Dagsorden til mødet i Det administrative Kontaktforum

Følgende punkter er på dagsordenen til mødet i Det administrative Kontaktforum den 23. september.

1. Temadrøftelse: Sundhedsaftalen og samarbejdet
2. Midler til patientnære indsatser
3. Patientuddanelse
4. Status på opstart af nye følgegrupper i forbindelse med Sundhedsaftale 2015-2018
5. Forslag om udvikling af fælles aftale om infektionshygiejnisk rådgivning
6. Samarbejdsaftale for behandling af patienter med lavdosis Cytosar i eget hjem
7. Fælles drøftelse af ny "Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser"
8. Status på implementeringen af ny bekendtgørelse og vejledning på genoptræningsområdet
9. Forslag om midlertidig aftale om kommunal medfinansiering af det tværsektorielle IT-sekretariat
10. Igangværende evaluering af Shared Care Platformen
11. Orientering om status på Projekt Aktiv Patientstøtte
12. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget
13. Øvrig gensidig orientering

Temadrøftelse: Sundhedsaftalen og samarbejdet

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte, hvordan vi kommer videre med sundhedsaftalen og lykkes med samarbejdet i Det Administrative Kontaktforum. Sagsfremstilling og indstilling fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.
Kommunale kommentarer
Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum har drøftet samarbejdet i Det administrative Kontaktforum. Formandskabet er enige om vigtigheden af at holde fokus på de godkendte politiske og administrative prioriteter, samt fokus på systematisk implementering af og opfølgning på disse.
På det næste møde i DAK bør der tages stilling til igangsættelse af aftalen vedrørende børn og unge, som er den eneste på listen over prioriteringer i 2015, som der endnu ikke er taget stilling til.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Drøfter hvordan vi bedst sikrer fremdrift og implementering af Sundhedsaftalen i de 22 kommuner

Midler til patientnære indsatser

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag tage orienteringen om prioritering i region og kommuner til efterretning og drøfte, om det fortsat er relevant at arbejde med at koordinere udmøntningen af midler. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.
Formandskabet vurderer generelt ikke, at det giver megen mening at drøfte og koordinere sundhedsmidlernes anvendelse i det omfang, de kommunale midler er udmøntet i driften og allerede understøtter sundhedsaftalens fælles mål. Der bør dog fortsat sikres gennemsigtighed omkring midlernes anvendelse. Kommunerne bør samtidig fortsat være rede til at drøfte evt. prioritering og koordinering af evt. nye sundhedsmidler.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender, at ovennævnte kommunale holdning tilkendegives på mødet i DAK

Patientuddannelse

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte sagen samt bede Følgegruppen for forebyggelse om et oplæg til det videre arbejde med patientuddannelse. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.
Kommunale kommentarer
På mødet i DAK den 17. juni blev det fra kommunal side foreslået, at en del af Regionens midler til patientnære indsatser kunne bruges på overdragelse af patientuddannelser. Dette var Regionen ikke afvisende overfor.
Formandskabet foreslår, at der igangsættes et eller flere pilotprojekter om overdragelse af patientuddannelsen til kommunerne, idet pilotprojektet finansieres af regionale midler. De enkelte pilotprojekter evalueres både i forhold til effekt for borgeren og medfølgende totalomkostninger for kommunerne.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender, at det foreslås DAK, at der igangsættes pilotprojekter vedrørende overdragelse af patientuddannelserne til kommunerne finansieret af regionale midler

Status på opstart af nye følgegrupper i forbindelse med Sundhedsaftalen 2015-2018

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag tage status for opstarten til orientering. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.

Kommunale kommentarer
Der henvises til punktet om procedurer for relation mellem de kommunale medlemmer af følgegrupperne og Sundhedsstrategisk Forum.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager ovenstående status til orientering

Forslag om udvikling af fælles aftale om infektionshygiejnisk rådgivning

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag bede Følgegruppen for forebyggelse om at igangsætte udarbejdelsen af en regional samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.
Kommunale kommentarer
På temamødet i Det administrative Kontaktforum den 5. februar blev det foreslået, at en samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning samt hygiejne generelt skulle prioriteres til snarlig igangsættelse. Dette blev ikke valgt som de allervigtigste straksopgaver, men det blev kommenteret, at det var et område, det er vigtigt at være opmærksom på. Udarbejdelse af en samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning forekommer at være en forholdsvis overskuelig opgave, og med stigningen af MRSA tilfælde in mente, foreslås det, at der fra kommunal side bakkes op om igangsættelsen af en sådan aftale.
Regionen har forpligtelse til at yde rådgivning. Kommunerne har tidligere efterspurgt, at der ydes mere rådgivning i, hvordan der arbejdes med patientrettet forebyggelse. Dette skal Følgegruppen for forebyggelse sikre. Formandskabet anbefaler, at Følgegruppen for forebyggelse udarbejder en fælles samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning, idet man fra kommunal side bør tilkendegive, at samarbejdsaftalen betragtes som en del af den regionale rådgivningsforpligtelse.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender, at ovennævnte kommunale kommentarer tilkendegives på mødet i DAK

Samarbejdsaftale for behandling af patienter med lavdosis Cytosar i eget hjem

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag godkende samarbejdsaftalen. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.

Kommunale kommentarer
Íngen bemærkninger.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender, at samarbejdsaftalen godkendes på mødet i DAK

Fælles drøftelse af ny "Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser"

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte en ny model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.
Kommunale kommentarer
Formandskabet anbefaler, at der indsendes en fælles ansøgning til puljen.

Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Drøfter sagen

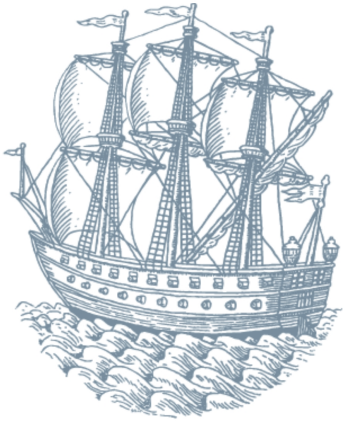
Ny vejledning på genoptræningsområdet

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag tage orienteringen til efterretning. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet i DAK den 23. september, som er vedhæftet punkt 1.0.
Kommunale kommentarer
Den nye bekendtgørelsen og vejledning medfører fremadrettet, at kommunerne fremover skal overtage eller hjemtage en del af den specialiserede genoptræning, som foregår i regional regi.
Udfordringerne for kommunerne ved den nye bekendtgørelse:
1. Evt. økonomiske pga. opgaveglidning og nye opgaver
Fra ministeriel og regional side mener man ikke, at forandringen i opgaverne for kommunerne har økonomiske konsekvenser (ift. DUT) for kommunerne, da kommunerne fremadrettet hjemtager opgaver til kommunernes (genop)træningsafdelinger fra sygehuse, som man tidligere har betalt for på sygehusene via aktivitetsbestemt finansiering. Dog er der store tolkningsmuligheder i den nye bekendtgørelse, og indførelsen af den nye kategori for genoptræning *Rehabiliteret genoptræning på specialiseret niveau* medfører, at der er potentielle muligheder for økonomiske konsekvenser for kommunerne pga. opgaveglidning og ankomst af nye opgaver/forløb for nye grupper af borgere/patienter (bl.a. har borgere, som er eller har været i kontakt med det psykiatriske system fået ret til genoptræning).
Dette medfører, at kommunerne fremadrettet ved den forsatte implementering og ibrugtagning af den nye bekendtgørelse og vejledning og de udarbejdede notater fra tværsektoriel regi skal forsøge at monitorere opgaver og omfang i deres træningsafdelinger, bl.a. til brug for KL ved økonomiforhandlingerne i 2016. Der er således tale om en formel opgaveoverdragelsessag som rummer potentiale for en løbende opgaveglidning - fremover fra specialiseret genoptræning på sygehusene til den kommunale basale og avancerede genoptræning - og pres på kommunal side for at levere nye tilbud til nye grupper af borgere. Det kan her nævnes, at Sundhedsstyrelsen forventer, at andelen af genoptræning på specialiseret niveau formentlig vil falde i takt med, at kommunerne udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau.
2. Evt. behov for nye faglige kompetencer ude hos kommunerne
Overtagelsen af mere specialiserede genoptræningforløb og den fremtidige sondring på kommunalt niveau mellem basal og avanceret genoptræning indenfor den almene genoptræning kan medføre, at kommunerne hos deres medarbejdere får behov for nye kompetencer.
Kort oversigt over fremtidig kategorisering af (genop)træning og myndighedsansvar:

1. Almen genoptræning (kommunerne), sondring mellem
    1. Basal (forventes at udgøre 95 %)
    2. Avanceret (forventes at udgøre 5 %)
2. Specialiseret genoptræning (regionen)
3. Rehabilitering på specialiseret niveau (tværsektoriel / uafklaret)

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum har bedt den kommunale medformand i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering være opmærksom på de kommunale opmærksomhedspunkter.
Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager orienteringen til DAK fra den tværsektorielle arbejdsgruppe til efterretning.
- Godkender, at DAK bedes monitorere området



TØNDER KOMMUNE

Udvikling i arbejdet:

TØNDER KOMMUNE

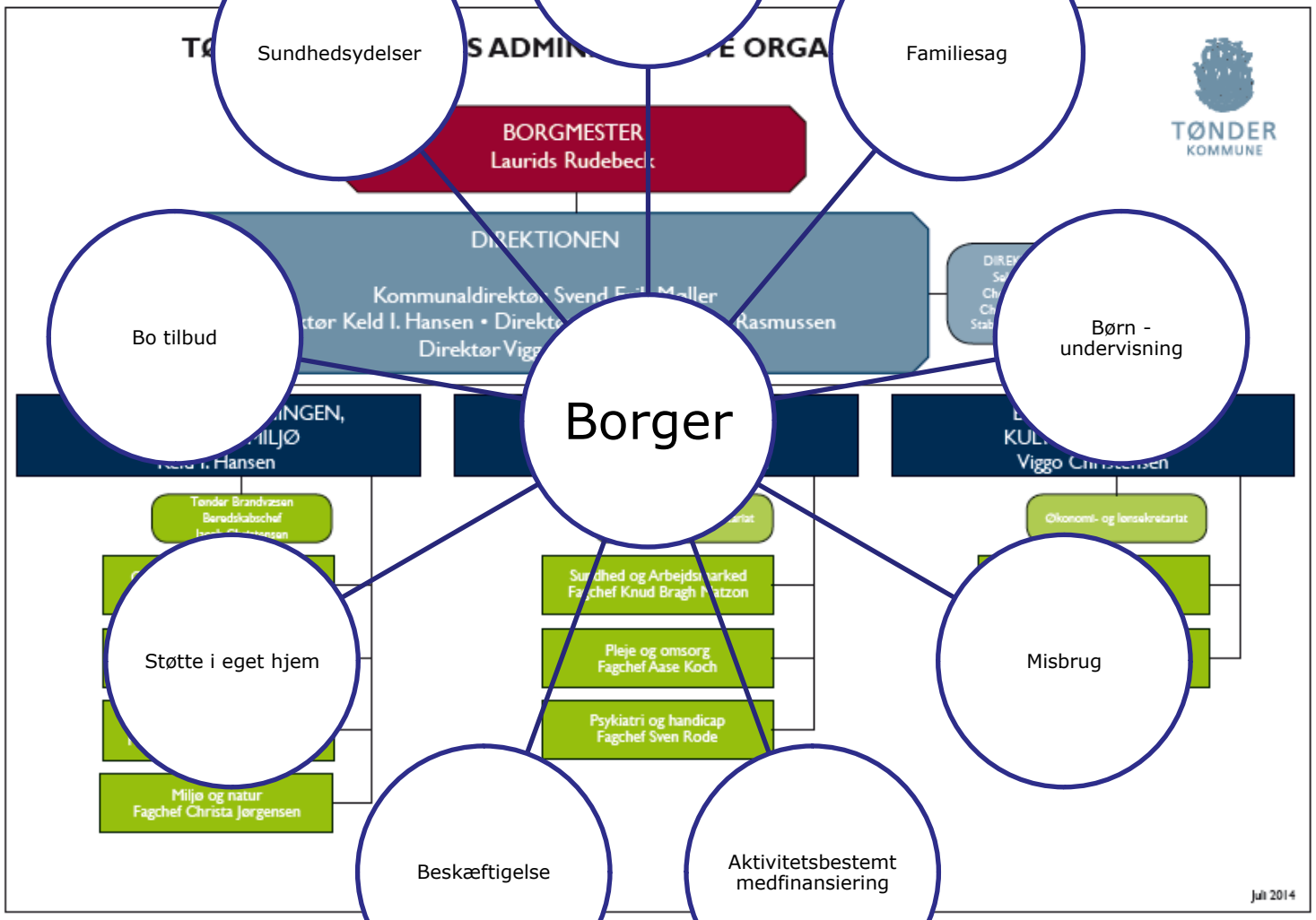
- Hvidbogens definitioner:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

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

Hele Tønder K mune

TØNDER KOMMUNE



Forsørgelse.

Sundhedsydelser

Familiesag

Bo tilbud

Børn - undervisning

Borger

Støtte i eget hjem

Misbrug

Beskæftigelse

Aktivitetsbestemt medfinansiering

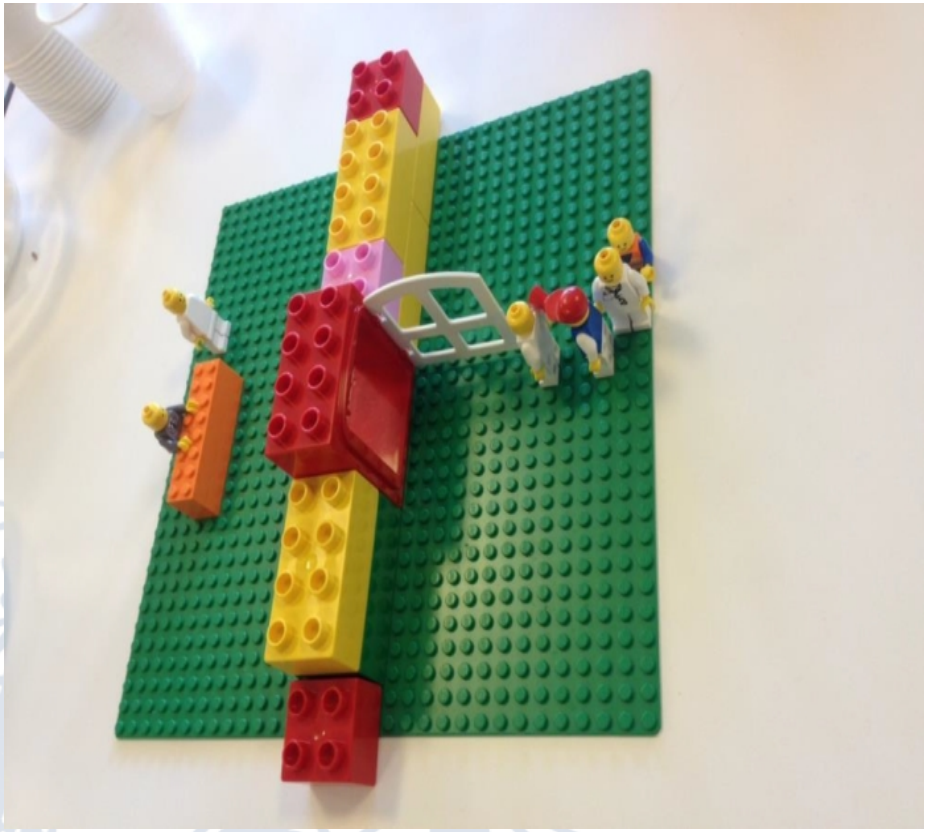
Hvad siger borgerne?

TØNDER KOMMUNE

”Borgercitat”

Der skal åbne sig en port mellem de forskellige instanser.

Kommunen skal hjælpe med at åbne dørene og de skal snakke mere sammen. Kommunen, psykiatrien, læge – og med smilende folk.



AARHUS UNIVERSITET

MARSELISBORGCENTRET

regionmidtjylland

Sundhedsstrategisk forum
23. September 2015.

Sammenhængende indsatser - Rehabilitering

Claus Vinther Nielsen

Professor, overlæge, ph.d., forskningschef

Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland og

Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

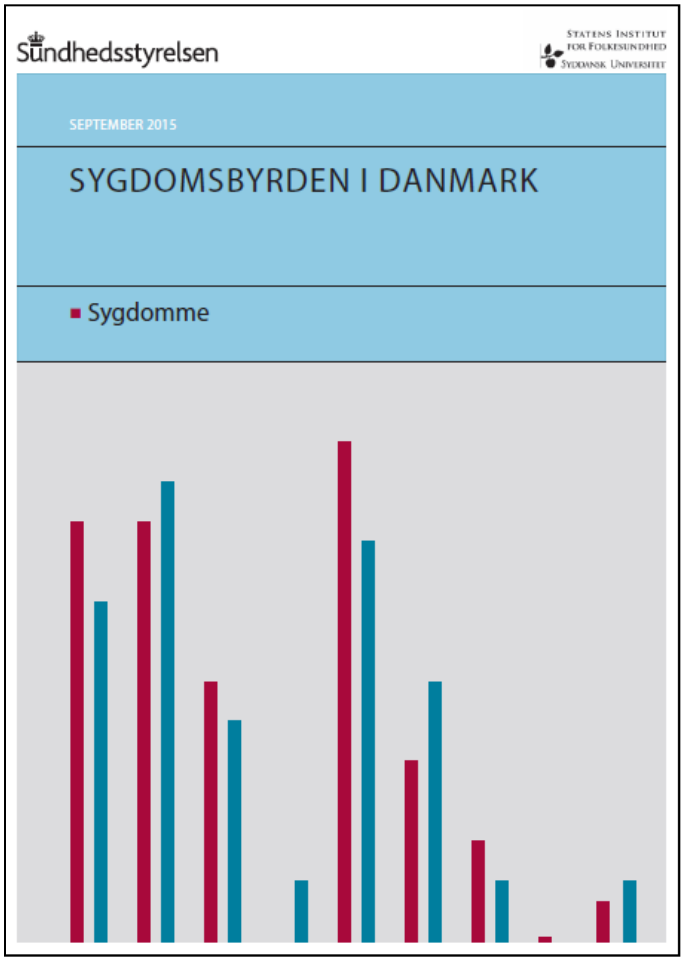
www.MarselisborgCentret.dk

claus.vinther@stab.rm.dk

Generelle udfordringer i DK

- Ændret demografi - flere ældre
- Flere med kroniske sygdomme og ”kultursygdomme”
- 834.000 på overførsel (16-65) (2,7 mill i arbejdsstyrken)
- Krav om borger- og pårørendeinddragelse
- Krav om mere sammenhæng mellem ”siloerne”
- Forskellige referencerammer i ”siloerne” – forskellige forståelse af, hvad skal der til når funktionsevnen svigter

Offentlig forsørgede 2013 I alt 834.000	**Danmarks statistik 2014** **http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/offentligt-forsoergede/16-64-aarige-offentligt-forsoergede.aspx**
Ledige	119.000
Støttet beskæftigelse, fleksjob og skånejob + div.	182.000
Barsel	54.000
Førtidspension	236.000
Efterløn	104.000
Sygedagpenge	67.000
Kontanthjælp	82.000



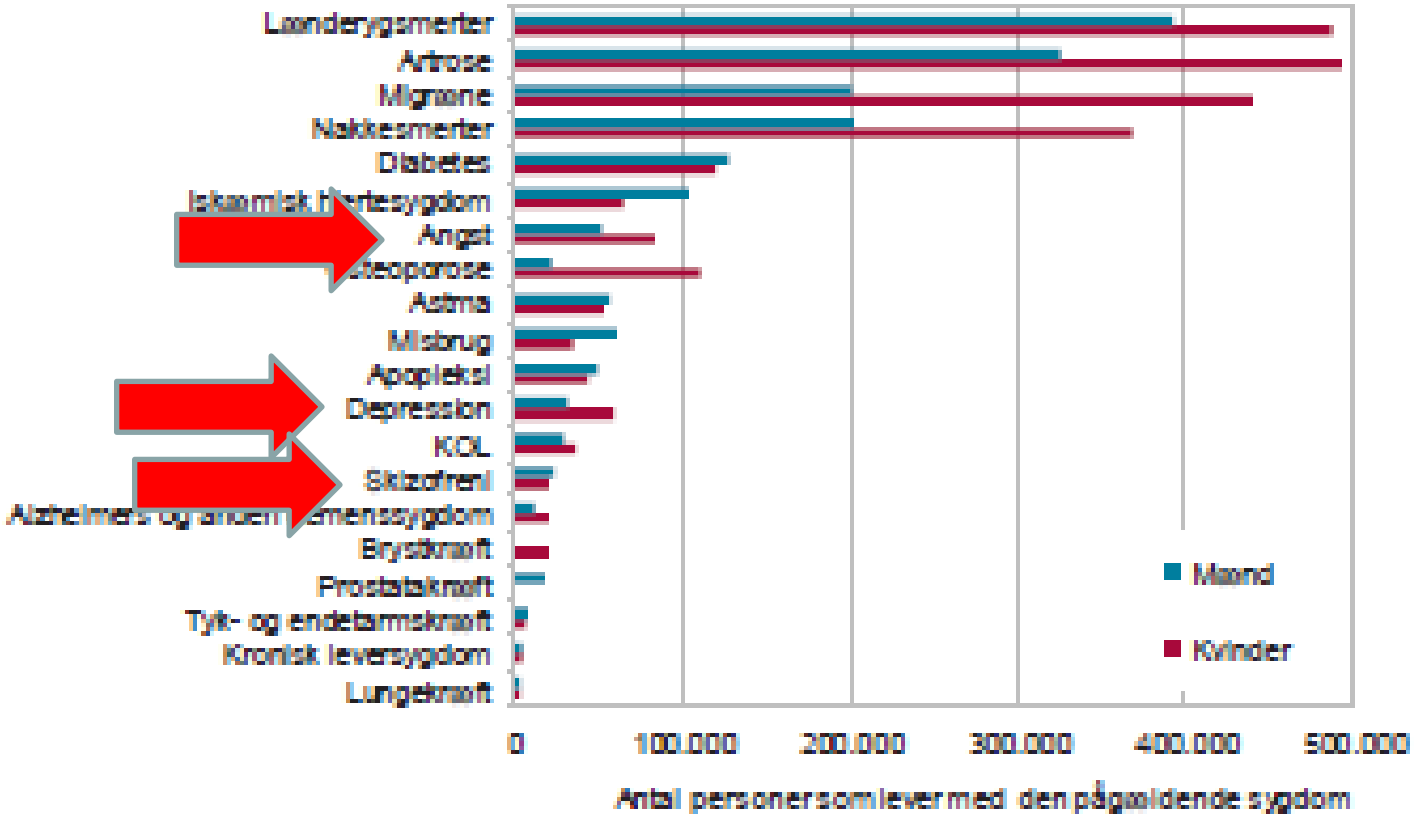
Sundhedsstyrelsen 8.9.2015

Angst er den hyppigste årsag til førtidspension

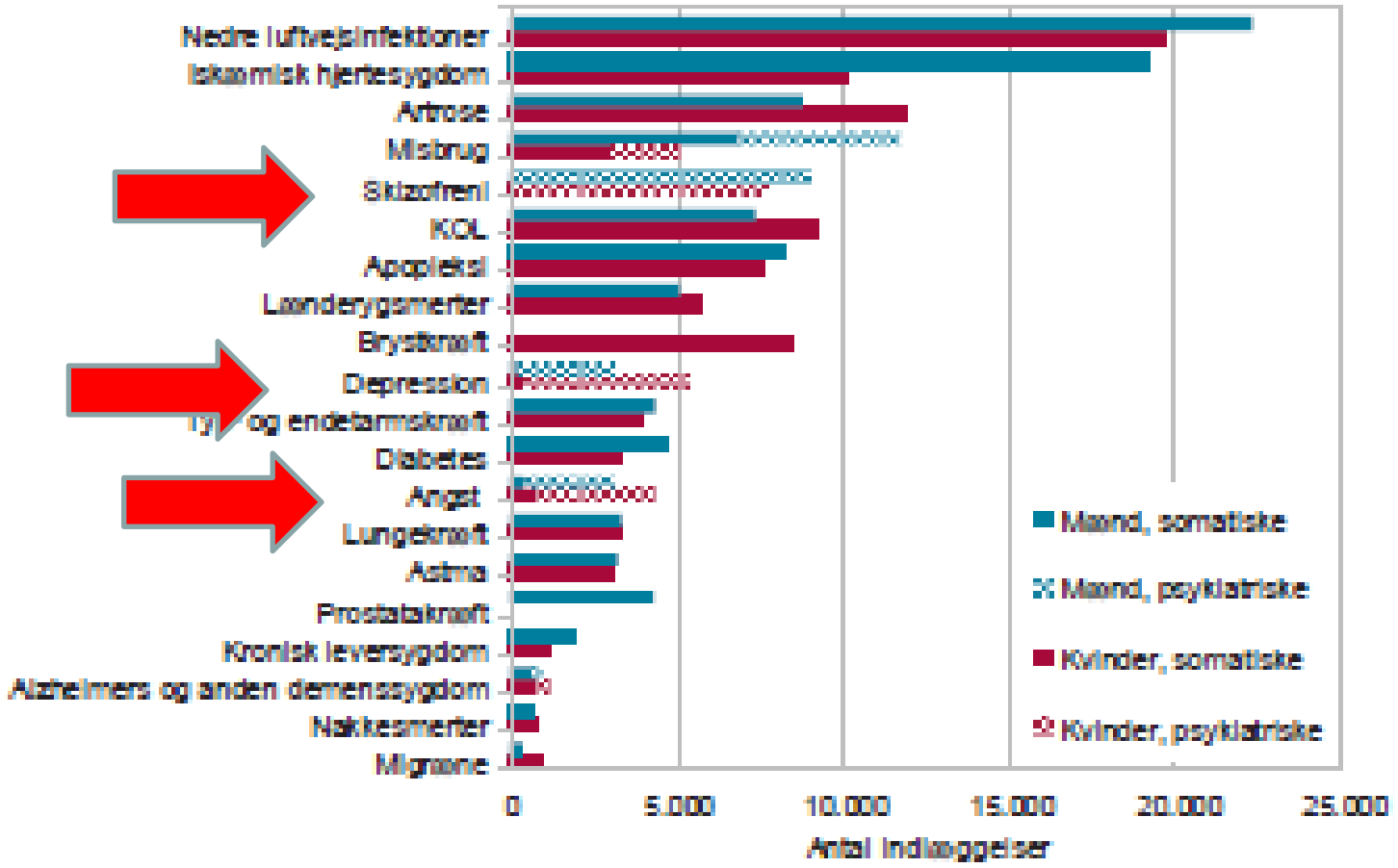
- …psykiske lidelser som depression, angst, skizofreni og misbrug er alle blandt de seks sygdomme, der oftest sender danskerne ud af arbejdsmarkedet. Konkret vil det fx sige, at ca. 2000 personer om året tilkendes førtidspension på baggrund af en angstdiagnose. Derudover er angst den næsthyppigste årsag til, at danskerne henvender sig på de psykiatriske skadestuer og den tredje hyppigste diagnose, der stilles, når danskerne går til lægen.

-"De nye tal viser, at der er problemer med danskernes mentale sundhed. Når angst fx er den sygdom, der koster Danmark mest i produktionstab, så er det en sygdom, der både belaster livskvaliteten og samfundsøkonomien", siger Jette Jul Bruun.

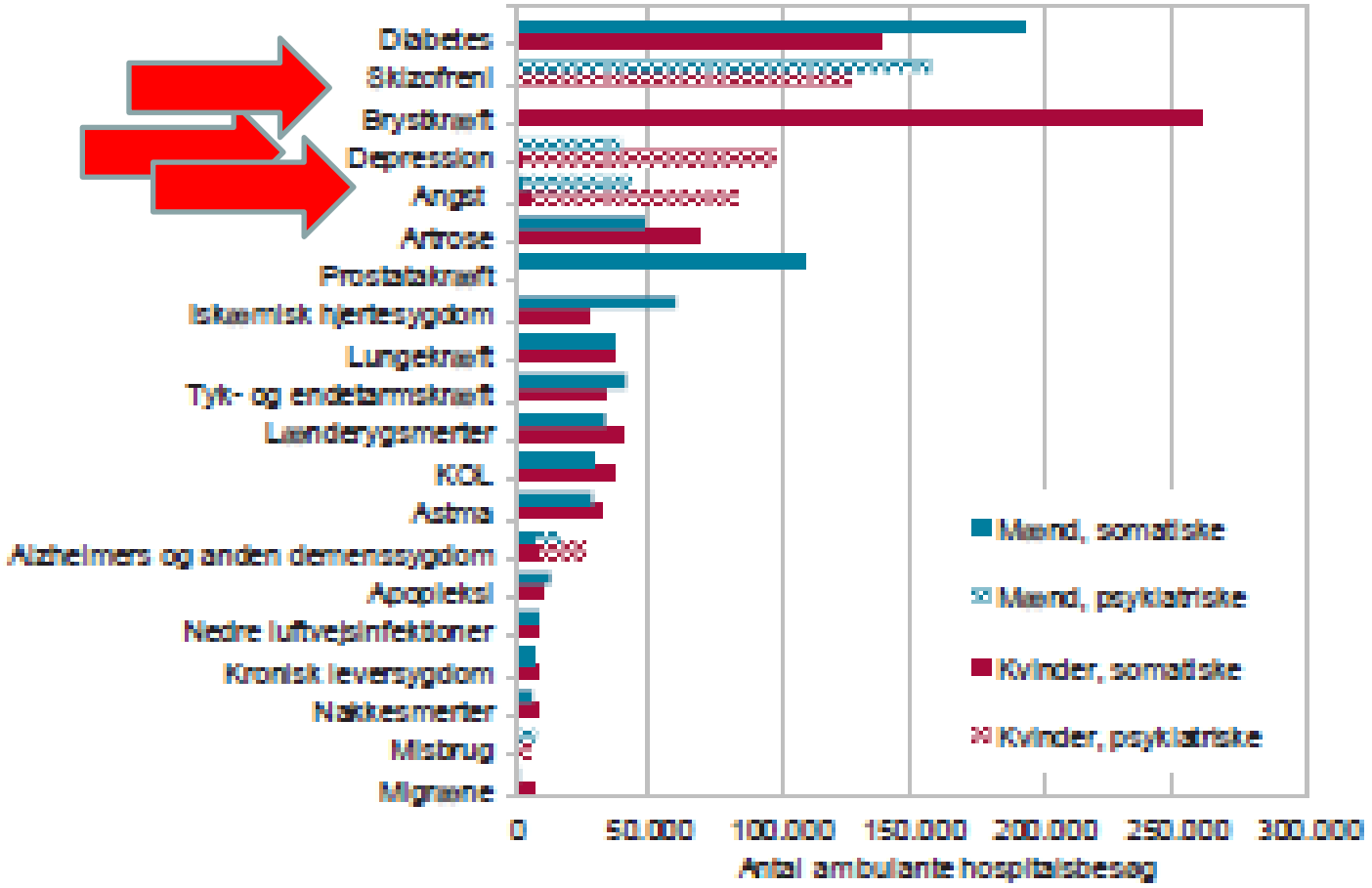
Prævalens af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Gennemsnit for 2010-12



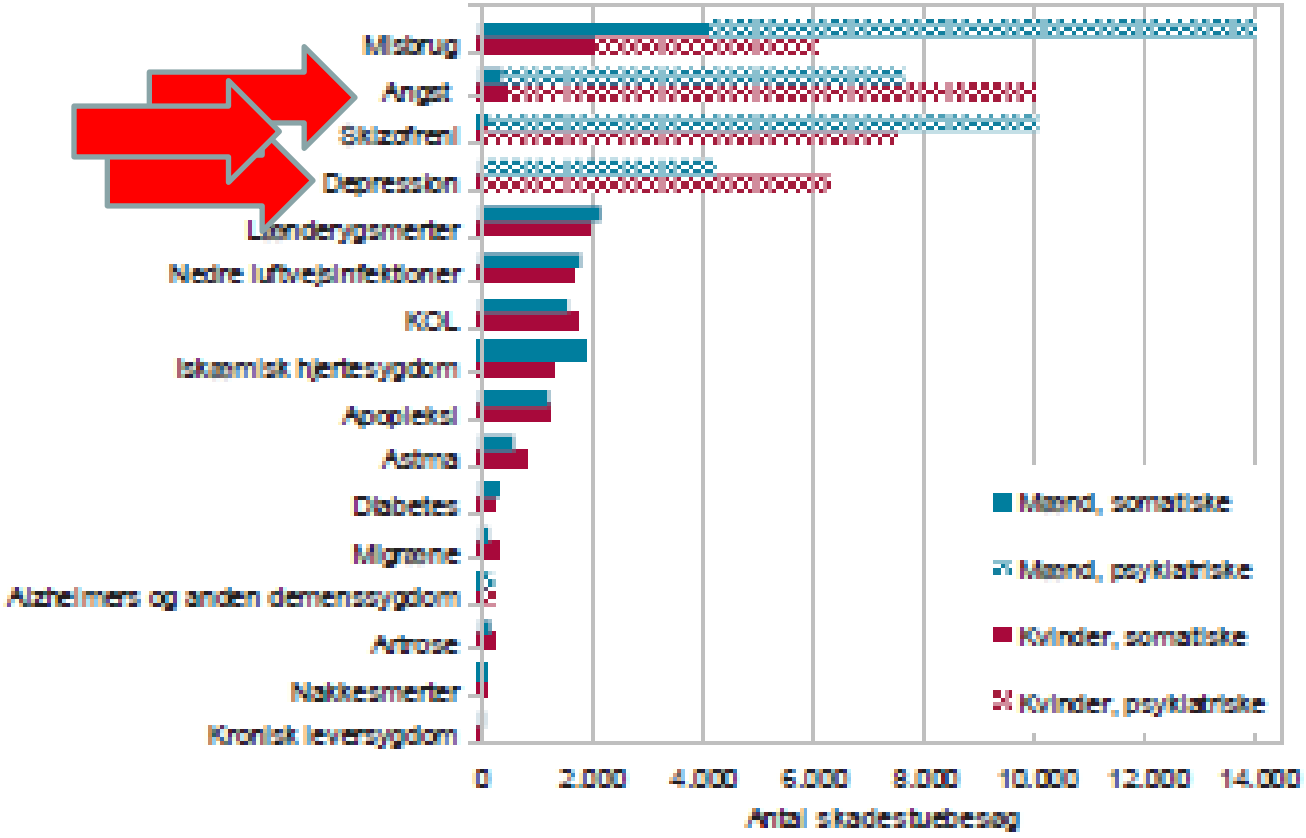
Somatiske og psykiatriske indlæggelser i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-12.



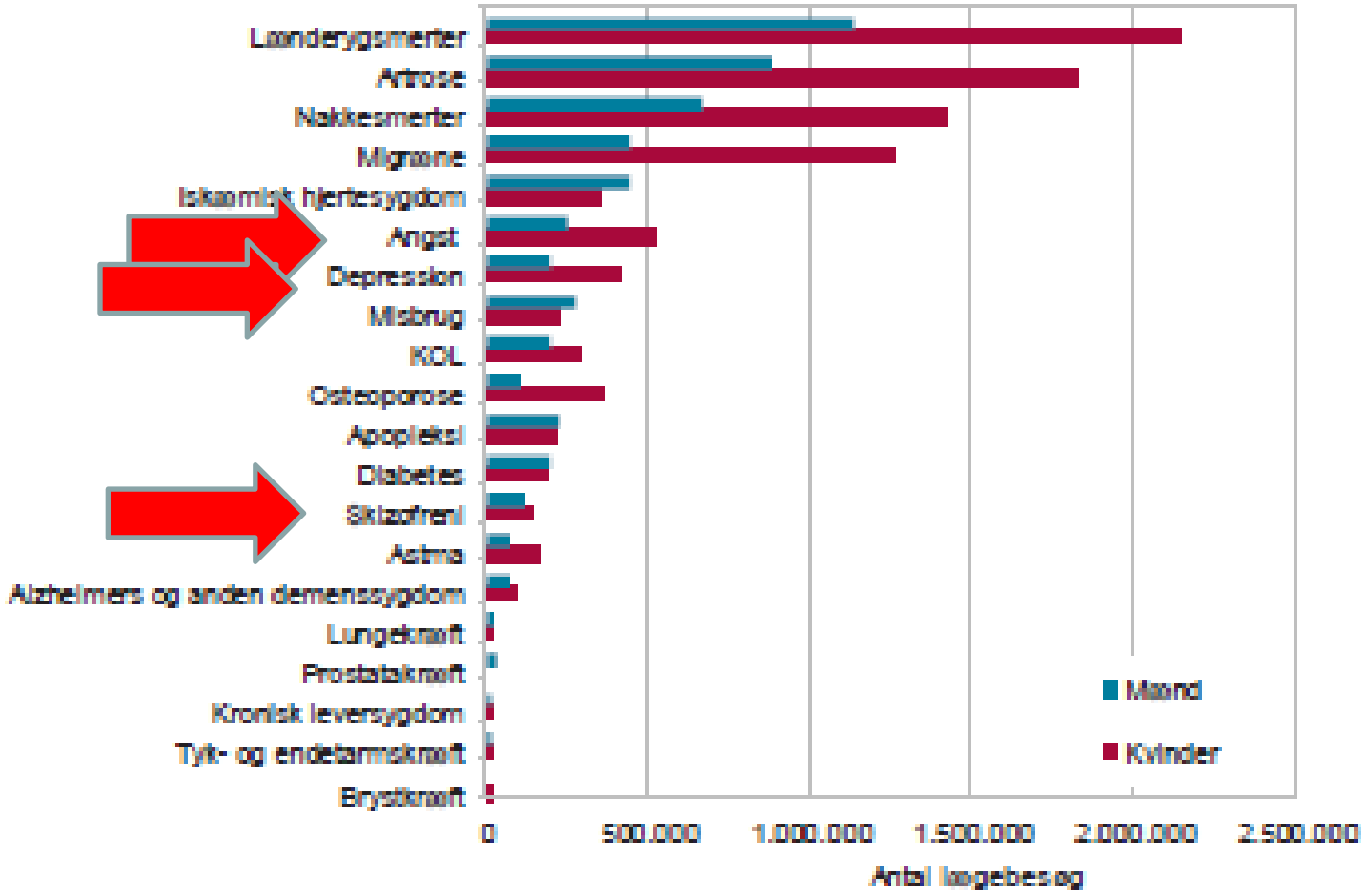
Somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-12.



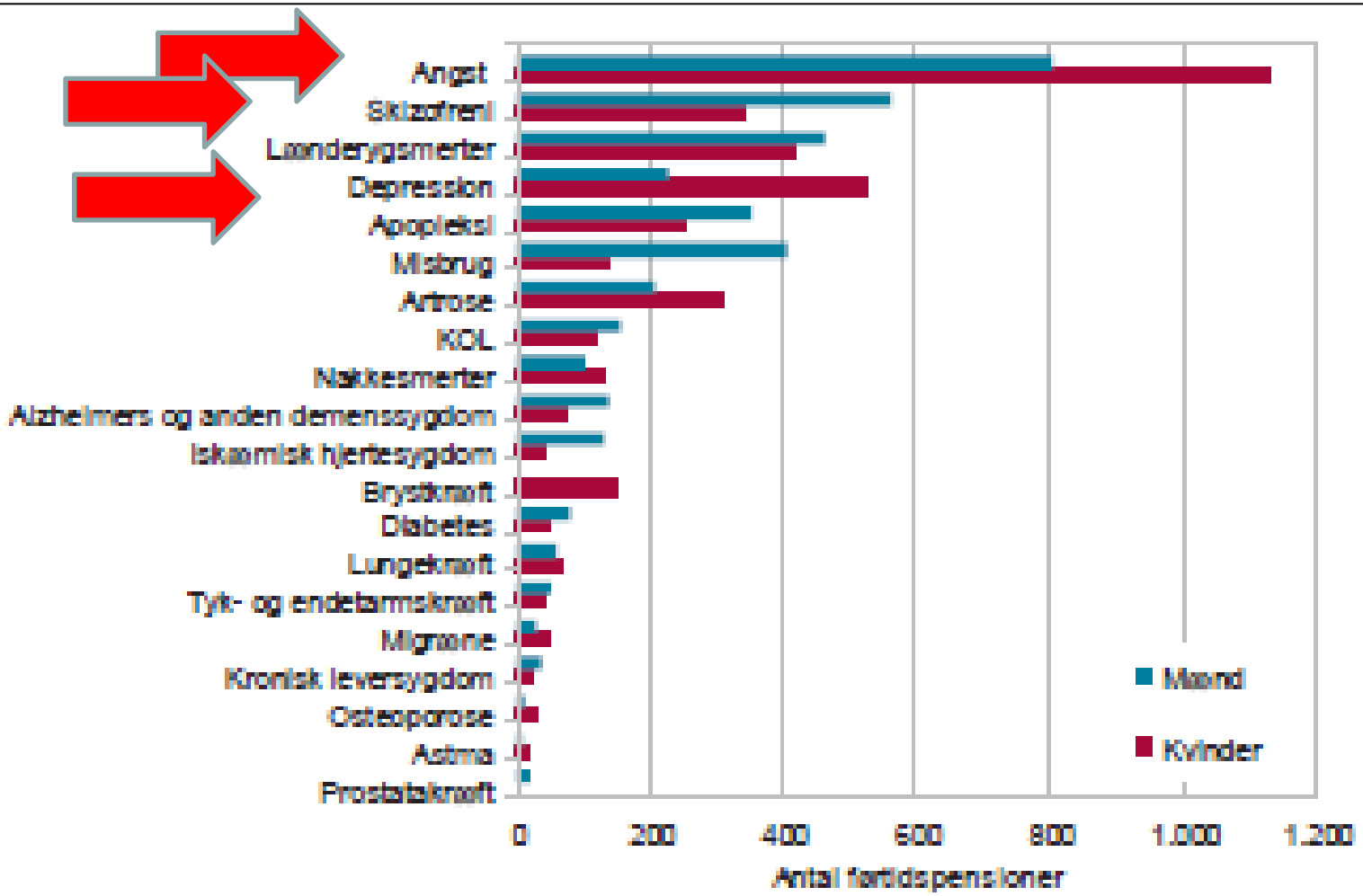
Somatiske og psykiatriske skadestuebesøg i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-2012



Besøg hos alment praktiserende læge (almen læge) i DK på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-12.



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

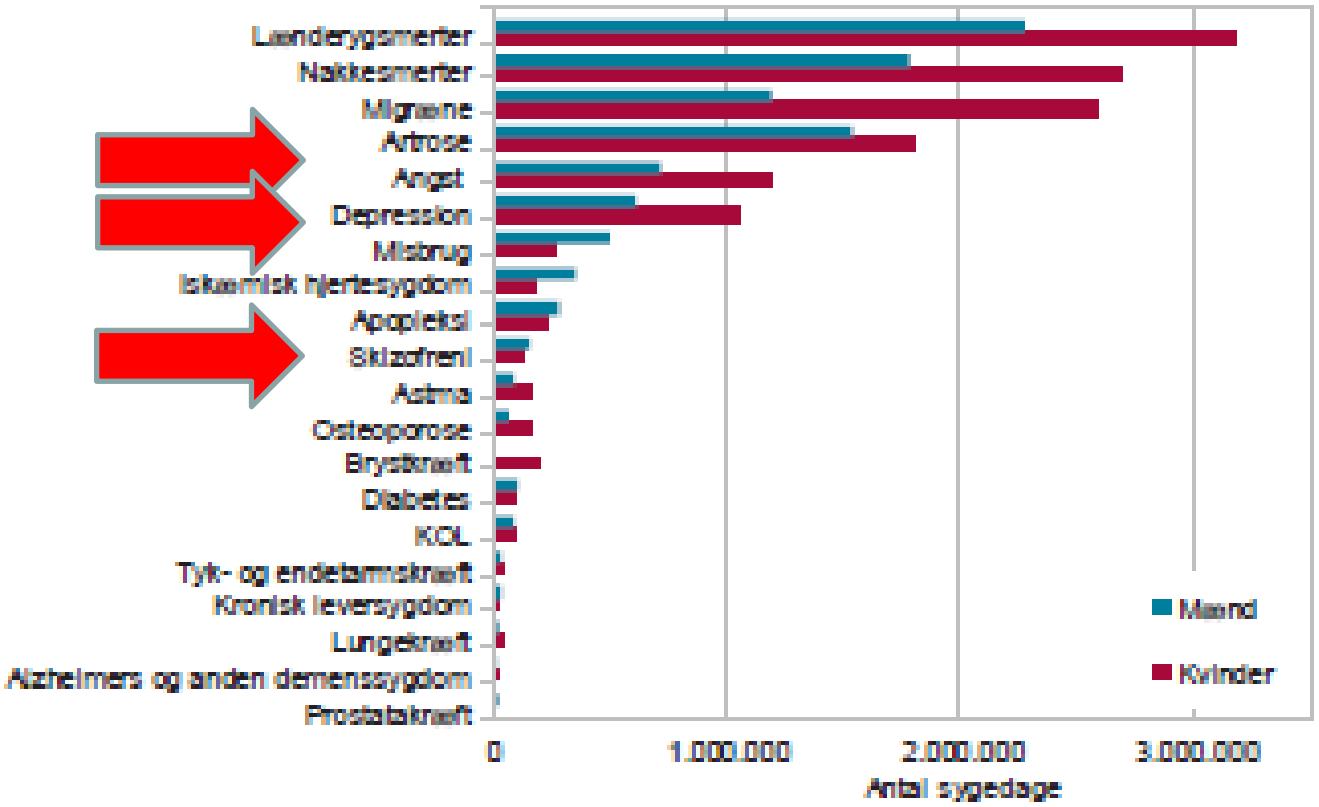


Ca. 16% af alle førtidspensioner tildeles unge under 30 år – og da langt overvejende som følge af psykiske lidelser (80%).

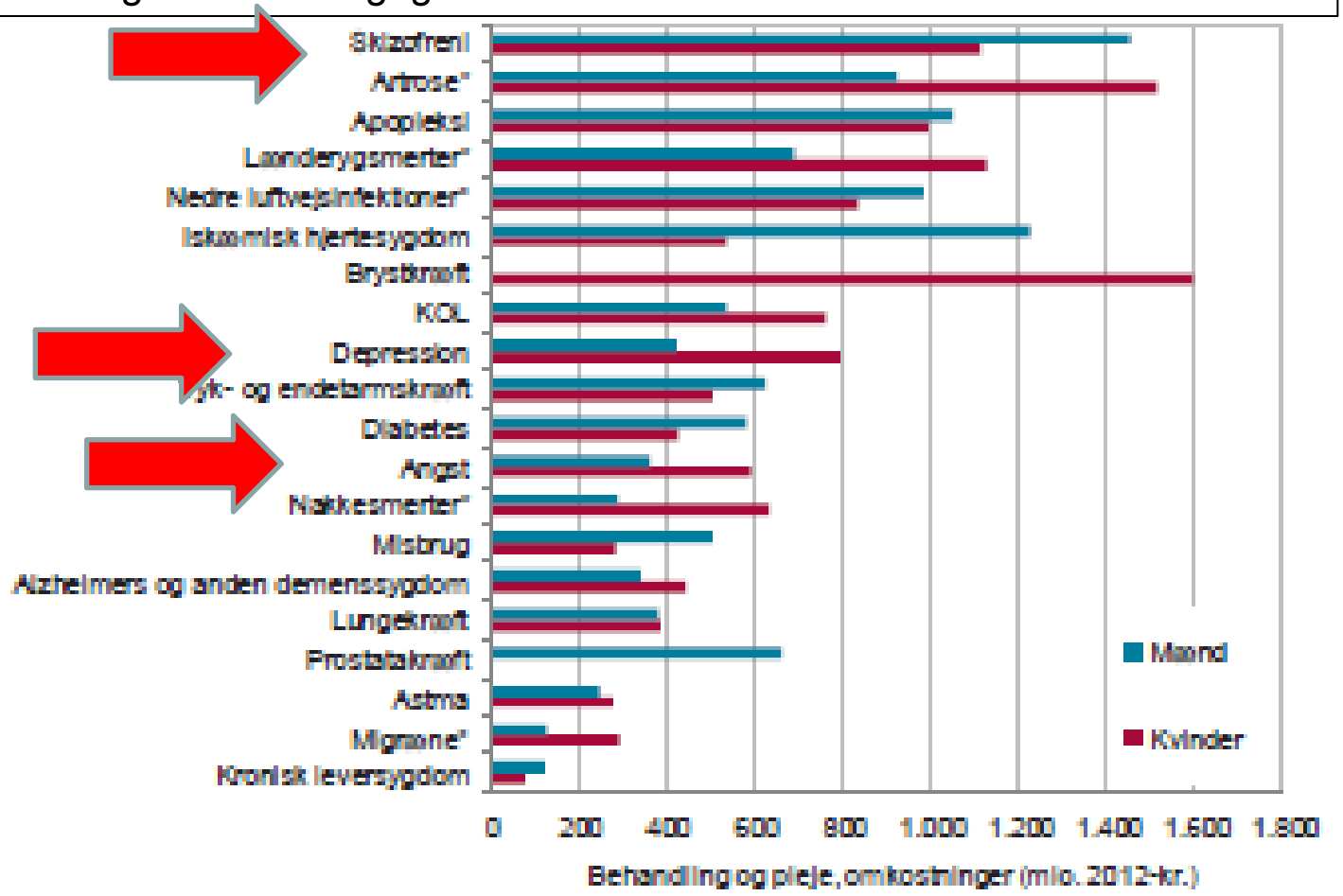
Der er konstateret en stigende tendens over de sidste 10 år.

Der er en tæt sammenhæng med belastede socioøkonomiske forhold, belastede familiære forhold og på arbejdspladsen høje krav, lav jobkontrol og manglende social støtte.

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

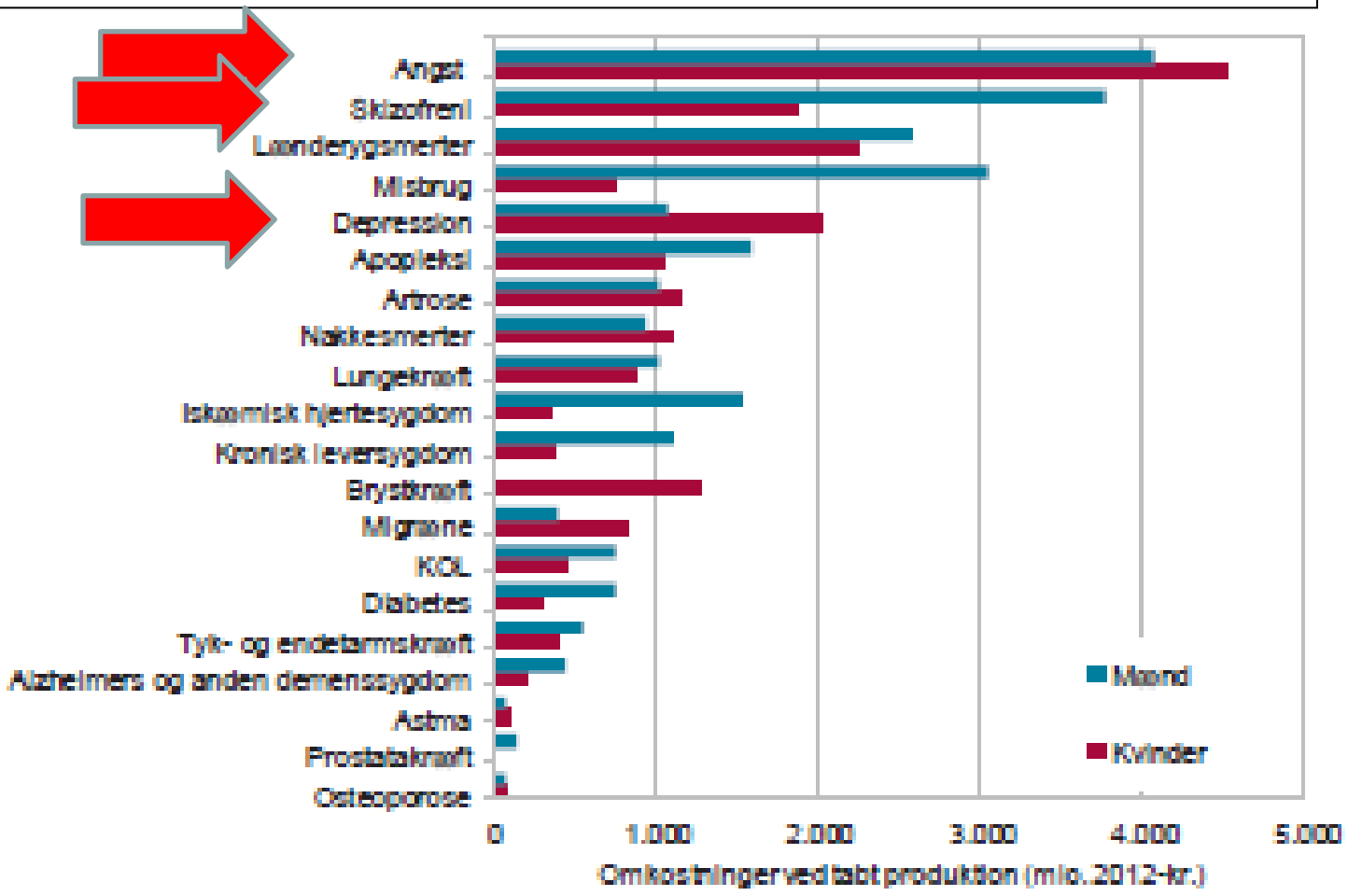


Omkostninger til behandling og pleje i dk for udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit 2010-12.



*Der er ikke opgjort omkostninger ved hjemmehjælp/praktisk hjælp for artrose, lænderygsmerter, nedre luftvejsinfektioner, nakkesmerter og migræne. For nedre luftvejsinfektioner er desuden ikke opgjort omkostninger ved primærsektor og medicin.

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



En blå og en rød kvinde

De to kvinder, der er lige gamle, har udviklet depression i fuldstændig det samme forløb, de fejler ikke andet, de er udredt ens og de får den samme bio-medicinske behandling.

Hvordan kan det være, at de har behov for forskellige psyko-sociale indsatser?

To cases "Forgrund"

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

Rehabilitering omfatter et møde med socialforvaltning i relation til sygedagpengeopfølgning. Har ikke taget imod tilbud om koordinatorhjælp. Er i arbejde efter ½ år.

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

Rehabilitering omfatter 18 kontakter med koordinator over 12 mdr., gentagende sygedagpengeopfølgning, social støtte til børn. Magtede kun lidt hjemme og har i lang tid ikke kunnet se sig på arbejdsmarkedet. Det hjemlige er nu næsten på plads, og der er et voksende ønske om arbejde. Arbejdsprøvning iværksættes.

Brug 1 min. på at overveje hvad der gør forskellen, før du ser næste slide

To cases "Baggrund"

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

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

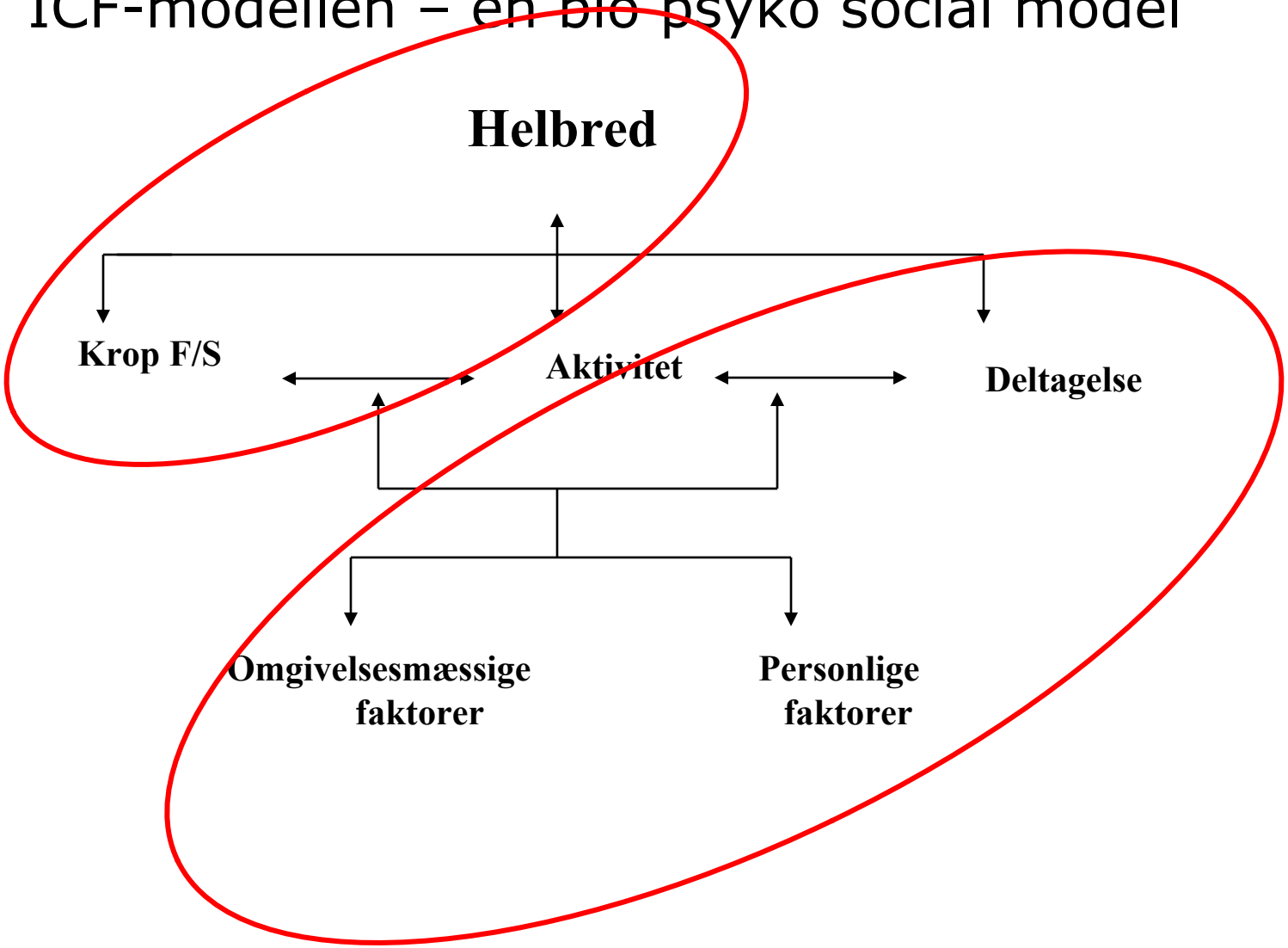
38 årig kvinde behandlet for depression (grad x) med medicamina y og psykoterapi z. Ingen andre sygdomme.

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

Samlet

De udfordringer vi står overfor – og eksemplet med den blå og den røde kvinde illustrerer at løsningen ikke ligger i biomedicinen alene. De mennesker, der har svært ved eller meget svært ved at klare hverdagen pga. sygdom – og som for hvem og for samfundet – sygdomsbelastningen er størst – har ikke alene brug for biomedicinske indsatser – men også og måske primært brug for psyko-sociale indsatser

ICF-modellen – en bio psyko social model

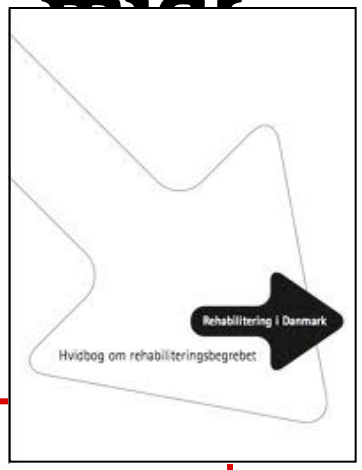


Forskellige definitioner af rehabilitering

- som alle fokuserer på funktionsevne (i hverdagslivet) og målet er bedring af samme, et selvstændigt og meningsfuldt liv, at kunne fungere i samspil med omgivelserne.
- Målet er ikke symptomfrihed eller at undgå død – det er i bedste fald en positiv bivirkning ved rehabilitering – lige som på den anden side at behandling kan have den positive bivirkning at rehabilitering ikke bliver nødvendig.

AARHUS UNIVERSITET

MARSELISBORGCENTRET



Rehabilitering

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.
Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et **selvstændigt og meningsfuldt liv**.
Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret., 2004.

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

Vi ved at rehabilitering virker

(dokumentation på udvalget områder)

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

Handlemuligheder

AARHUS UNIVERSITET

MARSELISBORGCENTRET

regionmidtjylland

Hvad har vi af handlemuligheder

- Rehabilitering i dansk lovgivning
  - FØP og FLEKS lov - sygedagpengelov
  - Lov om social service.

Hvad kræves

- På direktørniveau skal der være vilje til at udnytte de muligheder, der findes på tværs af lovgivninger for at individualisere indsatser.
- Fælles referenceramme – ICF
- Hvad gøres – hvad ønskes målt
- Monitorering

AARHUS UNIVERSITET

MARSELISBORGCENTRET

midt regionmidtjylland

Tak for opmærksomheden!

Aabenraa Kommune

SSF temamøde

”Den rehabiliterende tilgang”

Fra metode… til fælles tilgang v.2.0…

… til det næste sundhedsvæsens DNA…

Den 23. sept. 2015

Direktør Jakob Kyndal

Strategisk tilgang

fra metode… til fælles tilgang v.2.0

… til det næste sundhedsvæsens DNA…

Aabenraa Kommune

- ✓ **Fælles tankesæt** – paradigme – for vores tilgang til borgeren med afsæt i borgerens hele livssituation, behov, ressourcer og ønsker til "det gode liv" i morgen (afsæt i fælles kerneopgave)

- ✓ **Fælles tilgang** til opgaveløsningen på tværs af fagligheder, organisationer og sektorer, hvor borgeren – og omgivelserne – deltager i opgaveløsningen, og borgerens oplevelse er pejlemærke både for indsatsen og for vores kvalitetsudvikling, organisations- og kompetenceudvikling, metodeudvikling, nye løsninger mv.

- ✓ **Fælles værdiskabelse** - med fokus på progression og effekt, der opleves at bidrage til det gode liv, sammenholdt med omkostningerne forbundet med det enkelte forløb og indsatser og på tværs af organisationer og sektorer … *DNA i det næste sundhedsvæsen*

Hvorfor én fælles kerneopgave?

Aabenraa Kommune

…SVAR PÅ:

Hvis vi ikke gør noget, bliver dagsordenen ”hvor lidt kan du nøjes med?” (Kontekst: ”ny velfærd”)

Vi ønsker at ”hjælpe borgeren med at mestre eget liv” … og ”skabe værdi sammen med borgeren”!

\+

Skabe den nytænkende organisation, nye løsninger og kvalitet sammen med borgeren

\+

Samarbejde og sammenhæng på tværs

Bringe ”forskelskraften” i spil – bruge hinandens fagligheder

Udfordringer

kommunalt og tværsektorielt

Aabenraa Kommune

Vi gør ofte det "rigtige" hver for sig…. Men:

- Ofte mangler den tidlige indsats – opsporing, forebyggelse, forberedelse til behandling og evt. sygehusindlæggelse

- Ofte tænker og handler vi liniært, sekventielt – og ikke helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende med et fælles styrende / retningsgivende mål

- Ofte tænker og handler vi med udgangspunkt i borgeren som patient, eller i hvad vi har på hylderne i eget tilbud, eller kassetænkning

- Ofte har vi ikke tilstrækkeligt blik for borgerens netværk og mulighed for at aktivere borgerens omgivelser

- Ofte har vi ikke nok fokus på mestringsevne og effekt – og på hvordan effekten af indsatsen fastholdes, når vi har sluppet

- Ofte har vi ikke fokus på borgerens oplevelse af hjemmet / jobbet / hverdags-livet som omdrejningspunkt - og ønske om mindst mulig forstyrrelse

Kerneopgaven og den Prohabiliterende tilgang

- et tankesæt til forskel….

Fra - Rehabilitering

Fra:
- Reaktiv….
- Refleksion ….
- Os selv….
- Fokus på ydelser
- Fokus på proces
- Systemperspektiv

Til - Prohabilitering

Til:
- Proaktiv
- Proflektion
- Borgerens oplevelse
- Fælles opgave
- Fokus på effekt
- Borgerperspektiv

Den fælles prohabiliterende tilgang
hovedgreb - principper

Aabenraa Kommune

✓Vi pejler efter det, der skaber værdi for borgerne i det gode hverdagsliv

✓Vi skaber en særlig forandring hos den enkelte borger / grupper af borgere med afsæt i borgerens helhedssituation, ressourcer og ønsker, og med borgeren som medskaber

✓Vi arbejder med fælles retningsgivende mål – indsatsmål – handleplaner – og løbende opfølgning med fokus på at styrke borgerens sundhed, mestrings- og funktionsevne, og fokus på at opnå og fastholde effekt af indsatsen

✓Vi samarbejder med borgeren, borgerens pårørende og omgivelser om at styrke borgerens sundhed, mestring og mulighed for at indgå i sociale fællesskaber

✓Vi lader os udfordre på vores faglighed og kvalitet af borgerens oplevelse

✓Vi samarbejder tværfagligt og på tværs af organisationer udfra fælles tankesæt og gennem fælles prohabiliterende metoder

Fra Rehabilitering til ProHabiliterende Tilgang (PHT)

Aabenraa Kommune

PHT gør op med tankesættet, at vi gør tingene ”for” borgeren – vi betragter alle borgere som en ressource, medskabere og ansvarlige for eget liv

PHT adskiller sig fra rehabilitering som en ydelse og faglig disciplin - og udgør organisationens fælles tilgang til borgeren og kerneopgaven

PHT træder ud af skyggen af ”hverdagsrehabilitering” født ud af ældreområdet – og retter sig principielt mod alle målgrupper og fagligheder

PHT ”oversætter” vores fælles grundantagelser - om borgeren, om opgaven og om os selv - til en fælles tilgang og konkrete handlinger i hverdagen

PHT rummer forskellige faglige metoder og hele spektret fra tidlig indsats, målrettede indsatser og forløb, til opfølgende og vedligeholdende indsatser med fokus på effekt og værdi for borgeren.

PHT fokuserer alle indsatser på at skabe forandring / effekt for borgeren i form af bedre sundhed, øget mestrings- og funktionsevne - med aktiv deltagelse af borgeren og borgerens netværk og omgivelser i løsningerne.

Borgerens perspektiv
- behov, ønsker, helhedssituation, egne ressourcer, mål, progression, effekt

Aabenraa Kommune

	Hvornår
Scoring af funktion og mestring	Udredning
Sætte retningsgivende mål og indsatsmål	Bestilling
Sætte resultatmål	Indsatsstart
Kvalificere scoring af funktion og mestring	Hurtigst muligt efter indsats-start
Score resultatmål (GAS)	Indsatsstart og ved opfølgning
Vurdere indsatsmål (ja/nej)	Indsatsslut
Opfølgning på/revurdering af funktion og mestring	Udredning

"360° organisationsudvikling

med afsæt i kerneopgaven
og den prohabiliterende tilgang

Aabenraa Kommune

1. Kerneopgaven - et nyt tankesæt

- Nyt IT-system (CARE2) med helhedstilgang til udredning, mål og opfølgning
- Styrings- og omkostnings-modeller (Aktivitetsstyring)
- Ledelse med fokus på kommunikation (DialogNet)
- Kompetenceudvikling for alle medarbejdere
- Nye leder- og medarbejderroller

- Organisering:
  - Visitation & Rehabilitering
  - Special- & rehabiliteringscenter
  - Rehabteams i hjemmeplejen
- Kulturproces i MED og lokalt
- Effekt- og resultatmåling på tværfaglige rehabiliterende forløb
- Velfærdsteknologi og digitale løsninger – eksempelvis virtuel træning

Fælles borgercentreret værdiskabelse

Fælles strategisk tilgang til det næste sundhedsvæsen

$$\textbf{Værdi} = \frac{\text{Effekt / outcome, der opleves at bidrage til "det gode liv"}}{\text{De samlede omkostninger forbundet med indsatsen}}$$

M. E. Porter: Value-based Health Care

- Fælles kerneopgave tværsektorielt = understøtte "det gode liv"
- Fokus på *værdi* er nøglen til at forene interesser og aktører omkring den fælles understøttelse af "borgerens gode liv"
- Borgerens deltagelse og oplevelse er en del af løsningen og pejlemærke for fællesskabelse af værdi, kvalitets-, kapacitets-, og kompetence-udvikling, metode- og organisationsudvikling m.v.
- Den stærkeste "driver" i forhold til at reducere omkostninger er forbedring af resultater og effekt gennem fælles værdiskabelse

Fælles værdiskabelse – *et eksempel*

Forbedre sundhedstilstand , funktions- og mestringsevne, flere sociale fællesskaber

Individniveau

(del-) Populationsniveau

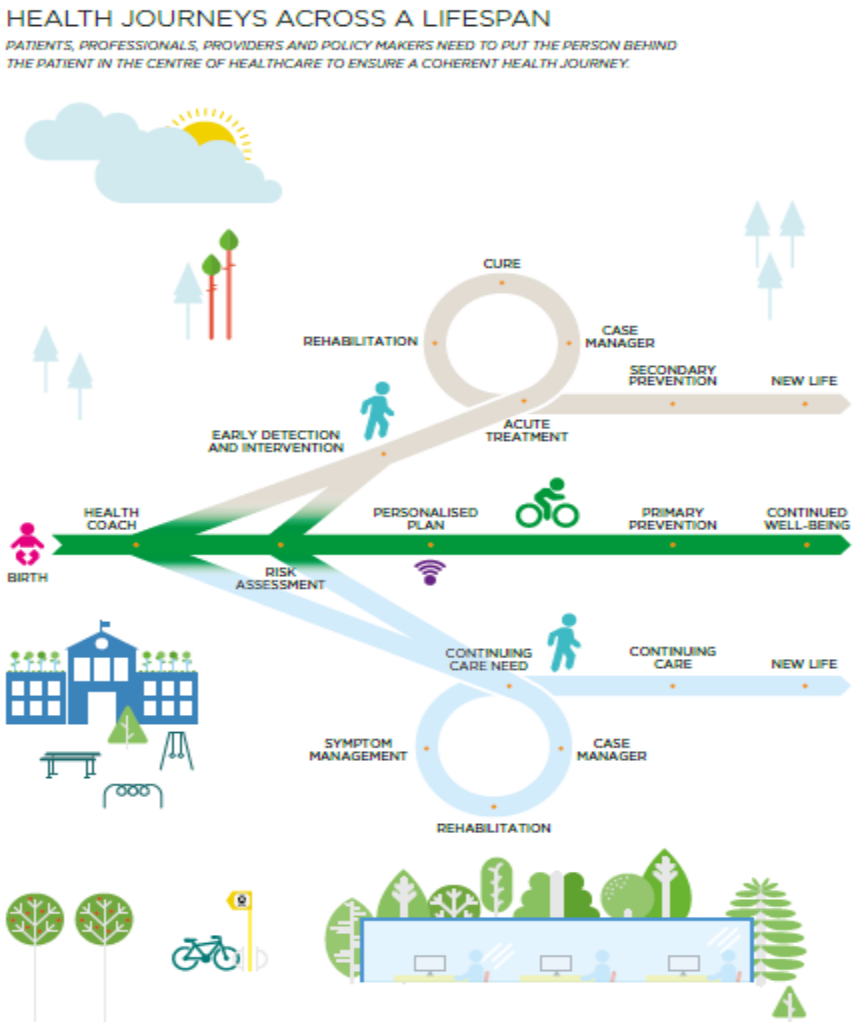
Forløb

Strategiske Indsatser

Nedbringe gns. / total omkostninger

Forbedre den borgeroplevede kvalitet & effekt

”Person-centered Care
Co-creating a Healthcare Sector for the future”
….på vej mod fælles vision for næste sundhedsvæsen?



ODENSE KOMMUNE

REHABILITERING I ODENSE KOMMUNE

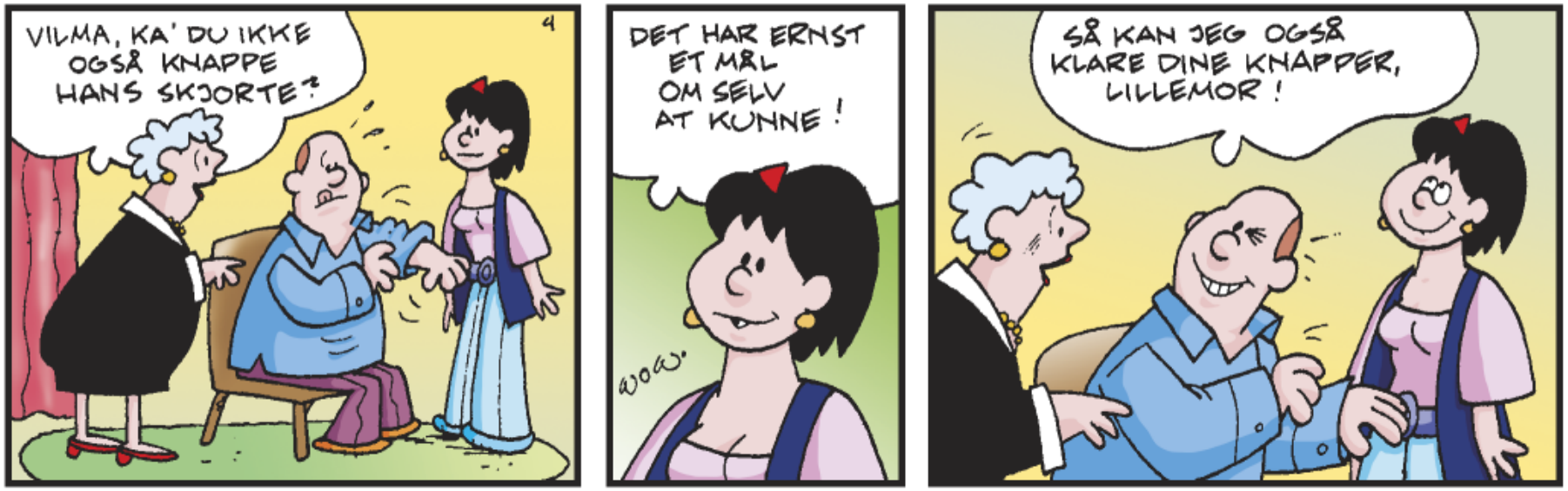
DEN MEGAKORTE VERSION

Dette er den ultrakorte historie om en langsigtet transformation. Den kan ikke fortælles på fem minutter, men I kan få en smagsprøve…

HVAD ER REHABILITERING - HVORFOR REHABILITERING?

Rehabilitering handler om, at en person genvinder, udvikler eller vedligeholder sin funktionsevne i et omfang, så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfuldt liv.

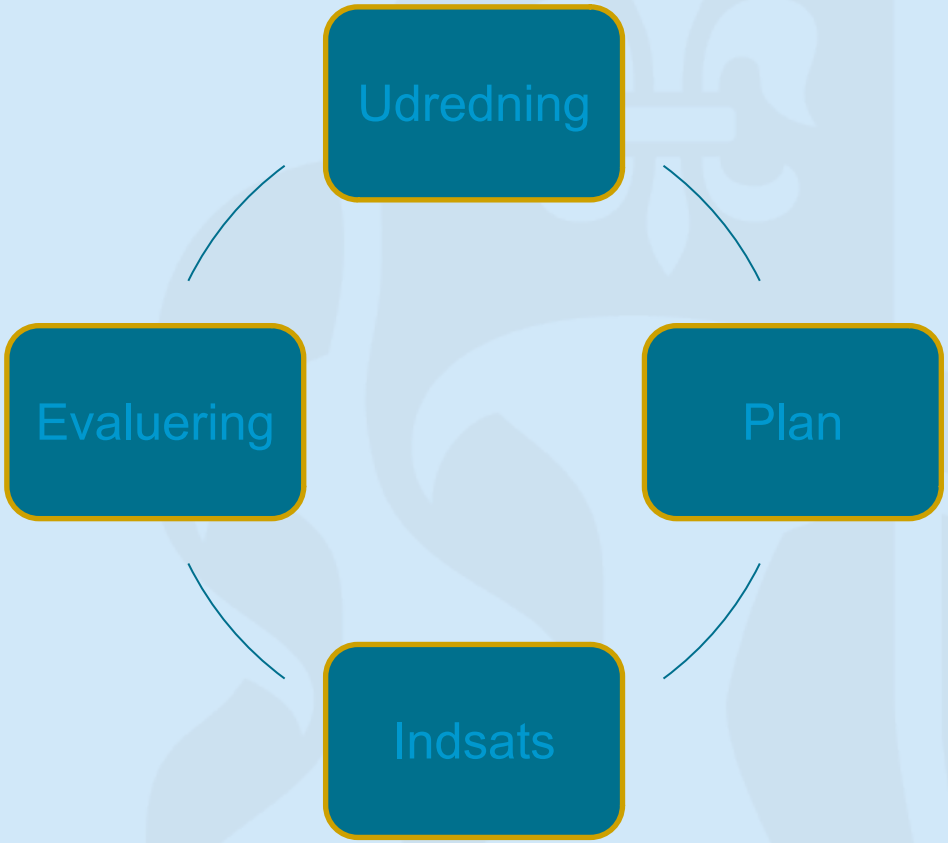
Rehabiliteringsforløbet baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger



PÅ VEJ MOD DEN REHABILITERENDE FORVALTNING

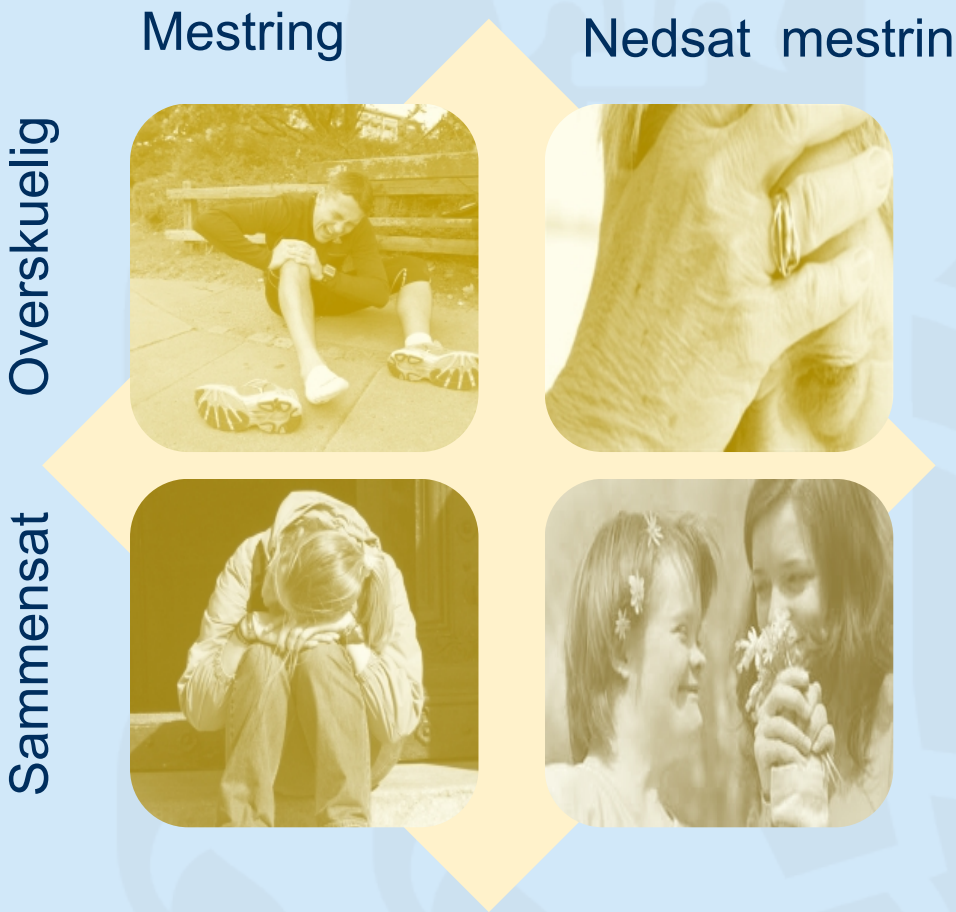
- Rehabiliteringsforløb
- Visitation og serviceniveau
- Én plan
- Test af arbejdsgangene i de 12 rehabiliteringsforløb
- Organisering og ledelse
- Kompetenceudvikling
- Administrative styresystemer
- Effektstyring og incitamentsstrukturer

ALLE BORGERE MØDES MED SAMME SYSTEMATIK



4 FORSKELLIGE TILGANGE TIL BORGEREN

ODENSE KOMMUNE



ODENSE KOMMUNE

FEM SAMLEDE FORLØB

BORGERE MED EN MEDFØDT HJERNESKADE

BORGERE, DER PGA. SYGDOMSUDVIKLING KAN KLARE MINDRE

BORGERE, DER HAR FÅET EN SINDSLIDELSE

BORGERE MED FYSISKE PROBLEMSTILLINGER

BORGERE, DER HAR FÅET EN HJERNESKADE

Møde med de kommunale medformænd i de 5 nedsatte følgegrupper - Samspillet mellem disse og Formandskabet/SSF

De kommunale medformænd af de fem nedsatte følgegrupper og deres sekretærer var inviteret til at deltage i mødet i Formandskabet den 10. september.

SSF formandskabet og de kommunale medformænd drøftede fælles forventninger og kommunale fokuspunkter i Følgegruppernes kommende arbejde. Herunder vigtigheden af at sikre implementering og opfølgning på besluttede samarbejdsaftaler m.v. samt kommunal interessevaretagelse. Der aftaltes en procedure for skriftlig status / orientering af SSF formandskabet forud for formandsskabets og SSF's møder mhp. at sikre, at de kommunale medlemmer af Det Administrative Kontaktforum er klædt på til møderne i Det Administrative kontaktforum samt evt. behov for orientering og drøftelser i SSF af Følgegruppernes arbejde. Sekretariatet udarbejder skabelon for rapportering til SSF formandskabet med afsæt i DAK's porteføljestyringsværktøj for Følgegrupperne.

Det blev ikke vurderet, at der var behov for en konkret mandatformulering, da medformændene var klar over deres opgave.

Der foregår en del projekter i psykiatrien, som ikke umiddelbart fremgår i Sundhedsaftalen. Det er vigtigt, at følgegrupperne også er bevidste om disse.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager orientering om mødet med følgegruppeformændene til efterretning.

Notat med basal og avanceret genoptræning og casebeskrivelser

Note til dagsorden
Implementeringen af den nye bekendtgørelse og vejledning for (genop)træning er også berørt under punkt 1.8 på dagsorden.
Der er knyttet en række kommunale kommentarer omkring risikoen for evt. opgaveglidning og evt. økonomiske konsekvenser for kommunerne under denne sag/punkt.

Baggrund:
De kommunale repræsentanter i den tidligere Følgegruppe for Genoptræning, nedsat af Det Administrative Kontaktforum under Sundhedsaftalen af 2011-2014, har sammen med 5 kommuner i en fælleskommunal arbejdsgruppe, på baggrund af kravet i bekendtgørelsen for genoptræningsplaner og vejledning om træning i kommuner og regioner (oktober 2014), udarbejdet et fælles notat et notat med henblik på en fælles forståelse blandt kommunerne omkring den nye sondring i bekendtgørelsen mellem basal og avanceret genoptræning. I forbindelsen med udarbejdelsen af notatet har den fælleskommunale arbejdsgruppe produceret et casekatalog med beskrivelser af en række borgereksempler med (genop)træning på avanceret niveau.
Notatet og casebeskrivelserne blev fremlagt på mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 17. juni. Her blev arbejdet anerkendt, men samtidig blev det fremført, at de medfølgende casebeskrivelser ikke fremstod repræsentative, da de primært handlede om avanceret genoptræning.
Dette var dog en misforståelse af formålet med notatet og casebeskrivelserne. Det var bevidst, at casebeskrivelserne fokuserer på den avancerede genoptræning, da det er denne, som er den nye opgave for kommunerne indenfor (genop)træningsområdet.
De kommunale tidligere repræsentanter i Følgegruppen for Genoptræning har efter mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 17. juni og de spørgsmål, som der fremkom her, efterfølgende revideret notatet og casebeskrivelserne. Bl.a. har de præciseret, at casekataloget alene skal opfattes som gensidig inspiration for kommunerne i forhold til at løfte den nye opgave og ud fra et ønske om at støtte medlemskommunerne i deres opgave med at varetage de nye opgaver.

Baggrunden for, at senhjerneskadede har en fremtrædende plads i casebeskrivelserne:
Da Sundhedsstyrelsen på samme tid udarbejdede Vejledning om træning i kommuner og regioner og Den Faglige Visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade, og at var arbejdsgruppens vurdering, at der var en stor gensidig påvirkning mellem de to processer, så har senhjerneskadeområdet en fremtrædende plads i forhold til stratificering af borgere til genoptræning på avanceret niveau og dermed i casebeskrivelserne.

Casebeskrivelserne kan præciseres og udbygges over tid:
Når kommunerne har opnået større erfaring med området, kan casene præciseres. På et senere tidspunkt kan casekataloget ligeledes udbygges med eksempler på borgere fra psykiatriområdet, når dette skal implementeres som følge af, at borgere med kontakt til psykiatrien med den nye bekendtgørelse har fået ret til genoptræning. Den tværsektorielle arbejdsgruppe er bl.a. i gang med at se på denne for både region og kommuner nye opgave.

Bemærkning fra Formandskabet:
Formandsskabet har bedt Følgegruppen for Rehabilitering og Genoptræning have fokus på udviklingen på genoptræningsområdet på både sygehusene og hos kommunerne.

Indstilling:
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender casekataloget som vejledende grundlag for kommunerne i Region Syddanmark, og at dette evt. på sigt kan suppleres med casebeskrivelser fra psykiatriområdet, når der foreligger mere viden om, hvordan denne nye målgruppe konkret skal have tilbud som følge af bekendtgørelsen og vejledningen.

- Henstiller, at kommunerne monitorerer udviklingen på området i forhold til udviklingen i eksisterende og nye genoptræningskategorier og i forhold til udgifterne på området.

Sønderborg

Notat

Sundhed

17-08-2015

Vor ref.: Britt Muurholm Matthiesen– Sags nr.: 15/882

Borgercases – genoptræning avanceret niveau

Med det formål at skabe inspiration til hvilke borgerforløb kommuner kan kategorisere som genoptræning på avanceret niveau, beskrives nedenfor otte cases.

Borgere med neurologiske lidelser, typisk som følge af en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen, vil ofte stratificeres til genoptræning på avanceret niveau. Derfor rummer nedenstående borgercases, med undtagelse af borgercase 6 og 7, beskrivelser af borgere med andre lidelser, der kan stratificeres til genoptræning på avanceret niveau.

Borgercase 1

Genoptræning retter sig mod proteseforsyning efter amputation	
Borgerbeskrivelse	Mand i 30-års alderen af anden etnisk herkomst. Han taler engelsk men ikke dansk. Bor alene. Borgeren arbejdede tidligere som landbrugsmedhjælper, men idet han primo 2014 er udsat for en arbejdsulykke, kan han ikke længere bestride dette erhverv. I forbindelse med ulykken amputeres borgerens højre ben akut ved underbenet og senere ved låret. Borgeren går til specialiseret genoptræning på sygehuset i perioden juli til december 2014. Herefter overgår han til kommunal genoptræning, som påbegyndes i februar 2015. Borgeren er fortsat i et kommunalt genoptræningsforløb, hvor han træner en gang ugentligt i centret. Herudover modtager borgeren træning fra Q Care, som han er tilknyttet via jobcentret. Borgeren er i øjeblikket i virksomhedspraktik i en fødevarebutik, hvor han er fire formiddage ugentligt.
Funktionsevne	Borgeren har selvstændig gangfunktion med hjælpemidler og skal optrænes til at have selvstændig gangfunktion med protese uden øvrige hjælpemidler. Borgeren skal foruden træning af gangfunktion styrkes til selvstændigt at kunne varetage egenomsorg. Borgens funktionsnedsættelse indvirker på flere livsområder herunder erhvervsliv, forsørgelsesgrundlag, social deltagelse (bl.a. dans) og fysisk udfoldelse. Borgeren skal hurtigst muligt gøres i stand til en erhvervsafklaring, så han kan vende tilbage til arbejdsmarkedet.

	Idet der er tale om en arbejdsskade, kompliceres borgerens forløb af lang sagsbehandlingstid hos Arbejdsskadestyrelsen. Borgeren er afhængig af en afgørelse på sin arbejdsskadesag, inden den permanente protese kan bevilges. Dette fordi protesen skal finansieres via forsikringsselskabet.
Genoptræning og samarbejde	Borgeren modtager træning, som skal forbedre hans gangfunktion og gøre ham i stand til at være selvhjulpen i størst muligt omfang. Borgerens genoptræning varetages skiftevis gennem forløbet af sygehuset og kommunen, hvilket stiller krav til god kommunikation og koordinering. Da borgeren er i gang med erhvervsafklaring, sker der løbende koordinering mellem jobcentret og den trænende terapeut. Den trænende terapeut samarbejder endvidere med en bandagist, som varetager arbejdet med udformning og tilretning af borgerens proteser.
Kompetencekrav	Den trænende terapeut er autoriseret fysioterapeut og har arbejdet med ben amputerede borgere igennem tyve år. Hun besidder derfor særlige kompetencer indenfor feltet. Terapeuten vedligeholder og udvikler løbende sine kompetencer indenfor amputationsområdet.
Udstyr	Dette forløb stiller ikke krav til særligt udstyr, idet udstyret medsendes fra sygehuset.

Borgercase 2

Genoptræning efter multitraume	
Borgerbeskrivelse	50-årig mand, som efter et alvorligt trafikuheld er behandlet på Center for Rygmarvsskadede. Han har beskadiget rygmarven ved halsdelen og har derfor udtalte lammelser. Han er gift (ægtefælle lider af kronisk sygdom) og har 2 børn, hvoraf det ene barn er hjemmeboende. Han er ansat som tømrer, men det er ikke muligt for ham at vende tilbage til jobbet på ordinære vilkår. Borgeren har massive funktionsbegrænsninger og smerter, hvilket udfordrer hans evne til at håndtere hverdagen og hjælpe den øvrige familie, hvis ressourcer er begrænsede.
Funktionsevne	Borgeren er i stand til at klare dagligdagsopgaver men er besværet i forhold til mobilitet – han kan gå inde, men er ikke mobil ude grundet reduceret gangdistance, manglende evne til at cykle og køre bil. Borgerens hovedproblem er smerter og manglende struktur i hverdagen. Borgerens funktionsnedsættelse indvirker på flere livsområderne: erhvervsliv (forsørgelsesgrundlag), fysisk udfoldelse, social deltagelse.
Genoptræning og samarbejde	Borgeren arbejder med at skabe en struktur i hverdagen, så han kan håndtere smerterne, der er styrende for alt, hvad han foretager sig. Der er etableret samarbejde mellem Social og arbejdsmarkedsområdet, mhp job afklaringsforløb(forsørgelsesgrundlag), smertecenter på sygehus og egen læge. Desuden samarbejdes fortsat med Center for Rygmarvsskadede. Der er stort behov for intern kommunal koordinering
Kompetencekrav	Det kræver flere års erfaring med genoptræning at varetage denne opgave i forhold til at fokusere og koordinere forløbet. Terapeuter har behov for specifik viden om biopsykosociale faktorer og om neurologisk sygdom.
Udstyr	Intet specielt

Borgercase 3

Genoptræning rettet mod senfølger efter kræftbehandling	
Borgerbeskrivelse	15-årig dreng kommer til genoptræning efter forløb på OUH. Er for 8 år siden, behandlet for leukæmi. Denne behandling har givet senfølger i form af osteonekrose i benene (nedbrydelse af knoglevævet). Dette har medført, at han ikke kan deltage i fysisk aktivitet med stor belastning, såsom løb og spring pga. smerter primært i fødder samt ankler. Smerter kan reduceres med smertedæmpende medicin.
Funktionsevne	Drengen har smerter og begrænset fysisk formåen. Funktionsnedsættelsen indvirker på drengens sociale deltagelse og fysiske udfoldelsesevne.
Genoptræning og samarbejde	Genoptræningen retter sig mod at gøre drengen i stand til at bevæge sig i størst muligt omfang og reducere smerter. Der samarbejdes med forældre og skole (idrætslærer) samt fysioterapeut og læge på OUH
Kompetencekrav	Det kræver flere års erfaring med genoptræning at varetage denne opgave i forhold til at kunne dosere træningen. Terapeuten skal besidde særlige kompetencer og løbende deltage i kompetenceudvikling.
Udstyr	Intet specielt

Borgercase 4

Genoptræning rettet mod kompleks håndskade	
Borgerbeskrivelse	46 årig elektriker med håndledsfraktur og fraktur af 2 håndrodsknogler på højre hånd, henvist fra ortopædkirurgisk afdeling på Regionssygehus. Frakturen er opereret med indsættelse af skinnemateriale og derefter gips og håndledsskinne i 8 uger. Er afhængig af hjælp til almindelige daglige gøremål og er på nuværende tidspunkt ikke i stand til at arbejde som elektriker, grundet stærkt nedsat bevægelighed i hånd og fingre, samt smerteproblematik.
Funktionsevne	I efterforløbet er der komplikationer med smerter, voldsom hævelse af muskulatur i hånden, føleforstyrrelser, stærkt nedsat bevægelighed, stærkt nedsat muskelstyrke i hånd og underarm, begyndende tegn på hudforandring og kredsløbsforstyrrelse. Borgers funktionsnedsættelse indvirker på hans erhvervsevne og kan dermed have betydning for hans forsørgelsesgrundlag.
Genoptræning og samarbejde	Efter et 8 ugers behandlingsforløb på sygehuset henvises borger til kommunal genoptræning. Genoptræningen retter sig mod at blive selvhjulpen og opnå fuld bevægelighed i hånden, så han kan genoptage sit erhverv som elektriker.
Forekomst	Sjældent
Kompetencekrav	Opgaven kræver særlige kompetencer hos terapeuten, idet specifik viden om korrekt træning og fremgangsform er essentiel for et vellykket resultat. Terapeuten skal være i stand til at identificere symptomer, der kan være tegn på nerveskader og degeneration af knoglevæv og dermed risiko for at der opstår varige mén. Terapeuten skal løbende indgå i kompetenceudvikling.
Udstyr	Ingen særlige krav

Borgercase 5

Genoptræning rettet mod kompleks nakkeproblematik	
Borgerbeskrivelse	Borgeren er 20 år. Har haft migræne og hovedpine siden faldtraume fra hest primo 2015.
Funktionsevne	Er udtalt øm i nakke, skuldre og de kranielle strukturer. Kan ikke få sin hverdag til at hænge sammen og har måttet stoppe skole. Sover og hviler meget. Har funktionsnedsættelse, der har betydning for flere livsområder.
Genoptræning og samarbejde	Krav til samarbejde med jobcenter, egen læge, evt. psykiatri og på sigt måske skole. Dette kræver koordinering. Evt. samarbejde med andre kommunale aktører, hvor den mere erfarne terapeut har bedre kendskab
Kompetencekrav	Der bør være specielle kompetencer inden for genoptræning af borgere med ”nakkeproblematikker”. Desuden kræver det erfaring med tilgang til borgere med langvarige smerter og rehabilitering til et hverdagsliv, hun kan klare. Har funktionsnedsættelse der har betydning for flere livsområder.
Udstyr	Intet specielt

Borgercase 6

Genoptræning rettet mod borger med hjerneblødning	
Borgerbeskrivelse	73-årig kvinde, som indtil skaden indtræffer har boet alene i eget hjem. Hun er udskrevet fra OUH til kommunens Rehabiliteringscenter.
Funktionsevne	Borgeren har på flere områder behov for massiv støtte (verbalt, til dagligdagsaktiviteter, til egenomsorg). Borgeren har endvidere flere kognitive udfordringer (nedsat initiativ, betydelig latenstid, lav koncentrationsevne, er meget let afledelig, lav indsigt i egen situation og egne begrænsninger). Fysisk er det primært borgerens balance, som er påvirket. Borgerens funktionsnedsættelse har indvirkning på hendes sociale deltagelse og fysiske udfoldelse.
Genoptræning og samarbejde	Genoptræningen retter sig mod at forbedre borgerens fysiske og kognitive færdigheder med henblik på at gøre hende selvhjulpen i det omfang, det er muligt. Der er etableret samarbejde med hjemmeplejen.
Kompetencekrav	Terapeuten skal have særlig viden om og erfaring med kognitive skader. Herudover kræver det at terapeuten kan medvirke til en tværfaglig og koordineret indsats i samarbejde med Plejen.
Udstyr	Der kræves intet særligt udstyr

Borgercase 7

Genoptræning rettet mod borger efter blodprop/blødning i hjernen	
Borgerbeskrivelse	Ældre borger med følger efter blodprop samt blødning i hjernen i form af halvsidig lammelse af venstre side herunder synkebesvær til følge.
Funktionsevne	Der er venstresidig lammelse. Borgeren forflyttes med loftlift. Skal have hjælp til vendinger og har meget nedsat siddende balance. Der er nedsat opmærksomhed mod den lammede side og kan ikke forstå at anvende almindelige redskaber / genstande / tøj. Ernæres via sonde. Borgeren har meget svært ved at samarbejde til træningen
Genoptræning og samarbejde	Der er behov for tæt tværfagligt samarbejde mellem ergoterapeuter, fysioterapeuter, plejen, evt. diætist, visitationen og egen læge samt evt. pårørende.
Kompetencekrav	Der er behov for særlige kompetencer og erfaring indenfor ergo- og fysioterapi på det neurologiske område. Herunder særlig viden og erfaring om FOTT (ansigt, mund og svælgterapi i forbindelse med synkebesvær), samt overlevering til Plejen omkring grundstimulation samt observationer ift. evt. fejlsynkning. Dernæst behov for neuropædagogisk tilgang til at håndtere borgerens mentale- og sansemæssige forstyrrelser. Tæt koordinering med andre rehabiliteringsindsatser.
Udstyr	Lift, Packs (en form for specialpuder) til lejring, materiale til brug for FOTT

Borgercase 8

Genoptræning af motorisk udvikling og muskelstyrke	
Borgerbeskrivelse	Præmatur 27+5 dreng. Fødselsvægt var 980 gram. Født tvilling, men tvillingesøster dør en uge gammel pga. en grad 4 blødning. Dreng udvikler hydrocephalus pga. en grad 2-3 blødning. Daglige tapninger indtil der anlægges shunt knap 4 mdr. gammel. Desuden hjerteopereret som 8 mdr. Har haft gastroenterit og øvre luftvejsproblemer. Indtil han er fire måneder gammel, og der anlægges shunt, bæres han i vandret stilling grundet hydrocephalus. Dette påvirker hans motoriske udvikling og almene trivsel. Træning opstartes, da han er 10 måneder gammel. Indtil denne opstart har PPR været inde over med råd og vejledning til forældrene. Træning har været iværksat to gange om ugen med henblik på motorisk træning samt at vejlede moderen i at stimulere og aktivere ham i dagligdagen. Træning har bestået af sansemotorisk træning, almen styrketræning, samt stimulering til almen motorisk udvikling. Desuden massive mundmotoriske vanskeligheder, hvilket har bevirket, at han indtil for nylig, udelukkende har indtaget flydende kost. Forældrene har været udsat for færdselsuheld og er begge ramt af whiplash. Far arbejder fuld tid, og mor er på fleksjobordning, men pt. arbejdsløs. Familien har begrænsede fysiske ressourcer og overskud grundet ovenstående.
Funktionsevne	Medio april 2015 er han startet i minidagpleje alle ugens dage, hvor han stimuleres motorisk og styrkemæssigt. Han kan i en alder af 1½ år sidde selv, men usikkert. Han er kun lige begyndt at sætte fra til at krybe selv og række ud efter legetøj i maveliggende. Han har kunnet trille i et stykke tid. I medio maj 2015 er han testet med Bayley (motorisk test). Grovmotorisk lå han på daværende tidspunkt på 7 mdr. niveau og finmotorisk lå han på 10 mdr. niveau. Han har kun villet indtage flydende kost, men er nu kommet i gang med kost med konsistens, der er iværksat spisetræning ved ergoterapeut. Der har fra januar 2015 til april 2015 været 6-7 hospitalsindlæggelser pga. infektioner, lungebetændelser m.m. Indlæggelser har betydet stilstand i den motoriske udvikling, men også i udvikling vedr. kost.
Genoptræning og samarbejde	Internt samarbejde ift. hjælpemidler. Samarbejde med dagpleje ift. råd, vejledning samt supervision af træningen. Møde med dagplejekonsulenter med henblik på viden om, hvad dagplejens opgave er i forløbet. Håndtering af samt samarbejde med forældre med henblik på at få implementeret træningen i hverdagens elementer. PPR som sparringspartner. Sygehuset.
Kompetencekrav	Viden om børns motoriske udvikling. Kurser i sanseintegration, sansestimulering og motorisk træning. Kursus i brug af motoriske test, og hvordan anvender man testresultat.

	Særlig viden om mundstimulering og kursus i spisetræning. Den pædagogiske tilgang til forældre i krise, samt den pædagogiske indfaldsvinkel til børn som har haft multiple indlæggelse, hvilket udfordrer træningssituationerne. Gode samarbejdsevner.
Udstyr	Ståstøtte stativ. Kravlekrabat. Mundstimuleringslegetøj.

ODENSE KOMMUNE

Ældre- og Handicapforvaltningen

Implementering og Udvikling

Ørbækvej 100
Postboks 1220
5220 Odense SØ

www.odense.dk

Asger Kudahl
Tlf. 24288801
E-mail aku@odense.dk

Følgeskrivelse

DATO
31. august 2015

REF.
aku

JOURNALNR.

EKSPEDITIONSTIDER
Man. - Ons. 8.00-15.30
Tors. tillige til 17.30
Fre. 8.00 - 13.00

Genoptræning på basal og avanceret niveau

Baggrunden for den kommunale arbejdsgruppes notat er kravet i bekendtgørelsen for genoptræningsplaner og vejledning om træning i kommuner og regioner (oktober 2014) om, at kommunerne skal stratificere borgere med en genoptræningsplan til genoptræning på alment niveau i to kategorier: genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

Bekendtgørelsen og vejledningen var en konsekvens af evaluering af kommunalreformen[1], hvor man identificerede en gruppe borgere med et genoptræningsbehov, der på den ene side ikke fordrede et sygehusforankret genoptræningsforløb, men på den anden side var så komplekse eller sjældent forekommende, at opgaven kunne udgøre en faglig og organisatorisk udfordring for kommuner (Evaluering af kommunalreformen, side 133).

Sundhedsstyrelsen udarbejdede Vejledning om træning i kommuner og regioner og Den Faglige Visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade i samme periode, og det er arbejdsgruppens vurdering, at der var en stor gensidig påvirkning mellem de to processer. Derfor har senhjerneskadeområdet en fremtrædende plads i forhold til stratificering af borgere til genoptræning på avanceret niveau.

En af de markante nyskabelser i denne vejledning sammenholdt med de 2 tidligere vejledninger er Sundhedsstyrelsens understregning af, at "kvalitet forudsætter kvantitet"; der skal et vist volumen af ensartede opgaver til, for at fagpersonerne kan opbygge og vedligeholde en høj faglig kompetence.

Med den endelige vejledning fik kommunerne opgaven med at håndtere stratificeringen af den almene genoptræning i henholdsvis genoptræning

[1] Evaluering af kommunalreformen, marts 2013

på basalt og avanceret niveau. I høringsudgaven var denne kompetence tillagt sygehusene.
Kommunerne i Følgegruppen for genoptræning har valgt at udarbejde vedlagte forslag til håndtering af kommunernes stratificering; der er ikke noget formelt krav om kommunalt fællesskab om denne opgave – hver kommune kunne vælge selv at håndtere opgaven.

Arbejdsgruppen har tilstræbt at være mere konkrete end selve vejledningen og samtidig arbejdet for at fastholde et rum for yderligere lokal/kommunal fortolkning.

Arbejdsgruppen har ikke forholdt sig til den interne kommunale lokale organisering, men tilstræbt at notatet ikke forudsætter en bestemt organisering, fx i forhold til private leverandører.

Arbejdsgruppen har undladt at medtage psykiatriområdet, fordi der arbejdes på en tværsektoriel (region og kommuner) proces på dette område.

I notatet henvises til en række aftaler, som enten er i proces eller skal i proces med regionen: Psykiatriområdet, rehabilitering på specialiseret niveau, supervision fra det specialiserede niveau til det avancerede niveau, samarbejde om at kategorisere nuværende genoptræning på specialiseret niveau til genoptræning på alment niveau.

Monitorering: Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne indgår en aftale om at antallet og fordelingen mellem basal og avanceret genoptræning monitoreres fra 1. okt. 2015 og fremadrettet.

Notatet vedlægges et casekatalog. Arbejdsgruppen har indsamlet cases som eksempler på, hvordan den enkelte kommune har vurderet et borgerforløb til at være genoptræning på avanceret niveau. Casekataloget skal alene opfattes som gensidig inspiration for kommunerne.

Arbejdsgruppen har ikke forholdt sig til de økonomiske konsekvenser af bekendtgørelsen og vejledningen, idet eventuelle merudgifter som følge af de nye rammer på området bør løftes i regi af KL.

Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at præciseringen i notatet ikke i sig selv give anledning til øgede udgifter eller lægger et højere serviceniveau end dét, den nye vejledning forudsætter.

Høringssvarene har, som altid, peget i mange forskellige retninger. Der er en generel tendens til, at der har været fokus på vanskeligheder i forhold til den interne organisering og en bekymring for de økonomiske konsekvenser.

Kommunerne har i høringssvarene ikke forholdt sig til Sundhedsstyrelsens vurdering af, at kun meget få kommuner kan forventes at håndtere al genoptræning på avanceret niveau; i implementeringsfasen vil der jævnfør Vejledningen være behov for at

udbygge det tværkommunale samarbejde om genoptræning på avanceret niveau.

Sønderborg

Notat

Sundhed

25-08-2015

Vor ref.: Britt Muurholm Matthiesen– Sags nr.: 15/882

1.0 Notat vedr. sondring mellem basal og avanceret genoptræning

Formålet med dette notat er at præcisere den gældende "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner"[1] med henblik på en fælles forståelse af sondringen mellem genoptræning på basalt og avanceret niveau. Præciseringen har en generel karakter, således at muligheden for en lokal fortolkning af implementering af vejledningen fastholdes, herunder lokale forskelle i organisering. Efter godkendelse i Sundhedsstrategisk Forum er dokumentet gældende som en anbefaling for alle kommuner i Region Syddanmark.

Notatet forholder sig ikke til, hvorvidt vejledningen påvirker kommunernes økonomi, men præciseringen i notatet giver ikke i sig selv anledning til øgede udgifter. Arbejdsgruppen vurderer, at præciseringen ikke lægger et højere serviceniveau end dét, den nye vejledning forudsætter.

Notatet skitserer således en stratificering af borgere med en genoptræningsplan efter sundhedslovens §140 til almen genoptræning i de to niveauer for genoptræning - basalt og avanceret niveau. Derudover skal dokumentet operationalisere vejledningens afsnit om medarbejdernes kompetencer som grundlag for at arbejde med borgeres genoptræning på de to niveauer. Endelig anviser dokumentet muligheder for, hvordan genoptræningsopgaven på avanceret niveau kan løses, hvis kommunen ikke selv løser opgaven.

Notatet vedlægges 8 cases fra forskellige kommuner, som er eksempler på borgerforløb, som de respektive kommuner vil kategorisere som genoptræningsforløb på avanceret niveau. Det understreges, at disse cases kun er tænkt som eksempler og ikke skal ses som en facitliste.

I forlængelse af dette notat anbefales det, at der i det tværsektorielle samarbejde udarbejdes et notat om, hvordan, hvornår og hvilke dele af den specialiserede genoptræning, der fremadrettet kan karakteriseres som genoptræning på alment niveau. Dette med henblik på at sikre en så ensartet håndtering af opgaven som muligt i Region Syddanmark.

Notatet skal endvidere ses i sammenhæng med et tværsektorielt notat om genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Dette er fortsat under udarbejdelse.

[1] "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", VEJL nr. 9759 af 08/10/2014 Gældende

1.1 Borgere

Vejledningen tydeliggør behovet for koordinering i forbindelse med alle typer af genoptræningsindsatser. Det er således væsentligt at have øje for koordineringsbehovet, især i situationer, hvor kommunen ikke selv løser genoptræningsopgaven.

Stratificering:
Stratificeringen tager udgangspunkt i vejledningens skemaer over niveauer (afsnit 4). Niveauet fastlægges enten ud fra genoptræningsplanen eller efter første borgerkontakt.

Som udgangspunkt kan diagnosen ikke afgøre, om der er tale om genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Funktionsevnen er det afgørende parameter, hvor funktionsevnenedsættelse af betydning for flere livsområder eventuelt kombineret med et komplekst behandlingsforløb typisk vil føre til genoptræning på avanceret niveau, og afgrænsede og ukomplicerede funktionsevnenedsættelser vil føre til genoptræning på basalt niveau. Dog henledes opmærksomheden på, at de faglige visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet for hhv. børn og voksne[2] angiver, at hovedparten af patienter med funktionsevnenedsættelse som følge af apopleksi og andre erhvervede hjerneskader skal varetages på avanceret niveau.

Nogle andre patientgrupper fordrer, at man i særlige situationer er opmærksom på behov for genoptræning på avanceret niveau.

Der kan være faktorer i et genoptræningsforløb, som taler for, at en borgers genoptræning varetages af én terapeut frem for en anden terapeut på grund af terapeuternes forskellige kompetencer. Dette må ikke have betydning for stratificeringen af genoptræningen på hhv. basalt eller avanceret niveau.

Dokumentation og monitorering:
Niveauet for genoptræning dokumenteres i borgerjournalen, lige som ændringer i niveauet også dokumenteres i journalen. Kommunerne monitorerer på fordelingen af genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau i forhold til den første indplacering af borgeren; ændringer af borgerens indplacering vil således ikke fremgå af monitoreringen.

Sygehuset:
Sygehuset skal sikre, at genoptræningsplanen opfylder kravene i Vejledningen, sådan at genoptræningsplanen kan udgøre det væsentligste grundlag for stratificeringen i genoptræning på basalt og avanceret niveau.

Det er Sundhedsstyrelsens forventning, at andelen af genoptræning på specialiseret niveau formentlig vil falde i takt med, at kommunerne udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau.

1.2 Medarbejder-kompetencer

Basalt:
Den enkelte terapeut skal have grunduddannelse som fysioterapeut eller ergoterapeut og arbejde i et fagligt miljø, hvor der er mulighed for supervision i forhold til konkrete patientgrupper. Erfaringen fra den daglige praksis viser, at opgaverne ofte varetages af terapeuter, der har erfaring og kompetencer inden for patientgruppen. Det anbefales, at denne praksis fastholdes.

[2] "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje", Sundhedsstyrelsen (2014) samt "Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje", Sundhedsstyrelsen (2014).

Andre autoriserede sundhedspersoner kan indgå i opgaveløsningen.

Genoptræning på avanceret niveau:
Jf. teksten i vejledningen vil der være tale om en lille til moderat forekomst af patienter med samme problemstillinger. Kommunen skal sikre, at der er tilstrækkeligt med ergo- og fysioterapeuter med kompetencer på avanceret niveau inden for den pågældende patientgruppe, således at der også er dækning for dette under ferie og sygdom.

Den enkelte ergoterapeut eller fysioterapeut skal have minimum 2 års erfaring med genoptræning inden for den aktuelle patientgruppe inden for de sidste 4 år og skal primært arbejde med indsatser i forhold til den specifikke patientgruppe.

Terapeuter og andre autoriserede sundhedspersoner, der ikke har kompetencer til at genoptræne på avanceret niveau, kan indgå i løsningen af genoptræningsopgaven, men det skal foregå i tæt sparring og supervision med kollega, der opfylder ovenstående.

Som led i den kommunale-regionale aftale om implementering af bekendtgørelse og vejledning indgås aftaler om supervision fra det specialiserede niveau til det avancerede niveau.

Efteruddannelse:
De enkelte kommuner sikre medarbejderne tilstrækkelig efteruddannelse til varetagelse af genoptræning på hhv. basal og avanceret niveau, herunder med afsæt i de nationale kliniske retningslinjer.

1.3 Organisatorisk

Den enkelte kommune beskriver, hvordan den almene genoptræning løses. Denne beskrivelse skal være opdelt i genoptræning på basalt og avanceret niveau. Beskrivelsen ligger offentligt tilgængeligt på Sundhed.dk eller på kommunens hjemmeside.

Der en række forskellige muligheder for at samarbejde om genoptræningsopgaven på avanceret niveau. Dette kan ske i et samarbejde med kommunale, regionale og private aktører. Nedenfor angives eksempler på, hvordan kommunerne kan imødekomme borgernes behov for genoptræning på avanceret niveau ved samarbejde med hhv. andre kommuner og regionen:

Samarbejde med andre kommuner:
- Forpligtende samarbejdsaftale mellem kommuner med arbejdsdeling i forhold til køb af indsatser inden for bestemte målgrupper – evt. "bytte af patientgrupper" uden egentlig afregning
- Køb af ydelser ved enkelte forløb
- Borgeren modtager træningen i den kommune, ydelsen købes af
- Borgeren modtager træningen i hjemkommune, med træning helt eller delvist af en medarbejder fra den kommune, ydelsen købes af
- Borgeren modtager træning af medarbejder fra hjemkommune, superviseret af medarbejdere fra den kommune, delydelsen købes af – evt. virtuelt
- Oplæring af egne medarbejdere omkring specifikke indsatser købes af medarbejdere fra anden kommune

Samarbejde med regionen:
- Forpligtende samarbejdsaftale i forhold til køb af ydelser inden for bestemte målgrupper
- Køb af ydelser ved enkelte forløb
- Supervision i forhold til konkrete borgerrettede forløb

For borgere, der modtager genoptræning på avanceret niveau i andet regi, har hjemkommunen fortsat ansvaret for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, og ansvaret for koordinering af borgerens samlede forløb ligger hos hjemkommunen

Hjemkommunen har, når borgere anvises genoptræning på avanceret niveau uden for kommunegrænsen, fortsat ansvaret i forhold til befordring efter gældende regler.

Sønderborg

Notat

Sundhed

25-08-2015

Vor ref.: Britt Muurholm Matthiesen– Sags nr.: 15/882

1.0 Notat vedr. sondring mellem basal og avanceret genoptræning

Formålet med dette notat er at præcisere den gældende "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner"[1] med henblik på en fælles forståelse af sondringen mellem genoptræning på basalt og avanceret niveau. Præciseringen har en generel karakter, således at muligheden for en lokal fortolkning af implementering af vejledningen fastholdes, herunder lokale forskelle i organisering. Efter godkendelse i Sundhedsstrategisk Forum er dokumentet gældende som en anbefaling for alle kommuner i Region Syddanmark.

Notatet forholder sig ikke til, hvorvidt vejledningen påvirker kommunernes økonomi, men præciseringen i notatet giver ikke i sig selv anledning til øgede udgifter. Arbejdsgruppen vurderer, at præciseringen ikke lægger et højere serviceniveau end dét, den nye vejledning forudsætter.

Notatet skitserer således en stratificering af borgere med en genoptræningsplan efter sundhedslovens §140 til almen genoptræning i de to niveauer for genoptræning - basalt og avanceret niveau. Derudover skal dokumentet operationalisere vejledningens afsnit om medarbejdernes kompetencer som grundlag for at arbejde med borgeres genoptræning på de to niveauer. Endelig anviser dokumentet muligheder for, hvordan genoptræningsopgaven på avanceret niveau kan løses, hvis kommunen ikke selv løser opgaven.

Notatet vedlægges 8 cases fra forskellige kommuner, som er eksempler på borgerforløb, som de respektive kommuner vil kategorisere som genoptræningsforløb på avanceret niveau. Det understreges, at disse cases kun er tænkt som eksempler og ikke skal ses som en facitliste.

I forlængelse af dette notat anbefales det, at der i det tværsektorielle samarbejde udarbejdes et notat om, hvordan, hvornår og hvilke dele af den specialiserede genoptræning, der fremadrettet kan karakteriseres som genoptræning på alment niveau. Dette med henblik på at sikre en så ensartet håndtering af opgaven som muligt i Region Syddanmark.

Notatet skal endvidere ses i sammenhæng med et tværsektorielt notat om genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Dette er fortsat under udarbejdelse.

[1] "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", VEJL nr. 9759 af 08/10/2014 Gældende

1.1 Borgere

Vejledningen tydeliggør behovet for koordinering i forbindelse med alle typer af genoptræningsindsatser. Det er således væsentligt at have øje for koordineringsbehovet, især i situationer, hvor kommunen ikke selv løser genoptræningsopgaven.

Stratificering:
Stratificeringen tager udgangspunkt i vejledningens skemaer over niveauer (afsnit 4). Niveauet fastlægges enten ud fra genoptræningsplanen eller efter første borgerkontakt.

Som udgangspunkt kan diagnosen ikke afgøre, om der er tale om genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Funktionsevnen er det afgørende parameter, hvor funktionsevnenedsættelse af betydning for flere livsområder eventuelt kombineret med et komplekst behandlingsforløb typisk vil føre til genoptræning på avanceret niveau, og afgrænsede og ukomplicerede funktionsevnenedsættelser vil føre til genoptræning på basalt niveau. Dog henledes opmærksomheden på, at de faglige visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet for hhv. børn og voksne[2] angiver, at hovedparten af patienter med funktionsevnenedsættelse som følge af apopleksi og andre erhvervede hjerneskader skal varetages på avanceret niveau.

Nogle andre patientgrupper fordrer, at man i særlige situationer er opmærksom på behov for genoptræning på avanceret niveau.

Der kan være faktorer i et genoptræningsforløb, som taler for, at en borgers genoptræning varetages af én terapeut frem for en anden terapeut på grund af terapeuternes forskellige kompetencer. Dette må ikke have betydning for stratificeringen af genoptræningen på hhv. basalt eller avanceret niveau.

Dokumentation og monitorering:
Niveauet for genoptræning dokumenteres i borgerjournalen, lige som ændringer i niveauet også dokumenteres i journalen. Kommunerne monitorerer på fordelingen af genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau i forhold til den første indplacering af borgeren; ændringer af borgerens indplacering vil således ikke fremgå af monitoreringen.

Sygehuset:
Sygehuset skal sikre, at genoptræningsplanen opfylder kravene i Vejledningen, sådan at genoptræningsplanen kan udgøre det væsentligste grundlag for stratificeringen i genoptræning på basalt og avanceret niveau.

Det er Sundhedsstyrelsens forventning, at andelen af genoptræning på specialiseret niveau formentlig vil falde i takt med, at kommunerne udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau.

1.2 Medarbejder-kompetencer

Basalt:
Den enkelte terapeut skal have grunduddannelse som fysioterapeut eller ergoterapeut og arbejde i et fagligt miljø, hvor der er mulighed for supervision i forhold til konkrete patientgrupper. Erfaringen fra den daglige praksis viser, at opgaverne ofte varetages af terapeuter, der har erfaring og kompetencer inden for patientgruppen. Det anbefales, at denne praksis fastholdes.

[2] "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje", Sundhedsstyrelsen (2014) samt "Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje", Sundhedsstyrelsen (2014).

Andre autoriserede sundhedspersoner kan indgå i opgaveløsningen.

Genoptræning på avanceret niveau:
Jf. teksten i vejledningen vil der være tale om en lille til moderat forekomst af patienter med samme problemstillinger. Kommunen skal sikre, at der er tilstrækkeligt med ergo- og fysioterapeuter med kompetencer på avanceret niveau inden for den pågældende patientgruppe, således at der også er dækning for dette under ferie og sygdom.

Den enkelte ergoterapeut eller fysioterapeut skal have minimum 2 års erfaring med genoptræning inden for den aktuelle patientgruppe inden for de sidste 4 år og skal primært arbejde med indsatser i forhold til den specifikke patientgruppe.

Terapeuter og andre autoriserede sundhedspersoner, der ikke har kompetencer til at genoptræne på avanceret niveau, kan indgå i løsningen af genoptræningsopgaven, men det skal foregå i tæt sparring og supervision med kollega, der opfylder ovenstående.

Som led i den kommunale-regionale aftale om implementering af bekendtgørelse og vejledning indgås aftaler om supervision fra det specialiserede niveau til det avancerede niveau.

Efteruddannelse:
De enkelte kommuner sikre medarbejderne tilstrækkelig efteruddannelse til varetagelse af genoptræning på hhv. basal og avanceret niveau, herunder med afsæt i de nationale kliniske retningslinjer.

1.3 Organisatorisk

Den enkelte kommune beskriver, hvordan den almene genoptræning løses. Denne beskrivelse skal være opdelt i genoptræning på basalt og avanceret niveau. Beskrivelsen ligger offentligt tilgængeligt på Sundhed.dk eller på kommunens hjemmeside.

Der en række forskellige muligheder for at samarbejde om genoptræningsopgaven på avanceret niveau. Dette kan ske i et samarbejde med kommunale, regionale og private aktører. Nedenfor angives eksempler på, hvordan kommunerne kan imødekomme borgernes behov for genoptræning på avanceret niveau ved samarbejde med hhv. andre kommuner og regionen:

Samarbejde med andre kommuner:
- Forpligtende samarbejdsaftale mellem kommuner med arbejdsdeling i forhold til køb af indsatser inden for bestemte målgrupper – evt. "bytte af patientgrupper" uden egentlig afregning
- Køb af ydelser ved enkelte forløb
- Borgeren modtager træningen i den kommune, ydelsen købes af
- Borgeren modtager træningen i hjemkommune, med træning helt eller delvist af en medarbejder fra den kommune, ydelsen købes af
- Borgeren modtager træning af medarbejder fra hjemkommune, superviseret af medarbejdere fra den kommune, delydelsen købes af – evt. virtuelt
- Oplæring af egne medarbejdere omkring specifikke indsatser købes af medarbejdere fra anden kommune

Samarbejde med regionen:
- Forpligtende samarbejdsaftale i forhold til køb af ydelser inden for bestemte målgrupper
- Køb af ydelser ved enkelte forløb
- Supervision i forhold til konkrete borgerrettede forløb

For borgere, der modtager genoptræning på avanceret niveau i andet regi, har hjemkommunen fortsat ansvaret for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, og ansvaret for koordinering af borgerens samlede forløb ligger hos hjemkommunen

Hjemkommunen har, når borgere anvises genoptræning på avanceret niveau uden for kommunegrænsen, fortsat ansvaret i forhold til befordring efter gældende regler.

FÆLLESKOMMUNALT
SUNDHEDSSEKRETARIAT

RÅDHUSPASSAGEN 3
6600 VEJEN
FAELLESKOMMUNALSUNDHED.DK

Årshjul for møder i Sundhedsstrategisk Forum 2015/2016

Mødedato	**Emner**	
	SSF	**DAK**
2015		
23. september	Tema om den rehabiliterende tilgang	Temadrøftelse: Sundhedsaftalen og samarbejdet
11. november	Opfølgning på Sundhedsaftalens politiske målsætninger Status på FMK	Mødetema: Drøftelse af den rehabiliterende tilgang Prioritering af fælles økonomiaftale-indsatser (patientnære indsatser) Beskrivelse af hvad der kendetegner projekter i udviklingsaftalen samt status på disse Kortlægning af mental sundhed
22. december Fællesmøde ml. DAK og SKU		Mødetema: Fælles psykiatriindsats – samarbejde mellem socialpsykiatri, jobcenter og behandlingspsykiatri Fællesmøde med DAK (den sidste halvdel af mødet) om opfølgning på Sundhedsaftalens politiske målsætninger samt prioritering af fælles økono-

		miaftaleindsatser (patientnære indsatser) Kortlægning af mental sundhed.
2016		
Jan	Borgerorienterede kvalitets- og effektmål (indspark til tema i DAK/SKU samt til strategien for SSF) 1. del af ny strategi for SSF. visionsdelen	Mødetema: Videreudvikling af SAM:BO Revision af sundhedsaftalen, herunder status på de fem prioriterede indsatser
Marts	2. del af strategien for SSF, den operationelle del Velfærdsteknologi og Telemedicin	Mødetema: Borgerinddragelse Orientering om generelle forventninger til det kommende års aktivitet Løbende vurdering af dataudveksling og koordinering af kapacitet Videndeling om igangsatte ØA-indsatser
Juni	Udviklingsaftalerne Revision/prioritering af Sundhedsaftalen	Mødetema: Velfærdsteknologi og Telemedicin, herunder drøftelse af 1. udkast til tværsektoriel strategi.

Status for oprydningsaktiviteter i forbindelse med igangsætning af Fælles Medicinkort

Kommune	Antal forventede oprydninger	Antal oprydninger (betalt)- ultimo juli	Pct. oprydninger (betalt) ift. forventede		Forventning: hentede kort i alt	Antal hentede kort pr. 15/9-2015	Pct. hentede kort af forventede i alt
Assens	700	428	61,1		1178	1223	103,8
Faaborg-Midtfyn	875	32	3,7		1300	0	0,0
Kerteminde	375	1	0,3		675	70	10,4
Nyborg	450	17	3,8		806	82	10,2
Odense	2.900	786	27,1		4100	845	20,6
Svendborg	950	10	1,1		1464	1	0,1
Nordfyns	475	9	1,9		750	20	2,7
Langeland	225	12	5,3		440	65	14,8
Ærø	150	5	3,3		400	14	3,5
Middelfart	700	39	5,6		800	3	0,4
Fredericia	775	131	16,9		1101	1120	101,7
Kolding	1.450	681	47,0		1850	1907	103,1
Vejle	1.675	18	1,1		2600	0	0,0
Billund	550	95	17,3		619	232	37,5
Esbjerg	1.925	166	8,6		3000	2	0,1
Fanø	75	0	0,0		75	100	133,3
Varde	800	8	1,0		1400	108	7,7
Vejen	725	16	2,2		1148	0	0,0
Haderslev	875	300	34,3		1500	1393	92,9
Sønderborg	1.325	421	31,8		1700	2550	150,0
Tønder	725	39	5,4		1220	20	1,6
Aabenraa	1.000	41	4,1		1450	79	5,4
Samlet	**19.700**	**3.255**	**16,5**		**29.576**	**9.834**	**33,2**

Antal forventede oprydninger: Grundlaget for skønnet til udregning af den samlede økonomi, der er afsat til oprydninger i hele regionen.

Antal oprydninger (betalt): Status for oprydninger gennemført frem til udgangen af juli 2015, som Region Syddanmark har afregnet for.

Forventning: hentede kort i alt: MedComs oversigt over forventningen til, hvor mange medicinkort den enkelte kommune skal hente ned i forbindelse med overgangen til FMK. Alle kort skal ved overgangen til FMK klargøres af kommunen, men det er ikke alle kort, der kræver en oprydning, hvor lægen skal inddrages.

Antal hentede kort 15/9-2015:	Baseret på MedComs data over, hvor mange medicinkort der er hentet ned/ klargjort til FMK i den enkelte kommune pr. 15. september 2015.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: SUMBWI/DEPTR
Sags nr.: 1205091
Dok. Nr.: 1160795
Dato: 11. marts 2013

Notat om lovgivningsmæssige rammer for kommunal myndighedsudøvelse mht. vederlagsfri fysioterapi

Baggrund
Myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi overgik den 1. august 2008 fra regionerne til kommunerne.

Landssamarbejdsudvalgets rådgivende følgegruppe har drøftet mulighederne for kommunernes myndighedsudøvelse med henblik på at sikre dels, at patienterne tilbydes det mest hensigtsmæssige behandlingsforløb, dels en effektiv ressourceudnyttelse.

Som grundlag for de videre drøftelser i følgegruppen beskrives i det følgende de lovgivnings- og overenskomstmæssige rammer.

Kommunens pligt til at yde vederlagsfri fysioterapi
Det er fastsat i sundhedslovens § 140 a, at:

- Kommunerne skal tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvisning, jf. sundhedsloven § 140 a, stk.1.

- Kommunerne kan herudover tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut efter lægehenvisning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner, jf. § 140 a, stk. b.

Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter § 140 a, stk. 1 og 2, og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud. Denne bemyndigelse er udmøntet i bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og kommunen.

De nærmere vilkår for vederlagsfri fysioterapi efter lægehenvisning hos fysioterapeut i praksissektoren, herunder ydelsesbeskrivelser, fastsættes i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter, jf. bekendtgørelsens § 12.

Det er fastsat i bekendtgørelsens § 13 - i overensstemmelse med lovens § 140, stk. 2, - at kommunen kan tilbyde vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut efter lægehenvisning ved at etablere tilbud om vederlagsfri fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner. De nærmere vilkår for vederlagsfri fysioterapi, herunder ydelsesbeskrivelser skal være identiske med de vilkår, der fremgår af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter.

Personers adgang til vederlagsfri fysioterapi
Følgende personer har efter lægehenvisning ret til et vederlagsfrit tilbud om fysioterapi fra kommunen, jf. bekendtgørelsens § 14, stk. 1 og 2:

Personer med et varigt, svært fysisk handicap som følge af en medfødt eller arvelig lidelse, erhvervede neurologiske lidelser, fysiske handicap som følge af ulykke eller nedsættelse af led- eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtlidelser.

Personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom som følge af en medfødt eller arvelig lidelse, erhvervede neurologiske lidelser eller nedsættelse af led- eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtlidelser.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet særskilt vejledning for personers adgang til vederlagsfri fysioterapi efter stk. 1 og 2, jf. vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi 2008.

Omfang af behandling
Fysioterapi til personer med svært fysisk handicap kan foregå individuelt, på hold eller som en kombination af disse, jf. pkt. 3.4 i Sundhedsstyrelsens vejledning. Såfremt læge og fysioterapeut er enige om, at personen har behov for individuel fysioterapi mere end 20 gange på samme henvisning (pr. år), skal behovet dokumenteres i en undtagelsesredegørelse udarbejdet af fysioterapeuten. Redegørelsen underskrives både af fysioterapeuten, personen selv og lægen og sendes til samarbejdsudvalget.

For personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom foregår den fysioterapeutiske indsats som udgangspunkt på hold, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning pkt. 4.4. Såfremt lægen og fysioterapeuten er enige om, at patienten har behov for individuel fysioterapi, kan der undtagelsesvis gives individuel fysioterapi. Behovet dokumenteres af en fysioterapeut i forbindelse med modtagelsen af henvisningen. Undtagelsesredegørelsen underskrives både af fysioterapeuten, patienten og lægen og sendes til samarbejdsudvalget.

Vejledningens bestemmelser om holdtræning, individuel træning og begrænsninger i tilbuddet indgår i overenskomstaftalen mellem Danske Fysioterapeuter og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

I overenskomstaftalen indgår også, at en henvisning gælder for 12 måneder og kan, hvis der er behov herfor, fornys for 12 måneder ad gangen, jf. § 31, stk. 9. Ved udløbet af hver henvisning udarbejder fysioterapeuten i samarbejde med patienten en statusredegørelse, der videregives til patientens læge. På baggrund af redegørelsen og lægens undersøgelse af patienten vurderer lægen, fysioterapeuten og patienten, om fysioterapeutisk behandling i praksissektoren er det relevante behandlingstilbud. I vurderingen bør indgå overvejelser om individuel træning versus holdtræning, eller om behandlingstilbud i kommunalt eller regionalt regi er mere egnet.

Valgfrihed for patienten
Ifølge bekendtgørelsens § 15, stk. 1, kan personer, der er lægehenvist til vederlagsfri fysioterapivælge mellem at modtage vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren eller i de tilbud, kommunalbestyrelsen har etableret ved egne institutioner eller indgået aftaler om med private institutioner, og kan også vælge tilbud på andre kommuners institutioner.

Dog kan en kommune, jf. 15, stk. 2, af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer, der har bopæl i en anden kommune, til vederlagsfri fysioterapi, hvis institutionen har væsentlig længere ventetid til vederlagsfri fysioterapi end andre kommuners institutioner, og hvis væsentlige hensyn til personer fra egen kommune ellers ville blive tilsidesat.

Opfølgning på bl.a. henvisningspraksis
På områderne med overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de faglige organisationer er der mulighed for at følge op på fx lægers henvisningspraksis ved hjælp af en dialog mellem myndighed og yder. Opfølgningen kan fx ske med udgangspunkt i aggregerede data, som kan indikere, om der er behov for ændring af eksempelvis henvisningspraksis hos en eller flere ydere, eller ved brug af en praksiskonsulent. Regionen foretager hvert år en opgørelse over antal henvisninger til bl.a. fysioterapeut fordelt på de enkelte praksis, jf. § 93, stk. 2, i overenskomst om almen praksis.

Flere kommuner har undersøgt mulighederne for at følge op på henvisningerne til vederlagsfri fysioterapi på individniveau, dvs. ved kontrol af den enkelte patients henvisning. Det kan dels ske ved kommunens konkrete anmodning om oplysninger om en patient fra en praktiserende læge eller anmodning om en lægeerklæring.

Reglerne om videregivelse af helbredsoplysninger til andre formål end behandling er fastsat i sundhedslovens § 43.

"§ 43. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

- *Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når*

1) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,
2) videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
3) videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

- *Stk. 3. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.*
- *Stk. 4. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af*

hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i denne lovgivning."

Aftale om systematisk videregivelse af oplysninger fra lægen til kommunen
Ifølge § 2 i overenskomst om almen praksis kan der mellem en region og et praksisudvalg indgås lokale aftaler, som supplerer eller fraviger overenskomsten. Ifølge § 104 i overenskomsten kan det kommunalt-lægelige udvalg udarbejde udkast til lokale aftaler, som sendes til det regionale samarbejdsudvalg med henblik på, at aftaler formaliseres som en § 2 aftale. En kommune kan på den måde fx indgå aftale med praktiserende læger i kommunen om, at henvisninger til vederlagsfri fysioterapi, undtagelsesredegørelser og statusredegørelser sendes til kommunen.

Videregivelse af henvisninger fra lægen til kommunen i medfør af en generel aftale mellem kommunen og lægerne i kommunen forudsætter patientens samtykke.

Videregivelse af oplysninger fra lægen efter konkret anmodning fra kommunen
En kommune kan anmode en læge om at videregive *oplysninger* i en konkret sag. Lægen kan uden patientens samtykke videregive oplysninger til kommunen i en konkret sag, hvis videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver, jf. sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

Det er den sundhedsperson, som er i besiddelse af en fortrolig oplysning, som afgør, om videregivelse uden patientens samtykke er berettiget, jf. § 43, stk. 3.

Lægeerklæring efter konkret anmodning fra kommunen
En kommune kan herudover konkret anmode lægen om en *erklæring*. Dette følger af § 20, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 (autorisationsloven), som har følgende ordlyd:

"Stk. 2. En autoriseret sundhedsperson er forpligtet til på begæring fra en offentlig myndighed i det efter formålet fornødne omfang at afgive erklæring til offentlig brug om de sundhedsfaglige iagttagelser, som den pågældende er i stand til at give oplysning om, vedrørende en af vedkommende undersøgt, behandlet eller plejet person, der søger eller får offentlige økonomiske ydelser eller anden offentlig hjælp. Samme pligt påhviler sygehuse og lignende institutioner."

Bestemmelsen kan som udgangspunkt *ikke* kan anvendes til kontrolformål. Det følger imidlertid af bestemmelsens specielle bemærkninger, at bestemmelsens anvendelsesområde ikke er begrænset til myndighedsbeslutninger, men efter omstændighederne tillige kan anvendes i andre sammenhænge.

Det fremgår således bl.a. af bemærkningerne til bestemmelsen, at:

"Bestemmelsen tager først og fremmest sigte på erklæringer til brug for behandling af sager om offentlig hjælp, men herudover kan der i særlige tilfælde, f.eks. i sager om identifikation af forulykkede, være behov for at kunne pålægge sundhedspersoner at afgive erklæringer til offentligt brug."

Herudover fremgår det ikke af bestemmelsens ordlyd, at anvendelsesområdet er begrænset til myndighedsbeslutninger, men at der derimod er en pligt for sund-

hedspersoner til på begæring at udfærdige erklæringer til det bredere begreb "offentligt brug".

Det må bero på en fortolkning af de konkrete omstændigheder, hvorvidt der i forhold til formålet med en myndigheds begæring – i det omhandlede tilfælde kontrol med lægehenvisninger til vederlagsfri fysioterapi – er tale om et særligt tilfælde sammenholdt med udgangspunktet om, at forpligtelsen kun omfatter de oplysninger, der er nødvendige for den offentlige myndigheds beslutning.

Det fremgår desuden af forarbejderne til bestemmelsen, at forpligtelsen til at afgive erklæring kun omfatter oplysninger, som er nødvendige for den offentlige myndigheds beslutning, ligesom sundhedspersonen alene er forpligtet i det omfang, den pågældende allerede ligger inde med oplysningerne fra tidligere undersøgelse, behandling eller pleje. Bestemmelsen forpligter således ikke sundhedspersonen til at foretage nye undersøgelser m.v.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, at sundhedspersonen kan videregive nødvendige og relevante helbredsoplysninger m.v. uden den pågældende patients samtykke, når det følger af lov - såsom autorisationslovens § 20, stk. 2, - eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.

En erklæring som nævnt i autorisationslovens § 20, stk. 2, vil i sagens natur altid indebære videregivelse af journaloplysninger i en vis udstrækning. I tilfælde af, at vedkommende patient ikke ønsker videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til myndigheden, *kan* der, efter ministeriets opfattelse, imidlertid i medfør af sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, jf. autorisationslovens § 20, stk. 2, være hjemmel og pligt hertil for sundhedspersonen.

Det er på den baggrund ministeriets opfattelse, at der *kan* være pligt for en alment praktiserende læge til, i særlige tilfælde, på kommunens begæring til brug for kommunens oplysning om en konkret sag, i det efter formålet fornødne omfang at afgive en erklæring herom - uanset at myndigheden ikke i det konkrete tilfælde har en egentlig beslutningskompetence. Lægens forpligtelse til at videregive oplysninger i medfør af autorisationslovens § 20, stk. 2, omfatter som nævnt dog kun de oplysninger, der er nødvendige for den offentlige myndigheds beslutning. Den alment praktiserende læge har desuden stadig den fulde beslutningskompetence i forhold til henvisning til f.eks. vederlagsfri fysioterapi, og kommunen har ingen beslutningskompetence mht. om en patient skal henvises til vederlagsfri fysioterapi.

Bestemmelsen giver således ikke en kommune mulighed for en generel og systematisk kontrol af lægehenvisninger eller mulighed for at påvirke en alment praktiserende læges henvisning til vederlagsfri fysioterapi.

Kommunens opfølgning på oplysninger og lægeerklæringer
Kommunen kan anvende oplysninger indsamlet på aggregeret eller individuelt niveau i dialogen med praktiserende læger om henvisningspraksis.

Kommunen kan desuden bruge oplysninger og lægeerklæringer for patienter til, i dialog med læge, patient og evt. fysioterapeut, f.eks. at drøfte, om vederlagsfri fysioterapi er berettiget og om det er det mest hensigtsmæssige tilbud.

Kommunen kan ikke ændre lægens henvisning eller visitation til behandling. Patientens behandling må heller ikke udsættes som følge af, at en kommune indhenter oplysninger eller erklæringer med henblik på dialog. Behandlingen kan således påbegyndes/fortsættes umiddelbart efter lægens henvisning, uanset at lægen sender en erklæring eller oplysninger i form af f.eks. henvisning eller undtagelsesredegørelse til kommunens vurdering.

Endelig bemærkes det, at patientens ret til frit valg af behandlingssted ikke må indskrænkes.

Strategi for tværsektoriel kompetenceudvikling

For kommunerne, regionen og uddannelsesinstitutionerne i Syddanmark

14-06-2015

Fælles interesser i styrket tværsektoriel kompetenceudvikling

Gennem de seneste år er der sket en stor udvikling i kommuner og regioner såvel på sundhedsområdet som på socialområdet. Disse ændringer er blandt andet sket på baggrund af kommunalreformen, den demografiske udvikling samt økonomiske udfordringer. Udviklingen har skabt et øget behov for at finde nøglen til billigere og bedre velfærd for borgerne.

Udviklingen stiller nye krav til kompetencerne hos medarbejderne på social- og sundhedsområdet. Både KL og Danske Regioner har adresseret de nye kravs betydning i blandt andet udspillene "Next Practice" og "Uddannelsespolitisk oplæg - Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser", som dette papir bygger videre på.

Udgangspunktet i udspillene er, at vigtigheden af en stærk faglighed i fremtiden skal ses sammen med vigtigheden af, at medarbejderne kan skabe sammenhæng og bygge bro på tværs af sektorer og fagligheder. Fremtidens medarbejder skal i samspil og dialog med borgeren have som sigtepunkt, at borgeren opnår det bedst tænkelige funktions- og mestringsniveau i sit hverdags-, arbejds- og familieliv ud fra borgerens egne ønsker.

At skabe relevante og kompetencegivende uddannelsesforløb for elever og studerende og at udbyde relevante tilbud om efteruddannelse er et fælles ansvar og en fælles interesse for uddannelsesinstitutionerne, kommuner og region. For at sikre uddannelser der matcher fremtidens behov, er det afgørende, at uddannelserne og praktikkerne indholdsmæssigt og organisatorisk tilrettelægges, så de matcher udviklingen i samfundet og de krav, der stilles til medarbejderne på social- og sundhedsområdet nu og i fremtiden.

De fælles interesser er grundlaget for, at Region Syddanmark, de syddanske kommuner og uddannelsesinstitutionerne i regionen nu sætter fokus på et tættere og bedre samarbejde om tværsektoriel kompetenceudvikling for social- og sundhedsuddannelserne.

Der er forskelle mellem behovene på socialområdet og sundhedsområdet – men der er også en stor fællesmængde af identiske behov til fremtidens kompetencer. Det er fællesmængden der betinger dette fælles strategiske afsæt.

Strategien skal danne grundlag for konkrete aktiviteter skabt i fællesskab mellem de involverede parter. Indsatsen har grundlæggende tre spor:

- Udvikling af grunduddannelserne
- Udvikling af efter/videreuddannelsestilbud
- Udvikling i egen organisation.

I forlængelse heraf vil et øget samarbejde også kunne bidrage til øget praksisnær forskning. Det skaber både ny viden og indsigt i praksis på uddannelsesinstitutionerne, og det bidrager med relevant og anvendelig viden til kommuner og region.

Fælles forståelse – paradigmeskifte

Der er igennem flere år sket et paradigmeskifte i synet på mødet med borgerne og i forståelsen af velfærd, hvor den rehabiliterende tilgang i stigende grad danner grundlaget for arbejdet. Fokus er ændret fra at se på velfærd som noget, vi leverer til borgerne, til at se velfærd som noget, vi skaber sammen med borgerne.

Det betyder, at fagligheden skal bringes i spil på en ny måde i en mere igangsættende og motiverende tilgang, hvor borgeren selv deltager og træffer valg. Der er tale om en styrket bevægelse fra ydelsesfokus og monofaglighed hen mod et bredere og tværfagligt blik for den fælles kerneopgave.

Det indebærer en øget bevidsthed om egne fagkompetencer og viden om andres kompetencer, så der sker koordination og skabes sammenhæng. Overblik og refleksionskompetencer og evnen til at arbejde tværfagligt og have øje for borgerens og omgivelsernes ressourcer bliver dermed afgørende. Der er stadigvæk behov for den specialiserede medarbejder, men udgangspunktet er, at vi løser opgaven i samspil med borgeren og med fokus på borgerens ønsker og mål.

De ændrede møder mellem fagprofessionelle og borger betyder, at der er behov for at arbejde med at sikre et bedre samspil på tværs af uddannelserne gennem mere tværfaglig og praksisnær undervisning og praktikforløb. Målet er større tværfaglighed i de borgernære og patientrettede tilbud på social- og sundhedsområdet med fokus på den fælles kerneopgave, hvor borgerens mestring af eget liv styrkes.

Derudover er der sat øget fokus på, at fremtidens social- og sundhedsvæsen er vidensbaseret og orienteret mod effekt og kvalitet. Det er afgørende, at indsatsen fra den offentlige sektor resulterer i udvikling og effekt for borgeren. Effekten og kvaliteten af den fagprofessionelles indsats skal i højere grad dokumenteres med henblik på deling af viden og som baggrund for kvalitetssikring og udvikling.

Det er tydeligt, at paradigmeskiftet stiller nye krav til medarbejderne på social- og sundhedsområdet. Samtidig er der nogle indbyggede dilemmaer, man som medarbejder vil møde i sit arbejde, når det nye paradigme skal foldes ud i praksis. Dilemmaerne kan være en ramme for fremtidige drøftelser af, hvilke kompetencer der er vigtige at sætte fokus på i uddannelserne:

”Fleksibilitet og borgerfokus samtidig med effektivitet og standardforløb”

Borgeren skal ses som en aktiv del af løsningen i et forløb, hvorfor indsatserne eksempelvis også skal samskabes med borgeren. Det stiller krav til medarbejderne om at udvise fleksibilitet og evne til i samarbejde med borgeren at sammensætte et forløb, der er tilpasset den enkelte. Stramme økonomiske rammer, krav om dokumentation og kvalitet samt nationalt definerede pakkeforløb stiller til gengæld krav om øget effektivitet og standardisering i mødet med borgeren. En medarbejder på social- og sundhedsområdet skal kunne navigere og træffe beslutninger inden for disse til tider modsatrettede hensyn.

”Stærk faglighed på eget område samtidig med øget helhedsorientering”

Borgeren skal have den bedst mulige behandling eller indsats. Det stiller krav til medarbejdere om at have høj faglighed på eget området. Samtidig skal velfærden i fremtiden i langt højere grad skabes på tværs af sektorer og faggrupper for sammen med borgeren at opnå et fleksibelt og tilpasset forløb. Fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere skal derfor evne det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samtidig med, at de fastholder fagligheden på deres eget område.

”Evidens og fokus på effekt samtidig med øget anerkendelse af de personlige relationer”

Fremtidens social- og sundhedsvæsen bygger i højere grad end det er tilfældet i dag på de menneskelige faktorer og de personlige relationer. Samarbejdsrelationer og samskabelse er nøgleord, hvis borgeren skal opleve den bedst mulige velfærd. Men det er størrelser, der er svære at måle på. Det udfordres af et samtidigt ønske om evidensbaserede behandlinger og indsatser, med fokus på effekt. Der skal både være et stærkt fokus på evidens og effekt og en øget anerkendelse af betydningen af mere bløde værdier, som er sværere at måle.

”Evne at udfordre og forandre samtidig med at acceptere givne rammer og vilkår”

For at skabe en offentlig sektor med et social- og sundhedsvæsen der er i stadig forandring og tilpasning til borgernes behov, er det afgørende, at nyuddannede og medarbejdere på efter- og videreuddannelse udfordrer og skaber grundlag for forandringer på baggrund af den viden og indsigt, de får på uddannelsesinstitutionerne. På den anden side skal medarbejderne også være i stand til at acceptere de givne rammer og vilkår, som eksempelvis økonomien sætter for deres arbejde.

”Optimere inden for egen organisation samtidig med sammenhængende indsatser for borgerne”

Lederne i såvel sundheds- som socialsektoren skal agere i et krydsfelt mellem forskellige hensyn, som kan gøre det svært at lede hen mod det sammenhængende og tværsektorielle. Lederen skal hele tiden have fokus på optimering og effekt inden for egen organisation men samtidig skal lederen bidrage til sammenhængende og effektfulde forløb til den enkelte borger. Ligesom medarbejderne skal udgangspunktet for lederens arbejde også være borgeren og dennes ønsker. Lederen skal skabe rammer, hvor borgeren har mulighed for – og forventes – at anvende egne ressourcer til sammen med medarbejderne at skabe resultater for sig selv. Herudover skal der skabes gode og konstruktive rammer til inddragelse af eksempelvis pårørende og frivillige.

Styringsinstrumenter og incitamenter giver ofte tilskyndelse til at optimere inden for egen organisation. Modsat er der politiske hensigtserklæringer om at skabe sammenhænge på tværs. Dilemmaet kalder på den baggrund på styrkede ledelseskompetencer til tværsektoriel ledelse.

Dilemmaerne viser med tydelighed, at fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere skal agere i en kompleks kontekst, der stiller store krav til de kompetencer og færdigheder de tager med sig fra deres uddannelsesforløb.

Fælles pejlemærker for den tværsektorielle kompetenceudvikling

Med udgangspunkt i det beskrevne paradigmeskifte er kommuner, region og uddannelsesinstitutioner enige om, at følgende pejlemærker er det fælles udgangspunkt for den fremtidige tværsektorielle kompetenceudvikling af nuværende og kommende medarbejdere på social- og sundhedsområdet.

Den rehabiliterende tilgang er udgangspunktet for vores arbejde

Både sundhedsområdet og socialområdet bygger på en rehabiliterende tilgang. Sigtepunktet for en rehabiliterende tilgang er borgerens ønske om et godt, selvstændigt og uafhængigt liv på trods af sociale, fysiske og psykiske begrænsninger i funktionsevnen. Opgaveløsningen er gået fra klientgørelse og fratagelse af ansvar til at gøre *med* og ikke *for*. Det betyder, at medarbejderne fremover skal indgå i en ny mere samarbejdsbåret og ligeværdig relation med borgeren, hvor medarbejderen går fra at gøre ting for borgeren til at skabe den ønskede forandring sammen med borgeren. Ligeledes er det centralt i den rehabiliterende tilgang, at borgeren i videst muligt omfang har indflydelse på, hvilke mål der sættes for indsatsen, og selv deltager aktivt i opnåelsen heraf. Udgangspunktet er borgerens ønsker, behov og egne ressourcer samt ressourcer i borgerens netværk og omgivelser.

Den rehabiliterende tilgang betyder dermed, at den fagprofessionelle må møde borgeren på en anden måde. At arbejde rehabiliterende indebærer et værdisæt, hvor respekt og lige-

værdighed er centralt, og hvor ønsket er, at borgeren oplever kvalitet og sammenhæng i forløbet. Borgeren skal mødes dialogorienteret som ekspert på sit eget liv.

Rehabilitering som metode har mange forskellige former og breder sig fra hverdagstræning, telerehabilitering til specialiserede tværfaglige rehabiliteretingforløb efter et behandlingsforløb – men uanset område og specialiseringsgrad betyder det, at et borgerforløb først er tilendebragt, når borgeren er tilbage på det bedst tænkelige funktions- og mestringsniveau i sit hverdags-, arbejds- og familieliv.

Vi har et fælles ansvar med borgeren

Gennem en årrække har der være talt om borgeren i centrum, borgeren i øjenhøjde osv. Med rehabiliteringstankegangen skal borgeren ikke bare være i centrum – borgeren og den professionelle skal være ligeværdige.

Denne ændring har stor betydning for medarbejdernes opgaver. Hvor medarbejderne før tog aktivt ansvar for borgernes behov og herudfra igangsatte den rehabiliterende indsats, skal medarbejderne nu sammen med borgeren finde frem til den bedste indsats. Medarbejderne skal formå at få borgeren til at spille en aktiv rolle, de skal stille krav om deltagelse og ansvar for eget liv, og endnu vigtigere skal medarbejderne respektere, at borgerens ønsker, meninger og handlinger er lige så værdifulde som medarbejderens. Det betyder, at medarbejderne skal evne en rolle som coach/facilitator, kunne se ressourcer i borgeren og i borgerens omgivelser Relationen til borgeren skal i fremtiden være endnu mere dialogorienteret og forventningsafstemmende end den er i dag.

Vi arbejder tværprofessionelt og tværsektorielt samtidig med, at vi har en stærk faglighed på eget område

Medarbejderne på social- og sundhedsområdet skal have en solid faglig fundering og kende egne styrker. Det skal eksempelvist sikre en klar forståelse af, hvor deres faglighed ikke rækker, og andre fagligheder skal i spil.

Samtidig skaber den rehabiliterende tilgang en ambition om et fælles borgerfokus frem for systemfokus, hvilket understreger, at der er en gensidig afhængighed på tværs af fagligheder og tværsektorielt. Det er nødvendigt at arbejde mod en helhedstænkning – det gælder både på tværs af sektorer, faggrupper og målgrupper.

Sagt med andre ord er det vigtigt, at medarbejderen er stærk i egen faglighed og forstår organisationens kerneopgave, men også tager ansvar for og har viden og interesse i forhold til, at borgeren bevæger sig på tværs af organisationer og sektorer.

Vi har interesse i – og respekt og blik for – hinandens roller og perspektiver

Et stort antal af forskellige fagligheder og medarbejdergrupper præger social- og sundhedsområdet. Hvis målet om at arbejde efter den rehabiliterende tilgang og evnen til at arbejde helhedsorienteret og tværsektorielt skal lykkes, er det afgørende med en grundlæggende respekt for hinanden på tværs af fagligheder. Med respekt og blik for hinandens perspektiver kan medarbejderne indgå i relationer med hinanden og borgeren, så den enkeltes kompetencer og evner kommer bedst muligt i spil.

Når borgerens bedste skal tilgodeses, er det nødvendigt, at medarbejderne ikke begrænses af hierarkier og respekterer hinandens fagligheder som ligestillede. Medarbejderne skal evne at ændre og tilpasse deres rolle i forhold til den enkelte borger og den samarbejdsrelation, der skabes. Borgeren har brug for at fagligheder spiller sammen om det fælles mål at rehabilitere/habilitere borgeren til det bedst mulige funktionsniveau. For borgeren er alle faggrupper lige vigtige.

Vi vil have mere praksis i uddannelserne og mere forskning i praksis

Vi skal i højere grad end i dag gøre vores erfaringer til fælles viden. Det opnår vi både ved at sætte fokus på, at der er en stærkere relation til praksis i uddannelserne og ved at sikre mere praksisnær forskning. Uddannelserne skal have fokus på, hvordan elever og studerende omsætter viden til konkrete færdigheder og handlekompetencer. Uddannelsesmiljøerne bør ligne den virkelighed, hvor viden og erfaring skal anvendes. Samtidig skal kommuner og region sikre relevante praktikker og praksisnære lærings- og udviklingsmiljøer med indhold og udfordringer tilpasset den enkelte elev eller studerende – kvaliteten af praktikken er afgørende for den enkeltes samlede uddannelsesforløb.

Uddannelsesinstitutioner, kommuner og regioner har et fælles ansvar for at sikre, at eleverne og de studerende bliver så dygtige som muligt, og at de opnår de rette kompetencer. Uddannelsesinstitutionerne har en primær rolle i forhold til den del af uddannelserne, der foregår på skolerne, mens kommuner og region i høj grad har ansvaret for at sikre relevante praktik- og klinikforløb undervejs i uddannelser. En tæt kobling mellem praksis og teori er afgørende for elevens eller den studerendes uddannelsesudbytte, hvilket nødvendiggør et tæt samarbejde mellem uddannelsesinstitutioner, region og kommuner.

Hertil kommer at uddannelsesinstitutionerne er en væsentlig leverandør af formel kompetenceudvikling til medarbejderne i kommuner og region. Det er en fælles interesse løbende at tilpasse udbuddet af efter/videreuddannelsestilbud til udviklingen i kommuner og region og de behov det giver for medarbejderkompetenceudvikling.

Vi arbejder vidensbaseret og er orienteret mod effekt og kvalitet

Fremtidens social- og sundhedsvæsen er vidensbaseret og orienteret mod effekt og kvalitet. Det er afgørende, at indsatsen fra den offentlige sektor resulterer i progression og effekt for borgeren. Det er i den sammenhæng vigtigt, at medarbejderne ikke kun kender evidensbaserede metoder og indsatser, men at de også har viden om, hvordan en indsats implementeres bedst i forhold til målgruppen. Medarbejderne skal have en mere analytisk og struktureret tilgang, hvor det er helt naturligt at tilrettelægge arbejdet, så man opnår mest mulig viden om, hvordan det, man gør, virker.

Velfærdsteknologi og innovation indgår som en naturlig del af arbejdet

Velfærdsteknologiske og digitale borgerløsninger er en integreret del af fremtidens social- og sundhedsvæsen. Med de nye løsninger får borgeren mulighed for i højere grad at kunne fastholde sit normale hverdagsliv og blive i nærmiljøet. Udgangspunktet for arbejdet med velfærdsteknologi skal være borgerne og deres ønsker og præferencer. Fremtidens løsninger skal indtænke borgernes egne ressourcer og teknologier.

Det ændrer medarbejdernes rolle med et behov for en ny selvforståelse og nye kompetencer til implementering samt ikke mindst en evne til at indgå i nye former for relationer med borgerne. Medarbejderne skal være i stand til at anvende teknologien og skabe det rigtige match for borgeren i forhold til de velfærdsteknologiske løsninger. Det kræver formentligt også, at der ses på arbejdets konkrete planlægning for at opnå størst effekt for borgerne af velfærdsteknologien, herunder udvikling af velfærdsteknologiledelse.

Læringsformer

Paradigmeskiftet med fokus på den rehabiliterende tilgang og øget samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder stiller nye krav til læringsformerne under uddannelse – såvel grun-

duddannelser som efter- og videreuddannelser, herunder kompetenceudviklingsforløb. Målet med de nye læringsformer skal være, at der på tværs af uddannelsesretninger og medarbejdergrupper i kommuner og region skabes et fælles begrebsapparat og forståelse for, hvad det vil sige at arbejde rehabiliterende, tværfagligt og tværsektorielt. Både grundforløb og efter-/videreuddannelse skal bidrage til, at medarbejdere i fremtidens social- og sundhedsvæsen i samspil med andre fagligheder arbejder ud fra de ovenstående pejlemærker.

For at understøtte det skal uddannelsesforløb og praktikker give eleven / den studerende mulighed for at arbejde på tværs af eksempelvis forskellige uddannelser, fag eller forskellige medarbejdergrupper i den enkelte kommune eller region. En afgørende læring er den læring der sker, når de er i praktik. Læringen fra en kollega til en anden giver uvurderlig indsigt og forståelse for det arbejde, man senere skal ud i.

Der skal skabes fælles tværgående og tværfaglige læringsmiljøer og uddannelsesmoduler på uddannelsesinstitutionerne, hvor eleverne og de studerende blandt andet introduceres for de gevinster, der er ved i højere grad at skabe praksisnær forskning. Kommuner og region skal skabe lærings- og praktikforløb, hvor den enkelte netop får indblik i og erfaringer med at arbejde på tværs af fag- og sektorgrænser.

Det er vigtigt at anskue kompetenceudvikling som et behov for livslang læring. De nyuddannede skal ikke være færdigudlærte fra starten. Der vil være behov for specialisering og løbende kompetenceudvikling i takt med at erfaringsniveauet stiger og kompetencerne udvikler sig. Her er det væsentligt, at vi forstår kompetenceudvikling bredt. Det handler både om formel videreuddannelse som f.eks. akademi/diplom og masteruddannelse – men det handler også om sidemandsoplæring, træning, intern uddannelsesaktivitet og andre former for læring, der foregår i hverdagen.

Uddannelsesforløbene skal konkret give eleverne og de studerende ny viden og indsigt, som de kan bidrage med i deres fremtidige eller nuværende ansættelse. I den forbindelse er det også vigtigt, at eleverne/ de studerende introduceres for den nyeste velfærdsteknologi og inspireres til at tænkte innovativt i forhold til løsninger af fremtidens opgaver på social- og sundhedsområdet.

Kommuner og region skal til gengæld skabe rammerne for, at den tværfaglige og helhedsorienterede tilgang, nytænkning og innovation har mulighed for at udfolde sig.

Gensidige aftaler og organisering

Hvis strategien skal gøre en forskel og skabe positive forandringer, så skal den følges op af en prioriteret indsats hos alle involverede parter - både hver for sig og i fællesskab. Alle involverede parter har derfor med strategien forpligtet sig til at indgå i konkrete handlinger målrettet mod strategiens pejlemærker.

Organisatorisk skabes nedenstående ramme for det videre arbejder med tværsektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet:

Round table

Der afholdes ”Round Table” møde en gang årligt. Round table har til opgave at følge de konkrete aktiviteter og sikre videndeling af de erfaringer, der skabes. Round table har fokus på fælles tiltag og planer på regionalt niveau, herunder strategisk dialog, tværgående/tværfaglige uddannelsesmoduler og tilbud, evt. fælles forskningsrelaterede indsatser, fælles udviklingstiltag m.v.

Lokalt samarbejde

Der skabes lokale samarbejder mellem kommune, region og uddannelsesinstitutioner, og/eller klyngesamarbejder. De lokale samarbejder tager udgangspunkt i den fælles strategi og adresserer samtidig lokale behov og udfordringer, f.eks. i forhold til efter-/videreuddannelse, praktikforløb og etablering af særlige læringsmiljøer mm.

Koordinerende arbejdsgruppe

Den koordinerende arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner, region og uddannelsesinstitutioner som repræsenterer såvel socialområdet som sundhedsområdet følger løbende op på de konkrete aktiviteter og projekter og formidler erfaringerne til en bredere kreds.

Foreløbig beskrivelse af arbejdsgrupper – tværsektoriel kompetenceudvikling

Arbejdsgruppe for øget tværfaglighed i uddannelserne på social- og sundhedsområdet
Arbejdsgruppen har overordnet to typer af opgaver, henholdsvis fokuseret på uddannelsesforløbene på uddannelsesinstitutionerne og praktik- og klinikophold i kommuner og region.

Forløb på uddannelsesinstitutionerne
Arbejdsgruppen gennemfører i 2015 en kortlægning af mulighederne for at skabe øget tværfaglighed i uddannelserne inden for de nationale rammer. Herefter skal arbejdsgruppen frem mod præsentation ved Round Table i juni 2016 designe nye tværfaglige uddannelseselementer m.v., som implementeres i 2016. Uddannelsesinstitutionerne har i regi af arbejdsgruppen ansvaret for, at denne opgave gennemføres.

Klinik- og praktikforløb
Arbejdsgruppen indsamler gode erfaringer ind og bidrager med inspiration til, hvordan der lokalt kan indgås nye og anderledes samarbejder for at sikre øget tværfaglighed i praktik- og klinikophold. Lokalt har kommuner og region ansvaret for at tage initiativ til indgå samarbejder med skoler og øvrige for at sikre den øgede tværfaglighed. Den regionale arbejdsgruppe følger de lokale projekter og formidler status samt gode erfaringer til Round Table i juni 2016.

Organisering
Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra alle SOSU-skoler, professionshøjskoler og Syddansk Universitet samt fra repræsentanter fra de syddanske kommuner og Region Syddanmark. Følgende personer indgår i arbejdsgrupper pr. september 2015.

- Søren Pedersen, Vicedirektør, UC Lillebælt
- Ulla Martens, Konstitueret afdelingschef, Middelfart, SOSU Fyn
- Grethe Buch, Uddannelseschef og uddannelsesleder i Fredericia, SOSU Fredericia/Vejle/Horsens
- Ketty Avbæk Larsen, Uddannelseschef, SOSU Syd
- Mogens Schlüter, Udviklingschef, SOSU Esbjerg
- Merete Munk, Uddannelseschef, Syddansk Universitet
- Heidi Have, Afdelingschef, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark
- Bente Høyer, HR chef, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark
- Elna Lorensen, Udviklingskonsulent, Sygehus Sønderjylland
- Else Andreasen, Sydvestjysk Sygehus
- Stine Juel Christoffersen, Center for Senhjerneskade, Region Syddanmark
- **Jane Findahl, Koncernchef, Odense Kommune**
- **Britta Martinsen, Social- og tilbudschef, Esbjerg Kommune**
- **Helle Strunge, Leder af socialpsyk. og Rusmiddelcenter, Nyborg Kommune**
- **Charlotte Gjørup, Hjemmeplejechef, Social og Senior. Sønderborg Kommune**
- **Dorte Jørgensen, Leder af uddannelse og HR, Kolding Kommune**
- Tine Hald, HR Specialkonsulent, Region Syddanmark (sekretariat)

- Anne Plougmann Knudsen, KKR Syddanmark / Tove Tørnes, Socialsekretariatet / Jesper Madsen-Østerbye, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat (sekretariat).

Arbejdsgruppe for kommunikation af strategi for tværsektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet

Arbejdsgruppen skal sikre, at den vedtagne strategi for tværsektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet formidles på en måde, så medarbejdere på social-, sundheds- og uddannelsesområdet samt kommunale ledere på social- og sundhedsområdet alle har samme billede af visionen, samme ord og samme forståelsesramme.

Arbejdsgruppen skal udarbejde en kommunikationsplan og i den forbindelse blive enige om flere konkrete kommunikationsinitiativer, som de vil igangsætte.

Arbejdsgruppens mål er, at der i starten af 2016 er udarbejdet en kommunikationsstrategi og igangsat nogle konkrete initiativer til at sikre forankring af strategien bredt blandt parterne. På Round Table i juni 2016 drøftes arbejdet med kommunikation, herunder hvordan de enkelte parter, bl.a. på baggrund af arbejdsgruppens input, har arbejdet med at sikre strategiens forankring i egne organisationer.

Organisering

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra SOSU-skoler, professionshøjskoler, Syddansk Universitet, de syddanske kommuner og Region Syddanmark. Følgende personer indgår i arbejdsgrupper pr. september 2015.

- Hans Christian Nedobrowsky, kommunikationschef, UC Syd
- Mogens Kragh Andersen, direktør, SOSU Fyn
- Pernille Benzon, Ansvarlig for kommunikation og marketing, SOSU Fredericia/Vejle/Horsens
- Tomas Homburg, Afdelingsleder for Kommunikation og Web, Syddansk Universitet
- Jesper Eriksen, Specialkonsulent, Region Syddanmark
- **Jette Kynde Schøtz, Afdelingschef, Vejen Kommune**
- Anne Plougmann Knudsen, KKR Syddanmark / Tove Tørnes, Socialsekretariatet / Jesper Madsen-Østerbye, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat (sekretariat).

Almen orientering

- Orientering om videndelingsseminaret Værdi via Velfærdsteknologi i regi af konferencen *New Nordic Welfare*, som afholdes i Odense 22. oktober, www.odense.dk/vvv .Formålet med seminaret er, at kommunale ledere og konsulenter kan dele udfordringer og gode erfaringer og blive klogere på, hvordan velfærdsteknologi kan give værdi for borgerne, arbejdsmiljø og økonomi i deres kommune. Endvidere giver seminarerne mulighed for at skabe netværk og drøfte nye samarbejder omkring velfærdsteknologi på tværs af kommunerne.
- xxx
- xxx
-

Beretning om studieturen til Bergen

I april måned var 18 kommunale direktører og sundhedschefer på en kort studietur til Bergen og Fjell. Formålet med turen var at få kendskab til de erfaringer, der i Norge på baggrund af den såkaldte samhandlings reform gøres med samarbejde imellem kommune og sygehus. Delegationen mødte repræsentanter fra Helse Bergen, som svarer til regionen, og de mødte repræsentanter fra Fjell Kommune, hvor man I samarbejde med fire mindre kommuner og Helse Bergen bl.a. driver en såkaldt intermediær enhed, hvor ældre, skrøbelige borgere tilbydes ophold efter udskrivelse fra sygehus eller som alternativ til sygehusophold.
Indstilling
At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager orienteringen til efterretning

Sundhedsstrategisk Forum

Studietur til Helse Bergen & Fjell Kommune i Norge

21. og 22. april 2015

FÆLLESKOMMUNALT
SUNDHEDSSEKRETARIAT

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Indhold

Baggrund & Formål & Indhold	Side 3-4
Overordnet om Oslo Kommune og Fjell Kommune	Side 5-8
Hoteller & Transport & Forplejning	Side 9-10
Praktisk	Side 11-12
Program	Side 13
Den norske Samhandlingsreform	Side 15-21
Den norske forvaltningsstruktur	Side 22-25
Hvad har en kommune i Norge typisk ansvar for?	Side 26
Samhandlingsreformen som del af flere store reformer	Side 27-28
Samhandlingsreformen – præmisser for succes	Side 29

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Studietur til Helse Bergen samt Fjell Kommune

BAGGRUND & FORMÅL

- Medlemmer af Sundhedsstrategisk Forum gennemfører en studietur til Norge i dagene 21. og 22. april 2015.
- Implement Consulting Group, ved Anders Bildsøe Lassen og Peter Emmerich Hansen, står for tur-tilrettelæggelse og ledsager lederne fra kommunerne i Region Syddanmark.
- Formålet med studieturen er overordnet formuleret
  - at få indsigt i de norske erfaringer og planer, når det gælder videreudvikling af sundhedsindsatser og velfærdsindsatser generelt, idet såvel kommunale indsatser som indsatser via samarbejde mellem de kommunale og regionale niveauer er i fokus.
  - at hente inspiration til de kommende års videre arbejde indenfor sundheds- og velfærdsområdet i kommunerne i Region Syddanmark.

Studietur til Hels Bergen samt Fjell Kommune

OVERORDNET OM INDHOLD

- Studieturen omfatter besøg på Helse Bergen (Haukeland Universitetssygehus) samt i Fjell Kommune.
- Helse Bergen er ét af de fire store norske universitetssygehuse og er det største sygehus i Helse Vest-regionen med en befolkningsstørrelse på ca. 1,1 million.
- Vært på Helse Bergen er vicedirektør Anne-Sissel Haugstad. Værter i Fjell Kommune er kommunaldirektør Steinar Nesse samt Helsechef Terje Handal og Omsorgschef Line Barmen.
- Fjell Kommune har et areal på knapt 150 kvadratmeter og en befolkning på ca. 25.000 indbyggere.
- Sundheds- og omsorgstilbuddene i Fjell Kommune er i væsentligt omfang tilrettelagt i samarbejde med og i drifts-fællesskaber med tre nabokommuner og favner dermed et optageområde på i alt ca. 60.000 indbyggere.
- Besøget på Helse Bergen omfatter gennemgang af universitetssygehusets akutmodtagelse – og drøftelse af akutmodtagelsens betydning for sammenhæng og koordination mellem sygehussystemet og primær sektoren.
- Besøget på Helse Bergen giver herudover, via indlæg og dialog, et indtryk af, hvordan sygehussiden i Norge oplever aktuel status og tendenser i det kommunale-regionale sundhedssamarbejde.
- I Fjell Kommune besøges kommunes mange forskellige sundheds- og velfærdstilbud, og der bliver lejlighed til at tale med de relevante ledere indenfor ældrepleje og -omsorg, rehabilitering og sundhedsfremme m.v.
- Fjell Kommunes kommuneoverlæge deltager i dagen og er også med rundt på besøgene

Studietur til Fjell Kommune

OVERORDNET OM INDHOLD (FORTSAT)

- Fjell Kommune betragtes i Norge som en af de mest ”oppegående” kommuner (som det formuleres i Norge) – det vil sige en kommune med stærke og handlingsorienterede visioner, og en kommune der gerne ”vil vise vejen”.
- Fjell Kommune anses af den norske regering og Helse- og Omsorgsdepartementet samt Helsedirektoratet (det svarer til henholdsvis departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen) som en modelkommune for den de fremadrettede strategier og initiativer, når det gælder ”det nære sundhedsvæsen”.

Bergens Tidende

25. oktober 2014:

«Helseministre og kommunetopper valfarter til Fjell for å studere helsetilbudet kommunen har bygget opp på Straume. – Bergen ville spart en milliard kroner i året hvis de hadde gjort veivalg som Fjell, sier kommuneekspert Kaare Granheim.»

Fjell kommune – kort præsentation

Fjell kommune ligger vest for Bergen.

(Højre) er ”Ordfører” (svarende til en dansk borgmester). Steinar Nesse er ”Rådmand” (svarende til en dansk kommunaldirektør).

Rådmanden er kommunens øverste administrative leder og varetager strategisk og udviklingsorienteret arbejde samt driftsorienteret tilsyn – idet der er et udpræget samarbejde med og bistand fra de kommunale chefer, der hver for sig har ansvaret for bestemte forvaltnings- og virksomhedsområder.

Kommunestyret i Fjell, den øverste politiske myndighed, har 45 repræsentanter, fordelt således:

- Højre: 13
- Fremskridtspartiet: 7
- Arbejderpartiet: 10
- Kristeligt Folkeparti: 4
- Centerpartiet: 1
- Venstre: 2
- Lokale lister: 7
- Socialistisk Venstreparti: 1

Fjell kommune er en af de hurtigst voksende, men også en af de mest ambitiøse og udviklings-orienterede kommuner i Norge – og fortsat med store udviklings- og udbygningsplaner, herunder med et vedtaget program for byudvikling med hotel, forretningscenter, virksomheder m.v.

Fjell kommune – kort præsentation

Kommunestyret (med de 45 politisk valgte repræsentanter) er suppleret af et såkaldt Formandskab med 11 politiske repræsentanter, der alle er valgt fra kommunestyret.

Formandskabet står for ”de daglige forretninger” med tilrettelæggelse af konkret handlingsprogram, økonomistyring og -opfølgning, samt udarbejdelse af forslag til årsbudget. Herudover kan kommunestyret bestemme, at formandskabet skal gennemføre bestemte udredninger, analyser, former for sagsbehandling etc.

De vigtigste politiske organer er – udover kommunestyret og formandskabet er de vigtigste politiske organer tre såkaldte komiteer:

- *Drift* (vedrørende overordnet styring og kontrol i forhold til alle former for borgerrettede indsatser og tjenester)
- *Finans og forvaltning* (vedrørende finans- og ejendomsforvaltning, men også organisationsudvikling og arbejdsgiverpolitik)
- *Plan og udvikling* (vedrørende byudvikling, byggesager og langsigtede investeringer)

Disse tre komiteer suppleres af forskellige (andre) udvalg – Børnehaveudvalget, Udvalget for ligestilling, Ældreudvalget, Udvalget for borgere med nedsatte funktionsevner m.fl.).

Fjell kommune – kort præsentation

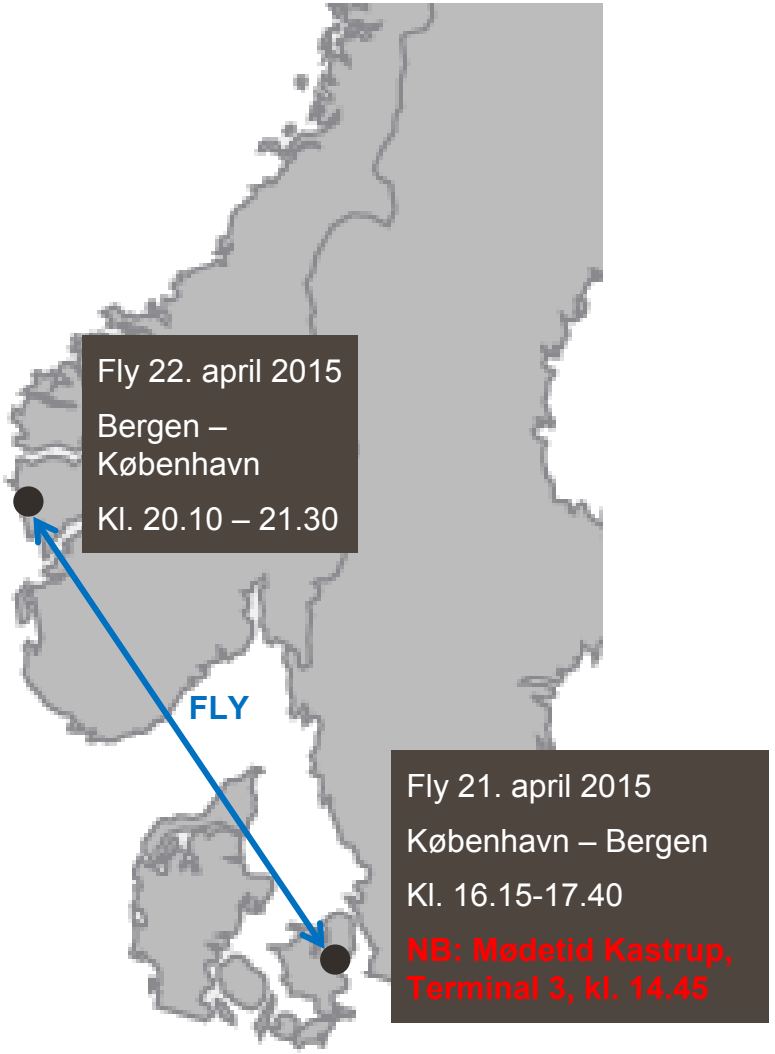
Fjell Kommune: Organisations-diagram

Mange af sundheds-tilbuddene i Fjell Kommune er bygget op som samarbejder og driftsfællesskaber med nabokommunerne.

Askøy
Fjell
Sund
Øygarden

IMPLEMENT CONSULTING GROUP

Hotel & Transport



HOTEL

- Mandag den 21. april 2015: Hotel Thon Bergen Brygge
- Thon hoteller er Norges største hotelkæde.
- Thon hoteller er almindelige hoteller uden stor luksus – men hotellerne har rene værelser med en god seng, et skrivebord og en stol, TV og eget bad.
- Hotel Thon Bergen Brygge ligger centralt og som navnet indikerer ved Bergen Brygge (havnen).

TRANSPORT

- Transport til og fra lufthavnen i Bergen finder sted med lejet bus.
- Transport til/mellem de steder, der besøges i Bergen og i Fjell finder sted med lejet bus.

Specielt om forplejning og praktik

- Fly turene foregår på Economy. Der er derfor ikke inkluderet forplejning, men der er mulighed for at købe kaffe, the, sandwich, snacks m.v.
- Det kan være hensigtsmæssigt på turen fra København til Oslo at købe lidt let at spise, fordi middagen om aftenen den 21. april først starter kl. 20.
- Der er inkluderet morgenmad på hotel i Bergen.
- Frokost tirsdag den 22. april står Fjell Kommune for.
- Middag om aftenen den 21. april foregår på restaurant 1877 i Bergen. Restauranten ligger relativt tæt på Hotel Bergen Brygge. Fjell Kommunes kommunaldirektør og sundhedsdirektør samt omsorgschef deltager i denne middag.
- Middag om aftenen den 22. april foregår på Bryggeloftet & Stuene – en gammel, traditionel restaurant på Bergen Brygge ved havnen.

- Det er tilrådeligt at begrænse sig til håndbagage.
- Hver enkelt deltager har selv ansvar for, at egen bagage kommer med rundt.
- Det er tilrådeligt at medbringe solidt fodtøj samt regntøj og halvvarmt tøj.
- De arrangerede site visits og møder samt restaurationsbesøg kræver pæn, stilfuld påklædning, men ikke festpåklædning.

IMPLEMENT CONSULTING GROUP

Praktisk (Lidt om ord … ☺)

Mange har været i Norge mange gange – og har stor erfaring med landet.

Andre har været i Norge færre gange – og har knapt så stor erfaring med landet.

Normalt foregår dialogen på site visits i Norge helt uden problemer, og det er umiddelbart forståeligt, hvad de norske værter og indlægsholdere siger. Og normalt forstår værterne også uden større problemer de danske gæster.

Alligevel – nogle helt få anbefalinger:

- Hurtig tale kan undgås – langsom og tydelig tale fremme den gensidige forståelse.
- Derudover er det en stor fordel at sige tal på den norske måde: Fx – i stedet for at sige halvfjerds eller firs – så sig sytti eller otti. Talsnak er ofte et felt, der giver anledning til misforståelser. At tage de norske termer på tal letter altid dialogen og den gensidige forståelse.
- Helse = Sundhed. Samhandling = Samarbejde (mellem fx kommuner og regioner). Brug også gerne disse norske ord.

Der kunne fyldes en del mere på dette med ord, norske og danske – men lad følgende være det sidste og måske vigtigste råd:

Ordet ”rart” betyder – i forhold til den danske betydning – næsten det modsatte på norsk. At noget er ”rart” betyder i Norge, at det er lidt underligt eller mindre attraktivt.

Derfor er der fx ingen grund til at sige til værterne på turen, at det har været ”rart” at møde dem :0)

Program

Tid (Kl.)	Programpunkt
	Den 21. april
14.45	Mødetidspunkt i Kastrup Lufthavn, terminal 3. Derefter med fly til Bergen kl. 15.30 og med ankomst i Bergen Lufthavn, Flesnes, kl. 17.40
18.00	Bustransport fra Bergen Lufthavn til Hotel Bergen Brygge i Bergen – ankomst kl. ca. 18.30
19.00	Introduktions workshop (mødelokale nær ved hotel)
20.00	Middag på Restaurant 1877 i Bergen
	Den 22. april
7.30	Morgenmad på hotellet – derefter afgang til Helse Bergen med bus
9.00	Besøg i Helse Bergen – indlæg og dialog: •Samspil mellem kommuner og sygehuse. Samhandlingsreformen og perspektiver for samarbejde mellem region og kommuner set fra sygehusets vinkel •Akutmodtagelsesfunktionerne – et bindeled og et afgørende samarbejdsfelt mellem sygehus og kommune Anne Sissel Faugstad & Johannes Kolnes (hhv. viceadministrerende direktør samt specialkonsulent for akutområdet)
10.45	Afgang med bus til Fjell kommune
11.15	Besøg i Fjell kommune – indlæg og dialog (frokost undervejes ca. kl. 12.00): -Status og visioner på sundhedsområdet (ved kommunaldirektør Steinar Nesse og sundhedsdirektør Terje Handal) -Kommuneoverlægen og funktionerne for rollen som kommuneoverlæge (ved kommuneoverlæge Stein-Inge Stigen) -Besøg på institutioner og i indsatssammenhænge - Dialysesatellitten (fælles løsning mellem kommune og region) - Psykiatri og socialpsykiatri (fælles kapacitet og bygning for behandlingspsykiatri og socialpsykiatri) - Rehabiliterings- og hjælpemiddelenheden (inkl. rehabiliteringsbassin og involvering af idrætsforeninger) - Intermediær og -akutenheden (døgndækket, lægebetjent kommunal enhed) - Natur og friluftsliv – trivsel og sundhed (Frisklivscentret)
16.00	Afgang mod Bergen og derefter middag på restaurant Bryggeloftet & Stuene (kl. ca. 17)
18.15	Afgang mod Bergen lufthavn. Derefter fly mod København kl. 20.10 og med ankomst i Kastrup Lufthavn kl. 21.30

Tre store norske reformer – med stærk indre sammenhæng

Pensionsreformen

- Forpligtelse til at være med i pensionsordning
- Forlængelse af arbejdstidsalder – stimulering til at være længere i job

Samhandlingsreformen

- Stimulere til at sætte ind med tidlige opsporings- og sygdomsindsatser samt hindre/forsinke sygdomsudvikling

NAV-reformen (NAV = Norge Arbejde Velfærd)

- Reducere sygefraværet i norsk arbejdsliv
- Stimulere til at hindre udstødning fra/sikre inklusion på arbejdsmarkedet – herunder også for funktionshæmmede
    - NAV er etableret som fusion af tre store organisatoriske dele: Velfærd (stat), Arbejde (stat), Social (kommuner).
    - Én centralt NAV enhed i samarbejde med kommunale NAV kontorer (et NAV kontor i hver kommune) – samlet ”omsætning” på godt 430 mia. NOK.

Den norske Samhandlingsreform

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 47

(2008–2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Samhandlingsreformen er det helt væsentlige grundlag for de nye former for samspil og samarbejde mellem sygehuse og kommuner, som skiftende norske regeringer har satset på fra ca. 2005 og frem – bl.a. gennem en række forudgående modelprojekter, hvor den generelle intention har været at styrke ”kommune-helsetjenesten” og at ændre balancen mellem de andele af den samlede sundhedsopgave, der udføres via kommunale indsatser og tjenester, og de indsatser og tjenester, der udføres via sygehusbaserede tjenester.

Meningerne om Samhandlingsreformen er utallige – og da reformen også handler om en form for magtforskydning mellem det specialiserede sygehussystem og det kommunale sundheds-system, har den ikke været – og er den ikke – let at implementere.

Baggrunden for den norske *Samhandlingsreform*

- vedtaget af det norske Storting med virkning fra 1. januar 2012

IDENTIFICEREDE HOVEDUDFORDRINGER

1. Udfordring

- Den demografiske udvikling og ændringer i sygdomsmønstre – i Norge er det prognosticeret, at der i 2030 vil være 320.000 borgere over 80 år (en vækst på næsten 60% fra 2000), mens antallet af erhvervsaktive falder.
- Forventet øget omfang af livsstilssygdomme – såsom KOL og diabetes samt forventet øget omfang af demens, kræft og psykiske lidelser. Det forudsættes også, at sundhedsforbruget vil stige for aldersgruppen under 65 år – svarende til udviklingen gennem de seneste 20 år. En forventet vækst i omfanget af borgere/patienter med langvarige og sammensatte sygdomme forudsættes i sig selv at øge behovet for koordinerede og differentierede sundhedstilbud.

2. Udfordring

- Sundhedsindsatserne anses for at være for fragmenterede og for lidt koordinerede, herunder på tværs af sektorerne. Det anses for veldokumenteret, at der i alt for ringe omfang arbejdes helhedsorienteret og ud fra borgerens/patientens samlede behov.

3. Udfordring

- Sundhedsindsatserne vurderes i dag at være for orienterede mod sygehusbehandling (reparation) og i for lille udstrækning mod opsporing og forebyggelse samt mod indsatser vedrørende de rammer, der skaber mest sundhed.

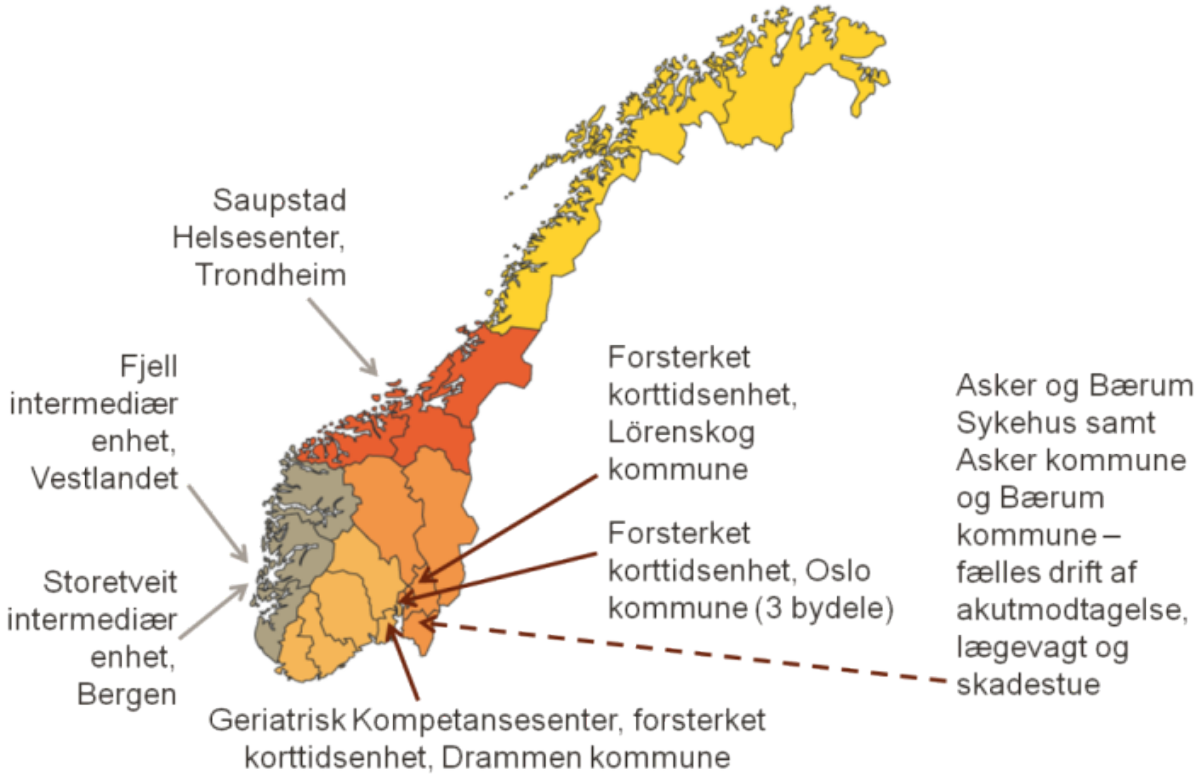
Samhandlingsreformen bygger på erfaringer fra en række pilotprojekter (I)

- Den såkaldte Wisløff betænkning fra 2005 kan på mange måder siges at være et oprindeligt grundlag for den *Samhandlingsreform*, der nu er gennemført i Norge.

  Wisløff udvalget pegede på sammenhængen og balancen samt arbejdsdelingen mellem primær og sekundær sektor som den største udgiftsøkonomiske og indsatsmæssige udfordring for Norge i et mere langsigtet perspektiv. Og Wisløff betænkningen satte for alvor skub i en række (nationalt finansierede) pilotprojekter med forudsætning om efterfølgende evalueringer.
- Mange af de i mellemtiden gennemførte pilotprojekter har haft lægebetjente intermediære enheder som omdrejningspunkt, men også udgående teams og telemedicinske projekter samt projekter, orienteret mod varetagelse i primærsektoren af borgere med kronisk sygdom eller langvarig sygdom har været del af disse pilotprojekter.
- I alt ca. 200 pilotprojekter kan identificeres i perioden fra 2006 og op mod *Samhandlingsreformens* vedtagelse i slutningen af 2011.
- Helsedirektoratet (svarende til den danske Sundhedsstyrelse) fortsætter med at give støtte – nu ikke længere til modelprojekter, men til projekter der kan lette overgangen til drift af former for indsatser og tjenester, der svarer til Samhandlingsreformens intentioner.

Samhandlingsreformen bygger på erfaringer fra og evalueringer af en række pilotprojekter (II)

VIGTIGE, EVALUEREDE SAMHANDLINGS PROJEKTER I PERIODEN 2006-2011



Modelprojekterne har i væsentlig udstrækning omfattet etablering af såkaldte intermediære enheder, det vil sige enheder i kommunalt regi med lægebetjening, hvor patienter/borgere kommer til som en overgang mellem hospitalsindlæggelse og eget hjem – eller som borgere/patienter kommer til for at undgå hospitalsindlæggelse.

”Garåsen i sin studie fra Saupstad i Trondheim har undersøkt 142 pasienter over 60 år innlagt ved St. Olavs Hospital for akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom. Pasientene ble randomiserte til to undergrupper, der den ene ble ferdigbehandlet ved St. Olav Hospital mens den andre ble ferdigbehandlet ved intermediær-avdeling på et sykehjem. Etter seks måneder var der 25 % i intervensjonsgruppen som klarte seg selv, mot 10 % i sykehusgruppen. 18% i inter-vensjonsgruppen var døde et år etter, mot 31 % i sykehusgruppen.”

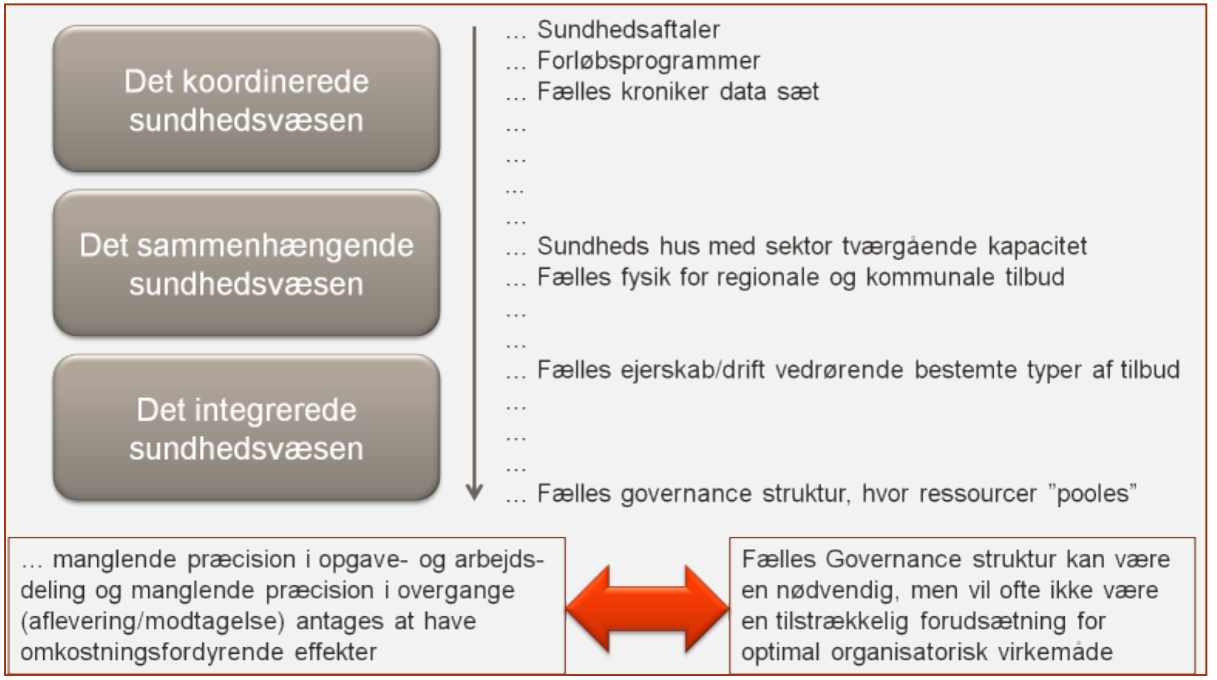
”I tillegg til å gi muligheter for tidlig tilbakeføring av sykehuspasienter, kan en intermediæravdeling av denne typen utvidas til å omfatte akutt-behandling og diagnostisering og behandling av enklere tilstander slik man unngår sjukehus-innleggelse.”

Norwegian University of Science and Tech-nology, Faculty of Medicine. 2008. British Journal of Medicine. 2010.

Samhandlingsreformen fokuserer på sammenhæng i sundhedsindsatser og på revitalisering af LEON princippet

- *Samhandlingsreformen* er udtryk for en bestræbelse på fremadrettet at sikre, at samfundets udgifter til sundhed udgør en acceptabel andel af de samlede offentlige udgifter og en acceptabel andel af det samlede BNP.

- *Samhandlingsreformen* afspejler det identificerede eller forudsatte behov for at sikre bedre sammenhæng i sundhedsindsatserne på tværs af sektorer.



- *Samhandlingsreformen* indebærer **ikke** en satsning på "det integrerede sundhedsvæsen", jf. figur, men en satsning på "det sammenhængende sundhedsvæsen" – og udgør dermed også en afvisning af, at koordinationsmekanismer i sig selv, hvor veludviklede de end er, kan sikre den helhed og sammenhæng i sundhedsindsatser på tværs af sektorer, der vurderes som helt nødvendig.

- *Samhandlingsreformen* fokuserer på mulighederne for at udføre sundhedsopgaverne billigere, gennem en systematisk og omfattende revitalisering af primærsektorens ansvar og sundhedskapacitet. Og gennem øget ansvar og opgavemængde på sundhedsområdet for kommunerne.

Forudsatte virkemidler i den norske *Samhandlingsreform*

- *Samhandlingsreformen* gør det til et klart mål over en årrække at få reduceret (og i første omgang at få dæmpet væksten i) sygehusudgifter samt generelt at få reduceret behovet for sundhedsindsatser og dermed sundhedsudgifter.
- Målet forudsættes realiseret gennem en række virkemidler, der for langt flertallets vedkommende fokuserer på behov og muligheder for at sikre øget varetagelse af den samlede sundhedsopgave via "kommunehelsetjenesten" samt på behov og muligheder for at binde sygehussystemet og det kommunale sundhedssystem mere sammen i gensidigt forpligtende aftaler og samarbejdsstrukturer.
- Dette forudsættes at ske gennem bl.a. etablering af kommunale døgnbemandede enheder (intermediære enheder og akutte døgnbemandede enheder mv.) samt gennem udvidelse af kommunernes sundhedskapacitet i relation til borgere med kronisk sygdom og langvarig sygdom – idet samarbejdet med de praktiserende læger her forudsættes øget fra et niveau, hvor der i forvejen i Norge har været et mere tæt samspil og mere tæt koordination mellem kommuner og praksislæger, end det der typisk kan observeres i Danmark.
- *Samhandlingsreformen* indebærer kompetencemæssige problemstillinger – fordi kommunerne med reformens præmisser må opbygge yderligere sundhedskapacitet og også tilføre nye typer kompetencer. Ligeledes må kommunerne arbejde med ændrede kompetencemæssige balancer – idet særligt lægelige kompetencer og sygeplejekompetencer kommer i spil i øget omfang.
- Norge har i forvejen ledende kommunale læger, ligesom en del kommuner har ansatte læger i bestemte funktioner, især indenfor ældreområdet og/eller området med kronisk sygdom.

SKOTSK INITIATIV

- Udviklingen af det skotske sundhedssystem bygger i disse år på et udfordringsbillede, der tilnærmelsesvist formuleres som det norske. Norge og Skotland har i det hele taget en tæt erfaringsudveksling.
- I Skotland er det ved lov fastlagt, at der skal etableres Health and Social Care Partnerships, hvor store dele af de hidtidige hospitalsbudgetter og kommunale velfærdsbudgetter samles. Partnerships ledes énstrenget og med en art bestyrelser, hvor såvel regionale som kommunale politikere har sæde.
- Implementeringsplanen er fastlagt detaljeret fra centralt hold. Den nye konstruktion skal være implementeret og sat i drift inden oktober 2015.

Evaluering af Samhandlingsreformen

Forskningsrådet står – med Helse- og Omsorgsdepartementet som opdragsgiver – for en samlet og forskningsbaseret evaluering af Samhandlingsreformen.

Departementet har i sammenhæng med evalueringerne anført, at det ”er svært viktig å sørge for mer kunnskap om hvorvidt virkemidlene i reformen fungerer etter hensikten, slik at det kan gjøres justeringer om nødvendig.”

Samhandlingsreformen ses således som en form for ramme med klare visioner og mål, men med muligheder for ændringer af de virkemidler, der blev fastlagt i udgangspunktet – idet også kommunal medfinansiering i den sammenhæng er til debat.

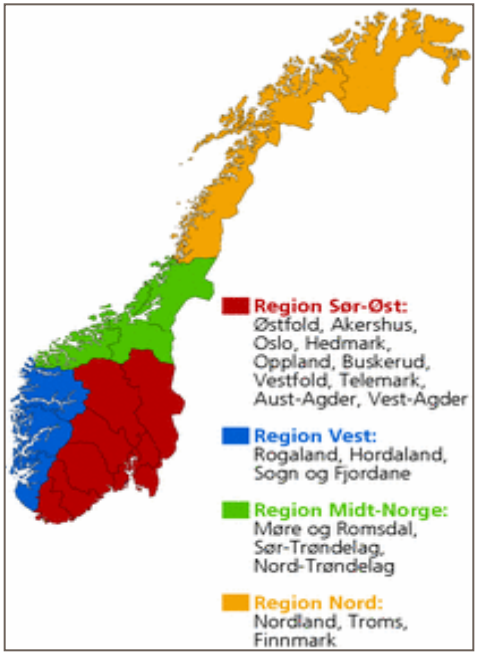
De tre store hovedprojekter og evalueringer omfatter

- Samhandling og patientforløb
- Processer og statslige virkemidler samt kommunale innovationer
- Resultater – bedre sundhed, bedre tjenester, bedre samfundsøkonomi?

Seneste evalueringsdel af Samhandlingsreformen har medført én meget væsentlig ændring i forhold til de oprindelige præmisser for reformen – idet Kommunal Medfinansiering er blevet ophævet igen. Ud fra evalueringen er det konkluderet, at de forudsatte effekter af KMF ikke er opnået og formentlig heller ikke vil kunne opnås gennem dette virkemiddel.

Om den norske forvaltningsstruktur – og *Samhandlingsreformen (I)*

- Norge er inddelt i 21fylker – en form for amtslig inddeling – idet fylkerne tidligere havde ansvaret for sygehusvæsenet, men nu har færre opgaver tilbage. Oslo Kommune har også status som fylke.
- Fylkernes opgaver omfatter bl.a. børneområdet (tvangsfjernelser) og handicapområdet samt opgaver med og vedligeholdelse af visse veje og færgeruter. Med *Samhandlingsreformen* har fylkerne fået udvidede opgaver i forhold til klagesager og tilsyn i forbindelse med bl.a. patientrettigheder.
- Sygehusvæsenet blev i 2003, med basis i en vedtaget sygehusreform, overtaget af nationalt ejede helseregioner. De 4 helseregioner (oprindeligt var der 5, men Helse Sør og Helse Øst blev fusioneret til Helse Sør-Øst i 2007) har det såkaldte ”sørge for ansvar” for udredning og behandling i sygehusregi, ligesom den enkelte helseregion har ansvar for driften af de offentligt ejede sygehuse i den pågældende region.
- Sygehuse er organiseret som ”helseforetak” under aktieselskabsloven og denne lovs regnskabsregler. Alle helseforetak ledes, ligesom alle helseregioner, af bestyrelser. Der er i alt 23 helseforetak i Norge.



Eksempel: Bergen området og Fjell (Hordaland fylke)

IMPLEMENT CONSULTING GROUP

Om den norske forvaltningsstruktur – og *Samhandlingsreformen* (II)

Norge er inddelt i 429 kommuner.

75% af de norske kommuner har lavere indbyggertal end 10.000, mens omvendt 75% af den norske befolkning bor i kommuner med mere end 10.000 indbyggere. 326 kommuner har under 10.000 indbyggere.

Der har i de seneste årtier med øget intensitet været politiske bestræbelser på at modne grundlaget for en kommunal strukturreform – orienteret mod en reduktion i antallet af kommuner. Den decentrale dimension med kommunalt selvstyre og mange små kommuner værnes der dog fortsat om, og den synes at være dybt forankret i den norske befolkning.

Dette gælder, også selvom der i Norge, som i Danmark, har været tale om øget central styring og rammefastlæggelse for kommunernes indsatser og økonomi, herunder fastlæggelse af loft for kommunal skatteudskrivning.

Reformbestræbelserne synes dog nu at vinde terræn. Den norske regering har sat tydelige mål for kommune sammenlægninger – og der er nu bevægelse i det norske kommunale terræn i retning af sammenlægning af kommuner.

Det vurderes, at der over de kommende år vil komme en betydelig konsolidering af kommunestrukturen i Norge.

Samhandlingsreformen forudsatte i udgangspunktet kommunale sundhedssamarbejder på tværs af de små og mindre kommuner. Fra dele af det politiske niveau blev denne forudsætning mødt med kritik – fordi præmissen blev anskuet som en form for kommunal strukturreform ”ad bagvejen”. Fra andre politiske dele blev netop sammenfletningen af sundhedsreform og mulighederne for tværkommunalt samarbejde fremholdt som noget positivt – og forholdet med kommunalt sundhedssamarbejde har måske også været med til at modne en egentlig strukturreform – således som den nye norske regering nu synes at forberede.

Samhandlingsreformen bakkes langt fra udelt op fra alle sider af de faglige miljøer på sygehuse og i kommuner, ligesom der også har været politisk og administrativt baseret modstand overfor reformen. Bl.a. har kommunal medfinansiering været et meget omdiskuteret emne – og er blevet analyseret via erfaringsindsamling fra bl.a. Danmark.

De sundhedsøkonomiske universitets- og forsknings miljøer i Norge har generelt taget afstand fra kommunal medfinansiering – begrundet ud fra bl.a. to hypoteser: 1) At kommunal medfinansiering kan skabe konflikter mellem det regionale sygehussystem og kommunerne og dermed modvirke det efterspurgte øgede samarbejde, 2) at kommunal medfinansiering kun i begrænset omfang vurderes at skabe incitamenter for kommunerne til at opbygge substituerende sundhedskapacitet.

Om den norske forvaltningsstruktur – og *Samhandlingsreformen* (III)

Kommunal medfinansiering blev etableret som del af Samhandlingsreformen, men på en anden måde end i Danmark. Ordningen blev tilrettelagt således, at der skulle bidrages til sygehussystemet i forhold til den enkelte kommunes omfang af indlæggelser udelukkende indenfor det medicinske, somatiske område. Psykiatri og det kirurgiske felt, men også cancerområdet in extenso blev således undtaget fra den norske form for medfinansiering. Jf. slide 22 ovenfor er KMF afskaffet igen fra 2015.

Herudover blev det med *Samhandlingsreformen* en pligt at betale for udskrivningsklare patienter fra dag 1 – idet der i flere dele af Norge allerede før *Samhandlingsreformen* var aftaler mellem kommuner og sygehuse, der mindede om den nu fastlagte form.

Kommunerne fik overført midler fra staten, svarende til estimeret forbrug til kommunal medfinansiering, inkl. betaling til udskrivningsklare patienter.

Ligeledes er der overført midler til kommunerne (knapt 300 mio. kr. i 2012 og knapt 600 mio.kr. i henholdsvis 2013 og 2014), fordi *Samhandlingsreformen* forudsætter døgnbemandede, akutte sundhedstilbud i alle kommuner fra senest 2016.*

Flere kommuner havde allerede før reformen, bl.a. via pilotprojekter, afprøvet og idriftsat døgnbemandede, akutte sundhedstilbud med lægeressourcer og specialsygeplejersker.

* Over 100 kommuner/kommunefællesskaber har etableret akuttilbud nu.

Samhandlingsreformen forudsætter udvidet samarbejde mellem helseregioner samt helseforetag på den ene side og kommuner og praksislæger på den anden.

Bl.a. for at sikre, men også for at signalere vigtigheden af en form for "enhedssystem", er der som del af *Samhandlingsreformen* vedtaget en ny, samlet "Patient- og brugerrettighedslov", hvor kommunerne får en vigtig rolle.

Det er nu et kommunalt ansvar at sikre patient- og brugerindflydelse, ligesom det er kommunen der skal sørge for at udpege en koordinator for borgere/patienter med langvarige, sammensatte sygdomsforløb – herunder f.eks. i tilknytning til forløb med kræft eller med kronisk sygdom.

Der er med det nye regelkompleks omkring patient- og brugerrettigheder også indført fælles sagsbehandlingsregler på tværs af den kommunale sektor og det regionale helsesystem, ligesom der er indført fælles klageordning og fælles klage- og tilsynsinstans (med basis i fylkerne).

Om den norske forvaltningsstruktur – og *Samhandlingsreformen* (IV)

Med *Samhandlingsreformen* styrkes sammenhænge og arbejdsfællesskab mellem praksislæge-systemet og det kommunale sundhedssystem.

Den såkaldte "Fastlege forskrift" er revideret og regulerer

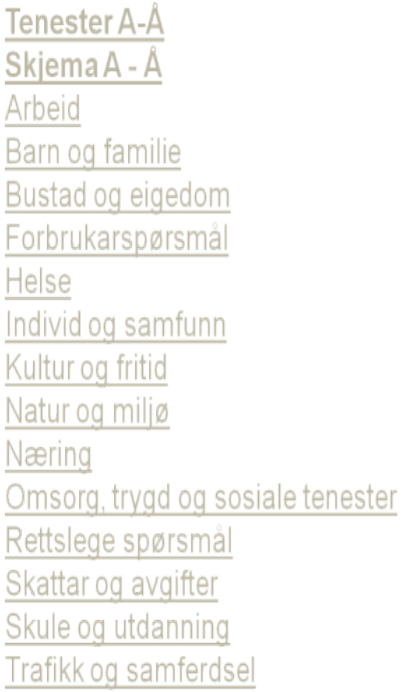
- de praktiserende lægers roller og funktioner som et kommunalt ansvar
- nye, fælles og betydeligt strammere kvalitets- og funktionskrav i forhold til praksislægernes opgavevaretagelse
- nye krav om rapportering (bl.a. ad sygdomsmønstre og status/tendenser for kroniske patienter)
- dialog- og samarbejdskrav i forhold til kommuner.

De praktiserende læger skal tage del i de kommunale lægeopgaver:

- herunder lægevagt, der er forankret i kommunerne, samt skolesundhedstjeneste, sundhedstjenester for børn og unge samt sundheds- og omsorgsopgaverne for de ældre borgere. En del af disse opgaver varetages med udgangspunkt i de såkaldte Helsestationer.
- Der er fastlagt minimumsstandarder for, hvor megen tid den enkelte praksislæge skal anvende til møder med relevant kommune i forbindelse med behov for koordination af indsatser.

Hvad har en kommune i Norge typisk ansvaret for?

EN KOMMUNES HJEMMESIDE


Tenester A-Å
Skjema A - Å
Arbeid
Barn og familie
Bustad og eigedom
Forbrukarspørsmål
Helse
Individ og samfunn
Kultur og fritid
Natur og miljø
Næring
Omsorg, trygd og sosiale tenester
Rettslege spørsmål
Skattar og avgifter
Skule og utdanning
Trafikk og samferdsel

Ovenstående er et eksempel på, hvordan en typisk startside på en kommunes hjemmeside kan se ud – den afspejler de felter, hvor kommunerne har ansvar og opgaver.

- Kommunernes helt væsentlige opgavefelter omfatter bl.a. daginstitutionsområdet (børneligger mv.) samt skoleområdet.
- Kommunerne har i det hele taget ansvar for at støtte børn og unge samt familier, idet en række tilbud kanaliseres gennem de såkaldte ”helse-stationer”, der favner over det lov pålagte arbejde med sundhedsfremme, sundhedsundersøgelser af skolebørn, hjemmebesøg mv.
- I større kommuner er helsestationernes tilbud ofte differentierede og omfatter særlige tilbud til bestemte grupper, eksempelvis unge med stofmisbrug, børn og unge med homoseksualitet eller unge med psykiske problemer.
- Plejehjem og i det hele taget omsorg for ældre, herunder også hjemme tjenester samt aktivitetscentre, er et kommunalt ansvar.
- Herudover har kommunerne væsentlige opgaver på felterne med kultur og fritid samt natur og miljø.
- Kommunernes opgaver på socialområdet og på arbejdsmarkedsområdet har siden 2006 været præget at etableringen af den såkaldte NAV konstruktion. NAV (Norge, Arbejde, Velfærd) forvalter en tredjedel af statsbudgettet via opgaver i tilknytning til bl.a. arbejdsløshedsunderstøttelse, beskæftigelsesfremme, sygedagpenge, pensioner og kontanthjælp – idet det nationale niveau og kommunerne her samarbejder gennem en kæde af landsdækkende NAV kontorer, der omfatter både statslige og kommunale ansatte.

Samhandlingsreformen omtales i Norge som en af de største reformer i nyere tid …

… og den kræver væsentlige tilpasninger også fra sygehussystemet og fra de norske helseregioner og helseforetak.

I en protokol fra et styremøde i begyndelsen af 2012 i Helse Midt gives følgende overordnede præsentation:

”Med *Samhandlingsreformen*

- får Spesialisthelsetjenesten trangere budsjetter,
- bremses økonomisk vekst i sykehussystemet,
- vil veksten i helsebudsjettene komme til tilbud utenfor sykehusene
- overføres oppgaver og pasienter fra sykehus til bl.a. distriktsmedisinske sentre og intermediære enheter
- styrkes legetjenestene i kommunene og den kommunale styring av fast legene
- understøttes økt interkommunalt samarbeide (”Helsekommuner”)”

Samtidig forventes sygehussystemet i udpræget grad at understøtte *Samhandlingsreformens* intentioner gennem øget medvirken i uddannelse af kommunehelsetjenestens ledere og medarbejdere samt gennem samarbejdsaftaler indenfor bestemte felter.

IMPLEMENT CONSULTING GROUP

Præmisser for *Samhandlingsreformens* succes

Der kan identificeres en række forudsætninger for at *Samhandlingsreformens* mål rent faktisk kan realiseres.

Det er her væsentligt, at kommunale eller primærsektorielle alternativer til indlæggelse på sygehus, og ikke mindst til akut indlæggelse på sygehus, rent faktisk etableres og fungerer effektivt. Det anses for at være en nødvendig forudsætning, at kommunerne bygger akutberedskaber op, og at der over forholdsvis kort tid ændres kultur, så det at arbejde på døgnbasis bliver en naturlig ting … en tendens, der ud fra politiske signaler kan tænkes at blive relevant også på andre felter. Kommunerne må, siges det, i højere grad følge med tiden og sikre, at borgerservice generelt er noget, der ydes, når borgeren har behov, og når borgeren ønsker det.

Kommunerne i Norge er generelt inde i en intensiv fase, hvor kommunerne virker ambitiøse overfor *Samhandlingsreformens* intentioner, men hvor der samtidig er store forskelle på vilkår og rammebetingelser.

Flere steder har *Samhandlingsreformen* givet det skub til tvær kommunalt samarbejde, der også var tænkt. Andre steder synes konjunkturerne for sådanne samarbejder fortsat at være vanskelige.

Flere steder hjælpes kommunernes bestræbelser på vej af en overvejende positiv holdning fra sygehussiden – dette gælder eksempelvis i Bergen området, mens der andre steder er mere modstand og tendenser til at ”arbejde efter reglerne”.

Eksempler på kommunale initiativer i Norge – lige nu

- Poliklinisk behandling og kontroll på sykehus erstattes med kontroller/tettere oppfølging fra fast lege
- Kommunalt tverrfaglig team med oppfølging av kronikergruppene etableres
- Døgntilbud på sykehus erstattes I relasjon til bl.a. nevrologiske og geriatriske samt ortopediske pasientgrupper gjennom kommunale korttidsplasser og ambulante tilbud
- Innsatser omkring medisinering opptrappes med henblikk på reduksjon av feilmedisinering og økt kontroll i kommunen med medisinering
- Observasjonspost etableres for at sikre tidlig diagnostikk og mulighet for at unngå sykehusinnleggelse
- Praksiskonsulentordningen utvides
- Hjemmetjenester utvides betraktelikt med henblikk på økt kapasitet for tidlig intervensjon
- De telemedisinske tjenester utbygges yterligere gjennom felleskommunal portal og felles tjenester i samhandling med sykehus
- Erfaringer med intermediære enheter er nu tilstrekklig fundert – kommunen må satse på etablering av intermediær enhet som omdreiningspunkt for samhandlingsreformens premisser om utvidet kommunal helsekapasitet

FJELL KOMMUNE

FRAMTID I FJELL

Fastlegeordningen

Ingrid K. Rebnord

FJELL KOMMUNE

Fastlegeordningen

- Opprettet i 2001
- Ca. 4 800 fastleger i Norge (2013) 3-4 % er danske!
- 18 fastleger i Fjell
- Hver fastlege kan ha 600 til 2 500 pasienter. Det mest vanlige (og hensiktsmessige) er 1 000 til 1 500.
- To modeller: Fastlønnet fastlege eller selvstendig næringsdrivende
- Fastlønnet fastlege: Kommunen holder alt utstyr, lokaler og hjelpepersonell + lønn

FJELL KOMMUNE

Selvstendig næringsdrivende (mest vanlig):

- Fastlegen har avtale med kommunen, men fastlegen leier lokale, eget utstyr og tilsetter hjelpepersonell.
- Anbefalt 0,7 hjelpepersonell pr. fastlege.
- Fastlegen får praksiskompensasjon for kommunal arbeidsdag + basiskompensasjon pr. pasient per år til drift av kontoret.
- Pasienten betaler egenandel , Helfo (Helseøkonomiforvaltningen) betaler refusjon til legen per konsultasjon etter fastsatte takster.

Tilleggsoppgaver for fastlegen

FJELL KOMMUNE

- Fastlegeordningen er basert på avtale mellom Den norske legeforening og KS (Kommunesektorenes organisasjon)
- I følge avtalen er fastlegen tilpliktet inntil 20 prosent kommunal stilling + delta i organisert legevakt.
- Lønn for disse oppgavene kommer i tillegg til fastlegearbeidet
- Fritak for legevaktsarbeid innvilges etter søknad av helsemessig årsak eller alder over 55 år.
- De kommunale oppgavene omfattar for eks. helsestasjonslegetjeneste, skolehelsetjeneste, sykehjemstjeneste (pleiehjem), samfunnsmedisinske oppgaver (smittevern etc)

Hvordan fordeles pasientene mellom fastlegene?

FJELL KOMMUNE

- Pasienten kan i utgangspunktet fritt velge fastlege uavhengig av geografisk tilhørighet.
- Liste over tilgjengelige fastleger over hele landet finnes på www.helfo.no
- Det er mulig å skifte fastlege to ganger i året

ØH/OBS-senger

FJELL KOMMUNE

- Opprettet 02.05.2012
- Interkommunalt samarbeid Sund og Fjell kommune
- Lokalisert til Fjell sjukeheim
- 4 plasser totalt
- Befolkningsgrunnlag 30 000 innbyggere
- Inntaks og ekskluderingsmal foreligger
- Fastleger og legevaktsleger kan legge inn pasienter
- Innleggelse i avdelingen krever samtykke

FJELL KOMMUNE

Bemanning

- Økt sykepleierbemanning med 3,7 årsverk på natt og helg.
- Økt legebemanning sykehjemmet 0,2 årsverk.
- I tillegg til sykehjemslegevakt og ordinær legevaktbemanning

FJELL KOMMUNE

Legedekning

- ØH /obs post sengene har legevisitt x 2 pr døgn alle dager. Tilsynslege kl.12. Vaktlege kl. 21
- I tillegg kan avdelingen ta kontakt med legevakt utenom ordinær arbeidstid ved behov.
- I normal driftstid er det tilsynslegene som har ansvar for pasientene på ØH /Obs posten

Legevakt – akuttmedisinske tjenester hele døgnet

- Legevakt/legevaktsentral. Døgnbemannet 1 -2 sykepleiere og 1 lege. Samlokalisert med ambulansetjenesten (Helse-Bergen)

- Fra 02.05.12 innførte vi sykehjemslegevakt, egen lege på vakt fra kl. 12 til 18 på helligdager. Utfører visitt på ØH/OBS-posten + sykebesøk på alle sykehjemmene/omsorgsboligene i Sund og Fjell kommune etter behov. Visitten på ØH/OBS-posten kl. 21 utføres av påtroppende nattevakt

FJELL KOMMUNE

Sjekkliste innleggelse

- Kort forventet liggetid (maks 72 timer)
- Sannsynlig av observasjon og behandling lokalt kan forbedre helsetilstanden
- Samtykker
- Ikke beruset
- Ikke barn (< 18 år)
- Ikke ved mistanke om myokardinfarkt eller hjerneslag
- Ikke gravide
- Ikke akutt psykose
- Skal ha behov for overvåkning/behandling

Veiledende scoringsverktøy

Klinisk variabel							Sum
Respirasjonsfrekvens/min	9-20	0	21-29	1	<9 el >29	2	
O2 metning	>95	0	90-95	1	>90	2	
Puls	<90	0	41-50 el 91-110	1	<41 el >110	2	
Systolisk BT	100-199	0	80-100	1	<80 el >199	2	
Allmenntilstand	God	0	Noe redusert	1	Dårlig	2	
Temperatur	36-38	0	38,1-39	1	<36 el >39,1	2	
Skade/smerte	Ingen	0	Middels	1	Store	2	
Pleiebehov	Ikke	0	Hjelp i stell	1	Stort	2	
Kliniske prøver (avvik)	Ingen	0	Moderat	1	Alvorlig	2	
Forslag plassering	**Hjem 0-2**		**ØH-seng 3-4**		**Sykehus>4**		

Statistikk ØH senger 2014

Innlagt fra	Antall	Prosent
Antall pasienter innlagt fra		
Sotra Legevakt	111	77 %
Fastlege	31	21 %
Institusjon	3	2 %
Total	145	100 %
Gjennomsnittlig liggetid(døgn)	2,5	
Kommunefordeling		
Fjell	118	81 %
Sund	27	19 %
Utreise fra ØH-seng:		
Til heimen	86	59 %
Til sjukehus	32	22 %
Til sjukeheim	27	19 %

FJELL KOMMUNE

Diagnosefordeling

Årsaker til innleggelse i ØH seng:	Antall	Prosent
Fall	6	4 %
Tungpust/Kols	13	9 %
Hjertesvikt	2	1 %
Infeksjon	44	30 %
Smerter	24	17 %
Dehydrering/nedsatt almenntilstand	16	11 %
Obstipasjon/Diarè	2	1 %
Hypoglycemi/hyperglycemi	2	1 %
Annet	36	25 %
Total	145	100 %

FJELL KOMMUNE

Kostnader

- Økt sykepleierbemanning ved sykehjemmet: Totalt 3,7 årsverk. Kostnad ca. 2,3 mill inkl. sosiale kostnader.
- Legebemanning. Kostnad pr. år ca. 720 000/år.
- Totalkostnad ca 3 mill./år

HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

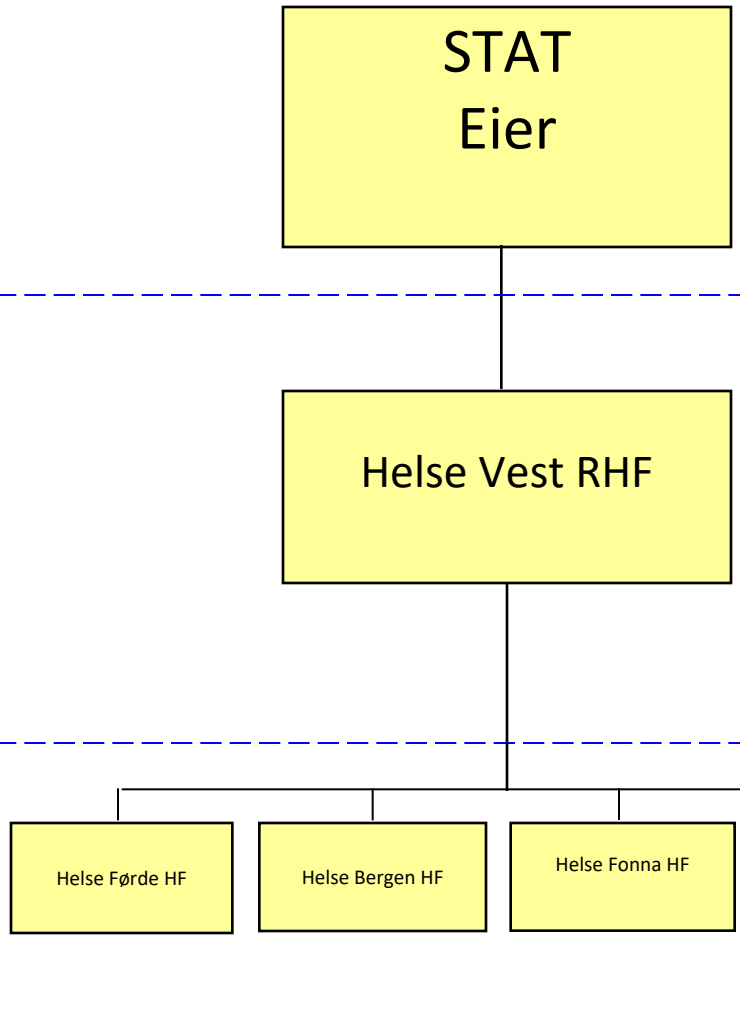
HELSE BERGEN HF

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

HVEM GIR HELSETJENESTER I NORGE?

- Kommunene
  - Ulike modeller
- Sykehus(foretak)
  - Offentlige
  - Private ideelle
  - Private kommersielle(med og uten avtale)
- Private avtalespesialister

Helseforetaksloven, fastlagte vedtekter, styringsdokument



Helsedepartementet:

- Overordnet ansvar for gjennomføring av nasjonal helsepolitikk
- Nasjonalt sørge-for ansvar
- Finansiering

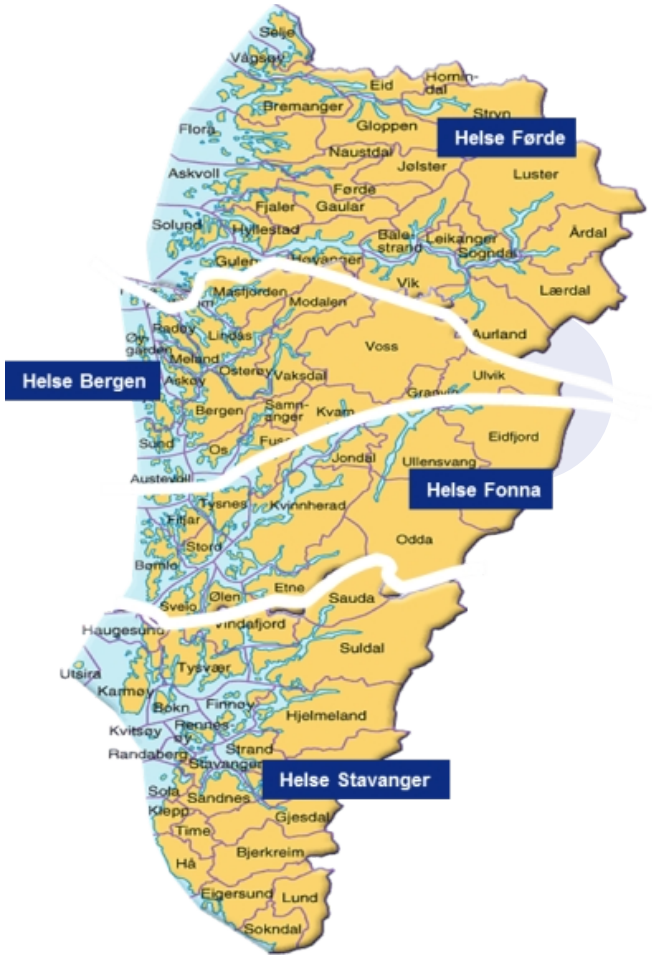
- Sørge-for ansvaret for
  - spesialisthelsetjenester til befolkningen
  - forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende
- Eier av den regionale helseforetaksgruppe
- Konsernledelse for helseforetaksgruppen

- Det utøvende ansvar i forhold til oppgavene

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

OM HELSEFØRETAKET

- Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, er eit av fem lokale helseføretak eigd av Helse Vest RHF
- Helse Vest RHF, eit av fire regionale helseføretak i Noreg, skal sørgje for at innbyggarane i helseregionen får dei helsetenestene dei har krav på
- Helse Vest RHF har det overordna ansvaret for dei offentleg eigde sjukehusa
  i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

OM OSS

- Ved Haukeland universitetssjukehus behandlar vi kvart år over 600 000 pasientar
- Totalbudsjett for 2015: 10,5 milliardar kroner
- Her arbeider 115 ulike yrkesgrupper

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

NØKKELTAL

Haukeland universitetssjukehus har om lag 12.000 tilsette som kvar dag har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre:

- 1250 legar
- 3700 sjukepleiarar
- 300 psykologar
- 1570 drift/teknisk personell

Vi utdannar eit par tusen helsearbeidarar i året

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

VISJON OG VERDIAR

Visjonen vår:

Fremme helse og livskvalitet i vest

Verdiane våre:

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Oppdatert august 2014

Administrerande direktør
Stener Kvinnsland

Viseadministrerande direktør
Anne Sissel Faugstad

Føretakssekretariatet
Seksjonsleiar Gunn Synnøve Reisæter

Økonomi- og finansavdelinga: Direktør Eivind Hansen
Forskings- og utviklingsavdelinga: Fagdirektør Alf Henrik Andreassen
Personal- og organisasjonsavdelinga: Direktør Trond Søreide
Kommunikasjonsavdelinga: Direktør Mona Høgli

Drift-teknisk divisjon
Divisjonsdirektør
Askjell Utaaker

Divisjon psykisk helsevern
Divisjonsdirektør
Hans Olav Instefjord

Voss sjukehus
Konstituert direktør
Olav Lødemel

Laboratorieklinikken
Klinikkdirektør
Gunnar Mellgren

Kirurgisk klinikk
Klinikkdirektør
Trond Ketil Haugstvedt

Barneklinikken
Klinikkdirektør
Britt Skadberg

Kvinneklinikken
Klinikkdirektør
Ingrid Johanne Garnes

Kirurgisk serviceklinikk
Klinikkdirektør
Hanne Klausen

Mottaksklinikken
Klinikkdirektør
Anne Taule

Nevroklinikken
Klinikkdirektør
Håkon Nordli

ReHabiliteringsklinikken
Klinikkdirektør
Margit Sørhus

Klinikk for hovud-hals
Klinikkdirektør
John-Helge Heimdal

Ortopedisk klinikk
Klinikkdirektør
Lars Oddvar Arnestad

Avdeling for internasjonalt samarbeid
Avdelingsdirektør
Jon Wigum Dahl

Avd. for kreftbehandling og medisinsk fysikk
Avdelingsdirektør
Olav Mella

Avdeling for rusmedisin
Avdelingsdirektør
Ola Jøsendal

Hjarteavdelinga
Avdelingsdirektør
Kjell Vikenes

Hudavdelinga
Avdelingsdirektør
Lisbeth Rustad

Lungeavdelinga
Avdelingsdirektør
Kahtan Al-Azawy

Medisinsk avdeling
Avdelingsdirektør
Lars Birger Nesje

Radiologisk avdeling
Avdelingsdirektør
Aslak Aslaksen

Revmatologisk avdeling
Avdelingsdirektør
Clara Gjesdal

Yrkesmedisinsk avdeling
Avdelingsdirektør
Marit Grønning

Augeavdelinga
Avdelingsdirektør
Kirsten Irene Stordal

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

FORSKING

- Haukeland har det nest største medisinsk- og helsefaglege forskingsmiljøet i Noreg
- Haukeland universitetssjukehus har landets høgste del av doktorgradar i høve til total forskingsproduksjon blant dei største helseføretaka i landet
- Haukeland universitetssjukehus er den største samarbeidspartnar til UIB uavhengig av fagområde
- Forskarmiljøet har i dag over 1000 publiserande forskarar

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

FORSKING INTERNASJONALT

Vi deltek aktivt i internasjonalt samarbeid.

- 44 prosent av vitskaplege artiklar frå Haukeland universitetssjukehus involverer minst ein internasjonal institusjon
- 273 publiserande forskarar ved Haukeland universitetssjukehus med internasjonalt samarbeid

Foto: colourbox

Kilde rapport: Felles forskningsarena Forskningsresultater fra Haukeland universitetssjukehus og medisinsk –odontologisk fakultet, Universitetet i Bergen

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

NASJONALE OG REGIONALE TENESTER

Haukeland universitetssjukehus har ei rekkje nasjonale tenester

Nasjonale og fleirregionale behandlingstenester omfattar høgt spesialisert klinisk verksemd som ut frå ei samla vurdering av behov, vanskegrad og kostnadar skal utøvast ein eller to stader i landet

Nasjonale kompetansetenester skal bidra til å sikre kvalitet i breidda av helsetenestene, samtidig som ein tek vare på spesialiserte oppgåver og nye utviklingsmoglegheiter vert tatt vare på

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

REGIONALE KOMPETANSESENTER

➢ **Kompetansesenter for:**

- arveleg kreft
- klinisk forsking
- sikkerheits, fengsels- og rettspsykiatri
- lindrande behandling
- sjukehushygiene
- habilitering og rehabilitering
- Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, tourettes syndrom og narkolepsi Helse Vest

➢ **Andre senter**

- Kompetansesenter for orbitale lidelser (øyehulelidelser)
- RELIS (Regionale Legemiddelinformasjonssentre. Produsentuavhengig legemiddelinformasjon)

Balansesenteret

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

FLERREGIONALE OG NASJONALE BEHANDLINGSTENESTER

➢ Fleirregionale behandlingsteneste for:

- leppe-kjeve-ganespalte
- usikker somatisk kjønnsutvikling
- allogen stamcelletransplantasjon
- episkleral brachyterapi
- kirurgi ved beinsarkom

Brannskadeavsnittet

➢ Nasjonale behandlingsteneste for:

- avansert brannskadebehandling
- elektiv (planlagt) hyperbar oksygen behandling
- gammakniv
- gynekologiske fistler
- tetrakirurgi
- vestibularisschwannomer
- yrkesmedisinsk utreiing av yrkesdykkarar

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

NASJONALE KOMPETANSETENESTER

- **Nasjonal kometanseteneste for:**
- leddproteser og hoftebrudd
- multippel sklerose
- søvnsykdommer
- gastroenterologisk ultralyd
- hjemmerespiratorbehandling
- porfyrisjukdommar (NAPOS)
- trope og importsykdommer
- antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten
- vestibulare sykdommer
- Norsk senter for for maritim medisin

Foto: Colourbox

NASJONALE REGISTER

- Norsk Intensivregister
- Nasjonalt KOLS-register
- Nasjonalt kvalitetsregister for leppe/kjeve/gane spalte
- Norsk diabetesregister for voksne (Noklus)
- Nasjonalt MS register og biobank
- Nasjonalt register for leddproteser
- Nasjonalt register for hoftebrudd
- Nasjonalt korsbåndregister

Dei første nasjonale registra i Helse Vest kom i 2011 på nasjonale teknisk plattform «MRS» (Medisinsk Registrerings System). Hemit (Helse Midt) og Helse Vest IKT samarbeider om løysinga. FOU-avdelinga v/ Fagsenter for medisinske register tilrettelegg for at data blir brukt i tråd med formålet både for nye og eksisterande register.

SAMARBEIDSTILTAK MED KOMMUNENE

haukeland

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

SAMARBEIDTILTAK MED KOMMUNENE

- Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser
  - Innført av myndighetene 01.01.2012,
  - De «letteste» pasientene skal få behandling i kommunene
  - Tilbudet skal være «i stedet for innleggelse i sykehus»
  - Pengene overført fra Helseforetakene til kommunene, 1,6 mill kr pr seng
  - Alle kommuner skal kunne gi tilbud om behandling i ØH seng innen 01.01.2016
  - Helse Bergen vil da totalt ha 56 ØH senger i opptaksområdet

ØH SENGER

I Helse Bergens område er det pr dato opprettet 17 ØH senger:

- Fjell/Sund 4 senger
- Øygarden 1 seng
- Askøy 3 senger
- Os 2 senger
- Fusa 1 seng
- Nordhordland 6 senger

Beleggsprosenten varierer fra 30% - 65 % (de fleste under 50%)

Liggetiden er under 3 døgn

SAMARBEIDSTILTAK MELLOM HELSE BERGEN OG KOMMUNENE I VEST

- Prosjektet Betre saman – med kommunene Fjell, Sund, Øygarden og Askøy
  - Intermediær eining
  - Lindrende enhet
  - Friskliv og mestringssenter
- Prosjektet «Trygge kvinner i ei moderne barselomsorg» – Fjell, Sund, Øygarden
- Prosjektet «Jordmorheim» – Askøy og Os

BETRE SAMAN – KOMMUNENE I VEST

Intermediær enhet

6 senger for restbehandling fra sykehuset, liggetid opp til 7 dager, hospiteringsordninger, spleiselag mellom sykehus og kommuner (50/50)

Lindrende enhet

4 senger for palliative pasienter, halvparten kommer fra sykehuset, halvparten innlegges fra kommunene, liggetid opp til 14 dager, hospiteringsordninger, spleiselag

Friskliv og mestringssenter

Mestringskurs og trening på resept fra lege, kursene holdes i Sotra Arena, helseforetaket bidrar med 20% stilling og kompetanse

BARSELPROSJEKTER

Trygge kvinner i ei moderne barselomsorg (Fjell, Sund, Øygard)

- Friske fødekvinner drar fra sykehuset 6-24 timer etter fødsel (frivillig)
- Kvinnene får to hjemmebesøk av kommunal jordmor de første dagene
- Undersøkelser, tester og veiledning blir gjennomført i hjemmet, kvinnene må ikke tilbake til sykehuspoliklinikk

Jordmorhjem (Askøy og Os)

- Fødekvinner får oppfølging fra kommunal jordmortjeneste like etter utskriving fra sykehus
- Hjemmebesøk eller kommunal barselpoliklinikk

Målsetting for begge prosjektene: Kvinnene opplever trygghet og kontinuitet ved svangerskap, fødsel og barseltid

DIALYSESATELITTER

Helse Bergen har dialysesatelitter i Fjell, Kvam og Nordhordlands-kommunene, disse driftes av Helse Bergen

Fjell kommune:

5 dialyseplasser, behandler 10 pasienter. Det planlegges avdeling med 10 dialyseplasser i det nye lokalmedisinske senteret

Nordhordland v interkommunal legevakt har 2 dialyseplasser

Kvam kommune har 2 dialyseplasser (geografi avgjørende)

BYGGING AV HELSEHUS

Lokalmedisinsk senter i Fjell

- Samarbeid mellom kommunene Fjell, Sund og Øygarden samt Helse Bergen. Ca 9000 m2, ferdig i 2018.
- Helse Bergen vil her drifte dialysesatelitt (10 plasser) og høresentral, og delta i intermediære enheter.

Øyane DPS

- Helse Bergen leier lokaler i bygg oppført av Fjell kommune.

Helsehus Nordhordland

- Samarbeid mellom 9 kommuner og Helse Bergen. Ca 6000 m2. Helse Bergen vil her samlokalisere tjenester innen psykiatrisk helsevern og rusmedisin; døgnplasser, poliklinikk og ambulant team. I tillegg vil HB drive dialysesatelitt (5 plasser), høresentral, og hudpoliklinikk.

Ny Lokal allemennmedisinsk legevakt i Bergen Kommune

ERFARINGER SÅ LANGT

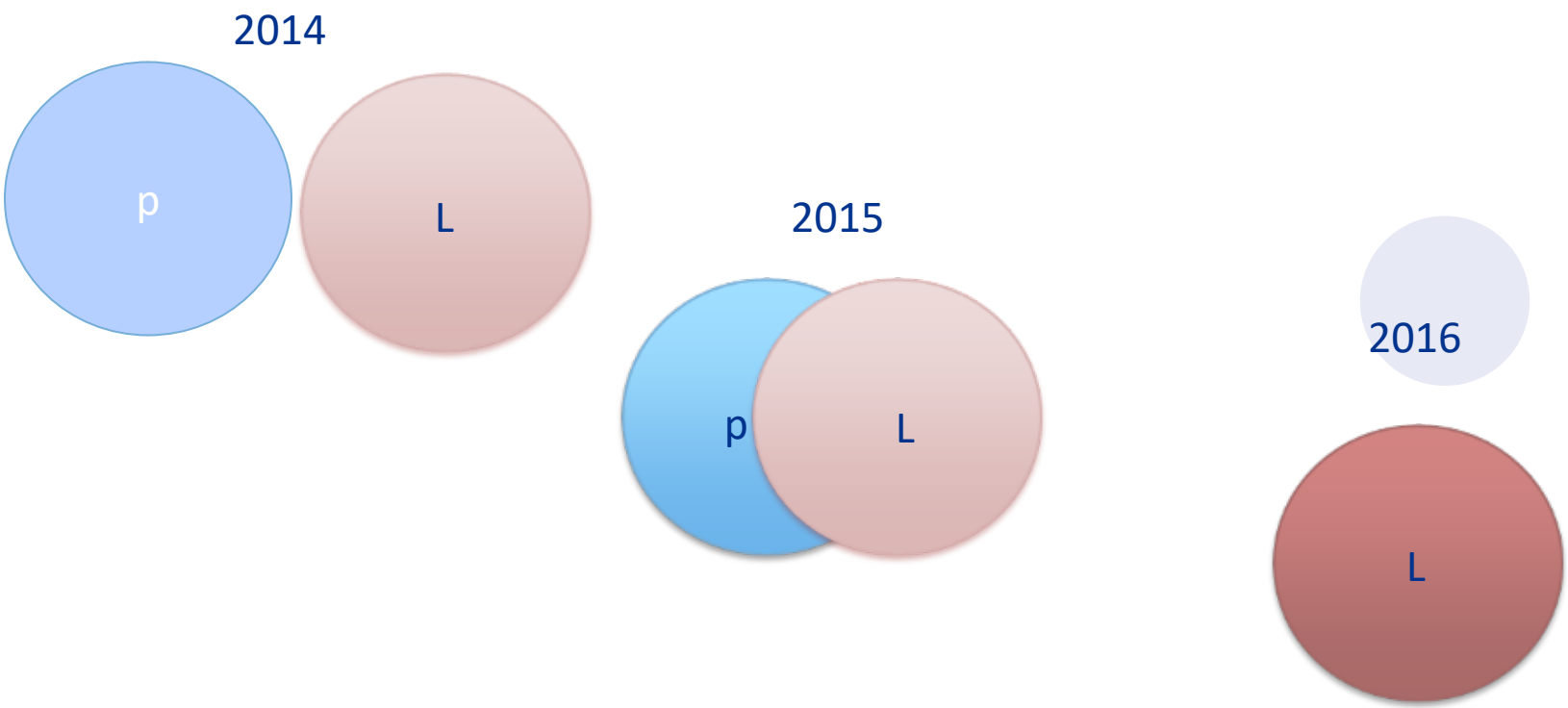
- Samhandler godt – komt betydelig nærmere hverandre
- Omforent verdensbilde?
- Økonomiske insentiver – noe effekt
- Forebygging – helsefremmende(treffsikkerhet?)
- Spennende prosjekter
- Forskning og evaluering

MOTTAKSKLINIKKEN HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

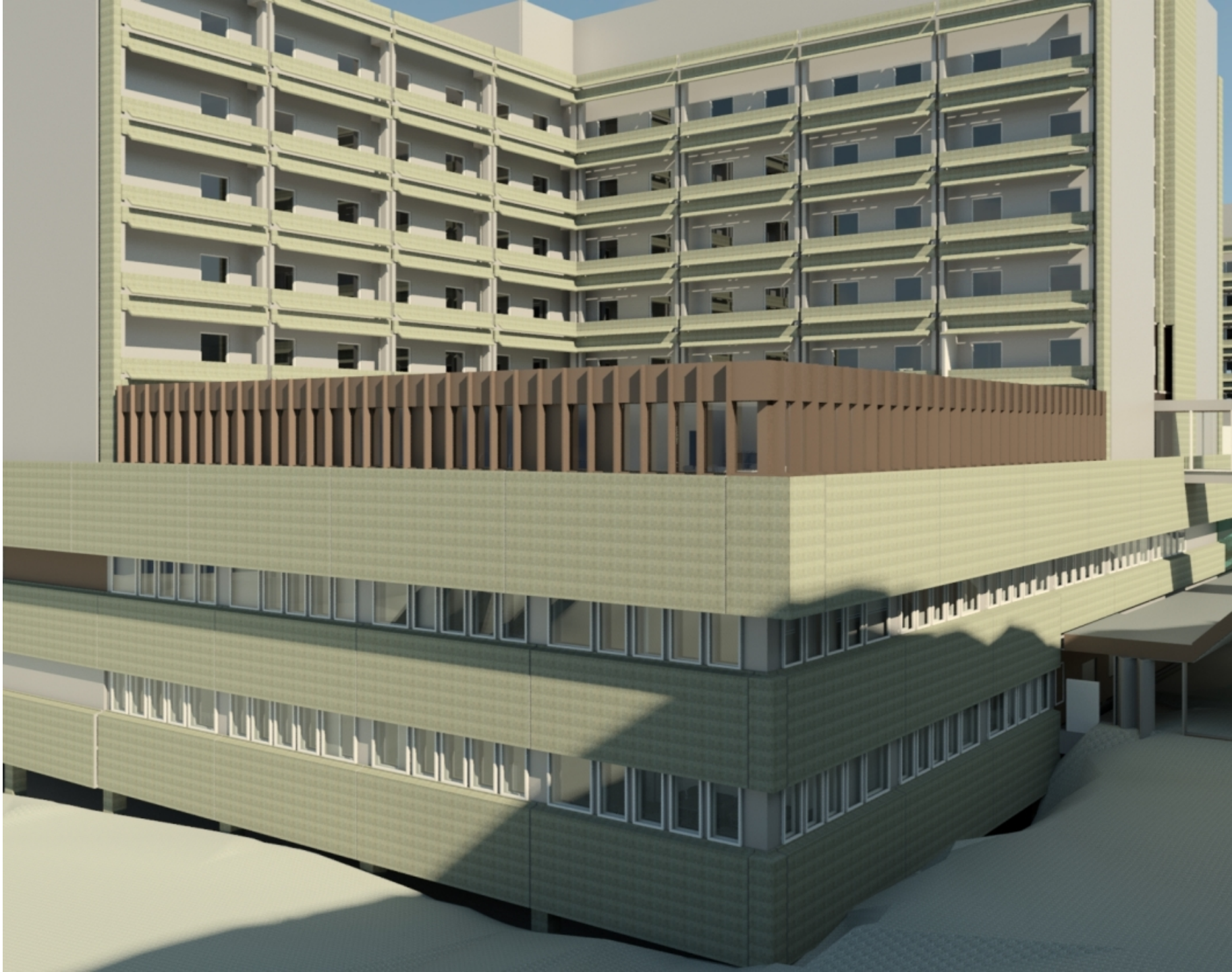
KLINIKKDIREKTØR ANNE TAULE

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

MOTTAKSKLINIKKEN: PROSJEKT OG LINJE



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus



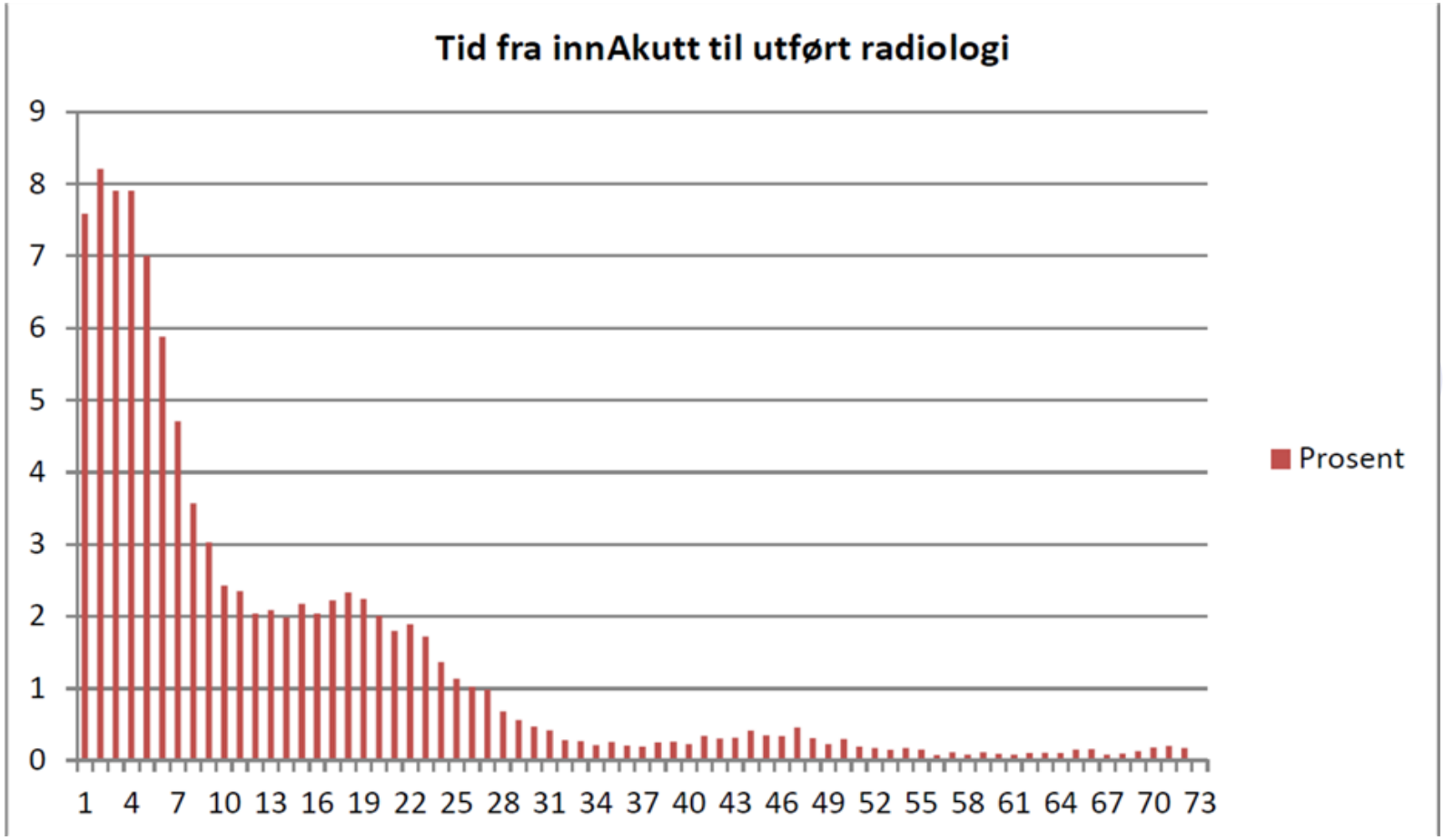
UTFORDRINGSBILDET

- Dimensjon
- Demografi (befolkningsvekst 21,4 % 2011-2025)
- Epidemiologi
- Teknologi
- Medisinsk utvikling
- Evt endring i funksjonsfordeling med DSH
- Forventer ca 45000 pas i 2025

MOTTAK I DAG

- 34500 pasienter i 2014, ca 6000 utskrevet til hjemmet
- Øh-pasienter innlegges i akuttmottak (ikke gyn/barn/psyk/øye)
- Pasienten er «predefinert» som medisinsk eller kirurgisk
- Presset kapasitet i Sentralblokken (Mangel på enerom og isolat) 2000 unødvendige overflytninger i 2012
- Korridorpasienter
- Ventetid til bildediagnostikk

BILDEDIAGNOSTIKK



MÅL FOR MOTTAKSKLINIKKEN

- Rask og presis diagnostikk som uten forsinkelse fører pasienten til rett behandling på rett sted, - rett tidig.
- Gi god tverrfaglig utredning
- Optimal logistikk skal gi maksimal sekundærforebygging for store folkesykdommer som slag og hjerteinfarkt
- Få det beste ut av det høyspesialiserte sykehuset

MÅL FORTS.

- Forbedret kostnadseffektivitet gjennom bedre håndtering av ØH-pasientene
- Legge til rette for et godt arbeidsmiljø og optimale arbeidsprosesser

- Måloppnåelse krever store organisatoriske og kulturelle endringer – ikke bare en ny nivå 2 enhet: ORGANISASJONSINNOVASJON

STIKKORD FOR MOTTAKSKLINIKKEN FRA 2016

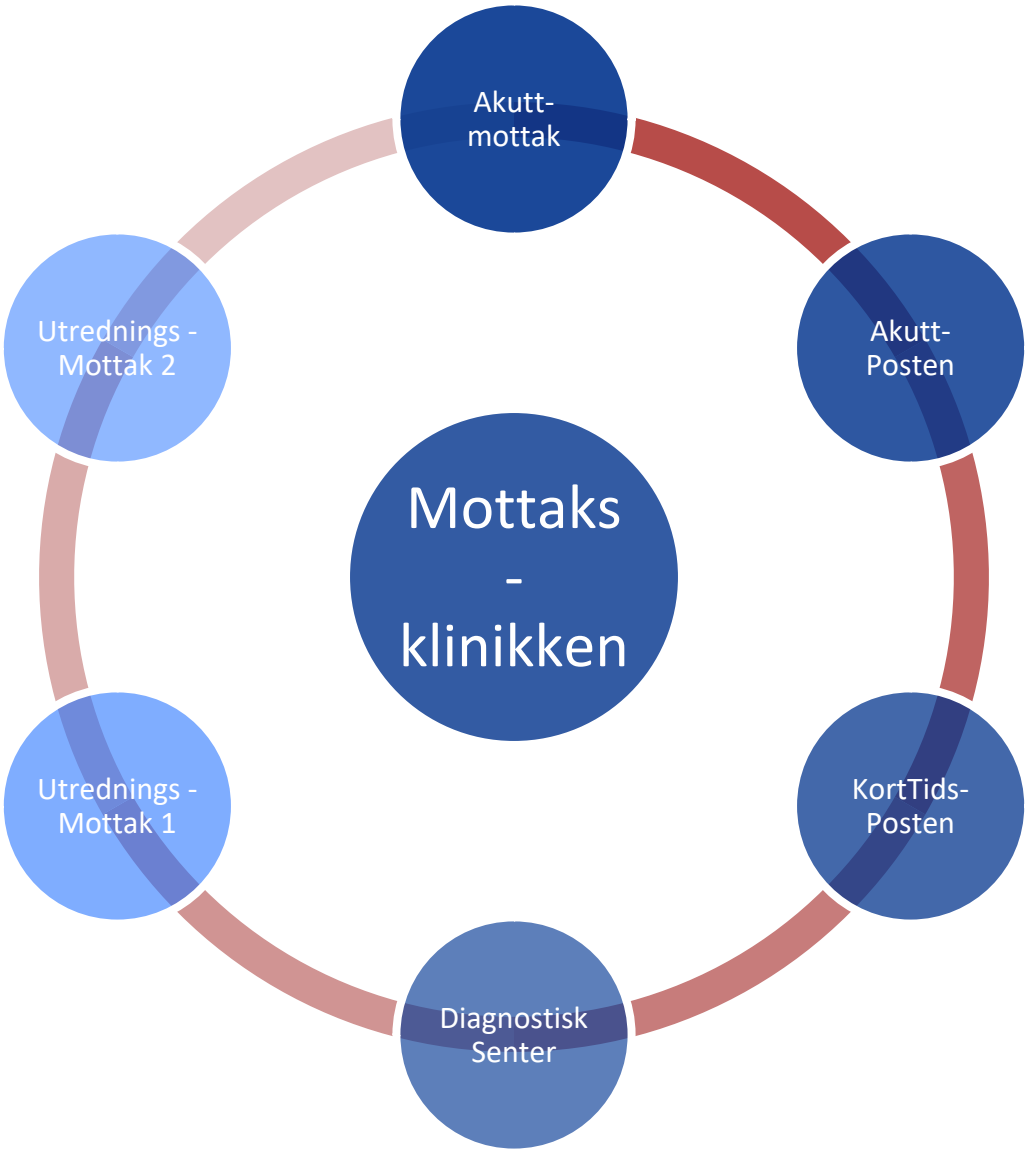
- Team
- Framskutt kompetanse
- Breddekompetanse
- Tverrfaglig kompetanse
- Definerte pasientforløp
- Logistikkverktøy (KULE)
- Lab og rtg

PROSJEKTET MOTTAKSKLINIKKEN

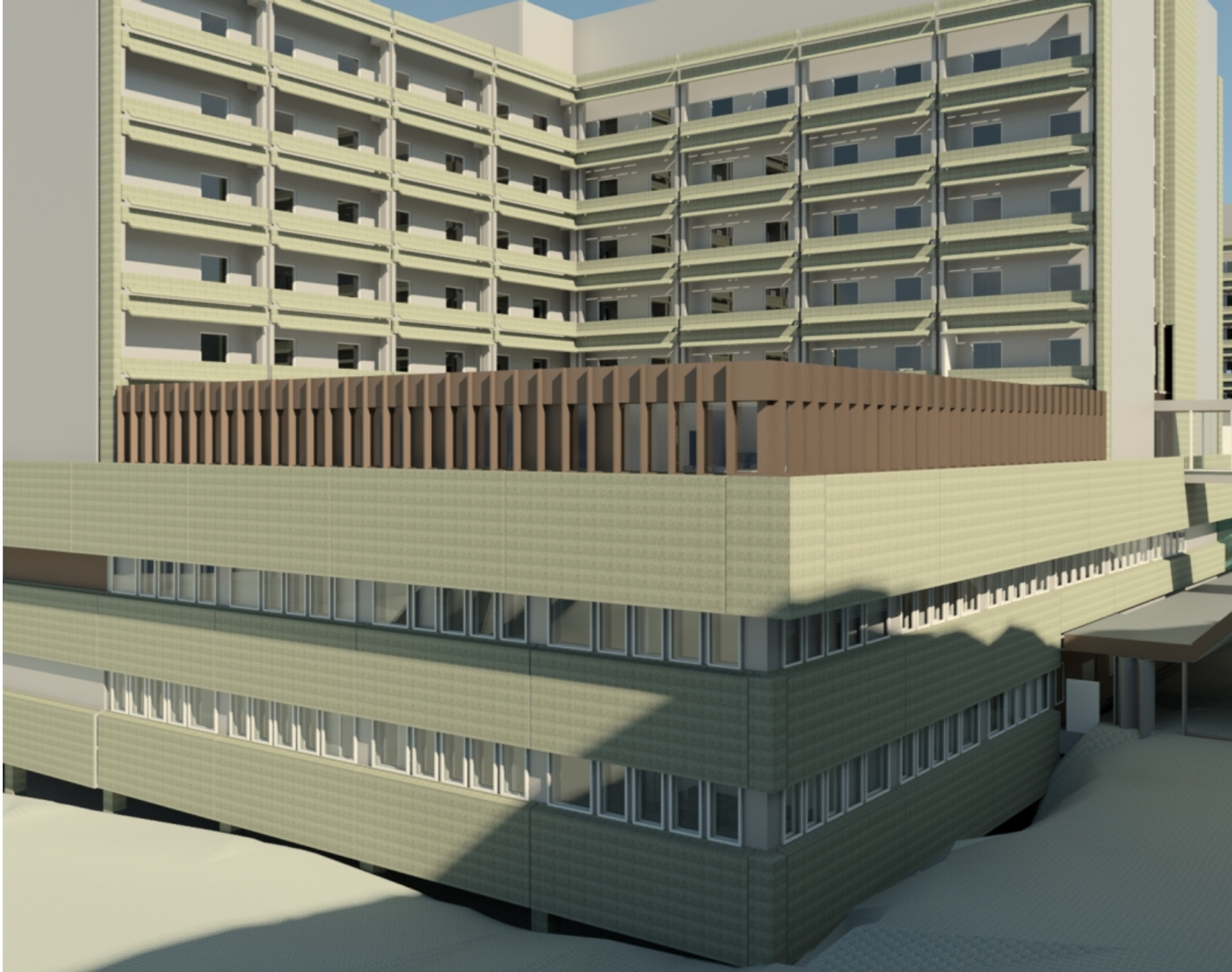
- Økonomi og ressurser
- Bygg
- IKT
- Monitorering
- Pasientforløp
- Bildediagnostikk

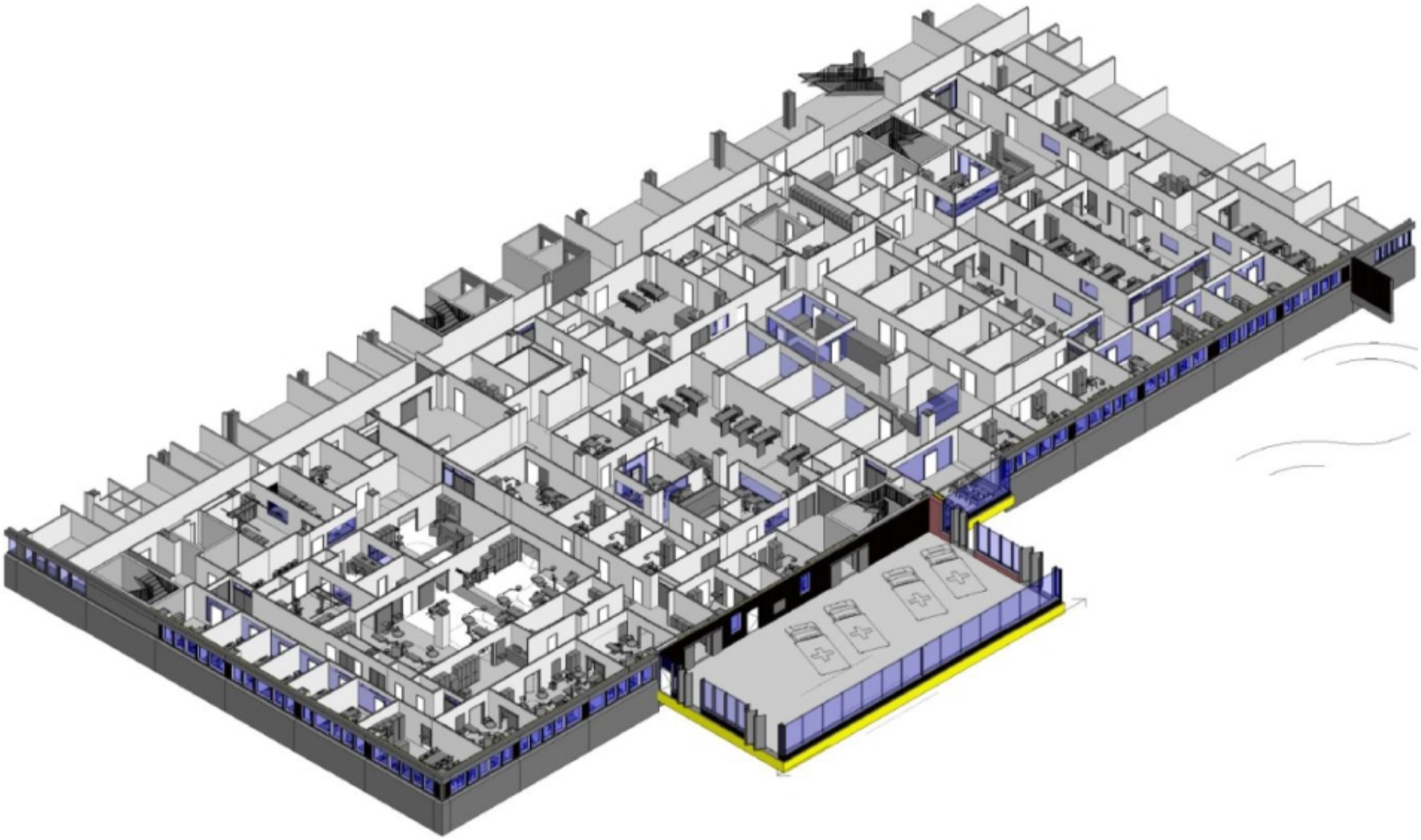
- Kjernegruppe
- Styringsgruppe

MOTTAKSKLINIKKEN



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus



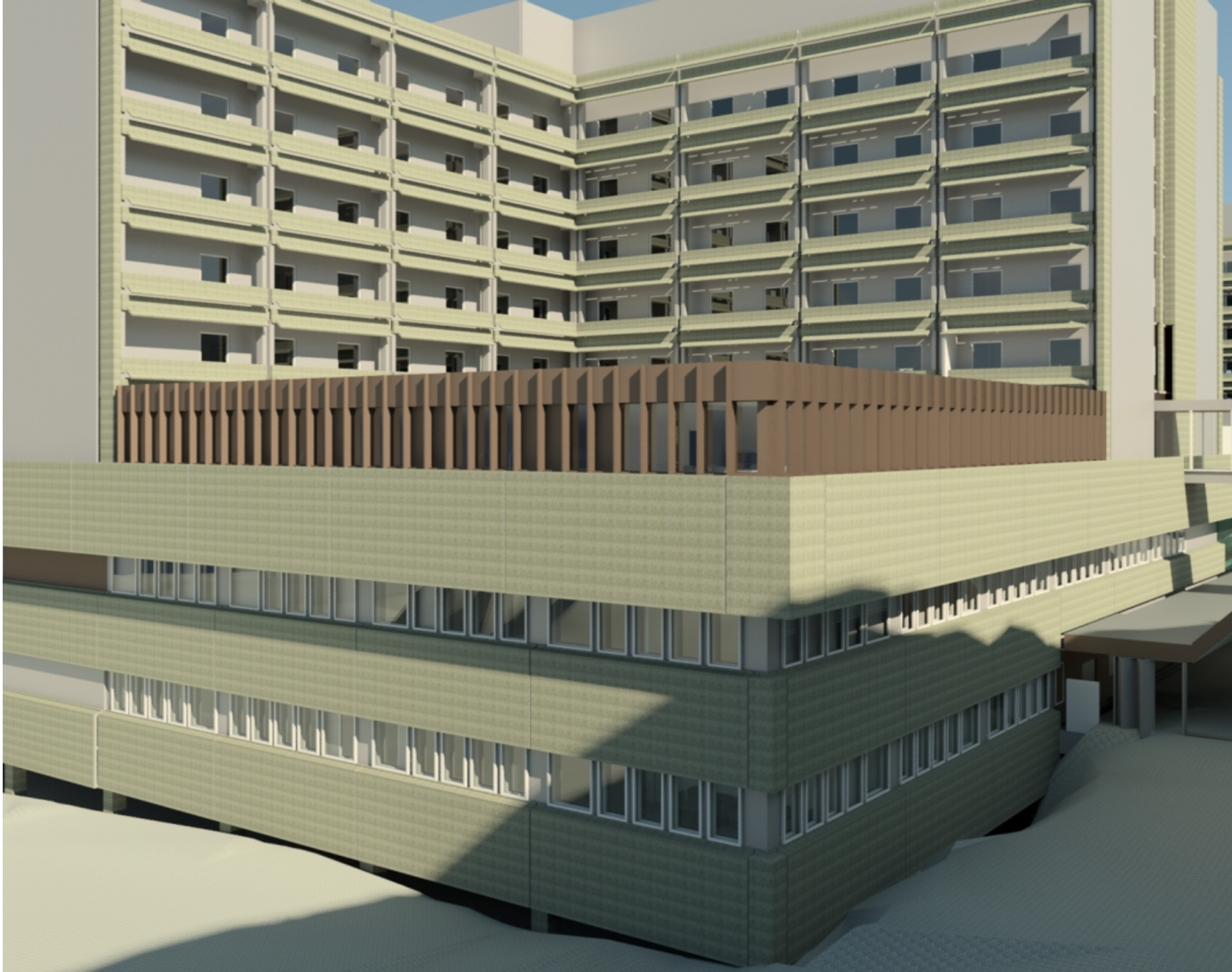


HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

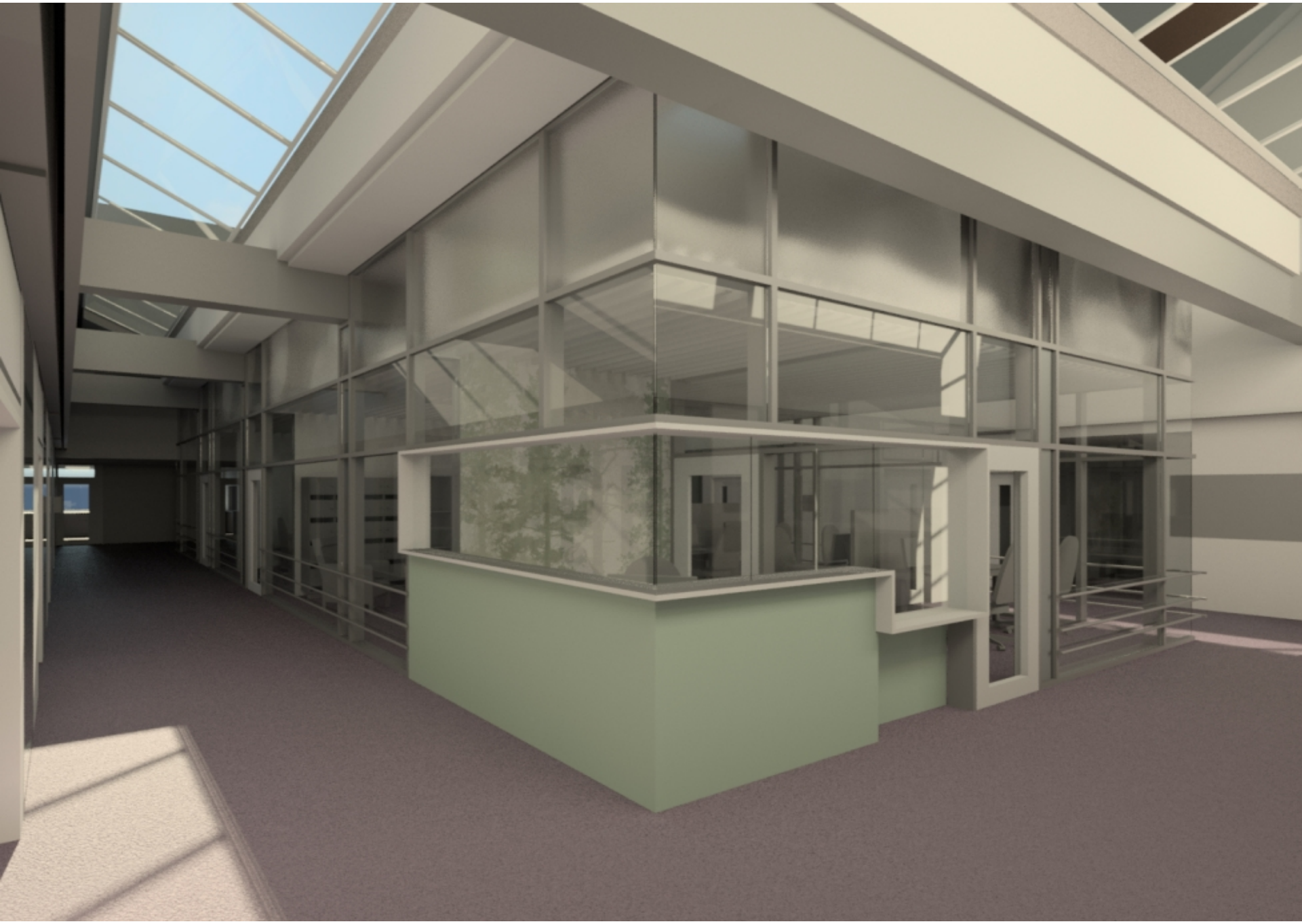
DIAGNOSTISK SENTER

- Åpent 08-16, 5/7
- Direkte telefon til lege og koordinator
- Oppstart utredning innen 48 timer
- Diagnostisk avklaring innen 20 dager

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus



UTREDNINGSMOTTAK I & II



AKUTTPOSTEN

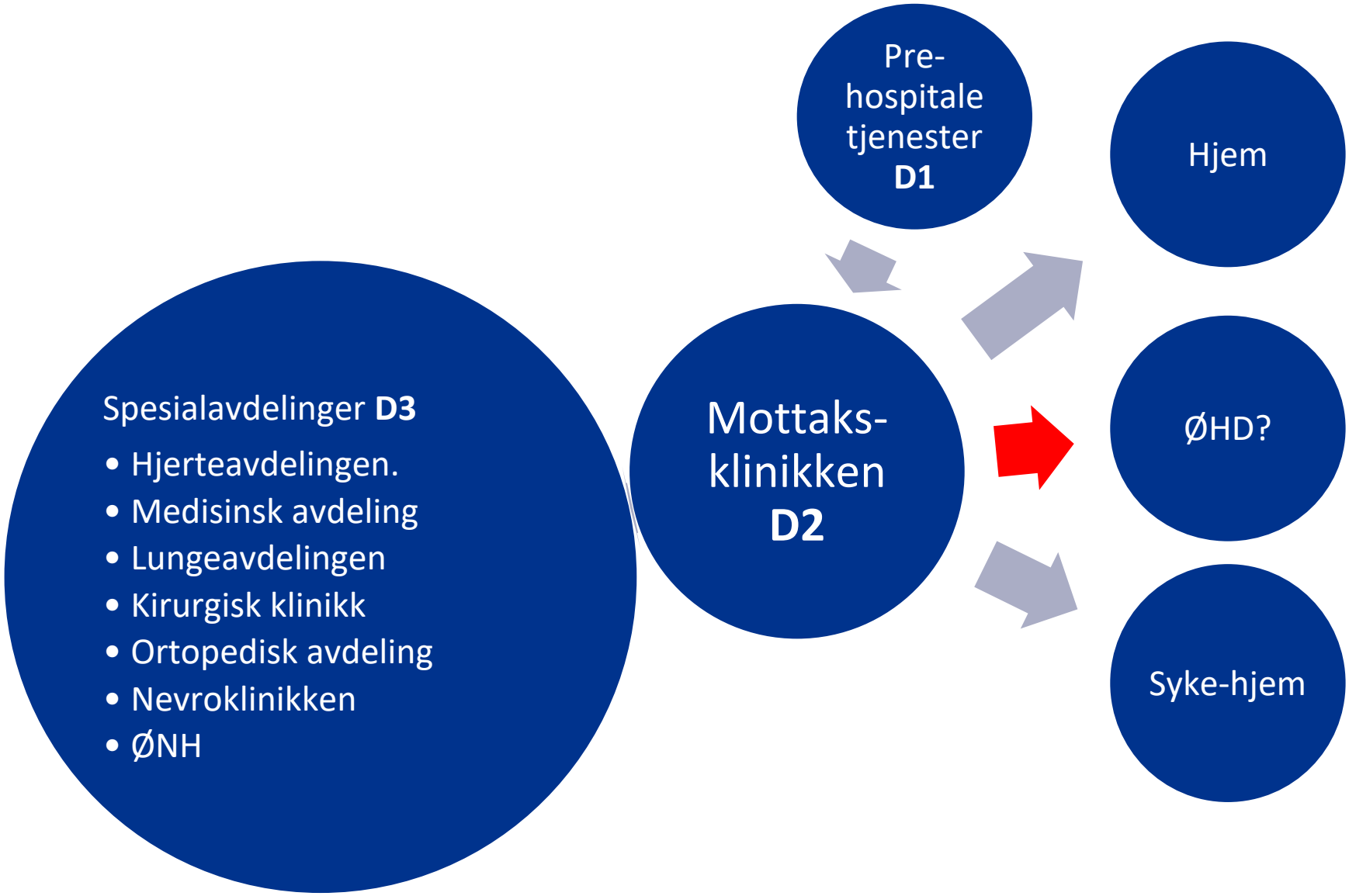
- 10 senger
- Akutt rus og somatikk
- Kortsiktig og langsiktig mål
- Pårørendemøter
- Nye lokaler november 2015

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

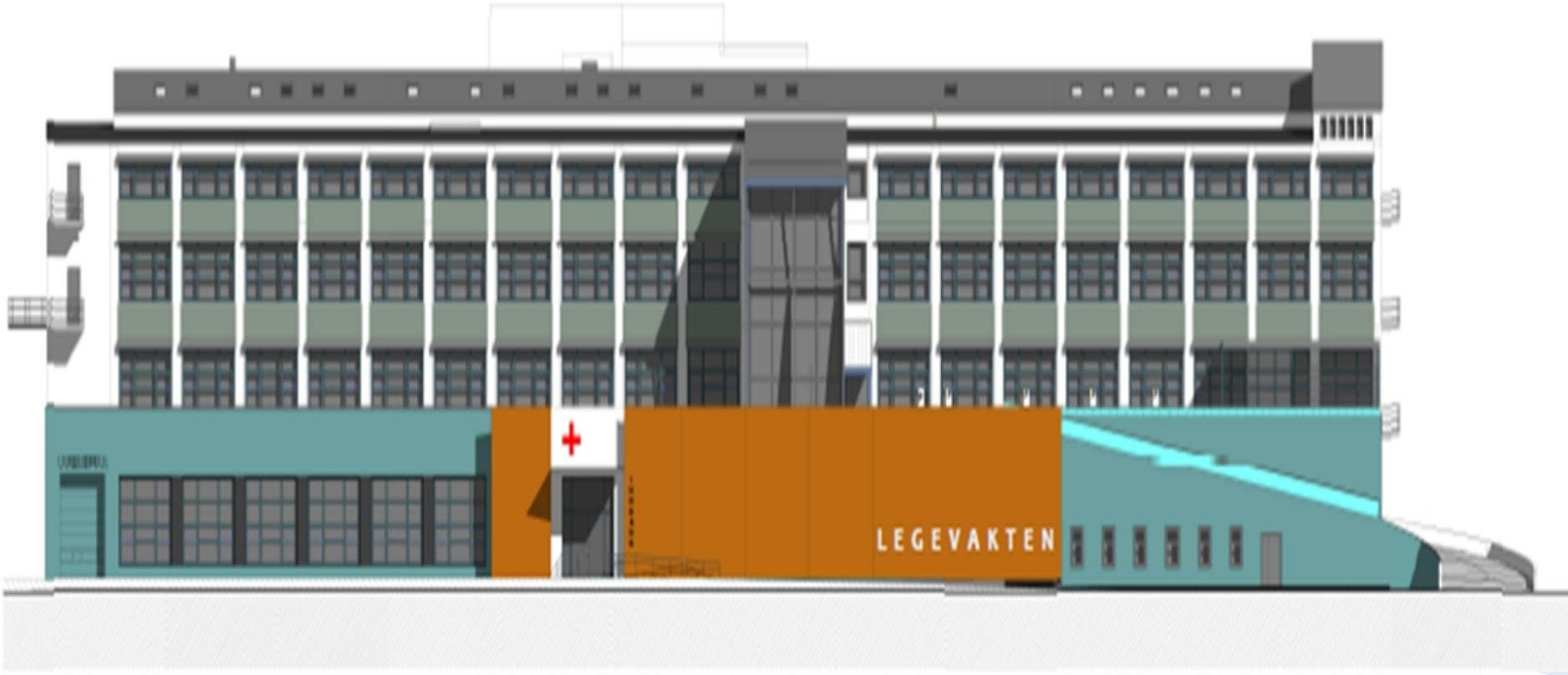
FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES

- Forståelse: Hvorfor- hva er vitsen?
- Forankring i alle ledd
- Forpliktelse: Opplevd og etterlevd av alle det angår
- Planlegging, organisering og gjennomføring
- Delte visjoner og mål

Fra åpningen av Korttidsposten 21.08.2014


Pre-hospitale tjenester **D1**
Hjem
Spesialavdelinger **D3**
• Hjerteavdelingen.
• Medisinsk avdeling
• Lungeavdelingen
• Kirurgisk klinikk
• Ortopedisk avdeling
• Nevroklinikken
• ØNH
Mottaks-klinikken **D2**
ØHD?
Syke-hjem

BERGEN HELSEHUS



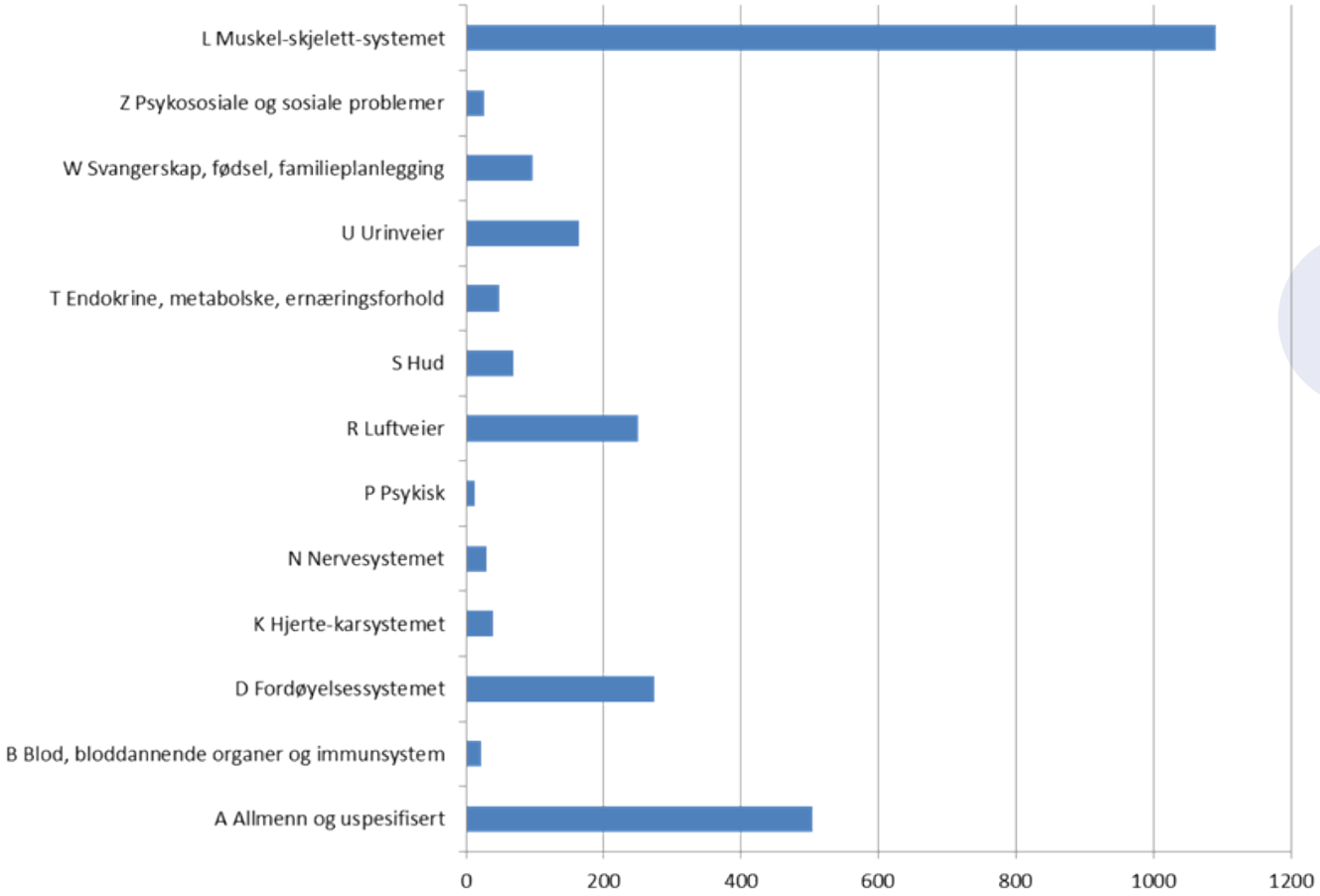
HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

ØHD≠ØHD

Bergen Helsehus :

- ØHD – 34 senger
- Storbylegevakt
- Akuttposten
- Bildediagnostikk , rtg ++?
- Lab

INNLEGGELSESDIAGNOSER ICPC2 - 2014



HVA BLIR VIKTIGE SAMARBEIDSPUNKTER

- Pasientkategori/ problemstilling
- Faglige prosedyrer
- Pasientløp
- IKT
- Erfaringsutveksling
- Effektmonitorering
- Felles språk og vurderingsverktøy

TRIAGVERKTØY SATS

- Et felles standard kriteriesett for:
- Observasjon
- Vurdering
- Prioritering
- Pasientdiferensiering???
- Et felles språk og lik kommunikasjon rundt hastegradsvurderinger på tvers av faggrupper og nivå i den akuttmedisinske kjede.
- Kobling mot standardiserte pasientforløp

- Standardiserer for å gjøre risikoen for feil mindre
- Lik vurdering og prioritering av alle pasienter – økt kvalitet
- Effektiv ressursutnyttelse
- Bedre kommunikasjon og samhandling
- En helhetlig akuttmedisinsk kjede

KLINISK PRIORITETSLISTE

RØD PRIORITET	ORANGE PRIORITET	GUL PRIORITET
	☐ Allergisk reaksjon, akutt ⑩	
☐ Bevisstløs pasient ①	☐ Bevissthet, nedsatt ⑪	
☐ Blødning, ukontrollert, stor		☐ Blødning, større, kontrollert
☐ Brystsmerter ST-elevasjonsinfarkt (STEMI)	☐ Brystsmerter: pågående eller EKG-forandring,	☐ Brystsmerter siste 24/t, smertefri nå ⑫
☐ Brannskade: ansikt/inhalasjon eller høyvolt, sirkulær skade el over 18% voksne / 9% barn	eller mistanke om akutt koronarsykdom ⑫	☐ Brannskade, mindre
☐ Brudd med mistenkt karskade ②	☐ Brudd; åpne el med feilstilling / lukserte ledd ②	☐ Brudd; ankel < 8 timer, lårhals påvist/mistenkt ②
☐ Hjertestans	☐ Hodepine; hyperakutt, intens ⑬	
☐ Hjerneslag/TIA, symptom under 4 timer ③	☐ Hjerneslag/TIA, symptomer 4 - 8 timer ③	☐ Hjerneslag/TIA, symptomer 8 - 24 timer ③
☐ Hodeskade; alvorlig ④ GCS under 9	☐ Hodeskade, moderat ④ GCS 9-13 el. hodeskade hos risikopasient (bruker blodfortynnende/op. hodet/VP-shunt)	☐ Hodeskade, lett ④ GCS 14-15
☐ Hypoglykemi, glukose under 3 mmol/L	☐Hyperglykemi;glukose >11 og resp.frekv. >20/min ⑭	☐ Diabetes, glukose over 17, ikke ketonuri ⑭
☐ Infeksjon; mistenkt alvorlig, og systolisk BT under 90 eller SpO_2 under 90% m/ O_2 ⑤	☐ Infeksjon; mistenkt alvorlig (2-4 SIRS)⑤	☐ CRP over 200 eller Hb under 7
	☐ Intoksikasjon/forgiftning ①	
☐ Kalium over 6 og EKG-forandringer ⑥	☐ Kaster opp friskt blod	☐Oppkast, vedvarende
☐ Kramper, pågående	☐ Smerter - akutte, sterke ⑮	☐ Smerter - moderate ⑮
☐ Luftvei; truet el intubert pasient	☐ Tungpust, akutt ⑯	☐ Innleggelse, mistanke om lungeemboli ⑯
☐ Magesmerte, akutt,sterk og konstant ⑦	☐ Øyeskade; penetrerende el etseskade ⑰	
☐ Scrotum, akutte/sterke smerter ⑧		
☐Traume; multi/høyenergi ⑨		

SATS NORGE

- Akuttmottak, Haukeland Universitetssjukehus
- Akuttmottak, Voss sjukehus
- Akuttmottak, Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Ambulansetjenesten i Helse Bergen

- Våren 2015 ønsker akuttmottak ved Stavanger Universitetssjukehus å innføre SATS Norge som vurderings- og prioriteringsverktøy.
- Askøy og OS legevakt
- ØHD?

SATS NORGE FOR BARN

- Innføres på Barneklinikken våren 2015
- Innføres også i Akuttmottak, HUS og ambulansetjenesten i Helse Bergen

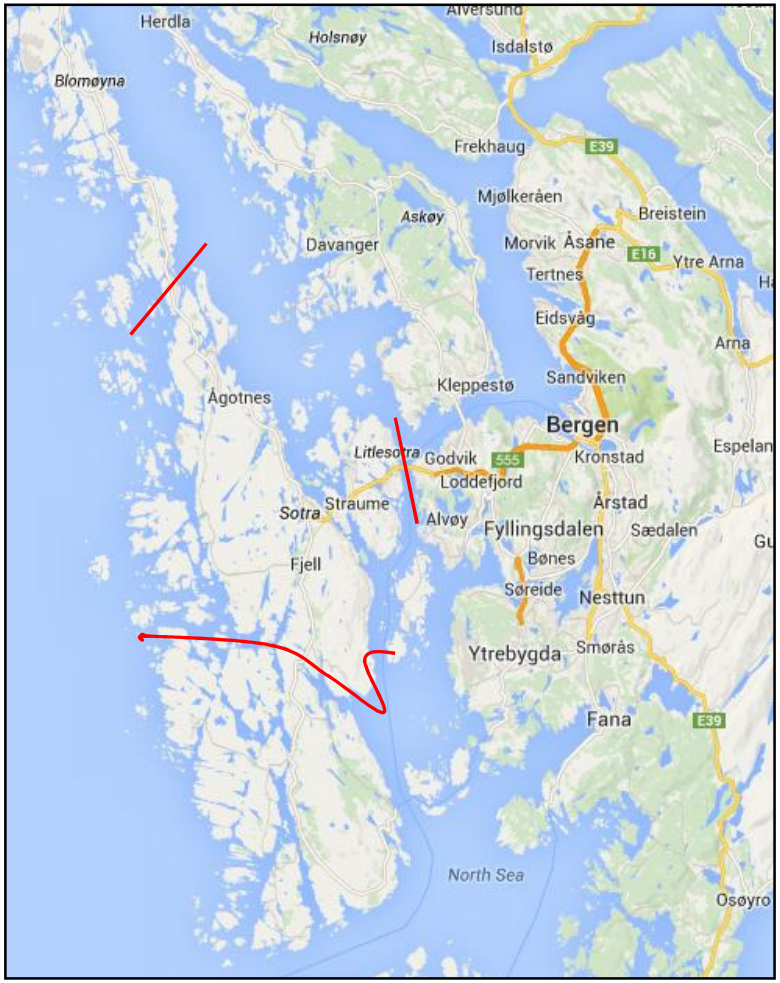
- Det foregår derfor en revisjon av hele SATS Norge, basert både på evalueringsrapporten, samt innføringen av pediatrisk versjon.

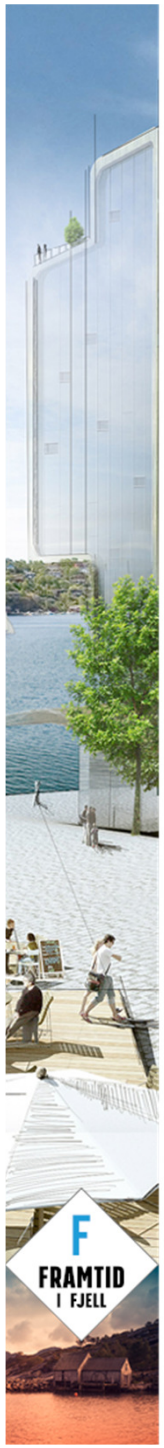
FJELL KOMMUNE

FRAMTID I FJELL

Besøk frå Sundhetsstrategisk Forum, Sør Jylland 22.04.2015

FJELL KOMMUNE





FJELL KOMMUNE

Fjell kommune

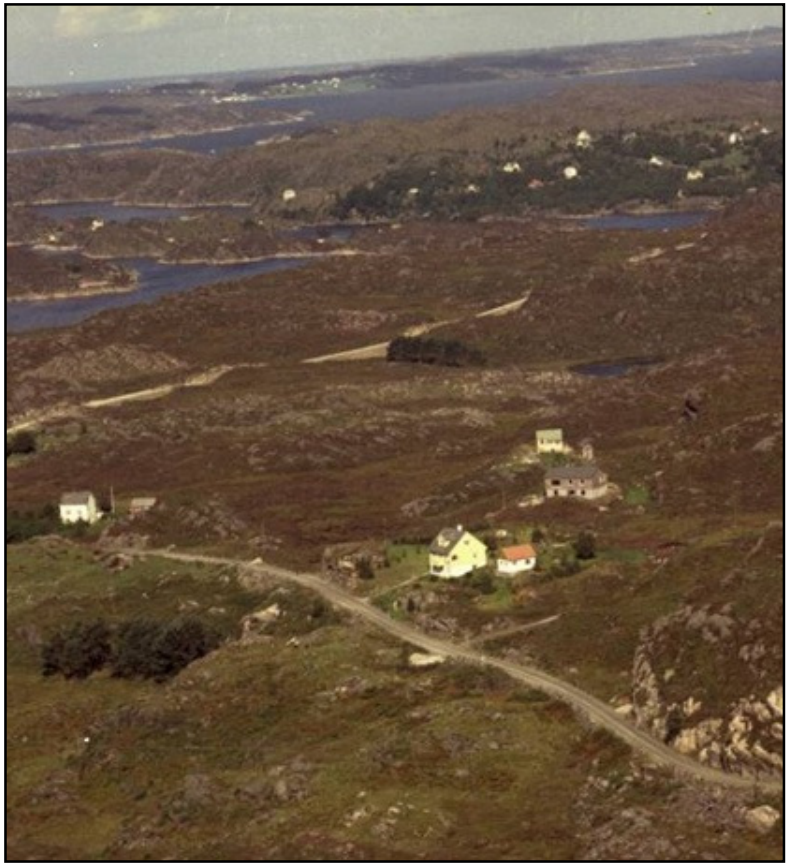
- Totalt areal 147 km²

- Over 500 øyar

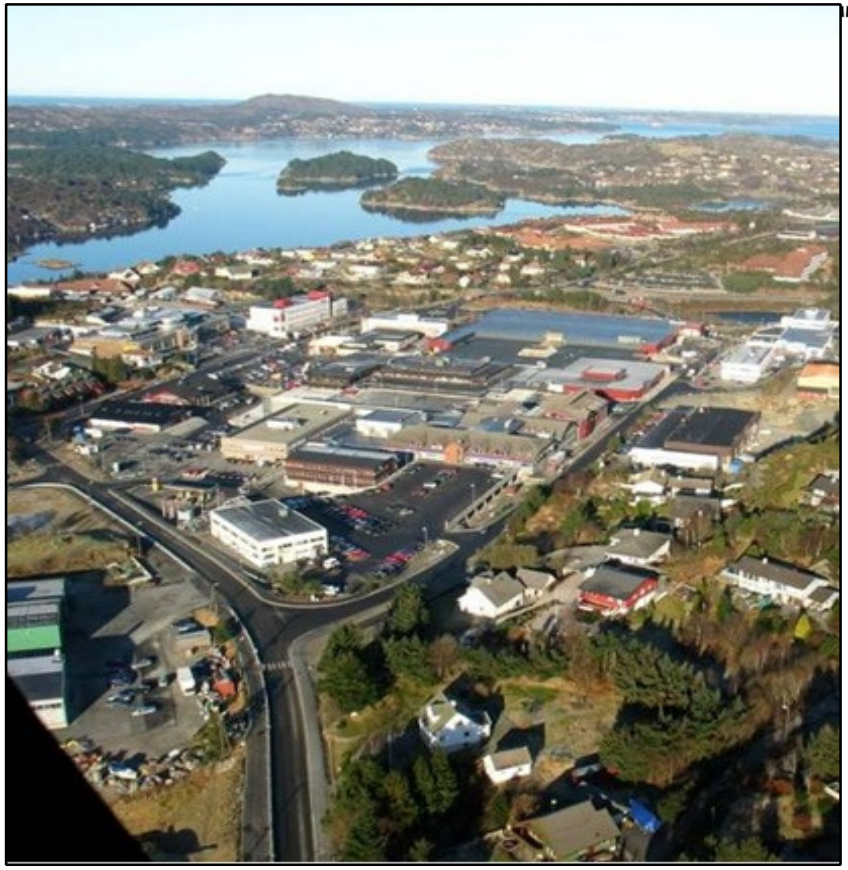
- Straume: stor regional senterutvikling (bymessig område)

- 24 500 innbyggjarar

- Om lag 30 prosent av innbyggjarane er under 20 år

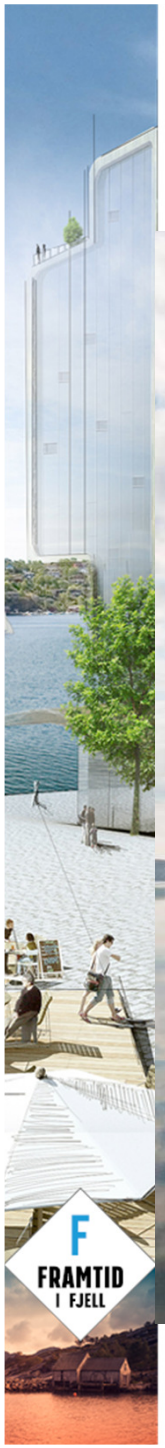


Straume 1961



Straume i dag

FJELL KOMMUNE



FJELL KOMMUNE

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Øyriket i vest

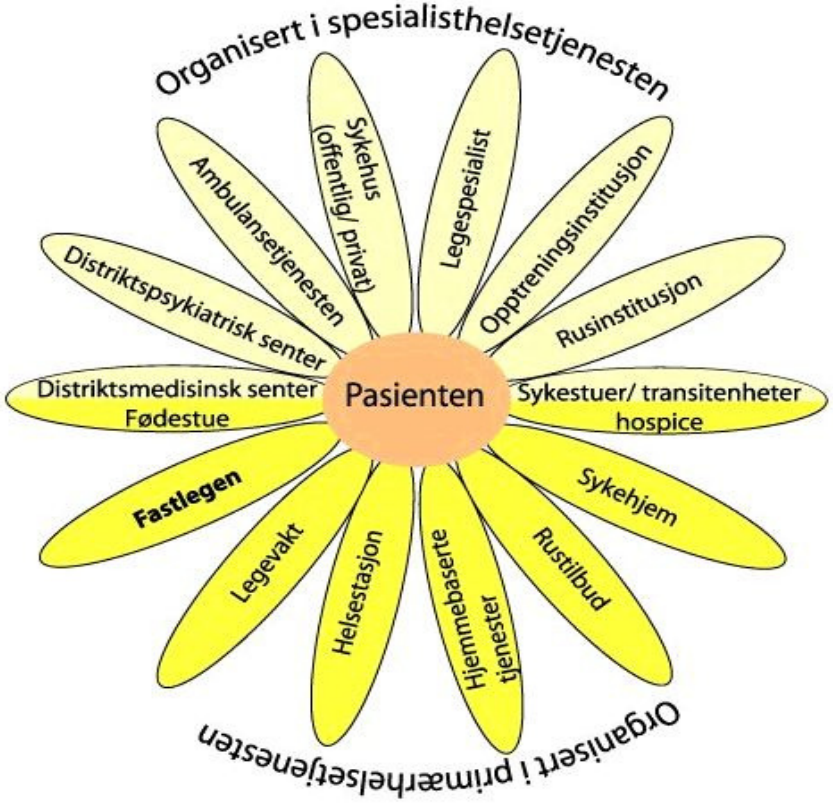
Samhandling mellom kommunar og sjukehus

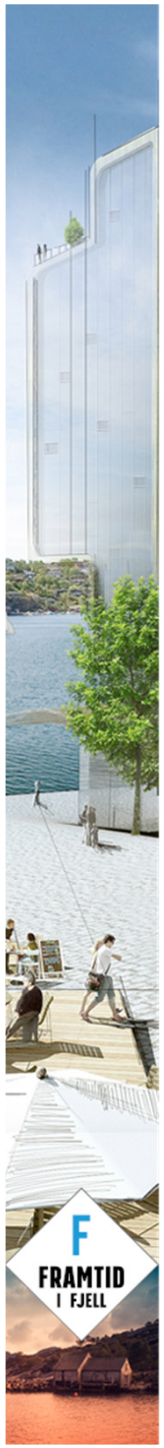
FJELL KOMMUNE

Organisering av norsk helsevesen

Statleg ansvar

Kommuneansvar

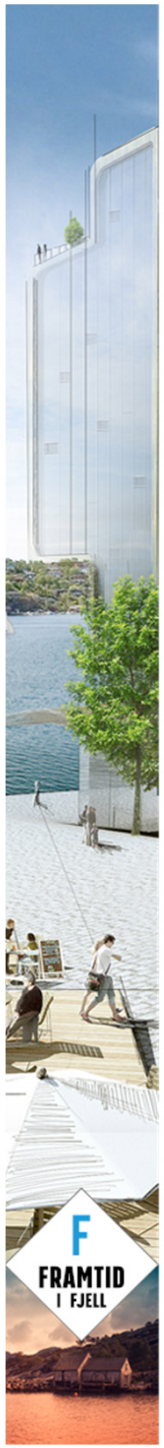




FJELL KOMMUNE

Kva kan vi oppnå med samhandling?

- Brukaren sin opplevde kvalitét
- Mindre bruk av korttidsplassar
- Meir helse for kvar krone
- Redusert bruk av sjukehus
- Kompetanseutvikling



FJELL KOMMUNE

Samhandlingskvalitetar

- Politisk forankring.

- Ein grunnleggjande positiv tone med mykje framsnakking.

- Etablera dialogarena og kommunisera godt.

- Vilje og kompetanse til å oppnå resultat.

- Konstruktive faglege drøftingar bygd på at vi er i ein båt og den er eigd av pasienten.

- Finna pragmatiske og pasientorienterte løysingar.

FJELL KOMMUNE

Kva seier pasientane?

”Er som heime”

”Får fagleg hjelp”

”Her er ro og ikkje mas”

”Maten er god”

”Parkering like ved”

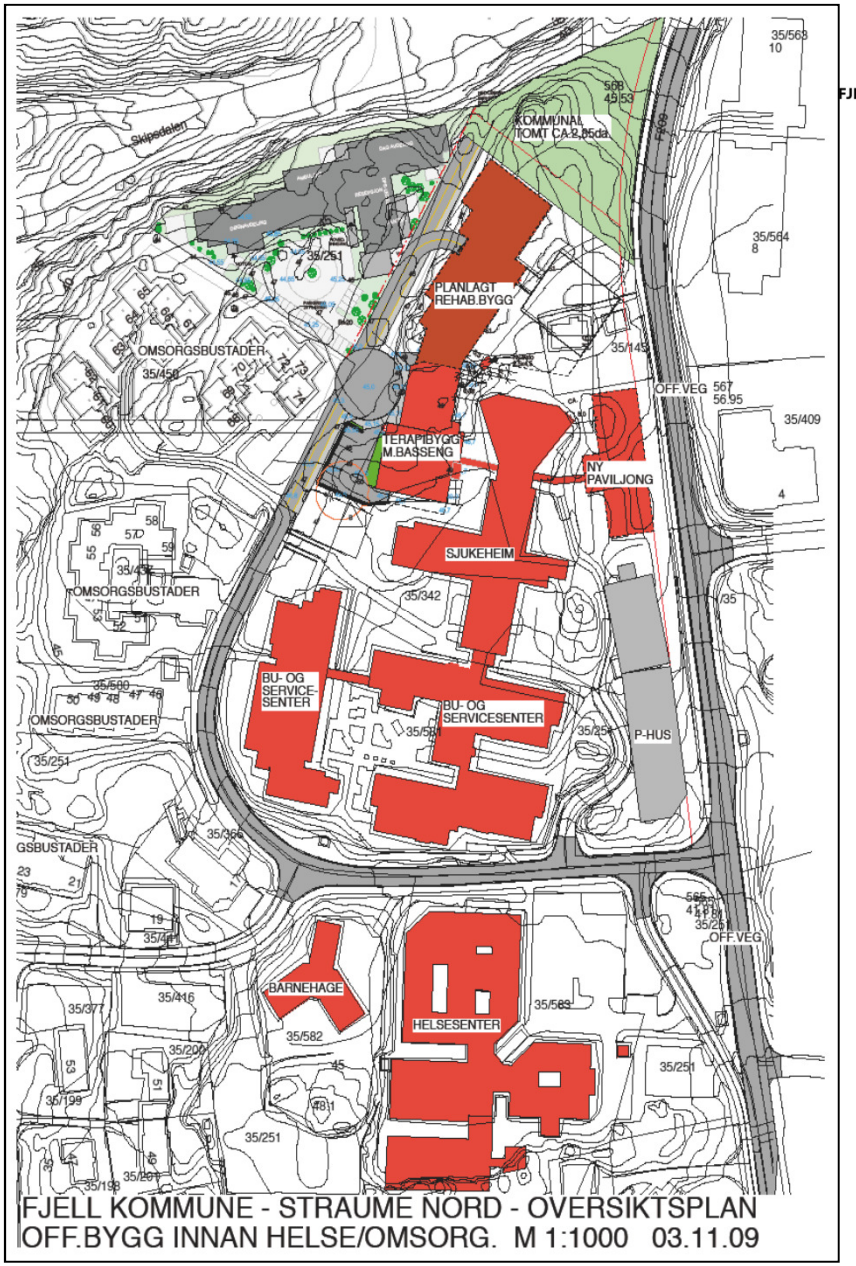
FJELL KOMMUNE

Helseområdet på Straume 2015

Regionsenteret Straume har vore og er i rivande utvikling.
Helseområdet er eit døme på denne utviklinga.

Samlokalisering av helse- og omsorgstenester

- Kommunalt helsesenter m/ legevakt
- Bu- og servicesenter m/ dagtilbod
- Sjukeheim m/ aldersdementavdeling
- Omsorgsbustader
- Terapisenter
- Dialysesatellitt
- Ambulansesatasjon
- Private legespesialistar
- Øyane distriktspsykiatriske senter
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- Intermediær avdeling
- Strakshjelp (ØH-senger)
- Lokalmedisinsk senter (under planlegging)



Straume terapisenter

- Topp moderne anlegg for opptrening og rehabilitering:
  - Terapibasseng (33,9 grader)
  - Fysio- og ergoterapi
  - Treningsrom
  - Kommunalt hjelpemiddellager
  - Kontor og behandlingsrom

Øyane DPS

- Regionalt distriktspsykiatrisk senter (sjukehustilbod) for vaksne over 18 år
- Psykiatrisk team Fjell kommune
- Fjell kommune: Byggherre og eigar
  Helse Bergen: Leigetakar og tenesteytar

Intermediær avdeling

FJELL KOMMUNE

Intermediær avdeling – for Helse Bergen og kommunane, Fjell, Sund og Øygarden

Øyeblikkeleg hjelp (ØH-senger)
- Sund og Fjell (4)

Innhald i lokalmedisinsk senter

FJELL KOMMUNE

Interkommunale tiltak

- Legevakt Fjell / Sund
- Intermediær eining 10 plassar
- ØH- 4 plassar
- Døgnrehabilitering 10 plassar
- Dagrehabilitering 10 plassar
- Lokalt frisklivs - og meistringssenter

Tiltak for spesialisthelsetenesta

- Dialysesatellitt 10 plassar
- Høyresentral
- Røntgen?

Kommunale tiltak

- 18 korttidsplassar
- Lokalitetar for forsking og undervisning
- Aksjonssenter for ”Sjef i eige liv”
- Legesenter for seks fastlegar

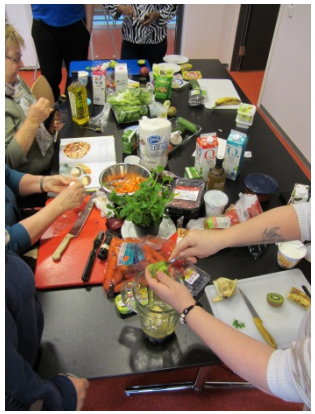
Eit friskare liv

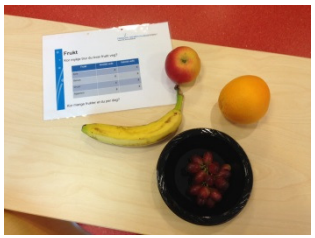
Askøy

Fjell

Sund

Øygarden





FJELL KOMMUNE

F
FRAMTID
I FJELL

Fastlegeordningen

Ingrid K. Rebnord

FJELL KOMMUNE

Fastlegeordningen

- Opprettet i 2001
- Ca. 4 800 fastleger i Norge (2013) 3-4 % er danske!
- 18 fastleger i Fjell
- Hver fastlege kan ha 600 til 2 500 pasienter. Det mest vanlige (og hensiktsmessige) er 1 000 til 1 500.
- To modeller: Fastlønnet fastlege eller selvstendig næringsdrivende
- Fastlønnet fastlege: Kommunen holder alt utstyr, lokaler og hjelpepersonell + lønn

FJELL KOMMUNE

Selvstendig næringsdrivende (mest vanlig):

- Fastlegen har avtale med kommunen, men fastlegen leier lokale, eget utstyr og tilsetter hjelpepersonell.
- Anbefalt 0,7 hjelpepersonell pr. fastlege.
- Fastlegen får praksiskompensasjon for kommunal arbeidsdag + basiskompensasjon pr. pasient per år til drift av kontoret.
- Pasienten betaler egenandel , Helfo (Helseøkonomiforvaltningen) betaler refusjon til legen per konsultasjon etter fastsatte takster.

Tilleggsoppgaver for fastlegen

FJELL KOMMUNE

- Fastlegeordningen er basert på avtale mellom Den norske legeforening og KS (Kommunesektorenes organisasjon)
- I følge avtalen er fastlegen tilpliktet inntil 20 prosent kommunal stilling + delta i organisert legevakt.
- Lønn for disse oppgavene kommer i tillegg til fastlegearbeidet
- Fritak for legevaktsarbeid innvilges etter søknad av helsemessig årsak eller alder over 55 år.
- De kommunale oppgavene omfattar for eks. helsestasjonslegetjeneste, skolehelsetjeneste, sykehjemstjeneste (pleiehjem), samfunnsmedisinske oppgaver (smittevern etc)

Hvordan fordeles pasientene mellom fastlegene?

FJELL KOMMUNE

- Pasienten kan i utgangspunktet fritt velge fastlege uavhengig av geografisk tilhørighet.
- Liste over tilgjengelige fastleger over hele landet finnes på www.helfo.no
- Det er mulig å skifte fastlege to ganger i året

ØH/OBS-senger

FJELL KOMMUNE

- Opprettet 02.05.2012
- Interkommunalt samarbeid Sund og Fjell kommune
- Lokalisert til Fjell sjukeheim
- 4 plasser totalt
- Befolkningsgrunnlag 30 000 innbyggere
- Inntaks og ekskluderingsmal foreligger
- Fastleger og legevaktsleger kan legge inn pasienter
- Innleggelse i avdelingen krever samtykke

FJELL KOMMUNE

Bemanning

- Økt sykepleierbemanning med 3,7 årsverk på natt og helg.
- Økt legebemanning sykehjemmet 0,2 årsverk.
- I tillegg til sykehjemslegevakt og ordinær legevaktbemanning

FJELL KOMMUNE

Legedekning

- ØH /obs post sengene har legevisitt x 2 pr døgn alle dager. Tilsynslege kl.12. Vaktlege kl. 21
- I tillegg kan avdelingen ta kontakt med legevakt utenom ordinær arbeidstid ved behov.
- I normal driftstid er det tilsynslegene som har ansvar for pasientene på ØH /Obs posten

Legevakt – akuttmedisinske tjenester hele døgnet

FJELL KOMMUNE

- Legevakt/legevaktsentral. Døgnbemannet 1-2 sykepleiere og 1 lege. Samlokalisert med ambulansetjenesten (Helse-Bergen)

- Fra 02.05.12 innførte vi sykehjemslegevakt, egen lege på vakt fra kl. 12 til 18 på helligdager. Utfører visitt på ØH/OBS-posten + sykebesøk på alle sykehjemmene/omsorgsboligene i Sund og Fjell kommune etter behov. Visitten på ØH/OBS-posten kl. 21 utføres av påtroppende nattevakt

FJELL KOMMUNE

Sjekkliste innleggelse

- Kort forventet liggetid (maks 72 timer)
- Sannsynlig av observasjon og behandling lokalt kan forbedre helsetilstanden
- Samtykker
- Ikke beruset
- Ikke barn (< 18 år)
- Ikke ved mistanke om myokardinfarkt eller hjerneslag
- Ikke gravide
- Ikke akutt psykose
- Skal ha behov for overvåkning/behandling

FJELL KOMMUNE

Veiledende scoringsverktøy

Klinisk variabel							Sum
Respirasjonsfrekvens/min	9-20	0	21-29	1	<9 el >29	2	
O2 metning	>95	0	90-95	1	>90	2	
Puls	<90	0	41-50 el 91-110	1	<41 el >110	2	
Systolisk BT	100-199	0	80-100	1	<80 el >199	2	
Allmenntilstand	God	0	Noe redusert	1	Dårlig	2	
Temperatur	36-38	0	38,1-39	1	<36 el >39,1	2	
Skade/smerte	Ingen	0	Middels	1	Store	2	
Pleiebehov	Ikke	0	Hjelp i stell	1	Stort	2	
Kliniske prøver (avvik)	Ingen	0	Moderat	1	Alvorlig	2	
Forslag plassering	**Hjem 0-2**		**ØH-seng 3-4**		**Sykehus>4**		

FJELL KOMMUNE

Statistikk ØH senger 2014

Innlagt fra	Antall	Prosent
Antall pasienter innlagt fra		
Sotra Legevakt	111	77 %
Fastlege	31	21 %
Institusjon	3	2 %
Total	145	100 %
Gjennomsnittlig liggetid(døgn)	2,5	
Kommunefordeling		
Fjell	118	81 %
Sund	27	19 %
Utreise fra ØH-seng:		
Til heimen	86	59 %
Til sjukehus	32	22 %
Til sjukeheim	27	19 %

FJELL KOMMUNE

Diagnosefordeling

Årsaker til innleggelse i ØH seng:	Antall	Prosent
Fall	6	4 %
Tungpust/Kols	13	9 %
Hjertesvikt	2	1 %
Infeksjon	44	30 %
Smerter	24	17 %
Dehydrering/nedsatt almenntilstand	16	11 %
Obstipasjon/Diarè	2	1 %
Hypoglycemi/hyperglycemi	2	1 %
Annet	36	25 %
Total	145	100 %

FJELL KOMMUNE

Kostnader

- Økt sykepleierbemanning ved sykehjemmet: Totalt 3,7 årsverk. Kostnad ca. 2,3 mill inkl. sosiale kostnader.
- Legebemanning. Kostnad pr. år ca. 720 000/år.
- Totalkostnad ca 3 mill./år

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

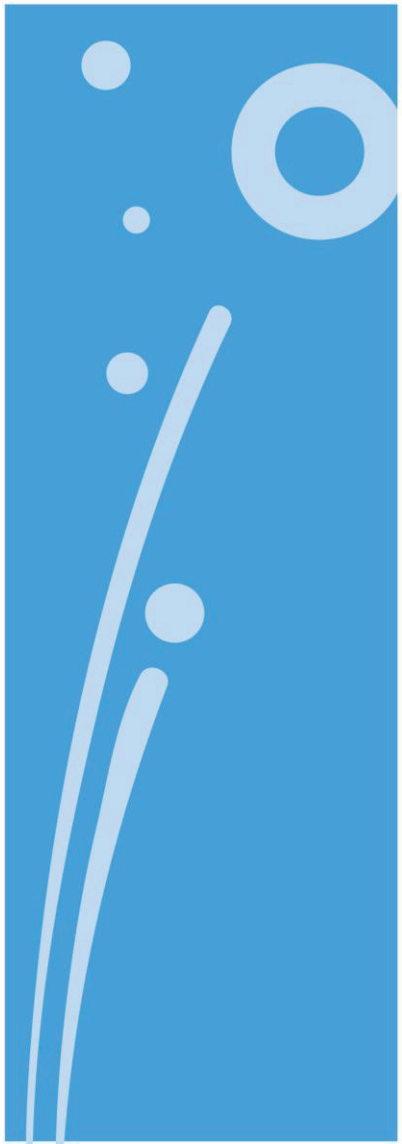
Frisklivs- og meistringssenteret

i Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Prosjektleiar Anita Alvheim

22. april 2015

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden



«If you always do what you've always done, you'll always get what you've always got»

- Henry Ford – grunnleggar av Ford Motor Company

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Potensialet i frisklivsarbeid

Foto: Bergen FLS

Meir kontroll av eige liv

Fellesskap og nettverk

Meir fysisk aktiv

Fleire gode år

Røykfri

Hjelp til sjølvhjelp

Tilbake i jobb

Mindre sjukemelding

Meir overskot

Betre helsetilbod

Betre helse

Betre psykisk form

Betre fysisk form

Bremse og/eller hindre utvikling av sjukdom

Handtere eigen sjukdom

FOLKEHELSEPROFIL 2015

Sund

Nokre trekk ved folkehelsa i kommunen

Temaområda er valde med tanke på moglegheitene for helsefremjande og førebyggjande arbeid. Indikatorane tek høgde for alders- og kjønnssamansetnaden i kommunen, men all statistikk må også tolkast i lys av kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppa 45 år og eldre er andelen som bur åleine lågare enn landsnivået.

Levekår

- Andelen av befolkninga som har vidaregåande eller høgare utdanning er lågare enn landsnivået.
- Andelen barn (0-17 år) som bur i husstandar med låg inntekt er lågare enn landsnivået. Låginntekt er her definert som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

Miljø

- Andelen personar som får vatn frå vassverk som både har tilfredsstillande resultat for E. coli og stabil drikkevassforsyning, ser ut til å vere høgare enn landsnivået. Når ein vurderer tala for drikkevassforsyninga i kommunen, må ein ta omsyn til at statistikken gjeld den delen av befolkninga som får vatn frå rapportpliktige vassverk, sjå indikatornummer 12, forsyningsgrad.

Skule

Folkehelseprofilen er eit bidrag til kommunen sitt arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som

Reduserte utgiftar og kostnadar til helsetenester

Fleire helsetilbod

Fleire i jobb

Fokus på førebygging og folkehelse

Godt fagmiljø

Kompetansesenter

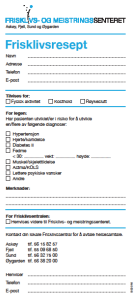
Kontaktpunkt

Ressurssenter

Tilbod å tilvise til

Friskare pasientar

Færre legebesøk


FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET

Frisklivsresept

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Frisklivs- og meistringssenteret

1. Opplæringstilbod til innbyggjarar (og pårørande)
2. Møteplass for deltakarar, helsepersonell og brukarorganisasjonar
3. Læringstilbod til helsepersonell
4. Informasjonssenter
5. Ressurs- og kompetansesenter
6. Forsking

Livsstilskurs på Lyderhorn, mai 2014

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Definisjon av prosjektet

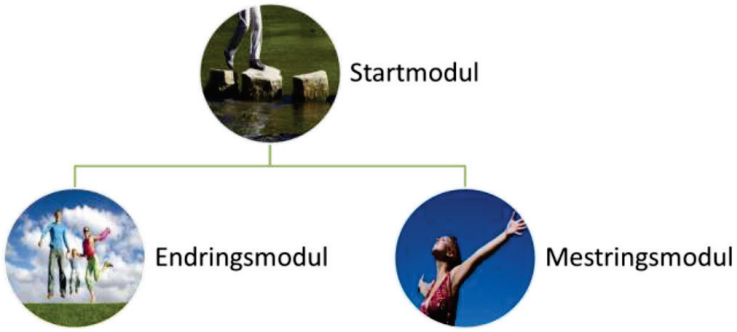
- Et interkommunalt prosjekt
  - 2013 – 2015
  - Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

  - Samarbeid med Helse Bergen
    - Samarbeidsavtale
    - 10% stilling ved LMS i Helse Bergen
    - Kompetanseoverføring
    - Kompetanseheving

  - 1 ansatt: prosjektleder

Askøy Fjell Sund Øygarden

KOMPETANSEMODULER VED LMS



FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Felles plattform gir godt samarbeid

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Praktiske forhold

- Vertskommune
  - Fjell
  - Administrativ plassering

- Foreløpig «senter» mitt kontor i Straume Terapisenter
  - Kurs og treninger i Sotra Arena

Sotra Arena

- Kursdager
- Treningsarena
  - Ute i løypene
  - Inne i sal/bane
- «Nøytral» arena
- Inspirerer til aktivitet
- Kjente omgivelser for mange
  – Identitet

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Målgruppe

Foto: Bergen FLS

https://www.youtube.com/watch?v=2U2F2msyG3w

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

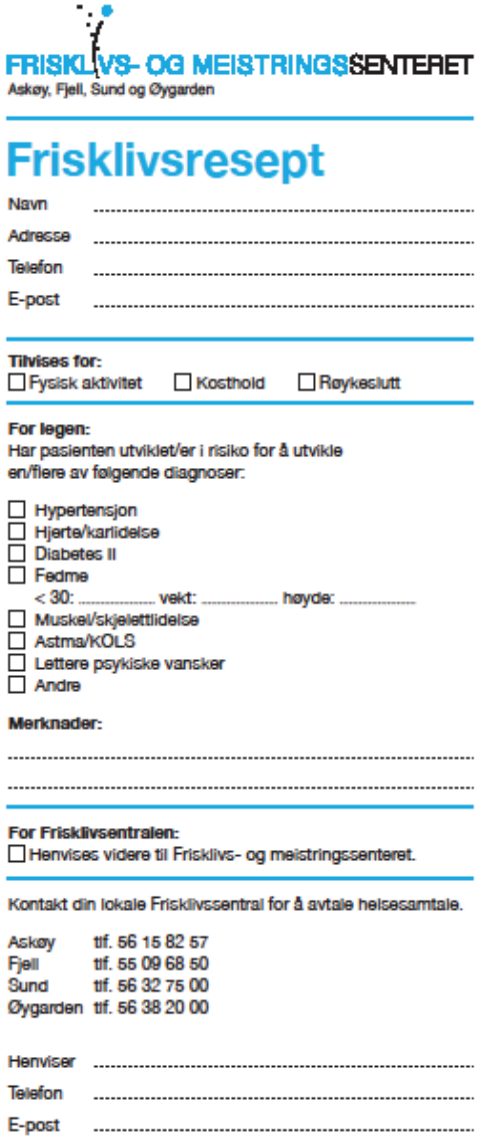
Tilbud

Vår 2014	Haust 2014	Vår 2015
Livsstilskurs • Desember 2013 • Mars	Livsstilskurs • August • September (forskingsprosjekt) • Oktober	Livsstilskurs • Januar • Mars (forskingsprosjekt kontrollgruppe) • Mars
Røykesluttkurs		Røykesluttkurs
	Fagdag for helsearbeidere 17. november	Meistringskurs • «Livet i bevegelse»

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Frisklivsresept

- Krav for å delta på livsstilskurs
  - Gir rett på behandlingsdager og sykemelding
- Fra fastlege eller spesialist
- Felles for FMS og Frisklivssentralane



FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Frisklivsresept

Navn .....
Adresse .....
Telefon .....
E-post .....

Tilvises for:
☐ Fysisk aktivitet ☐ Kosthold ☐ Røykeslutt

For legen:
Har pasienten utviklet/er i risiko for å utvikle en/flere av følgende diagnoser:

☐ Hypertensjon
☐ Hjerte/karlidelse
☐ Diabetes II
☐ Fedme
< 30: ..... vekt: ..... høyde: .....
☐ Muskel/skjelettlidelse
☐ Astma/KOLS
☐ Lettere psykiske vansker
☐ Andre

Merknader:
.....
.....

For Frisklivsentralen:
☐ Henvises videre til Frisklivs- og meistringssenteret.

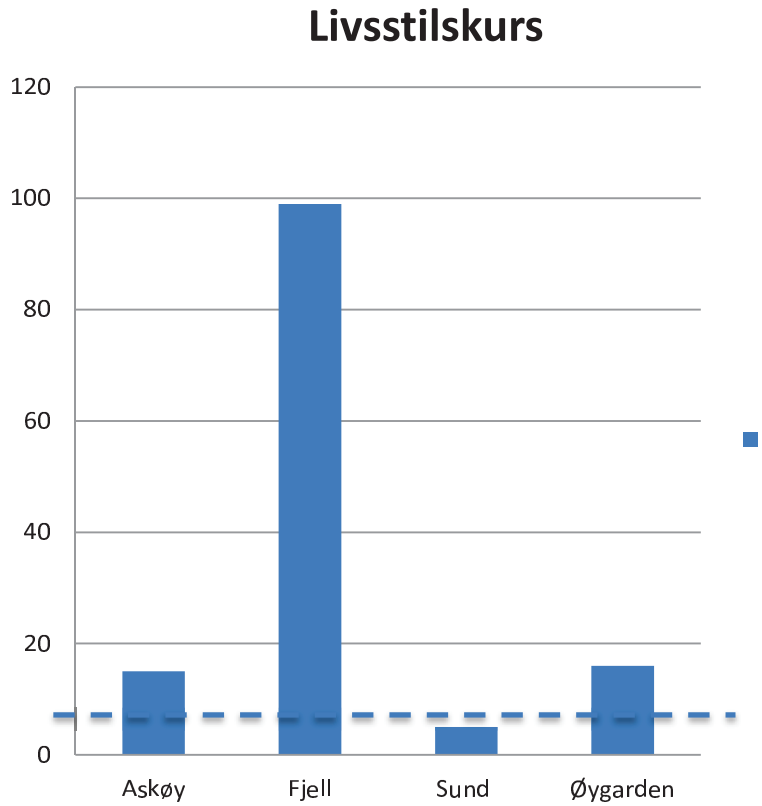
Kontakt din lokale Frisklivssentral for å avtale helsesamtale.

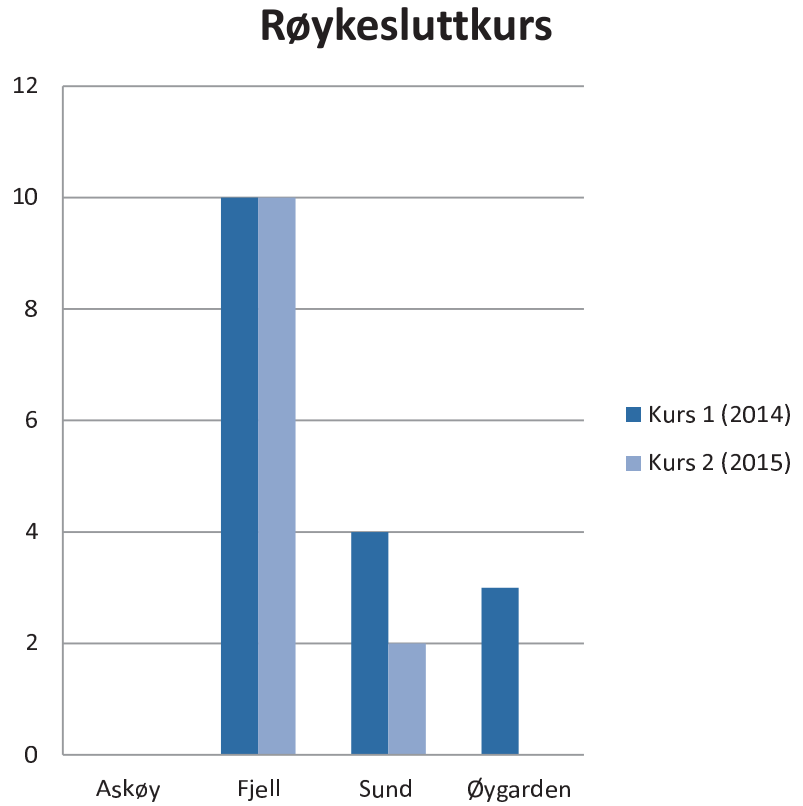
Askøy	tlf. 56 15 82 57
Fjell	tlf. 55 09 68 50
Sund	tlf. 56 32 75 00
Øygarden	tlf. 56 38 20 00

Henviser .....
Telefon .....
E-post .....

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Antall deltakere på kurs

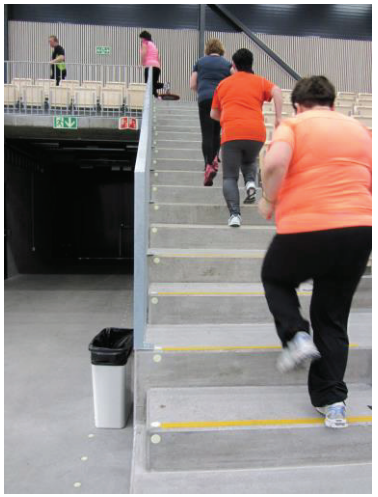




FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Livsstilskurs

- Henvisning fra fastlege/spesialist
- 6 måneders kurs
  - 5 kursdager (kl. 9-15)
  - Trening 2 x uke
    - Ute: kondisjon
    - Inne: Styrke og utholdenhet
- Oppfølging 6 og 12 mnd
- Kr. 500 (inkl. lunsj og kokebok)



Every single day you make a choice.
-z2z-
GENILDO

Være tilstede i eget liv

we can't eat a whole pie, we just CAN'T!
WE CAN, AND WE WILL!
AWKWARDYETI.COM

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

100 g smågodt = 88 gram sukker

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Et steg…

Bilete: coca-cola.no

½ liter sukkerholdig brus
inneholder 210 kcal

½ liter mindre per dag i eitt år

↓

minus **11 kg** på vekta*

*Gitt at brusen ikke erstattes av annen energiholdig drikke/mat

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Sidesteg

Det avgjørende er ikke aldri å falle, men å reise seg etter et fall

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Personlige erfaringar

«Hei. Vil bare skryte litt av opplegget og motivasjonen eg har fått. Flinke folk som motiverer og en veldig fin gjeng å være saman med. I morges fullførte eg for første gang på mange år, 5.1km jogging til jobb med ryggsekk, uten stopp. Dette er gøy.»

- deltakar livsstilskurs-

MAGASIN

Roar Winther hadde en passiv livsstil og satt mye i sofaen og drakk brus og gomlet satsaker. Livskvaliteten var dårlig, og pilen pekte nedover. Ved en tilfeldighet fikk han høre om det interkommunale kurstilbudet som fokuserer på endring av levevaner. Det ble starten på et nytt og bedre liv.

Ny start - ny livsstil

STRAUMG: Det var sensasjonen i fjor at 59 år gamle Roar Winther ble klar over kurstilbudet. Han hadde da vært arbeidsledig over en lengre periode, og frykter at han aldri hadde kommet inn til å bli ansatt igjen. Winther søkte og fikk plass på kurset, som har gått over ti uker i Sotra Arena. Kurset har hatt fire hele dager med teoretisk undervisning. Deltakerne har i tillegg fått trene to ganger i uken under ledelse av kyndige instruktører.

Forvandlingen

– Jeg levde et svært så usunt liv, og var i veldig dårlig form da jeg begynte på kurset. Vekten viste 96 kilo, og det er mye når en bare har en høyde på 176 centimeter, sier han.

På kurset var han sammen med 11 andre deltakere fått lære om endringer, endring av levevaner, kosthold og om hvor viktig det er med fysisk aktivitet. Både treningsrommene i Sotra Arena og badeanlegget i nærheten har vært i bruk som viktige elementer i treningsopplegget.

– Kurset har snudd opp ned på livet mitt. Både fysisk form og humør er blitt mye bedre. Jeg klarer nesten ikke sitte i ro, og lysten til fysisk aktivitet er der hele tiden. Jeg ser fort på livet, og jeg har mer lyst til å leve. Negative og triste tanker ble borte etter hvert som kurset skred frem, forteller han.

Forvandlingen og den positive utviklingen han har hatt, har fått ham til å kunstdebuten har gitt ham tilbud om å være med som en ekstra ressurs på det neste livsstilkurset. Winther går også planer om å få i gang en egen privat treningsgruppe.

Lystbetont

En annen som har gjennomført kurset, er 57 år gamle Margrete Sørgård. Den tidligere barnehageansatte kvinnen har i årene lop vært mye plaget av sykdom. Hun hevder at passivt liv og spiste mye usunn mat. Det ble lite trening, og vekten gikk jevnt og trutt oppover.

> Livet mitt er blitt mye mer lystbetont. Jeg er på vei tilbake til mitt gamle jeg.
> Margrete Sørgård, kursdeltaker

– Jeg innså at kroppen min trengte endring, og jeg fikk olle dårlig samvittighet siden at jeg gjorde noe med det, forteller hun.

Også Sørgård kom med på kurset nærmest vad en tilfeldighet. Hun inspirerer nå instruktørene. De har vært veldig flinke til å forklare hva som må til for å få en sunnere livsstil, og ikke minst til å motivere og gi drivstoff. Hvis og

Prosjektleder Anita Raymberg Alvheim (midtsturet av Margrete Sørgård og Roar Winther, som begge er svært fornøyd med resultatet i livsstilkurset. Arkivfoto: Torbjørn Tuse

sotsaker er nå erstatet med vann, grovt brød og store mengder med friske grønnsaker.

– Nå klarer jeg enkelt å gå den 3,2 kilometer lange turløypen uten pauser, forteller hun stolt.

Hun føler også at humøret og overskuddet er kommet tilbake. Tidligere slet hun med negative tanker om at hun ikke hadde tid til å ta seg av de daglige oppgavene i tillegge til å trene. Nå har hun tid til både husarbeid og trening, og likevel er det riktig med tid til overs.

– Livet mitt er blitt mye mer lystbetont, og jeg er på vei tilbake til mitt gamle jeg. Kurset har vært helt fantastisk, og jeg kommer til å fortsette i sporet jeg er kommet inn på nå, sier hun bestemt.

Ikke slankekurs

Kursets målgruppe er mennesker som trenger hjelp til endring av levevaner og som har eller står i fare for å utvikle livsstilssykdommer, og mennesker som ønsker med overvekt.

– Det er et forebyggende kurs som skal gi gode levevaner, bedre helse og økt livskvalitet. Vi

– Jeg kunne nesten ikke tro at jeg var så flink til å gå. Jeg er på vei tilbake til mitt gamle meg, sier Margrete Sørgård. Her begge med instruktør på Sotra Arena

– Livet mitt er blitt mye mer lystbetont, og jeg er på vei tilbake til mitt gamle meg, sier Margrete Sørgård. Her begge med instruktør på Sotra Arena

fakta

Kurs i livsstilsendring

- Det er et kurs for deg som ønsker å endre livsstilen din. Du kan være overvektig, ha diabetes som ikke er kontrollert godt nok, ha for høyt kolesterol eller for høyt blodtrykk.
- Deltagelse på kurset er helt gratis for deltakeren.
- Kurset har fysisk aktivitet som et viktig element. Det er også en del teori, men vektleggingen er på praktisk trening.
- Kurset har en varighet på ti uker, og det er to treninger per uke. Det er også en del teoretisk undervisning.

FORSTEIN SKEIE
Kilde: Livsstilsenteret

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Tilbakemeldingar frå deltakarar

«Kurset har snudd opp ned på livet mitt!»

«Livet mitt har blitt mykje meir lystbetont…. ..Nå har eg meir tid og overskot, og kan gjere både og.»

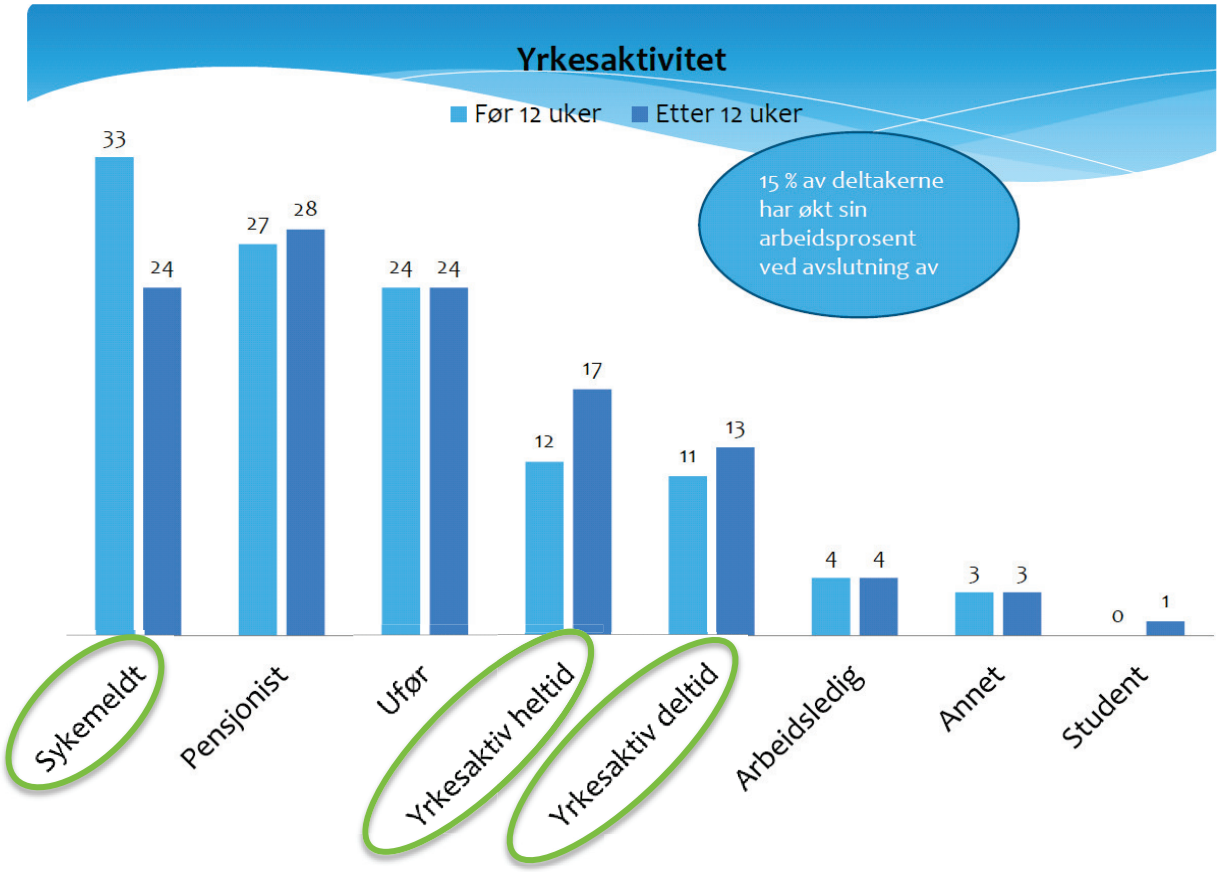
«Det er meir motiverande å endre livsstilen saman med andre»

«Eg er så fornøyd med kurset at eg har takka fastlegen min for at ho sendte meg på kurset»

«Lærte mye om kosthald som eg etter kurset har forstått viktigheten av»

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Yrkesaktivitet før og etter frisklivstilbod i Kristiansand



FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Virker tilbudet?

- **Rapport fra Kunnskapssenteret**
- Konklusjon
  - Stor usikkerhet om «frisklivstilbud» har effekt over tid
  - Resultat spriker fra stor til ingen effekt
  - Varierande kvalitet på studier
  - Lite/ingen informasjon om kost-nytteverdi
- Behov for videre forskning
  - Evaluere effekter
  - Standardiserte utfall og metodar
  - Kost – nytteverdi av tilbod

Frisklivssentraler innføres i Norge for å støtte endring av atferd som påvirker helsen. Denne oppsummeringen skal besvare spørsmål om effekter av organisert oppfølging for å fremme endring av fysisk aktivitet og kosthold. Vi søkte etter studier av tiltak som ligner de som gis i frisklivssentraler og som har en varighet på mer enn tre måneder. Vi inkluderte 38 studier basert på søk avsluttet i mars 2013. På bakgrunn av vår oppsummering av resultatene og vurdering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget kan vi trekke følgende slutninger:

Det er stor usikkerhet knyttet til om, og i hvilken grad disse tiltakene bidrar til økt fysisk aktivitet eller bedret kosthold over tid. Det skyldes både at resultatene varierer fra ingen effekt til stor effekt, og at kvaliteten på dokumentasjonen er høyst variabel. Det foreligger ikke dokumentasjon som tyder på at oppfølgingstid på mer enn et år gir bedre resultater enn på under et år, men direkte sammenlikninger mangler.

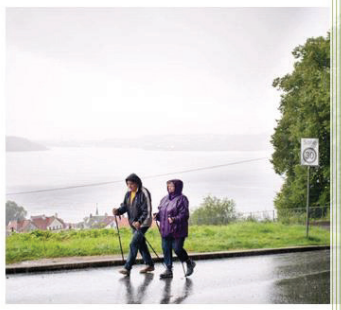
FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Forskning kan gi svar

- Universitetet i Bergen og Agder
- 5 FLS og 2 FMS i sør-vest
  - 200 deltakarar
    - 24 fra oss (12/12)
      - Intervensjon og kontrollgruppe
  - Oppfølging
    - 12 mnd
    - 24 mnd
  - Standardiserte metoder og verktøy

UNIVERSITETET I BERGEN
UNIVERSITETET I AGDER
FAKULTET FOR HELSE- OG IDRETTSVITENSKAP

2014-2017



Helsefremming ved Frisklivssentralene;
Virker det, hvordan virker det og hvorfor?

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Hvorfor dette i kommunen?

Du er her: regjeringen.no • Tema • Helse og omsorg • Kommunale helse- og omsorgstjenester
Samhandlingsreformen i kortversjon

Samhandlingsreformen i kortversjon

Artikkel | Sist oppdatert: 03.10.2014

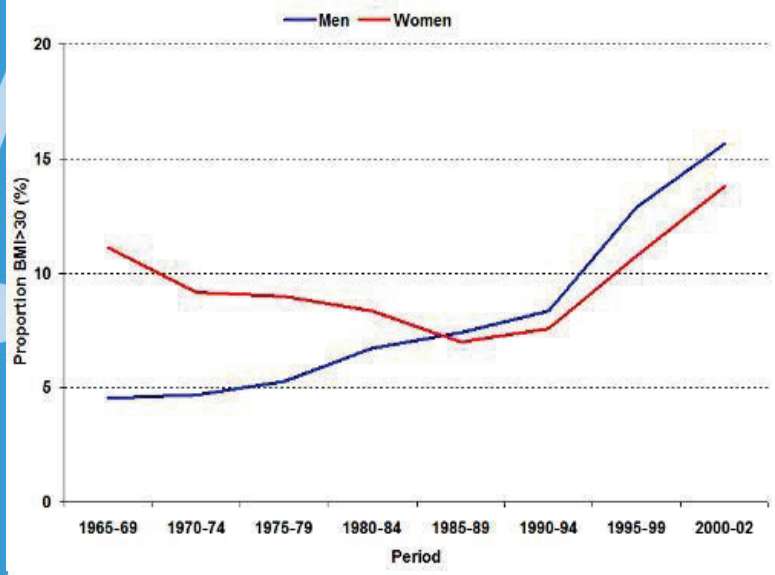
Hva er egentlig samhandlingsreformen? Hvorfor har en vedtatt å innføre denne reformen? Her finner du svaret - i kortformat.

Hva er samhandlingsreformen?

- Viser vei framover. Gir helsetjenesten ny retning.
- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats framfor sen innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem.
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Bedre for pasientene - sterkere brukermedvirkning

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Fiks problemet der problemet er!



Tema		Indikator	Kommune	Fylke	Noreg	Eining (*)
Levekår	6	Vgs eller høgare utdanning, 30-39 år	81	85	83	prosent
	7	Låginntekt (hushaldningar), 0-17 år	5,6	7,8	9,5	prosent
	8	Ulikskap i inntekt, P90/P10	2,4	2,6	2,7	-
	9	Arbeidsledige, 15-29 år	2,1	1,8	2,2	prosent
	10	Uføretrygda, 18-44 år	2,2	2,3	2,5	prosent (a,k*)
	11	Barn av einslege forsørgjarar	16	14	16	prosent
Miljø	12	Personskadar, behandla i sjukehus	13	14	13	per 1000 (a,k*)
	13	Miljøretta helsevern, bhg og skular	-	-	-	
Skule	14	Trivst på skulen, 10. klasse	82	82	84	prosent (k*)
	15	Blir mobba på skulen, 10. klasse	8,6	8,9	8,9	prosent (k*)
	16	Lågaste meistringsnivå i lesing, 5. klasse	30	27	26	prosent (k*)
	17	Fråfall i vidaregåande skule	27	23	25	prosent (k*)
Leve-vanar	18	Røyking, kvinner	14	12	15	prosent (a*)
	19	Overvekt inkl. fedme, menn	30	26	25	prosent
Helse og sjukdom	20	Forventa levealder, menn	78,1	78,2	77,5	år
	21	Forventa levealder, kvinner	83,6	83,4	82,3	år
	22	Psykiske sympt. og lidingar, primærh.te.	152	134	136	per 1000 (a,k*)
	23	Psykiske lidingar, legemiddelbrukarar	136	125	131	per 1000 (a,k*)
	24	Hjarte- og karsjukdom, primærh.te.	115	105	104	per 1000 (a,k*)
	25	Kolesterolsenkande legemiddel, brukarar	80	76	79	per 1000 (a,k*)
	26	Hjarte- og karsjukdom, beh. i sjukehus	21	19	18	per 1000 (a,k*)
	27	Type 2-diabetes, legemiddelbrukarar	39	30	33	per 1000 (a,k*)
	28	Kreft totalt, nye tilfelle	579	566	565	per 100 000 (a,k*)
	29	Tjukk- og endetarmskreft, nye tilfelle	96	88	77	per 100 000 (a,k*)
	30	KOLS og astma, legemiddelbrukarar	106	97	99	per 1000 (a,k*)
	31	Lungekreft og KOLS, dødelegheit	36	34	39	per 100 000 (a,k*)
	32	Muskel og skjelett, primærhelsetenesta	266	241	255	per 1000 (a,k*)
	33	Hoftebrot, behandla i sjukehus	2,2	2,1	2,1	per 1000 (a,k*)
	34	Vaksinasjonsdekning, MMR, 9-åringar	97,4	94,6	94,4	prosent

Folkehelsebarometer for Fjell

1501141403,1601141804,1246

Forklaring (tal viser til linjenummer i tabellen ovanfor):
* = standardiserte verdiar, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert
1. 2012. 2. 2013. 3. 2020, berekning basert på middels vekst i fruktbarheit, levealder og nettoinnflytting. 4. 2013, av befolkninga. 5. 2013. 6. 2012, høgaste fullførte

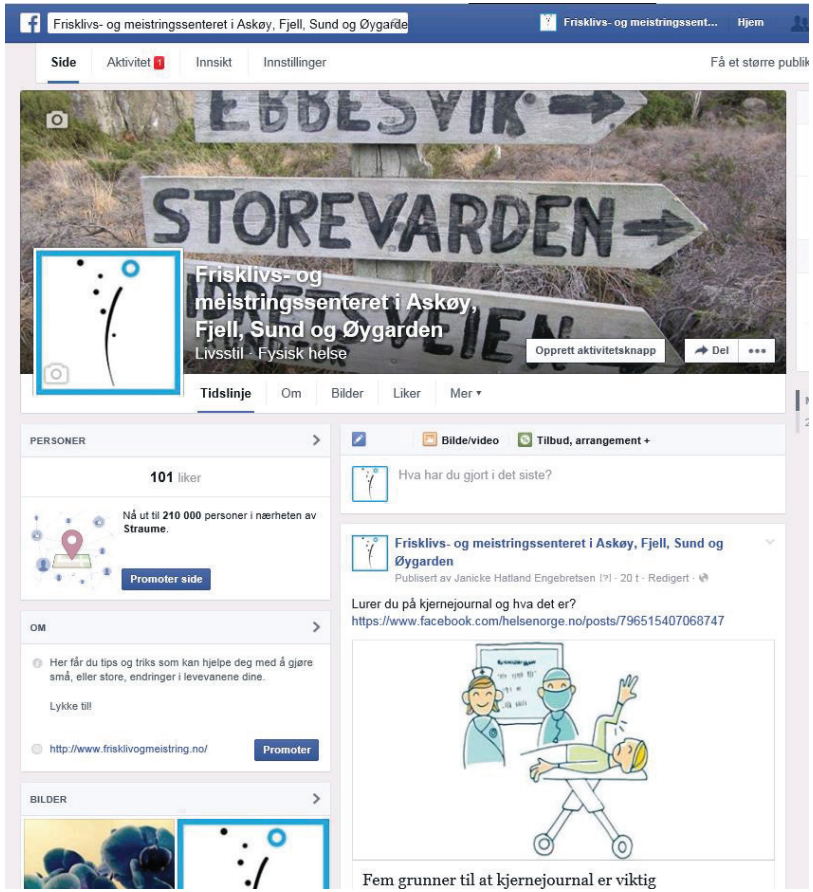
FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

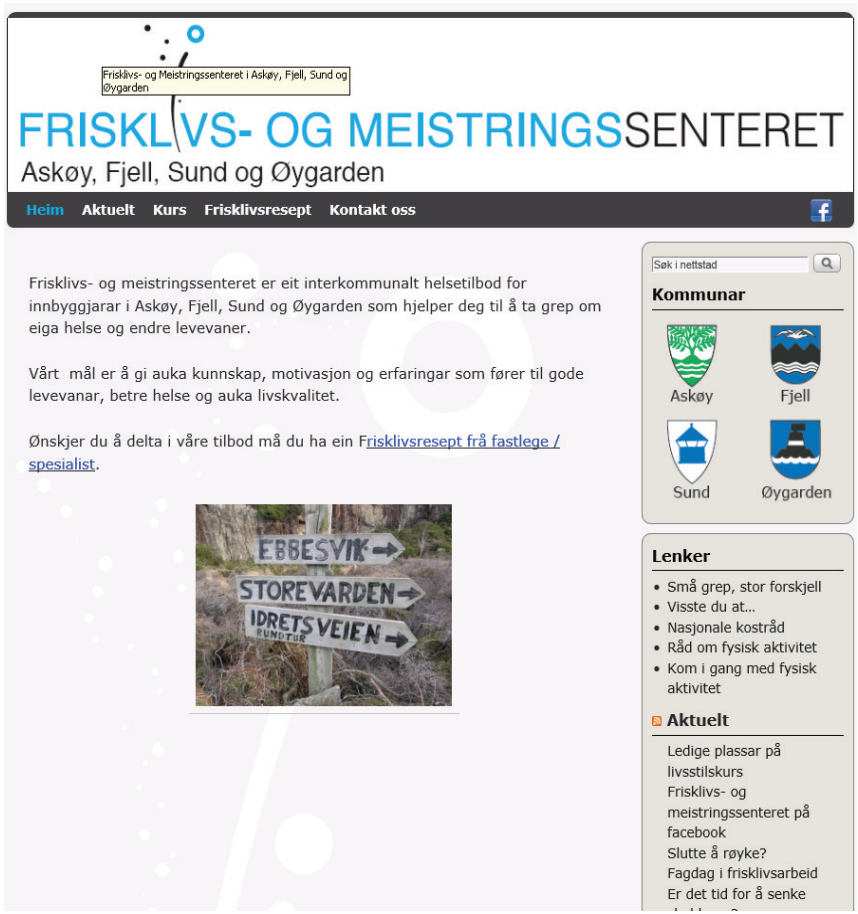
Folkehelse i praksis

- http://www.youtube.com/watch?v=2lXh2n0aPyw

FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

Les meir





FRISKLIVS- OG MEISTRINGSSENTERET
Askøy, Fjell, Sund og Øygarden

- saman om betre helse

www.frisklivogmeistring.no