forkortes PAM. For specialsygehusene anvendes betegnelsen medicinsk modtageafsnit. Modtagelse kan også finde sted i særlige modtageafsnit, blandt andet for børn eller kardiologiske patienter.

2. Akutområdet i Region Syddanmark

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

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

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

2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp

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

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

- Alarmcentralen 112
- Egen praktiserende læge (telefonisk eller ved fremmøde i dagtid)
- Regionens skade- og lægevagt (telefonisk henvendelse på 70 11 07 07)
- Direkte henvendelse på psykiatrisk akutmodtagelse, fødegang mv.
- [Praktiserende øjenlæge](#)
- [Praktiserende øre-, næse-, halslæge](#)
- [Tandlæge, herunder Tandlægevagten](#)
- Tandskadevagten¹
- Kiropraktor, [herunder Kiropraktorvagten](#)²
- Center for Voldtægts ofre
- Giftlinjen (landsdækkende telefonrådgivning ved forgiftning).

Den regionale akuthjælps-app giver mulighed for digital hjælp, så man hurtigt kan finde den rette indgang og få skabt kontakt. Der pågår herudover en national udvikling af app'en MinSundhed, idet

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

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

Danske Regioner har besluttet, at det på sigt skal være muligt at få kontakt til blandt andet lægevagten via MinSundhed.

Langt de fleste borgere, der kommer akut ind på sygehus, er henvist via egen læge, lægevagt eller 112-alarmcentral. Nogle borgere kommer dog direkte til sygehus uden om visitationen. Det gælder eksempelvis fødende kvinder eller visse psykiatriske patienter, der selv henvender sig på psykiatrisk akutmodtagelse. Herudover kan der være henvendelser fra patienter med en åben indlæggelse, hvis man allerede er i et behandlingsforløb.

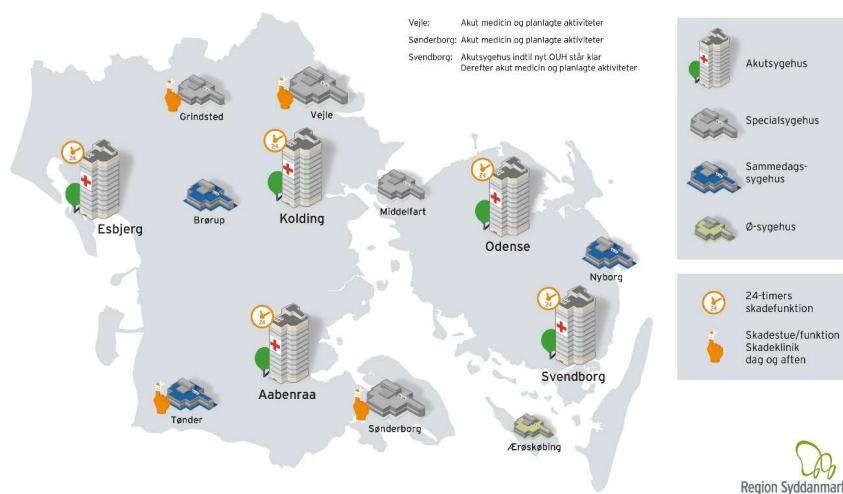
I øvrigt kan borgere eller pårørende rette henvendelse til den kommunale visitation til kommunal sygepleje i deres egen kommune, herunder akutfunktion, kommunale psykosociale akuttilbud mv.

2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark

Somatik

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

Kort 1. Somatiske sygehuse i Region Syddanmark



Det fremgår af kortet, at:

- Der er akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Aabenraa og Esbjerg.
- Der er skadestuefunktioner/skadeklinikker i hhv. Vejle, Sønderborg, Grindsted og Tønder.

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

I 2019 blev der ligeledes etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion til voksne over 20 år med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter. Patienten tilbydes kontakt indenfor 24 timer. [Fra 2022 er der ligeledes bevilget en mobil skadestue ved Psykiatrisk Afdeling i Svendborg.](#)

Børne- og ungdomspsykiatrien i hhv. Odense og Syddanmark³ har et mobilteam til børn og unge, [der i forvejen er kendte](#). Med tilbuddet har børn og unge mulighed for at få besøg på et bosted eller i eget hjem, med henblik på, at de unge følger og opsøger den behandling, de har brug for. Samtidig understøttes medarbejderne på botilbuddet i deres forebyggende og støttende arbejde.

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

I den videre udvikling af psykiatriens udgående akut-ambulante tilbud arbejdes der blandt andet med, at disse tilbud, i tråd med akutplanens intentioner, kan stå til rådighed for samarbejdspartnere på de somatiske sygehuse.

2.3 Lægevagten

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

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

2.4 Kommunale akutfunktioner

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

Næsten alle syddanske kommuner har døgndækkende udkørende akutteams med særlige sygeplejekompetencer. Henvielse til kommunal visitation til kommunale akutpladser sker langt

³ Børne- og ungdomspsykiatri Syddanmark er lokaliseret i Esbjerg, Aabenraa og Vejle.

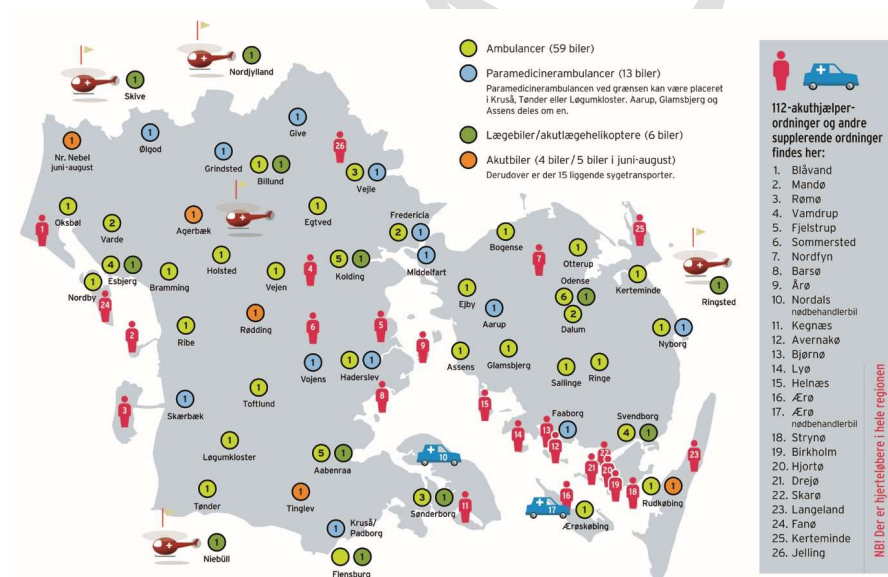
overvejende fra hjemmeplejen eller praktiserende læge. Herudover henvises fra sygehuse, lægevagt, borgere eller pårørende eller fra socialpsykiatriske botilbud. Omtrent halvdelen henvises i vagttid.

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

2.5 Præhospitalt beredskab

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

Kort 3. Udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger



Det præhospitale beredskab dækker dels over ambulancetjeneste med henblik på indledende behandling og transport til en akutmodtagelse, og dels over et udkørende beredskab, der kan bistå på

stedet og vurdere, stabilisere, lindre og eventuelt afslutte behandlingen. Hvis det vurderes relevant, kan der ydes præhospital assistance i form af:

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

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

Akutbiler er udrykningskøretøjer bemandede med bl.a. en paramediciner. Akutbilerne bidrager til at sikre en tidlig indsats i områder med længere afstand til en akutmodtagelse. Der findes akutbiler i Rudkøbing, Agerbæk, Rødding, Nørre Nebel og Tinglev. Akutbilen i Nr. Nebel kører kun i sommermånederne.

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

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

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

2.6 Aktivitet i akutfunktioner

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

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

Tabel 1. Præhospital aktivitet i perioden marts 2019 – februar 2020⁴

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

Ambulancer	124.643
Akutlægebiler	8.149
Akutbiler	1.548
Akutlægehelikoptere ⁵	622

I perioden marts 2019 - februar 2020 rykkede akuthjælperne ud ca. 2.500 gange, mens [frivillige til hjertestop hjerteløbere](#) rykkede ud 1.170 gange.

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

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

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

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

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

Ud af 69 kontakter er den akutte psykiatriske udrykningstjeneste fra etableringen i september 2019 til februar 2020 rykket ud 45 gange. Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange gange henholdsvis den mobile skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge er rykket ud.

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

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

3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

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

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

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

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

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

Sammenhængende og enstrengt visitation

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

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

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

Kvalitet og sammenhæng på tværs

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

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

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

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

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

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

Anbefalinger vedrørende vidensdeling

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

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

Anbefalinger vedrørende forskning og udvikling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Status for Region Syddanmark

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

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

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

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

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

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

Mange ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske sygdomme er kendetegnet ved at have et forløb både i kommunen og på sygehus, hvor de modtager indsatser. Disse patienter er i særlig risiko for akutte indlæggelser og genindlæggelser. Efter udskrivning fra sygehus, vil der ofte være et behov for en sygeplejefaglig indsats, hvilket stiller krav til samarbejde og aftaler, og til god kommunikation begge veje. Da kommunerne ofte modtager patienter både fra almen praksis, lægevagt og sygehus, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten. Aftaler om udskrivningsforløb indgår derfor som et vigtigt element i sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark, kommunerne og de alment praktiserende læger, og er omfattet af SAM:BO-aftalen⁷. Region Syddanmark har ligeledes indgået flere lokalaftaler med de praktiserende læger vedr. forebyggelse af akutte indlæggelser eller uheldsmæssige genindlæggelser, opfølgning og koordination efter indlæggelse samt indsats for

⁷ SAM:BO-aftalen omhandler aftaler om sammenhængende tværsektorielle patientforløb i Region Syddanmark.

patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Disse aftaler understøtter alternativer til akutte (gen)indlæggelser og bidrager dermed til, at patienterne i rette tid kan få det rette tilbud.

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

UDKAST

6. En styrket visitation

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

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

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

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

6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[Som udgangspunkt ligger det lægelige ansvar hos den praktiserende læge/vagtlæge indtil patienten eventuelt fysisk måtte befinde sig på sygehuset \(forstået som sygehusfunktion, men ikke eventuel lægevagtsfunktion beliggende på sygehusemnet\). Dette gælder, medmindre der konkret er aftalt andet med sygehuslæge, eventuelt via den akutte visitationsenhed. Det kan eksempelvis være som følge af aftalt sygehusbehandling i hjemmet, herunder på plejehjem, på kommunal akutplads eller lignende, hvor sygehuslægen har telefonisk eller virtuel stuegang. Ved udskrivning overgår det lægelige ansvar igen til praktiserende læge. Ved aftale om en sub-akut ambulatorietid, som alternativ til en indlæggelse, ligger det lægelige ansvar fortsat hos den praktiserende læge/vagtlæge. Den praktiserende læge/vagtlæge har uændret ret til at henvise patienten til vurdering indlæggelse på sygehuset. Hvis den praktiserende læge/vagtlæge rådfører sig med den akutte visitationsenhed, forbliver det lægelige ansvar hos den praktiserende læge/vagtlæge, medmindre patienten indlægges. Det gælder både, hvis patienten forbliver i hjemmet, visiteres til en kommunal akutplads eller til andet kommunalt tilbud, eller hvis patienten får tilbudt en sub-akut tid på sygehuset. Den praktiserende læge/vagtlæge har altid ret til at henvise patienten til indlæggelse på sygehuset. I det tilfælde overgår det lægelige ansvar til sygehuslæge, typisk i akutmodtagelsen.](#)

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

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

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

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

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

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

6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus

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

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

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

6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse

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

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

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

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

[Mens der afventes nationale principper omkring visitation til psykiatriske akutmodtagelser igangsætter Region Syddanmark i tæt dialog med de 22 syddanske kommuner via PSOF en afdækning af, hvilke typer akutte kontakter, der håndteres i henholdsvis de psykiatriske akutmodtagelser og i kommunerne, herunder henvendelser af mere socialfaglig karakter.](#)

6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)

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

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

6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)

[Der indgås lokale samarbejdsaftaler mellem PAM og FAM omkring fælles indsatser og overgange. Heri vil samarbejdet med de akutte visitationsenheder ligeledes blive beskrevet, herunder for den akutte modtagelse af børn og unge i PAM Odense og PAM Esbjerg.](#)

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

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

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

6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (indsats 4)

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

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

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

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

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

Projekterne indeholder eksempelvis mulighed for:

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

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

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

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

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

6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer

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

Katalog over tilbud på tværs af sektorer (indsats 5)

For at understøtte et løbende opdateret overblik over akutte tilbud på tværs af sektorer, men omkring de enkelte akutsygehuse, [udvikles opstilles](#) en digital platform for regionen indeholdende et katalog over regionale og kommunale tilbud, tilgængelighed hertil, kontaktinfo og kompetencer. Kataloget organiseres i forhold til de enkelte akutsygehuse. Heri kan blandt andet relevante tværsektorielle indsatser for den ældre patient indgå. Indsatser ved frivillige kan ligeledes indgå i kataloget. [Hvis muligt udvikles på eksisterende digital platform.](#)

Fælles viden om patienten (indsats 6)

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

Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam/sygepleje (indsats 7)

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

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

hjem. Der vil også være mulighed for, at patienten tilbydes at tale med en medarbejder fra akutteamet, hvis der er spørgsmål relateret til hjemsendelse.

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

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale (indsats 8)

For at muliggøre et tæt og smidigt samarbejde mellem den kommunale sygepleje, almen praksis og sygehus, indgås aftaler, der beskriver, hvilke tiltag den kommunale sygepleje i kommunen kan iværksætte, både tidligt og undervejs i et forløb. Det skal fremgå, hvem der har det lægefaglige ansvar, når borgeren behandles i eget hjem/plejehjem. Det kan enten være egen læge, relevant sygehuslæge eller læge ansat i kommune.

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

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

Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokaletællesskab (indsats 9)

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

Udbygning af standardiseret vidensdeling (indsats 10)

For patienter, der er indlagt i mere end 48 timer, er der via SAM:BO-aftalen krav om fremsendelse af en plejeforløbsplan fra sygehuset til patientens hjemkommune. Det gælder ikke for patienter, der indlægges mindre end 48 timer, eller for patienter, der slet ikke indlægges, hvorfor der her vurderes at være behov for at styrke udvekslingen af information mellem den kommunale sygepleje/akutteam og sygehusets akutafdeling.

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

Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering (indsats 11)

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

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

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

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

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

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

6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer

Tværasektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb (indsats 12)

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

Det foreslås sammen med kommunerne at [udvikle etabler](#) en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. En fælles platform skal også gøre det muligt at anvende tværasektorielle data til evaluering og kvalitetsudvikling. Det kan blandt andet være i forhold til at forebygge akutte genindlæggelsesforløb. På længere sigt bør mulighederne for at inkludere data fra almen praksis og lægevagt undersøges. Erfarings- og vidensdeling kan ske via de lokale samordningsfora. [Hvis muligt udvikles på eksisterende digital platform.](#)

Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb (indsats 13 og 14)

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

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

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

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

Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser (indsats 15)

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

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

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

Boks 1. Oversigt over indsatser til styrket visitation

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

7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene

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

7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen

Bedre støtte til den sundhedsfaglige visitation, når man ringer 1-1-2 (indsats 16)

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

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

Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2 alarmopkald (indsats 17)

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

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

Paramedicinere som supplement til sygebesøg eller konsultationer i lægevagten (indsats 18)

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

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

[Det behandlingsmæssige ansvar for patienten beskrives nærmere i samarbejde med de relevante parter.](#) Det er en forudsætning, at paramedicinerne og øvrigt præhospitalt personale har adgang til relevant viden.

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

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

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

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

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

Samarbejde mellem lægevagten, brobyggerordning og sygehusenes børneakutmodtagelsesafsnit (indsats 19)

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

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

Observation af patienter i lægevagten (indsats 20)

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

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

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

Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagten og sygehusfunktionerne (indsats 21)
Der etableres en forsøgsordning, hvor sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen integreres i størst muligt omfang. Det indebærer fælles ansvar for alle patienter og rådighed over alle ressourcer på tværs af de to ordninger. Herved vil de almenmedicinske kompetencer fra lægevagten kunne benyttes i sygehusets akutfunktioner, ligesom lægevagten vil kunne drage nytte af speciallæger og sygeplejemæssige funktioner i akutmodtagelserne.

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

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

Specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis (indsats 22)

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

Direkte booking af sub-akutte tider (indsats 23)

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

Tværsæktorielt samarbejde mellem lægevagten og den kommunale sygepleje (indsats 24)

Samarbejdet mellem lægevagten og den kommunale sygepleje skal styrkes og udvikles, herunder i forhold til sygebesøg. Det kan eksempelvis ske ved, at den kommunale sygepleje hos borgere, som i forvejen er kendt af sygeplejen, foretager en vurdering af borgerens tilstand og i samråd med vagtlægen vurderer, om en videregående indsats er nødvendig. Kommunikation mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger vil på sigt kunne finde sted via video.

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

7.4 Modernisering af lægevagten faciliteter og diagnostiske udstyr

Lægevagtskonsultationer (indsats 25 og 26)

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

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

a) Lægevagtskonsultationer på akutsygehuse

Lægevagtskonsultationerne i Odense, Kolding, Esbjerg og Aabenraa er beliggende på sygehusmatrikler med akutfunktioner. Disse konsultationssteder, har udvidet adgang til diagnostisk udstyr, ligesom der i dele af døgnet er mulighed for at benytte brobyggerordningen med en fælles sygeplejerske mellem lægevagt og akutfunktion på sygehus.

b) Lægevagtskonsultationer på sygehuse med delvis adgang til akutfunktioner

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

c) Øvrige lægevagtskonsultationer

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

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

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

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

Samarbejdsaftaler mellem lægevagt og sygehuse (indsats 27)

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

Videokonsultationer i lægevagten (indsats 28)

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

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

tale om en envejsvideokonsultation, hvor patienten ikke kan se lægen. Der skal arbejdes for at opnå 2-vejs videokonsultation.

Videokonsultationer betyder en bedre service for patienten, da patienten kan undgå transport til konsultationsstedet. For lægevagten understøtter video muligheden for at kunne visitere til sygehustilbud uden et fremmøde i lægevagten. Videokonsultationer medvirker i øvrig til at udfase fotoordninger i vagttiden.

Boks 2. Overblik over indsatser til styrkelse af lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene

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

8. Akutte hjerteforløb

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

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

Dedikerede hjerteforløb (indsats 29)

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

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

Forbedrende indsats i det akutte hjerteforløb (indsats 30, 31 og 32)

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

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

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

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

Under forudsætning af gode erfaringer fra igangværende projekt i Region Midtjylland indføres der troponin-måling tidligt i det præhospitale forløb for den akutte hjertepatient. Målingen er en indikator for potentiel hjertemuskelskade. Herved øges muligheden for hurtigere diagnostik af akut koronart

syndrom og dermed hurtigere relevant behandling. Det kan være i form af ballon-udvidende behandling.

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

Boks 3. Oversigt over indsatser til styrkelse af de akutte hjerteforløb

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

9. Implementering og økonomi

9.1 Implementering af akutplanen

Denne akutplan bygger overvejende på Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger på området. Heri lægges op til, at anbefalingerne skal være opfyldt inden for en 10-årig periode. Region Syddanmarks akutplan skal dog ikke blot bidrage til, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men først og fremmest løfte indsatsen på det akutte område til gavn for patienter og borgere. Det er derfor ambitionen, at akutplanens indsatser skal føres ud i livet inden for de næste 3-4 år.

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

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

Enkelte indsatser afventer afklaring i centrale instanser.

Akutplanens indsatser kan overordnet grupperes efter typer af tiltag:

- a. Organisering og procedure (indsats: 1, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28)
- b. Udbredelse af værktøjer (indsats: 2, 5, 6)
- c. Styrket samarbejde (indsats: 3, 4, 7, 8, 9, 27)
- d. Information, kommunikation og videndeling (indsats: 10, 11, 12, 13, 14, 15)
- e. Investering og udvikling (indsats: 25, 29, 30, 31, 32)

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

Indsatser, der går på tværs af sektorer, skal finde sin endelige form i et samarbejde mellem Region Syddanmark og regionens kommuner, samt i mange tilfælde de praktiserende læger. Drøftelse heraf finder sted i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum. Den konkrete implementering af de tværsektorielle indsatser er i henhold til sundhedsaftalen mellem Region

Syddanmark og regionens kommuner henlagt til Det Administrative Kontaktforum og den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje. Aftaler om tværsektorielle indsatser og disses implementering kan forudsætte tilpasning af eksisterende indsatser. Nye indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, drøftes med kommunerne.

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

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

I tabel 3 gennemgås akutplanens indsatser. Initiativ til implementering ligger som udgangspunkt hos den først nævnte aktør i kolonnen vedr. sikring af implementering.

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

Tabel 3. Implementering af indsatser

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
1	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.	2022: Etablering af struktur og organisering 2023-2024: Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. 2024 – frem: Gradvis læring og konsolidering af samarbejde og funktion	Sygehusene
2	Udvikling og udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	2022	FAM-følgegruppen + kommende specialeråd for akutmedicin
3	Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023: Udrulning med kommuner.	FAM-følgegruppen med inddragelse af den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
4	Udbrede gode erfaringer og afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner	2022 – 2024.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område
5	Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	2022 Overblik over tilbud 2023 – 2024 Udvikling og ibrugtagning af digital løsning 2025: Eventuelt udvikling af funktionalitet.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023 - 2024: Udrulning.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med FAM-følgegruppen
8	Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	2022 - frem	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område, lægevagten og Praksisafdelingen.
9	Afdækning af erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/ fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.	2022 – 2023: Afdækning. 2024: Initiativ til planlægning af afledte indsatser	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
10	Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.	2022 - 2023.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	2022 – 2023: Erfaringsopsamling og pilotafprøvning 2024: Udrulning	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
13	Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
14	Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
16	Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.	2022: Etablering	Det præhospitale område i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes	AMK Vagtcentral

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
18	Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.	Pilotprojekt i 2022 – 2023. Evaluering og udbredelse i 2024-2025	Præhospitalet
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	2022-2023	Sygehuse i samarbejde med Lægevagten
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2025. Evaluering og eventuelt udbredelse i 2026	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
22	Øget adgang til specialrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes	Sygehuse og Praksisafdelingen
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Sygehuse og Praksisafdelingen
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2022 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen.
25	Modernisering af lægevagts-konsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder	Udviklingsprojekt 2022 - 2023: Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.	Lægevagten og Praksisafdelingen

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt i sammenhæng med modernisering af lægevagtskonsultationer	Lægevagten og Praksisafdelingen
27	Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	2022 - 2023	Lægevagten og Praksisafdelingen samt sygehusene.
28	Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes	Lægevagten og Praksisafdelingen
29	Uændrede tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, MEN fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.	2022	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
30	Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.	2022 – 2023 Afklaring af tekniske forudsætninger for opkobling real-time. Valg af model. Anskaffelse. Undervisning og udbredelse.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.
31	Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitalt forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling. Forudsætter gode erfaringer fra Region Midtjylland.	2022 – 2023. Afventer erfaringer fra Region Midtjylland.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	2022 – 2023. Følger anskaffelse af EKG-apparater, men retter sig bredere.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.

9.2 Budgetmæssige konsekvenser

Budgetmæssige konsekvenser af akutplanen indgår i grundlag for regional budgetproces 2022. De budgetmæssige forudsætninger vil dog i nogen grad afhænge af de konkrete implementeringsplaner, der blandt andet skal aftales med kommuner og almen praksis efter endelig politisk behandling af akutplanen.

Det gælder generelt, at implementering af akutplanens indsatser vil forudsætte dedikerede organisatoriske og ledelsesmæssige ressourcer både regionalt, kommunalt og i almen praksis.

Det er forventningen, at en række indsatser vil kunne implementeres uden budgetmæssige konsekvenser. Flere indsatser vil dog forudsætte finansiering af implementeringsudgifter, blandt andet til etablering og drift af it-systemer, der går på tværs af sektorer. Den regionale udgift til udvikling og efterfølgende drift af it-systemer til tværsektoriel understøttelse er foreløbigt skønnet til årligt at være i størrelsesordenen 0,1 mio. kr. pr. indsats, der forventes at forudsætte it-understøttelse.

Under hensyn til den store usikkerhed, der knytter sig til finansieringsbehovet af den samlede akutplan, er der desuden indarbejdet en regional udviklingspulje, der skal kunne medfinansiere udvikling og efterfølgende driftsunderstøttelse af indsatser i akutplanen. Budgetforslag indeholder en gradvis forøgelse af udviklingspuljen i takt med udrulning af flere implementeringstiltag og udbygning af indsatser til fuld skala.

Regionens sygehuse har i forbindelse med finansloven fået tilført ekstra sygeplejersker, der blandt andet skal bidrage til at koordinere forløb på tværs af sektorer. Det lægges til grund, at der hermed fra 2022 er tilført ressourcer til etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehuse i de mest aktive timer på hverdage. Akutplanens forslag til økonomi indeholder økonomi til gradvis udbygning af bemanning af de akutte visitationsenheder. Udbygning omfatter henholdsvis weekendbemanning i de mest aktive timer, bemanning i dagtimer og aften timer hele ugen, samt endelig døgnbemanning alle ugens dage. Finansiering af udvidet bemanning i de akutte visitationsenheder vil blive drøftet med sygehuse i sammenhæng med udmøntning af sygeplejerskenormeringer fra finansloven.

En række indsatser i akutplanen er allerede i gang. Udbygning og udvikling af disse kan afstedkomme kommunale udgifter.

Med de foreliggende forudsætninger indebærer udrulning af akutplanen, jf. tabel 4, at der i 2022 vil være regionale driftsudgifter i størrelsesordenen 6,6 mio. kr. stigende til 18,6 mio. kr. i 2025. Samtidig forventes regionale anlægsudgifter i størrelsesordenen 3,2 mio. kr. i 2022 og 1 mio. kr. i hvert af årene 2023 og 2024. Der er tale om overslag med stor usikkerhed, blandt andet som følge af, at implementering vil ske i samarbejde med kommuner og almen praksis.

Bilag 6 indeholder overslag over de budgetmæssige konsekvenser af akutplanen fordelt på indsatser.

Tabel 4. Overslag over driftsudgifter og anlægsudgifter i alt

	2022	2023	2024	2025
Driftsudgifter i alt (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6
Anlægsudgifter i alt (overslag)	3,2	1,0	1,0	-

Finansierungsbehov og forudsætninger herfor indgår i regional budgetproces 2022.

Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020

Baggrund

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

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

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

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

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

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

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

Formål

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

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

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

Der kan identificeres følgende spor for arbejdet:

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

Leverancer

Leverancerne i arbejdet med akutplanen vil være:

- Status for implementeringen af akutplan 2007 og kortlægning af hvor Region Syddanmark er i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger og udspil fra Danske Regioner.
- Beskrivelser af konkrete indsatser:
 - o Styrke koordineringen og visitationen af det akutte arbejde mellem den AMK-vagtcentralen, praksis, lægevagten, de fælles akutmodtagelser og kommunerne med henblik på at reducere usikkerheden for de patienter, hvor der er behov for styrket samarbejde mellem parterne.
 - o Styrke det akutte patientforløb for psykiatriske og psykisk sårbare patienter gennem bedre koordinering og samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser og de psykiatriske akutte modtagelser. Dette med henblik på at reducere uligheden i de akutte tilbud til akutte patienter på tværs af somatik og psykiatri
 - o Udvikling af fast-track for akutte hjertepatienter enten gennem eller udenom FAM.
 - o Styrke lægevagten, herunder patientsikkerheden i lægevagtskonsultationerne
 - o På baggrund af ovenstående arbejde med konkrete indsatser skal det efterfølgende vurderes, om indsatserne nødvendiggør en styrkelse af det præhospitale område.

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

Organisation

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

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

Styregruppen refererer til Koncernledelsesforum

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

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

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

UDKAST

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

1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation

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

2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation

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

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom

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

4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation

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

5 Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen

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

6 Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer

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

7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation

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

8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadestudier

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

9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker

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

10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid

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

11 Disponering af præhospital akutlæge

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

12 Anvendelsen af akutlægehelikopter

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

13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

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

14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom

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

15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner

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

16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

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

17 Akutsygehusets opgaver

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

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

skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

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

18 Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000

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

19 Befolkningsunderlag under 200.000

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

20 Krav til traumesygehuse

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

21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

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

22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus

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

Se også anbefaling 23.

23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse

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

24 Krav til assistance i akutmodtagelsen

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

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

25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

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

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

26 Krav til assistance på somatisk akutsygehus

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

27 Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

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

28 Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus

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

29 Flow på akutsygehuset

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

30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs

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

31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer

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

32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer

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

33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier

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

UDKAST

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

Forklaring til farvemarkering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Målsætningerne er at:

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

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

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

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

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

Projektet "Kom trygt hjem"

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

Projektet bestod af 3 dele:

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

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

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

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

Formålet med studiet er at undersøge plejehjemsbeboernes akutte indlæggelsesforløb. Studiet består af fire dele:

Del 1: En registerbaseret gennemgang af de sønderjyske plejehjemsbeboeres kontakter til sundhedsvæsenet i 2018-2019. Det undersøges, om nogle plejehjemsbeboere er i højere risiko for at opleve hyppige akutte indlæggelser og genindlæggelser end andre.

Del 2: En evaluering af effekten af plejehjemsleageordningens betydning for plejehjemsbeboernes kontakter til sundhedsvæsenet. Studiet baseres på registerdata og data fra et telefoninterview med de sønderjyske plejehjem.

Del 3: En undersøgelse af, hvorvidt organisatoriske forhold på plejehjemmene har en indflydelse på beboernes kontakter til sundhedsvæsenet. Studiet baseres på registerdata og data fra en spørgeskemaundersøgelse, hvor de sønderjyske plejehjem svarer på spørgsmål om deres sygeplejedækning, vagtnormering og meget mere.

Del 4: En grundig gennemgang af journaler fra 100 plejehjemsbeboeres akutte indlæggelsesforløb, hvor både sygehusjournaler, praktiserende læges journaler og plejehjemmets journaler gennemgås. Dette gøres for at få et mere nuanceret billede af plejehjemsbeboernes akutte indlæggelsesforløb og perioden op til og efter selve indlæggelsen.

Projektet forventes afsluttet i udgangen af 2023.

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

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

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

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

Projektet forventes afsluttet med udgangen af 2023.

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

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

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

Resultaterne forventes at foreligge i løbet af 2022.

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

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

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

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

I projektet er der fokus på:

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

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

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

Bilag 5. Overblik over implementeringstakt

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

Forklaring til farver:

	Pilotprojekt eller udvikling
	Udrulning og drift

Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser

Driftsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
1	Etablering af akutte visitationsenheder	-	1,4	5,9	9,4
2	Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	-	-	-	-
3	Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	-	-	-	-
4	Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	-	-	-	-
5	Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	-	0,1	0,1	0,1
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,1	0,1	0,1	0,1
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	-	-	-	-
8	Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	-	-	-	-
9	Erfaringer med effekter af lokale fællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	-	-	-	-
10	Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	-	-	-	-
11	Udvikling af tværsektorielle undersøgelsesforløb.	-	0,3	0,3	0,3
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	0,3	0,3	0,1	0,1
13	Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	-	-	-	-
14	Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	0,3	0,3	0,1	0,1
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	0,2	0,2	0,2	0,1
16	Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	0,7	0,7	0,7	0,7
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	-	-	-	-
18	Undersøge samarbejds muligheder med specialuddannede paramedicinere	0,5	0,5	1,0	1,0
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	-	0,5	0,5	0,5
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	-	-	-	-
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	-	-	-	-
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	-	-	-	-
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	0,3	0,3	0,1	0,1
24	Styrket samarbejde mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	-	-	-	-
25	Modernisering af lægevagtskonsultationerne	-	-	-	-
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	-	-	-	-
27	Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	-	-	-	-
28	Videokonsultation i lægevagten	-	-	-	-
29	Tilbud til akutte hjertepatienter	-	-	-	-
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	0,2	0,1	0,1	0,1
31	Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	-	-	-	-
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	-	0,1	0,1	-
	Tværgående udviklingspulje til akutplan	4,0	6,0	6,0	6,0
	I alt driftsudgifter (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6

Anlægsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
5	Eventuelt system til digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	0,3			
6	Eventuelt it-system til understøttelse af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,3			
20	Flystole til etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	0,5			
25	Anskaffelser til modernisering af lægevagtskonsultationerne (overslag)	1,0	1,0	1,0	
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	1,1			
	I alt anlægsudgifter	3,2	1,0	1,0	-

Oversigt over høringsvar til akutplan

Sundhedsplanlægning, Region Syddanmark, 4. oktober 2021

ID	Høringspart	Kategori	Høringsbemærkning	Kapitel	Ændring i akutplan ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
1	Sundhedsstyrelsen	Psykiatri	Status og planlagte indsatser ift. B&U-psykiatrien bør beskrives mere tydeligt, herunder samarbejde med børneakutmodtagelser. B&U under 18 år med psykisk sygdom bør kun modtages på matrikler med B&U-psykiatri.	6.5	Ja	Tilføjes: "Der indgås lokale samarbejdsaftaler mellem PAM og FAM omkring fælles indsatser og overgange. Heri vil samarbejdet med de akutte visitationsenheder ligeledes blive beskrevet, herunder for den akutte modtagelse af børn og unge i PAM Odense og PAM Esbjerg. "
2	Sundhedsstyrelsen	Tværsæktoriel	Fokus på tydelig placering af det lægelige behandlingsansvar i indsatser.	6.1	Ja	Afsnit med eksempler på lægeligt ansvar er tilføjet.
3	Sundhedsstyrelsen	Overordnet	Ambitiøs tidsplan for implementering.	9	Nej	Noteret.
4	Sundhedsstyrelsen	Visitation	Vigtigt at undgå usikkerhed om oplysninger om patientens tilstand, hvis visitationsenhed aflaster egen læge.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
5	Sundhedsstyrelsen	Psykiatri	FAM og PAM bør samles (Alternativt sikres umiddelbar assistance af lægelig kompetence (psykiater)).	2	Nej	Struktur indgår ikke i akutplanen.
6	Sundhedsstyrelsen	Psykiatri	Fælles principper for visitation til PAM bør udarbejdes	6.3	Nej	Nationale principper afventes.
7	Sundhedsstyrelsen	Psykiatri	Psykiatriske pt. bør modtages i akutmodtagelse (Svendborg og Middelfart er døgnafsnit).	2	Ja	Tekst udbygges: "De psykiatriske afdelinger i Svendborg og Middelfart har ikke etableret akutmodtagelser i form af selvstændige enheder, men har døgnafsnit og modtager lægeligt visiterede patienter akut. Det kan omfatte patienter, som tvangsindlægges eller indlægges i henhold til retslig foranstaltning, samt patientstyrede eller elektive indlæggelser. Øvrige typer akutte patienter skal igennem en psykiatrisk akutmodtagelse til vurdering forud for indlæggelse på psykiatrisk afdeling."
8	Sundhedsstyrelsen	Tværsæktoriel	Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam: Vigtigt at kommuner inddrager relevante parter.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
9	Sundhedsstyrelsen	Tværsæktoriel	Brug af data på tværs, både aggregeret og individuelt - Husk tekniske og juridiske problemstillinger.	6.8	Nej	Opmærksomhed herom indgår i akutplanen
10	Sundhedsstyrelsen	Tværsæktoriel	Fleksibel brug af ressourcer og fagpersoner: Paramedicinere skal opkvalificeres. Klare retningslinjer, herunder tydelig placering af lægefagligt ansvar.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
11	Sundhedsstyrelsen	Lægevagt/sygehus	Korte sygehusophold i lægevagt med brobygger forudsætter klare instrukser ift. observation hhv. FAM.	7.2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
12	Sundhedsstyrelsen	Lægevagt/sygehus	Forsøgsprojekter mellem lægevagt og sygehusfunktion - Husk retningslinjer for og tydelig kommunikation om lægeligt ansvar.	7.2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
13	Sundhedsstyrelsen	Visitation	Ambulante akuttilbud som alternativ til indlæggelse: Husk klar kommunikation af indhold og formål med tilbud.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
14	Geriatrisk specialeråd	Tværsæktoriel	Vigtigt at patient tilses af et team: læger, sygeplejersker samt terapeuter ift. funktionstab.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
15	Geriatrisk specialeråd	Visitation	Sygdom og ikke indlæggelse er årsag til funktionstab.	6.6	Ja	Justering af tekst i afsnit 6.6: "Når man er svækket af sygdom, og måske er ældre, er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme."
16	Geriatrisk specialeråd	Visitation	Ja til at bruge viden prediktivt ift. risiko for indlæggelse, men klare aftaler for ansvar for handling.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
17	Geriatrisk specialeråd	Tværsæktoriel	Geriatriske afdelinger med i konference om den multisyge, ældre patient. I lokalaftaler med almen praksis, men også ift. kommunale akutteams. OBS på fysik og tid til ambulant udredning på sygehus.	6.1	Nej	Indgår i drift
18	Geriatrisk specialeråd	Tværsæktoriel	Behov for opfølgning ved egen læge eller geriatrisk team, hvis indlæggelse fravælges. Evt. styrke udekørende geriatriske team.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering

19	Geriatrisk specialeråd	Tværsjektoriel	Inddragelse af specialudstyr i hjemmet via paramediciner egner sig mindre godt til multisysge, ældre. Måske mere erfaring i de kommunale akutteams i samarbejde med geriatrisk afdeling eller egen læge.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
20	Geriatrisk specialeråd	Visitation	OBS på sløret symptombillede hos ældre medicinske patienter ift. akut visitation.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
21	Geriatrisk specialeråd	Visitation	Eventuelt bruge FAM til subakutte ambulatorietider.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
22	Geriatrisk specialeråd	Tværsjektoriel	OBS på kompetenceniveau i kommuner.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
23	Pædiatrisk Specialeråd	Lægevagt/sygehus	Brobyggerordning (sygeplejerske) i børneakutmodtagelsesafsnit bør erstattes af tværfagligt team af læger og sygeplejersker med pædiatri som kernekompetence.	7.2	Ja	Justering af tekst, så andre end sygeplejerske kan indgå, og så supervision kan finde sted enten i lægevagten eller i børnemodtagelsen.
24	Pædiatrisk Specialeråd	Lægevagt/sygehus	Supervision af familier med svage forældrekompetencer bør ske i børnemodtagelse frem for lægevagtsområde.	7.2	Ja	Justering af tekst, så andre end sygeplejerske kan indgå, og så supervision kan finde sted enten i lægevagten eller i børnemodtagelsen.
25	Pædiatrisk Specialeråd	Lægevagt/sygehus	Stiller sig til rådighed for god løsning for brobyggerordning med børn.	7.2	Ja	Justering af tekst, så andre end sygeplejerske kan indgå, og så supervision kan finde sted enten i lægevagten eller i børnemodtagelsen.
26	Ambulance Syd	Tværsjektoriel	Fælles værktøjer vedr. funktionsbeskrivelser: Kunne tilgå præhospitalt, Kunne overlevere resultater på tværs af sektorer.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
27	Ambulance Syd	Tværsjektoriel	Bruge erfaringer til tværsjektorielle undervisningsforløb.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
28	Ambulance Syd	Tværsjektoriel	Almen læge i AMK-vagtcentral tilgængelig for telefonisk support for ambulancepersonale.	7.1	Nej	Drøftes i forbindelse med implementering, men skal være afklaret forud for indgåelse af lokalafale vedr. vagtlæge i AMK-central.
29	OUH	Implementering	Implementering bør tage højde for kommunernes forskellighed ift. organisering af akutområdet, befolkningsunderlag, placering og afstand ift. OUH's matrikler.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Knytter også an til kommende sundhedsklynger.
30	OUH	Implementering	FAM Svendborg: Afklaring af akutfunktion i Svendborg. Specialsygehus indgår i at forebygge indlæggelser (6.6).	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
31	OUH, Ortopædkirurgisk Afdeling	Struktur	Lever Svendborg op til krav til akutsygehus (døgnet rundt, befolkningsunderlag, assistance, tværfaglig geriatrisk ekspertise 24/7)?	5	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
32	OUH, Ortopædkirurgisk Afdeling	Organisering sygehus	Udbygge samarbejde vedr. stuegang på pt. med hoftenære brud mellem Odense og Svendborg til weekender (pga. kort liggetid).	6.6	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
33	OUH, Ortopædkirurgisk Afdeling	Tværsjektoriel	Vigtigt med data på tværs af sektorer, herunder epidemiologisk, udvikle tværsjektorielle kvalitetsdatabaser.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
34	OUH, Ortopædkirurgisk Afdeling	Tværsjektoriel	Rehabilitering: Fys-/ergoterapeuter bør indgå i indsatser, herunder til visitation, forebyggelse af indlæggelse og forebyggelse af tab af funktion.	6.4	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
35	OUH, Onkologisk Afdeling	Implementering	Modtager akutte pt. uden om FAM. Ønsker at indgå i arb. grupper.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
36	OUH, Hæmatologisk Afdeling	Implementering	Katalog: OBS på samarbejde på tværs af sygehuse ift. kommuner.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
37	OUH, Hæmatologisk Afdeling	Tværsjektoriel	Specialafdelinger også relevant for daglig konference med kommune.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
38	OUH, Geriatrisk Afdeling	Organisering sygehus	Geriatrisk ekspertise/teams i FAM'er	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
39	OUH, Geriatrisk Afdeling	Implementering	Sammenhæng i it-systemer afgørende.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
40	OUH, Geriatrisk Afdeling	Organisering sygehus	Adgang til diagnostik i FAM afgørende for korrekt diagnose.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
41	OUH, Geriatrisk Afdeling	Tværsjektoriel	Bekymring for visitationsenheder ift. diagnosticering. Behov for opfølgning ved kommunalt alternativ ved egen læge e.l.	6.1	Ja	Afsnit med eksempler på lægeligt ansvar er tilføjet. Ansvar for opfølgning er et opmærksomhedspunkt ved implementering
42	OUH, Geriatrisk Afdeling	Tværsjektoriel	Bekymring for paramedicinere – diagnostik? Behov for opfølgning. Uddannelse af paramedicinere.	6.6	Ja	Tilføjet, at det behandlingsmæssige ansvar skal beskrives nærmere i samarbejde med relevante parter. Ansvar for opfølgning er et opmærksomhedspunkt ved implementering. Uddannelse af paramedicinere er et driftsansvar.
43	OUH, Geriatrisk Afdeling	Tværsjektoriel	Brug af videokonsultationer, men fokus på brugervenlighed.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering

44	OUH, Geriatrik Afdeling	Tværsæktoriel	Analyseudstyr nær patienten. Tid til kommunikation.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
45	OUH, Geriatrik Afdeling	Visitation	Funktionstab ved indlæggelse skyldes sygdom.	6.6	Ja	Justering af tekst i afsnit 6.6: "Når man er svækket af sygdom, og måske er ældre, er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme."
46	OUH, Geriatrik Afdeling	Tværsæktoriel	Samarbejde om opfølgning reducerer genindlæggelse.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
47	OUH, Geriatrik Afdeling	Organisering sygehus	OBS på plads til subakutte ambulatorietider i FAM (nye OUH).	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
48	OUH FMU	Organisering sygehus	Visse faggrupper mangler i planen – gerne styrke: SOSU-assistenter, fys- og ergoterapeuter.	6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
49	SVS FMU	Tværsæktoriel	Gerne yderligere fokus på virtuelle løsninger.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
50	SVS FMU	Implementering	Tværsæktorielt samarbejde om implementering – både regionalt og lokalt.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
51	SVS FMU	Implementering	Mulighed for udvikling i rammer og lokale tilpasninger af aftaler.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Knytter også an til kommende sundhedsklynger.
52	SVS FMU	Implementering	Gerne indtænke syddansk forbedringsmodel tværsæktorielt og ved implementering.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
53	SVS FMU	Tværsæktoriel	Paramedicinere til forebyggelse af indlæggelser: Brug algoritmer/screening, Spor 1: paramedicinere i hjemmet efter 112, Spor 2: Samarbejde paramediciner, sygehus og vagtlæger.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
54	SVS FMU	Tværsæktoriel	Forebyggelse: Gode erfaringer med systematisk audit med kommuner, Brug ex sundhed.dk i stedet for nye platforme, Vigtigt at kunne dele data – jura - evt. inddrage nationalt niveau.	6.8	Ja	Justering af tekst, så etablering kan ske ved videreudvikling af eksisterende platforme.
55	SVS FMU	Lægevagt/sygehus	OBS på brobyggerordning på B&U-området, Er faglighed tilstrækkelig?, Visitation af B&U bør tydeliggøres. God struktur i forvejen.	7.2	Ja	Justering af tekst, så andre end sygeplejerske kan indgå, og så supervision kan finde sted enten i lægevagten eller i børnemodtagelsen.
56	SVS FMU	Tværsæktoriel	Eventuelt udbygge specialistrådgivning til kommunerne.	7.3	Nej	Specialistrådgivning må ikke skabe usikkerhed om det lægelige ansvar.
57	SHS FMU	Tværsæktoriel	Foreslår, at forventninger til kommunerne indskrives: Kommunale tilbud gennemskuelige, Hjælp med fælles indgang til kommunale tilbud, Gode igangværende projekter med kommuner.	6.6	Nej	Forventningsafstemning med kommunerne sker i forbindelse med implementering.
58	SHS FMU	Tværsæktoriel	Rammedelegation til medicin i eget hjem kan øge behandling i eget hjem.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
59	SHS FMU	Tværsæktoriel	OBS på grænse mellem paramediciner og sygeplejerske i kommunalt akutteam.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
60	SHS FMU	Visitation	Visitationenhed forudsætter kompetente sygeplejersker med fortsat funktion i både klinik og visitation.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
61	SHS FMU	Lægevagt/sygehus	Støtter udbygning af brobyggerfunktion. Gerne fortsat med SOSA i brobyggerfunktion.	7.2	Ja	Justering af tekst, så andre end sygeplejerske kan indgå, og så supervision kan finde sted enten i lægevagten eller i børnemodtagelsen.
62	SLB FMU	Overordnet	Ambitiøs plan.	9	Nej	Noteret
63	SLB FMU	Overordnet	Dedikerede ressourcer med i budget 2022.	9	Nej	Regional økonomi til akutplanens indsats indgår i budgetaftale 2022.
64	SLB FMU	Implementering	Forventer inddragelse i kvalificering og prioritering af rammer for implementering.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
65	Psykatriens FMU	Visitation	Visitation til PAM: Anerkender at visitation kan aflaste PAM, særligt B&U (socialt). Tilgængelighed vigtig for visse patientgrupper. Planlægge overgang til visiteret skadestue. Afventer nationale principper for visitation.	6.3	Nej	Afventer.
66	Psykatriens FMU	Psykiatri	Børn og unge med særlige behov bør fremgå mere tydeligt: Screeningsværktøj til triagering af psykisk sårbare patienter, OBS! RSYD: B&U 0-19 år, Præcisere at mobilteam for B&U er til kendte pt. i B&U-psyk., Børnemodtagelse bør beskrives nærmere. Ikke samlokation med B&U somatik.	6.5	Ja	Det tilføjes, at mobil-team til B&U er til kendte patienter, sam at screeningsværktøjet skal udvikles.

67	Psykiatriens FMU	Psykiatri	Koordinering mellem somatik og psykiatri: Overvej rette indsatser, Beskrive screeningsværktøj nærmere. kan overvejes, Betænkkelighed ved brug af virtuelle redskaber til kliniske vurderinger særligt af ukendte B&U i akut situation.	6.4	Ja	Det tilføjes, at screeningsværktøjet skal udvikles.
68	Psykiatriens FMU	Psykiatri	Akut indsats omkring Svendborg: Længere transporttid til FAM kan udfordre pt. med psykiske problemstillinger.	2	Nej	Struktur indgår ikke i akutplanen, men konsekvenser ved strukturen søges håndteret via et tættere samarbejde.
69	Psykiatriens FMU	Psykiatri	Akutte/sub-akutte ressourcer i psykiatrien: Tydeliggøre, hvad lægevagt og FAM-personale skal råde over.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
70	Psykiatriens FMU	Tværsæktoriel	Deling af data: OBS på retsstilling for B&U, forældre/myndighedshaver.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
71	Udvalgte læger samt Yngre Læger indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien	Psykiatri	Akut-kompetencerne for B&U-psykiatri bør samles på én matrikel med en 24-timers adgang. Samtidig adgang til somatisk og psykiatrisk ekspertise og mulighed for fælles vurdering af barnet/den unge.	2	Nej	Struktur indgår ikke i akutplanen
72	Udvalgte læger samt Yngre Læger indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien	Psykiatri	Ønske om styrket psykiatrisk faglighed og samarbejde med bostederne for at undgå (gen)indlæggelser og eventuelle tvangsindlæggelser.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt. Eventuelt mere relevant i sammenhæng med psykiatriplanen.
73	Udvalgte læger samt Yngre Læger indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien	Psykiatri	Subakutte ambulante tider: Bør fortsat være den børne- og ungdomspsykiatriske bagvagt, der råder over tiderne.	6.1	Nej	Det fremgår at subakutte tider inden for psykiatrien bookes i dialog med den regionale psykiatri.
74	Udvalgte læger samt Yngre Læger indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien	Psykiatri	Akut adgang til børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering bør være visiteret mhp. sikring af rette tilbud på rette tid og sted og for at undgå unødvendige kontakter/vurderinger af barnet/den unge, herunder indlæggelser.	6.3	Ja	Fælles principper afventer, men det tilføjes: "Mens der afventes nationale principper omkring visitation til psykiatriske akutmodtagelser igangsætter Region Syddanmark i tæt dialog med de 22 syddanske kommuner via PSOF en afdækning af, hvilke typer akutte kontakter, der håndteres i henholdsvis de psykiatriske akutmodtagelser og i kommunerne, herunder henvendelser af mere socialfaglig karakter."
75	Udvalgte læger samt Yngre Læger indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien	Psykiatri	Særlig adgang for bestemte patientgrupper som f.eks. den selvmordstruede patient evt. meningsfuldt, men allerede "patientstyret indlæggelse", der ikke kræver forudgående psykiatrisk visitation.	6.3	Nej	Afventer.
76	Udvalgte læger samt Yngre Læger indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrien	Psykiatri	Ikke hensigtsmæssigt, at vagtlægen skal kunne booke subakutte tider i børne- og ungdomspsykiatrien, kan give et uhensigtsmæssigt stort flow af kontakter udenom "almindelige" henvisnings- og visitationsprocedurer.	6.1	Nej	Det fremgår at subakutte tider inden for psykiatrien bookes i dialog med den regionale psykiatri.
77	SKU	Overordnet	En række indsatser indgår også i sundhedsaftalen 2019-23.	9	Nej	Noteret
78	SKU	Implementering	Ved implementering bør der være opmærksomhed på forskelle blandt kommunerne, herunder i organisering, befolkningsgrundlag og placering/afstand til akutsygehus, At kommunerne har frihedsgrader ift. implementering, At implementering sker efter drøftelse i eksisterende tværsæktorielle fora.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Knytter også an til kommende sundhedsklynger.
79	SKU	Overordnet	Nye tværsæktorielle indsatser, der kræver økonomi drøftes mellem region og kommuner.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
80	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Implementering bør samtænkes med den kommende sundhedsreform med de 21 sundhedsklynger omkring akuthospitalerne.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
81	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	32 indsatser prioriteres og konkretiseres ud fra hvad der er vigtigt at få implementeret for at kunne realisere de overordnede mål for akutplanen.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Tages op i styregruppen på møde 7. februar 2022.
82	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Overordnet	Ønske om, at der indledningsvist henvises til sundhedsaftalen som ramme for de betydelige dele af akutplanen, som går på tværs af sektorer.	1	Ja	Tilføjes i indledning: "Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsæktorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer. Forslagene i denne akutplan flygter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis. "

83	Sønderborg Kommune	Overordnet	Ønske om mere inddragelse i akutplanen ifm. udarbejdelse. Ses også i lyset af det seneste fælles udspil fra regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening om sundhedsklynger og et forventeligt kommende udspil til en ny sundhedsreform.	1	Ja	Tilføjes i indledning: "Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer. Forslagene i denne akutplan flytter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis. "
84	Tønder Kommune	Implementering	Ambitiøs plan, mange indsatser. Prioritering nødvendig.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Tages op i styregruppen på møde 7. februar 2022.
85	Vejen Kommune	Implementering	Ambitiøs plan, mange indsatser. Prioritering nødvendig.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Tages op i styregruppen på møde 7. februar 2022.
86	Varde Kommune	Overordnet	Bør henvises til sundhedsaftalen	1	Ja	Tilføjes i indledning: "Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer. Forslagene i denne akutplan flytter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis. "
87	Svendborg Kommune	Overordnet	Sundhedsaftalen bør i højere grad inddrages.	1	Ja	Tilføjes i indledning: "Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer. Forslagene i denne akutplan flytter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis. "
88	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Implementering bør ske inden for rammerne af sundhedsaftalen og det organisatoriske set-up der knytter sig hertil.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Tages op i styregruppen på møde 7. februar 2022.
89	Sønderborg Kommune	Implementering	Implementering bør ske inden for rammerne af sundhedsaftalen og det organisatoriske set-up der knytter sig hertil.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Tages op i styregruppen på møde 7. februar 2022.
90	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Overordnet	Bekymring for om akutplanen er udgiftsdrivende for kommunerne. Henviser til modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Udgiftsdrivende opgaver kræver kommunal politisk godkendelse.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
91	Sønderborg Kommune	Overordnet	Nye eller overdragede opgaver kræver formelle aftalegrundlag og medfølgende midler. Det gælder særligt for nye opgaver som ligger ud over hvad sundhedsloven i dag angiver som kommunale.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
92	Tønder Kommune	Overordnet	Vigtigt at der i forbindelse med nye opgaver aftales tydelige rammer for de opgaver kommunerne overtager. Det er en væsentlig forudsætning for at økonomien følger med, og at der dermed er en klar aftale om finansiering.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
93	Varde Kommune	Visitation	Bekymret for øgede visitations- og koordineringsopgaver på patient/borgerforløbene i kommunerne. Stor opgave i både kommuner og region.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
94	Varde Kommune	Overordnet	Øget ressourcetræk til akutfunktion i kommunerne forudses. Kan blive behov for akutte indsatser fra hjemmepleje og socialpsykiatri.	6.1	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
95	Vejen Kommune	Overordnet	Bekymring om finansieringen af de nye indsatser, som foreslås i akutplanen.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
96	Kolding Kommune	Overordnet	Bekymring om øget ressourceforbrug forbindelse med kompetenceudvikling og udviklingsopgaver	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
97	Kolding Kommune	Overordnet	Bekymring om merudgifter ift. blandt andet sygeplejerskebemanding i akutsygeplejen og i socialpsykiatrien, på handicapområdet og til kompetenceudvikling.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
98	Kolding Kommune	Visitation	Samling af visitationsenheder på tværs af sektorer på samme lokation er en ny døgndækket opgave, hvor omfang, indhold og faglighed skal beskrives og estimeres. Vigtigt at overveje digitale løsninger. Samlokalisering stiller krav til blandt andet kompetencer.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
99	Kolding Kommune	Implementering	Øget ressourceforbrug forventes ift. nye digitale løsninger. Gør brug af allerede eksisterende platforme og systemer for at sikre sammenhæng og mest optimal udnyttelse.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.

100	Svendborg Kommune	Overordnet	Implementering forudsætter, at planen tilpasses de muligheder, rammer og ressourcer der er hos alle parter i samarbejdet.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
101	Ærø Kommune	Overordnet	De opgaver, der i akutplanen lægges op til fremadrettet skal løftes i et samarbejde med kommunerne vil være udgiftsdrivende og en belastning for kommunens økonomi.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
102	Kolding Kommune	Overordnet	Nye udgifter og opmærksomhedspunkter vedr. psykiatri ønskes afsøgt nærmere forud for en endelig beslutning om, hvordan kommunen kan indgå i et samarbejde omkring akutområdet.	9	Nej	Det fremgår under implementering, at opgaver, der forudsætter ny økonomi drøftes med kommunerne.
103	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Ift. implementering skal der tages hensyn til, at de 22 kommuner er forskellige og dermed har forskellig mulighed for at deltage i arbejdsgrupper.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
104	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Overordnet	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.	6.1	Nej	Visitation foretages efter sundhedsfaglig vurdering.
105	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Fokus på konsistens og samarbejdsaftaler, der er gældende for alle sygehuse i regionen. Tilstræbelse af ens samarbejdsaftaler på tværs af regioner vil være godt.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
106	Sønderborg Kommune	Overordnet	Det akutte sundhedsområde bør grundlæggende bør bygge på en lige adgang og et højt kvalitetsniveau for alle borgere uafhængigt af geografi og afstand til et akutsygehus.	6.1	Nej	Visitation foretages efter sundhedsfaglig vurdering.
107	Sønderborg Kommune	Overordnet	Udend over hvorfor der ikke i højere grad er en fælles national proces og koordinering for udviklingen af de akutte områder.	1	Nej	Regionsrådet har besluttet at få udarbejdet en regional akutplan. Kommunerne har haft 2 repræsentanter i styregruppen samt deltaget i arbejdsgrupper.
108	Vejen Kommune	Overordnet	Et tæt samarbejde med to akutsygehuse er påkrævet, der ønskes ensretning af arbejds gange på tværs af akutsygehuse.	2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Herunder i forbindelse med sundhedsklynger.
109	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Overordnet	Ville gerne have været inddraget tidligere, blandt andet mhp. styrkelse af ejerskab og udfoldelse af begrebet "akut".	1	Nej	Regionsrådet har besluttet at få udarbejdet en regional akutplan. Kommunerne har haft 2 repræsentanter i styregruppen samt deltaget i arbejdsgrupper.
110	Sønderborg Kommune	Overordnet	Forslaget til akutplan kunne have stået stærkere, hvis regionen i højere grad havde inddraget kommunerne i arbejdet med udarbejdelse af planen.	1	Nej	Regionsrådet har besluttet at få udarbejdet en regional akutplan. Kommunerne har haft 2 repræsentanter i styregruppen samt deltaget i arbejdsgrupper.
111	Varde Kommune	Overordnet	Udend over, at man ikke har involveret kommunerne i et ligeværdigt samarbejde om at udarbejde akutplanen.	1	Nej	Regionsrådet har besluttet at få udarbejdet en regional akutplan. Kommunerne har haft 2 repræsentanter i styregruppen samt deltaget i arbejdsgrupper.
112	Vejen Kommune	Overordnet	Kommunen ville gerne have været involveret mere i udarbejdelsen af planen.	1	Nej	Regionsrådet har besluttet at få udarbejdet en regional akutplan. Kommunerne har haft 2 repræsentanter i styregruppen samt deltaget i arbejdsgrupper.
113	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	I det videre arbejde med at udarbejde en plan for evt. konkrete indsatser: Vigtigt, at både by- og landkommuner er repræsenteret i arbejdet. Skal tages hensyn til kommunernes forskelligheder.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
114	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Væsentligt for kommunerne at alle relevante parter inddrages i det videre arbejde.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
115	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Opfordring til fælles prioritering af de tværsektorielle indsatser, så kommunerne enkeltvis har mulighed for at planlægge i forhold til økonomi og andre lokale udviklingsopgaver og prioriteringer.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Tages op i styregruppen på møde 7. februar 2022.
116	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Bør fremgå tydeligt, hvilke indsatser, der ønskes implementeret gennem et tværsektorielt samarbejde.	9	Nej	Fremgår af implementeringstabel i kapitel 9.
117	Kolding Kommune	Implementering	Opfordring til solid kommunal repræsentation i kommende arbejdsgrupper.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
118	Svendborg Kommune	Tværsektoriel	Vigtigt med tæt samarbejde omkring borgerne/patienterne. Vigtigt med individuel vurdering af personen og de ressourcer, der er hos den enkelte og dennes netværk.	6.1	Nej	Visitation foretages efter sundhedsfaglig vurdering.
119	Ærø Kommune	Implementering	Påpeger problematikker vedr. lokale forhold, herunder rekrutteringsudfordring og ønske om lokale akutfunktioner.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
120	Sønderborg Kommune	Implementering	Ønsker at blive inddraget ift. implementering.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
121	Vejen Kommune	Implementering	Ønsker at det tydeligt fremgår, hvilke indsatser der ønskes implementeret gennem et tværsektorielt samarbejde.	9	Nej	Fremgår af implementeringstabel i kapitel 9.
122	Svendborg Kommune	Tværsektoriel	Gerne dialog om yderligere mulighed for at udvikle og styrke lokale regionale sundhedstilbud.	7.3	Nej	Indgår ikke i akutplanen, men gerne dialog.
123	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Visitation	Akutte visitationsenheder: Skal indsatsen primært gå på at få skabt relationer mellem medarbejdere frem for at visitationsenhederne skal kende til alle kommunale tilbud? Husk på at kommunerne har visitationsretten.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering

124	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Visitation	Samlokalisering af visitationsenheder er ikke nødvendigvis en fordel for mindre kommuner og ø-kommuner. Ressourcemæssigt er det uhensigtsmæssigt at skulle være en del af flere visitationsenheder. Digitale løsninger vil være en mulighed.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
125	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Psykiatri	Kommunernes indsatser ift. borgere med psykiske lidelser er normalt ikke en del af den kommunale sygepleje, men en del af socialpsykiatrien. Brug for et øget fokus på samarbejde mellem lokalpsykiatri, socialpsykiatri og hjemmepleje/sygepleje. Væsentligt med fokus på, at de rette kompetencer er til stede hos personalet. Væsentligt at der mellem kommuner og region etableres de rette arbejdsange.	6.3	Ja	Tilføjes: "Mens der afventes nationale principper omkring visitation til psykiatriske akutmodtagelser igangsætter Region Syddanmark i tæt dialog med de 22 syddanske kommuner via PSOF en afdækning af, hvilke typer akutte kontakter, der håndteres i henholdsvis de psykiatriske akutmodtagelser og i kommunerne, herunder henvendelser af mere socialfaglig karakter."
126	Esbjerg Kommune	Tværsæktoriel	Ønske om at der tilføjes en indsats med henblik på at styrke samarbejdet med den kommunale socialpsykiatri.	6.3	Ja	Tilføjes: "Mens der afventes nationale principper omkring visitation til psykiatriske akutmodtagelser igangsætter Region Syddanmark i tæt dialog med de 22 syddanske kommuner via PSOF en afdækning af, hvilke typer akutte kontakter, der håndteres i henholdsvis de psykiatriske akutmodtagelser og i kommunerne, herunder henvendelser af mere socialfaglig karakter."
127	Sønderborg Kommune	Psykiatri	Afgørende at det psykiatriske akutområde har et væsentligt fokus fremadrettet.	2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
128	Sønderborg Kommune	Psykiatri	Vigtigt med fokus på, at de udgående akutindsatser på psykiatriområdet har en organisering, størrelse og stabilitet, så de giver værdi i en kommunal socialpsykiatrisk sammenhæng.	2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
129	Sønderborg Kommune	Psykiatri	Ved samarbejder eller sammenlægninger af somatiske og psykiatriske akutfunktioner findes det vigtigt, at de psykiatriske akuttilbud får tilstrækkelig faglig prioritering og faglig kvalitet direkte over for borgeren.	2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
130	Sønderborg Kommune	Psykiatri	Påpegnning af, at der i forhold til fremtidige akutindsatser på det psykiatriske område på nuværende tidspunkt pågår et nationalt arbejde og en national politisk proces med at udvikle en 10-års plan for psykiatrien.	2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
131	Tønder Kommune	Psykiatri	Positivt, at de somatiske og psykiatriske områder sidestilles i mange af de foreslåede indsatser. Det er afgørende med dette perspektiv, samt at borgere med flere komplekse diagnoser kommer ind omkring akutfunktionen. Eksempelvis multihandicappede, hvor der er behov for en højt specialiseret og samtidig tværfaglig viden for at kunne hjælpe borgeren videre i den rigtige retning.	2	Nej	Noteret
132	Tønder Kommune	Psykiatri	Påpegnning af, at der er forskelle kommunerne imellem i forhold til kommunale akutfunktioner. F.eks. har alle kommuner ikke et akuttilbud til borgere med psykiske lidelser.	2	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
133	Tønder Kommune	Psykiatri	Ønsker mere tydelighed omkring den psykosociale indsats, herunder hvilke funktioner man kan se overgå til kommunerne. Bekymring ift. om tilfælde, hvor somatikken er mest fremtrædende i forhold til psykiatriske patienter, der modtages i akutmodtagelsen opdages i screeningen?	6.4	Nej	Screeningsværktøj udvikles.
134	Varde Kommune	Tværsæktoriel	Udfordring ift. til den psykiatriske kompetence til brug ved vurdering og akutbehandling af borgere tilknyttet primærsygeplejen. Kræver tættere lokal koordinering mellem somatik og psykiatri i kommunen samt et andet set-up end det nuværende mhp. et akut psykiatrisk tilbud lokalt på tværs af servicelov og sundhedslove, socialpsykiatri og sygepleje. Nødvendigt at kunne trække på lægelig ekspertise udenfor den almindelige åbningstid. Stort udviklingsarbejde.	6.5	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
135	Vejen Kommune	Psykiatri	Forslag om at det endnu tydeligere fremgår, at akutplanen gælder for både det psykiatriske og det somatiske område. Forslag om at særligt ungdomspsykiatrien fremhæves og prioriteres i forhold til det akutte samarbejde.	6.5	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
136	Kolding Kommune	Struktur	Akutplanen lægger ikke op til en samlokalisering af den somatiske og psykiatriske akutmodtagelse omkring Lillebælt. Dette findes uhensigtsmæssigt. Ønskeligt, hvis regionen arbejder frem mod en sammenlægning af den somatiske og psykiatriske akutmodtagelse på alle regionens sygehuse. Ligeledes findes det uhensigtsmæssigt, at strukturen for den psykiatriske akutmodtagelse for børn og unge bibeholdes.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
137	Svendborg Kommune	Psykiatri	Vigtigt at sikre, at der også i Svendborg er adgang til akut psykiatrisk skadestuefunktion.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
138	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Psykiatri	Problematiske at afvente nationalt arbejde vedrørende fælles princip for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud. Der kan allerede nu tages initiativer til f.eks. at undgå svingdørspatienter på de psykiatriske skadestuer. Der kan uddannes fagligt kompetent personale til at tage hånd om psykoser med forbehold for nationale tilpasninger. Kommunale sygeplejersker står ofte med opgaven. Det er en meget ressourcekrævende opgave, som med fordel kan løses af regionale udkørende teams.	6.3	Ja	Tilføjes: "Mens der afventes nationale principper omkring visitation til psykiatriske akutmodtagelser igangsætter Region Syddanmark i tæt dialog med de 22 syddanske kommuner via PSOF en afdækning af, hvilke typer akutte kontakter, der håndteres i henholdsvis de psykiatriske akutmodtagelser og i kommunerne, herunder henvendelser af mere socialfaglig karakter."

139	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Overordnet	Samtænkning med psykiatriplanen og praksisplanen for almen praksis kan være en fordel på samme måde som der tages udgangspunkt i sundhedsaftalen samt eksisterende fælles aftaler.	1	Ja	Tilføjes i indledning: "Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer. Forslagene i denne akutplan flygter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis. "
140	Varde Kommune	Overordnet	Opfordring til at der henvises til psykiatriplanen og praksisplanen for almen praksis. Implementering ville lettes, hvis man sikrede en sammenhæng.	1	Ja	Tilføjes i indledning: "Akutplanen indeholder en række indsatser, der går på tværs af region, kommuner og almen praksis. Samarbejde herom sker inden for rammerne af den gældende tværsektorielle sundhedsaftale. Det er forventningen, at en kommende sundhedsreform vil understøtte indsatser, der går på tværs af sektorer. Forslagene i denne akutplan flygter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis. "
141	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Ønske om, at det i akutplanen beskrives yderligere, hvordan man påtænker at monitorere og evaluere indsatserne i akutplanen.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
142	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsektoriel	Ønske om, at samarbejde med almen praksis udfoldes i akutplanen. Væsentligt at almen praksis' rolle indtænkes i flere af indsatserne i akutplanen.	1	Nej	Forslagene i denne akutplan flygter i øvrigt med psykiatriplanen fra 2019 og praksisplanen for almen praksis.
143	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsektoriel	Fælles platforme og data: Vigtigt med dialog om dette, væsentligt først og fremmest at gøre brug af eksisterende platforme. Opbakning til at undersøge mulighederne for videreudvikling af SAM:BO	6.8	Ja	Justering af tekst, så etablering kan ske ved videreudvikling af eksisterende platforme.
144	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsektoriel	Digitale løsninger: De fælles visitationsenheder bør være udstyret med teknologisk udstyr ligesom konferencer kan foregå online.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
145	Varde Kommune	Tværsektoriel	OBS: har tidligere været træghed omkring muligheder for virtuel kommunikation.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
146	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Opgaver der overdrages og nye opgaver der ønskes oprettet skal forinden vurderes vha. modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Inden opgaver kan overdrages eller oprettes skal disse til politisk behandling i kommunerne.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
147	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Visitation	Vigtigt for kommunerne, at kommunale visitatorer inddrages i dialogen og samarbejdet, når en patient udskrives til et kommunalt tilbud.	6.0 - 6.4	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
148	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	En styrket visitation til et kommunalt tilbud som alternativ til en indlæggelse vil medføre behov for en øget kapacitet f.eks. på kommunale akutpladser.	6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
149	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Obs. på ligestilling, når det drejer sig om transport. Transport til og fra kommunale pladser er egenbetaling for borgerne. Når en borger skal transporteres til og fra sygehuset får borgeren i visse tilfælde betalt transporten.	6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
150	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Visitation	Bør drøfte de overordnede rammer for samarbejdet herunder tidsrammer for udskrivelse/overdragelse til kommunale tilbud. Kommunal visitation ikke er ens i de 22 kommuner. Fokus på muligheder for virtuelle visitationsmøder/udskrivelseskonferencer som supplement til fysiske visitationsenheder. Der er forskellige lokale behov.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
151	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Visitation	Kommunerne bakker op om arbejdet med kvalitetsstandarder for serviceniveauet og løbende evaluering af organisering og opgaveoverdragelse.	6.1	Nej	Implementering
152	Varde Kommune	Visitation	At FAM/PAM skal samarbejde med visitator i aftentimerne for at forebygge indlæggelser vil kræve, at kommunerne skal opskalere organisationen for at honorere dette visitationsarbejde.	6.1	Nej	Implementering
153	Vejen Kommune	Visitation	I stedet for at fokusere på overblik over kommunernes tilbud bør man fokusere på, at der skabes kontakt mellem de relevante medarbejdere på sygehuse og i kommunerne.	6.1	Nej	Implementering
154	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsektoriel	Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri: Kommunerne vil gerne repræsenteres i en fast samarbejdsstruktur mellem de fælles akutmodtagelser og de samarbejdende psykiatriske akutmodtagelser. Kan med fordel ske via videomøder og lignende. Ønske om ensartet struktur, især fra de kommuner der modtager borgere fra flere sygehuse. Obs. på at der er flere kommunale faggrupper, f.eks. visitation, træningsafdeling, hjælpemidler og den kommunale psykiatri der er relevante ift. deltagelse i konference. Fokus på setup som ikke kræver, at alle afdelinger i kommunerne er repræsenteret.	6.5	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.

155	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Visitation	Ønske om underbyggelse af påstande vedr. tekst om ældre borgere. Det bør fremhæves, at indlæggelse kan være relevant afhængigt af helbredstilstanden, ikke afhængigt af alder og forebyggelig indlæggelsesdiagnose.	6.6	Ja	Justering af tekst i afsnit 6.6: "Når man er svækket af sygdom, og måske er ældre, er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme."
156	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Opfordring til 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.	1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
157	Esbjerg Kommune	Visitation	Der kan være tilfælde, hvor en indlæggelse på trods af de konsekvenser den kan have for borgerne er nødvendig.	6.6	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning.
158	Vejen Kommune	Tværsæktoriel	Henleder opmærksomheden på at Sydvestjysk Sygehus i samarbejde med deres optagekommuner har igangsat et projekt, som netop har fokus på at forebygge (gen)indlæggelser. Projektet har et mål om at sætte de kommunale akutfunktioner endnu mere i spil.	6.6	Nej	Indgår i akutplanen.
159	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Katalog på tværs af sektorer - får kommuner og almen praksis adgang til dette?. Flere af oplysningerne er allerede tilgængelige på sundhed.dk, så man kan med fordel gøre brug af denne platform.	6.7	Nej	Udviklingsprojekt i akutplanen.
160	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Fælles viden om patienten: Vil være op til den enkelte kommune at vurdere, om det er muligt at ændre i de værktøjer, som de anvender. Vil være en fordel hvis kommunerne kan få "se adgang" til regionale data, da man således vil sikre mere tidstro datadeling.	6.7	Nej	Udviklingsprojekt i akutplanen.
161	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Konference mellem akutafdeling og kommunal akutteam/sygepleje bør lokalt kunne tilrettelægge den bedste samarbejdsstruktur for dette. Ikke sikkert at det pr. automatisk skal foregå dagligt. Væsentligt at se på, om kommuner der ikke har et akutteam kan inddrages på en lignende måde. Man kan med fordel ændre SAMB:O-aftalen og beskrive samarbejdet mellem kommune og FAM ved forløb under 48 timer.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
162	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale: Gør opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen har endnu ikke afsluttet sit arbejde med mulighederne for rammedelegation. En læge kan give en rammedelegation til en enkelt borger, ikke fra en læge til en kommunal sygeplejerske. Sygeplejerskerne har ikke mulighed for at have medicin med rundt til borgerne, medicinen skal være i borgerens hjem. Fokus på fælles forberedelse i god tid af, hvilken medicin der kan blive nødvendig inden for den nærmeste fremtid samt indkøb mv.	6.7	Nej	Rammedelegation bør ikke forveksles med ordination.
163	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokaletællesskab er muligvis ikke interessant for alle kommuner, især ikke dem, der er placeret længere væk fra akutmodtagelsen. Her kan digitale løsninger komme på tale.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
164	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Udbygning af standardiseret vidensdeling: God idé at undersøge, om eksisterende værktøjer kan udvikles eller direkte anvendes, f.eks. sygehusenes dialogværktøj ISBAR, som bruges som et mundtligt dialogværktøj, når arbejds gange for overleveringer skal sikres.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
165	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering: Indgår gerne i dialog om yderligere fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
166	Varde Kommune	Tværsæktoriel	Meget væsentligt at arbejde videre med SAM:BO – beskrivelse af dokumentation, vurderinger og plan – i forbindelse med borgerforløb under 48 timer. Dette for at sikre bedre udskrivelsesforløb og for at den videre behandling kan fortsætte i hjemmet og genindlæggelse forebygges.	1	Nej	Indgår i akutplanen.
167	Vejen Kommune	Implementering	Bekymring om de indsatser, hvor der på nuværende tidspunkt ikke er lov hjemmel til at igangsætte indsatserne, eks. rammedelegation som ikke går på et cpr. nr. Forslag om at det tydeligt fremgår af akutplanen, hvilke indsatser der endnu ikke er lov hjemmel til at gennemføre.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering. Fremgår også i akutplanen.
168	Vejen Kommune	Tværsæktoriel	Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam/sygepleje: Udfordring ift. at kommunen er placeret midt imellem Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg og Sygehus Lillebælt i Kolding/Vejle. En konference som denne vil også være relevant for øvrige medarbejdere fra Visitationen, Træningsafdelingen, Hjælpe midler og den kommunale psykiatri.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
169	Vejen Kommune	Tværsæktoriel	Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale: En læge kan give en rammedelegation til en enkelt borger. Eks. så sygeplejersken kan måle et blodsukker eller give borgeren panodil efter behov. Der kan ikke gives en rammedelegation fra en læge og til sygeplejerskerne på en opgave, som ikke er ordineret konkret på et cpr. nr. Skal sygeplejersken give medicin, skal medicinen være i borgerens hjem. Arbejds gangene om rammedelegation kan blive endnu tydeligere, end de er nu. Et eksempel er aftaler om, at en rammedelegation kan gives telefonisk. Et andet eksempel er arbejds gangene for hvordan man på tværs af sektorer i god tid får aftalt hvilke rammedelegationer, der kan blive relevante.	6.7	Nej	Rammedelegation bør ikke forveksles med ordination.

170	Vejen Kommune	Tværsæktoriel	Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokalefællesskab: Ønske om at få oprettet en delt stilling omkring lungemedicin. Fremskudte funktioner og lokalefællesskaber kan med fordel flyttes ud i de kommunale sundhedshuse og -centre. Ønske om en større grad af vidensdeling af den specialiserede viden, som sygehusene har. Ønske om adgang til sygehusenes retningslinjer og vejledninger.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
171	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation: Bør være opmærksomhed på, at meget af den data som på nuværende tidspunkt er tilgængelig i kommunerne opgøres forskelligt. Opfordring til opmærksomhed på de økonomiske ressourcer det vil kræve at etablere denne platform. Bør undersøges, hvad GDPR tillader mht. deling af data på tværs af sektorer, inden man igangsætter arbejdet.	6.8	Nej	Indgår i akutplanen. Opmærksomhedspunkt ved implementering.
172	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb: Bakker op om, at mulighederne for en videreudvikling af SAM:BO undersøges. Væsentligt at de nærmere overordnede rammer og muligheder drøftes mellem regionen og kommunerne, så det bliver tydeligere for kommunerne hvad dette vil medføre af eventuelle udgifter og ændrede arbejds gange. Der er flere steder, det kunne være relevant at udbygge i stedet for at opfinde.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
173	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	Positive ift. forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser, der er dog behov for yderligere uddybning af, hvad rammerne for afdækningen er, og hvilken rolle kommunerne får i dette arbejde.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
174	Vejen Kommune	Tværsæktoriel	Kommunerne har sjældent adgang til de ønskede sundhedsdata om borgere, som vi kunne ønske. Positivt med fokus på dette.	6.8	Nej	Udviklingsprojekt i akutplanen.
175	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Tværsæktoriel	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.	7.3	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
176	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Lægevagt/sygehus	Modernisering af lægevagts faciliteter og diagnostiske udstyr: Vigtigt for kommunerne, at der lægges vægt på, at der i alle lægevagtskonsultationer i regionen er samme bemanning til rådighed og samme standarder for stederne. Dette opleves som en udfordring i dag. Derudover skal mulighederne for lægevagtstider lokalt i kommunerne fastholdes, så man ikke skal køre til et sygehus.	7.4	Nej	Der moderniseres til en minimumsstandard, men ikke med samme serviceniveau eller bemanning.
177	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Lægevagt/sygehus	Positivt at der er fokus på, at kommunikationen mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger på sigt vil kunne finde sted via video. Denne mulighed kunne med fordel etableres på døgnbasis og understøtte muligheder for tidlig opsporing og iværksættelse af behandling for at forebygge indlæggelser.	7.3	Nej	Akutplanen står ikke i vejen herfor.
178	Fælleskommunalt sundhedssekretariat Syddanmark	Implementering	Opmærksomhed på at Følgegruppen for behandling og pleje i forvejen har en stor opgaveportefølje. 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 forvejen er kommunerne udfordret på at trække ressourcer ind i stående arbejdsgrupper under følgegrupperne.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
179	Varde Kommune	Implementering	Bekymring om at Følgegruppen for behandling og pleje i forvejen har en lang opgaveportefølje med de opgaver, der iværksættes i regi af sundhedsaftalen. Hvordan kan gruppen kan understøttes og udvides?	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
180	Esbjerg Kommune	Tværsæktoriel	Opmærksomheden henledes på det fælles akutteam der er etableret mellem kommunen og den fælles akutmodtagelse på Sydvestjysk Sygehus. Erfaringer herfra bør høstes.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
181	Varde Kommune	Tværsæktoriel	Flere forløb i eget hjem bør understøttes af en tæt lægefaglig dækning i borgers eget hjem i samarbejde med akutfunktionen. Dette kræver opbakning fra praksislægerne og tæt opfølgning og dialog med de praktiserende læger.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
182	Vejen Kommune	Implementering	Flere af de beskrevne indsatser i akutplanen bygger videre på tiltag, som allerede så småt er ved at blive startet op. Det er vigtigt at se på de erfaringer, som allerede er gjort på nuværende tidspunkt, inden der igangsættes udviklingsarbejde.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
183	Sønderborg Kommune	Struktur	Har fokus på specialsygehusenes opgaver og funktion i forhold til det akutte område, herunder videreudvikling og sikring af de medicinske akutpladser, ligesom der er opmærksomhed omkring skadesteder mm. Godt at der skal udarbejdes visitationsretningslinjer.	6.2	Nej	Udover visitationsretningslinjer indgår problemstillingen ikke i akutplanen.
184	Tønder Kommune	Struktur	Præhospitalt beredskab: Særligt vigtigt med en indsats, der også tager højde for de geografiske områder med lange afstande til akutmodtagelser. Redningshelikopteren fra Niebüll i Tyskland er en vigtig del af akutplanen. Fortsat behov for en akutbil i det nordvestlige hjørne af Tønder Kommune.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
185	Svendborg Kommune	Struktur	Opmærksomhed på fastholdelse af adgang til akutte behandlingstilbud.	7.4	Nej	Strukturen indgår ikke i akutplanen
186	Ærø Kommune	Tværsæktoriel	Oplever udfordringer med at rekruttere og fastholde uddannet/autoriseret sundhedspersonale. Derfor bekymring ift. at akutfunktionerne kommunen får tildelt flere specialstopgaver i akutfunktionen uden at der følger økonomi med.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.

187	Ærø Kommune	Struktur	Centralt at der er et sygehus på øen. Ønsker drøftelser med regionen om, hvordan den fremtidige akutte indsats kan organiseres for borgere på herunder om der kan etableres flere akutfunktioner på Ærø Sygehus.	2	Nej	Struktur indgår ikke i akutplanen.
188	Vejen Kommune	Organisering sygehus	Forslag om at der når en borger indlægges akut tilknyttes en fast kontaktperson.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
189	Esbjerg Kommune	Overordnet	Ønsker at der ved lignende opgaver fremadrettet er større kommunal og patient/borger involvering.	9	Nej	Regionsrådet har besluttet at få udarbejdet en regional akutplan. Kommunerne har haft 2 repræsentanter i styregruppen samt deltaget i arbejdsgrupper.
190	PLO Syddanmark	Lægevagt/sygehus	4 lægevagtskonsultationer i Region Syddanmark: Faglighed og SST-anbefalinger.	7.4	Nej	Struktur indgår ikke i akutplanen.
191	PLO Syddanmark	Lægevagt/sygehus	Akutknapp ved dårlig patient.	7.2	Nej	Indgår ikke i akutplanen. Eventuelt implementering, eller normalsystem.
192	PLO Syddanmark	Tværsæktoriel	Kommuner- Inddrage sygeplejekompetencer og akutfunktion: Før kontakt til anden visitation, Akutteam i alle kommuner, Lokalaftaler i vagttid vedr. hjemmebesøg, Flere opgaver i hjemmet – brug for flere læger og økonomi.	7.3	Nej	Er til dels indeholdt i implementering.
193	PLO Syddanmark	Tværsæktoriel	Pt. sikkerhed bedst, når paramedicinere går via ambulancelæge: Tydeliggøre reference for paramedicinere (til ambulancelæge), Kommunal akutsygeplejerske bør referere til prakt. læge. Manglende kliniske færdigheder hos paramedicinere.	7.3	Ja	Det er tilføjet, at det behandlingsmæssige ansvar for patienten beskrives nærmere i samarbejde med de relevante parter.
194	PLO Syddanmark	Tværsæktoriel	Nye lokalaftaler til støtte for tværsæktorielt samarbejde: Honorering af mere spec. udredning og behandling i almen praksis, Lokalaftale vedr. anskaffelse af EKG-app. i almen praksis.	8	Nej	Er til dels indeholdt i implementering.
195	PLO Syddanmark	Lægevagt/sygehus	Lægevagten som navn bør bevares.	7	Nej	Indgår ikke i akutplanen
196	PLO Syddanmark	Lægevagt/sygehus	Lokalaftale vedr. vagtlæge i vagtcentral.	7.1	Nej	Implementering
197	Regionsældrerådet i Syddanmark	Tværsæktoriel	Udskrivning gnidningsfri, ingen efterlades i ingenmandsland.	6.7	Nej	Ligger i SAM:BO-aftale.
198	Regionsældrerådet i Syddanmark	Tværsæktoriel	Tydelig kompetence og ansvar på tværs af sektorer	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
199	Regionsældrerådet i Syddanmark	Lægevagt/sygehus	Lægevægt skal være i øjenhøjde med borgere.	7	Nej	Implementering
200	Regionsældrerådet i Syddanmark	Tværsæktoriel	Der bør oprettes fælles hjælpemiddeldepoter.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen, men akutplanen står ikke i vejen herfor.
201	Regionsældrerådet i Syddanmark	Tværsæktoriel	Genoptræningsprogrammer og faciliteter bør være fælles, herunder af hensyn til at forebygge genindlæggelser.	2	Nej	Akutplanen står ikke i vejen herfor.
202	Regionsældrerådet i Syddanmark	Tværsæktoriel	Forslag om fælles ældre-akutteam fra geriatri, praksis og kommunal sygepleje. Fælles akutpladser og fælles ledelse.	2	Nej	Akutplanen står ikke i vejen herfor.
203	Regionsældrerådet i Syddanmark	Overordnet	Ambitiøs og vidtrækkende plan.	9	Nej	Noteret
204	Bedre Psykiatri/Sundhedsbrugerrådet	Tværsæktoriel	Paramedicinere bør generelt løftes til et højere kompetenceniveau: Ift. vurdering af behov for indlæggelse, i samarbejde med læge., ift. at undgå tvangsindlæggelse i psykiatrien, stabiliserende.	7.1	Nej	Håndteres i driften, men også opmærksomhedspunkt ved implementering.
205	Bedre Psykiatri/Sundhedsbrugerrådet	Tværsæktoriel	Samarbejde mellem sektorer bør styrkes: Bedre kommunikation ved udskrivning fra sygehus til hjemkommune. SOSU + pårørende bør inddrages mere.	6.7	Nej	Ligger i SAM:BO-aftale.
206	Ællderådet i Odense Kommune	Overordnet	Omfangsrig plan. Gerne mere konkrete tiltag og overblik.	9	Nej	Implementering
207	Ællderådet i Odense Kommune	Overordnet	OBS på fælles begrebsramme og terminologi.	9	Nej	Implementering
208	Ællderådet i Odense Kommune	Struktur	Akutpladser og akutteams i kommuner bør styrkes.	2	Nej	Spørgsmålet om kapacitet i kommunerne indgår ikke i akutplanen.
209	Ællderådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	Tæt relation mellem region og kommuner om akutpladser/teams.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
210	Ællderådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	Gerne delestillinger mellem region og kommuner for faglighed.	6.7	Nej	Akutplanen står ikke i vejen herfor.
211	Ællderådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	OBS på selvbetaling ved nogle akutpladser.	6.6	Nej	Selvbetaling er et opmærksomhedspunkt, både i forhold til mad, tøjvask og transport.

212	Ældrerådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	Kompetenceløft via samarbejde på tværs.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
213	Ældrerådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	Fælles sprog på tværs.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
214	Ældrerådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	Vigtigt med klart ansvar og økonomi, også ifm. rammedelegation.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
215	Ældrerådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	OBS på pt. med stigende plejebehov – kompetent personale.	6.7	Nej	Håndteres i driften
216	Ældrerådet i Odense Kommune	Tværsæktoriel	Styrke samarbejde om palliation, herunder flere aflastningspladser.	6.7	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
217	Danske seniorer	Andet	Savner fokus på medicin: Foreslår, at medicinering bliver et selvstændigt indsatsområde i akutplanen, Foreslår mulighed for at inddrage farmaceuter og farmakonomer i akutmodtagelser og på akutområdet.	6.7	Nej	Indgår ikke i akutplanen
218	Danske seniorer	Tværsæktoriel	Samarbejde på tværs af sektorer: OBS på manglende adgang til relevant information om borger, Ønske om at arbejde for at data følger borgeren.	6.8	Nej	Indgår i akutplanen.
219	Danske seniorer	Tværsæktoriel	Forebygge indlæggelser: Gode takter. Gerne større fokus på adgang til egen læge, vagtlæge eller hospital fra hjemmepleje og plejehjem. Hurtig udbygge visitationsenheder til døgnbemanning. Adgang til specialistrådgivning fra hjemmesygeplejen.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
220	Danske seniorer	Tværsæktoriel	Tryghed for ældre: Telemedicin og videokons. er godt, men kun mulighed, Algoritmer er godt, men fagligt skøn vigtigst, Vigtigt med personlig relation med borger.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
221	Danske seniorer	Tværsæktoriel	Positivt med samarbejder mellem sygehus og kommunale akuttilbud: Rammedelegation afgørende, Kommuner skal sikre højt kvalificeret døgnåben akutsygepleje.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
222	Danske seniorer	Lægevagt/sygehus	Positivt med bevarelse af mange lægevagtskonsultationer.	7.4	Nej	Konstatering
223	Danske seniorer	Tværsæktoriel	OBS på god kommunikation, ikke kun digitalt.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
224	Nyreforeningen	Organisering sygehus	Patienter med transplanteret nyre eller i dialyse bør henvises til specialafdeling.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
225	Nyreforeningen	Visitation	Sikre korrekt visitation af nyrept. ved opkald til 112.	6.1	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning.
226	Nyreforeningen	Tværsæktoriel	Sikre koordineret indsats mellem specialer og kommunale tilbud for multisyge pt.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
227	Nyreforeningen	Tværsæktoriel	Inddragelse af borger ved daglig konference.	6.7	Nej	Mulighed indgår i eksisterende forslag.
228	Nyreforeningen	Tværsæktoriel	Sikre patientperspektiv i fælles kompetenceudvikling.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
229	Nyreforeningen	Andet	Dokumentation af patientoplevelser.	6.7	Nej	Indgår ikke i akutplanen
230	Nyreforeningen	Tværsæktoriel	Sammenhæng til sundhedsklynger – undgå forværring.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
231	Nyreforeningen	Implementering	Inddragelse af patientorganisationer ifm. implementering, evt. i styregruppen.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
232	Nyreforeningen	Organisering sygehus	Visitation til specialsygehus forudsætter aftaler mellem afdelinger.	6.2	Nej	Indgår allerede i akutplanen.
233	Frivillige organisationer i Udsatterådet i Region Syddanmark	Overordnet	Savner civilsamfundet i akutplanen, forstået som organisationer, hvor sårbare og udsatte mennesker befinder sig. Anmoder om, at civilsamfundet indskrives i akutplanen.	6.7	Nej	Indsætter ved frivillige er nævnt under indsats 5 samt i forbindelse med hjerteløberordning.
234	Rådet for socialt udsatte, Svendborg Kommune	Struktur	Ved nedlæggelse af FAM i Svendborg og kun en lægevagtskonsultation på Fyn (Udsatterådets opfattelse) kan få konsekvenser for udsatte, borgere med handicap, psykiske udfordringer, misbrug mv.	7.4	Nej	Akutplanens indsætter retter sig mod at skabe sammenhæng og lighed i den akutte indsætter, uanset struktur. Struktur indgår ikke i akutplanen.
235	Rådet for socialt udsatte, Svendborg Kommune	Andet	OBS på visse borgers manglende kompetence ved ny teknologi.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
236	Rådet for socialt udsatte, Svendborg Kommune	Struktur	Akutplanen går imod borgernære sundhedstilbud.	2	Nej	Hensigten med akutplanen er bl.a. at binde det lokale og borgernære bedre sammen med de specialiserede tilbud.
237	Rådet for socialt udsatte, Svendborg Kommune	Overordnet	Akutplan vil medføre fortsat stor ulighed i behandlingstilbud.	6	Nej	Akutplanen søger at skabe mere sammenhæng mellem sundhedsfaglige tilbud. Det er intentionen, at det skal understøtte lighed i sundhedsvæsenet.

238	Rådet for socialt udsatte, Svendborg Kommune	Struktur	Akutfunktion og lægevagt i Svendborg bør bevares.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
239	Lægeforeningen Syddanmark	Andet	Praktiserende speciallæge fremgår ikke i akutplanen	2.1	Ja	Mulighed for direkte akut kontakt til praktiserende øjenlæge eller praktiserende øre-, næse-, halslægelæge tilføjes i kapitel 2.
240	Lægeforeningen Syddanmark	Struktur	OBS på SST-anbefalinger: Klare retningslinjer og tydelig kommunikation for beh.ansvar, Den rigtige lægelige specialist i den rigtige funktion, Akut tilbud i nærmiljø på ikke gå ud over faglig kvalitet, Sønderborg Sygehus: 4 intensivpladser (bør være 6), Anæstesiologiske speciallæger i akutlægebiler, Lægevagtskonsultationer kun ved akutsygehuse, Ulighed grundet geografi, organisering og samlokation, Brug af videokonsultation.	2 og 3	Nej	Der er opmærksomhed om anbefalinger fra SST.
241	Lægeforeningen Syddanmark	Tværsætoriel	Styrket deling af data og journaloplysninger.	6.8	Nej	Udviklingsprojekt i akutplanen.
242	Lægeforeningen Syddanmark	Tværsætoriel	Data fra Praktiserende speciallæger inddrages, herunder i LPR og sundhedsjournalen.	6.8	Nej	Overvejelse til tilknytning til udviklingsprojekt i akutplane.
243	Lægeforeningen Syddanmark	Visitation	Henvisningsret til sygehus fortsat hos læge, trods visitationsenhed.	6.1	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning. Visitationsret ligger fortsat hos læge.
244	Lægeforeningen Syddanmark	Andet	OBS Praktiserende ØNH-læger og øjenlæger modtager pt. akut.	2.1	Ja	Mulighed for direkte akut kontakt til praktiserende øjenlæge eller praktiserende øre-, næse-, halslægelæge tilføjes i kapitel 2.
245	Lægeforeningen Syddanmark	Visitation	Visitation til specialsygehus vanskelig pga. forskellig profil.	6.1	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning.
246	Lægeforeningen Syddanmark	Psykiatri	Anerkender fortsat uvisiteret adgang til PAM	6.3	Nej	Indgår i akutplanen.
247	Lægeforeningen Syddanmark	Tværsætoriel	Har paramedicinere kompetencer til at indgå i forebyg. indlæggelser?	7.1	Nej	Håndteres i driften
248	Lægeforeningen Syddanmark	Tværsætoriel	Behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om lægeligt behandlingsansvar: Paramedicinere indgår præhospitalt (anæstesi-læger), Forsøg med integration af lægevagt og sygehus – behov for afklaring af ansvar for patient.	7.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
249	Lægeforeningen Syddanmark	Tværsætoriel	Rammedelegation: Akut sygepleje refererer primært til prakt. læge, Kun ved opfølgning på diagnosticeret sygdom i stabilt forløb.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
250	Lægeforeningen Syddanmark	Organisering sygehus	Kardiologisk speciallæge til stede i akutaftdelinger samt ved tolkning, vejledning og visitation ifm. EKG.	8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
251	Lægeforeningen Syddanmark	Andet	Prakt. speciallæge også give faglig rådgivning til almenlæge.	7.3	Nej	Akutplanen indeholder ikke forslag til ændring af samarbejdet mellem alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge
252	Lægeforeningen Syddanmark	Psykiatri	Hurtig vurdering i psykiatrisk speciallægepraksis.	2	Nej	Vurderes at mindre akut.
253	Dansk Sygeplejeråd	Implementering	Behov for fokus på: Den ældre medicinske patient, den psykiatriske patient og forløb med kroniske sygdomme.	6.7	Nej	Indgår i akutplanen.
254	Dansk Sygeplejeråd	Tværsætoriel	Bekymring for om der i tilstrækkeligt omfang kan forebygges indlæggelser set i sammenhæng med reduceret sengekapacitet og behov for kvalitet i kommunale tilbud.	6.6	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
255	Dansk Sygeplejeråd	Rekruttering og kompetencer	Forudsætning, at der er tilstrækkeligt med sygeplejersker og uddannet sundhedspersonale: Kompetencer og faglighed afgørende, Fokus på fastholdelse og rekruttering, Mangel på arbejdskraft – herunder sygeplejersker, Arbejdsvilkår skal muliggøre at kompetencer udfoldes, Opruste kompetencer, herunder specialuddannelse sygepleje, Også opruste i kommuner – akut sygepleje, Højt arbejdspress i FAM – flere normeringer, Gerne større grad af selvstændighed også hos sygeplejersker, Rotation ml akutsygehus og specialsygehus belaster arbejdsmiljø.	9	Nej	Drift
256	Dansk Sygeplejeråd	Psykiatri	Mulighed for at booke subakutte tider inden for psykiatrien kan påvirke effektivitet.	6.1	Nej	Det fremgår at subakutte tider inden for psykiatrien bookes i dialog med den regionale psykiatri.
257	Dansk Sygeplejeråd	Tværsætoriel	Deling af journaloplysninger er vigtigt for vellykket samarbejde på tværs.	6.8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
258	Dansk Sygeplejeråd	Tværsætoriel	Udfordringer på tværs af sektorer. Behov for tryghed for ansatte.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
259	Dansk Sygeplejeråd	Lægevagt/sygehus	Gerne præcision af sygeplejerskernes rolle samarbejde med lægevagt.	7.2	Nej	Implementering
260	Dansk Sygeplejeråd	Implementering	OBS på arbejdsmiljø, arbejdspress og arbejdsmængde ved implementering.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.

261	Ergoterapeutforeningen	Implementering	Mangler beskrivelse for den tværfaglige indsats: I den akutte fase, Rehabilitering og recovery, Brug af ergoterapeutiske kernekompetencer.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
262	Ergoterapeutforeningen	Implementering	Fokus på patientens hverdagsliv i den akutte fase og efter: Gerne benytte ergoterapeut-kompetencer.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
263	Ergoterapeutforeningen	Implementering	Fokus på gode forløb, herunder sektorovergange.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
264	Ergoterapeutforeningen	Implementering	Udnyt flere faggruppers kernekompetencer, bl.a. ergoterapeuter.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
265	FOA	Implementering	Kort tid til indfrielse.	9	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering.
266	FOA	Implementering	Øget samarbejde mellem sygehuse og kommuner vigtigt.	9	Nej	Indgår som en bærende intention for akutplanen.
267	FOA	Psykiatri	Enig i fortsat uvisiteret adgang til PAM.	6.3	Nej	Indgår i akutplanen.
268	FOA	Tværsæktoriel	Forebyggelse af indlæggelser kræver flere akutstuer i kommuner med kvalificeret personale.	6.6	Nej	Ligger i den kommunale drift.
269	FOA	Rekruttering og kompetencer	Behov for uddannelse af paramedicinere: Inddrage FOA i udvikling og planlægning af uddannelse	7.1	Nej	Drift
270	FOA	Tværsæktoriel	Adgang til oplysninger om patientens medicin.	6.8	Nej	Udviklingsprojekt i akutplanen.
271	FOA	Lægevagt/sygehus	SOSU-ass. vil også kunne fungere som supervisor for ressourcessvage familier.	7.2	Nej	Implementering
272	FOA	Tværsæktoriel	Paramedicinere indgå ved EKG i eget hjem.	8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
273	Dansk Socialrådgiverforening	Struktur	FAM og PAM bør være på samme matrikel af hensyn til koordination og lighed i sundhed.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
274	Dansk Socialrådgiverforening	Rekruttering og kompetencer	Socialrådgiveres faglighed og rolle er ikke nævnt i akutplanen. Bør indskrives, herunder i visitationsenhederne.	6.1	Nej	Implementering og drift
275	Dansk Socialrådgiverforening	Psykiatri	Forslag om ret til socialfaglig screening i psykiatrien: Forslag indsendt til finanslov (56 mio. kr. nationalt), Sikre opfølgende socialfaglig brobygning til øvrige sektorer, Døgn- og ambulantbehandling på sygehus og beh. i psykiatri.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
276	Socialpædagogerne	Psykiatri	Gerne mere fokus på den psykiatrisk sårbare patient, når denne bliver akut somatisk syg og indlægges på FAM: Behov for målrettet indsats på lige fod med andre patientgrupper, Her vil de socialpædagogiske fagligheder og kompetencer kunne komme i spil. Brug af socialfaglig tryghedsskabende tilgang kan aflaste personale og sikre at patienten er tryk og forbliver i FAM.	6.4	Nej	Indgår i akutplanen. Drift.
277	HK Kommunal	Rekruttering og kompetencer	Tænke lægesekretærer ind i forhold til: Data i den akutte situation, Tovholderrolle ved udskrivelse, Overblik og støtte til sygeplejeske i akutte visitationsenheder, Indlæggelse og overflytning til specialsygehus, Tværfaglige teams og relationel koordinering, Styrket brug af data på tværs, Afdækning af forskning, Støtte til booking af sub-akutte tider, Generelt.	9	Nej	Implementering og drift
278	Dansk Kiropraktor Forening	Andet	Borgere med akut opståede muskel-skelet-smerter kan rette henvendelse direkte til kiropraktor uden henvisning fra læge.	2.1	Ja	Mulighed for direkte akut kontakt til kiropraktor tilføjes i kapitel 2.
279	Dansk Kiropraktor Forening	Andet	Kiropraktortvagten kan beskrives uddybende.	2.1	Nej	Fremgår af note 2 i kapitel 2.
280	Dansk Kiropraktor Forening	Tværsæktoriel	Opfordrer til at se tværsæktorielt samarbejde bredere og herunder indtænke kiropraktorer.	6.7	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering
281	Fagbevægelsens Hovedorganisation	Rekruttering og kompetencer	For realisering er det afgørende: At have medarbejdere med kompetencer og evne til at indgå i opgaveløsning, At have fokus på rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, Med samspil særligt mellem det kommunale og private område, bl.a. via tydelige politiske og økonomiske incitamenter i snitflader mellem organisationer, herunder tydelig ledelse i overgangen.	9	Nej	Implementering og drift
282	Fagbevægelsens Hovedorganisation	Organisering sygehus	Rotation af personale mellem akutsygehus og specialsygehus kan belaste arbejdsmiljø.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
283	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Struktur	Grundlag for nuværende akutstruktur er 14 år gammel: Demografi, flow, patientsammensætning og kommuner.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
284	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Organisering sygehus	Patienter med åben indlæggelse eller kræft skal ind i stafdeling.	6.1	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift

285	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Andet	Mange unødvendige kørsler præhospitalt.	7.1	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
286	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Andet	Misbrug af 112 og ambulancer.	7.1	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
287	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Struktur	Lukning af akutfunktion i Svendborg.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
288	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Tværsæktoriel	Behov for fælles adgang til it-system med patient- og journaloplysninger.	6.8	Nej	Udviklingsprojekt i akutplanen.
289	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Rekruttering og kompetencer	Er der tilstrækkeligt med medarbejdere i plejesektoren til at klare behandling i hjemmet.	9	Nej	Drift
290	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Visitation	Bedre kommunikation om borgerens eget ønske ift. indlæggelse.	6.1	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning.
291	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Visitation	Visitationsenheder: Præhospitalet skal følge visitationen, OBS på større arrangementer, koncerter mv.	6.1	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning.
292	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Struktur	Fremtidige optageområder for Odense og Svendborg?	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
293	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Tværsæktoriel	Presse på PLO, så egen læge behandler i eget hjem.	6.1	Nej	Omfattet af lokalaftaler
294	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Tværsæktoriel	Prioritere paramedicinere i samarbejde om beh. i eget hjem.	7.1	Nej	Indgår i akutplanen.
295	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Visitation	Læge i vagtcentralen bør være fast krav for korrekt visitation.	6.1	Nej	Individuel sundhedsfaglig vurdering vil ligge til grund for henvisning.
296	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Lægevagt/sygehus	Akutsygeplejerske som supplement til vagtlæge i eget hjem.	7.3	Nej	Indgår allerede i akutplanen.
297	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Organisering sygehus	Akutte hjerteforløb: Kardiologisk akutmodtagelse (KARMA) i FAM. Herefter eventuelt videre til stamafdeling, Alt akut samles et sted.	8	Nej	Opmærksomhedspunkt ved implementering og drift
298	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Struktur	Bemærkninger til SST's anbefalinger: Befolkningsunderlag for Svendborg lig Odense, Kan intensivfunktion i Svendborg opretholdes på niveau 2 uden en akutfunktion?	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.
299	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Lægevagt/sygehus	Lægevagt/vagtlæge-betegnelse bør fastholdes.	7	Nej	Indgår ikke i akutplanen
300	Dansk Folkeparti i regionsrådet	Struktur	Fremtid for FAM Svendborg og Svendborg Sygehus.	2	Nej	Indgår ikke i akutplanen.



Sundhedsstrategisk forum – 3. november 2021

Aftale om budget 2022 for Region Syddanmark



Sundhedsområdet - somatik

Driftsmidler der understøtter implementering af fødeplanen "En god start på livet":

- Styrkelse af første jordemoderkonsultation (+ 20 min)
- Individuel fødselssamtale (+ 20 min)
- Kendt Jordemoderordning (understøtte at flere oplevet kendthed i graviditet + fødsel)
- Minimere antallet af udskudte igangsættelser
- Uddannelse af i alt 17 føtalmedicinere og sonografer
- Partnerskabsaftale med Mødrehjælpen

**I alt 8,1 mio. kr. årligt i 2022 stigende til 14,1 mio. kr. årligt fra 2024
Derudover i alt 6 mio. kr. til implementeringskraft på
sygehusene**

Fødeområdet - fortsat

Anlægsmidler til fødselsområdet:

- 15,4 mio. kr. til etablering af 38 sansefødestuer
- 65 mio. kr. til ny fødeafdeling + familieafsnit på Sygehus Lillebælt

Derudover:

- Etablering af privat fødeklinik i tilknytning til Sygehus Lillebælt
- In-house fødeklinik på Nyt OUH
- Fremadrettet aktivitetsafregning på fødeområdet og løft af normering på Sygehus Lillebælt og OUH (3 mio.kr. årligt)

Sundhedsområdet - somatik

- Implementering af Akutplanen (6,6 mio. kr i 2022 stigende til 18,6 mio. kr. fra 2025) Sker blandt andet gennem Følgegruppen for behandling og pleje.
- Styrket indsats for hjertepatienter (3,75 mio. kr. årligt) (flere skal opdages tidligere og der skal skabes nærhed til behandlingstilbuddene)
- Etablering af satellitpraksis på speciallægeområdet
- Videre drift af Svalegangen – et omsorgscenter for hjemløse samt udvidelse af kapacitet

4

Sundhedsområdet - psykiatrien

- Binge Eating Disorder (3 mio. kr. til finansiering af eksisterende behandlingsaktiviteter i afklaringsfasen)
- Spiseforstyrrelser (der gennemføres en analyse af spiseforstyrrelsesområdet, der kan danne grundlag for arbejdet på området)
- Telepsykiatrisk center (2,5 mio. kr. årligt til tilpasning af eksisterende digitale voksentilbud, så de passer til unge)
- En socialsygeplejerske i Svendborg og i Aabenraa (udvidelse af de eksisterende to i Esbjerg og Vejle)

5

Sundhedsområdet – psykiatrien (fortsat)

- Borgere med dobbeltdiagnoser (Projekter igangsat med udvalgte kommuner vedr. afprøvning og udvikling af samarbejde til forebyggelse af kriminalitet blandt borgere med psykisk lidelse og et samtidigt misbrug er under evaluering)

Der afsættes 4 mio. til permanent udmøntning af projekterne

Borgerinddragelse

Aftaleparterne ønsker, at borgerinddragelsen i Region Syddanmark styrkes yderligere og inddragelsen skal tænkes ind i de politiske beslutninger i de kommende år med henblik på:

- Dialog for at opnå indsigt
- Idegenerering for at øge handlerum
- Samskabelse for at øge erfaringer og kvalitet i konkrete løsninger

Der ansættes en projektleder i 2 år.

I forhold til arbejdet med nærhospitaler og specialiserede sundhedshuse, vil vi meget gerne invitere jer kommuner med i processen – det er jo jer, der har berøring med borgerne



Høringssvar til akutplan

Region Syddanmark

Sundhedsstrategisk Forum hhv. DAK

3. november 2021



Høring og generelle bemærkninger

- Høringsperiode 6. maj – 30. august 2021
- 41 høringssvar med 300 bemærkninger

Generelt

- Spændende og visionær plan
- Ambitiøs plan, der kan nødvendiggøre prioritering
- Planen flugter med SST's akutanbefalinger.
- Positivt med fokus på sammenhæng på tværs, og fleksibel udnyttelse af ressourcer og kompetencer.
- Forslag i tråd med igangværende arbejde
- God ramme for det kommende arbejde

Bemærkninger fra kommunerne

- Ønske om mere inddragelse af kommunerne i udarbejdelse
- Krav til ressourcer i kommunerne – økonomi, setup og kompetencer
- OBS på forskellighed mellem kommuner
- Gerne ens samarbejdsaftaler på tværs af sygehuse
- Gerne fælles prioritering ved implementering
- Sikre kompetencer hele vejen rundt (præhospitalt/paramedicinere, kommuner og via teams)
- Mulighed for brug af flere faggrupper

10

Bemærkninger fra kommunerne

- Opbakning til videreudvikling af SAM:BO-aftale, herunder plejeforløbsplan <48 timers indlæggelse/ambulant
- Akutplanen bør samtænkes med sundhedsreform/sundhedsklynger
- Positivt med fokus på data
- Lige adgang med samme høje kvalitetsniveau
- Udfordring med rekruttering
- Gerne yderligere fokus på virtuelle løsninger

11

Opmærksomhed ved implementering

- Juridisk og teknisk grundlag skal afklares i forhold til deling af data på tværs af sektorer
- Ambitiøs tidsplan – afhænger i høj grad af kommunerne!
- Inddragelse af relevante parter i den daglige konference mellem akutafdeling og kommune
- Udfordring i kommuner ift. at koordinere somatiske og psykiatriske kompetencer ved vurdering af psykisk sårbar borger i kommunale sygepleje
 - Organisering i kommunerne
 - Grundlag hhv. sundhedslov og servicelov

12

Opmærksomhed ved implementering

- Vigtigt med opfølgning, hvis indlæggelse fravælges
- Vigtigt med tæt tværsektorielt samarbejde om patienten, og vurdering af netværk mv. omkring patienten
- Adgang til erfarne læger og sygeplejersker – aktuel knaphed
- Umiddelbar adgang til psykiatrisk lægekompetence på FAM'er – adskilte matrikler

13

Hvad er ændret som følge af høring

- Samarbejdsaftaler udarbejdes mellem FAM og PAM
 - Bl.a. beskrive samarbejde med akutte visitationsenheder
 - Modtagelse af børn i B&U-psykiatri og somatisk børnemodtagelse
- Tydeliggørelse af lægeligt behandlingsansvar på tværs af sektorer
- Behov for beskrivelse af behandlingsansvar ved brug af paramedicinere i fremskudt funktion
- Tydeliggørelse af visitation til psykiatrisk tilbud i Svendborg og Middelfart
- Mere fleksibel model for brobygger i børnemodtagelse

14

Hvad er ændret som følge af høring

- Udvikling på eksisterende digitale platforme, hvis muligt
- Screeningsværktøj til triagering af psykisk sårbare patienter skal udvikles før udbredelse
- Afdækning af kontakter i PAM hhv. kommuner, herunder af socialfaglig karakter. Mens nationale principper for visitation til psykiatrisk akutmodtagelse afventes.
- Mere tydelig henvisning til sundhedsaftale, psykiatriplan og praksisplan for almen praksis
- Mindre præciseringer af teksten

15

SUPPLERENDE

- EKSTRA SLIDES MED KONKRETE BEMÆRKNINGER

Sundhedskoordinationsudvalget

- Anerkender fokus på et sammenhængende sundhedsvæsen og samarbejde på tværs af sektorer.
- En række indsatser indgår også i sundhedsaftalen 2019-23
- Ved implementering bør der være opmærksomhed på:
 - forskelle blandt kommunerne, herunder i organisering, befolkningsgrundlag og placering/afstand til akutsygehus.
 - At kommunerne har frihedsgrader ift. implementering
 - At implementering sker efter drøftelse i eksisterende tværsektorielle fora.
- Nye tværsektorielle indsatser, der kræver økonomi drøftes mellem region og kommuner.

17

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 1

- Anerkendelse af gennemgående fokus på at skabe et endnu mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark.
- Implementering bør samtænkes med den kommende sundhedsreform med sundhedsklynger omkring akuthospitalerne.
- 32 indsatser bør i fællesskab prioriteres og konkretiseres ud fra, hvad der er vigtigt at få implementeret for at kunne realisere de overordnede mål for akutplanen.
- Ville gerne have været inddraget tidligere bl.a. mhp. styrkelse af ejerskab og udfoldelse af begrebet "akut".
- Implementering af initiativer på tværs af sektorer skal implementeres inden for rammerne af Sundhedsaftalen 2019-2023 og det organisatoriske set-up, der knytter sig hertil.

18

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 2

- **Væsentligste bekymring:** At implementering af akutplanen kræver øgede kommunale økonomiske ressourcer. Der henvises til modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse samt nye opgaver og til, at udgiftsdrivende opgaver kræver kommunal politisk godkendelse.
- Væsentligt at regionen udviser åbenhed, fleksibilitet og forståelse for at de 22 syddanske kommuner er forskellige og har forskellige muligheder, ressourcer og organiseringer.
- Vigtigt at have fokus på geografisk lighed (let og ensartet adgang til akutte sundhedsydelser uanset om der er et akutsygehus i kommunen eller ej).
- Fokus på konsistens og samarbejdsaftaler, der er gældende for alle sygehuse i regionen.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 3

- Tilstræbe ens samarbejdsaftaler på tværs af sygehus/sundhedsklynger samt evt. regioner.

Implementering/Plan for udarbejdelse af konkrete indsatser:

- Vigtigt at både by- og landkommuner er repræsenteret i arbejdet.
- Væsentligt at alle relevante parter inddrages i det videre arbejde.
- Fælles prioritering af de tværsektorielle indsatser, så kommunerne enkeltvis har mulighed for at planlægge ift. økonomi mm.
- Bør tydeligt fremgå, hvilke indsatser der ønskes implementeret gennem et tværsektorielt samarbejde.

20

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 4

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale

- Sundhedsstyrelsen har endnu ikke afsluttet sit arbejde med mulighederne for rammedelegation.
- En læge kan give en rammedelegation til en enkelt borger, ikke fra en læge til en kommunal sygeplejerske.
- Sygeplejerskerne har ikke mulighed for at have medicin med rundt til borgerne, medicinen skal være i borgerens hjem.
- Fælles forberedelse i god tid af, hvilken medicin der kan blive nødvendig inden for den nærmeste fremtid samt indkøb mv.

21

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 5

Akutte visitationsenheder

- Fokus på godt samarbejde med alle kommuner i området.
- Skal indsatsen primært gå på at få skabt relationer mellem medarbejdere frem for at visitationsenhederne skal kende til alle kommunale tilbud?
- Husk på at kommunerne har visitationsretten.

Samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer

- Ikke nødvendigvis en fordel for mindre kommuner og ø-kommuner.
- Ressourcemæssigt er det uhensigtsmæssigt at skulle være en del af flere visitationsenheder.
- Digitale løsninger vil være en mulighed.

22

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 6

Psykiatriske patienter I

- Kommunernes indsatser ift. borgere med psykiske lidelser er normalt ikke en del af den kommunale sygepleje, men en del af socialpsykiatrien.
- Brug for et øget fokus på samarbejde mellem lokalpsykiatri, socialpsykiatri og hjemmepleje/sygepleje.
- Væsentligt med fokus på at de rette kompetencer er til stede hos personalet.
- Væsentligt at der mellem kommuner og region etableres de rette arbejdsgange.

23

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 7

Psykiatriske patienter II

- Problematisk at afvente nationalt arbejde vedrørende fælles princip for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud.
- Fynske kommuner bemærker, at på psykiatriområdet er det kun i Odense der er PAM. Hvis patienterne efter de har været på PAM skal indlægges, sker det i Svendborg. Derfor er der ønske om, at der etableres PAM i Svendborg.

24

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 8

Fælles platforme og data

- Vigtigt med dialog om dette, væsentligt først og fremmest at gøre brug af eksisterende platforme.
- Opbakning til at undersøge mulighederne for videreudvikling af SAM:BO

Digitale løsninger

- Positivt med fokus på kommunikation via video.
- De fælles visitationsenheder bør være udstyret med teknologisk udstyr.

Monitorering

- Ønske om at det i akutplanen beskrives yderligere hvordan man påtænker at monitorere og evaluere indsatserne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 9

- Flere kommunale faggrupper f.eks. visitation, træning, hjælpemidler og psykiatri er relevante ift. deltagelse i konference. Men setup så ikke alle skal være med.
- Ønske om at samarbejde med almen praksis udfoldes
- Vigtigt at der i alle lægevagtskonsultationer er samme bemanning til rådighed og samme standard.
- Opfordring til samtænkning med psykiatriplan og praksisplan for almen praksis.

26

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark 10

- Udbygning af standardiseret vidensdeling: God idé at undersøge, om eksisterende værktøjer kan udvikles eller direkte anvendes.
- Ift. implementering af akutplanen bør der være en opmærksomhed på ligestilling, når det drejer sig om transport. Egenbetaling for transport fra kommunale pladser, men ikke fra sygehus.

27

Kommuner 1

- Mange af pointerne fra det fælleskommunale høringssvar uddybes og fremhæves i høringssvarene fra de 8 kommuner, der har afgivet høringssvar (Varde, Sønderborg, Tønder, Vejen, Esbjerg, Kolding, Svendborg, Ærø)
- Nedenfor tilføjes pointer, der ikke fremgår af det fælleskommunale høringssvar.

Kommuner 2

Psykiatri 1

Sønderborg:

- Positivt at borgere, som oplever akut psykiatrisk sygdom, fortsat kan møde op i en psykiatrisk skadestue
- Afgørende for Sønderborg Kommune, at det psykiatriske akutområde har et væsentligt fokus fremadrettet, herunder adgangen til specialiseret lægefaglig psykiatrisk hjælp og indsatser.
- Vigtigt at Region Syddanmark har fokus på at de udgående akutindsatser på psykiatriområdet har en organisering, størrelse og stabilitet, så de giver værdi i en kommunal socialpsykiatrisk sammenhæng.
- Ved samarbejder eller sammenlægninger af somatiske og psykiatriske akutfunktioner finder Sønderborg Kommune det vigtigt, at de psykiatriske akuttilbud får en tilstrækkelig faglig prioritering og faglig kvalitet direkte over for borgeren.

29

Kommuner 3

Psykiatri 2

Tønder:

- Positivt at det somatiske og psykiatriske områder sidestilles i mange af de foreslåede indsatser. Afgørende med dette perspektiv samt at borgere med flere komplekse diagnoser kommer ind omkring akutfunktionen.
- Forskelle kommunerne imellem i forhold til de kommunale akutfunktioner. Mangler tydelighed omkring den psykosociale indsats.

30

Kommuner 4

Psykiatri 3

Kolding:

- Er opmærksom på, at akutplanen ikke lægger op til en samlokalisering af den somatiske og psykiatriske akutmodtagelse omkring Sygehus Lillebælt. En samlokalisering vil have flere synergieffekter. Ønskeligt at regionen arbejder hen imod en sammenlægning på alle regionens sygehuse, så borgerne stilles ens.
- Er opmærksom på, at strukturen for den psykiatriske akutmodtagelse for børn og unge ikke ændres. Kommunen oplever store udfordringer med, at der ikke er samlokalisering af akutmodtagelse og sengeafsnit for børn og unge.

31

Kommuner 5

Psykiatri 4

- **Esbjerg:** Ønske om at der tilføjes en indsats mhp. styrkelse af samarbejdet med den kommunale socialpsykiatri.
- **Vejen:** Forslag om at det endnu tydeligere understreges, at akutplanen gælder både de psykiatriske og det somatiske område. Forslag om at særligt ungdomspsykiatrien fremhæves og prioriteres.
- **Svendborg:** Vigtigt at sikre, at der også i Svendborg er adgang til akut psykiatrisk skadestuefunktion

32

Kommuner 6

Sønderborg:

- Fokus på at fastholde og styrke medicinske akutpladser, skadeklinik, skadestuefunktion og akutmedicinsk visitationsafdeling på Specialsygehus Sønderborg.
- Positivt et der skal udarbejdes visitationsretningslinjer.

Tønder:

- Redningshelikopteren i Niebüll i Tyskland er for Tønder Kommune en vigtig del af akutplanen. Fortsat behov for en akutbil i det nordvestlige hjørne af Tønder Kommune.

Kommuner 7

Svendborg: Fokus på lokale akutte behandlingstilbud. Væsentligt at der også fremover er mulighed for at blive tilset af vagtlægen, og at der er skadestuefunktioner lokalt på Svendborg Sygehus.

Ærø: Centralt for Ærø, at der er et sygehus på øen. Er langt til nærmeste akutakutsygehus, derfor gerne drøftelse af, om der kan komme flere akutfunktioner på Ærø Sygehus.

Ærø: Problemer med rekruttering kan gøre det svært at løfte fremtidige specialistopgaver ift. den akutte indsats

Kommuner 8

- Vejen: Ønske om at der knyttes en fast kontaktperson til en borger når denne indlægges akut.
- Esbjerg: Erfaringer fra det fælles akutteam etableret mellem kommunen og den fælles akutmodtagelse på Sydvestjysk sygehus bør inddrages.
- Varde: Opbakning fra almen praksis er central ift. implementering.
- Vejen: Husk at inddrage erfaringer fra igangværende indsatser.

35

Kommuner 9

- Esbjerg: Opfordring til, at der i lignende opgaver fremadrettet er større kommunal og patient/borger involvering

Samarbejdsaftale på demensområdet

udkast til revidering 2021

Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark

Indhold

1	Aftalens baggrund og præmisser	4
1.1	Målgruppe for samarbejdsaftalen	5
1.2	Definition af demens	5
1.3	Arbejdsgruppens sammensætning	5
1.4	Værdigrundlag	6
1.5	Samtykke	6
1.5.1	Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter	6
1.5.2	Behandling	7
1.5.3	Omsorg og pleje	7
1.6	Implementering	8
1.7	Forudsætninger i aftalen	9
1.7.1	Demenskoordinationsfunktion	9
1.7.2	Kommunal kontaktinformation	9
1.7.3	Regional kontaktinformation	9
2	Generel arbejdsdeling mellem region og kommune	10
2.1	Regionen	10
2.1.1	Den praktiserende læges opgaver	10
2.1.2	Den lokale regionale demenskliniks opgaver	10
2.2	Kommunen	11
2.2.1	De kommunale opgaver	11
2.3	Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flowdiagram	12
3	Opsporing	13
3.1	Opsporing ved kommunalt personale	13
3.2	Opsporing ved praktiserende læge	14
3.3	Opsporing ved somatisk sygehus/psykiatrisk afdeling	14
4	Observation, udredning og diagnosticering	16
4.1	Kommunen	16
4.2	Praktiserende læge	16
4.2.1	Udredning	16
4.2.2	Afklaring	17
4.2.3	Diagnosticering	17
4.3	Regionens lokale demenskliniker	18
4.3.1	Udredning	18
4.3.2	Diagnosticering	19
4.4	Specialiseret regionsfunktion for demensudredning	20

5	Behandling og pleje	21
5.1	Antidemensbehandling	21
5.2	Kommunale plejetilbud	21
5.2.1	Tilbud til pårørende	22
6	Opfølgning	23
6.1	Opfølgning på kommunalt tilbud	23
6.2	Opfølgning på den medicinske behandling	23
6.2.1	Praktiserende læge	23
6.2.2	Lokal regional demensklíník	24
7	Øvrig information/viden og kompetenceudvikling	25
7.1	Information og viden	25
7.2	Kompetenceudvikling	25
8	Ordliste/begrebsforklaring	26
Bilag 1		
	Kommunal demenskoordinationsfunktion	27
Bilag 2		
	Målgruppe og henvisningskriterier til den lokale regionale demensklíník	29
Bilag 3		
	Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens	31
Bilag 4		
	Guidelines for lægekontakt når personer med demens ændrer adfærd	32
Bilag 5		
	God demensudredning - Demensudredning i primær og sekundær sektor	34
Bilag 6		
	Bruger- og pårørendeinddragelse	36
Bilag 7		
	Anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet	38

Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark

1. Aftalens baggrund og præmisser

Samarbejdsaftalen for demensområdet i Region Syddanmark er en aftale mellem praksisudvalget, den regionale demensindsats og regionens 22 kommuner. Formålet med aftalen er at sætte fokus på en klar arbejdsdeling og på sektorovergange i demensindsatsen i Region Syddanmark og sikre regionens borgere et ensartet tilbud uanset bopæl. Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre, at demensudredning og -behandling i Region Syddanmark foregår efter de seneste anbefalinger for området.

Samarbejdsaftalen tager afsæt i Sundhedsaftalen 2019-2023, hvori det fastlægges at:

"I Syddanmark baserer vi vores tværsektorielle samarbejde på værdier, der bygger på faglighed, ansvarlighed, respekt og gensidig læring. Det forventes af sundhedsprofessionelle i alle sektorer, at de til enhver tid tager ansvar for, at en borger oplever sammenhæng, tryghed og medbestemmelse i eget forløb."

Endvidere er aftalen baseret på Den nationale demenshandlingsplan 2025, Det regionale forløbsprogram for demens, De nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens og Dansk selskab for almen medicins (DSAM) kliniske vejledning om demensudredning i praksissektoren.

Samarbejdsaftalen på demensområdet supplerer primært én samarbejdsaftale: SAM:BO. SAM:BO er somatikens samarbejdsaftale med kommuner og praktiserende læger før, under og efter et behandlingsforløb – ambulant såvel som stationært.

Da fokus i samarbejdsaftalen er at beskrive ansvarsområder og sektorovergange mellem region, kommuner og praksis, tages der ikke inden for den regionale indsats stilling til, om en ydelse leveres i somatisk eller psykiatrisk regi, idet arbejdsfordelingen vil kunne være forskellig inden for disse.

Særlige ændringer:

Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens indeholder nærmere anbefalinger for en række sundhedsfaglige indsatser. Arbejdsgruppen for den samlede demensindsats i Region Syddanmark har behandlet disse og indlagt dem i samarbejdsaftalen som bilag 7.

Desuden behandler arbejdsgruppen rehabilitering af borgere med demenslidelser (se afsnit 1.3 i bilag 7 om anbefalinger til faglige indsatser), samt samarbejde med pårørende (bilag 6 om bruger- og pårørendeinddragelse) i bilag til samarbejdsaftalen, da arbejdsgruppen anser begge indsatsområder som grundlæggende tilgange i arbejdet med demensramte borgere.

1.1 | Målgruppe for samarbejdsaftalen

Målgruppen for aftalen er det sundhedsfaglige personale på sygehuse, praksisområdet og i kommunerne. Aftalens indhold retter sig mod personer med mulig -, let -, middel -, og svær demens, i primær sektor og sekundær sektor.

Dog varetager regionens oligofreniteams som hovedregel udredning og behandling af demens hos udviklingshæmmede personer.

1.2 | Definition af demens

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner. Demens er således ikke en specifik sygdom, idet mange forskellige sygdomme kan medføre demens.

Der er to internationale diagnosesystemer for demens:

- WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. udgave (ICD-10)
- American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. udgave (DSM-5)

Der er visse forskelle i, hvordan demens defineres i de to sæt af diagnosekriterier, men i praksis er fagpersoner nogenlunde enige om, at demens er karakteriseret ved følgende:

- Svækkelse af en eller flere kognitive funktioner, herunder ofte hukommelse.
- Forringelse af den praktiske funktionsevne i hverdagen.
- Tilstanden udgør en forringelse i forhold til det tidligere funktionsniveau.
- Symptomerne optræder ikke kun i forbindelse med delir.
- Demens skyldes sygdom.

Mange af de sygdomme, der medfører demens, er fremadskridende og uafvendelige (irreversible), men dette indgår ikke i definitionen af demens.

1.3 | Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen, der har udarbejdet samarbejdsaftalen har bestået af:

Formandsskab:

- Anders Meinert Pedersen, lægefaglig direktør, Psykiatrien, Region Syddanmark
- John Zachariasen, Områdeleder, Tønder Kommune

Kommunale deltagere:

- Solveig Christiansen, leder af Sundhed og træning, Kerteminde Kommune
- Jane Ørkeby Gregersen, forløbschef, Odense Kommune
- Birthe Schelde, demensfaglig leder, Vejle Kommune
- Thorkild Sloth Pedersen, ældrechef, Varde Kommune
- Betina Schmidt Jørgensen, leder af Kompetencecenter for demens, Sønderborg Kommune

Regionale repræsentanter:

- Berit Dall Sørensen, afdelingslæge, Neurologisk afdeling N, Odense Universitetshospital
- Niels Espensen, Geriatrik afdeling, Svendborg Sygehus
- Harald Floer, klinikleder, Neurologisk Klinik, Sygehus Sønderjylland
- Krzysztof Mateusz Siwiec, specialeansvarlig overlæge, Psykiatrisk Afdeling Sydvestjysk Sygehus

Repræsentanter for interesseorganisationer:

- Sidsel Kloster Jensen, Alzheimerforeningen Trekantsområdet

Repræsentant for Praksisafdelingen, Region Syddanmark

- Simon Nyvang Mariussen, samordningskonsulent for praksiskonsulentordningen

Sekretariat:

- Hasse Gerner Nielsen, konsulent, tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
- Helle Skibsted, udviklingskonsulent, Tønder Kommune

1.4 | Værdigrundlag

Aftalen og samarbejdet omkring udredning og behandling af mennesker med demenssygdom hviler på værdierne: respekt, faglighed, ansvar og gensidig læring.

Respekt er at anerkende det enkelte menneske som enestående, med ret til at bestemme over eget liv og helbred, og at mennesker med demenssygdom og deres pårørende (familie eller nær ven) er vores samarbejdspartnere. Især i forhold til netop mennesker med demenssygdom er pårørende en afgørende medspiller i opsporing, udredning, behandling og opfølgning. Videre er respekt ensbetydende med, at mennesker med demenslidelser, efter formåen, medinddrages i planlægning af egen behandling, syge- og plejeaktiviteter såvel som juridiske beslutninger (se bilag 6 om bruger- og pårørendeinddragelse).

Faglighed betyder, at vi skal tilbyde mennesker med demenssygdom den behandling og sociale indsats, der er bedst og som passer til den enkeltes individuelle behov og ønsker. Både opsporing, udredning, behandling og opfølgning skal være baseret på anerkendt viden, og de professionelle omkring mennesker med demenssygdom skal være uddannede og fagligt kvalificerede til at løfte opgaven.

At tage ansvar vil sige, at alle omkring mennesker med demenssygdom skal tage et fagligt ansvar for at opnå den bedste løsning. Samtidig skal der være et entydigt og sikkert ansvar for behandling og opfølgning for at sikre koordination og sammenhæng i indsatsen.

1.5 | Samtykke

1.5.1 | Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter
Videregivelse af oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsbehov for patienten, og når videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov. Videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge.

Patienten skal informeres om videregivelse af oplysninger og kan frabede sig, at det sker.

Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Indhentning af samtykke kan ske mundtligt eller skriftligt og skal journalføres.

1.5.2 | Behandling

Hvis en patient i ord eller handling tilkendegiver at vedkommende ikke vil behandles, fastlægger Lov nr. 655, Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, handlemulighederne.

1.5.3 | Omsorg og pleje

Kommunen yder hjælp efter Serviceloven (f.eks. vedligeholdende træning, praktisk bistand og hjælp til personlig pleje) og i forhold til personer med psykisk nedsat funktionsevne med særlig opmærksomhed på §82 vedrørende omsorgspligten og §§ 124-129 vedrørende magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten, samt Sundhedslovens (f.eks. § 138 om hjemme-sygepleje og 140 om genoptræning).

1.6 | Implementering

Denne samarbejdsaftale bygger i vid udstrækning på samarbejdsaftalen af samme navn fra 2010. Det forventes dermed, at implementeringen allerede er fuldt udrullet for langt de fleste elementer i aftalen. I dette afsnit opridses de dele af samarbejdsaftalen, hvor der er foretaget væsentlige ændringer i forbindelse med revideringen. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at man orienterer sig særligt grundigt i disse og foretager konkret implementering i egen organisation herefter.

Udover nedenstående områder, er der foretaget mindre tilpasninger i de øvrige afsnit af samarbejdsaftalen efter kvalificerede input fra arbejdsgruppen og øvrige aktører på området. Disse justeringer er foretaget dels for at afspejle nuværende praksis og dels for at sætte mål for kvaliteten i demensindsatsen hos Region Syddanmark og de 22 kommuner. Det anbefales derfor, at hele den reviderede samarbejdsaftale gennemlæses med henblik på at kortlægge det konkrete behov for implementering af nye elementer i egen organisation.

- Afsnit 2.1.2 om de regionale demensklinikkers opgave er opdateret i overensstemmelse med nuværende praksis.
- Afsnit 7 om øvrig information og viden på området er opdateret ift. nyeste informationskilder.
- Bilag 1 om demenskoordinatorfunktionen er revideret i henhold til de erfaringer der er gjort med ordningen siden 2010.
- Bilag 2 om målgruppe og henvisningskriterier er revideret i henhold til anbefalingerne for sengeafsnit/indlæggelse af borgere med demens.
- Bilag 5, om god demensudredningsproces, er tilføjet.
- Bilag 6, om pårørende- og brugerinddragelse, er tilføjet.
- Bilag 7, om anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet, er tilføjet. Den bygger på afsnit 6 "Faglige indsatser" i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle

forløb for mennesker med demens 2020”, men er omskrevet med input fra arbejdsgruppen og øvrige aktører på området.

1.7 | Forudsætninger i aftalen

For at samarbejdsaftalen for demensområdet kan få fuld virkning, og samarbejdsparterne kan få optimal udbytte af de indgåede aftaler, kræver det, at nogle få men væsentlige forudsætninger er opfyldt.

1.7.1 | Demenskoordinationsfunktion

I aftalen henvises til den kommunale demenskoordinationsfunktion. Der er vedlagt en funktionsbeskrivelse for denne funktion som bilag 1 (”Kommunal demenskoordinationsfunktion”). Bilaget beskriver hvilke opgaver, demenskoordinationsfunktionen forventes at løfte i relation til samarbejdsmodellen. Hvorvidt kommunerne indfører en demenskoordinator eller løser opgaverne på anden vis er op til kommunerne, hvorfor begrebet ”-funktion” anvendes.

1.7.2 | Kommunal kontaktinformation

Kommunerne er ansvarlige for at opdatere information på Sundhed.dk om, hvor og hvordan samarbejdsparter skal henvende sig vedrørende mennesker med demenssygdom. Der skal angives oplysning for ”almindelig” samt akut kontakt.

1.7.3 | Regional kontaktinformation

Regionen er ansvarlig for at opdatere oplysninger på Sundhed.dk om, hvorledes de regionale tilbud vedrørende demensudredning kan kontaktes. Det skal angives oplysning for ”almindelig” og akut kontakt.

2. Generel arbejdsdeling mellem region og kommune

2.1 | Regionen

2.1.1 | Den praktiserende læges opgaver

Den praktiserende læge har en væsentlig rolle i opsporing af mennesker med demenssygdom. Den praktiserende læge bør reagere i sin kontakt med patienter, der udviser tegn på demens.

Når den praktiserende læge kontaktes med henblik på udredning for demens foretages relevante undersøgelser (se eksempel på god udredningspraksis i bilag 5), og hvis det er nødvendigt etableres kontakt til den kommunale demenskoordinationsfunktion.

Hvis den praktiserende læge skønner, at det er nødvendigt for at stille diagnosen og tilbyde patienten en relevant behandling, henvises patienten til den lokale regionale demenslinik til videre undersøgelse. Ligeledes kan opfølgning og behandling ske i samarbejde med den lokale regionale demenslinik. Den praktiserende læge vil endvidere i samarbejde med demenskoordinationsfunktionen kunne give rådgivning og støtte til patienter og de pårørende.

Den praktiserende læge skal fungere som tovholder for patienten, når udredning i demenslinik er udført, og behandling er iværksat.

Det betyder, at det er den praktiserende læge der:

- er ansvarlig for forløbet, når patienten er afsluttet fra demensklubben
- iværksætter eller henviser til relevant behandling og støtte, herunder den kommunale demenskoordinationsfunktion
- kan orientere om mulighederne for råd, vejledning og støttende tilbud hos de lokale patient- og pårørendeforeninger

En diagnostisk udredning for demens må ikke stå alene, men skal ledsages af grundig og relevant information til patienten og de pårørende.

2.1.2 | Den lokale regionale demensklubs opgaver

De regionale demensudredningsklinikker er tværfaglige enheder med personale fra Specialerne geriatri, neurologi og psykiatri.

- Når den indledende vurdering og udredning i almen praksis giver anledning til specifik demensdiagnostik henvises patienten til en af de 4 regionale demensudredningsklinikker.
- De regionale demensudrednings varetager den videre udredning og specifikke demensdiagnostik på baggrund af den indledende udredning hos almen praksis.
- Udredningen foregår som hovedregel i en af klinikkerne, men hvis det skønnes mere hensigtsmæssigt kan udredning også foregå i patientens eget hjem.
- Når udredningen er gennemført informeres patient og pårørende om undersøgelsesresultater og diagnose. Der tilbydes igangsætning af relevant behandling, hjælp og støtte og der orienteres om tilbud hos de lokale patient og pårørendeforeninger. Dette sker altid ved en personlig samtale, ledsaget af skriftlig information.
- Demensklinikken behandlingsansvarlige læge orienterer patientens egen læge, som overtager det lægelige behandlingsansvar, når patienten er færdigudredt.
- Demensudredningsklinikken tager kontakt til kommune/demenskoordinatorfunktion.
- Den behandlingssvarlige læge kommer med anbefalinger til den videre behandling i almen praksis, når en patient afsluttes på sygehus/udredningshed.
- Den behandlingsansvarlige læge skal fremgå af epikrisen, så almen praksis har mulighed for at tage direkte kontakt til den behandlingsansvarlige læge.
- Praktiserende læge har mulighed for at genhenvise patienter til en regional demensudredningsenhed samt modtage rådgivning og sparring herfra.

Særligt komplekse demenspatienter kan i nogle tilfælde henvises til den højt specialiserede funktion i Neurologisk afdeling på OUH eller til regionsfunktionen i Psykiatrisk Afdeling Odense.

2.2 | Kommunen

2.2.1 | De kommunale opgaver

Kommunen observerer og reagerer på henvendelser fra borgere, pårørende eller venner og tilbyder rådgivning og vejledning til borgere med demenslignende symptomer og dennes pårørende, både med hensyn til udredning og tilbud. Endvidere er kommunen behjælpelig med at skabe kontakt til de praktiserende læger med henblik på demensudredning for borgere, der ikke selv er i stand til dette.

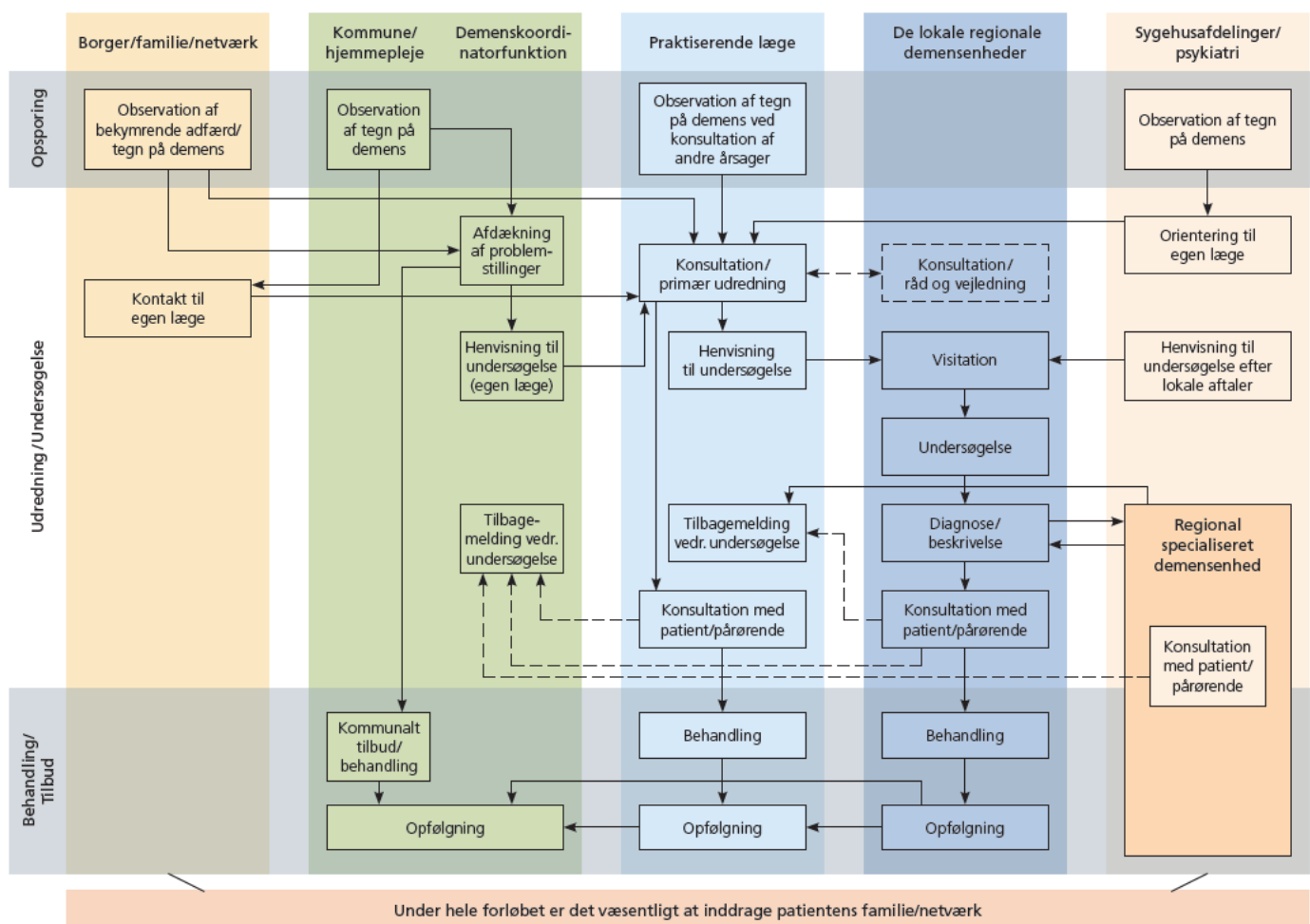
Når der er foretaget en udredning og eventuelt iværksat behandling, sørger kommunen for at etablere rehabiliterings- /pleje- og omsorgstilbud med baggrund i Sundhedsloven og Servicelo-

ven. I visse tilfælde kan det, efter borgers behov, være relevant, at kommunen sideløbende med udredningen iværksætter tilbud.

Endvidere kan der ved behov etableres støtte- og vedligeholdelsestræning til borgeren og støtte til pårørende. Tilbuddene målrettes den enkelte borger ud fra de individuelt afdækkede behov, jf. afsnit 5.2, og den enkelte kommunes serviceniveau.

Kommunen følger kontinuerligt op på borgerens behov for pleje og omsorg og justerer de visiterede tilbud både i sammensætning og omfang.

2.3 Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flowdiagram



3. Opsporing

Borgeren, borgerens netværk (pårørende, venner, naboer mv.) eller kommunale medarbejdere er ofte de første til at observere tegn på demenssygdom hos borgeren.

Hvis det er borgeren selv eller dennes pårørende, der observerer ukarakteristisk adfærd, videregives dette til praktiserende læge, den kommunale demenskoordinationsfunktion og/eller hjemmepleje, efter aftale med borgeren. Demenskoordinatorfunktionen/hjemmepleje gør borger eller pårørende opmærksomme på, at udredning alene kan foregå ved læge- eller demens-klinik.

Observeres der adfærdsændringer hos en borger med en kendt demenssygdom rettes henvendelse til den praktiserende læge og/eller den kommunale demenskoordinationsfunktion (se bilag 3 om guide til lægelig kontakt ved mistanke om demens).

Er borgeren under udredning eller i behandling ved den lokale regionale demensklinik, rettes der henvendelse hertil.

3.1 | Opsporing ved kommunalt personale

Hvis det er det kommunale personale, der observerer tegn på begyndende demenssygdom hos borgeren eller adfærdsændringer hos den kendte demensramte borger, skal det kommunale personale sikre, at der handles på observationerne, jf. gældende procedurer i kommunen.

Personalet orienterer borgeren og dennes pårørende om muligheden for demensudredning, og borgeren opfordres til / tilbydes hjælp til at opsøge egen læge med henblik på demensudredning.

Efter samtykke fra borgeren orienteres den praktiserende læge om behovet for demensudredning.

Observationer kan f.eks. ske ved de forebyggende hjemmebesøg, hvor de kommunale medarbejdere reagerer på observationer i dialogen med borgeren og eventuelt pårørende. De kommunale medarbejdere foretager en umiddelbar kvalificering af observationer, ligesom de reagerer på henvendelser fra borger, pårørende, naboer eller venner.

Dette betyder, at medarbejderne i kommunen skal kende til de mest almindelige demenstegn og have et bredt kendskab til forskellige demensformer, symptomer, adfærd, behandling, pleje og omsorg i forhold til mennesker med demenssygdom.

3.2 | Opsporing ved praktiserende læge

Den praktiserende læge kan modtage oplysninger fra borger/pårørende eller fra kommunale medarbejdere, og skal desuden selv være opmærksom på tegn på demenssygdomme ved konsultationer. Ligeledes skal den praktiserende læge være opmærksom på adfærdsændringer hos patienter med en kendt demenssygdom.

Hvis den praktiserende læge identificerer demenssymptomer eller adfærdsændringer hos patienter med kendt demens eller modtager henvendelser om det, skal der sammen med patient og pårørende tages stilling til, om der skal foretages udredning for demens eller adfærdsforstyrrelser og dermed foretages henvisning til den lokale regionale demenslinik. I den forbindelse overvejes, om der kan være tale om andre tilstande, som kan give mentale svækkelser.

Den praktiserende læge skal kunne dokumentere, at der er indhentet tilladelse til at kontakte pårørende, samt at kommunen er kontaktet, hvis der vurderes at være behov for det.

3.3 | Opsporing ved somatisk sygehus/psykiatrisk afdeling

Patienter indlagt på sygehusafdelinger eller i ambulatorier kan have tegn på demens, og sygehuspersonalet skal derfor være opmærksom på demenssymptomer.

Hvis der observeres demenssymptomer skal personalet orientere patienten og dennes pårørende om observationerne og muligheden for nærmere udredning/vurdering hos egen læge. Sygehusafdelinger skal opfordre patienterne til, sammen med en relevant pårørende, at opsøge egen læge med henblik på nærmere vurdering/udredning.

I videst muligt omfang inddrages de pårørende i forhold til tilrettelæggelsen af det videre forløb, herunder etablering af kontakt til praktiserende læge.

Den praktiserende læge skal orienteres om observationerne, og modtager – hvis patienten udskrives fra somatisk/psykiatrisk afdeling - epikrise senest 3 hverdage efter, at patienten er udskrevet (jf. SAM:BO). Epikrisen skal indeholde en beskrivelse af, hvilke oplysninger borgeren/patienten har modtaget og farvemarkeres efter trafiklysordningen. Hvis det vurderes at være hensigtsmæssigt at igangsætte et udredningsforløb sideløbende med indlæggelse/ambulant behandling indgås konkret aftale om det, og praktiserende læge orienteres.

Ligeledes sender afdelingen udskrivningsrapport til kommunen senest samtidig med, at borgeren udskrives (jf. SAM:BO). Hvis borgeren i forvejen er modtager af kommunalt tilbud, orienterer sygehuset kommunen om den videre plan for undersøgelse/udredning ved egen læge.

Det forudsættes, at personalet på alle sygehusafdelinger i Region Syddanmark har en basisviden om demens.

Såfremt en patient i forbindelse med indlæggelse/ambulant forløb på en somatisk eller psykiatrisk afdeling får stillet en demensdiagnose, skal patienten ikke efterfølgende henvises til udredning i den regionale lokale demenslinik. Der gælder her samme aftaler for orientering af praktiserende læge og kommune (demenskoordinationsfunktionen), som ved udredning i den lokale regionale demenslinik.

Ved udskrivelser, hvor der er ændret i demensmedicin eller ændringer i adfærd, orienteres den kommunale demenskoordinationsfunktion.

4. Observation, udredning og diagnosticering

I forbindelse med udredning og diagnosticering af borgere, hvor der foreligger mistanke om demens, påhviler der kommunen, den praktiserende læge, regionens lokale demensklíniker samt demensklínikken med højt specialiseret regionsfunktion, forskellige opgaver.

I dette kapitel beskrives de forskellige sektorer og enheders muligheder og forpligtelser i den sammenhæng. I kapitel 2.3 "ansvarsfordeling henover et forløb – flowdiagram" er det muligt at følge et patientforløb gennem de forskellige samarbejdende sektorer. Se bilag 5 "God demensudredning", for detaljeret beskrivelse af de forskellige sektorer specifikke opgaver i forbindelse med udredning.

4.1 | Kommunen

Demenskoordinationsfunktionen vurderer henvendelserne/observationerne fra pårørende, kommunale medarbejdere eller andre og kan eventuelt besøge borger efter behov.

Hvis der er mistanke om demens, opfordres borgeren og dennes pårørende til at tage kontakt til egen læge. Alternativt kan demenskoordinationsfunktionen kontakte lægen (se bilag 3 vedrørende guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens).

Hvis borgeren desuden i forvejen er "kendt" i kommunen vurderes funktion og adfærd endvidere løbende af kommunens medarbejdere i lokalområdet sammen med borger og pårørende.

For mennesker med demenssygdom uden nære pårørende, der kan deltage ved demensudredningen hos praktiserende læge/den lokale regionale demensklínik, påhviler der kommunen et særligt ansvar for at yde en støttende indsats under udredningen.

Anmodning om en vurdering af funktion og adfærd kan endvidere komme fra egen læge i forbindelse med lægens overvejelser om eventuel udredning. I disse tilfælde kan demenskoordinationsfunktionen med fordel være ansvarlig for at vurderingen foretages.

4.2 | Praktiserende læge

4.2.1 | Udredning

Den primære udredning foregår hos den praktiserende læge. Det anbefales, at en pårørende, eller en anden person med kendskab til patienten, deltager i undersøgelsen. Hvis den demensramte borger er af anden etnisk herkomst end dansk, og derved har svært ved at udtrykke sig

på dansk, bruges en uvildig tolk. Alle Region Syddanmarks praktiserende læger kan henvise til CT-scanninger.

I samtalen med pårørende fokuseres på hukommelse, sprog, orientering samt psykiske ændringer og på ændringer i det sociale samspil. Hvis der er tale om diffuse symptomer, kan den praktiserende læge indhente supplerende observationer/oplysninger fra kommunale medarbejdere/demenskoordinationsfunktionen, såfremt patienten er tilknyttet kommunalt tilbud eller hos patientens pårørende.

Den praktiserende læge har mulighed for at kontakte de lokale regionale demenskliniker for telefonisk rådgivning ved udredningsproblemer.

Henvisning til specialundersøgelser

Den praktiserende læge kan henvise til yderligere undersøgelse ved de lokale regionale demenskliniker.

For eksempel på den gode demensudredning, se bilag 5.

For henvisningskriterier se bilag 2.

4.2.2 | Afklaring

Når resultaterne af undersøgelserne foreligger, indkaldes patienten til en ny tid til orientering om resultatet af undersøgelserne. Eventuelle pårørende bør være til stede under orienteringen.

Der er vigtigt, at den praktiserende læge har forberedt sig på, hvordan den eventuelle mistanke om demens skal forelægges for patienten og de pårørende. Lægen bør ligeledes have taget stilling til en eventuel viderehenvisning til en lokal regional demensklínik.

4.2.3 | Diagnosticering

Demens udelukket med rimelig sikkerhed/måske demens:

Hvis undersøgelserne ved egen læge ikke viser tegn på demens, afsluttes undersøgelsen af patienten, og der gives besked til den kommunale demenskoordinationsfunktion, hvis denne er involveret. Hvis undersøgelsen viser mulige tegn på demens, lægger den praktiserende læge en plan for den videre udredning, behandling og pleje.

Den praktiserende læge taler med patienten om behov for pleje-, omsorgs- og/eller støttetilbud. I den forbindelse kan der tages kontakt til kommunen for en funktions- og adfærdsvurdering, ligesom patient og pårørende orienteres om andre støttemuligheder lokalt.

Lægen kan tilbyde fornyet undersøgelse efter 3 til 6 måneder, hvis patienten eller den pårørende fortsat er bekymret. Ved mistanke om demens kan der henvises til den lokale regionale demensklíník jf. henvisningskriterierne (bilag 2).

Demens overvejende sandsynligt:

Hvis undersøgelsen viser, at patienten sandsynligvis lider af demens, færdigudredes patienten enten i almen praksis eller henvises til den lokale regionale demensklíník jf. henvisningskriterierne (se bilag 2 om målgrupper og henvisningskriterier). Dette afhænger af demenslidelsens sværhedsgrad.

Hvis patienten, trods lægens tilbud herom, ikke ønsker henvisning til den lokale regionale demensklíník, anbefales det, at den praktiserende læge tilbyder kontakt til den kommunale demenskoordinationsfunktion, jf. i øvrigt reglerne om samtykke, afsnit 1.4.

4.3 | Regionens lokale demensklíníker

Det regionale udrednings- og behandlingstilbud vedr. demens omfatter, foruden de praktiserende læger, de lokale regionale demensklíníker, samt den højt specialiserede funktion i Neurologisk afdeling på Odense Universitetshospital og regionsfunktionen på Psykiatrisk Afdeling Odense. Den praktiserende læge, kan efter egen undersøgelse henvise til udredning ved regionens lokale demensklíníker.

De lokale regionale demensklíníker er organisatorisk og fysisk tilknyttet de psykiatriske hovedfunktioner eller somatiske sygehusenheder alt efter den lokale organisering.

4.3.1 | Udredning

Efter henvisning fra den praktiserende læge indkaldes patienten skriftligt med en kopi til pårørende. Indkaldelsen kan være til en ambulant tid hos den lokale regionale demensklíník eller i form af besøg af udgående team i hjemmet.

Det skal stå i indkaldelsen, at det er vigtigt, at der deltager en pårørende i undersøgelsen. Hvis patienten ikke har pårørende og har kontakt til den kommunale hjemmepleje forpligter kommunen sig til at bidrage med oplysninger enten ved personlig følgeskab/tilstedeværelse eller ved skriftlig information. Ved undersøgelse i hjemmet vil en kommunal medarbejder ofte blive bedt om at anvende observationsskemaer inden det første besøg ved borgere, der aktuelt modtager hjælp i kommunalt regi.

Egen læge orienteres om indkaldelsen.

Såfremt det er muligt at stille en demensdiagnose ved undersøgelsen, kan patient og pårørende orienteres ved samme konsultation.

Den lokale regionale demensklíník orienterer patienten om samarbejdet med kommunens demenskoordinationsfunktion, og er, jf. SAM:BO, ansvarlig for, at der sendes orientering til demenskoordinationsfunktionen i kommunen efter mundtlig aftale med patient og pårørende. Ofte vil demenskoordinationsfunktionen blive anmodet om at tage kontakt til patient og pårørende med henblik på vurdering/revurdering af behovet for kommunal støtte m.v.

Patient og pårørende orienteres endvidere om, hvilke tilbud, der findes lokalt ved patient- og pårørendeforeninger (f.eks. Alzheimerforeningen).

De pårørende orienteres om pårørendeundervisning ved deres respektive kommune. Der kan findes materiale til inspiration hos Videnscenter for demens (videnscenterfordemens.dk)

4.3.2 | Diagnosticering

Ingen tegn på demens/let forstyrrelse:

Hvis der ikke er tegn på demenssygdom, afsluttes kontakten til patienten, og der gives besked til egen læge.

Ved let forstyrrelse med risiko for demensudvikling kan borgeren indkaldes til fornyet vurdering efter 6 til 12 måneder. Der går besked til egen læge.

Der kan dog være tale om andre behandlingskrævende tilstande, der hensigtsmæssigt kan udredes/behandles af et af de tre fagområder (psykiatri, neurologi og geriatri), og hvor det ville være naturligt at henvise direkte til det pågældende fagområde, samtidig med at egen læge informeres.

Patienten er diagnosticeret:

Når undersøgelsesprogrammet er gennemført, og der kan stilles en diagnose, vil patienten og pårørende blive indkaldt til en orienterende samtale. Her vil eventuel behandling blive iværksat, og skriftligt informationsmateriale udleveres til patient og pårørende.

Den lokale regionale demensklíník orienterer patienten og dennes pårørende om den kommunale demenskoordinationsfunktion, og der sendes skriftlig orientering fra den lokale regionale demensklíník til demenskoordinationsfunktionen.

Den lokale regionale demensklínik sikrer, at patienten, de pårørende samt eventuelt kommunale medarbejdere får gode råd og vejledning om dagligdagen vedr. håndtering af demenssygdom.

Patientens praktiserende læge orienteres elektronisk om undersøgelsesresultatet samt eventuel behandlingsplan og opfølgning.

4.4 | Højt specialiseret regionsfunktion for demensudredning

Patienterne kan henvises til den højt specialiserede funktion på Neurologisk afdeling på Odense Universitetssygehus eller til regionsfunktionen på Psykiatrisk Afdeling Odense af de lokale regionale demensklínikker i regionen med henblik på diagnostisk og behandlingsmæssig afklaring.

Ud fra oplysninger i henvisningen vil der blive planlagt et foreløbigt undersøgelsesprogram. Patienten og pårørende vil blive indkaldt til en lægeundersøgelse ved en af klínikkens speciallæger, hvor specialet vil afhænge af oplysningerne i henvisningen.

Efterfølgende vil patienten blive drøftet på den tværfaglige konference i regionsfunktionen og eventuelle yderligere undersøgelser vil blive planlagt.

Når undersøgelsesprogrammet er gennemført, og der kan stilles en diagnose, vil patienten og pårørende blive indkaldt til en orienterende samtale, hvor eventuel behandling iværksættes, og skriftligt informationsmateriale udleveres til patient og pårørende. Patienten vil herefter sædvanligvis overgå til opfølgning i den lokale regionale demensklínik.

Regionsfunktionen sender epikrise til henviser og til patientens egen læge.

Der sendes en skriftlig orientering til demenskoordinationsfunktionen i kommunen efter mundtlig aftale med patient og pårørende, men det videre samarbejde med demenskoordinationsfunktionen varetages af henviser.

5. Behandling og pleje

5.1 | Antidemensbehandling

Den praktiserende læge varetager den lægelige behandling af patienten i et samarbejde med den lokale regionale demenslinik, og er ansvarlig for videregivelse af og tilbagemelding på behandlingsmæssige informationer til den kommunale demenskoordinationsfunktion (se 1.4 ”Medicinsk behandling” under bilag 7, om anbefalinger vedrørende faglige indsatser, for en guide til medicinsk anvendelse specielt rettet til borgere med demens). Behandling med medicin påbegyndes altid af den lokale demenslinik, regionsfunktionen eller den højt specialiserede funktion.

Den praktiserende læge, de involverede sygehusafdelinger og eventuelle andre behandlende læger er gensidigt forpligtede til, at opdatere og ajourføre det fælles medicinkort.

For mennesker med demenssygdom i en stabil antidemensbehandling uden komplicerende adfærdsforstyrrelser kan antidemensbehandlingen overgå til egen læge.

5.2 | Kommunale plejetilbud

Den lokale regionale demenslinik skal senest, når udredningen af en borger med demenssygdom afsluttes, kontakte kommunen med henblik på orientering om mulighederne for opfølgning og støtte. Det anbefales, at demenskoordinationsfunktionen herefter kontakter familien inden for en måned med henblik på besøg i hjemmet.

Det anbefales endvidere, at demenskoordinationsfunktionen efter besøget kontakter den praktiserende læge og orienterer om besøget, såfremt der er væsentlige ændringer i borgerens tilstand.

Demenskoordinationsfunktionen inddrager om nødvendigt visitationsenheden, og der visiteres efter kommunens gældende standarder. Det kan være hensigtsmæssigt, at der deltager pårørende eller kommunal kontaktperson ved visitationen.

I samtalen mellem demenskoordinationsfunktionen, den demensramte borger og pårørende drøftes tilbud om hjemmehjælp, træning, hjælpemidler, demensteknologi, bolig eller boligskift, dagcenter og andre aktiviteter. Kommunen udarbejder en individuel, målrettet handleplan, hvori hjælpens omfang fastlægges, såfremt der er behov for hjælp. Der oplyses endvidere om relevante foreningers tilbud og udleveres om muligt materiale.

Demenskoordinationsfunktionen kan inddrages i tilrettelæggelsen af den konkrete hjælp, ligesom den demensramte og pårørende under hele forløbet tilbydes løbende kontakt til demenskoordinationsfunktionen.

Hvis den kommunale demenskoordinationsfunktion, eller øvrige kommunale aktører, har spørgsmål vedr. behandling eller sygdommens udvikling, er der mulighed for at få råd og vejledning ved at kontakte den praktiserende læge eller den lokale regionale demensklínik, alt efter hvem der varetager behandlingen af den demensramte borger.

Det anbefales, at demenskoordinationsfunktionen er ansvarlig for, at demensramte borgere kontaktes efter individuelt aftalte intervaller. I forbindelse med kommunens visitation af ydelser anbefales det, at demenskoordinationsfunktionen/visitator er særlig opmærksom på pårørendes behov for aflastning. Der udleveres foldere om støttemuligheder, samt telefonnumre på hjemmeplejen og andre ressourcepersoner.

Der gives en tilbagemelding via MedCom til praktiserende læge og den lokale regionale demensklínik om relevante ændringer i det tilbud, der er givet til mennesker med demenssygdom.

5.2.1 | Tilbud til pårørende

Kommunen orienterer de pårørende til mennesker med demenssygdom om de tilbud, som kommunen stiller til rådighed. Det kan bl.a. være forskellige former for aktivitetstilbud, træning og hverdagsrehabilitering, information, undervisning og støtte samt samarbejde med frivillige organisationer.

6. Opfølgning

6.1 | Opfølgning på kommunalt tilbud

Demenskoordinationsfunktionen har løbende kontakt med mennesker med demenssygdom og pårørende, og der justeres efter behov på tildelte tilbud i omfang og sammensætning. Relevante kommunale samarbejdspartnere inddrages efter behov.

Ved adfærdsændringer hos mennesker med demenssygdom inddrager de kommunale medarbejdere demenskoordinationsfunktionen, så muligheden for socialpædagogiske tiltag eventuelt kan afprøves.

Ved behov for lægekontakt ved adfærdsændringer anbefales det at benytte ”Guidelines for lægekontakt ved adfærdsændringer” som de fremgår i bilag 4.

Hvis der ændres i det kommunale tilbud, beskrives og dokumenteres dette på relevante steder i den kommunale omsorgsjournal. Den praktiserende læge og lokale regionale demenslinik orienteres om ændringen, hvis det er relevant.

6.2 | Opfølgning på den medicinske behandling

Den demensramte borgers egen læge er ansvarlig for den medicinske opfølgning, medmindre borgeren følges af en af regionens lokale demenskliniker.

6.2.1 | Opfølgning ved praktiserende læge

Egen læge skal minimum en gang årligt følge op på den demensramte borgers situation og den medicinske behandling.

Såfremt demensen udvikler sig fra middelsvær til svær, kan egen læge ved behov kontakte den lokale regionale demenslinik med henblik på behandlingsændring.

Den kommunale demenskoordinationsfunktion får tilbagemelding på udviklingen i borgerens situation, herunder også hvis der i forlængelse af undersøgelse genansøges om medicin.

Ved usikkerhed om, hvorvidt der stadig er effekt af antidemensmedicinen, kan denne pauseres i 2 uger, med vurdering af borgerens funktionsevne før og efter seponeringsperioden. Kommunen orienteres om pausen, således at de kommunale medarbejdere kan observere udviklingen i mennesker med demenssygdoms tilstand i perioden.

Den praktiserende læge kan eventuelt inddrage den lokale regionale demenslinik ved seponering af medicin.

6.2.2 | Lokal regional demenslinik

Den lokale regionale demenslinik planlægger opfølgning ud fra patientens behov. Hovedparten af borgere med demenssygdom vil kunne afsluttes til egen læge efter opfølgning i en kortere periode, mens enkelte vil have behov for en længerevarende kontakt til demensklubben. Opfølgning kan varetages i hjemmet ved behov.

Der kan arrangeres supervision eller vejledning af kommunale medarbejdere ved behov. Ved de eventuelle opfølgende besøg fra den lokale regionale demenslinik, kan den kommunale demenskoordinationsfunktion eller andre kommunale medarbejdere eventuelt deltage og subsidiært bidrage med relevante oplysninger.

Den lokale regionale demenslinik vil sikre, at borgerens egen læge modtager kopi af notater i forbindelse med opfølgning, hvis der er medicinændringer, eller hvis det i øvrigt vurderes relevant, ligesom egen læge orienteres skriftligt, når en demensramt patient afsluttes af demensklubben.

Borgeren afsluttes fra demensklubben, når den videre behandling kan varetages af egen læge i samarbejde med demenskoordinationsfunktionen og de øvrige kommunale medarbejdere. Demenskoordinationsfunktionen orienteres skriftligt, medmindre borgerens behandling afsluttes i forbindelse med et hjemmebesøg, hvor repræsentant for demenskoordinationsfunktionen er til stede.

Ved adfældsændringer kan den praktiserende læge tage kontakt til den lokale regionale demenslinik for råd og vejledning.

7. Øvrig information/viden og kompetenceudvikling

7.1. | Information og viden

Der kan findes yderligere information om blandt andet lovgivning, handleplaner samt demenskriterier og diagnoser på Socialstyrelsens hjemmeside (<https://socialstyrelsen.dk>), Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<https://www.sst.dk>) og hos Videnscenter for demens (<https://videnscenterfordemens.dk>).

Derudover findes der en række videns- og interesseorganisationer på demensområdet, som ligeledes udgiver relevant information og vejledning samt kan kontaktes efter behov. Af disse kan blandt andet nævnes; Alzheimerforeningen (www.alzheimer.dk eller på tlf. 3940 0488 samt tlf. 5850 5850 for demenslinjen), Ældresagen (<https://www.aeldresagen.dk> eller på tlf. 3396 8686), Demensfællesskab Fyn (<https://www.demensramt.dk> eller på tlf. 6619 4091), Psykiatrisk informationscenter (<https://www.psykinfo.regionsyddanmark.dk>) og Demensvenligt Danmark/Folkebevægelsen for demensvenligt Danmark (<https://www.demensvenligtdanmark.dk/>).

7.2. | Kompetenceudvikling

Såvel kommuner, praktiserende læger og sygehuse forventes at gennemføre løbende kompetenceudvikling på de forskellige fagniveauer.

Medarbejdere i kommuner og på sygehusafdelinger skal kende de mest almindelige demens tegn og have et bredt kendskab til symptomer, adfærd, pleje, omsorg, demensformer og behandling – alt efter fagligt kompetenceniveau.

Kommunerne anbefales at gøre brug af AMU-kurser for social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter.

Kommunerne kan også anvende egne tilrettelagte kompetenceudviklingsforløb.

8. Ordliste/begrebsforklaring

Begreb	Begrebsforklaring
Ambulant behandling	Borgeren er ikke indlagt under behandlingen. Borger kommer til behandling hjemmefra eller modtager behandling hjemme.
ADL	ADL er en forkortelse af Almindelig Daglig Levevis. ADL handler om at lære borgeren at klare så mange praktiske gøremål som muligt og er en integreret del af den pædagogiske indsats for borgere med demens.
Amyloid-PET-skanning	Amyloid-PET-skanning bruges til bestemmelse af cortical binding af amyloid hos borgere med og uden demens.
Anamneseoptagelse	Undersøgende samtale med henblik på at frembringe borgerens egen redegørelse for sin sygehistorie eller den generelle sygehistorie for borgeren.
Antikolinerg effekt	Betegnelse for en type af effekter hos specifikke lægemidler der påvirker den kolinerge neurotransmission, som er involveret i regulering af kognitive funktioner og en række organsystemer. Der findes både tilsigtet og utilsigtet antikolinerg effekt.
Cerebrum	Storehjernen
CT-skanning	CT-skanning (computer tomografi) er en røntgenundersøgelse, der giver meget detaljerede billeder af kroppens indre organer.
Dat-SPECT-skanning	En DAT-skanning er en undersøgelse af hjernen. Undersøgelsen viser et tre-dimensionalt billede af, hvor høj aktiviteten er i specifikke områder af hjernen.
Delir	Delir/delirium er i medicinsk terminologi en mental tilstand karakteriseret af en skarp nedgang i opmærksomhed og kognition (tænkeevne).
EKG	EKG står for elektrokardiogram. Ved et EKG registrerer man de elektriske impulser, som sendes gennem hjertet og som sørger for, at hjertet slår regelmæssigt. Disse impulser i hjertet kan man måle uden for hjertet, fx i armene, benene og på brystvæggen.
Epikrise	En epikrise er en skriftlig overlevering af lægefaglige oplysninger fra en læge til andet sundhedspersonale, enten ved udskrivelse eller ved anden afslutning af et behandlingsforløb.
Eksekutive funktioner	Fællesbetegnelse for funktioner så som; planlægning, initiativtagen, dømmekraft og selvkontrol.
FDG-PET-skanning	PET-scanning med anvendelse af FDG (flour-deoxy-glucose) viser væv med høj energiomsætning (=højt forbrug af sukker).

Kolinesterasehæmmere	Kolinesterasehæmmere hæmmer enzymet acetylkolinesterase, der naturligt nedbryder signalstoffet acetylkolin. Herved øges mængden af acetylkolin i de kolinerge synapser. De tre kolinesterasehæmmere – donepezil, galantamin og rivastigmin – der er på markedet, har grundlæggende samme virkningsmekanisme.
Lumbalpunktur	Cerebro-spinalvæsken (eller blot spinalvæsken) er den væske, der ligger beskyttende uden om hjernen og rygmarven, og er afgrænset af hjernehindrerne. Lumbalpunktur er en procedure, hvor der tappes cerebro-spinalvæske til diagnostisk undersøgelse.
MedCom	Privat virksomhed der blandt andet udvikler kommunikationsløsninger til kommunikation på tværs af sektorer.
MMSE	MMSE er en "mini mental status eksamination", som konkret består af en række spørgsmål der kan anvendes til at determinere den mentale tilstand hos borgere med demens.
MRI	Magnetic Resonance Imaging (MRI) er en teknik, hvor radiobølger og magnetisme typisk anvendes til at danne billeder af kroppens indre.
Normaltrykshydrocefalus	Nydrocefalus er en tilstand, hvor der ophobes væske i hjernes hulrum som udvider hjerneventriklerne.
Oligofreniteams	Specialiserede teams som tager sig af behandling til udviklingshæmmede.
Obstipeteret	Forstoppet
Psykosocial intervention	Psykosociale behandlingsformer (psykoedukation, psykoedukativ familieintervention, social færdighedstræning, kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi) retter sig mod at mindske antallet af psykotiske tilbagefald og bedre patientens sygdomsindsigt, kompliance med behandlingen og sociale funktion.
Seponering/seponeringsperiode	Indstilling af medicinsk behandling/periode hvori man indstiller medicinsk behandling.
Social kognition	Social kognition er et begreb som dækker over de kognitive processer, der ligger til grund for social interaktion.
Vaskulær demens	Vaskulær demens skyldes forstyrrelser i hjernens blodforsyning. Vaskulær demens kaldes også for blodprotsdemens eller kredsløbsbetinget demens. Symptomerne ved vaskulær demens er forskellige fra person til person og afhænger af, hvilke områder i hjernen, der er påvirket.
Visuel kognition	Visual kognition henviser til den måde hjernen reagerer på visuelle stimuli.

Urskivetest	Urskivetesten er en overvejende visuelt-konstruktiv opgave, men stiller også krav til mentale styringsfunktioner i form af planlægning, overblik og evne til strukturering.
-------------	---

1 Bilag

Bilag 1: Kommunal demenskoordinationsfunktion

Demenskoordinationsfunktionen kan varetages af forskellige fagpersoner og deres konkrete jobtitel kan variere fra kommune til kommune, såvel som det kan variere, hvor demenskoordinationsfunktionen er forankret organisatorisk. Det er således op til kommunerne selv at bestemme, hvordan de tilrettelægger og varetager demenskoordinationsfunktionen med henblik på at løse de nedenfor beskrevne opgaver.

Der er dog gode erfaringer med at placere demenskoordinationsfunktionen hos medarbejdere, som udelukkende beskæftiger sig med demenskoordination, hvorfor dette anbefales.

Forslag til funktionsbeskrivelse for kommunal demenskoordinationsfunktion

Nedenfor fremgår et forslag til funktionsbeskrivelse for den kommunale demenskoordinationsfunktion. Forslaget til funktionsbeskrivelse viser det ansvar og de opgaver som samarbejdsmodellen betragter som nødvendige funktioner for den kommunale demenskoordinationsfunktion.

Ansvar og opgaver for demenskoordinationsfunktionen:

Det er demenskoordinationsfunktionens ansvar, at erfaringer og viden om demens opsamles og videreformidles til plejepersonalet i kommunen, så erfaringer og viden kan anvendes og nyttiggøres i indsatsen over for mennesker med demenssygdom og de pårørende. Det er også demenskoordinationsfunktionens ansvar at udbrede viden om samarbejdsmodellen til plejepersonalet – ligesom demenskoordinationsfunktionen indgår i de sammenhænge, hvor erfaringer og viden på tværs af kommunerne i samarbejde med regionen og praktiserende læger drøftes.

Demenskoordinationsfunktionens ansvar er desuden at sikre formidlingen af alle forhold om demens i kommunen, både faglige og samarbejds-mæssige. Endvidere er det demenskoordinationsfunktionens ansvar at fungere som omdrejningspunkt for alle interne og eksterne henvendelser vedrørende demens, når der ikke findes en konkret kontakt, eller man er usikker på, hvem man skal henvende sig til.

Demenskoordinationsfunktionens opgaver og ansvar er at sikre, at alle henvendelser, uanset art, videreformidles til den eller de personer, som i følge kommunens interne valg om yderligere organisering, er relevante. Det er derfor væsentligt, at demenskoordinationsfunktionen har overblik over de tilbud og indsatser for mennesker med demens og deres pårørende, som findes i kommunen og hos regionen.

Forslag til Demenskoordinationsfunktionens opgaver:

- Stå til rådighed og bistå i den konkrete indsats med råd og vejledning på demensområdet, herunder om indsatser og tilbud hos kommune og region, ved henvendelser fra borgere, pårørende, naboer osv. Det kan være kommunens borgere i almindelighed, borgere med demens inde "på livet" og endelig kan det være forskellige faggrupper i nærmiljøet, som kommer i forbindelse med borgere med demens i forbindelse med deres arbejde – eks. politi, frisører, apotek, fodterapeut m.fl.
- Sikre og udvikle kommunens deltagelse i demensnetværket.
- Sikre vedligehold og udvikling af oplysninger om kommunens ydelser og tilbud på demensområdet via kommunernes hjemmesider og på Sundhed.dk
- Være vidensperson for det øvrige plejepersonale på demensområdet og kunne give sparring og supervision med hensyn til konkrete spørgsmål.
- Sikre udarbejdelse af serviceinformationer på demensområdet.
- Deltage i informationsmøder eller sikre at der arrangeres sådanne.
- Henvise videre i det kommunale system, f.eks. til visitation til praktisk hjælp eller andre tilbud, eller til udredning/vejledning af andre relevante fagpersoner, f.eks. praktiserende læge.
- Sikre indsamling af relevante data i forbindelse med visitationssager samt indhentning af oplysningsskemaer i udredningsforløb.
- Sikre at der i relevante borgerrelaterede sager er indhentet mundtligt og/eller skriftligt samtykke til at udveksle relevante sociale og/eller lægelige oplysninger, herunder bl.a. ansøgninger til Det Sociale Nævn.
- vejlede omkring lovgivning på demensområdet, herunder magtanvendelsesreglerne.
- Bistå efter behov ved visitation af tilbud til borgere med demens i kommunen afhængig af kommunens organisering
- Rådgive og vejlede til udredning i enkeltsager på opfordring fra borger og pårørende, hjemmeplejens personale eller praktiserende læge, dog uden borgerkontakt.
- Understøtte etablering af pårørendegrupper.
- Sikre opsamling af ny viden på demensområdet og sikre at denne viden bliver formidlet videre i hele organisationen.
- Samarbejde med relevante frivillige organisationer som f.eks. Alzheimerforeningen.

2. Bilag

Bilag 2:

Målgruppe og henvisningskriterier til den lokale regionale demenslinik

Målgruppe for enkelte dele af hovedfunktionen

1. Demenslinik

Patienter med mulig demens eller let til moderat demens kan henvises med henblik på videre udredning, diagnose og behandling. Hvis demenskoordinationsfunktionen har oplysninger/bidrag til udredningen, bør disse være tilgængelige og medsendes henvisningen.

2. Udgående funktioner

Patienter med svær demens eller demens med psykiatriske symptomer eller adfærdsforstyrrelser. Derudover kan henvises patienter med demenssygdom i let til moderat grad, hvis patienten ikke vil/kan møde i et ambulatorium. Hvis demenskoordinationsfunktionen har oplysninger/bidrag til udredningen, bør disse være tilgængelige og medsendes henvisningen med samtykke fra borgeren.

3. Sengeafsnit

Borgere med demenslidelse skal, som hovedregel, ikke indlægges på sygehus, med mindre de får anden akut sygdom, somatisk eller psykiatrisk.

I tilfælde heraf indlægges de på den relevante specialafdeling.

Det bør tilstræbes, at alle sygehusafdelinger efterlever anbefalingerne til det demensvenlige sygehus.

Der bør ikke indlægges borgere med demenssygdom akut på grund af manglende plejetilbud i den kommunale sektor.

Indhold af henvisning fra almen praksis til ambulant klinik eller udgående team i den lokale regionale demenslinik.

Henvisningen bør indeholde følgende punkter:

1. Diagnoser

2. Væsentlige andre sygdomme

3. Sociale forhold herunder navn, adresse og telefonnummer på pårørende

4. Aktuell medicin

5. Resume af sygehistorie vedr. demens
6. Beskrivelse af aktuelle kognitive dysfunktion/adfærdsproblemer m.v.
7. Hvad der er sagt til patient og pårørende
8. Kopi af de laboratorieanalyser, der er udført i egen praksis. Kopi af EKG (kan undtages hos patienter med svær demens)
9. Resultater eller kopi af MMSE og "urskivetest". Det bør anføres, hvis patienten ikke er testbar
10. Resultat af CT scanning af cerebrum. Patienter med svær demens behøver ikke have fået foretaget en CT scanning
11. Andre relevante oplysninger f.eks. at demenskoordinator er inddraget

3 Bilag

Bilag 3:

Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens.

Kommunale medarbejdere skal have forholdt sig til nedenstående, forud for lægekontakten

Faktorer som giver mistanke om demens

Ændringerne skal have udviklet sig over minimum 6 mdr. Dog bør pludselige ændringer i nedenstående forhold give anledning til lægelig vurdering.

Adfærdssændringer/ændringer af personligheden

- Psykiske ændringer (f.eks. irritabilitet, depression, apati, rådvildhed, aggressivitet)
- Ændret verbal og non-verbal udtryksform (f.eks. bander, unuanceret sprog, mimik, spil i øjnene)
- Manglende situationsfornemmelse (f.eks. bordskik, upassende kommentarer)

Svækkelse af daglige færdigheder

- Hygiejne, toiletbesøg, påklædning, brug af telefon, madlavning, indkøb, betjening af apparater

Svækkelse af de intellektuelle (kognitive) funktioner

- Korttidshukommelse
- Orienteringsevne (f.eks. finde vej nye steder, finde hjem, afstandsbedømmelse)
- Abstrakt tænkning (har svært ved at overskue og planlægge hverdagen; f.eks. klare økonomi, planlægge madlavning eller gæstebud)
- Dømmekraft (f.eks. påklædning efter årstiden, omfanget at indkøb)
- Evne til at deltage i en samtale (f.eks. tager alting bogstaveligt og har svært ved at forstå humor eller ironi)
- Evne til at vise følelser og forstå andres følelser

4 Bilag

Bilag 4:

Guidelines for lægekontakt når personer med demens ændrer adfærd.

Kommunale medarbejdere skal have forholdt sig til nedenstående, forud for lægekontakten.

Ændret adfærd	Kan være • Øget uro, øget rastløshed og omkringvandren • Apati, ændret aktivitetsniveau til det inaktive/sløve • Øget irritabilitet, hidsighed • Aggressive udbrud, både verbalt og motorisk • Angst, grædende • Tankemylder • Utryk, evt. udvikling til paranoid • Trist
Årsagssøgning	• Har personen fået for lidt væske? • Er personen obstiperet? • Kan personen høre? • Er personen lige flyttet til nuværende bolig? • Har personen lige været indlagt på sygehuset? • Er der sket medicinændringer inden for den sidste tid? • Er der sket ændringer i personens omgivelser?
Objektive fund	• Temperatur • Er der tegn på blærebetændelse? • Urinen undersøges (dyrkning og resistensbestemmelse) • Er der tegn på infektion andre steder? • Er der vejrtrækningsbesvær? • Har personen smerter? • Blodtryk og puls • Er der kraftnedsættelse, hængende mundvig eller andre neurologiske fund? • Er personen kendt for andre konkurrerende sygdomme, f.eks. sukkersyge, dårligt hjerte? • Er der tegn på delir: personen sveder, ryster, er bleg, blodtryk og puls er høj, eventuelt temperaturforhøjelse, personen er forvildet og eventuelt hallucineret

Vær opmærksom på	• Utilstrækkelige plejefaglige rammer og resourcer kan bidrage til udvikling af adfærdsproblemer, og her er psykofarmaka sjældent indiceret • Antipsykotika er uden effekt på adfærdsproblemer som rastløshed, motorisk uro, råberadfærd, gåen ind til andre, bortgang fra plejehjem, natteuro mv. • Antipsykotika kan evt. afdæmpe symptomer som angst, tristhed, irritabilitet og vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, men har alvorlige bivirkninger som sløvhed, parkinsonisme, svimmelhed med risiko for fald og fraktur
-------------------------	---

5 Bilag

Bilag 5:

God demensudredning - Demensudredning i primær og sekundær sektor.

Primær sektor praktiserende læge

Den første konsultation

Anamneseoptagelse ved både patienten og pårørende og en anden person med kendskab til patienten.

Vurdering af følgende 6 kognitive hoveddomæner:

1. Opmærksomhed
2. Eksekutive funktioner
3. Social kognition
4. Sprog
5. Hukommelse
6. Visuel kognition

Er der sket tab af færdigheder:

1. Instrumentelle
2. Basale

MMSE

Vurdering af somatiske problemstillinger, som kunne have indflydelse på kognitive funktioner (somatisk udredning). Udelukkelse af psykiske lidelser, som kan give demenslignende symptomer. Vurdering af smerter og dermed udelukkelse af kognitiv svækkelse fremkaldt af enten smerter eller medikamentel behandling af disse. Medicingennemgang (medicinsanering) med revision af fortsat brug af præparater forbundet med risiko for kognitive (og neuropsykiatriske) bivirkninger. Her er bl.a. tale om følgende:

1. Præparater med antikolinerg effekt.
2. Morfinlignende.
3. Benzodiazepiner.

Egen læge bestiller baseline blodprøver med demensprofil, EKG og CT af cerebrum.

Den anden konsultation.

Vurdering af blodprøver, EKG og CT af cerebrum (bl.a. for normaltrykshydrocephalus hjerne-svulst o.l.). Behandling af reversible årsager til kognitive forstyrrelser. Hvis der fortsat er mistanke om demens, fremsender egen læge henvisning til den lokale demenslinik.

Sekundær sektor

Anamneseoptagelse, pårørendeinterview, udvidet batteri af kognitive test, vurdering af færdigheder. Der foretages udredning for reversible årsager til demens og i så fald behandling af disse. Der tages stilling til, om de centrale kriterier for demens er opfyldte. Der foretages supplerende undersøgelser i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen anbefalinger bl.a.: FDG-PET, Dat-SPECT, lumbalpunktur, amyloid-PET, MRI og/eller neuropsykologisk undersøgelse. I tilfælde af fortsatte diagnostiske udfordringer henvises til specialiseret regionsfunktion for demensudredning (Demenslinik Fyn).

6 Bilag

Bilag 6:

Bruger- og pårørendeinddragelse.

I denne samarbejdsaftales værdiafsæt beskrives vigtigheden af pårørendeinddragelse og brugerinddragelse i relation til indsatsen for borgere med demens.

Pårørendeinddragelse

Pårørende inddragelse bør generelt medtænkes i arbejdet med demensramte borgere, da der her kan hentes værdifulde ressourcer til at støtte den demensramte. Pårørende har ofte et dybdegående kendskab til den demensramte og vil i mange tilfælde have mulighed for at støtte ham/hende i hverdagen. Som konkrete eksempler er det vigtigt, at den/de pårørende kender til symptomer på demens, konstruktiv håndtering af demens, aktuel medicinering og eventuelle bivirkninger af aktuel medicinering. Videre kan pårørende med fordel medtage i planlægningen af medicinering og aktiviteter til den demensramte.

Der skal samtidig være opmærksomhed på, at pårørende kan blive udsat for en betydelig og langvarig psykosocial belastning, der bl.a. kan resultere i forringet helbred, social isolation, angst, stress- og sorgreaktioner, øget forbrug af medicin. Det anbefales, at der etableres tilbud, der kan styrke og støtte pårørende, såsom oplysning, rådgivning, aflastning og afløsning, sociale arrangementer og understøttelse af netværk.

Brugerinddragelse

Tidligere har der været en tendens til, at mennesker med demens blev set som passive modtagere af pleje og omsorg. En udvikling mod at flere borgere rammes af demens tidligere i deres liv samt en bedre forståelse af demenssygdommen har ført til et større fokus på brugerinddragelse som en del af demensbehandlingen. Dette skyldes, at borgere med nyligt stillede demensdiagnoser ofte stadig er aktive i samfunds- og hverdagslivet samt har væsentlige ressourcer at byde ind med.

Brugerinddragelse skal sikre demensramte personers lovgivningssikrede muligheder for at blive inddraget i valg, der vedrører fremtidig støtte, behandling og pleje, når de ikke længere selv er i stand til at overskue og træffe sådanne valg pga. fremskreden demenssygdom. Konkrete eksempler på dette tæller plejetestamente, fremtidsfuldmagt og behandlingstestamente.

Brugerinddragelse skal ske med udgangspunkt i den enkelte demensramte borgers aktuelle tilstand og situation, ligesom der skal være opmærksomhed på såvel ressourcer som belastninger ved inddragelse af pårørende.

Brugerinddragelsens formål og form beskrives nærmere af Nationalt Videnscenter for Demens på: <https://videnscenterfordemens.dk/da/pdf/node/633>

7 Bilag

Bilag 7:

Anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet - på baggrund af Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens 2020”

Faglige indsatser

Overordnet gælder, at kommunernes tilbud om nedenstående faglige indsatser, kan tilpasses den enkelte kommunes serviceniveau.

1.1 Sygepleje og omsorg

Sygeplejefaglige indsatser til borgere/patienter med demens er en bred samlebetegnelse, som spænder over en række forskellige indsatser, der kan tilbydes fra tidligt i sygdomsforløbet, hvor demensdiagnosen er blevet stillet, og hvor borgeren som regel er hjemmeboende, til pleje og omsorg resten af livet. Det går på tværs af kommune, sygehus, almen praksis og den øvrige praksissektor, og ved tilrettelæggelse af indsatsen er der behov for vurderinger og bidrag fra flere forskellige faggrupper.

Indsatserne skal være med til at understøtte borgeren/patienten med demens bl.a. i at orientere sig, huske og i det hele taget støtte og bevare borgerens/patientens identitetsfølelse med udgangspunkt i borgerens vaner, behov og ønsker. Der anvendes en række forskellige metoder i arbejdet med sygepleje inden for demensområdet. Eksempelvis kommunikationsmæssige og psykologiske metoder, der tager udgangspunkt i de udfordringer, borgere/patienter med demens typisk har. Indsatsen kan således både være relationsbaseret, bestå i nærvær og kommunikation og dels være hjælp til at klare hverdagens personlige fornødenheder og praktiske gøremål. En del af indsatserne kan også omfatte de fysiske rammer for borgeren/patienten, og drøftelse herom, som kan fremme trivsel og livskvalitet for borgeren.

Slutteligt er det en væsentlig del af opgaven, at sikre rettidig kommunikation af nødvendig information om borgeren/borgerens sygdomstilstand til de rigtige samarbejdspartnere. Anbefalede kommunikationsveje er beskrevet nærmere i selve samarbejdsaftalen for demensområdet.

Kompetencer

Helt overordnet skal fagpersonalet være i stand til at behandle demensramte borgere med værdighed. Dette indbefatter kompetencerne til at forstå demsens påvirkning på borgerens adfærd og anvende et individuelt helhedssyn på den enkelte demensramtes livsvilkår, ressourcer og udfordringer

Fagpersonerne bør, på forskellige niveauer, være kvalificerede til at kunne yde sygepleje og omsorg, samt at kunne observere og genkende symptomer på ændrede trivsels- og helbredstil-

stande eller funktionsevne, som f.eks. mennesker med demens typisk har, og reagere på disse. Fagpersonerne bør kunne tage udgangspunkt i en individuel og helhedsorienteret indsats samt arbejde ud fra en sundhedsfremmende tilgang, der bidrager til, at borgeren/ patienten oplever sammenhæng og kontinuitet. Videre skal fagpersonerne være i stand til at agere hensigtsmæssigt overfor udfordrende- såvel som udadreagerende adfærd.

1.2 Fysisk træning

Kommuner bør tidligt og løbende i forløbet vurdere den fysiske funktionsevne hos borgere med demens, for at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede tiltag med henblik på at vedligeholde den fysiske funktionsevne længst muligt.

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer til at træne og samtidig tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlekompetencer. Dette bør ske i samarbejde med borgeren og pårørende, eller ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud. Brug af standardiserede redskaber må ikke udelukke velovervejede individuelle løsninger, som giver mening og skaber værdi for borgeren. En individuel løsning kunne eksempelvis tage udgangspunkt i borgers allerede tilstedeværende tilknytning til sportsklub/hobby eller havearbejde. Lokale organisationer, såsom sportsklubber, kan med fordel involveres i planen om fysisk træning. I givet fald bør der tilbydes opkvalificering til den givne organisations personale i, hvad demens er samt hvordan man bedst agerer over for mennesker med demens.

Det anbefales, at der igangsættes overvejelser om fysisk træning i naturlig forlængelse af demensudredning. Særligt balance og faldrisiko bør vurderes for at kunne etablere relevante tilbud. Målet med fysisk træning er ikke kun at fastholde borgerens funktionsevne, bevægelighed, kredsløb og kondition, men også at støtte borgerens identitetsfølelse og livskvalitet.

Med henblik på at opnå effekt på gangfunktion, balance og daglig funktionsevne kan træningen inkludere styrke- og balancetræning. Træning i mindre grupper kan med fordel anvendes, idet det antages, at den sociale interaktion spiller en rolle for den samlede effekt af træningen. Tilbuddet bør endvidere tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet integreres i hverdagen, også efter tilbuddet er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livs lang. Det kan f.eks. gøres i samarbejde med foreninger, der har erfaring med at skabe sammenhængende forløb.

For inspiration til den fysiske træning henvises der i øvrigt til Sundhedsstyrelsens træningsguide med aktiviteter for mennesker med demens.

Kompetencer

Fagpersoner, der varetager fysisk træning, bør være kvalificerede til at kunne tilrettelægge og supervisere træningen og bør samtidig besidde verbale og nonverbale kommunikationskompetencer, for at kunne motivere og tydeliggøre, hvad træningen indebærer over for borgeren med demens.

Fagpersonen bør besidde pædagogiske kompetencer for at kunne instruere og rådgive på en måde, der understøtter fortsat træning, og bør kunne rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkeltes situation.

Derudover bør fagpersonen kunne rådgive om sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen. Læs mere herom i Sundhedsstyrelsens guide til fysisk træning og aktivitet for mennesker med demens.

1.3 Træning i hverdagsaktiviteter/helhedsorienteret rehabilitering

Denne målgruppe er ofte præget af nedsat eller manglende initiativ og skal til tider have støtte eller hjælp til at opretholde et basalt aktivitetsniveau i dagligdagen og i at mestre hverdagsaktiviteter. Det anbefales derfor, at kommunen tilbyder helhedsorienteret rehabilitering til demensramte borgere.

Helhedsorienteret rehabilitering dækker over en rehabiliteringsindsats, som tilrettelægges ud fra et mere bredt perspektiv på personens hverdagsaktiviteter og deltagelse i hverdagslivet.

Sådanne indsatser tager udgangspunkt i individuelle behov, præferencer og ressourcer og tilpasses personens samlede helbredssituation, herunder stadie af demenssygdom og demenssymptomer. Helhedsorienterede rehabiliteringsforløb skal ikke ses som en modsætning til hverdagsrehabilitering, men en mere udvidet tilgang til rehabilitering af mennesker med demens.

Det skal heller ikke ses som en rehabilitering, der sigter mod at forbedre demensramte borgers tilstand til samme niveau som før demenssygdommens indtraf. Formålet er derimod, så godt som muligt, at fastholde demensramte borgers kompetence til at varetage hverdagsaktiviteter samt leve et sundt og indholdsrigt liv til trods for demenslidelsen.

Helhedsorienterede rehabiliteringsforløb kan være rehabiliterende indsatser, som har til formål at understøtte eller forenkle aktiviteter eller skabe en mere hensigtsmæssig indretning af omgivelserne, så personen kan blive ved med at være aktiv – ikke blot i hjemmet, men også i fritidsaktiviteter og i samfundslivet generelt.

Det anbefales, at der tænkes meningsskabelse ind i den helhedsorienterede rehabilitering, således at borger fastholder kompetencen til at varetage de hverdagsopgaver og deltage i de fritidsaktiviteter, som skaber livsglæde for ham/hende. Dette kunne eksempelvis være de nødvendige kompetencer for at kunne koge æg, passe planter eller spille banko i den lokale forening. Brugen af standardiserede redskaber er her fin, men det skal ikke udelukke velovervejede individuelle løsninger, som giver mening og skaber værdi for borger.

Anbefalingerne om helhedsorienteret rehabilitering og fysisk aktivitet (benævnt under afsnit 1.2) bør understøtte hinanden. Der bør derfor være løbende fokus på at igangsætte og vedholde fysisk individuelt tilrettelagt træning for at fastholde den demensramte borgers funktionsevne, bevægelighed, kredsløb og kondition. Derfor anbefales det, at kommuner råder over et tilbud om træning af daglige gøremål i hjemmet.

Der kan læses yderligere om helhedsorienteret rehabilitering på Videnscenteret for Demens hjemmeside (se af 7. "Øvrig information/viden og kompetenceudvikling").

Kompetencer

For at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede hverdagsaktiviteter, bør fagpersonerne have kendskab til og kunne anvende borgerinddragelse, anvende standardiserede redskaber og observationer til vurdering af borgerens funktionsevne med henblik på at kunne supervisere og sammensætte individuelt tilpassede aktivitetstilbud af høj kvalitet. Derudover vil det være en fordel, hvis fagpersonen besidder evnerne til at tage den enkelte borgers livssituation i betragtning ift. at tilrettelægge træningen i hverdagsøvelser efter, hvad der skaber mest mulig livsglæde for borgeren.

Kompetencerne centrerer sig særligt om at skabe relationer, der understøtter og motiverer målgruppen i at udvikle deres kompetencer og bruge deres ressourcer til at skabe sig det bedst mulige liv. Læs mere herom i Sundhedsstyrelsens håndbog for fysisk aktivitet, samt Hvidbog om demens og socialpædagogik.

1.4 Medicinsk behandling

For beskrivelse/eksemplificering af god demensudredningsprocedure, og herunder igangsættelse af medicinering, henvises til bilag 5 "God demensudredning".

Som det beskrives nedenfor, har forskellig medicinering forskellige mulige bivirkninger. Det er centralt at pårørende kender til disse mulige bivirkninger og kan adskille dem fra symptomerne på demens.

Behandling med antidemens medicin

De medicinske behandlingsmuligheder ved visse typer af demens (Alzheimer, Lewy Body og Parkinson demens) omfatter kolinesterasehæmmere og memantin. Lægemidlerne virker symptomdæmpende og påvirker ikke de underliggende sygdomsprocesser. Lægemidlerne har oftest en stabiliserende eller let forbedrende effekt. De parallelforskyder udviklingerne af symptomer. Det er individuelt, om patienter overvejende har effekt på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) eller den generelle tilstand. Hos nogle patienter har kolinesterasehæmmere endvidere en mulig stabiliserende effekt på adfærdsmæssige- og psykiske symptomer.

Inden behandlingsopstart skal lægen informere patienten og pårørende om antidemens medicinens effekt samt mulige bivirkninger. Endvidere bør der udarbejdes en plan for opfølgning, så effekten af anti-demens medicinen og eventuelle bivirkninger følges regelmæssigt med justering af dosis ved behov. Opfølgningen bør ske minimum en gang årligt. Ved ændring i dosis eller ved ny ordination bør der ligeledes laves en plan for opfølgning. Behandlingseffekten bør vurderes i forhold til den forventede progression uden behandling. Herudover bør vurderingen tage højde for anden somatisk sygdom, større ændringer i levevilkår, social situation mv., der kan påvirke funktionsevneniveauet.

Som udgangspunkt er denne symptomdæmpende behandling den bedst stabiliserende behandling sammen med non-farmakologiske tiltag. Denne behandling før foretrækkes frem for anden adfærdsregulerende behandling.

Anden medicinsk behandling

Udover antidemens medicin kan der være behov for anden form for symptomatisk behandling ved forskellige demenssygdomme, herunder f.eks. parkinson-medicin ved demens med Lewy Body og blodpropsforebyggende behandling ved vaskulær demens. Nogle borgere/ patienter udvikler i forløbet af sygdommen andre behandlingskrævende tilstande som f.eks. depression eller epilepsi.

Medicinsk behandling af adfærdsforstyrrelser ved demens er ofte uden effekt og kan indebære betydelige bivirkninger. Plejemæssige, socialpædagogiske, psykosociale og miljømæssige tiltag bør derfor altid være førstevalget. Behandling med lægemidler bør kun iværksættes, hvis patienten på trods af anden behandling er forpint og/ eller udsætter sig selv eller andre for betydeligt ubehag eller fare. Medicinsk behandling bør altid være forudgået af en grundig udredning af årsagen til den ændrede adfærd, herunder eventuelle fysiske årsager, samt andre behandlings-tiltag, som bør fortsætte under den medicinske behandling.

Da adfærdsforstyrrelser ofte er situationsafhængige og derfor tidsbegrænsede, er det vigtigt med opfølgning af den iværksatte intervention, såvel medicinsk som ikke-medicinsk.

Medicingennemgang

Forudsætningen for en vellykket og sikker medicinsk behandling af ældre, og særligt patienter med demens, er regelmæssig gennemgang af den ordinerede medicin. Ældre er særligt sårbare over for bivirkninger og andre lægemiddelrelaterede problemer, og det er derfor essentielt at seponere lægemidler ved uacceptable bivirkninger, manglende effekt, eller når det ikke længere vurderes, at der er indikation for behandling.

Medicinsk behandling er ofte kompliceret, da der kan være problemer med f.eks. respons på behandling (adhærens) og besvær med at indtage medicinen. Inddragelse af pårørende og evt. plejepersonale er derfor essentielt for bl.a. observation og videreformidling, når der skal tages stilling til medicinsk behandling – både i forhold til opstart, den daglige behandling og ved seponering.

Kompetencer

Fagpersonerne, som varetager medicinsk behandling, skal besidde nødvendig lægefaglig viden og kompetence inden for demensområdet. Herunder specifikke kompetencer inden for kommunikation med demensramte borgere og deres pårørende. Derudover bør det lægefaglige personale kommunikerer præcist, rettidigt og forståeligt med relevante professionelle samarbejdspartnere.

1.5 Palliativ Indsats

Borgere/patienter med demens er en udsat gruppe, hvor der allerede fra diagnosetidspunktet skal være særlig opmærksomhed, når det drejer sig om at vurdere palliative behov og efterfølgende tilbyde palliative indsatser (8).

Der kan være palliative behov, der bør afdækkes i alle faser af demensforløbet, herunder eksempelvis spørgsmål vedrørende fremtidig behandling og pleje, hvor der bør tilbydes samtaleforløb mellem borgere/patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Vurdering af det palliative behov kan være særlig svær, når borgeren/patienten er i den terminale fase. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvis borgeren/patienten har så svær demens eller samtidig lider af andre alvorlige eller livstruende sygdomme, at det indebærer et behov for særlig palliativ indsats. Det anbefales, at vurderingen af, hvorvidt borgeren/patienten kan have palliative behov som minimum foretages, når diagnosen stilles, ved forværringer i sygdommen, ved sektorovergange samt ved andre begivenheder (f.eks. ændringer i den sociale situation, herunder eksempelvis hvis borgeren/patienten flytter i plejebolig, eller partneren bliver syg). Der findes ikke i dag et valideret redskab til denne vurdering, der dækker hele ovenstående område eller alle diagnoser.

Det er væsentligt at informere og/inddrage de pårørende ift. den palliative indsats.

Kompetencer

Fagpersonerne, som varetager palliative indsatser bør have kompetencer til at give god grundlæggende lægefaglig behandling, sygepleje, tilstrækkelig og tilfredsstillende lindring af symptomer, samt psykosocial og åndelig støtte og omsorg. Dette indebærer desuden pædagogiske evner til at tale om palliativ behandling og livstruende sygdom med borger og pårørende. Læs yderligere herom i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats.

1.6 Tandpleje

Målgruppen har øget risiko for tandsygdom i løbet af deres demensforløb. Dårlig tandsundhed kan forværre tyggefunktionen, som er afgørende for fødeindtag, ernæring og fordøjelse.

Dårlig tandsundhed kan også påvirke patientens adfærd og medføre ubehag og smerter. Smerter fra mundhule og tænder er særligt problematiske for patienter med demens, der kan have svært ved både at lokalisere smerterne og gøre rede for smerteoplevelsen.

Denne målgruppe er omfattet af tilbuddet om omsorgstandpleje. Det er et kommunalt visiteret tilbud om forebyggende tandpleje og behandling til voksne, der på grund af deres helbred kun vanskeligt kan gøre brug af de sædvanlige tandplejetilbud. Hvis borgeren bor i plejebolig, foregår det via personalet, og hvis borgeren bor i eget hjem, er det hjemmeplejen eller bopælskommunens lokalcenter, der skal rette henvendelse til kommunen.

Er det mere end seks måneder siden, borgeren har været til tandpleje, og personens egenomsorg er nedsat, kan der aftales et rutinemæssigt tandeftersyn. Her kan tandlægen/tandplejeren lægge en samlet mundplejeplan for, hvordan der bedst tages vare på tænderne. Borgere/patienter med demens har ofte nedsat evne til egenomsorg, hvorfor nogle bør gå oftere til tandpleje end normalbefolkningen, for at få rensset tænder og forebygge huller. Det anbefales derfor, at tandpleje skrives ind i plejeplanen, så der er opmærksomhed på mundhygiejne.

Ud over besøg til omsorgstandplejen er det væsentligt at plejepersonalet, som har daglig omgang med demensramte borgere, er opmærksomme at sikre en systematisk tilgang til regelmæssigt at få undersøgt borgerens mundhygiejne som en del af den almindelige plejeindsats.

Kompetencer

Det er væsentligt at omsorgstandplejen, som varetager behandling af borgere med demens, har indblik i demenssygdommen og dens adfærdsmæssige konsekvenser for demensramte borgere. En god forståelse af sygdommen og dens symptomer kan lette behandlingen af den demensramte borger for både tandplejepersonalet og borgeren. Det er ligeledes væsentligt at plejepersonalet besidder denne indsigt, samt indblik i metoder som kan lette proceduren for inspektion af mundhygiejne i hverdagen.

Det anbefales, at kommunens demenskoordinationsfunktion forestår opkvalificering af omsorgstandpleje ift. håndtering af borgere med demens.

Det anbefales, at omsorgstandplejerne underviser plejepersonalet i væsentligheden af mundhygiejneinspektion samt giver metoder til at håndtere denne procedure, så plejepersonalet selvstændigt kan håndtere det på en god og værdig måde.

1.7 Ernæring

Målgruppen er i risiko for at udvikle underernæring og ikke planlagt vægttab. Underernæring kan være resultatet af, at mennesker med demens glemmer at købe ind, ikke kan overskue at lave mad, glemmer at spise, spiser for ensformigt eller ikke føler sult. Flere har ofte problemer med fødeindtagelse, synke-funktion og/eller vanskeligheder med at spise og drikke. Desuden har mennesker med demens ofte ændret appetit og besvær med at koordinere bevægelser, som f.eks. at skære mad ud eller føre den til munden, og kan derfor have svært ved at spise selv. De kan desuden have svært ved at tolke spisesituationen og forstå, hvad der skal spises, og hvordan det skal spises. Når alle disse risikofaktorer sammenholdes, opstår der øget risiko for underernæring og ikke planlagt vægttab, hvilket på sigt kan betyde tab af muskelmasse og nedsat funktionsevne, komplikationer til sygdommen og indlæggelse.

Det er derfor vigtigt, at kommunen, som en del af generel kostvejledning, systematisk monitorer vægten, og at kommunen løbende foretager en ernæringsvurdering, således at underernæring, dehydrering og ikke planlagt vægttab opspores så tidligt som muligt. Det er ligeledes vigtigt, at der tages stilling til, hvilken støtte borgeren og evt. pårørende skal have, for at kunne indfri målene i ernæringsplanen. Kommunen fastlægger ernæringsplanen som en del af den individuelle diætbehandling. Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kost-anamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplan. Ernæringsplanen fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der eventuelt suppleres af ernæringsdrikke, f.eks. ved ikke planlagt vægttab.

Pårørende kan også være i risiko for ikke planlagt vægttab. Denne risiko overses ofte, idet sundhedsprofessionelle ofte er mere opmærksomme på den ernæringstilstand for borgeren/patienten med demens end den pårørendes.

Opmærksomhed på kost/ernæring kan med fordel være en del af den tidligere opsporing af borgere med demenslidelser.

Kompetencer

Fagpersonerne, som varetager ernæringsindsats, bør være kvalificerede til at give god kost- og ernæringsvejledning.

Læs yderligere om ernæringsindsats i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Ernæringsindsatsen kan ofte med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle

Sundhedspersonale bør være opmærksom på at underernæring og ikke planlagt vægttab kan være en muligt tegn på udvikling af demens.

1.8 Kognitiv stimulationsterapi

Målgruppen er ofte udfordret af at de, i ikke så høj grad som tidligere, deltager i grupper, hvor de udfordres af aktiviteter, der kræver tænkning, evne til koncentration og hukommelse m.v. Kognitiv stimulationsterapi er en evidensbaseret psykosocial intervention, der indebærer et struktureret gruppeforløb med et bredt spektrum af aktiviteter, som sigter mod stimulering af kommunikation og kognitive funktioner, bl.a. hukommelse og koncentration. De konkrete aktiviteter lægger op til, at hjernens funktioner aktiveres og dermed stimuleres. Det foregår bl.a. via deltagernes gruppedrøftelser af aktuelle og tidligere begivenheder og emner, samt samarbejde om kreative aktiviteter som f.eks. ordlege, spil, musik, mv.

Kompetencer

Medarbejdere som udøver kognitiv stimulationsterapi, bør som udgangspunkt have kompetencer til at udøve struktureret og systematisk træning af de specifikke kognitive domæner, f.eks. hukommelse, opmærksomhed, sprog eller forarbejdningstempo.

1.9 Musikterapi

På trods af demens kan evnen til at synge, danse eller nyde musik for mange være velbevaret. Derfor kan der bruges musik i aktiviteter og i terapi til målgruppen. Ved musikterapi bruges musikken som en kontaktform, der kan gå bag om sproget, hvilket har til formål at samværet og behandlingen er på modtagerens præmisser. Musikken tilpasses og udvælges med udgangspunkt i den enkeltes målsætning, og behandlingen kan tilbydes uanset hvilket stadie, de befinder sig på. Den musikterapeutiske indsats og aktiviteter tilrettelægges i samarbejde med pårørende og medarbejdere og ud fra den enkeltes præferencer. Musikterapien stimulerer med en positiv og ubetinget kontakt og bibeholder positive erfaringer med musik. Et musikterapeutisk forløb rettes endvidere mod at identificere aktiviteter eller handlemåder, hvor pårørende og/eller medarbejdere kan videreføre det musikalske nærvær i dagligdagen.

Musikterapi kan muligvis anvendes som en del af en palliativ indsats.

Kompetencer

Indsatsen kan varetages af fagpersoner som er kvalificerede til at understøtte at pårørende og/eller medarbejdere inddrager eller viderefører musikaktiviteter, musikalsk nærvær og brug af sang og musik i plejesituationer. Egentlig musikterapi varetages af uddannede musikterapeuter.

Region Syddanmark
Damhaven 12. 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000
regionsyddanmark.dk

De 22 kommuner i Region Syddanmark

Status på behandling og tilslutning til samarbejdsaftale om IV-behandling i nærmiljøet

Status per 9. november 2021, af de tilbagemeldinger sekretariatet har fået

Kommune	Under behandling / færdigbehandlet	Tilslutter: Ja/Nej
Assens		Ja
Billund		Ja
Esbjerg		Ja
Fanø		Ja
Fredericia		
FMK		
Haderslev		Ja
Kerteminde		Ja
Kolding		
Langeland		Ja
Middelfart		Ja
Nordfyns		Ja
Nyborg		Ja
Odense		Ja
Svendborg		Ja
Sønderborg		
Tønder		
Varde		Ja
Vejen		Ja
Vejle		
Ærø		Ja
Aabenraa		Ja
Kommuner tilsluttet i alt		16



**Afdeling/
Følgegruppe:**

Journal nr.:

Udarbejdet af:

E-mail:

Telefon:

Dato:

Følgegruppe for forebyggelse

20/1422

Følgegruppens sekretariat

abk@rsyd.dk

30-08-2021

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. monitorering af KOL og diabetes

Baggrund

Det Administrative Kontaktforum har haft en strategisk drøftelse af monitoreringsindsatser i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023, hvilket har ledt til igangsættelse af en undersøgelse vedrørende, hvordan og i hvilket omfang forløbsprogrammerne for KOL og diabetes bedst kan monitoreres. Følgegruppen for Forebyggelse har i løbet af 2021 indhentet input fra de lokale samordningsfora og implementeringsgrupper ift., hvilke effektmål, der allerede måles på og hvordan de anvendes, samt hvad der skal til for at monitorering vil have gavn i praksis. I tilbagemeldingerne fremgår det, at implementeringen af forløbsprogrammerne er godt i gang og at der måles på mange af de samme effektmål på tværs af kommuner og sektorer. På baggrund af disse input besluttede Følgegruppen for forebyggelse den 18. august 2021 at nedsætte en tværregional arbejdsgruppe til at bearbejde de tværgående effektmål på et aggregeret niveau, der viser effekten af forløbsprogrammerne for hhv. KOL og diabetes.

Formål med arbejdsgruppen

Formålet med arbejdsgruppen er at give en status på de eksisterende tværgående effektmål inden for KOL og diabetes, med udgangspunkt i inputtene fra de lokale samordningsfora og implementeringsgrupper. Det er vigtigt, at der anvendes eksisterende effektmål, som viser effekten af forløbsprogrammerne for hhv. KOL og diabetes.

Arbejdsgruppens opgaver

- Med udgangspunkt i inputtene fra de lokale samordningsfora og implementeringsgrupper udvælger tværgående effektmål for forløbsprogrammerne, som kan bearbejdes og præsenteres på Følgegruppens først kommende møde i 2022.
- At udarbejde en plan for den videre monitorering af forløbsprogrammerne KOL og diabetes.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af relevante repræsentanter udpeget af hver implementeringsgruppe. Det vægtes højt, at arbejdsgruppens medlemmer har de relevante kompetencer inden for databearbejdning.

Arbejdsgruppen består af følgende medlemmer:

- 4 repræsentanter fra implementeringsgrupperne - én fra hvert SOF område og ligelig fordeling mellem regionale og kommunale repræsentanter.
- 2 repræsentanter fra kompetencegruppen for monitorering – en regional og kommunal. Evt. inddragelse ad hoc.

Arbejdsgruppen skal udpege en formand blandt repræsentanterne i arbejdsgruppen og arbejdsgruppen betjenes af to sekretærer (hhv. en regional og en kommunal). Sekretærerne har

ansvaret for at indkalde til møder. Ved behov kan arbejdsgruppen ad hoc inddrage relevante fagpersoner.

Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for forebyggelse og den fungerer indtil der er givet en status på de tværgående effektmål og udarbejdet en plan for fremtidig monitorering af forløbsprogrammerne.



Afdeling/ Sundhedsplanlægning /
Følgegruppe: Følgegruppen for
Forebyggelse
Journal nr.: 20/1422
Udarbejdet af: Kirsten Frost Lorenzen
E-mail: KLF@rsyd.dk
Telefon: 21 59 81 52
Dato: 30-09-2021

Kommissorium for udarbejdelse af ny Ammepolitik

Baggrund og formål

Det er veldokumenteret at amning har adskillelige gavnlige effekter for barn og mor, og det på både kort og langt sigt. 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.

I Region Syddanmark og på tværs af fagligheder og sektorer har der gennem mange år været fokus på at understøtte et velfungerende ammeforløb for familierne. De kommende familier forberedes allerede under graviditeten, og støttes i timerne efter fødslen og i barselsperioden af fageksperter, herunder bl.a. sundhedsplejersker, jordemødre, sygeplejersker og egen læge.

I 2012 blev der udarbejdet en fælles ammepolitik mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske Kommuner. Politikken blev bl.a. udarbejdet med det formål at kvalificere og ensarte den støtte og omsorg der gives i forbindelse med amning. Ligeledes har ammepolitikken været med til at understøtte, at der på tværs af sektorer og fagligheder har været et ensartet sprog omkring amning. Dette har været givtigt for kvinden og hendes familie.

Idet der siden 2012 er kommet ny viden på området bl.a. pga. forskning mm. vurderes det, at der er behov for at gennemgå den eksisterende Ammepolitik og revidere denne på baggrund af den nyeste viden.

Det er vurderingen, at det fortsat er meget relevant at have en fælles ammepolitik, og at dette vil være til gavn for både de fagprofessionelle samt kvinden og hendes familie. Ligeledes er det et indsatsområde i Region Syddanmarks nye fødeplan, hvor regionen i samarbejde med kommunerne ønsker at styrke familierne til et bedre ammeforløb.

Formål

Den nye Ammepolitik skal udarbejdes på baggrund af eksisterende Ammepolitik (2012), men skal revideres og opdateres i henhold til nyeste evidensbaserede viden og bedste faglige praksis.

Målet er at alle familier i Region Syddanmark, uanset hvor de er bosat samt på tværs af fagligheder og sektorer, modtager omsorg, støtte, vejledning og behandling af høj faglig og ensartet kvalitet og som er individualiseret familiens ønsker og behov, samt det enkelte barns tilstand og udvikling.

Målgruppe og leverancer

Ammepolitikken er målrettet sundhedsprofessionelle, der i deres arbejdsvirke bl.a. har til opgave at støtte den gravide og hendes familie til et godt ammeforløb.

Den nye ammepolitik forventes bl.a. at indeholde følgende:

- Baggrund og status på området
- Formål og mål
- Begrebsafklaring og definitioner
- De sundhedsprofessionelles kompetencer
- Det tværfaglig og tværsektorielle samarbejde
- Monitorering og kvalitetssikring
- Referencer

Ammepolitikken vil være tilgængelig på Region Syddanmarks hjemmeside, hvorfra den kan downloades. Ligeledes vil den reviderede ammepolitik kunne indgå som en del af den årlige temadag Region Syddanmark afholder jf. fødeplanen.

Organisering

I regi af Følgegruppen for Forebyggelse nedsættes en arbejdsgruppe med fageksperter på området. Der udpeges følgende til arbejdsgruppen:

- 1-2 repræsentanter fra hvert fødested (jordemoder og/ eller sygeplejerske – herunder udpeges en medformand).
- 1 repræsentant fra Det gynækologiske- obstetriske specialeråd
- 1 repræsentant fra det pædiatriske specialeråd
- 4 repræsentanter fra den kommunale sundhedsplejerske (gerne en fra hvert SOF område – herunder udpeges en medformand)
- 1-2 brugerrepræsentanter
- Sekretariat der betjenes af hhv. en kommunal og regional repræsentant

Det forventes, at der afholdes 3-5 møder i arbejdsgruppen. Møderne kan tilrettelægges, så der er mulighed for virtuel deltagelse.

Ammepolitikken skal godkendes af Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Ammepolitikken skal sendes i høring i Fødeplansudvalget.

Proces

Periode	Indhold
1. halvår 2022	Nedsættelse af arbejdsgruppe og planlægning af mødedatoer
2. halvår 2022	Udarbejdelse af ny ammepolitik
1. halvår 2023	Høring og godkendelse
2. halvår 2023	Implementering

Kommunernes økonomi

DAK d. 3. november 2021

Lov om kommunal udligning og generelle tilskud til kommuner

Kommunernes finansiering

- 2/3 stammer fra **skatteopkrævning** og øvrige indtægter samt en 1/3 fra **statslige tilskud**
- **Økonomiaftalen** giver rammerne for det pågældende år

Kommunernes budgetter

- Forslag til **kommunens årsbudget** for det kommende regnskabsår udarbejdes af **økonomiudvalget** til kommunalbestyrelsen

Lov og cirkulæreprogrammet

- Indeholder de **lovændringer**, som kommunen bliver **DUT-kompenseret** for (Det Udvidede Totalbalanceprincip)

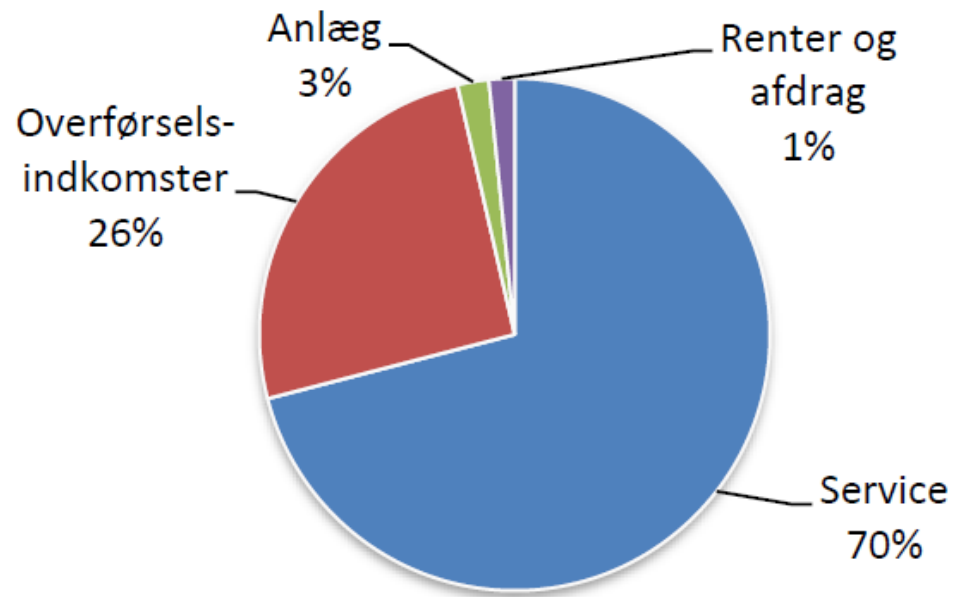
Aftale om tilskuds- og udligningsreform

Med virkning fra 2021 er der sket en grundlæggende omlægning af det kommunale tilskuds- og udligningssystem.

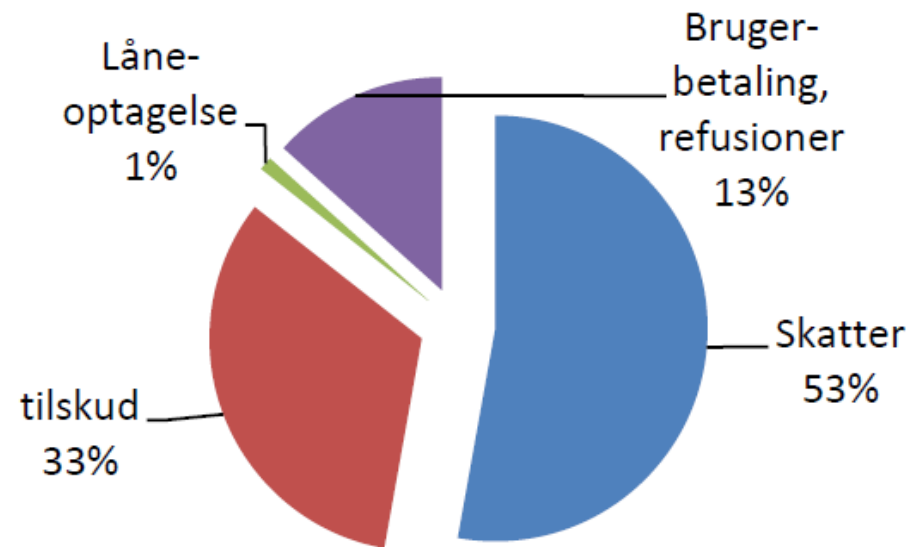
- Indarbejdelse af **beskæftigelsestilskuddet** i bloktilskuddet, der fremover fordeles efter **indbyggertal**
- Halvering af **udlændingeudligningen**
- Nyt kriterium for **middellevetid**
- Udligning af udgiftsbehov og beskatningsgrundlag i form af en **nettoudligningsordning** mellem kommuner
- Nyt tilskud til **udsatte hovedstadskommuner**
- Afskaffelse af tilskud til kommuner med **højt strukturelt underskud**
- Afskaffelse af **betalingskommunefolketal** i bloktilskudsfordelingen
- **Overligningsordningen** tilpasses
- Nye tilskud til udsatte **yder- og ø-kommuner**
- Kompensationsordning for **tab og overgangsordning**
- Mindre ændring i udligning af **selskabsskatten**
- Ny udligning af **dækningsafgift** på offentlige ejendomme
- Justeret modregningsordning for **parkeringsindtægter**
- Forhøjelse af **særtilskudspuljen**
- Særtilskud til **grænsenære kommuner, ø-kommuner og kommuner med boligområder med særlig høj kriminalitet**
- **Skattemodel** til uændret kommunal skat og målrettet skattenedsættelser til kommuner med de højeste udskrivningsprocenter
- Nedsættelse af skatteindtægtsdelen for **selskabsskatter fra 15,24% til 14,24%**
- Tilpasning af den **centrale refusionsordning** for særlig dyre enkeltsager på socialområdet
- Tilskud til kommuner med **tab som følge af manglende oplysninger om medbragt uddannelse**

Økonomifordeling i en eksempelkommune

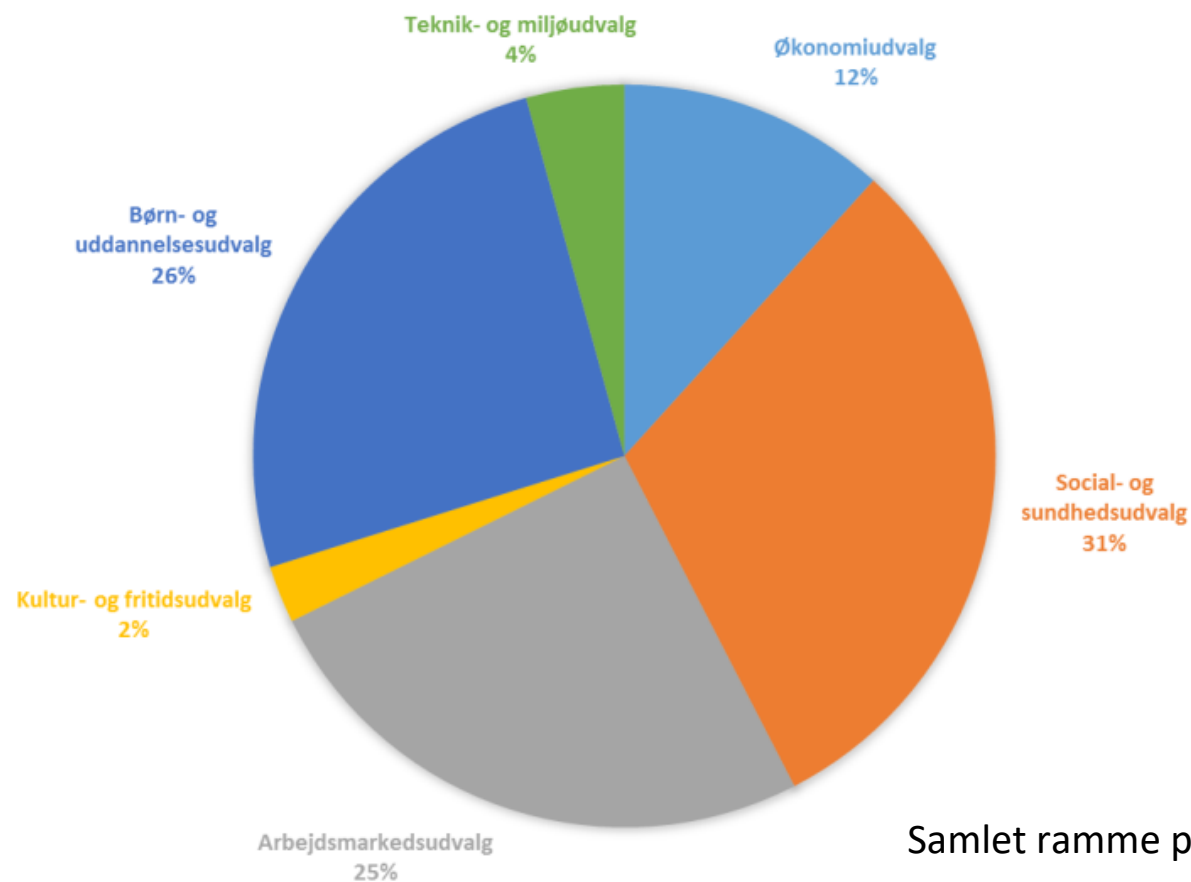
Udgifter



Indtægter



Fordeling af service- og overførselsindkomstsudgifter



ØA 2022 – resumé

- Den kommunale **serviceramme hæves med 1,4 mia. kr.** ift. sidste års aftale og udgør i **2022 samlet set 275,4 mia. kr.**
- Kommunernes **anlægsinvesteringer udgør 19,9 mia. kr.** Heraf er 1 mia. egenfinansiering.
- Kommunernes **overførselsudgifter** inkl. udgifter til forsørgelse og aktivering af forsikrede ledige vil udgøre **96,8 mia. kr. i 2022.**
- Kommunerne kompenseres for i alt **0,9 mia. kr. i 2021** for mer- og mindreudgifter til håndtering af **Covid-19**

Balance for kommunerne i 2022

Mia. kr., 2022-pl	Aftale
Serviceudgifter, netto	275,4
Aktivtetsbestemt medfinansiering	23,6
Overførsler	96,8
Bruttoanlæg (ekskl. ældreboliger)	19,9
Øvrige udgifter	0,9
Udgifter i alt	416,6
Skatteindtægter	-315,0
Bloktilskud mv.	-101,0
- Heraf betinget bloktilskud	-4,0
Øvrige indtægter	-6,8
Indtægter i alt	-422,8

ØA 2022 – Det specialiserede område (1)

Målrettet styring og prioritering af det specialiserede område

- Kommunerne skal have fokus på at **styre og prioritere udgiftsudviklingen** i samspil med høj socialfaglighed
- **Evaluering af det specialiserede socialområde** med inddragelse af KL og Danske Regioner
- Kommunerne skal sikre **sammenhæng mellem de sociale indsatser og indsatserne på beskæftigelses-, undervisnings- og ældreområdet**
- Sikre en **større effekt i den sociale indsats**
- Nedsætte et **ekspertudvalg** på socialområdet

Enklere regler og mere fokus på kernevelfærd

- Skabe rammerne for, at **medarbejdernes faglighed** kan sættes bedre i spil
- **Enklere regler** skal styrke borgernes retssikkerhed
- **Forenkle merudgiftsydelsen**
- Afdække hvordan **dokumentationen** har udviklet sig de seneste 10 år

Helhedsorienteret indsats for borgere med komplekse problemer

- En kommende **hovedlov om en helhedsorienteret indsats** for borgere med komplekse problemer
- Flere borgere skal mestre eget liv og komme i beskæftigelse i kraft af **større frihed til at tilrettelægge indsatsen**

ØA 2022 – Det specialiserede område (2)

Styrket retssikkerhed

- Partnerskab om tillid og **retssikkerhed på handicapområdet**

Børnene Først

- Med aftalen **Børnene Først** sættes der fokus på indsatsen for udsatte og anbragte børn og unge. Gennem **implementering af Barnets Lov**

Hjemløse

- En grundlæggende omstilling af indsatsen på hjemløseområdet, så flere opnår **egen bolig efter Housing First-princippet**
- Præsentation af et udspil der skal nedbringe hjemløsheden ved at give **adgang til flere billige boliger**
- Initiativ til en **analyse af brugen af herberger** herunder målgrupper, udgifter og kapacitet på området

ØA 2022 – Sundheds- og ældreområdet

10-års plan for psykiatrien

- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg. Danske Regioner og KL inddrages fortsat i arbejdet med **regionalt forankrede modeller for behandlingen af borgere med dobbeltdiagnoser**

Bedre bemanning

- **500 mio. kr. årligt til at understøtte en værdig ældrepleje** gennem bedre bemanning i hjemmeplejen og på plejehjem, plejecentre og friplejehjem omlægges til bloktilskuddet fra 2022. Midlerne skal fortsat prioriteres til bedre bemanning i ældreplejen

Opfølgning på Ældretopmødet

- Arbejde med udfordringer og videreudvikling af ældreplejen, med borgerens behov i centrum. I seks faglige spor; **nærhed i omsorg, tilsyn og læring, veje til inddragelse af pårørende, rekruttering, kvalitet og kompetenceudvikling samt faglig ledelse**

Opfølgning på ensomhed blandt ældre

- Fokus på **bekæmpelse af ensomhed** blandt ældre

Initiativretssag – ønske om etablering af fælles postkasse til at gøre opmærksom på uhensigtsmæssigheder i det tværsektorielle samarbejde

RESUMÉ

Bo Libergren, formand for Sundhedskoordinationsudvalget, ønsker med nærværende punkt at anvende sin initiativret til at fremsætte et ønske om, at der etableres en adgang for borgere/patienter til at gøre opmærksom på områder, hvor det tværsektorielle sundhedssamarbejde ikke fungerer optimalt samt at der igangsættes en kampagne om, at dette er en mulighed.

Formålet hermed er at sikre, at politikerne bliver opmærksomme på, hvor det ikke fungerer optimalt og på den måde kan igangsætte forbedringer, der kan sikre en bedre sammenhæng for de næste patienter.

Sagsfremstilling

Bo Libergren, formand for Sundhedskoordinationsudvalget, ønsker jf. § 2, stk. 3 i Forretningsordenen for Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark at anvende sin initiativret til at fremsætte forslag om, at der etableres en adgang for borgere/patienter til politikerne i Sundhedskoordinationsudvalget, hvor de kan gøre opmærksom på uhensigtsmæssigheder i deres tværsektorielle forløb.

Løsning og konsekvenser

Der stilles forslag om, at der etableres en særlig mailadresse/postkasse, som patienter/borgere kan rapportere til, hvis de oplever forløb mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger, som ikke fungerer optimalt. Betjeningen af postkassen foreslås varetaget i et samarbejde mellem Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og regionshuset, som derefter løbende vil fremlægge sagerne for Sundhedskoordinationsudvalget.

I forbindelse med etableringen af postkassen/mailadressen stilles der forslag om, at der iværksættes en kommunikationskampagne.

Bo Libergren uddyber sagen nærmere på mødet.

INDSTILLING

Bo Libergren indstiller, at Sundhedskoordinationsudvalget

- Drøfter ovenstående forslag vedr. etablering af postkasse/mailadresse, hvor borgere/patienter kan indsende eksempler på tværsektorielle forløb, som ikke har forløbet optimalt.

BESLUTNING I SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET DEN 27-10-2021

Bo Libergren indledte punktet med at orientere udvalget om bevæggrundene for

forslaget, nemlig et ønske om at etablere en adgang for borgere til at fortælle om tværsektorielle forløb, som ikke fungerer hensigtsmæssigt, men hvor der ikke er tale om egentlige klager eller utilsigtede hændelser.

Det blev i drøftelsen af forslaget pointeret, at hvis der arbejdes videre med en sådan løsning, så er det meget vigtigt, at det ikke er noget, der stiller borgerne nogle forventninger i udsigt, som ikke kan indfries. Ligeledes er det vigtigt, at det bliver tydeligt for borgeren, hvad man kan opnå ved at rette henvendelse og i særdeleshed, hvad man ikke kan opnå – herunder medhold i klage mv.

Det blev besluttet, at administrationen, såvel den kommunale som den regionale, udarbejder et konkretiseringsforslag, herunder også det tværsektorielle administrative ressourcetræk, og forelægger dette for Sundhedskoordinationsudvalget i det nye år.



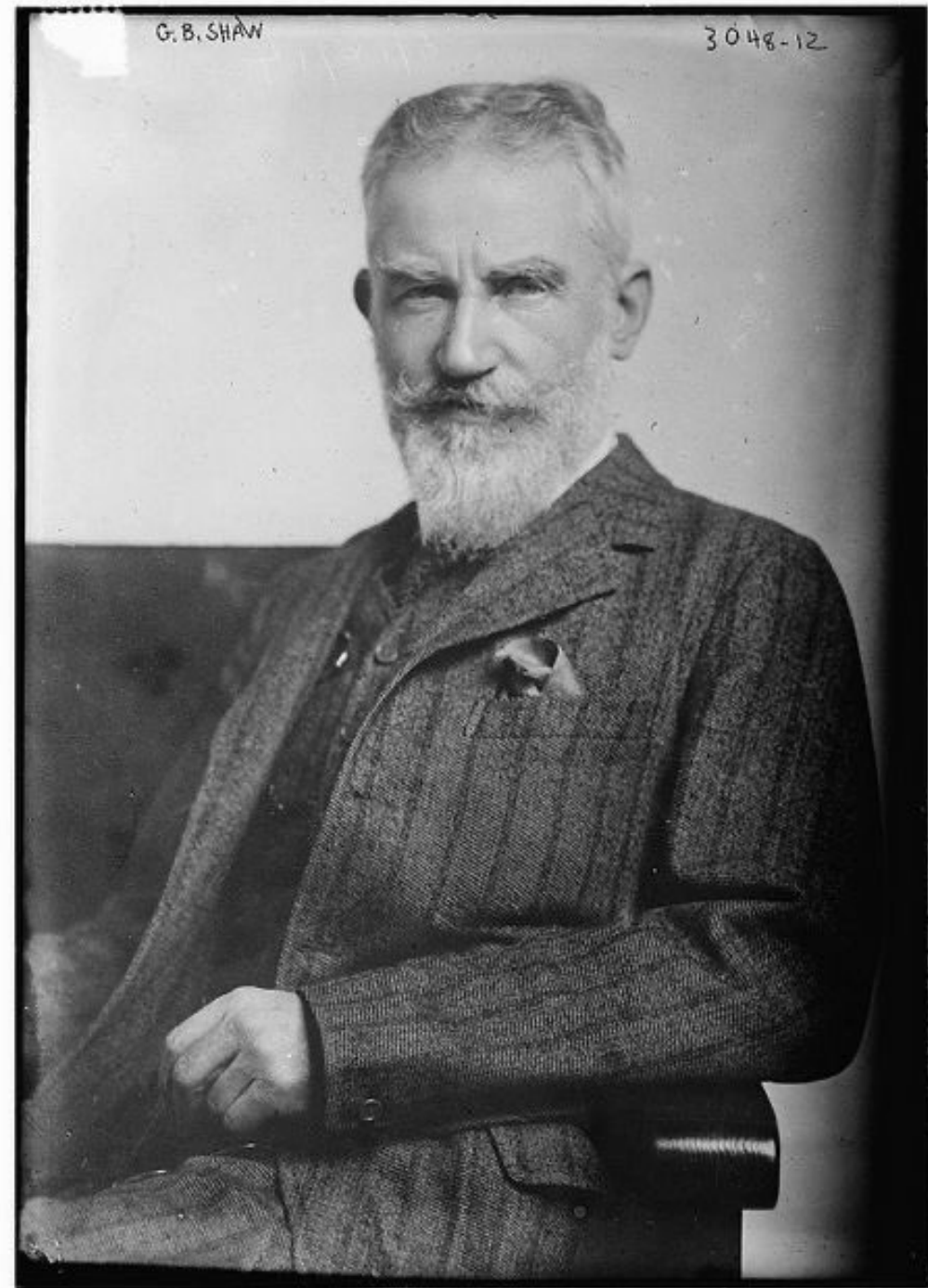
Sprog er ikke til at spøge med

COVID kommunikation & etniske minoriteter

“Det største
kommunikationsproblem er
illusionen om at den har
fundet sted”

(George Bernhard Shaw)

Sundhedskommunikation handler ikke om at gøre afsenderen tilfreds, men om at få modtagerne til at ændre adfærd – hvis det ikke sker, så er der ikke kommunikeret. Selvom du synes du har gjort en kæmpe indsats, så kunne du med samme effekt have gravet et hul hjemme i haven & fyldt det op igen.



En praktiserende læge i Norge blev træt af myndighedernes mangelfulde kommunikation, om H1N1 ("svineinflunza")

Nej!

Du kan ikke få svineinfluenza ved at spise svinekød

Vaccinen indeholder ikke svinekød

Vaccinen er ikke et amerikansk våben

Vaccinen gør ikke mænd impotente

Vaccinen ødelægger ikke kvinders mulighed for graviditet

Og den øger ikke risikoen for abort

Så: tag nu vaccinen!

Poster på fordøren til en pakistansk-norsk praktiserende læge, Zahid Mukhtar , Alna, Norway

Kilde:

Daniel Præstø Økland, master afhandling. Svin! Svin! En studie av norske helsemyndigheters risikokommunikasjon under "svineinfluenza"-pandemien i 2009. NORGES HANDELSHØYSKOLE. Bergen, våren 2011

Centrale temaer

- Begrebsdannelse og værdier: Sprog og modersmål
- Identifikation og spejling
- Sygdomme, behandlinger og vaccination – nissen flytter med
- Primær tilknytning: hjemland, begge eller Danmark
- Udskamning, skyld og skam
- Gruppetænkning
 - Hvor var i før COVID?
 - Ikke vores sygdom, ikke vores problem
 - Ikke vores vaccine, ikke vores problem
- Misinformation har særlig betydning
- Misinformation har konkrete oprindelser
- Facebook er det mest troværdige medie...i hjemlandet
- Ingen first-movers i minoritetsmiljøer
- Familien som mindste beslutningsenhed
- De fertile i restgruppen...
- Ikke vacciner i sig selv

Sure appelsiner & buede frugter



Information virker på andre måder end vi tror
hvis vi ikke *checker* det



COVID19 DISTANCING GUIDE

MIN. 1,5 / 2 M



Øh – hvor lang er en afstand?

Danske corona begreber er ikke globale – de centrale epidemibegreber er kontekstafhængige

- Begreber
- Smitte
- Afstand
- Syg, rask, smittebærer, symptomfri
- Tage sig sammen
- Hør efter
- Nærmeste familie
- Venner
- Virus
- Pandemi
- What's in a name...

Det er for sent at kommunikere når der er panik

Mennesker der er bange tager angstprægede **ulogiske beslutninger**

Mennesker med korte uddannelser tager **kortsigtede beslutninger**

Mennesker der er økonomisk dårligt stillede **mangler overskud til strategiske beslutninger**

Vi lærer at være syge og sætte ord på følelser
som børn



sprogforum

tidsskrift for sprog- og kulturpædagogik
nummer 43, oktober 2008

tema

førstesproget som ressource

“Netop modersmålet er fundamentet for tilegnelsen af andre sprog. Uden en begrebsverden og et vist kendskab til nuancerne inden for sit eget sprog kan man ikke tilegne sig en begrebsverden inden for et fremmedsprog.”

Undervisningsministeriets vejledning til “Undervisning i dansk af danske børn bosat i udlandet”.



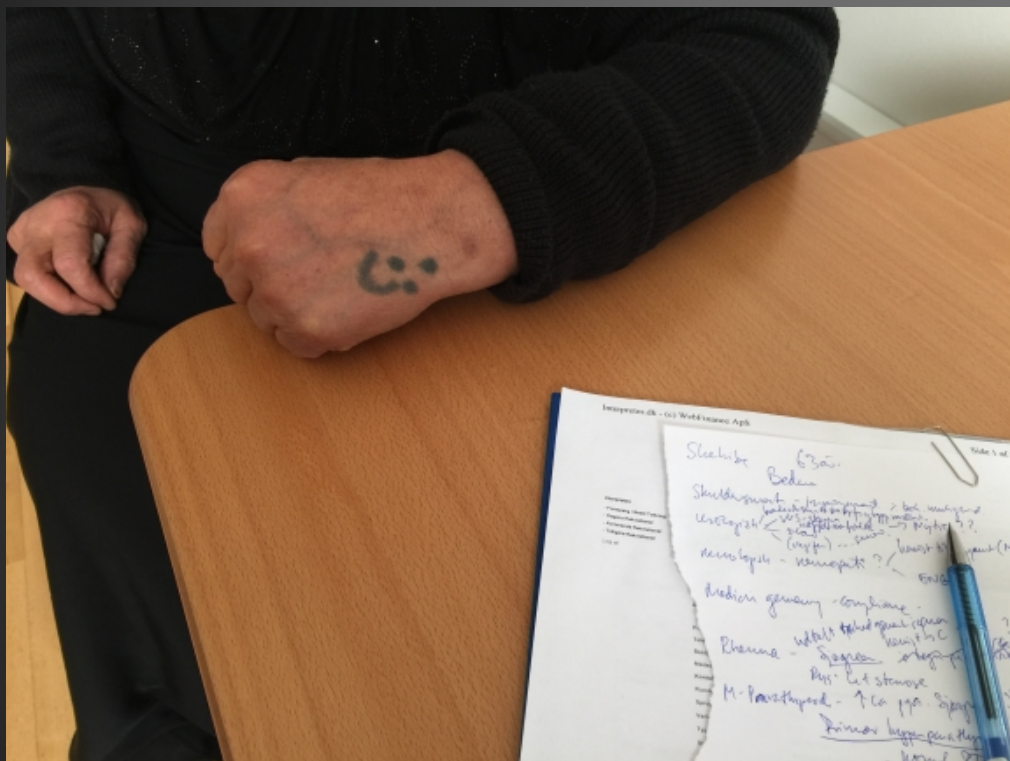
Jeg kan ikke tale med min
søn...han taler et dårligt
arabisk...og mit dansk er ikke
godt

Ægtepar.....børn....forældre....generationer

Sprog 1.0 og 2.0

- Kommunikerer ikke bare mening – **sprog former** og modellerer mening
- **Mening bearbejdes og giver samlet mening** på første sproget men ikke nødvendigvis på andet sproget
- Mange **almindelige ord** på modersmålet eksisterer ikke på andet sproget

45 % af fagfolks ord er gråzoneord



foretager, det udvalgte, konsekvensen, kredsløbet, nedsat kondition, iltoptagelsen, vævene, forebygge, dehydrering, væskeregistrere, væskeindtag, ved mistanke om, øge risikoen for udvikling af, forebyggende element, ordinere, behandling

Sprogforum nr. 44, 2008, 17-25

Türkmen, Helene. "Gråzonesprog og flersprogethed: nogle gange kan man godt noget, man ikke kan!." *Fokus-på dansk som andetsprog for voksne* 67 (2016): 22-25.

Lund, Karen. "Kompleksiteten i akademisk sprogbrug belyst ved modelanalyser." *Sprogforum. Tidsskrift for sprog-og kulturpædagogik* 22.63 (2016).

Svensson, I., and B. Michelsen. "Gråzonesprog og klar tale-Materiale-og øvelsessamling til faglærerens arbejde med fagsproget bygge og anlæg." UVM <http://www.brugforalleunde.dk/~media/BFAU/Filer/PDF/Materialer%20Fakato/Graazonesprog/120822%20GRAAZONEDANSK%20BYGGE%20OG%20ANLAEG%20faktaark.pdf> (2012).

Sodemann. Det du ikke ved får patienten ondt af. Kapitel 13. Eget forlag 2021. www.ouh.dk/laerebog

Sprog er ikke til at spøge med

- 50 % af flygtninge opnår moderate sprogkunderskaber på dansk efter 10 år
- 10 % har ingen danske sprogkunderskaber efter 10 år
- 20 % af arabiske tolke havde acceptabel sprogbeherskelse af begge sprog
- En del mister kunderskaber på modersmålet samtidig med at de har sparsomme danskkunderskaber
- Samme etniske gruppe har forskellige grader af andetsprogskompetencer i forskellige lande (Somaliere, Burmesere, Irakere bedre i Tyskland end i Danmark)
- Danmark er signifikant dårligere end andre lande til at øge flygtninges sprogkompetencer
 - Nordiske sprog er vanskelige, men dansk er håbløst fordi vi har en i særklasse dårlig udtale
- Færre opnår moderate sprogkunderskaber i lande med en hård negativ offentlig omtale af migranter/minoriteter
- PTSD hæmmer sprogtiltagelse

Spoiler alert: hvad er vigtigt

- Vær hurtig – kom først – styr fortællingen
- Imødegå altoverskyggende modfortællinger & misopfattelser
- Budbringeren lige så vigtig som informationen
- Der skal 2 til troværdighed: to-sprogede sundhedspersoner
- Et billede kan klare det hele – men TEST, JUSTER, TEST først
- Keep it totalt simple
- Tal om det vigtige: man kan blive meget syg, man kan dø, man kan beskytte sig, man kan blive vaccineret
- Gentag, gentag, gentag – ikke mindst når der er ro

Man skal forstå hvordan det er ikke at blive forstået for at forstå det

- Kend modtagerne og deres modfortællinger
- Afstand er en social konstruktion
- Nærmeste familie er en social konstruktion
- Overinformation har samme effekt som underinformation
- Identifikation
- Intet om os uden os
- Study-plan-act-study-plan-act-study-plan-act-study-plan-act....

Tjekliste

- Drop berøringsangst, arbejd proaktivt med fordomme
- Bid ikke hånden der kan hjælpe
- Respekter to-sprogethed i vigtige informationer
- Kend forhåndsforståelserne, find misinformationen (luften er farlig)
- Hav altid åbne kanaler ind i minoritetsmiljøer
- Brug eksisterende tillidskanaler (officielle og uofficielle)
- Styrk og genopbyg tværkulturelle kompetencer
- Velmenende højtuddannede er ikke altid de bedste kommunikatører (mix!)
- Kommuniker på så mange måder som muligt på alle tænkelige platforme
- Brug professionelle tolke, test budskaber flere gange, tjek igen
- SPØRG!

Job- og funktionsbeskrivelse for konsulent i Fælleskommunalt Sundhedssekretariat (Tidsbegrænset)

Stillingstype: AC-konsulent. Ansættelse 30-37 timer, tidsbegrænset i perioden 15. november 2021 til 31. december 2022.

Mødetider: Selvtilrettelæggende

Arbejdssted: Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, pt. i Haderslev kommune (arbejdssted kan flytte til et andet sted i Syddanmark efter kommunalvalget 2021)

Reference: Personaleledelse: Chef for Sundhed og Forebyggelse Marit Nielsen-Man

Om Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat understøtter Sundhedsstrategisk Forums arbejde regionalt såvel som nationalt, herunder med formulering af fælleskommunale holdninger på sundhedsområdet og fælleskommunale interesser i det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Sekretariatet udfører tværgående og koordinerende opgaver for de 22 syddanske kommuner og samarbejder med øvrige interessenter på sundhedsområdet, herunder Region Syddanmark.

Om opgaverne:

- Varetage sekretariatsposter i arbejdsgrupper i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.
- Planlægge og facilitere processen for den kommende administrative etablering af sundhedsklynger (udmøntning af aftalen om nærhed og sammenhæng (sundhedsklynger)).
- Forberede møder, sager og processer i et tværkommunalt netværk ifm. Udrulning af sundhedsklynger.
- Facilitere at skabe sammenhæng på tværs af det administrative og politiske niveau i sundhedsklyngerne.
- Bidrage til sekretariatets almene opgaver med at servicere kommunerne og sekretariatsbetjene tværkommunale (SSF og SDF), tværsektorielle udvalg (DAK, SKU, PPU og Samarbejdsudvalg for Fysioterapi) og styregrupper (OK22, PKO-Sekretariatet, Sekretariat for Praksisplanen).
- Planlægge og facilitere kommunerunde/klyngerunde ifm. udarbejdelse af ny Sundhedsaftale 2023-2027.
- Facilitere sammenhæng og koordinering på tværs mellem social- og sundhedsområdet.

Om måden opgaverne løses på

Vi forventer, at du er selvtilrettelæggende og god til at se, hvor den næste opgaveløsning bør være. Du skal kunne arbejde teambaseret – også online

Fagfagligt

Det forventes, at du har kendskab til flere af de nævnte områder, der er en del af den (fælles) kommunale opgave på sundhedsområdet. Vi forventer, at du har interesse for hvad der rører sig på området.

Kvalifikationskrav og uddannelseskrav

Relevant akademisk baggrund.

Personlige egenskaber

- Have en proaktiv tilgang og evner at varetage de kommunale interesser i det tværsektorielle samarbejde
- Kan håndtere betjening af en topledelse og har en god fornemmelse for politiske og administrative beslutningsprocesser
- Evner at analysere, samarbejde og holde overblikket, når der er mange opgaver på samme tid
- Kan kommunikere klart og tydeligt i skrift og tale – med blik for målgruppen
- Brænder for området og har en selvstændig tilgang til tilrettelæggelse af arbejdsopgaver

Samarbejdspapir mellem de fire SOSU-skoler og kommunerne i KKR Syddanmark

Indledning

En af de største udfordringer, vi står overfor som velfærdssamfund, er rekruttering til ældre- og sundhedsområdet.

Som skoler og kommuner er vi i fællesskab optaget af at sikre den fortsatte rekruttering og fastholdelse af dygtige social- og sundhedshjælpere og -assistenter, så vi også i fremtiden har dygtige medarbejdere til velfærdsområderne i Syddanmark.

Med lærepladsaftalen fra juni 2021 som overordnet ramme, vil vi med dette samarbejdspapir arbejde ud fra en fælles målsætning om at styrke social- og sundhedsuddannelserne og sørge for, at flere gennemfører dem.

Det kræver indsatser og initiativer, der går på tværs af skole og praktik, og det kræver et tæt samarbejde mellem kommunerne, som arbejdsgiver og meduddanner, og skolerne som uddannelsessted.

Vores mål er at styrke social- og sundhedsuddannelserne og sørge for, at flere gennemfører dem.

Allerede i dag indgår vi i samarbejder på forskellige vis, fx mellem den enkelte skole og kommunerne rundt om skolen. Med dette samarbejdspapir ønsker vi at styrke samarbejdet endnu mere ved i fællesskab – de 22 kommuner og de fire SOSU-skoler – at tage initiativ og igangsætte konkrete indsatser, der bidrager til at styrke social- og sundhedsområdet.

Vi kan gøre meget hver for sig, men sammen er vi stærkest.

Formål

Formålet med dette samarbejdspapir er at udvikle og igangsætte konkrete indsatser i fællesskab, som kan bidrage til, at vi når vores målsætning om at styrke social- og sundhedsuddannelserne og sørge for, at flere gennemfører dem.

Formålet er i fællesskab at udvikle og igangsætte konkrete indsatser, der kan bidrage til at nå vores målsætning

Organisering og samarbejde

Kommunernes organisering og samarbejde via KKR

Esbjerg Kommune er ankerkommune for social- og sundhedsuddannelserne og understøtter samarbejdet på tværs af kommunerne ved at varetage en række koordinerende og administrative opgaver.

Ankerkommunen er ansvarlig for den overordnede koordinering og det overordnede samarbejde om social- og sundhedsuddannelserne på vegne af de 22 kommuner.

Ankerkommunen understøttes af KKR-sekretariatet, der deltager i de overordnede, strategiske drøftelser og bidrager til udarbejdelsen af sager, der skal bringes ind i kom-

Dato: 29. september 2021

Sags ID: SAG-2019-03645
Dok. ID: 2934367

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 4

munernes administrative Dimensioneringsudvalg¹, i kommunaldirektørkredsen og i Kommunekontaktrådet (KKR) Syddanmark.

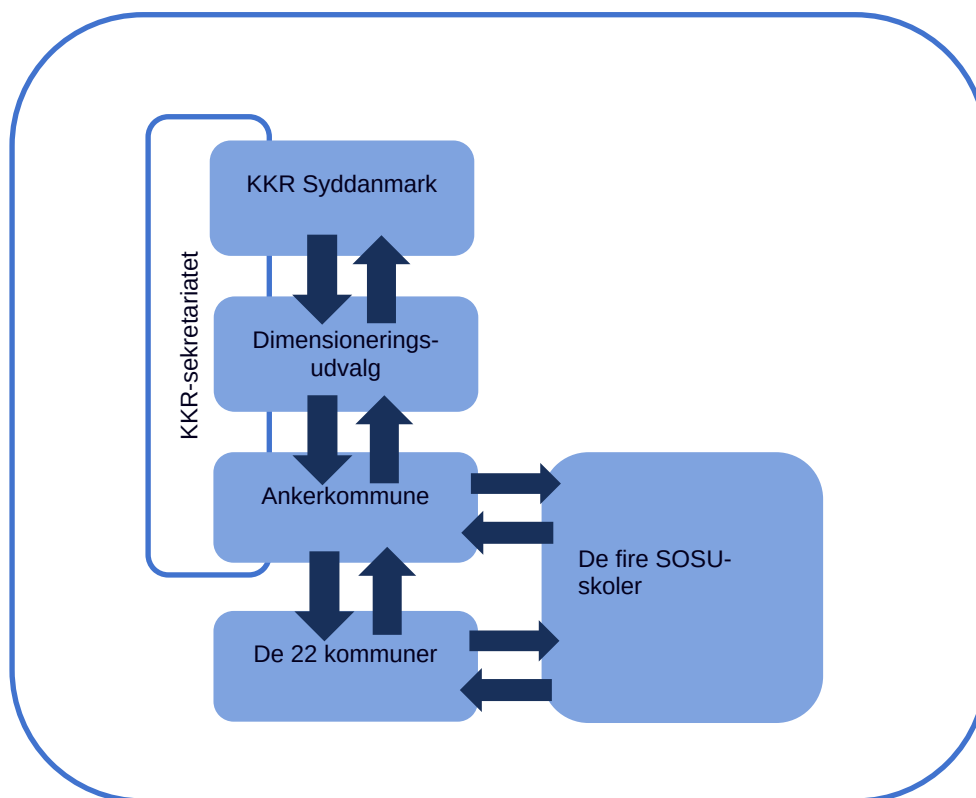
I samarbejdet mellem skoler og kommuner deltager ankerkommunen og KKR-sekretariatet på vegne af de 22 syddanske kommuner.

Skolernes organisering og samarbejde med kommunerne

Direktørerne for de fire skoler i Syd indgår i samarbejdet med ankerkommunen og KKR-sekretariatet. Der holdes fire årlige møder mellem parterne, hvor der følges op på de konkrete indsatser, der – med afsæt i dette samarbejdsrapport – igangsættes.

Det driftsrettede samarbejde om uddannelserne foregår bilateralt mellem skoler og kommuner og i de lokale tværgående samarbejdsfora i den enkelte skoles dækningsområde. Det er en målsætning, at dette samarbejdsrapport kan fungere rammesættende og retningsgivende for dette samarbejde.

Illustration af samarbejdet



Dato: 29. september 2021

Sags ID: SAG-2019-03645

Dok. ID: 2934367

E-mail: SUHA@kl.dk

Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune

Gåskærgade 26-28

6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark

Side 2 af 4

¹ Kommunerne har nedsat et administrativt Dimensioneringsudvalg for SOSU-uddannelserne. Dimensioneringsudvalget består af fire medlemmer, som er udpeget af kommunaldirektørkredsen. De fire medlemmer repræsenterer hver især kommunerne rundt om de fire skoleområder.

Dato: 29. september 2021

Sags ID: SAG-2019-03645
Dok. ID: 2934367E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683Haderslev Kommune
Gåskærgade 26-28
6100 Haderslevwww.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 3 af 4

Minimumsdimensionering og praktikpladser

I lærepladsaftalen 2022 - 2026, er kommunerne forpligtet til i 2021 og 2022 at ansætte alle kvalificerede social- og sundhedsassistentelever.

Vi vil derfor i samarbejdet i fællesskab arbejde for:

- At skoler og kommuner har et fælles billede af, hvad det indebærer at være en kvalificeret elev
- At sikre smidige og meningsfulde ansættelsesforløb for eleverne
- At udvikle samarbejdet mellem skole og praktik for at understøtte elevernes overgange og gennemførelse.

Vi vil stræbe efter at udarbejde konkrete definitioner, beskrivelser og modeller for ovenstående, som kan bidrage til at sikre fælles høje standarder på tværs af skoler og kommuner.

Gensidige forventninger

Vi vil i et tæt samarbejde arbejde for, at flere elever vælger og gennemfører en SOSU-uddannelse, ligesom vi i fællesskab vil arbejde for at gøre uddannelserne mere attraktive for alle potentielle målgrupper.

Vi vil derfor tilstræbe et samarbejde, hvor skoler og kommuner indgår i en kontinuerlig, tillidsbåret dialog om at lære af hinanden, opnå gensidig forståelse for hinandens perspektiver og sikre rummelige læringsmiljøer, hvor flere elever fastholdes og trives.

Derfor forpligter skoler og kommuner sig til aktivt at arbejde for at udvikle samarbejdet ud fra følgende hensigtserklæringer:

- Vi vil investere i at skabe gode overgange mellem skole og praksis og **stille ressourcer til rådighed for hinanden** for at støtte hinanden i at skabe de bedst mulige betingelser for eleverne.

Skolerne vil stille sig til rådighed for kommunerne med ekspertise i at skabe støttende og differentierede læringsmiljøer, mens *kommunerne* vil stille sig til rådighed for skolerne med ekspertise, der kan støtte skolerne i at udvikle undervisning og vejledning, der forbereder til den konkrete virkelighed i praksis og sikrer optimal læringsmæssig transfer.

Konkrete målsætninger er i denne forbindelse udvikling af vejlederuddannelsen og nye standarder for at sikre, at SPS og andre former for støtteforanstaltninger tilbydes elever med behov gennem både skole- og praktikperioder.

- Alle parter vil **udfordre strukturelle og kulturelle barrierer**, der risikerer at stå i vejen for, at flere elever får mulighed for at udfolde deres potentiale og gennemføre uddannelsen.

Skolerne forpligter sig i den forbindelse til:

- **At skærpe fokus på at sikre, at elever, der afslutter grundforløbet kan og vil gennemføre** den hovedforløbsuddannelse, de fortsætter på. Dette indebærer blandt andet en øget opmærksomhed på elevernes for-

udsætninger og behov for støtteforanstaltninger, når eleverne optages, samt grundig karrierevejledning undervejs på grundforløbet.

- **At forholde sig nysgerrigt til praksisoplevelser og -erfaringer** med eleverne for at udvikle grundforløbet til at klæde eleverne bedst muligt på til praktikken.
- **At arbejde målrettet for at levere elever, der er læringsparate og kvalificerede** til at gennemføre hovedforløbet, så der ikke er behov for fx ansættelsesforløb, der er ressourcekrævende for kommunerne og kan opleves som en barriere for potentielle elever.

Tilsvarende forpligter kommunerne sig til:

- **At skærpe fokus på balancen mellem arbejdsgiver- og læringsperspektivet** for at skabe større fleksibilitet og rummelighed i praktikforløbet, så flere elever kan inkluderes – på trods af en presset praksis.
 - **At forholde sig nysgerrigt til elevernes oplevelser af mødet med praksis** og sikre, at elever, der oplever udfordringer i praktikken, imødekommes og oplever sig hørt.
 - **At arbejde målrettet for at møde alle elever med åbenhed, overskud og støtte** til at kunne trives og udvikle sig i trygge rammer – med øje og respekt for, at mødet med praksis kan opleves udfordrende og overvældende.
- Vi vil stræbe efter at **minimere bureaukrati** og i stedet **bruge ressourcerne på tillidsfuld dialog** og evaluering af konkrete elevcases, så vi sikrer fokus på at udvikle samarbejdet og vores samlede kompetence til at få flere elever til at gennemføre.

Handleplan

I tillæg til samarbejdspapiret udarbejdes årligt en handleplan med konkrete indsatser, skoler og kommuner ønsker at igangsætte i fællesskab.

Dato: 29. september 2021

Sags ID: SAG-2019-03645
Dok. ID: 2934367

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Gåskærgade 26-28
6100 Haderslev

www.kl.dk/klr-syddanmark
Side 4 af 4

Dagsorden

- 1) Dimensioneringsudvalgets opgave og formål
- 2) Lærepladsaftalen og fordeling af lærepladser
- 3) KL's handleplan 2.0
- 4) Evaluering af SOSU-uddannelserne
- 5) Samarbejdsplan med Region Syddanmark
- 6) Samarbejdsplan med SOSU-skolerne
- 7) Igangværende indsatser
- 8) Eventuelt



Dimensioneringsudvalgets opgave og formål

Dimensioneringsudvalget rådgiver og indstiller til KKR Syddanmark om praktikpladser på social- og sundhedsuddannelserne og pædagogisk assistentuddannelsen

Sammensætning

- Dimensioneringsudvalget er nedsat af KKR Syddanmark
- 4 medlemmer udpeget af kommunaldirektørerne i Syddanmark
- Én repræsentant for hver af de fire SOSU-skolers optageområder

Formål

- At lave indstilling til KKR Syddanmark om dimensioneringen på SOSU-uddannelserne og PA-uddannelsen i Syddanmark
- At følge udviklingen i optag af elever på de tre uddannelser i Syddanmark
- At gøre kommunaldirektørkredsen og KKR Syddanmark opmærksom på relevante temaer at løfte regionalt eller nationalt

Lærepladsaftalen 2022-2026 og fordelingen af lærepladser

Det centrale i aftalen

- Kommunerne forpligter sig på at tilbyde en læreplads til *samtlig* kvalificerede elever på SOSU-assistentuddannelsen, der optages på uddannelserne i 2021 og 2022
- I den øvrige del af aftaleperiode fastholdes dimensioneringen på *minimum 6.000 for assistentelever og 3.000 for hjælpeelever.*

Kommunale aftryk i aftalen

- Sikring af den nødvendige fleksibilitet i tilrettelæggelsen af uddannelsen, særligt på social-og psykiatriområdet
- Måltal for frafald
- Et styrket fokus på de sprogligt udfordrede elever
- Et spor om de unge
- En klar ambition om at øge antallet af SOSU-EUX-forløb

KL's handleplan 2.0

Tre overordnede temaer

- Rekruttering til social- og sundhedsuddannelserne
- Motiverede medarbejdere med de rette kompetencer
- Digital velfærd og teknologi

KL

HANDLINGSPLAN
ÆLDRE- OG SUNDHEDSOMRÅDET

REKRUTTERING



**FLERE HÆNDER TIL
ÆLDRE- OG SUNDHEDS-
OMRÅDET 2.0**

National evaluering

Hovedkonklusion

- Det faglige niveau på de to uddannelser er steget
- Uddannelserne matcher i høj grad arbejdsmarkedets behov

Perspektiver

- Omlægningen af de to uddannelser i 2017 til selvstændige uddannelser har styrket uddannelserne fagligt
- Evalueringen viser, at der er stor opbakning til den nye EUX social- og sundhedsassistentuddannelse. Dog peger evalueringen på, at tilrettelæggelsen af EUX'en er udfordret på sammenhængen mellem erhvervsuddannelserne og det gymnasiale system
- **Samarbejdet og sammenhængen mellem lærepladserne og skoleundervisningen skal styrkes.**



EVALUERING AF SOSU-uddannelserne

Samlet evalueringsrapport til Fællesudvalget for
Erhvervsrettede Velfærdsuddannelser (FEVU)
September 2021

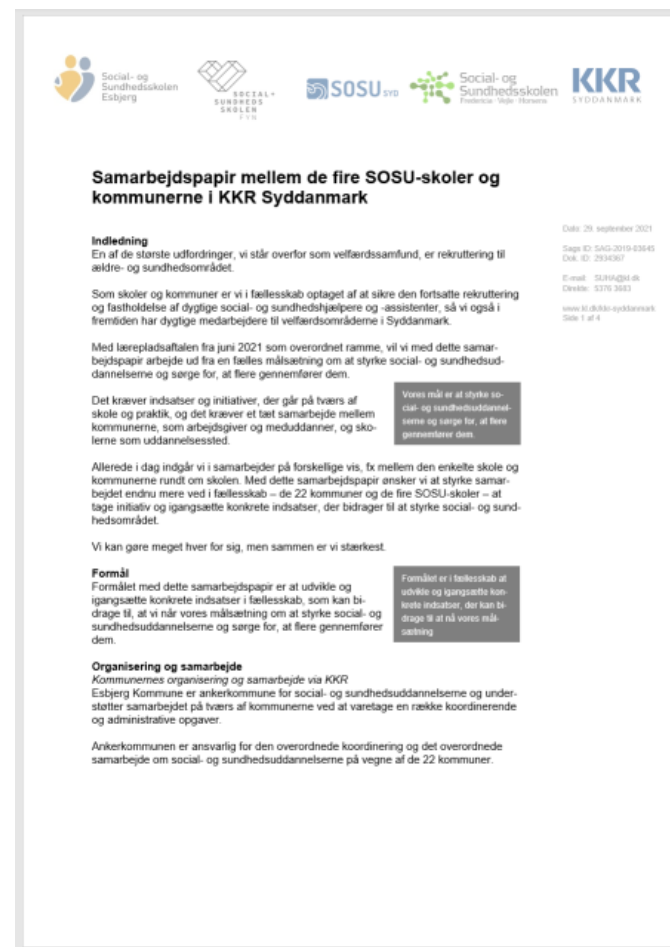
Samarbejdsrapport med Region Syddanmark

- Koordinering i forbindelse med praktikforløb og lærepladser
- Klare gensidige forventninger i samarbejdet
- Løbende justering af samarbejdsrapporten



Samarbejdspapir med SOSU-skolerne

- Udarbejdet i september 2021 med udgangspunkt i den ny femårige lærepladsaftale
- Fokus på et styrket samarbejde og igangsættelse af fælles indsatser



Igangværende indsatser

- Projekt: Mere fleksibel tilrettelæggelse af uddannelsen
- Fælleskommunalt ønske om at ændre den somatiske praktik
- Fælles temadag i 2022 mellem de 22 kommuner og de fire SOSU-skoler med fokus på styrkelse af SOSU-uddannelserne



Eventuelt

