

Det Administrative Kontaktforum

Dagsorden

Mødedato: Onsdag den 23. november 2016

Mødetidspunkt: 13:00 til 16:00

Mødelokale: Mødelokale 4
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

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

Sigrid Bolet, KKR-Syddanmark,
Jørgen Skadborg, Praksisudvalgsformand,
Susanne Krysiak, Lægeforeningen i Syd

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

Afbud:

Indholdsfortegnelse

Punkter på dagsorden

1.	Temadrøftelse om it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation	4
2.	Status fra Følgegruppen for behandling og pleje	5
3.	Status fra Følgegruppen for forebyggelse.....	7
4.	Status fra Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering	9
5.	Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse	10
6.	Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt	11
7.	Status fra Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.....	12
8.	Opsamling på de politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen.....	13
9.	Kommunikation til Sundhedskoordinationsudvalget	14
10.	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse	15
11.	Godkendelse af rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne.....	17
12.	Udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes.....	19
13.	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025.....	21
14.	Syddansk Børne- og ungesundhedsprofil.....	23
15.	Understøttelse af implementeringen af rehabilitering på specialiseret niveau	25
16.	Kommunikation til og fra kommunerne i relation til forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet	27
17.	Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016- 2019.....	28
18.	Det nationale ledelsesprogram	30
19.	Punkter til kommende møder	32
20.	Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget.....	33
21.	Øvrig gensidig orientering	34

1. Temadrøftelse om it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation

SAGSFREMSTILLING

På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 1. april 2016 blev det besluttet at gennemføre en temadrøftelse om it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation i Syddanmark på mødet i Det Administrative Kontaktforum i september.

Temadrøftelsen er tilrettelagt af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin og er forberedt på baggrund af følgende parallelle proces:

Kortlægning af behov for it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation

- Region Syddanmark har forestået kortlægningen af de regionale behov.
- Esbjerg Kommune har forestået kortlægningen af de kommunale behov.

Kortlægning af it-systemer i drift i regionen og kommunerne

- Region Syddanmark har forestået kortlægningen af de regionale it-systemer i drift.
- Esbjerg Kommune har forestået kortlægningen af de kommunale it-systemer i drift.

Temadrøftelsen

På mødet vil henholdsvis de kommunale og de regionale resultater af kortlægningen blive fremlagt.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager resultaterne af kortlægningerne til efterretning.
- Drøfter behovet for fælles tværsektorielle it-løsninger.
- På baggrund af drøftelserne tager stilling til, hvorvidt der er behov for en nærmere analyse af fælles behov og mulige it-løsninger, der kan understøtte behovet – herunder:
 - Om der skal fastlægges en fremadrettet samarbejdsmodel for analysen
 - Om analysen skal tilrettelægges og gennemføres i regi af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.

BILAG:

- 1 Afdækning af de 22 kommuner
- 2 Kortlægning: Regionale systemer med digital understøttelse af det Tværsektorielle samarbejde
- 3 Oversigt: Regionale systemer med digital understøttelse af det tværsektorielle samarbejde.
- 4 Notat – Behov for tværsektorielt it-understøttelse

2. Status fra Følgegruppen for behandling og pleje

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen har indarbejdet status på de igangværende opgaver i det fælles porteføljestyringsværktøj. Materialet er vedlagt sagsfremstillingen og vil løbende blive opdateret i takt med følgegruppens arbejde.

De prioriterede indsatser

- Videreudvikling af Sam:Bo – På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 15. juni 2016 blev det besluttet, at fokus for videreudvikling af SAM:BO i første omgang skal være på socialpsykiatrien.

Der er udarbejdet en ny procesplan, hvor der tages udgangspunkt i området for socialpsykiatri. Arbejdsgruppen er blevet suppleret med et kommunalt og et regionalt medlem med kendskab til socialpsykiatrien og afholdt møde den 6. september 2016.

Procesplanen blev forlagt Sundhedskoordinationsudvalget på møde den 25. oktober 2016 og er vedlagt som bilag.

- Fælles Medicinkort – Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen.

Følgegruppen for behandling og pleje har endvidere anmodet den tværsektorielle FMK-gruppe om at formulere et kommissorium for udarbejdelse af en samarbejdsaftale om FMK.

Det videre arbejde i følgegruppen

Følgegruppen for behandling og pleje har derudover fokus på følgende opgaver i 2016:

- Behandling af høringssvar samt godkendelse af reviderede Sam:Bo forløb.
- Implementering af nye sygehus-hjemmeplejestandarder.
- Nedsættelse af ERFA-gruppe med henblik på implementering af samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens.
- Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet (afventer national handlingsplan).
- Gennemgang af samarbejdsaftale for det psykiatriske område.
- Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje.
- Gennemgang og evt. revision af samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status og afrapportering fra Følgegruppen for behandling og pleje.

BILAG:

- 1 Opgaveporteføljestyrværktøj
- 2 Procesplan

3. Status fra Følgegruppen for forebyggelse

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppens status

Følgegruppen har haft ordinært møde d. 3. oktober og ekstraordinært møde d. 27. oktober 2016. Følgegruppen har særligt fokus på den prioriterede indsats "Udvikling af aftale om nye rammer for kronisk sygdom", herunder de opgaver som Det Administrative Kontaktforum gav til følgegruppen på møde den 21. september 2016. Følgegruppen har desuden særlig fokus på opgaven i forlængelse af den prioriterede indsats "Kortlægning af mental sundhed"; at afdække tilbud og initiativer om mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark.

Opgaveporteføljen del 1

Følgegruppen har to indsatser indenfor de af Sundhedskoordinationsudvalget prioriterede indsatser. Det drejer sig om;

Kortlægning af mental sundhed

Kortlægningen blev fremlagt for Sundhedskoordinationsudvalget den 10. maj 2016 og taget til efterretning. Dermed er opgaven afsluttet. I forlængelse heraf fik følgegruppen til opgave at gennemføre en afdækning af tilbud og initiativer på området. Denne afdækning gennemføres i november og forventes at kunne fremlægges for Det Administrative Kontaktforum d. 27. januar 2017.

Udvikling af nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

Det Administrative Kontaktforum godkendte på mødet den 21. september 2016 høringsudgaven at et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL. Høringsperioden er fra d. 12. oktober – 16. november. Den endelige udgave forventes at kunne godkendes i Det Administrative Kontaktforum primo 2017.

På ekstraordinært møde d. 27. oktober 2016 behandlede Følgegruppen kommissorium, budget, tids- og procesplan for forløbsprogrammet for mennesker med diabetes, som hermed sendes videre til Det Administrative Kontaktforum og i Sundhedsstrategisk Forum.

Opgaveporteføljen del 2

Følgegruppen har følgende status for øvrige opgaver i porteføljen;

Aftale om kompetenceudvikling og videndeling

Opgaven blev vedtaget på møde i Det Administrative Kontaktforum d. 15. juni 2016. Det forventes, at et udkast til en aftale kan forelægges Det Administrative Kontaktforum d. 27. januar 2017.

Afdækning af tilbud og initiativer i Region og kommuner om mental sundhed blandt børn og unge

Opgaven blev vedtaget på møde i Det Administrative Kontaktforum d. 15. juni 2016. Følgegruppen gennemfører en afdækning i regionen og kommuner i oktober-november. Afdækningen forventes at kunne præsenteres for Det Administrative Kontaktforum d. 27. januar 2017.

Udvikling af aftale vedrørende infektionshygiejnisk rådgivning

Følgegruppen behandlede arbejdsplan 2 d. 25. august, og arbejdsplan 3 d. 27. oktober. Den samlede aftale behandles på indeværende møde, jf. andet punkt på dagsordenen.

Drift af sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?"

Profilen gennemføres i 2017, og der forventes offentliggørelse af resultaterne 1. kvartal 2018.

Monitorering af strategi for livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse

Et nyt oplæg til monitorering af strategien er forsinket. Det forventes at kunne fremlægges for Det Administrative Kontaktforum d. 27. januar 2017.

Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner

Rammepapiret blev godkendt af Det Administrative Kontaktforum på møde den 15. juni 2016, og opgaven er dermed afsluttet.

Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning, og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen behandlede og godkendte første status fra regionen d. 3. oktober 2016.

Udvikling af model for henvisning af patienter med knæartrose.

Fremlæggelsen af materialet til brug ved implementering er forsinket. Det forventes at kunne fremlægges Det Administrative Kontaktforum d. 27. januar 2017.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, følgegruppens status og statusoversigt.

BILAG:

- 1 Status fra følgegruppe for forebyggelse til møde i DAK d. 23. nov 2016. Udarbejdet 1. november 2016.

4. Status fra Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

SAGSFREMSTILLING

På sit seneste møde den 7. oktober 2016 havde Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering bl.a. besøg af repræsentanter fra Følgegruppen for Økonomi, Effekt og Kvalitet til en drøftelse af KORA-rapporten "Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner".

Mulige tilgange til at undersøge indikationsgrænser for udarbejdelse af genoptræningsplaner og effekten af genoptræning blev drøftet, og det blev konkluderet, at der var behov for et yderligere møde mellem følgegruppernes formandskaber og sekretariater med henblik på en fortsat dialog om den videre proces.

Herudover behandlede følgegruppen også kommunikationen til og fra kommunerne i relation til forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet samt den tværsektorielle understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, jf. særskilte punkter på Det Administrative Kontaktforums dagsorden.

Der henvises i øvrigt til vedlagte oversigt over status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering.

BILAG:

- 1 Oversigt over status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, oktober 2016.

5. Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse

SAGSFREMSTILLING

Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, jf. Sundhedsaftalen 2015-18, udviklet en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, som på dagens møde præsenteres for Det Administrative Kontaktforum, i særskilt dagsordenspunkt.

Modellen skal være med til at udvikle det borgernære sundhedsvæsen og sikre ensartede samarbejde af høj kvalitet. Det daglige samarbejde omkring konkret delegation af sundhedsopgaver løses dog ofte lokalt, og modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre dette fleksible tværsektorielle samarbejde, så længe der er fokus på kvalitet og patientsikkerhed.

Det administrative Kontaktforum vil primo 2017 blive præsenteret for en temadrøftelse omhandlende opgaveoverdragelse og modellens fremadrettede anvendelse. Sundhedskoordinationsudvalget vil på deres møde d. 20. december 2016, hvor mødets tema er opgaveoverdragelse, ligeledes behandle nærværende udkast af modellen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender følgegruppens status.

BILAG:

- 1 Porteføljestyrværktøj - Følgegruppen for opgaveoverdragelse

6. Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afholdt møde den 3. oktober 2016, hvor man bl.a. har drøftet den videre proces i relation til ledelsesinformation for de seks prioriterede indsatsområder.

Det Administrative Kontaktforum godkendte i sit seneste møde den 21. september 2016 følgegruppens indstillinger vedr. forslag til procesindikatorer og datakilder samt vedrørende præsentationsform- og kadence, herunder at data fremsendes til Det Administrative Kontaktforum to gange årligt.

Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt vil i mødet den 27. januar 2017 fremlægge og præsentere den første udgave af oplæg til ledelsesinformation.

Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt er i samarbejde med Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering ved at se nærmere på sagen om udvikling i antallet af genoptræningsplaner. Sagen udspringer af en rapport fra KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, hvor man har foretaget en benchmark af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau fra 2007-2014.

Rapporten viser, at der mellem regionerne er store forskelle, når det gælder udviklingen i og det totale antal af genoptræningsplaner, ligesom der er forskel på fordelingen af planer til henholdsvis almen og specialiseret genoptræning.

De to følgegrupper forventer - for Det Administrative Kontaktforum i mødet den 27. januar 2017 - at kunne fremlægge et forslag til en videre afdækning af området.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status og afrapportering fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.

BILAG:

- 1 Porteføljestyrværktøj

7. Status fra Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har forberedt en temadrøftelse om it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation. Endvidere er programstyregruppen for Landsdelsprogrammet for hjemmemonitorering af borgere med KOL nedsat.

Temadrøftelse angående it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation i Syddanmark

På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 1. april 2016 blev det besluttet at gennemføre en temadrøftelse om it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation i Syddanmark på mødet i Det Administrative Kontaktforum i september.

Temadrøftelsen er tilrettelagt af Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin og tager udgangspunkt i kortlægninger af de kommunale og regionale behov for it-understøttelse samt it-systemer i drift.

Landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL
Programstyregruppen for Landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL er sammensat som følger:

- Peder Jest, direktør, OUH (Regional formand),
- Arne Nikolajsen, direktør, Esbjerg Kommune (Kommunal formand)
- Helle Adolfsen, sygeplejefaglig direktør, Sygehus Lillebælt
- Søren Aggestrup, lægelig direktør, Sygehus Sønderjylland
- Michael Dall, lægelig direktør, Sydvestjysk Sygehus
- Inge Bendixen, vicedirektør (Konst.), Syddansk Sundhedsinnovation
- Jacob Kyndal, direktør Aabenraa Kommune
- Mette Heidemann, direktør, Middelfart kommune
- Gitte Østergaard, adm. direktør, Odense Kommune
- Michael Maaløe, direktør, Vejen Kommune
- Susanne Krysiak, chefkonsulent, det regionale PLO syd sekretariat
- patientrepræsentanter

Det første møde i programstyregruppen fandt sted d. 21. september 2016

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status
-

BILAG:

- 1 Porteføljestyling

8. Opsamling på de politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede på sit møde den 25. oktober 2016 de fire politiske midtvejsmøder om sundhedsaftalen, som udvalget afholdt i perioden den 30. august til 14. september 2016. Herunder drøftede Sundhedskoordinationsudvalget det udkast til opsamling, der var udarbejdet på baggrund af møderne. Der fremkom enkelte ønsker om præciseringer til udkastet, som efterfølgende er indarbejdet i opsamlingen og godkendt af formandskabet i Sundhedskoordinationsudvalget.

Sundhedskoordinationsudvalget konkluderede, at mødeformen havde været befordrende for gensidig inspiration og vidensdeling om arbejdet med implementeringen af Sundhedsaftalen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager opsamlingen på de fire politiske midtvejsmøder til orientering.
- Drøfter hvad opsamlingen giver anledning til ift. implementeringen af den nuværende Sundhedsaftale.
- Drøfter hvad opsamlingen giver anledning til ift. den kommende Sundhedsaftale for perioden 2019-2022.

BILAG:

- 1 Opsamling på politiske midtvejsmøder om sundhedsaftalen

9. Kommunikation til Sundhedskordinationsudvalget

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskordinationsudvalget har bedt om løbende at blive orienteret om status på arbejdet med Sundhedsaftalen. I mødet i august 2016 udtrykte udvalget et behov for en yderligere synliggørelse af fremdrift og resultater. Konkret har udvalget efterspurgt eksempler på, hvordan de indsatser, der arbejdes med i regi af sundhedsaftalen, har effekt på og gør en forskel for borgerne.

Det Administrative Kontaktforum drøftede Sundhedskordinationsudvalgets ønske på mødet den 21. september 2016, og man besluttede her at blive bedre til historiefortællinger om, hvad vores indsatser betyder for borgerne – gerne i form af cases. Det blev aftalt, at følgegruppeformændene spørges, hvor deres respektive indsatser har betydning/effekt for borgerne. Ligeledes kan de lokale samordningsfora både for somatikken og psykiatrien spørges til gode eksempler eller cases.

Koordinationsgruppen har til dette møde skrevet et oplæg til drøftelse om, hvordan vi fremover overfor Sundhedskordinationsudvalget kan synliggøre fremdrift og borger- og patientnære resultater. Foruden de nævnte historiefortællinger nævnes evalueringer af projekter og indsatser som en kilde til synliggørelse, ligesom ledelsesinformationen om de seks prioriterede områder og rapporteringerne om indikatorerne for de nationale mål for sundhedsvæsenet kan bidrage.

Notatet foreslås sendt til følgegrupperne og til de lokale samordningsfora.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter og godkender oplægget.

BILAG:

- 1 Kommunikation til SKU om fremdrift og resultater

10. Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen for opgaveoverdragelse fremsender hermed udkast til en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Modellen skal, jf. Sundhedsaftalen 2015-18, øge kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde om fremadrettede overdragelse af hele eller dele af sundhedsopgaver.

Det daglige samarbejde omkring konkret delegation af sundhedsopgaver løses ofte lokalt, og den fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre dette fleksible tværsektorielle samarbejde, så længe der er fokus på kvalitet og patientsikkerhed. Modellen skal derimod være med til at udvikle det borgernære sundhedsvæsenet og sikre ensartede samarbejder af høj kvalitet.

En tværsektoriel arbejdsgruppe har kvalificeret modellens indhold ved hypotetisk at planlægge overdragelse af IV-behandling med antibiotika, væske, parenteral ernæring samt blodtransfusion. Det har kvalificeret modellens indhold således, at den vurderes tilstrækkelig smidig til at favne et bredt opgavespektrum.

Modellen udgøres af tre trin:

- Trin 1: En faglig vurdering af opgavens potentiale for overdragelse
- Trin 2: Et gennemslagsligt forståelses-/beslutningsgrundlag for beslutningstagere
- Trin 3: En tilstrækkeligt detaljeret samarbejdsaftale.

Modellen fremgår i bilagene i sin fulde form ledsaget af vejledning, som forklarer de enkelte trin og delelementers indhold.

Modellens anvendelse:

Når modellen skal finde anvendelse, nedsættes der en tværsektoriel arbejdsgruppe med relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis, som har kompetencer inden for opgaveområdet. Arbejdsgruppen kan endvidere ved behov indhente viden om specifikke områder, fx jura og økonomi fra administrationen på sygehuse, i kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen nedsættes, koordineres og sekretariatsbetjenes af Følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Den faglige vurdering kan ved første øjekast synes kompleks og omfangsfuld, men modellens kriterier systematiserer den faglige drøftelse således, at der er fokus på at kvalificere de faglige rammer for, at opgaven kan overdrages. Det sikrer en hurtig og smidig udfyldelse af trin 1, hvor problemstillinger, der skal afklares administrativt og politisk noteres, og formidles til Følgegruppen for opgaveoverdragelse og videre til Det Administrative Kontaktforum i trin 2.

På baggrund af erfaringer med den hypotetiske opgaveoverdragelse af de fire IV-behandlingsopgaver vurderes det, at en arbejdsgruppe vil kunne udarbejde den faglige vurdering på to mødegange af 2,5 times varighed med 14 dages mellemrum. I forbindelse med særligt komplekse opgaver kan det være nødvendigt med et kort videomøde, hvor arbejdsgruppen introduceres til opgaven. I de fleste tilfælde vurderes det, at en skriftlig introduktion til det forestående arbejde samt vejledningen til modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse (bilag), er tilstrækkelig forberedelse.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse vil herefter udfylde trin 2 – det fælles forståelses- og beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum. På baggrund af Det Administrative Kontaktforums beslutning kan der igangsættes en udarbejdelse af en samarbejdsaftale.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.
-

BILAG:

- 1 Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- 2 Vejledning til Model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse

11. Godkendelse af rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne

SAGSFREMSTILLING

Jævnfør sundhedsaftalen 2015-2018 er der i foråret 2016 under Følgegruppen for Forebyggelse nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal udarbejde et forslag til en regional rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne. Formålet med aftalen er at sikre et ensartet rådgivningstilbud til kommunerne på tværs af sygehusenhederne i regionen.

På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 21. september 2016 blev arbejdsgruppens anbefalede model for infektionshygiejnisk rådgivning godkendt, herunder:

- Snitfladen mellem vederlagsfri rådgivningsydelser og rådgivning mod vederlag
- Sættelse af ydelser mod vederlag i en basispakke, hyldevarer og enkeltstående konsulenttydelser
- Principper for prisfastsættelse af rådgivningsydelserne
- Aftaleperioder på fire år mellem den enkelte kommune og sygehusenhed om rådgivning (med undtagelse af enkeltstående konsulenttydelser)

Regional rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning

Bilaget præsenterer et udkast til en rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne. Rammeaftalen fastlægger, hvilke rådgivningsydelser, sygehusenhederne er forpligtede til at tilbyde kommunerne. Kommunerne er ikke forpligtede til at benytte rådgivningstilbuddet.

For at benytte rådgivningen skal den enkelte kommune indgå en skriftlig aftale med den lokale sygehusenhed. Vilkårene for den lokale aftale er fastlagt i den regionale rammeaftale, der desuden indeholder en skabelon for den lokale aftale. Rådgivningsydelserne er prisfastsat i rammeaftalen. Prisen for basispakken for hver af de 22 kommuner fremgår af rammeaftalens bilag 2, og forudsætningerne for den økonomiske beregning fremgår af rammeaftalens bilag 3.

Implementering af rammeaftalen

Efter godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres rammeaftalen for de fire syddanske samordningsfora af medlemmer fra arbejdsgruppen. Herefter beslutter hver enkelt kommune, om den ønsker at indgå en aftale med den lokale sygehusenhed om infektionshygiejnisk rådgivning. Allerede eksisterende lokale aftaler om infektionshygiejnisk rådgivning er primært étårige og løber aftaleperioden ud, medmindre aftaleparterne er enige om at tilpasse aftalen til ændringer i den regionale rammeaftale inden.

Følgegruppen for Forebyggelse har behandlet udkastet til den regionale rammeaftale den 27. oktober 2016.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

[Retur til indholdsfortegnelsen](#)

- Godkender "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne"
-

BILAG:

- 1 Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne

12. Udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

SAGSFREMSTILLING

Det Administrative Kontaktforum besluttede på mødet d. 21. september 2016 at igangsætte udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes. Udgangspunktet for arbejdet er den generiske model for nye rammer for kronisk sygdom, herunder samme stærke fokus på brugerinddragelse som ved udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL.

Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom har i samråd med Følgegruppen for forebyggelse og på baggrund af erfaringer fra udviklingen af det første forløbsprogram tilpasset kommissorium, tidsplan og budget for udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes.

Tidsplan, kommissorium og budget

Af bilag fremgår et revideret kommissorium med en overordnet tidsplan for udvikling af forløbsprogrammet for diabetes. Følgegruppen har godkendt en detaljeret tidsplan, som er koordineret med den sideløbende udvikling af Steno Diabetes Center.

Til sammenligning med udvikling af forløbsprogrammet for mennesker med KOL vurderes det, at brugerinddragelsesprocessen kan kortes fra tre workshops til to - uden at gå på kompromis med kvalitet. Det vurderes ligeledes heller ikke nødvendigt med den samme tyngde af ekstern konsulentbistand fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsnets (ViBIS), da det første forløbsprogram udgør en skabelon for udvikling af det næste. ViBIS har dog fortsat en vigtig rolle i udviklingsprocessen, da de skal introducere workshopdeltagerne til, hvordan man som patient/pårørende og sundhedsprofessionelle bedst samarbejder i en sådan udviklingsproces. ViBIS skal således kvalitetssikre den planlagte brugerinddragelsesproces og kommunikationspakke.

Budget for udvikling forløbsprogrammet for mennesker med diabetes

Post	Udgift
Konsulentbistand ViBIS*	kr. 35.000
Afholdelse af workshops:	
Workshop 1 (73 deltagere)	kr. 46.000
Workshop 2 (73 deltagere)	kr. 46.000
Kørselsrefusion til patienter og pårørende	
Workshop 1	kr. 3.500
Workshop 2	kr. 3.500
Grafisk opsætning af forløbsprogram	kr. 20.000
<i>Total</i>	<i>kr. 149.000</i>

*Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsnets

Kvalitet- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis støttede udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med KOL økonomisk, hvilket tillod en stærk involvering af praktiserende læger og praksispersonale. I forløbsprogrammet for mennesker med diabetes vil Region Syddanmark involvere og honorere de praktiserende lægers deltagelse igennem den regionale praksiskonsulentordning.

Finansiering

De 22 Syddanske Kommuner besluttede at medfinansiere udviklingen af det første forløbsprogram for mennesker med KOL, men tilkendegav i samme ombæring, at det ikke kunne forventes at samme medfinansieringsmodel kunne gælde for udviklingen af de øvrige forløbsprogrammer. Med tanke på den ventede 25 % reduktion i udviklingsomkostningerne, forslår Følgegruppen for forebyggelse, at Region Syddanmark og de 22 Syddanske Kommuner, ud fra nedenstående forslag, igen samfinansierer udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes, således at både den regionale og kommunale andel udgør 74.500 kr.

Til orientering og med henblik på at udgøre et sammenligningsgrundlag vedlægges regnskab for udvikling af forløbsprogrammet for mennesker med KOL.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender kommissorium, tidsplan og budget for udvikling af forløbsprogrammet for diabetes
- Tager regnskabet for udvikling af forløbsprogrammet for KOL til orientering

BILAG:

- 1 Revideret kommissorium og tidsplan for arbejdsgruppe ved nye rammer for kronisk sygdom
- 2 Regnskab for udvikling af forløbsprogrammet for KOL

13. KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025

SAGSFREMSTILLING

KKR Syddanmark vedtog på sit møde 13. september fælleskommunale sundhedspolitiske visioner med visionspapiret "KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025".

KKR Syddanmark ønsker, at der skal arbejdes for, at de sundhedspolitiske visioner inddrages i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale, heriblandt som et redskab til at nedbringe antallet af sundhedspolitiske mål. På de netop overståede politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen nævnte flere kommunalpolitikere ligeledes de nye sundhedspolitiske visioner som et værktøj til skarpere prioritering af indsatsområderne i sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget havde visionspapiret til orientering og drøftelse på møde 25. oktober 2016 og besluttede i den forbindelse, at når regionens oplæg om det nære sundhedsvæsen foreligger, holdes en fælles drøftelse om begge oplæg.

Om de fælleskommunale sundhedspolitiske visioner

Visionspapiret lægger op til syddanske sundhedspolitiske visioner, der er på forkant med den nationale sundhedspolitiske dagsorden, udarbejdelsen af en national plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen samt den aktuelle debat om en styrket indsats over for ulighed i sundhed. Visionspapiret kan også ses som et syddansk indspil til realisering af intentionerne i KL's sundhedspolitiske udspil "Sammen om Sundhed".

Visionspapiret tager afsæt i et fælles styrende borgerperspektiv og giver et bud på en ambitiøs fælles retning med overordnede mål, prioriterede indsatsområder og en fælles tilgang til udviklingen af et endnu stærkere borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen: Borgeren skal spille en langt større rolle end i dag i forhold til egen sundhed og skal være en central drivkraft og medskaber i sundhedsvæsenets udvikling.

Vision og hovedmål

I visionspapiret opstilles en overordnet vision og fem mål:

- *Vision:* De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed.
- *Mål 1:* 90 % af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025.
- *Mål 2:* Igennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 % i 2025.
- *Mål 3:* Igennem et aktivt samarbejde om sundhed og forebyggelse er antallet af syddanske børn og unge, som lever u hensigtsmæssigt i forhold til KRAM-faktorerne og i forhold til mental sundhed, reduceret med 50 pct. I 2025.
- *Mål 4:* Forskellen i middellevetid for syddanskere med psykiske lidelser og syddanskere uden er faldet med 10 pct. I 2025.
- *Mål 5:* 9 ud af 10 syddanskere med kronisk sygdom oplever i 2025, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset.

For at nå de overordnede mål og samtidig mindske den sociale ulighed i sundhed, er der opsat tre prioriterede indsatsområder:

- Børn og unges livsstil.
- Borgere i risiko for eller med psykiske lidelser.
- Borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme.

Generelt er der i visionspapiret lagt særlig vægt på forebyggende indsatser.

Virkemidler

De sundhedspolitiske visioner er sendt til de 22 syddanske kommuner med henblik på at den enkelte kommune skal drøfte, hvordan visionerne forankres lokalt. Det er forventningen, at kommunerne vil arbejde med udviklingen ad forskellige veje og i forskelligt tempo afhængig af den enkelte kommunes udgangspunkt og muligheder.

Skal visionen og de to overordnede mål lykkes, stilles der store krav til den kommunale indsats, til nytænkning i form af nye indsatser og indsatser på tværs af faggrupper og sektorer samt til samspillet med de øvrige aktører på sundhedsområdet. Der skal arbejdes med borgeroplevet kvalitet og sammenhæng, systematisk fokus på effekt samt bedre og mere omkostningseffektive måder at løse opgaverne på i den enkelte kommune, herunder tværsektorielt og tværfagligt.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning.
- Drøfter, hvordan Region Syddanmark kan inddrages i arbejdet med KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner, heriblandt hvordan visionerne kan inddrages i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale.

BILAG:

- 1 KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner

14. Syddansk Børne- og ungesundhedsprofil

SAGSFREMSTILLING

Siden 2010 har Region Syddanmark i samarbejde med bl.a. de syddanske kommuner udarbejdet sundhedsprofiler blandt den voksne befolkning.

Sundhedsprofilen "Hvordan har du det?" gennemføres hvert fjerde år. Den dækker dog kun den voksne befolkning på 16 år og derover, og det kan derfor være relevant også at monitorere sundhed og trivsel blandt børn og unge under 16 år. Børn- og ungesundhedsprofilen vil bl.a. kunne bidrage med viden i forhold til mental sundhed, som er et af Sundhedskoordinationsudvalgets prioriterede indsatser.

Flere kommuner anvender allerede monitoreringsværktøjer på børne- og ungeområdet. 13 ud af de 22 kommuner anvender i dag skolesundhed.dk, som inkluderer et bredt sæt af indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel. Via skolesundhed.dk vil der desuden fra 2017 være mulighed for at besvare den årlige obligatoriske, nationale måling af børns trivsel i skolen i alle kommuner.

Hensigten med en fælles børne- og ungesundhedsprofil, som via Skolesundhed.dk kan gennemføres hvert fjerde år er bl.a. at muliggøre

- Sammenligning på tværs af kommuner, hvilket ikke er muligt i dag på skolesundhed.dk
- Følge udviklingen i børns og unges sundhed og trivsel over tid
- Et afsæt i kommunerne for samarbejde på tværs af forvaltningsområder omkring børns og unges sundhed og trivsel

Dog er der en række spørgsmål som bør undersøges, før der kan tages beslutning om at gennemføre en børne- og ungesundhedsprofilundersøgelse. Spørgsmålene handler fx om indsamling af data på samme tidspunkt i alle deltagende kommuner for at sikre validitet, og om at alle kommuner benytter samme spørgeskema. Endeligt bør det sikres, at en eventuel børne- og ungesundhedsprofil ikke kolliderer med andre større undersøgelser.

Foruden disse praktiske spørgsmål, er der behov for at udarbejde et budget og en overordnet tidsplan, så gennemførelsen af voksensundhedsprofilen ikke kolliderer med gennemførelsen af en børne- og ungesundhedsprofil.

Det foreslås derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der kan undersøge mulighederne for praktisk gennemførelse, finansiering og en overordnet tidsplan for en børne- og ungesundhedsprofilundersøgelse. Arbejdsgruppens arbejde kan indgå i et beslutningsoplæg til Det Administrative Kontaktforum om evt. at gennemføre en fælles børne- og ungesundhedsprofilundersøgelse.

Følgegruppen kan se både muligheder og dilemmaer ved forslaget om at nedsætte en undersøgende arbejdsgruppe. Forslaget sendes derfor til drøftelse i Det administrative kontaktforum med henblik på at få Det Administrative Kontaktforums holdning.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter behovet for en syddansk børne- og ungesundhedsprofilundersøgelse.
 - Beder Følgegruppen for Forebyggelse om at nedsætte en undersøgende arbejdsgruppe i forhold til at udarbejde en børne- og ungesundhedsprofil på baggrund af data fra Skolesundhed.dk.
-

BILAG:

- 1 Syddansk børne- og ungesundhedsprofil

15. Understøttelse af implementeringen af rehabilitering på specialiseret niveau

SAGSFREMSTILLING

Implementering af ny bekendtgørelse og vejledning i almindelighed samt genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau i særdeleshed blandt de særlige opgaver, som hører under Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering, Jf. dens kommissorium.

Efter anbefaling fra følgegruppen godkendte Det Administrative Kontaktforum den 29. januar d.å. en aftale, som beskriver målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, krav til leverandørerne af en sådan rehabilitering samt sygehusenes ansvar og opgaver.

Vedrørende aftalens krav til relevante leverandører fremgår det bl.a., at der skal være indgået en aftale med sygehus om adgang til lægelig behandling, ligesom der skal være indgået en formel samarbejdsaftale med institution(er), der bedriver udvikling og forskning.

Hertil kommer, at det af aftalen fremgår, at der stilles en række særlige krav til indholdet i samt udarbejdelsen og formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

På denne baggrund har en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering formuleret en række dokumenter, der kan bidrage til at løse de udestående, som knytter sig til udarbejdelsen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau og dermed understøtte den videre implementering.

Det drejer sig om:

- Skabelon for samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuse om lægefaglig behandling og konsulentbistand
- Mindstekrav til samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og institutioner, der bedriver udvikling og forskning
- En guide til indholdet i samt udarbejdelsen og formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau
- En oversigt over krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau samt løbende kvalitetssikring

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering behandlede materialet på sit møde den 7. oktober d.å. og afgav ved denne lejlighed nogle bemærkninger hertil, som efterfølgende er blevet indarbejdet.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender de foreliggende dokumenter til understøttelse af implementeringen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

[Retur til indholdsfortegnelsen](#)

- At kommunerne som led i deres tilsynsforpligtelse sikrer, at leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau lever op til de krav, som fremgår af materialet.
 - At Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering følger det videre arbejde med rehabilitering på specialiseret niveau gennem en årlig rundspørge til kommunerne.
-

BILAG:

- 1 Skabelon for samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuse om lægefaglig behandling og konsulentbistand
- 2 Mindstekrav til samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og institutioner, der bedriver forskning og udvikling
- 3 Formidling af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau
- 4 Udkast til pixi-guide til nøgleordet "Udvidet beskrivelse af helbredsrelateret funktionsevne på udskrivningstidspunktet"
- 5 Krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

16. Kommunikation til og fra kommunerne i relation til forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet

SAGSFREMSTILLING

En tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet har bl.a. drøftet forskellige aspekter af kommunikationen til og fra kommunerne i relation til patienternes behovsvurderinger.

Der var i arbejdsgruppen enighed om at understøtte princippet om én indgang til kommunen også på dette felt.

Desuden var der tilslutning til en 14-dages frist for en første kvittering fra kommunen til borgeren ved modtagelse af en behovsvurdering – dette bl.a. ud fra en betragtning om, at helt akutte behov hos patienten håndteres ad anden vej end behovsvurderingen. Patienten får dermed sikkerhed for, at kommunen har modtaget behovsvurderingen.

I arbejdsgruppens regi blev der på den baggrund formuleret et forslag til et punkt, som kunne dagsordenssættes i de lokale samordningsfora.

Dagsordenspunktet orienterer generelt om arbejdsgruppens virke og adresserer specifikt de ovennævnte problemstillinger vedrørende kommunikationen omkring behovsvurderingerne.

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering behandlede arbejdsgruppens forslag til dagsordenspunkt den 7. oktober 2016 og konkluderede ved den lejlighed:

- At fristen for kvittering fra kommunen til borgeren ved modtagelse af en behovsvurdering præciseres til at være 14 kalenderdage
- At der af kvitteringen til borgeren fra kommunen bør fremgå en plan for det videre forløb
- At følgegruppen havde et ønske om, at der ud over kvitteringen til borgeren også sendes en kvittering til sygehuset med besked om, hvad der aftales med patienten

Disse konklusioner er efterfølgende blevet indarbejdet i forslaget til dagsordenspunkt til de lokale samordningsfora, der hermed forelægges Det Administrative Kontaktforum.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at det vedlagte dagsordenspunkt udsendes med henblik på dagsordenssætning i de lokale samordningsfora.

BILAG:

- 1 Forslag til dagsordenspunkt til SOF'erne

17. Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-2019

SAGSFREMSTILLING

Regeringen har sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti prioriteret i alt 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 300 mio. kr., til at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient gennem en national handlingsplan.

Handlingsplanen består af otte indsatsområder og kan læses her:
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Juni/~ /media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient/National_Handlingsplan.ashx

Som opfølgning på handlingsplanen udarbejder Sundheds – og Ældreministeriet en udmøntningsplan. Den endelige udmøntningsplan forelå dog ikke inden dagsordensdeadline men både KL & Danske Regioner har i flere omgange haft mulighed for at kommentere udkast hertil.

Indsatsområder i handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19.

Indsatsområde 1	Tidligere opsporing og mere rettidig indsats
Indsatsområde 2	Styrkede kommunale akutfunktioner
Indsatsområde 3	Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje
Indsatsområde 4	Styrket indsats mod overbelægning
Indsatsområde 5	Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis
Indsatsområde 6	En indsats der hænger mere sammen
Indsatsområde 7	Bedre styr på medicinen
Indsatsområde 8	Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb

I indsatsområde 2 og 5 stilles der krav om, at kommuner og region skal koordinere styrkelsen af de kommunale akutfunktioner (indsatsområde 2) med den regionale etablering af flere udgående funktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis (indsatsområde 5).

Indsatsområde 2 – Styrkede kommunale akutfunktioner

Landsdækkende har ni ud af 10 kommuner gennem de seneste år etableret kommunale akutfunktioner, typisk i form af enten specialiserede udgående akutte sygeplejefunktioner (teams) eller akutpladser på fx plejehjem.

De kommunale akutfunktioners tilbud er varierende i form, karakter og indhold.

Derfor afsættes der nationalt 445 mio. kr. i perioden 2016-19 og herefter årligt 170 mio. kr. til at sikre en særlig sygeplejefaglig indsats af ensartet høj kvalitet.

Som en del af handlingsplanen skal de kommunale akutfunktioner fra 2016 leve op til Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger for kommunale akuttilbud -

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2014/~ /media/CECB00E1053347A495E9EFF3C27B93F5.ashx>. Fra primo 2017 vil Sundhedsstyrelsen præsentere nye

kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som kommunerne skal leve op til fra 2018.

Indsatsområde 5 – Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis

Der er nationalt afsat 175 mio. kr. i perioden 2016-19 og herefter varigt 65 mio. kr. til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden. Midlerne skal anvendes til at styrke og etablere nye regionale udgående funktioner og rådgivningsinitiativer til kommuner og almen praksis.

I Region Syddanmark er der i øjeblikket 23 etablerede eller midlertidige udgående funktioner, hvoraf flere er af relevans for ældre medicinske patienter, eksempelvis demensudredning, blodprøvetagning i eget hjem, palliativ behandling m.fl. Senest har Regionsrådet i forbindelse med udmøntningen af midler til "Øget kapacitet til medicinske og geriatriske afdelinger", en del af Finansloven 2015, godkendt, at der etableres yderligere udgående geriatrisk team samt udgående apopleksiteam i regionen.

Udgående funktioner kan være af stor værdi og betydning for patienter, som ikke kan transporteres til sygehuset. Det vil dog ofte være bedst for patienten at modtage behandling på sygehuset, da der her findes de bedste muligheder for udredning og diagnostik. Endvidere er udgående funktioner ofte dyre, ressourcekrævende og ikke altid omkostningseffektive. Når de etableres er det vigtigt, at de målrettes en patientgruppe med en problemstilling og et behov, som bedst håndteres i eget hjem, og som ikke kan varetages på delegation af fx den kommunale hjemmesygepleje. Udgående funktion bør således ikke etableres uden en forudgående dialog med aktørerne i primærsektoren. Derfor har Region Syddanmarks koncernledelse godkendt en proces, hvor de lokale samordningsfora får mulighed for at drøfte og komme med forslag til udgående funktioner og rådgivningsinitiativer.

Forslag til proces for sikring af sammenhæng mellem indsatsområde 2 og 5

Det forventes i udmøntningsplanen at blive som indledningsvist nævnt et krav, at kommuner og region koordinerer deres anvendelse af midlerne til indsatsområde 2 og 5, og at samarbejdet forankres i regi af Sundhedsaftalen. Endvidere gælder det både for kommuner og region, at der en gang årligt skal gøres status på anvendelsen og effekten af midlerne til indsatsområde 2 og 5.

For at sikre forankring i Sundhedsaftaleregion foreslås det, at der i lighed med handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2012-2015, udarbejdes et fælles ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at Det Administrative Kontaktforum, i forbindelse med den årlige afrapportering, orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt.

Det Administrative Kontaktforum vil på mødet den 27. januar 2017 blive bedt om at drøfte rammer og retning for samarbejdet om handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-2019.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at der, jf. ovenstående, arbejdes videre med at udvikle et fælles grundlag for det tværsektorielle samarbejde om handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19.

18. Det nationale ledelsesprogram

SAGSFREMSTILLING

Regeringen, regionerne og kommunerne blev i forbindelse med aftalen om regionernes og kommunernes økonomi for 2016 enige om en række nye principper for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet i form af et nyt kvalitetsprogram. Kvalitetsprogrammet skal bidrage til udviklingen af det hele sundhedsvæsen, hvor der på alle ledelsesniveauer er stærkt fokus på konstant forbedring af kvalitet¹. Hovedelementerne er 1) nationale mål for sundhedsvæsenet, 2) etablering af lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder og 3) et nationalt lederprogram.

Det nationale lederprograms formål er at understøtte kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ledelsesmæssigt og generelt øge ledernes kompetencer inden for forbedringsmetoder, forandringsledelse, synlighed, datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse.

Lederprogrammet vil få en varighed på minimum 15 hele kursusdage fordelt over et år og forventes begyndt primo 2017 med de første 40 deltagere, hvoraf Region Syddanmark råder over 9 pladser – 7 regionale samt 2 kommunale pladser.

Der er nedsat en arbejdsgruppe under Danske Regioner, hvori der sidder repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen samt de fem regioner. Der er i arbejdsgruppen aftalt, at repræsentanten fra KL, Karen Marie Myrndoff orienteres om den kommunale proces for at sikre, at der findes repræsentanter på det rette organisatoriske niveau.

Der foregår pt. En national udbudsproces hvor interesserede aktører har præsenteret forslag til udvikling og gennemførelse af programmet.

Kandidaterne forventes at have en række kompetencer/karakteristika²:

- Velkendt med forskellige forbedringsmetoder indenfor sundhedsvæsenet
- Personligt engagement i arbejdet med kvalitetsudvikling/forbedring
- Strategisk positioneret i organisationen ift. At kunne inspirere/drive forandringer i samarbejde med deltagerne i lærings- og kvalitetsteams samt blandt medarbejdere i organisationen på flere ledelseslag
- Respekteret i organisationen for såvel faglighed som personligt ift. At være en central aktør på lokalt, regionalt og nationalt plan
- Gode kommunikative evner og er i stand til at formidle budskaber indenfor kvalitetsudvikling og forbedring bredt i organisationen for mange forskellige aktører og niveauer

¹ Fra 'Opgavebeskrivelse og kravspecifikation Udarbejdelse og gennemførelse af nationalt ledelsesprogram for ledere af ledere i sundhedsvæsenet' http://www.regioner.dk/media/3456/bilag-1-opgavebeskrivelse-og-kravspecifikation-11248182_1.pdf

² Fra 'Notat om nationalt ledelsesprogram' af Arbejdsgruppen under Danske Regioner, <http://www.regioner.dk/media/3155/notat-om-nationalt-ledelsesprogram.pdf>

Desuden bør relevante kandidater fra kommunerne, ifølge arbejdsgruppen³;

- Prioriteres at have en samarbejdsrelation med hospitaler og kommuner omkring udvalgte patientgrupper
- Have kendskab til det regionale kvalitetsarbejde samt strukturen i regionen
- Udvælges på baggrund af funktion og ikke person og i samråd med regionerne og KL

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager en indledende drøftelse af, om og/eller hvordan den nationale lederuddannelse på kvalitetsområdet kan medvirke til at sætte en ny dagsorden om fælles kompetenceudvikling mellem kommunerne og regionen
-

³ Fra 'Notat om nationalt ledelsesprogram' af Arbejdsgruppen under Danske Regioner, <http://www.regioner.dk/media/3155/notat-om-nationalt-ledelsesprogram.pdf>

19. Punkter til kommende møder

SAGSFREMSTILLING

- Evaluering af organiseringen af sundhedsaftalearbejdet (januar)
- Sundhedsprofilen – orientering om spørgeskema (januar)
- Temadrøftelse om opgaveoverdragelse (januar)
- Drøftelse af fælles ramme for samarbejdet om handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-19 (januar)
- Forslag til tids- og procesplan for næste sundhedsaftale (januar eller marts)
- Nationalt udspil om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (januar eller marts)
- Oplæg om arbejdet i klinikken med Den Syddanske Forbedringsmodel (marts eller juni)

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at punkterne sættes på kommende møder

20. Dagsordenspunkter til Sundhedskordinationsudvalget

SAGSFREMSTILLING

- Temadrøftelse om opgaveoverdragelse, herunder model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning
- Cases eller projekter fra følgegruppen eller de lokale samordningsfora, jf. punkt 9.
- Udmøntningsplan og handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-19

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at følgende punkter der sendes videre til Sundhedskordinationsudvalgets møde den 20. december 2016

21. Øvrig gensidig orientering

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning



Esbjerg
Kommune

KORTLÆGNING AF VÆRKTØJER TIL IT- UNDERSTØTTELSE AF TVÆRSEKTORIEL KOMMUNIKATION

Kortlægning fra de 22 kommuner på vegne af
Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi

Indhold

1	Oplæg til kortlægning.....	2
2	Sammenfatning.....	3
3	Tilbagemeldinger fra kommunerne.....	8
3.1	Aabenraa	8
3.2	Billund Kommune	9
3.3	Esbjerg Kommune.....	10
3.4	Fredericia Kommune.....	11
3.5	Haderslev Kommune.....	13
3.6	Kerteminde Kommune	14
3.7	Kolding Kommune	15
3.8	Langeland Kommune.....	16
3.9	Middelfart Kommune	17
3.10	Nordfyns Kommune	19
3.11	Odense Kommune.....	20
3.12	Sønderborg Kommune.....	21
3.13	Tønder Kommune.....	22
3.14	Varde Kommune.....	23
3.15	Vejen Kommune	24
3.16	Vejle Kommune	25

1 Oplæg til kortlægning

Det er fra DAK´s side et ønske, at der udarbejdes en kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation. Materialet er udarbejdet på baggrund af de besvarelser der er kommet ind for de 22 kommuner.

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?
2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

2 Sammenfatning.

I følgende tabeller ses sammendrag af

For uddybende information se de fyldte tilbagemeldinger svarende til indholdsfortegnelsen

	Aabenraa	Billund	Esbjerg	Fredericia	Haderslev	Kerteminde
1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:	<p>It-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde på svangre område</p> <p>It-understøttelse af deling af data på tværs af velfærdsteknologier, systemer og sektorer.</p> <p>It-understøttelsen af en BYOD-tilgang (Bring Your Own Device) og hardwareuafhængighed.</p>	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virtuelle træningsprogrammer - Video konference - Skype for Business - Skærmbesøg - Telemedicin 	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deling af data på tværs af systemer - Åbne snitflader – Datadeling med velfærdsteknologi. - Løsninger der ikke er afhængige af hardware eller styresystemer. - Øget egenmestring og borgerinddragelse - Alt datafiltrering og trafik optimeres for at imødekomme behovene. 	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <p>Fælles journal på tværs af sektorer. Patienter med komplekse med behandling i hjemmeplejen og behandlingsansvaret ved sygehuset fx IV-patienter.</p> <p>Telemedicin på relevante målgrupper.</p> <p>Snitflader med velfærdsteknologi og EOJ.</p> <p>Fokus på datasikkerhed, rettigheder ved strekkoder.</p>	<p>Behov for at man understøtter løsninger der bidrage til effektiviseringer, forbedre kvaliteten i opgaveløsning og understøtte, at borgeren tager aktivt del i eget liv</p>	<p>Behov for at løsninger til hjemmemonitorering tilpasses, således at der er snitflade til kommunale og regionale EOJ systemer</p> <p>Mulighed for videokonference mellem kommune, sygehus og almen praksis</p> <p>Integration til Skype for Business</p>
2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle	<p>MedCom via KFS-Lan.</p> <p>(Tværsektoriel kommunikation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Virtuelle træningsprogrammer - Video konference 	<p>EOJ:KMD – Care.</p> <p>Med -Com</p> <p>FMK</p>	<p><i>FMK bliver integreret med KMD Nexus når det opstartes 1.nov.</i></p>	<p>CSC VITAE</p> <p>BOSTED</p> <p>Sundhed: Novax</p>	<p>Med Com, (Sam:Bo) og FMK.</p>

kommunikation kører i drift:	<ul style="list-style-type: none"> • CISCO Jabber • WebEx videokommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Skærmbesøg - KMD Nexus 	Virtuelle træningsprogrammer	LIVA (kommunal app) <i>Socialområdet anvender EG Clinea for at anvende FMK.</i>	Tandplejen: TM tand Logiva doc2mail	
---	--	---	------------------------------	--	--	--

I følgende tabel ses sammendrag af
For uddybende information se de fyldte tilbagemeldinger svarende til indholdsfortegnelsen

	Kolding	Langeland	Middelfart	Nordfyns	Odense
1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:	<p>Systemet skal kunne aflevere data et fælles sted, hvorfra data må ikke være redundante og skal kunne tilgås af alle relevante parter i forbindelse med tværsektoriel kommunikation og samarbejde.</p> <p>Data skal kunne indhentes direkte i fagsystemerne (<i>svarende til integration mellem systemerne</i>)</p>	<p>Ønsker om integration mellem borgers vitale målinger i eget hjem (HIS platformen) og EOJ systemet.</p> <p>Her tænkes også at løsninger minimerer manuel indtastning.</p>	<p>Løsning der sikrer udveksling af oplysninger på den enkelte borger på tværs af org. Enheder som kan integreres med NOVAX</p> <p>System der kan indhente erfaringsbaseret data fra andre kommuner (en fælles database). Herunder hvilke teknologier der findes på markedet.</p> <p>Teknologien omkring applikationer skal øges.</p> <p>Herunder anvendelse af borgerfokuseret redskaber til borgers eget brug og gavn. På sammen måde søges tværsektorielt medarbejderfokuseret redskab. F.eks. ved monitorering/dataop-samling.</p> <p>Behov for uddannelse, som grundlag for bedst brug af teknologi</p>	<p>Ønsker et Virtuel kommunikations system som kan understøtte borgernes hverdag, tværfagligkommunikation. Det skal ligeledes være fleksibelt og kunne erstatte EOJ og det sociale system.</p>	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <p>Løsninger der styrker det tværgående og tværsektorielle samarbejde</p> <p>Løsninger der styrker styrke kompetenceudviklingen i hjemme-sygeplejen.</p> <p>Løsninger der understøtter det gode udskrivningsforløb.</p> <p>Løsninger der forhindrer indlæggelse og genindlæggelser.</p> <p>Løsninger der understøtter det svære forløb hos borgeren der</p>

					<p>håndteres i hjemmet af hjemmeplejen.</p> <p>Løsninger der styrker Medinddragelse af patient/borger og dennes pårørende</p>
<p>2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift:</p>	Fast Track – tværgående datadeling Appinux	MedCom	KMD Care	<p>EOJ system: KMD Care</p> <p>Sundhedsplejesystem: Novax</p>	<p>FMK</p> <p>KMD Care</p>

I følgende tabel ses sammendrag af

For uddybende information se de fyldte tilbagemeldinger svarende til indholdsfortegnelsen

	Sønderborg	Tønder	Varde	Vejen	Vejle
<p>1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:</p>	<p>Ønsker om videreudvikling af eksisterende skabeloner og medcom-standarder og sikring af fremtidig kommunikation ift. et sundhedsvæsen med specialiserede landsfunktioner og en national it-understøttelse af bl.a. FS3 og ved udrulning af landsdelsprogrammerne, f.eks. KOL-programmet</p>	<p>Behov for It understøttelse så hjemmemonitoreringsdata kan være tidstro og tilgås af borger og på tværs af sektorer og Kommunikation skal kunne være videobaseret og der skal kunne bruges E-learningsløsninger og mulighed for videosamtale og døgn call-center funktion. Ligeledes ønskes der en fælles oversigt over hjælpemidler generelt</p>	<p>Centralt for den digitale løsning er at der benyttes standardiserede datasnitflader og åbne standarder for data og brugergrænseflader</p>	<p>En digital infrastruktur som understøtter kommunikation mellem sektorer og ud til borger, hvor nye løsninger, løbende kan integreres i en fælles, sikker og stordrifts klar infrastruktur der kan integreres til borger.dk</p>	<p>Systemer skal underbygge sundhedsaftalerne, leve op til fællesoffentlige digitaliseringsstrategi og som anvender samme standarder på tværs af sektorer</p>

2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift:	EOJ: CSC Social CSC Sundhed CSC Omsorg Mediconnect Sår i syd	MedCom Bruger videokonference-system Appinux	Appinux Cisco Jabber (Videoløsning, test setup, ingen integration)	MedCom	FMK/MedCom, Dose-system, Re-act/Bröset, Doseringssystem til udlevering af metadon
--	---	--	---	--------	---

Spørgsmål 1: Temaer der er gennemgående på tværs af kommunerne.

<p>Kommunikation tværsektorielt: Den digitale infrastruktur skal modes, så der skaber rammevilkår for kommunikation over sektorerne</p>
<p>Kommunikation til og mellem systemer med velfærdsteknologiske løsninger: Et digitalt IT system skal generelt være fleksibelt med åbne snitflader og der skal anvendes fælles standarder for datastrukturen, som sikre sikker datadeling og kommunikation på tværs af sektorer.</p>
<p>Fokus på datavisning/integration. Behov for datavisning/datatrafikken fra telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger (tredjepartsleverandører) direkte i fagsystemet. Der er fokus på at velfærdsteknologien skal integreres i EOJ/fagsystemet, så personalet henter data direkte i systemet.</p>
<p>Fokus på komplekse borgere. Løsninger der retter sig mod komplekse borgere/medarbejderrettet.</p>
<p>Hjemmemonitorering.</p>
<p>Fokus på Borgerrettede- og inddragende teknologier.</p>
<p>Videokommunikation integration: Behov for at videofunktioner kan anvendes og er integreret i systemer på sikker vis, så de kan anvendes borgerrelateret, medarbejderrelateret og tværsektorielt.</p>
<p>Uddannelse og opkvalificering i forhold til anvendelse af teknologier. Kontekst uklar her nævnes: e-læringsmuligheder, bedst brug af teknologi og styrkelse af kompetencer i anvendelse.</p>

Spørgsmål 2: Besvarelser der er gennemgående på tværs af kommunerne.

EOJ system der betragtes som indgangspote til ekstern kommunikation her nævnes:

- CSC
- KMD Care
- KMD Nexus

Sundhedsplejen: NOVAX

Tandplejen: TM Tand

Monitoreringsplatforme der ses som indgangsport til tværsektoriel deling af data.

Her nævnes:

- Appinux

Medicinhåndteringsområdet:

- FMK

Videoløsninger

- Cisco Jabber (tværsektorielt)
- Andre videokonferencesystemer.

Andre systemer:

- Dosesystem, – medicinpåminder.
- Re-act/Bröset.
- Doseringssystem til udlevering af metadon.
- Fasttrack - tværgående datadeling.
- Doc2mail
- Logiva

Med-Com: Fælles ramme for udveksling af data. Standardisering af de hyppigst forekommende digitale kommunikationsstrømme.

3 Tilbagemeldinger fra kommunerne

3.1 Aabenraa

Hermed Aabenraa Kommunes besvarelse:

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Aabenraa Kommune ønsker, at it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde på svangre området understøttes snarest.

Aabenraa Kommune ser et behov for it-understøttelse af deling af data på tværs af forskellige telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger i henholdsvis kommuner og på sygehuse, der ligeledes vil være fremmende for en BYOD-tilgang (Bring Your Own Device) og hardwareuafhængighed.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Udvekslingen af indlæggelses- og udskrivesrapporter, plejeforløbsplaner m.v. kører i drift på basis af MedCom-standarder og via KFS-Lan.

Understøttelse af tværsektoriel kommunikation mellem Aabenraa Kommune og Region Syddanmarks sygehuse via CISCO Jabber og WebEx videokommunikation kører ligeledes i drift.

3.2 Billund Kommune

9. august 2016/hms

Besvarelse på DAK's kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

- Virtuelle træningsprogrammer
- Video konference
- Skype for Business
- Skærmbesøg
- Telemedicin

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

- Virtuelle træningsprogrammer
- Video konference
- Skærmbesøg
- KMD Nexus

3.3 Esbjerg Kommune.

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

3. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for deling af data på tværs af systemer og ikke deling af systemer.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for prioritering af åbne snitflader, hvor det gøres forudsætningskabende for EOJ systemer at de kan indarbejde tredjeparts leverandørers velfærdsteknologiske løsninger på en måde, der tillader faglig anvendelighed/brugbar fremvisning af data, samt deling af disse på tværs af sektorer.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for løsninger der ikke er afhængige af hardware eller styresystemer. Afhængighederne fører til skrøbeligheder i forhold til løbende opdateringer i styresystemer. Hardwaren skal ikke låse mulighederne for at dele data.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for velfærdsteknologiske løsninger der forbedrer, effektiviserer ydelser og er skalerbare fremtræder i en fælles vidensdatabase.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for løsninger der er brugervenlige og sætter fokus på øget egenmestring.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for at sikre funktion og pålidelighed af de introducerede løsninger, der skal kunne indsamle og dele data tværsektorielt. (Dvs. undersøge om de relevante data, når ud til de relevante personer på det rigtige tidspunkt ved indarbejdelse af filtreringsmekanismer og snitflader.)
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for understøttelse af borgers inddragelse i forhold til at understøtte at borger selv kan fremsøge ledige tider i kommunale tilbud.

4. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

- KMD – Care. Udbudsproces i forhold til indkøb af nyt EOJ- system er i gang.
- SAM:BO/MEDCOM i forhold til at kunne anvende systemerne tværsektorielt.
- FMK

Vi afvikler løbende projekter, hvor vi tager udgangspunkt i brugerdrevet innovation

3.4 Fredericia Kommune.

Hermed svar til DAK fra Fredericia Kommune på spørgsmålene vedr. kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Ønske: Fælles journal på tværs af sektorer. Bl.a. med mulighed for at få adgang til borgerens epicrisis straks efter at borgeren er blevet udskrevet fra sygehus. Adgang til denne viden med det samme giver større mulighed for, at der hurtigere bliver taget hånd om borgeren på den måde, det er foreskrevet af sygehuset. God og effektiv kommunikation og videndeling er også særdeles relevant ift. patienter med komplekse behandlingsbehov, der bliver udskrevet fra sygehuset til behandling i hjemmeplejen, men hvor behandlingsansvaret ligger på sygehuset fx IV-patienter

Ønske: Da sygehuset i Fredericia lukker, og der dermed bliver der større afstand til nærmeste sygehus, så er det et ønske at se nærmere på, om der kunne være muligheder for telemedicinsk ambulant kontrol for relevante målgrupper.

Ønske og behov: Vi har i en årrække arbejdet med at få pilledispensere (Medido) udbredt hos borgere tilknyttet hjemmeplejen, så de i højere grad selv kan håndtere at tage deres medicin. Som det fungerer i øjeblikket, er der kun et mindre antal borgere, der har en pilledispensere, og vores ønske er at udbrede brugen i større skala. Der kommunikeres mellem pilledispenserne, den tilhørende portal som hjemmeplejen kan tilgå, apotekerne og apotekernes pakkecentral. Dog er der på nuværende tidspunkt udfordringer med spørgsmål omkring datasikkerhed, rettigheder til brug af stregkoder, og desuden har det været udfordrende at få borgere over på dosispakket medicin, som denne pilledispensere kræver. På sigt kan der skabes integration mellem omsorgssystemet KMD Nexus og Medido.

Vi er i en undersøgelsesfase ift. (Telemedicin) Polycom, som vi vil bruge sammen med borgene i forbindelse med dialog med de regionale afdelinger, i første omgang for vores botilbud.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Plejenet (sår): Kommunikation mellem hjemmesygeplejersker og ambulatorier på sygehuse omkring borgeres sår. Det er muligt at sende billeder af borgeres sår til vurdering på ambulatorierne.

I Fredericia Kommune indfører vi d. 1. november 2016 nyt omsorgssystem – KMD Nexus. Nexus giver mulighed for, at journalsystemet kan bruges på tværs af fagområder fx pleje, sundhed og voksenområdet. Da Nexus har en åben snitflade, bliver det muligt at skabe integration mellem omsorgssystemet og andre systemer, som skal sende/modtage information herfra. Det gælder både systemer, der har

sigte på tværsektoriel kommunikation herunder MedComs standarder og andre systemer fx Medido.

Fælles Medicinkort er fuldt implementeret i Fredericia Kommune og kører i drift. FMK bliver integreret med EOJ-systemet - KMD Nexus.

Fredericia Kommune er en del af LIVA. LIVA er en kommunal app til kronikere, der bl.a. muliggør selvmonitorering, program til livsstilsændring, online dialog med sundhedspersoner og online fællesskab. Systemet giver kommunen overblik over kronikernes tilstand og udvikling med mulighed for at prioritere den kommunale indsats. Der er også mulighed for, at patientens egen læge kan få indsigt i de data, som findes i LIVA, og dermed kan de indgå i behandlingsgrundlaget. Kører i drift fra september 2016.

I Center for aktiv Social Mestring, Misbrug og Socialpsykiatri, er vi ved at indkøbe lægesystem EG Clinea som har snitflader til FMK mm. Det skal køre parallelt med NEXUS, der er ingen snitflade. Det skal dække vores lægers behov i forhold til ordinationer og deslige.

3.5 Haderslev Kommune.

I mailen nedenfor, har vi fra Haderslev Kommune skrevet vores kommentarer ind relateret til kortlægningen. Håber at det er brugbart. Det har ingen betydning, at kommentarerne er skrevet med forskellig skriftfarve. Det er blot et resultat af, at flere medarbejdere har været koblet på arbejdet.
God dag.

- 1 Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Det er vigtigt, at de velfærdsteknologiske løsninger der implementeres kan bidrage til effektiviseringer, forbedre kvaliteten i opgaveløsningen og understøtte, at borgeren tager aktivt del i eget liv. Som et eksempel herpå arbejder Haderslev Kommune med Appinux-plattformen til at understøtte en række velfærdsteknologiske løsninger. Den anvendes bl.a. til hjemmemonitorering af borgere med KOL samt til videostøtte i socialpsykiatrien. Der har erved været dialog omkring, hvorvidt platformen skal tages i brug på genoptræningsområdet.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Haderslev Kommune benytter sundhedsdatanettet som tværsektorielt kommunikationsmiddel, indenfor sundhedsområdet. Her benytte pt, CSC VITAE, samt BOSTED systemer, Netforvaltning Sundheds kommunikationsmodul, på sundhedsplejeområdet via deres IT system Novax Sundhed og Tandplejen TM tand.

Derudover sendes og modtages via Logiva system via Outlook, både sikre mails samt digital post. Digital post via doc2mail kan benyttes til forsendelse direkte fra fagsystemerne.

Der modtages sikker/digitalpost i Outlook og der er direkte journaliseringsnitflade til Incorp.

3.6 Kerteminde Kommune

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

At løsninger til hjemmemonitorering tilpasses, således at der er snitflade til kommunale og regionale EOJ systemer. Kerteminde deltager i ansøgning vedr. Geri-kuffert til satspuljen.

Mulighed for videokonference mellem kommune, sygehus og almen praksis. Kerteminde Kommune har implementeret Skype for Business og det vil være hensigtsmæssigt at der er integration mellem forskellige typer af systemer.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

MedCom, Sam:Bo og FMK.

3.7 Kolding Kommune

Kortlægning af værktøjer til it-understøttelse. OBS svarfrist 22.08.16

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Behov/ønsket er, at kunne aflevere data et fælles sted, hvorfra data kan tilgås af alle relevante parter i forbindelse med tværsektoriel kommunikation og samarbejde. Data må ikke være redundante og skal kunne hentes ind i fagsystemerne, hvis de danner grundlag for videre behandling.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. (Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ).

Fast Track – tværgående datadeling

I Kolding Kommune kører vi pilotprojekt med Sygehus Lillebælt og praktiserende læger vedr. tværgående datadeling. Kolding Kommune har købt Appinux platformen og samarbejdspartnere i øjeblikket: sygehus Lillebælt og praktiserende læge Jesper anker Andersen (flere undervejs), har adgang til Kolding Kommunes platform.

Det er udveksles i dag er:

- TOBS
- Ændringsskema
- Ernæringscreening
- I sikre hænder
- KOL

Udvælgelse af hvilke informationer/målinger fra ovennævnte punkter der er relevant ved akut indlæggelse i FAM, Sygehus Lillebælt, sker på workshops i samarbejde med sygehuset, praktiserende læger og kommunen.

3.8 Langeland Kommune

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune – Langeland.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Langeland kommune arbejder i forvejen med velfærdsteknologi i form af telemedicin, hvilket vi har gjort siden 2008, hvor det startede med et EU projekt, som sidenhen er overgået i drift.

Vi samarbejder med HIS (Health Insight Solution) fra Tyskland.

Udvalgte kroniske borgere i kommunen (diabetes, KOL og hjerteinsufficiens) tager selv deres målinger (blodsukker, vægt, blodtryk, peakflow, saturation) hvorefter disse målinger sendes til en platform som styres af HIS.

Efterfølgende logger personalet (sygeplejersker/ assistenter) sig ind og følger op på disse målinger. Ligger målingerne udenfor den grænseværdi som er opsat kommer der alarmer via mail og/eller sms til den vagthavende sygeplejersker døgnet rundt.

Der er pt ikke integration til EOJ, men det er et stort ønske. De målte værdier tages manuelt ind i "vitale målinger" EOJ.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Langeland Kommune har pt ingen systemer i drift, der understøtter den tværsektorielle kommunikation, udover medcom.

3.9 Middelfart Kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Lis Huge, Sundhedschef:

På sundhedsområdet kører Care i drift. Vi mangler en tilsvarende løsning, så der kan udveksles oplysninger om den enkelte borger på tværs af flere organisatoriske enheder, eller gerne hele forvaltningen, særligt jobcenterområdet, psykiatrien og børneområdet (Integration med NOVAX).

Ole Qvortrup, udviklingskonsulent, ansvarlig for projekt "Teknologi i øjenhøjde".

Det er et spørgsmål, der ikke er helt entydigt, synes jeg. Hvis der menes IT-understøttelse TIL implementering af velfærdsteknologiske løsninger, så er det nok begrænset, hvad vi har brug for af løsninger, om end det kunne være fantastisk, hvis der var muligheder for at indhente erfaringsbaserede data fra andre kommuner, når det gælder konkrete teknologier. Altså en fælles base, hvor erfaringer om konkrete produkters anvendelse i en kommunal kontekst kunne findes. Som det er i dag, og det er erfaringen fra TIØ, så er en del af vores indkøb sket i blinde, baseret på formodninger og hear-say.

Hvis der med spørgsmålet menes konkrete værktøjer / teknologier, der er IT-baserede, så er der klart et stort behov for fokus på alt, hvad der har med appteknologi at gøre. Det har, igen i TIØ, været en rød tråd, at det giver gevinst for unge, gamle, kognitivt og fysisk udfordrede. Eksempelvis kan en simpel app som DoMyDay være et uundværligt værktøj for hjerneskadede (med meget forskellige grader af skader), demente og såmænd også for borgere med ikke-kognitive udfordringer. Derudover er der en række øvrige værktøjer, der med IT-understøttelse i forskellige grader kan have stor effekt for borgerne. Det kan være som primær kilde, altså værktøj hos borgerne, men også som sekundær kilde, hvor den overvejende IT-del er placeret i kommunen til f.eks. monitorering, opsamling eller andet.

På dette område er der dog en større udfordring med at "uddanne" såvel borgere som medarbejdere til effektiv anvendelse af teknologierne, der ligger rigtig meget teknologi hos borgerne, der ikke skaber værdi, fordi det ikke bliver brugt korrekt og fordi ansvaret for dette ofte falder mellem flere stole.

Birgitte Raben Sørensen, projektleder for implementering af skærmløsninger i plejen

- " Nem Kommunikation v/ Tele Call Hjælpemiddel for struktur og nem kommunikation Hjælpemiddel for struktur og nem kommunikation. DoMyDay – Nem Kommunikation er en smartphone med et nyt styresystem, hvor borgeren bliver hjulpet til selv at udføre dagens gøremål. Borgeren bliver ikke forvirret af mange avancerede funktioner, fordi de findes slet ikke i DoMyDay – Nem Kommunikation. Systemet har dag- og natur, simpel kalender, opgaveguides med billede-/videoserier, hvor borgeren får detaljeret hjælp til dagens gøremål, billedalbum med billede-/videoserier for eksempelvis livshistorie, samt simpel sms

og mobiltelefon, hvor der er en tydelig visning af kontaktpersoner med relation og navn. Et rendyrket system til struktur og kommunikation, udviklet til at kompensere for brugerens funktionsnedsættelse i hverdagen. Systemet er yderst fleksibelt og kan tilpasses den enkelte borger ud fra dennes behov. Systemet har en simpel brugerflade med oplæsning overalt. Nye begivenheder og alt opsætning foretages af en hjælper fra disses egen android smartphone eller tablet, og gemmes via en server på brugerens enhed(er).

Helle Winther Dahl, Leder for sygeplejen

En fælles portal, hvor man kan søge viden om, hvilke teknologiske løsninger findes allerede på markedet, samt anbefalinger.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Care er i drift. Det skal dog snart udfases til fordel for et nyt system. Dette har for organisationen givet anledning til at lave en proces for at afdække de samlede behov, der er til et nyt IT-system for, at det kan skabe den maksimale værdi for både borgere, medarbejdere, ledere og organisation. Se medsendte "Udkast til Kravspecifikation".



Udkast til
kravspecifikation - v

Bemærk:

Dokumentet er ikke endeligt, og ikke alle organisations- og fagområders input indgår. Det kan derfor ikke betragtes som udtømmende.

Dokumentet er KUN til intern brug, og kun i forbindelse med denne kortlægning.

3.10 Nordfyns Kommune

Nordfyns kommunes bidrag til kortlægningen af it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation

1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:

Nordfyns kommune ønsker sig et system, hvor borger og fagperson evt. eksterne fagpersoner kan kommunikere virtuelt. Et redskab, der også skal kunne støtte borgeren i dagligdagen.

Nordfyns kommune ønsker et fleksibelt system, der kan erstatte EOJ systemet og det sociale system, og samtidig kan inkludere flere funktioner/enheder. Det skal understøtte den tværsektorielle kommunikation/det tværsektorielle samarbejde med relevante data til deling til fortsættelse af behandling og rehabilitering af borgeren.

2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift:

Nordfyns kommunes EOJ system er KMD Care, hvilket understøtter den elektroniske kommunikation mellem region og kommune, på de borgere, der hører under dette område.

Kommunen er pt ved at finde en afløser for dette system, da det fra leverandørens side udgår på sigt pga. alder.

Nordfyns kommunes sundhedspleje benytter systemet Novax, der ligeledes kan kommunikere med regionen.

Nyt i kommunen er implementeringen af videokonferenceudstyr, tiltænkt bl.a. udskrivelseskonferencer mellem borger, sygehus, kommune

3.11 Odense Kommune.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Odense Kommune er pt involveret i et tværsektorielt projekt 'Patienten i fokus', som indeholder nogle af de ønsker Odense Kommune har til tværsektoriel it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger. Formålet med projektet er at undersøge, om brugen af et mobilt devise, der kan forbinde såvel kommune, som praktiserende læge - med læger og sygeplejerske i sekundærsektoren, kan:

styrke det tværgående og tværsektorielle samarbejde
styrke kompetenceudviklingen i hjemmesygeplejen
understøtte det gode udskrivningsforløb
forhindre indlæggelse og genindlæggelser
støtte det svære forløb hos patienten der håndteres der hjemme af hjemmeplejen
medinddrage patient/borger og dennes pårørende

3. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

FMK

KMD Care

3.12 Sønderborg Kommune.

Sønderborg Kommunes tilbagemelding til kortlægningen indeholder følgende to besvarelser

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Sønderborg Kommune er i udgangspunktet godt tilfredshed med det eksisterende sundhedsdatanet.

Det er dog Sønderborg Kommunes vurdering, at det vil give mening at videreudvikle eksisterende skabeloner og medcom-standarder.

Desuden vil det give god mening at sikre fremtidig kommunikation ift. et sundhedsvæsen med specialiserede landsfunktioner.

Derudover ønskes en national it-understøttelse for bl.a. FS3 og ved udrulning af landsdelsprogrammerne, f.eks. KOL-programmet.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Sønderborg Kommune bruger følgende systemer

- CSC Social
- CSC Sundhed
- CSC Omsorg
- Mediconnect
- Sår i syd

3.13 Tønder Kommune

Tønder Kommunes svar på henvendelse af 1.8.16 vedrørende kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektorielt samarbejde

Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi har ønsket svar på

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?
2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift? Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Ad. 1.

Tønder Kommune ser behov for:

- Hjemmemonitoreringsdata skal kunne tilgås og deles mellem borger, kommune, region og praktiserende læger. Samarbejdsdata – herunder hjemmemonitoreringsresultater - skal kunne tilgås let og være tidstro
- Dialog/ møder om borgerens behandlings-/plejeforløb m.v. skal kunne drøftes af alle parter via fælles tilgængelige videoløsninger
- Ambulante kontroller skal kunne ske via videoløsninger, hvor det skønnes hensigtsmæssigt
- E-learning-løsninger, der løbende anvendes specifikt til kompetenceudvikling ud fra fælles behov

- Hvis spørgsmålet vedrører plejeteknologi (hjælpemidler) er der et logistisk behov for en fælles oversigt over hjælpemidler med henblik på at sikre mest effektiv og hensigtsmæssig anvendelse på tværs af sektorerne (*der er et arbejde i gang p.t., igangsat af Sundhedsdatastyrelsen*). En sådan løsning vil også kunne anvendes på telemedicinsk udstyr, som opfylder fælles aftalte kvalitetskrav.

Tønder Kommune har følgende ønsker:

- En call-center funktion, med mulighed for adgang til fagekspertise med henblik på sparring/vejledning mellem kommunens medarbejdere/sygehusets medarbejdere – også uden for normal arbejdstid. Mulighed for videosamtale ønskelig.

Ad.2.

Tønder Kommune har udstyr til videokonference i udvalgte mødelokaler, men derudover har Tønder Kommune ikke p.t. systemer, der kan den tværsektorielle kommunikation i drift - bortset fra Medcom.

Tønder Kommune anvender i et vist omfang borgerplatformen Appinux, som vil kunne indgå i tværsektoriel kommunikation.

3.14 Varde Kommune

Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi har ønsket svar på

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?
2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift? Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Ad 1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Den enkelte velfærdsteknologiske løsning skal ikke (nødvendigvis) indeholde andet it-understøttelse end standardiserede datasnitflader (borgerdata og/eller organisationsdata), samt anvende åbne standarder ift. såvel data som brugergrænseflader.

Ad 2: Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift? Her tænkes der særligt på systemer med åbne snitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

- Appinux
- Cisco Jabber (Videoløsning, test setup, ingen integration)

3.15 Vejen Kommune

1. Ønsker og behov:

Den Digitale Landevej (DDL) En digital infrastruktur som understøtter kommunikation med data mellem region/kommune/almen praksis og borger. Nye velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger, herunder i borgerens hjem, skal løbende kunne integreres i den digitale kommunikation og dataudveksling. Regional understøttelse af fælles infrastruktur og sikker log in og deraf følgende stor drift fordele er en af forudsætningerne for sikker og økonomisk anvendelse af udvalgte velfærdsteknologiske løsninger og telemedicin.

Integration til Borger.dk

2. Systemer i drift som it-understøtter den tværsektorielle kommunikation

MedCom - Sundhedsdatanettet

3.16 Vejle Kommune

Vejle Kommune.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Systemer, der kan underbygge sundhedsaftalerne.

Leve op til den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi og at der på tværs af sektorer bruges de samme standarder.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

FMK/MedCom, Dose-system, Re-act/Bröset, Doseringssystem til udlevering af metadon

Kortlægning: Regionale systemer med digital understøttelse af det tværsektorielle samarbejde

Systemnavn	Formål Kortfattet beskrivelse af systemets formål	Specialespecifi/ Generisk Er systemet udviklet til et speciale eller har det generisk karakter?	Udbredelse Hvor anvendes det i RSYD	Integrationer Er der integration til andre systemer eller forberedt hertil	MedCom Hvilke MedCom standarder understøttes	Anden ikke meddelelsesbaseret digital understøttelse af tværsektorielt samarbejde	Adgang for patienter/pårørende	Bemærkninger
Cosmic	Elektronisk patientjournal (EPJ) og patientadministrativt system (PAS)	Generisk	Alle sygehuse	Til REGIS med integration til relevante parakliniske systemer og til håndtering af meddelelsesbaseret MedCom kommunikation	Relevante kommunemeddelelser, (Indlæggelsesrapport, Plejeforløbsplan, Udskrivningsrapport) Sygehushenvisninger, bookingsvar og udskrivnings-, ambulans- og skadestueepikriser .	Fælles Medicinkort (FMK)	Adgang til journaloptegnelser via Sundhed.dk	
GE-RIS	Røntgeninformationssystem	Radiologi	OUH og SHS	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Røntgenhenvisning, bookingsvar og røntgensvar			
Sectra	Røntgeninformationssystem	Radiologi	SVS	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Røntgenhenvisning, bookingsvar og røntgensvar			
Carestream	Røntgeninformationssystem	Radiologi	SLB	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Røntgenhenvisning, bookingsvar og røntgensvar			
BCC	Laboratoriesystem	Klinisk Kemi (understøtter rekvisition/svar for andre laboratoriespecialer)	alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Laboratorierekvisitation, Laboratoriesvar		Adgang til analysesvar via Sundhed.dk	
Prosang	Blodbankssystem	Immunologi	Alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Laboratorierekvisition, laboratoriesvar			
EG Clinea (EMAR)	Specialiseret system til øjenafdelinger	Øjenafdeling	SLB	TIL REGIS med integration til interne systemer	Henvisning			Medtager REF01 (henvisninger) direkte men kommunikerer i øvrigt via Cosmic
DiaLog	Specialiseret system til diabetesbehandling	Diabetes ambulatorie	OUH	TIL REGIS med integration til interne systemer, kvalitetsdatabase (DVDD)		Praksislæger har direkte adgang til DiaLog		
SCO-Diabetes (Diabetes Rask)	Specialiseret system til diabetesbehandling	Diabetes ambulatorie	SVS, SLB, SHS	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation, kvalitetsdatabase (DVDD)	Ambulantepikrise		Adgang for patienter til indberetning direkte i SCO-diabetes.	Nogle ambulatorier
Shared Care	Portalløsning udviklet på udgangspunkt i kronikerstrategien med henblik på tværsektoriel understøttelse af sammenhængende kronikerforløb (komplekse forløb)	Generisk	Piloter på OUH, SVS og SLB er under afvikling.	TIL REGIS, Cosmic, NemLogin, Laboratorieportalen, SOR, praksissystemer	Korrespondance	Sundhedspersonale (sygehuse, primærsektor og kommunal sektor) har rollebaseret adgang	Direkte patientadgang (NemLogin) fra browser og APP	
Mit Forløb	APP som giver mulighed for sygdomsspecifik information samt dialog med behandlere på sygehus	Generisk	OUH	TIL REGIS med integration til interne systemer			Adgang via APP	
AK-behandling	Antikoagulationsbehandling (blodfortyndende)	Hjerterafdeling Klinisk kemi	OUH	TIL REGIS med integration til interne systemer			Patienter har adgang til test af INR og selvstyret behandling	
MADS	Mikrobiologi	Mikrobiologi	Alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Mikrobiologirekvisitation, mikrobiologsvar		Adgang til analysesvar via Sundhed.dk	
PATO	Patologi	Patologi	Alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Patologirekvisitation, patologisvar		Adgang til analysesvar via Sundhed.dk	

Systemnavn	Formål Kortfattet beskrivelse af systemets formål	Specialespecifi/ Generisk Er systemet udviklet til et speciale eller har det generisk karakter?	Udbredelse Hvor anvendes det i RSYD	Integrationer Er der integration til andre systemer eller forberedt hertil	MedCom Hvilke MedCom standarder understøttes	Anden ikke meddelelsesbaseret digital understøttelse af tværsektorielt samarbejde	Adgang for patienter/pårørende	Bemærkninger
FMK	Fælles Medicinkort	Generisk	Alle	Integration til Cosmic, lægesystemer og EOJ-systemer		Sundhedspersonale (sygehuse, primærsektor og kommunal sektor) har rollebaseret adgang	Patienten har adgang via Sundhed.dk	
Pleje.net	Sårdatabase til optimering af sårbehandlingen.	Sårbehandling - flere relevante specialer	Alle relevante			Sundhedspersonale (sygehuse, primærsektor og kommunal sektor) har rollebaseret adgang		
Sundhed.dk	Nationalt system til tværsektoriel deling af patientdata (borgeren samt sundhedsprofessionelle)	Generisk	Alle				Adgang for patienter og pårørende	
Henvisnings-hotellet	Nationalt system til håndtering af henvisninger (omvisitering, henvisning til speciallæge samt kommunal forebyggelse)	Generisk	Alle					
Video	Videosamtale	Generisk	Primært psykiatrien					
Teletolkning	Bestilling og gennemførelse af tolkeydelse ved hjælp af video	Generisk	Alle					
DIPS	Digital post til patienter (indkaldelser mv. til e-boks)	Generisk	Alle					

Oversigt: Regionale systemer med digital understøttelse af det tværsektorielle samarbejde i forhold til behovskategorier

Systemnavn	Formål	Samarbejdsmodel	Behovskategorier			Sektorrelevans		
			Information	Koordinering	Kommunikation	Kommune	Praksis	Patient/borger
Cosmic	Elektronisk patientjournal (EPJ) og patientadministrativt system (PAS)	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)		- Sikker mail, voicemail og/eller videomail (sikker mail)	x	x	x
GE-RIS	Røntgeninformationssystem	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
Sectra	Røntgeninformationssystem	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
Carestream	Røntgeninformationssystem	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
BCC	Laboratoriesystem	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
Prosang	Blodbankssystem	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
EG Clinea (EMAR)	Specialiseret system til øjenafdelinger	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
DiaLog	Specialiseret system til diabetesbehandling	Shared care	- Borgerrapporterede oplysninger - Tværsektoriel deling af patientdata	- Deling af status og resultater			x	x
SCO-Diabetes (Diabetes Rask)	Specialiseret system til diabetesbehandling	Transferred care	Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	x
Shared Care	Portalløsning udviklet på udgangspunkt i kronikerstrategien med henblik på tværsektoriel understøttelse af sammenhængende kronikerforløb (komplekse forløb)	Shared care	- Borgerrapporterede oplysninger, - Tværsektoriel deling af patientdata, - Advisering ved nye patientdata	- Overblik over aktører og ydelser - Deling af mål og planer - Deling af status og resultater - Advisering ved ændringer	- Chatrum, telefon- og/eller videokonference (chatrum) - Historik på kommunikation (chatrum)	x	x	x
Mit Forløb	APP som giver mulighed for sygdomsspecifik information samt dialog med behandlere på sygehus	Shared care	- Borgerrapporterede oplysninger		- Chatrum, telefon- eller videokonference (chatrum) - Historik på kommunikation			x
AK-behandling	Antikoagulationsbehandling (blodfortyndende)	Transferred care	- Borgerrapporterede oplysninger				x	
MADS	Mikrobiologi	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
PATO	Patologi	Transferred care	- Tværsektoriel deling af patientdata (MedCom)				x	
FMK	Fælles Medicinkort	Shared care	- Tværsektoriel deling af patientdata	- Deling af medicinoplysninger		x	x	x
Pleje.net	Sårdatabase til optimering af sårbehandlingen.	Shared care	- Tværsektoriel deling af patientdata	- Deling af status og resultater		x	x	x
Sundhed.dk	Nationalt system til tværsektoriel deling af patientdata (borgeren samt sundhedsprofessionelle)	Shared care	- Tværsektoriel deling af patientdata	- Deling af status og resultater - Overblik over tidligere kontakter med væsenet	Sikker mail, voicemail og/eller videomail (sikker mail)		x	x
Henvisningshotellet	Nationalt system til håndtering af henvisninger (omvisitering, henvisning til speciallæge samt kommunal forebyggelse)	Transferred care		- Bestilling af ydelser		x	x	
Video	Videosamtale	Transferred care			- Chatrum, telefon- og/eller videokonference (videokonference)			
Teletolkning	Bestilling og gennemførelse af tolkeydelse ved hjælp af video	Transferred care					x	
DIPS	Digital post til patienter (indkaldelser mv. til e-boks)	Transferred care						x

Afdeling: Velfærdsteknologi og telemedicin
Journal nr.:

Dato: 17. august 2016

Udarbejdet af: Nina Charlotte Schack
E-mail:
Nina.Charlotte.Schack@rsyd.dk
Telefon: 2920 1307

Notat

Behov for tværsektoriel it-understøttelse: Regionalt perspektiv

Indledning

Mere og bedre sammenhæng i patientforløb er i dag fokusområder, blandt andet i Den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2016-2020.

Strategiens fokusområde 3 *Bedre og mere sammenhængende velfærd* omtaler vigtigheden af, at borgere skal opleve en sammenhængende og effektiv offentlig sektor, hvor koordination og samarbejde på tværs sker enkelt og effektivt, og hvor borgerne ikke har oplevelsen af at skulle bære rundt på oplysninger mellem myndigheder.

Som et tiltag i strategien skal der gennemføres indsatser for at afbureaukratisere og skabe bedre koordination og sammenhæng i udvalgte tværgående sags- og borgerforløb på velfærdsområdet, fx datastandardisering, bedre deling af data, it-understøttelse, bedre arbejdsgange og eventuelt lovændringer.

Initiativet er som udgangspunkt rettet mod velfærdsforløb, der går på tværs af sektorer.

I Økonomiaftalen 2015 besluttede Regeringen, KL og Danske Regioner endvidere at igangsætte det fælles afklaringsprojekt *'Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb'* (DUK-OP) som havde til formål at afdække de udfordringer, som sundhedsaktører, patienter og pårørende i dag oplever i samarbejdet om komplekse patienter på tværs af sektorer.

Region Syddanmark har bidraget til det fælles afklaringsprojekt vedrørende komplekse patientforløb. På baggrund af dette projekt samt andre projekter i regionens projektportefølje, er det regionens konklusion at der i tværsektorielle patientforløb overordnet er behov for it-understøttelse af:

- Informationsdeling
- Koordinering
- Kommunikation

De tre elementer indgår i det systemtekniske målbillede, som er en del-leverance i DUK-OP, og som beskriver, hvad der digitalt skal til for at kunne understøtte et samarbejde på tværs af sektorer.

Metode

Der er de senere år udarbejdet flere forskellige undersøgelser af digital understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis i Danmark.

Den regionale kortlægning af behov for it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation er derfor lavet med baggrund i allerede eksisterende undersøgelser og resultater heraf. Endvidere bygger notatet på konkrete erfaringer fra projekter i regionen.

Kortlægningen vil tage udgangspunkt i rapporten *'Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb'* (2016) (DUK-OP), som indeholder de samlede konklusioner fra det fælles afklaringsprojekt af samme navn (som nævnt ovenfor).

Som grundlag for DUK-OP rapporten indgår *'Digital understøttelse af relevante arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet'* (Deloitte 2014 for NSI/Digitaliseringsstyrelsen).

Projektet DUK-OP består af seks leverancer:

- *Atlas over Sundheds-it (NSI, forår 2015)*
- *Erfaringsopsamling fra 7 eksisterende danske projekter med digital understøttelse af nye typer samarbejde på tværs¹ (Devoteam, forår 2016)*
- *Antropologisk studie af komplekse, tværgående patientforløb (Nielsen og Jensen, forår 2015)*
- *Forretningsanalyse: På vej mod bedre digital understøttelse af tværgående, komplekse patientforløb (KL, november 2015)*
- *Systemteknisk målbillede for digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb (Sundhedsdatastyrelsen, april 2016)*
- *Pilotprojekt med en dybere afdækning af behov og indhold til en it-understøttelse af fælles mål og aftaleoversigt for komplekse, tværgående patientforløb (CoLab, forår 2016)*

Region Syddanmark har på forskellige vis bidraget ind i alle ovenstående leverancer.

I notatet er endvidere inddraget følgende materiale:

COWI for Region Syddanmark *'Status for implementering af patientforløbsprogrammer i Region Syddanmark'*

Forretningsanalyse 2015 *'På vej mod bedre digital understøttelse af tværgående komplekse forløb'* (KL 2015)

Systemteknisk Målbillede 2016 *'Systemteknisk målbillede for digital understøttelse af komplekse tværgående patientforløb'* (Sundhedsdatastyrelsen 2016)

¹ De syv projekter, som indgår i erfaringsopsamlingen, er: TeleCareNord projektet (Region Nord), Acces projektet (Sygehus Sønderjylland), Horsens på forkant (Region Midt), Integrated Care (Region Syddanmark), Shared Care Platformen (Region Syddanmark), Telemedicinsk Sårvurdering (MedCom, alle regioner og kommuner), Lyngby Taarbæk projektet (Lyngby-Taarbæk Kommune)

Kortlægning af behov for it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation

Det fællesoffentlige afklaringsprojekt 'Digital understøttelse af komplekse, tværgående patientforløb' (DUK-OP) har haft til formål at afdække de udfordringer, som sundhedsaktører, patienter og pårørende i dag oplever i samarbejdet om komplekse patienter på tværs af sektorer.

En for-analyse til projektet viste, at der i 2012 var ca. 50.000 borgere med et betydeligt koordineringsbehov mellem sygehus, kommune og almen praksis (DUK-OP 2016, Deloitte 2014).

For-analysen viser, at de mange kontakter og behandlingsforløb på tværs af alle sektorer af sundhedsvæsenet for denne gruppe af patienter stiller krav til et bedre samarbejde og en bedre koordinering på tværs samt en højere grad af involvering af patient og pårørende. Behovet for at sikre koordinering, kommunikation og deling af oplysninger om patientens behandling forøges i takt med, at sundhedsvæsenet udvikler sig mod kortere indlæggelser og øget vægt på ambulans behandling på sygehuse på den ene side, og på den anden side en øget rolle for kommunal sundhedspleje og krav til samarbejde også med almen praksis (DUK-OP 2016).

I en analyse gennemført af KL som led i ovennævnte projekt, er der identificeret seks hovedudfordringer, som sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende møder i sundhedsvæsenet (Forretningsanalyse 2015):

- **Utilstrækkelig deling af information** – patienter oplever, at de skal gentage sig selv igen og igen
- **Utilstrækkeligt overblik over kontakter** – *'jeg har ikke overblik over mit sygdomsforløb og føler heller ikke, at andre har det'*
- **Uklarhed om ansvar** – Patienterne beskriver udskrivningen som at blive *sluppet løs* uden klar idé om hvem, der står for opfølgning samt hvornår og hvordan, opfølgningen skal ske
- **Manglende fælles mål** – patienter med flere sygdomme kan have flere behandlingsforløb med hvert sit mål, og som ikke koordineres
- **Manglende inddragelse af pårørende** – *'Jeg var ked af, at få en telefonkonsultation. Så kunne min kone ikke være med'*
- **Svært at fremfinde relevant information** – Sundhedsaktører kan opleve mødet med patienten som kaotisk og ofte utilfredsstillende, fordi de ikke har det nødvendige overblik

I Forretningsanalysen (2015) konkluderes det, at for at imødekomme ovenstående udfordringer, bør man i sundhedsvæsenet gå i retning af et integreret tværsektorielt samarbejde om komplekse forløb.

Der er i dag en god it-understøttelse af store dele af den tværgående kommunikation på sundhedsområdet (Deloitte 2014). Den nuværende it-understøttelse er dog primært formet til at understøtte en sekventiel række af indsatser og tiltag og uden større blik for tværgående kommunikation, og fungerer grundlæggende ved at sende strukturerede meddelelser til næste aktør. Det er hensigtsmæssigt, hvis man skal understøtte en samarbejdsmodel som **transferred care**, hvor opgaverne leveres fra den ene aktør og videre til den næste aktør (DUK-OP 2016, Deloitte 2014).

Denne type samarbejde er egnet for patienter, der har simple forløb med få involverede aktører, men viser sig utilstrækkelig i forhold til understøttelse af **shared care** modeller, hvor en patient har mange kontakter til forskellige sundhedsaktører og flere samtidige behandlingsforløb, hvor der er behov for

mere løbende samarbejde med og om patienter og pårørende (DUK-OP 2016, Deloitte 2014). Denne behovsafklaring forholder sig til shared care modellen, idet behovene i relation til en transferred care model allerede er dækket i tilstrækkeligt omfang i relation til det tværsektorielle område.

Tendensen til kortere indlæggelser og muligheden for hjemmemonitorering af patienter samt den øgede vægt på ambulans behandling på sygehusene kombineret med den øgede rolle for kommunerne, ændrer rammen og behovet for koordination og mulighederne for, at den enkelte aktør kan se på tværs af alle aktører, og der vil ofte være tale om flere parallelle indsatser i forhold til den enkelte borger, som er forankret flere steder (Deloitte 2014).

Ifølge Deloitte (2014) bør fremtidige løsningsmodeller i højere grad tage udgangspunkt i dynamiske behandlingsforløb med en højere grad af fælles ansvar for den samlede behandling, hvor mere sammenhængende datadeling og digitalt samarbejde om tværgående forløb kan imødekomme de identificerede problemstillinger omkring dataudveksling, når flere parter er involverede parallelt. Deloitte (2014) konkluderer, at en fremadrettet løsning således ikke er at implementere flere MedCom beskeder, men tilvejebringelse af en anden løsning, hvor data deles på tværs.

Systemteknisk målbillede

Ifølge DUK-OP (2016) vurderes det, at der er behov for en samlet arkitekturvision og et målbillede, hvis involverede aktører i højere grad skal kunne dele oplysninger på en struktureret måde. Med udgangspunkt i erfaringerne indhentet i projektet er der udarbejdet et systemteknisk målbillede², som er baseret på en fælles overordnet vision for digital understøttelse af komplekse patientforløb, som fastlægger den strategiske retning for udviklingen af løsninger til understøttelse af samarbejdet om tværgående forløb:

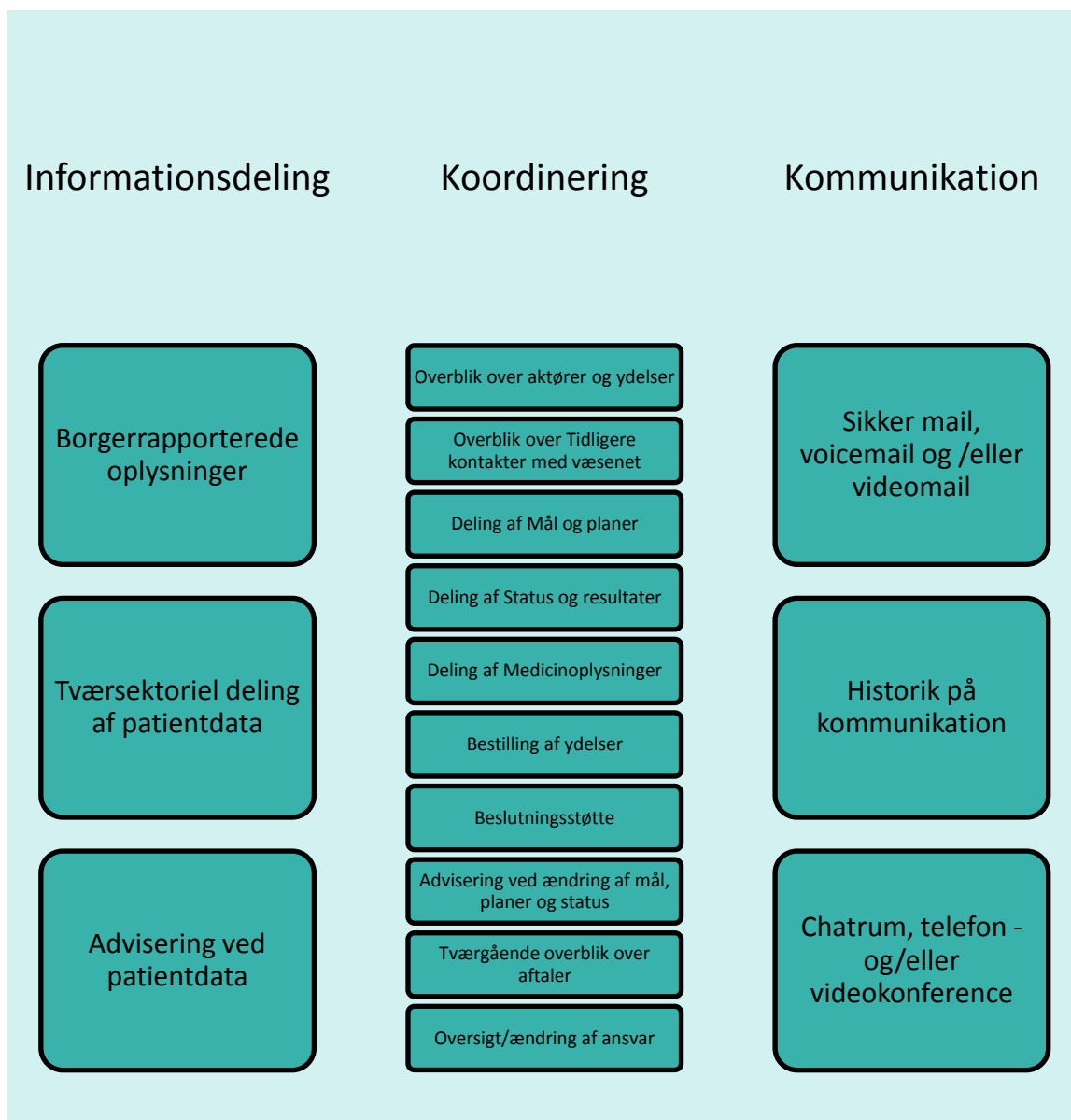
Et fælles digitalt fundament, hvor patienter, pårørende og professionelle samarbejder helhedsorienteret om borgernes sundhed og behandling. Fundamentet udgøres af en række løsninger fra forskellige offentlige og private parter, der virker sammen i et samlet økosystem.

Målbilledet beskriver, hvad der skal til for digitalt at kunne understøtte, at samarbejde på tværs af sektorer sker i integrerede behandlingsnetværk og ikke som sekventielle forløb, og der er i målbilledet fokus på øget deling af **informationer**, bedre mulighed for **koordinering** og hurtig **kommunikation**.

Endvidere er der opstillet en række principper for den digitale understøttelse af samarbejdet og koordineringen, som sætter en overordnet ramme for anvisningen af løsninger, heriblandt udvælgelsen af it-arkitektur, standarder og systemer (DUK-OP 2016, Systemteknisk Målbillede 2016) (Principperne er nærmere beskrevet i Systemteknisk Målbillede)

Målbilledets vision er konkretiseret ved en beskrivelse af de områder, der skal fokuseres på og udarbejdes funktionaliteter for, når der skal skabes bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer (DUK-OP 2016):

² Det systemtekniske målbillede er en delleverance i det overordnede projekt 'Digital understøttelse af komplekse tværgående patientforløb', og er udarbejdet på baggrund af fire workshops med deltagelse af it-arkitekter fra kommuner, regioner og staten samt MedCom, Sundhed.dk og leverandører udpeget af brancheforeningen.



En mere dybdegående beskrivelse af målbilledet fremgår af Systemteknisk Målbillede (2016).

Informationsdeling

Informationsdeling dækker over borgerrapporterede oplysninger, tværasektoriel deling af patientoplysninger og advisering ved nye- eller ændrede patientdata.

Elementet **borgerrapporterede oplysninger** dækker over services, som opsamler data hos borgerne, eksempelvis automatisk overførsel af data fra måleudstyr opstillet hos borgeren, eller at borgeren udfylder et spørgeskema på en app eller via en portal.

Tværasektoriel deling af patientdata er vigtig, når borgere og sundhedsprofessionelle skal samarbejde. Data skal ikke nødvendigvis præsenteres ensartet for alle. Der kan opereres med fælles overblik/dataselektion på tværs af fagsystemer.

Elementet **advisering ved nye- eller ændrede patientdata** dækker over services, som kan advisere anvendelse af systemer og brugere om, at der foreligger nye data, eller at eksisterende data er blevet opdateret.

Perspektivering til regionale systemer

Som system understøtter COSMIC behovet for informationsdeling, så længe der er tale om et transferred care forløb.

I et shared care forløb understøtter eksempelvis Shared Care Platformen behovet for informationsdeling, idet Shared Care Platformen giver mulighed for tværasektoriel adgang til et fælles datagrundlag, der kan skabe sammenhæng i patientforløb. Shared Care Platformen kan håndtere borgerrapporterede oplysninger, tværasektoriel deling af patientdata og advisering ved nye patientdata.

Andre systemer, der understøtter et shared care forløb i forhold til informationsdeling er Mit Forløb, FMK, Pleje.net og Sundhed.dk (jf. vedlagte bilag)

Der er således væsentlige elementer i målbilledet for informationsdeling, der kan understøttes af eksisterende systemer, men samtidig må man konstatere, at der ikke systemmæssigt er en samlet understøttelse af et tværgående shared care forløb, idet fx patientrapporterede oplysninger samt muligheden for at etablere et fælles tværasektorielt datagrundlag er isoleret til få systemer uden generel udbredelse.

Koordinering

Koordinering dækker over overblik over aktører og ydelser, deling af mål og planer, deling af status og resultater, deling af medicinoplysninger og beslutningsstøtte.

Elementet **aktører og ydelser** dækker over et fælles overblik over sundhedsaktører samt mulighed for at se, hvilke aktører der har været involveret eller planlægges involveret i undersøgelse, behandling eller pleje af patienten.

Deling af **mål og planer** giver mulighed for, at se mål og planer opstillet af patienten selv eller af sundhedsaktører. Mål og planer kan overdrages mellem sundhedsaktører, og flere kan arbejde på den samme plan.

Deling af **status og resultater** viser status på planlagte og igangsatte aktiviteter omkring patienten. For afsluttede aktiviteter er det muligt at se resultatet af disse.

På sigt kan man forestille sig services, som gør det muligt at **bestille ydelser** på tværs af sektorer og parter, som led i en samlet plan eller pakke til patienter i komplekse forløb.

Deling af medicinoplysninger er oplysninger om medikamentel behandling. Punktet medtages da medicinmoduler ikke alle steder er dybt integreret i planlægningssystemerne, men fremstår som selvstændige bestillingssystemer.

Beslutningsstøtte dækker såvel systemunderstøttelse af forløbsplaner som services, der ud fra parametre om aktuelle patientdata, foretager scoringer eller kontroller baseret på et opdateret vidensgrundlag / sundhedsdata.

Perspektivering til regionale systemer

I et transferred care forløb er der ingen systemer, der understøtter behovet for koordinering i et patientforløb, idet man er dækket ind via forløbsprogrammerne.

I et shared care forløb er der identificeret flere systemer, der delvist opfylder behovene for koordinering. Shared Care Platformen kan give et fælles overblik over sundhedsaktører og ydelser samt mulighed for at se, hvilke aktører, der har været involveret eller planlægges involveret i undersøgelse, behandling eller pleje. Hertil kommer deling af mål og planer, status og resultater. Endvidere giver platformen advisering ved ændringer i mål, plan og status (jf. vedlagte bilag).

Endvidere opfylder systemer som FMK, Pleje.net, Sundhed.dk og Henvisningshotellet nogle af behovene for koordinering (jf. vedlagte bilag).

Der er således væsentlige elementer i målbilledet for koordinering, der kan understøttes af eksisterende systemer, men samtidig må man konstatere, at der ikke systemmæssigt er en samlet understøttelse af et tværgående shared care forløb, herunder især koordineret tværsektoriel planlægning, som fx vil kunne understøttes af en fælles tværsektoriel kalender.

Kommunikation

Sikker mail, voicemail og / eller videomail inkluderer både strukturerede beskeder (fx MedCom-beskeder), e-mails (fx Digital Post og sikker e-mail), og forskellige andre tekstbeskeder (almindelige SMS'er, MMS'er, NemSMS m.fl.).

Elementet chatrum, telefon- og/eller videokonference dækker over services, fx chat og trådbaseret kommunikation, hvor flere aktører kan skrive/kommunikere samtidig, men hvor det også kan være muligt at skrive "indlæg" uafhængigt af, om andre deltager i kommunikationen. Elementet dækker også over services, som gør det muligt at afholde direkte videomøder mellem få aktører.

For de enkelte kommunikationstyper vil der i nogle tilfælde være behov for at gemme **historik**, og i andre tilfælde direkte krav om dokumentation.

Perspektivering til regionale systemer

I et transferred care forløb understøtter et system som COSMIC sammen med en række systemer på røntgen og laboratorieområdet behovene for kommunikation (jf. vedlagte bilag).

I et shared care forløb er der flere systemer, der understøtter behovene for kommunikation, herunder Shared Care Platformen, Mit Forløb og Sundhed.dk (jf. vedlagte bilag)

Der er således væsentlige elementer i målbilledet for kommunikation, der kan understøttes af eksisterende systemer, men samtidig må man konstatere, at der ikke systemmæssigt er en samlande understøttelse af et tværgående *shared care* forløb. Muligheden for at etablere chat-lignende funktioner eller trådbaseret dialog mellem sundhedsprofessionelle og mellem sundhedsprofessionelle og patienten i et tværsektorielt setup er således isoleret til få systemer uden generel udbredelse.

Afslutning

Region Syddanmark har en god it-understøttelse af den tværgående kommunikation. Især er man godt dækket ind i de patientforløb, der understøtter en *transferred care* model, hvor opgaver og oplysninger leveres fra én aktør og videre til den næste.

Men ser man på konklusionerne i ovennævnte, hvor både patienter og sundhedsfaglige personer efterspørger mere sammenhæng i patientforløb og særligt i mere komplekse forløb (*shared care model*), hvor patienter har flere parallelle behandlingsforløb og kontakt til mange sundhedsfaglige personer, er der få systemer, der dækker de efterspurgte behov for tværgående informationsdeling, koordinering og kommunikation.

Dertil kommer at det samlede it-landskab, der understøtter *shared care* modellen er karakteriseret ved at være fragmenteret i relation til understøttelse af de samlede behov, samt med hensyn til valg af tekniske løsninger samt systemmæssig og organisatorisk understøttelse.

Litteraturliste

- **COWI 2014** 'Status for implementering af patientforløbsprogrammer i Region Syddanmark' (COWI for Region Syddanmark)
- **Deloitte 2014** 'Digital understøttelse af relevante arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet' (Deloitte 2014 for SUM/NSI/Digitaliseringsstyrelsen)
- **Den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2016-2020** (Regeringen, KL og Danske Regioner)
- **DUK-OP 2016** 'Digital understøttelse af komplekse, tværgående patientforløb – Sammenfattende rapport' (Sundheds- og ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, KL og Danske Regioner)
- **Forretningsanalyse 2015** 'På vej mod bedre digital understøttelse af tværgående komplekse forløb' (KL 2015)
- **Systemteknisk Målbillede 2016** 'Systemteknisk målbillede for digital understøttelse af komplekse tværgående patientforløb' (Sundhedsdatastyrelsen 2016)

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOP'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsats					
Videreudvikling af Sam:Bo	Der har været nedsat en arbejds-gruppe, der har set på mulighederne for videreudvikling af Sam:Bo. Arbejdsgruppen har fore-slået, at der i første om-gang sættes fokus på arbejdsmarkedsområdet. Der er udarbejdet en tids- og procesplan, som blev behandlet i DAK den 15. juni 2016. DAK besluttede, at der i stedet skal startes med socialpsykiatrien frem for arbejdsmarkedsområ-det, da det forventes at være mindre komplekst. Der vil derfor blive igangsat et arbejde med en ny tids- og procesplan med fokus på socialpsykiatrien.	Milepæl 1: Udarbejdelse af tids- Milepæl 2: Behandling af tids- og	Materialet formandsgodkendes i SKU: 25. oktober 2016		
Tværasektoriel FMK arbejdsgruppe	Der er nedsat en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværasektorielle problem-stillinger i forbind-else med implementering-en af FMK.				Følgegruppen modtager løbende status fra gruppen.
Samarbejdsaftale om FMK	Der udarbejdes et kommissorium, som forelægges følgegruppen i efteråret 2016.				Det kunne være en fordel, hvis det var FMK gruppen fungerede som arbejdsgruppe i forhold til udarbejdelse af samarbejdsaftalen om FMK. Dette da gruppen har det bedste overblik og indblik. Hvis gruppen tager opgaven, skal der udarbejdes et tillægs kommissorium for gruppen.
Særlige opgaver					
Revision af samarbejdsaftalen om alvorligt syge og døende	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen.				
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmesygepleje	Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.				Følgegruppen forelægges en status på mødet den 8. december. Det vurderes, at opgaven herefter kan få status som værende implementeret og at følgegruppen ikke skal følge den længere.
Revision af forløbene for Sam:Bo (Somatik og psykiatri)	Igangværende. Forløbene har været i høring fra den 15. februar til den 29. marts 2016. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene.			Har været på mødet i følgegruppen den 13 oktober. Herefter udmelding om tidsplan.	Der udarbejdes en plan for reimplementering samt økonomi forbundet dermed.
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	Under implementering.				
Audit/evaluering af Sam:Bo	Fokus på er pt. på revision af Sam:Bo forløbene. Opgaven med audit/evalu-ering er derfor sat på standby.		Der udarbejdes en sagsfremstilling til mødet i DAK den 23. november, hvor følgegruppen indstiller DAK, om opgaven fortsat skal være en del af gruppens opgaveportefølje		Sagsfremstillingen til DAK drøftes på følgegruppemødet den 10. oktober.
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Der er gennemført en ny-udpegning af gruppen i foråret 2016.				Følgegruppen forelægges en årlig status – første gang på mødet den 8. december.
Revision af aftalen vedr. mennesker med demens	Der er udarbejdet en ænd-ret tværasektoriel retningslinje for området, som betyder, at aftalen skal revideres. Arbejdet afventer den nationale handlingsplan for demens.				
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tvær-sek-toriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor ind-vandrere er under-re-præsen-terede på demensenhederne.				Resultatet forelægges Følgegruppen for behandling og pleje på møde den 8. december.

Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Under implementering. Forløbet afprøves i 2016 for sygeplejersker og evalueres ved udgangen af året. Som en del af evalueringen skal det vurderes, om målgruppen skal udvides til også at omhandle terapeuter mv. Følgegruppen forelægges en status på mødet den 10. oktober.				
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse					
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Et kommissorium for en arbejdsgruppe som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje blev præsenteret for Følgegruppen den 10. oktober 2016.				
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Der udarbejdes et kommissorium for en redaktionel redigering af aftalen. Kommissoriet præsenteres for følgegruppen den 8. december 2016.				Dokumentet læses igennem og der foretages en vurdering af omfanget.
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Arbejdsgruppen afholdt sidste møde den 12. august. Samarbejdsaftalen blev forelagt følgegruppen den 18. august til godkendelse.		DAK: 21. september 2016 SKU: 25. oktober 2016		Der nedsættes en erfagruppe, som refererer til følgegruppen.
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Der er en række opmærksomhedspunkter i forhold til revisionen af samarbejds-aftalen. Der udarbejdes et kommissorium for revisionen, som forelægges følge-gruppen den 8. december 2016.				
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Følgegruppen godkendte et kommissorium for arbejdsgruppen, der skal revidere samarbejdsaftalen på mødet den 18. august. Revisionen af aftalen skal ske med udgangspunkt i den gennemgang af aftalen, der er forelagt følgegruppen den 6. juni.				Arbejdsgruppen forventes at kunne præsentere sit arbejde for Følgegruppen for behandling og pleje i mødet den 8. december 2016.
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Samarbejdsaftalen skal evalueres primo 2017. Der skal forelægges en evalueringsplan for følgegruppen den 8. december.				
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via de psykiatriske SOF'er. Status indhentes i foråret 2017.				Følgegruppen forelægges en status i efteråret 2017.
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familie-ambulatoriet	Aftalen skal redigeres. Kommissoriet for dette arbejde behandles på mødet i følgegruppen den 29. november 2016.		DAK: januar 2016		
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Ny indsats ift. Tillæg til sundhedsaftalen om den ældre medicinske patient	Arbejdet afventer ny national handlingsplan.				
Øvrige opgaver					
					Ny dato for idriftsættelse af hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3 er planlagt til søndag den 11. september 2016.

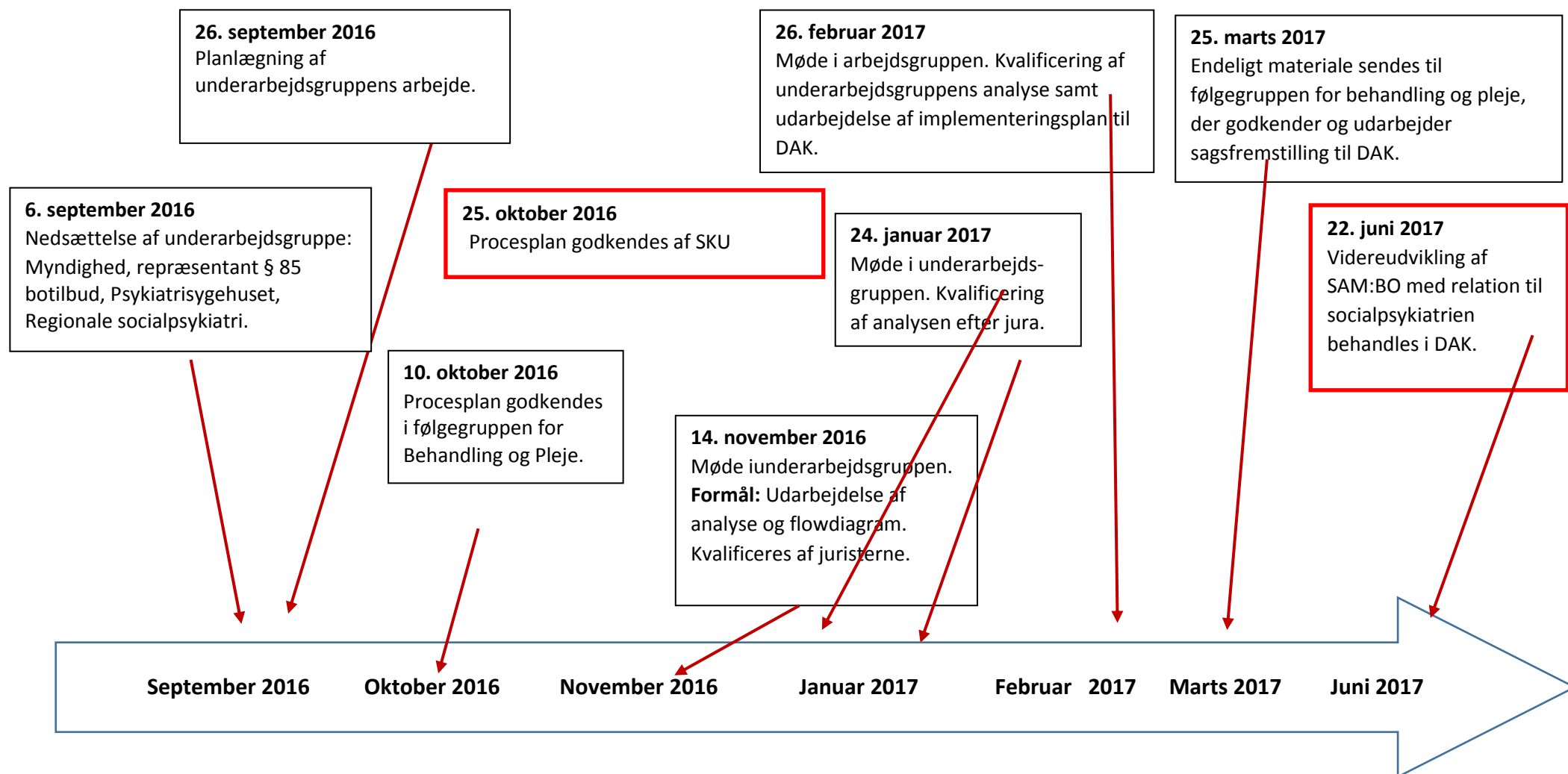
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarde	Der er nedsat en arbejds-gruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarde, som trådte i kraft den 11. maj 2016.				<p>Alle kommuner i hele landet kan modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Haderslev Kommune kan sende i version 1.0.3 fra sidst på dagen den 22. september 2016, Sønderborg Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 efter opgradering af deres system den 11.-12. oktober 2016, og Odense Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 den 1. november 2016. De øvrige kommuner i Syddanmark er klar til at sende i version 1.0.3.</p> <p>Arbejdsgruppen nedlægges med udgangen af 2016.</p>
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientop-levet kvalitet.				<p>Projektet er flyttet til Følgegruppen for kvalitet, effekt og økonomi.</p>

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

- Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
- Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
- Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
- Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen
- Blå = Afventer igangsættelse

Indsats, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Tids –og procesplan for videreudvikling af SAM:BO, i relation til socialpsykiatrien





Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyrværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
<p>Arbejdsgruppen: Nye rammer for kronisk sygdom (Prioriteret indsatsområde)</p>	<p>Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer, forløber planmæssigt.</p> <p>Forløbsprogrammet for mennesker med KOL sendes i høring d. 3/10 – 16/11 2016.</p> <p>Følgegruppen igangsætter arbejdet med forløbsprogram for mennesker med diabetes i efteråret 2017. Et revideret kommissorium er udarbejdet og arbejdsgruppen er under nedsættelse og opstart.</p>	<p>3. okt. – 16. nov Høringsperiode for forløbsprogram for KOL</p> <p>5. dec. 2016: Følgegruppen behandler endelig version af forløbsprogram for mennesker med KOL, evaluering af udviklingsprocessen, implementeringsplan og rækkefølge for udvikling af de resterende fem forløbsprogrammer.</p>	<p>23. november DAK behandler oplæg til udvikling af forløbsprogram for mennesker med diabetes, herunder budget, tidsplan og kommissorium.</p> <p>27. jan 2017 DAK behandler endelig version af forløbsprogram for KOL, evaluering af udviklingsprocessen, implementeringsplan og rækkefølge for udvikling af de resterende fem forløbsprogrammer</p> <p>28. feb 2017 SKU behandler forløbsprogram for KOL samt evaluering af udviklingsprocessen, implementeringsplan og rækkefølge for udvikling af de resterende fem forløbsprogrammer.</p>	<p>1. kvartal 2017 Forløbsprogram for KOL er klar til implementering efter SKU's godkendelse februar 2017. Arbejdsgruppen har forberedt en informationspakke til SOF'erne m.fl., som kan anvendes i forbindelse med implementering og lokal behandling af forløbsprogrammet.</p>	<p>Center for Kvalitet er engageret i udviklingen af en monitoreringsplan for forløbsprogrammets implementering og effekt. Monitoreringsplanen vil indgå som en del af implementeringsplanen.</p>

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning</p>	<p>Arbejdet med udvikling af infektionshygiejnisk rådgivning følger den reviderede tidsplan.</p> <p>21. sep 2016 Model for rådgivning (arbejdspakke 2) blev godkendt i DAK</p> <p>27. okt 2016 Følgegruppen behandler udkast til aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (arbejdspakke 3)</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>23. nov 2016 DAK behandler aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (arbejdspakke 3)</p> <p>20. dec 2016 SKU behandler aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (arbejdspakke 3)</p>	<p>Primo 2017: Rammeaftalen forventes at kunne formidles til SOF'erne.</p>	<p>Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår.</p>
<p>Arbejdsgruppe: Drift af sundhedsprofilundersøgelsen</p>	<p>Arbejdet med sundhedsprofilundersøgelsen 2017 følger tidsplanen.</p> <p>Der arbejdes på at få spørgeskemaet endeligt på plads. Der er fokus på koordineringen med de øvrige regioner, Sundhedsstyrelsen og SIF. Samtidig er planlægningen af kommunikationsindsatsen påbegyndt.</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>27. jan 2017 Det endelige spørgeskema fremlægges i DAK</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>Resultaterne offentliggøres i marts/april 2018</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark" .	Et revideret oplæg til monitorering af strategien er under udarbejdelse, og således forsinket ift. oprindelig tidsplan. 5. dec 2016: Et nyt oplæg forventes at være klar til godkendelse i følgegruppen.	Ej relevant	27. januar 2017 DAK præsenteres for et revideret oplæg til monitorering af strategien.	1. kvartal 2017 og frem: Nye monitoreringstiltag forventes igangsæt	Resultater af nye monitoreringstiltag kan ses i løbet af 2017 og 2018.
Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Projektet forløber planmæssigt, jf. tidsplanen. Følgegruppen har godkendt en midtvejsrapport for projektet. I efteråret 2016 er fokus på: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering af 1. runde kursusforløb • Planlægning og afhol- delse lederorientere- ringsmøder • Planlægning af og re- kruttering til 2. runde kursusforløb i 2017 	Ej relevant		PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis". Nye kurser for kommunale og regionale medarbejdere afholdes i foråret 2017.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose</p>	<p>Arbejdet er forsinket ift oprindelig tidsplan.</p> <p>En arbejdsgruppe under implementeringsgruppen udarbejder materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen.</p> <p>Der sigtes imod, at materialet kan behandles i Følgegruppen den 5. december 2016.</p>		<p>27. jan 2017</p> <p>Der sigtes imod, at materialet kan forelægges Det Administrative Kontaktforum.</p>	<p>1. kvartal 2017</p> <p>Materialet forventes at kunne udsendes til (P)SOFerne efter godkendelsen i Det Administrative Kontaktforum</p>	
Øvrig opgaveportefølge					
<p>Aftale om kompetenceudvikling og videndeling'</p>	<p>Arbejdet følger tidsplanen. Følgegruppen kortlægger behov for kompetenceudvikling og vidensdeling.</p> <p>Der sigtes mod, at Følgegruppen behandler udkast til rammepapir primo december.</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>27. jan. 2017.</p> <p>Rammepapiret behandles i DAK.</p>	<p>1. kvartal 2017</p> <p>Aftalen forventes klar til implementering.</p>	<p>Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Opgaven med at udvikle en aftale om regionens rådgivning til kommunerne er som sådan afsluttet, men Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen behandlede og godkendte første status fra regionen d. 3. oktober 2016.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven om afdækning af kommunale erfaringer ligger i forlængelse af kortlægningen af mental sundhed. Mental sundhed er et prioriteret indsatsområde. Følgegruppen har gennemført en pilotafdækning udvalgte kommuner. På baggrund heraf gennemføres afdækning af erfaringer i regionens kommuner i løbet af november.		27. jan 2017 Behandling i DAK	Igangsættelse af arbejdet med konkrete mål for en fremtidig indsats afventer kortlægningen af eksisterende tilbud og initiativer.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16. august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt	Udarbejdelse af hjælpemateriale er i gang og materialet blev forelagt på følgegruppens møde den 7. oktober 2016		Materialet forelægges på DAK-mødet den 23. november 2016.	December 2016.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materiale forventes at være klar til forelæggelse for DAK 30. marts 2017.	April kvartal 2017.	
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, er igangsat i september 2016		Evalueringsramme forventes at være klar til forelæggelse for DAK i første kvartal af 2017.		
Implementering af G- GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles		Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge ved udgangen af		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
palliation på kræftområdet.	<p>it-plattform pauseres i et år, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger.</p> <p>I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017) på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondancemeddelelse, bl.a. ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet 		marts 2017.		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk	Den fortsatte indsats retter sig primært mod		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen forventes at fortsætte ind i 2017.				
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i efteråret 2016.	Opfølgning i forhold til samarbejdsaftalen forventes forelagt for følgegruppen på dens første møde i 2017.	Opfølgning forventes at være klar til forelæggelse for DAK 30. marts 2017		

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsats, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Følgegruppen præsenterer på mødet d. 23/11, DAK for udkast til model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse (præciseret i separat sagsfremstilling)	M1 1. september 2016: Følgegruppen behandler udkast til modellen M2 17. oktober 2016: Følgegruppen godkender modellen M3: 23. november 2016: DAK behandler udkast til modellen. M3 20. december 2016 SKU behandler udkast til modellen.	Den af følgegruppen godkendte model behandles på DAK mødet d. 23/11 2016. SKU vil på deres møde d. 20/12 2016, hvor mødets tema er opgaveoverdragelse, ligeledes behandle modellen.		
Samarbejdsaftale for	Samarbejdsaftalen er			Region Syddanmarks	Følgegruppen for

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
blodprøvetagning i eget hjem	formandsgodkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9, Forretningsudvalget d. 14/9 og Regionsrådet d. 23/9.			sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Endvidere er sygehuse og kommuner instrueret i at de skal opsigte de eksisterende samarbejdsaftaler.	opgaveoverdragelse vil forud for januars møde i DAK, indhente en status på hvor mange nye samarbejdsaftaler der er indgået mellem sygehuse og kommuner.
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse. I perioden d. 1/1 – 30/6 2016 har syv patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Følgegruppen har udarbejdet liste over relevante monitoreringsindikatorer m.m. i forhold til de seks prioriterede indsatsområder.	Forslag til monitoreringsindikatorer m.m. er godkendt af DAK i mødet den 21. september 2016.	Den første ledelsesinformationsrapport fremsendes og præsenteres for DAK i mødet den 27. januar 2017 og herefter løbende hvert halve år.	-	
Vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen anmodet om at se nærmere på rapporten fra KORA vedrørende udviklingen i antallet af genoptræningsplaner.	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har drøftelser med Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering i forhold til at pege på, hvad der videre	Sagen forventes fremlagt for fremlægges DAK i mødet den 27. januar 2017.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		kan gøres på området.			

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL	Programstyregruppen er nedsat. Første møde er afholdt den 21. september 2016	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der har været afholdt et fælles dialogmøde på tværs af følgegrupperne med det formål at identificere behovet for it-understøttelse. Resultatet af dialogmødet blev at følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin afventer de øvrige følgegruppers arbejde, idet der på	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.				
Temadrøftelse i DAK	Jf. beslutning i formandskabet er temadrøftelsen udsat til novembermødet.		23. november 2016		



Sundhedskordinationsudvalgets opsamling fra de politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskordinationsudvalget afholdte i perioden den 30. august til 14. september 2016 fire politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen 2015-2018. Dette notat er en opsamling, der er udarbejdet på tværs af møderne.

Formålet med møderne var at gøre status på samarbejdet, drøfte fælles udfordringer og finde fælles løsninger. Deltagerne i møderne var regionale og kommunale politikere, medlemmer af PLO Syddanmark samt embedsmænd fra kommuner og region. Møderne var en kombination af statusoplæg fra Sundhedskordinationsudvalget og de deltagende kommuner samt gruppedrøftelser og dialog.

Det var første gang, at Sundhedskordinationsudvalget afprøvede denne mødeform til at gøre status på arbejdet med sundhedsaftalen. Tidligere har udvalget holdt bilaterale møder med de 22 syddanske kommuner. På møderne gav deltagerne udtryk for, at den nye mødeform er at foretrække - ikke mindst fordi den giver lejlighed til gensidig inspiration.

Overordnet status på sundhedsaftalen og dens indsatser

Den generelle tilbagemelding fra både kommuner og Sundhedskordinationsudvalget er, at arbejdet med sundhedsaftalen forløber konstruktivt og godt. Sundhedsaftalen er et vigtigt redskab til sammen at skabe et sammenhængende syddansk sundhedsvæsen. Fra flere sider blev det imidlertid fremhævet, at det har taget vel lang tid at få etableret den rette tværsektorielle organisering omkring sundhedsaftalearbejdet. Lokalt arbejdes der også med implementering af indsatser, der blev besluttet i den tidligere sundhedsaftale, og som videreføres i den nuværende aftale og skaber værdi for borgerne. Flere nævnte, at samarbejdet i regi af de lokale samordningsfora fungerer rigtig godt, og at man er glade for samarbejdet lokalt. Generelt set samarbejdes der stadig tættere på tværs af de psykiatriske og somatiske samordningsfora.

Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning, SAM:BO, blev fremhævet som en af de indsatser, der for alvor løfter samarbejdet og skaber værdi for borgere og patienter, og videreudviklingen af aftalen til socialpsykiatriområdet hilses derfor velkommen.

Fælles udfordringer

På midtvejsmøderne blev en række fælles udfordringer nævnt, hvoraf de mest gennemgående beskrives nærmere nedenfor.

Psykiatri

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er somatikken og psykiatrien sidestillet, men midtvejsmøderne viser, at der knytter sig særlige problemstillinger til psykiatriområdet.

Fælles for mange mennesker med en sindslidelse er, at der er mange forskellige aktører involveret i deres forløb, hvilket i mange tilfælde vanskeliggør et helhedsorienteret perspektiv. Dertil kommer et stigende antal børn og unge, der modtager psykiatrisk behandling, og som ligeledes har behov for tværfaglige og understøttende tilbud i kommunalt regi.

Med det fælles sigte at skabe mere lighed i sundhed og reducere overdødeligheden blandt mennesker med en sindslidelse er der behov for et stadig tættere samarbejde på tværs af somatik og psykiatri. I samme forbindelse blev det påpeget, at også telepsykiatrien og samarbejdet specifikt mellem lokalpsykiatrien og socialpsykiatrien skal videreudvikles med henblik på at skabe mere sammenhæng i indsatserne og lighed i sundhed.

Flere kommuner nævnte, at tidlig udskrivning af borgere med en psykisk lidelse er en stor og selvstændig udfordring.

Arbejdsmarked

På møderne blev efterspurgt et forstærket samarbejde mellem arbejdsmarkedsområdet i kommunerne og psykiatrien i regionen. Det blev sagt, at arbejdsmarkedsområdet bør indtænkes mere i sundhedsaftalen, der skal gælde fra 2019.

En vigtig indsats er at forebygge, at de mennesker, der er i job og har en psykisk lidelse, ikke falder udenfor arbejdsmarkedet.

Opgaveoverdragelse

Et gennemgående budskab var, at det er vigtigt, at opgaveoverdragelse sker aftalt og planlagt, så den sektor, der modtager opgaven, kan være parat og forberedt. Det blev ligeledes understreget, at det er vigtigt med politisk ejerskab til området.

Herudover blev det fremhævet, at det er vigtigt, at både kommuner og region presser på, for at diskussionerne om økonomi tages nationalt ved forhandlingsbordet mellem regeringen, KL og Danske Regioner, så det ikke fylder lokalt og spænder ben for en fornuftig opgaveløsning.

Inddragelse

I Sundhedsaftalen er der fokus på inddragelse af borgerne, og at den enkelte borger skal mødes som en ansvarlig samarbejdspartner, der aktivt bidrager til og er medbestemmende i eget forløb. På møderne fremkom der ønske om, at der fremadrettet fokuseres endnu mere på inddragelse af borgere, pårørende og naboer i arbejdet med Sundhedsaftalen. Det blev endvidere nævnt, at inddragelse af civilsamfundet kan byde på supplerende kvaliteter, for eksempel i form af fællesskabsorientering og skabelse af relationer, på anden vis end det offentlige typisk har mulighed for.

Almen praksis

Der er enighed om, at de praktiserende læger har en nøglerolle i det sammenhængende behandlingsforløb.

Generelt fungerer samarbejdet med almen praksis godt både i forhold til de enkelte borgerforløb og i regi af de kommunale lægelige udvalg. Der er for eksempel gode erfaringer med, at almen praksis, kommunale tilbud og civilsamfundet fysisk rykker tættere sammen, da dette kan give mere nærhed og sammenhæng for borgerne. Der er ligeledes gode erfaringer med rundbordssamtaler mellem den enkelte borger, lægen og kommunale repræsentanter, idet disse samtaler gavner det enkelte forløb.

Såvel de praktiserende læger som kommunerne udfordres dog af, at borgere udskrives stadig tidligere fra sygehusene.

Manglende lægedækning i dele af regionen blev fremhævet som et fælles problem for alle sektorer. Den varierende lægedækning koblet med geografiske forskelle gør, at der ikke nødvendigvis findes løsninger, som passer alle steder. Forskelligheden bør imidlertid ikke spænde ben for gode udviklingsinitiativer, og det blev foreslået, at der i højere grad igangsættes pilotprojekter og lignende, hvor kun nogle læger deltager, som det for eksempel sker i det igangværende projekt "Tidlig Opsporing og Forebyggelse" (TOF-projektet).

Børn og unge

Der er bred enighed om, at forebyggelsestiltag og tidlig opsporing er afgørende. Der foregår en række indsatser på området, f.eks. forældrekurser udbudt af den kommunale sundhedspleje.

Børn og unges mentale sundhed og problemer af psykisk karakter er et stigende problem. Udviklingen stiller krav til kommunerne om nye tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge, men også i regionalt regi opleves en stigende efterspørgsel efter diagnostik og behandling af børn og unge i mistrivsel. På tværs af sektorer er der en fælles interesse i at undersøge årsagsmekanismerne nærmere, således at effektfulde indsatser i højere grad kan iværksættes og på et tidligere tidspunkt.

Flere kommuner påpegede, at overvægt blandt børn ligeledes var et særligt udfordrende område. I forhold til overvægt har flere kommuner sat initiativer i gang inspireret af Holbæk-modellen.

Særligt på det børne- og ungdomspsykiatriske felt opleves udfordringer omkring sammenhæng og kobling til barnets/den unges samlede liv og forankring i lokalmiljøet og familien. Dette gælder blandt andet for børn og unge med en spiseforstyrrelse.

Øvrige fokusområder

Ud over ovenstående udfordringer blev følgende øvrige fokusområder nævnt i forskellige sammenhænge:

- Forebyggelse
- Rehabilitering
- Velfærdsteknologi
- (U)lighed i sundhed
- Ressourceanvendelse
- Fælles kompetenceudvikling

Perspektiver for det fremadrettede sundhedssamarbejde

I forhold til det videre samarbejde om den nuværende såvel som kommende sundhedsaftale blev følgende efterlyst på møderne:

- **Politisk ejerskab**
Både under udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen skal der være et stærkt og vedvarende politisk ejerskab.
- **Effekter og gevinster for borgerne**
Værdien for borgerne af de enkelte indsatser skal tydeliggøres, og der skal i højere grad fokuseres på effekter og gevinster af indsatserne. Fælles data er derfor nødvendige.
- **Færre mål og indsatser**
Det er et gennemgående politisk ønske, at den kommende sundhedsaftale skal indeholde færre mål og indsatser, så der i højere grad lægges op til en prioritering af fokus og ressourcer.

Godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 25. oktober 2016.



27. oktober 2016

Kommunikation til Sundhedskordinationsudvalget om fremdrift og resultater af arbejdet med sundhedsaftalen

Sundhedskordinationsudvalget har bedt om løbende at blive orienteret om status på arbejdet med Sundhedsaftalen, herunder de seks politisk prioriterede områder. I mødet i august måned 2016 udtrykte udvalget et behov for en yderligere synliggørelse af fremdrift og resultater, når status på arbejdet med Sundhedsaftalen fremlægges på møderne i Sundhedskordinationsudvalget. Konkret har udvalget efterspurgt eksempler på, hvordan de indsatser, der arbejdes med i regi af sundhedsaftalen, har effekt på og gør en forskel for borgerne.

Som en konsekvens af drøftelserne på mødet i Sundhedskordinationsudvalget i august, modtager udvalget ikke for fremtiden de porteføljestyringsoversigter, som hver følgegruppe hidindtil har afleveret til udvalget. Oversigterne afleveres dog fortsat fremover til Det Administrative Kontaktforum, som har behov for disse mere tekniske oversigter over fremdriften i arbejdet med sundhedsaftalens indsatser.

I dette notat skitseres således et overblik over for, hvordan synliggørelse af fremdrift og borger- og patientnære resultater fremover fremsendes til Sundhedskordinationsudvalget.

Evalueringer af gennemførte projekter og indsatser

Sundhedskordinationsudvalget vil fremover og fortsat løbende modtage evalueringer og lignende fra konkrete projekter og indsatser, som afsluttes. Som et eksempel kan nævnes præsentationen af den evaluering og forankring af projektet om "Trivsel og psykisk sundhed på ungdomsuddannelserne", som udvalget blev forelagt i mødet i oktober.

Desuden vil udvalget kunne følge fremdriften i arbejdet med sundhedsaftalen, når konkrete indsatser i sundhedsaftalen færdiggøres. Ligeledes i mødet i oktober 2016 blev den nye samarbejdsaftale for borgere med respirationsinsufficiens forelagt til godkendelse. Et andet eksempel er fra et tidligere møde, hvor Sundhedskordinationsudvalget så en video, der følger en patient, som var én blandt flere patienter og borgere, der var involverede i tilblivelsen af det nye forløbsprogram for KOL.

Endelig kan følgegrupperne gennemgå allerede indgåede aftaler, som findes i deres respektive opgaveporteføljer, og her undersøge, om der blandt disse med nogle år på bagen er mulighed for at samle resultater op, som kan videreformidles til Sundhedskordinationsudvalget.

Gode borger/patienthistorier

Sundhedskordinationsudvalget vil som noget nyt fremover og løbende modtage beretninger om, hvordan sundhedsaftalens indsatser gavner borgere og patienter. Det kan være i form af cases, hvor konkrete borgere og patienter medvirker. Emnerne er ikke begrænset til de seks prioriterede indsatsområder.

Historierne findes ved dels at adspørge følgegrupperne, dels de lokale samordningsfora i både somatikken og psykiatrien.

Fremdrift i arbejdet med de seks prioriterede områder

Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet har på bestilling fra Det Administrative Kontaktforum undersøgt, hvordan der kan leveres ledelsesinformation om fremdrift i arbejdet med Sundhedskordinationsudvalgets seks prioriterede indsatser.

Udgangspunktet har været, at ledelsesinformationen skal være nem at overskue, dvs. at den skal være relativt simpel, klar og afgrænset. Desuden er der taget udgangspunkt i, at der skal anvendes allerede eksisterende data, således at opgaven holdes på et ressourcemæssigt fornuftigt niveau set i relation til, at indsamle nye data. Endelig har et afsæt været at fokusere på kvantitative data, idet kvalitativ, teknisk afrapportering sker i de ovenfor nævnte porteføljestyringsoversigter, som følgegrupperne løbende leverer til Det Administrative Kontaktforum.

Med disse udgangspunkter har Det Administrative Kontaktforum godkendt, at det alene er den prioriterede indsats om samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort, som løbende afrapporteres. De øvrige (videreudvikling af SAM:BO, nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom, strategi for velfærdsteknologi og telemedicin, model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse og kortlægning af mental sundhed) afrapporteres ikke løbende som ledelsesinformation.

Når Fælles Medicinkort er implementeret i alle sektorer, har alle parter adgang til at dele den samme information om aktuel lægeordineret lægemiddelbehandling, så der ideelt set ikke længere skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdaterede medicinlister. Fælles Medicinkort kan derfor være med til at sikre gode patientforløb med høj patientsikkerhed og rationel farmakoterapi.

Det er derfor i høj grad relevant at monitorere implementeringen af Fælles Medicinkort. Der monitoreres på to områder:

Mål	Indikator
Samarbejde om Fælles Medicinkort	Indlæggelser: Antal ajourførte medicinkort senest 2 timer efter udskrivning fra sygehus
	Ambulante kontroller: Antal ajourførte medicinkort samme dag, for så vidt at patienten har oplevet ændringer i medicinen

Datakilden til monitorering af ovennævnte indikatorer er Cosmic, som er sygehusenes elektroniske patientjournal.

Det Administrative Kontaktforum foreslår, at monitoreringen foretages to gange årligt.

Ajourføring af medicinkort i almen praksis sker via de nationale indikatorer, jævnfør nedenfor, og medtages således ikke her. Ved at adskille de to typer af ledelsesinformation undgås, at der vil være flere kilder, som bidrager med data i forhold til de samme indikatorer.

Udviklingen i indikatorerne for de nationale mål for sundhedsvæsenet

Regeringen har i regi af økonomiaftalerne for 2016 aftalt et nyt nationalt kvalitetsprogram med KL og Danske Regioner, som også indeholder nationale mål for sundhedsvæsenet. Formålet er at sætte en tydelig retning for kvaliteten af det danske sundhedsvæsen, det vil sige at skabe bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Målene følges på et antal indikatorer, som opgøres på regions- og kommunalt niveau:

Mål	Indikator
Bedre sammenhængende patientforløb	Belægning
	Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, somatik
	Ventetid til genoptræning
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse
	Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)
Styrket indsats for kronikere og ældre patienter	Akutte indlæggelser pr. KOL-patient
	Akutte indlæggelser pr. diabetes type 2-patient
	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	5-års overlevelse efter kræft
	Hjertedødelighed
	Sygehusinfektioner (bakteriæmi)
	Sygehusinfektioner (clostridium difficile)
	Overlevelse ved uventet hjertestop
Behandling af høj kvalitet	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser
	Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres
Hurtig udredning og behandling	Ventetid til sygehusoperation
	Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen for børn/unge
	Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen for voksne
	Somatiske patienter udredt inden for 30 dage
	Psykiatriske patienter (børn og unge) udredt inden for 30 dage
	Psykiatriske patienter (voksne) udredt inden for 30 dage
	Kræftpakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider
Øget patientinddragelse	Patienttilfredshed med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse
	Patientoplevelt inddragelse
Flere sunde leveår	Middellevetid
	Daglige rygere i befolkningen
Mere effektivt sundhedsvæsen	Liggetid pr. indlæggelse
	Produktivitetsniveau på sygehuse
	Produktivitetsudvikling på sygehuse

Både udviklingen af de nationale mål i de enkelte kommuner og regionen som helhed og hvordan resultaterne er placeret i forhold til gennemsnittet foregår via en trafiklys-markering. Rød vil indikere, at regionen og/eller kommunen har haft en negativ udvikling og ligger under gennemsnittet. Gul indikerer enten en positiv udvikling og en placering under gennemsnit eller en negativ udvikling og en placering over gennemsnittet, mens grøn vil indikere en positiv udvikling og en placering over gennemsnittet.

Hvert halve år vil en statusrapport, der udarbejdes af Sundhedsdatastyrelsen, have fokus på udviklingen i indikatorerne.

Årshjul og dialog om resultater

Data i de kvantitative monitoreringer, som dels fremstilles lokalt i Syddanmark, dels leveres af Sundhedsdatastyrelsen, præsenteres for Det Administrative Kontaktforum, som sammen med disse forelægger en kommenteret rapportering af udviklingen til Sundhedskoordinationsudvalget. Årshjulet for rapporteringen fremgår af skemaet nedenfor.

	Antal indikatorer	Opgørelseshyppighed	Forelægges SKU i 2017
Evalueringer	-	Løbende	Løbende
Gode patient/borgerfortællinger	-	Løbende	Løbende
Fælles Medicinkort	2	Halvårligt	April og december
Nationale mål	29	Halvårligt	April og december



Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse.

Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag til drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Information om og eksempler på besvarelse af de enkelte spørgsmål findes i vejledningen

Dato:

Opdrag:

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående af relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel mm.)

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Hvad er formålet med at overdrage opgaven

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven

SIKKERHED

Beskrivelse af arbejdsmiljømæssige risici

Beskrivelse af remedier og tekniske aspekter

Beskrivelse af hygiejnemæssige forhold

Beskrivelse af patientsikkerhedsmæssige aspekter

ANSVAR OG KOMPETENCER

Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Beskrivelse af medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Beskrivelse af forbud mod eller krav til videredelegation

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Beskrivelse af behandlings- og rehabiliteringsforløbet

Beskrivelse af evt. konsekvenser for patientens økonomi

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

Kommune **Antal patienter pr. 10.000 borgere**

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia
Haderslev
Kerteminde
Kolding
Langeland
Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af omkostninger og udgifter for de involverede aktører

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder følgegruppen et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Dato

Beskrivelse af opgaven

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

Kommune

Antal patienter pr. 10.000 borgere

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia

Haderslev

Kerteminde

Kolding

Langeland

Middelfart

Nordfyns

Nyborg

Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Plan for monitorering og evaluering

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	

**Hvis "Nej" til et af ovenstående spørgsmål uddybes problemstillingen i det følgende afsnit samt i Trin 1*

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

Følgegruppens vurdering og indstilling

Trin – 3: Samarbejdsaftale

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af den faglige vurdering beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale. Denne skal efterfølgende godkendes i Det Administrative Kontaktforum, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende.

Baggrund

Formål med samarbejdsaftalen

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Forankring og ikrafttræden

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Information forud for overdragelse

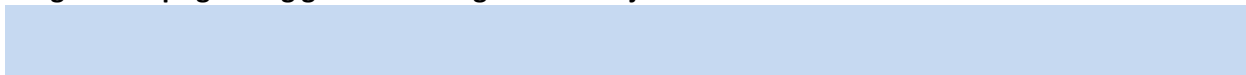
Beskrivelse af remedier og ressourcer

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Fortolkning af samarbejdsaftalen



Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen



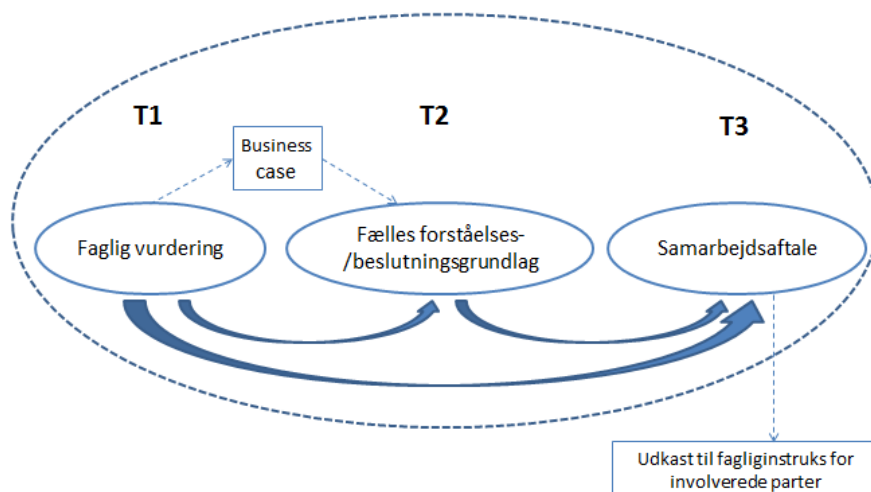
Vejledning til Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau.

Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag til drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Tre trins model



Konkret delegation, af fx medicinsk behandling, sårpleje mm., mellem sundhedspersoner på et af regionens sygehuse og kommunernes hjemmesygeplejer eller almen praksis forekommer dagligt i det syddanske sundhedsvæsen – dette for at tage højde for individuelle behov samt sikre de mest hensigtsmæssige behandlings- og rehabiliteringsforløb. Den fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre dette fleksible samarbejde

Fremtidens nære sundhedsvæsen skal i endnu højere grad bero på tæt samarbejde om opgaveløsning på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor. Men der er behov for at formalisere samarbejdet, når opgaver overdrages mellem sektorerne. Dette for at sikre høj kvalitet, patienttilfredshed og patientsikkerhed.

Denne model, for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, har til formål at kvalificere beslutningsgrundlaget for og kvaliteten af overdragelse af sundhedsopgaver.

Modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse er udarbejdet af Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Opbygningen af modellens faglige del er inspireret af processen for Medicinske Teknologi Vurderinger.

Denne vejledning beskriver;

- hvordan modellen anvendes
- hvilke delelementer modellen indeholder
- samt hvordan disse delelementer udfyldes.

Der kan via Følgegruppen for opgaveoverdragelse hentes erfaring og inspiration fra tidligere arbejdsgruppers afdækning af konkrete opgavers potentiale for opgaveoverdragelse.

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående af relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Dato

Her angives datoen for hvornår arbejdsgruppen har igangsat arbejdet med vurdering af en konkret opgave.

Opdrag

Her beskrives hvilket opdrag arbejdsgruppen har til at vurdere den konkrete opgave.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel mm.)

Her angives arbejdsgruppens navn samt titel, tilhørsforhold og navn på arbejdsgruppens medlemmer.

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Her angives titel for opgaveoverdragelse

Hvad er formålet med at overdrage opgaven

Her beskrives formålet med at overdrage opgaven samt en kort begrundelse af opdraget herfor (hvorfor det er relevant at overdrage opgaven)

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Her beskrives hvordan opgaven primært løses i dag.

Bør indeholde:

- Gennemgang af opgaveløsningen, herunder procedure, remedier og medicin, der anvendes ved behandlingen.
- Beskrivelse af fagpersoners ansvar
- Beskrivelse af patientgruppen og angivelse af typiske patientforløb (punktform)

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Her beskrives den målgruppe for hvem opgaveoverdragelsen er relevant.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af målgruppen
- Inklusion- og eksklusionskriterier
- Krav til den nye samarbejdsform
- Mulige udfordringer vedr. målgruppen

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

På baggrund af relevant litteratur og evt. en afdækning af lokale, regionale og nationale erfaringer, beskrives videns- og erfaringsgrundlaget for opgaveoverdragelse.

Bør indeholde:

- *En afdækning af litteratur og evidens for opgaveoverdragelsen*
- *Indhentning og sammenfatning af evt. lokale, regionale og nationale erfaringer med opgaveoverdragelse*
- *En beskrivelse af de faglige retningslinjer for opgaveoverdragelsen*

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Her beskrives hvordan opgaven skal løses fremadrettet.

Bør indeholde:

- *En beskrivelse af opgaveløsningen herunder ændringer som afviger fra det vanlige samarbejde og den vanlige kommunikation.*
- *En beskrivelse af den enkelte aktørs ansvar, herunder en beskrivelse af det lægefaglige ansvar*
- *En beskrivelse af den fremadrettede monitorering og ansvaret herfor*

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven

Her afdækkes det lovmæssige grundlag for delegation af opgaven.

Reglerne om delegation og videredelegation af sundhedsfaglig virksomhed udspringer af autorisationsloven. Bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 fastsætter de nærmere rammer for autoriserede sundhedspersoner benyttelse af medhjælp.

Grundlæggende er tre forhold bestemmende for om en opgave kan delegeres til en medhjælp:

- 1. lovmæssige forbud mod delegation,*
- 2. medhjælpens konkrete kompetencer,*
- 3. opgavens egnethed til at blive løst under delegation.*

Bør indeholde:

- *En afdækning af de tre ovennævnte forhold, som beskrives ud fra den gældende lovgivning*

samt faglige anbefalinger for varetagelsen af opgaven.

SIKKERHED

Beskrivelse af arbejdsmiljømæssige risici

Her beskrives væsentlige arbejdsmiljømæssige risici eller foranstaltninger, som skal håndteres ved opgaveoverdragelse.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af risici
- Beskrivelse af arbejdsmæssige kompetencer, som skal være tilstede
- Beskrivelse af affaldshåndtering

Beskrivelse af remedier og tekniske aspekter

Her beskrives hvilke remedier, som skal være tilgængelig for at løse opgaven samt hvorledes ansvaret for at fremskaffe og finansiere disse remedier er fordelt. Udgangspunktet for fordelingen af udgifter er Afgrænsningscirkulæret.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af nødvendige remedier, medicin og hjælpemidler
- Beskrivelse af hvorledes udgifterne til ovenstående fordeles mellem aktørerne

Beskrivelse af hygiejnemæssige forhold

Her beskrives om der er specielle hygiejnemæssige forhold, som skal tages i betragtning ved opgaveoverdragelsen, og hvorledes disse kan løses.

Beskrivelse af patientsikkerhedsmæssige aspekter

Her beskrives om det er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven. Hvis der er specielle sikkerhedsmæssige forhold, som skal være afdækket eller kræver handling inden opgaven kan overdrages, skal de anføres her.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Her præciseres det lægefaglige ansvar, samt hvilke handlinger og opgaver der påhviler den behandlingsansvarlige læge før, under og efter opgaveoverdragelsen.

Beskrivelse af medhjælperens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Her beskrives de kompetencer, som skal være til stede hos medhjælpen (fx en hjemmesygeplejerske) for at kunne håndtere opgaven under delegation. Det skal af arbejdsgruppen anføres om kompetencerne vurderes at være til stede og hvis ikke, om disse kan udvikles og evt. hvordan.

Beskrivelse af forbud eller krav til videredelegation

Her beskrives det om hele eller dele af opgaven må videredelegeres fra medhjælpen.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Beskrivelse af behandlings- og rehabiliteringsforløbet

Det beskrives hvorledes det ændrede samarbejde vil påvirke det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Beskrivelse af evt. konsekvenser for patientens økonomi

Her afdækkes det, hvilke konsekvenser den ændrede arbejdsdeling har for patientens økonomi.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

På baggrund af de bedst tilgængelige data estimeres det, hvor mange patienter der vil modtage behandlingen under den nye samarbejdsform. Alt efter hvor opgaver overdrages fra og til beskrives antallet for enten sygehuse, kommuner eller almen praksis (eksemplificeret ved kommuner nedenfor) Datagrundlaget og udregningen skal beskrives og vil indgå i udregningen af den efterfølgende business case.

Eksempel

Kommune

Antal patienter pr. 10.000 borgere

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia

Haderslev

Kerteminde

Kolding

Langeland

Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af omkostninger og udgifter for de involverede aktører

Her beskrives de faktiske omkostninger og udgifter for de enkelte aktører i forbindelse med opgaveoverdragelsen. Beskrivelsen vil indgå i udregningen af den efterfølgende business case, såfremt det besluttes, at der skal udarbejdes en sådan.

Bør indeholde:

- *Beskrivelse af tidsforbrug med anførelse af personale gruppe*
- *Beskrivelse af udgifter til behandlingsremedier, medicin, hjælpemidler mv.*

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder Følgegruppen for opgaveoverdragelse et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Dato

Her anføres datoen for hvornår følgegruppen har udfyldt trin 2

Beskrivelse af opgaven

Her anføres en kort beskrivelse af hvordan opgaven løses i dag, og hvordan den kan løses fremadrettet.

Hvad er formålet og hvem er målgruppen for opgaveoverdragelsen

Her beskrives formålet med at overdrage opgaven

Eksempel:

”Formålet med at overdrage opgaven er at give patienter muligheden for at færdiggøre behandling med XXX i eget hjem”

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Her laves en kort opsummering af afsnittet fra trin 1.

Beskrivelse af væsentligste konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Her beskrives de positive og negative konsekvenser for det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

På baggrund af de bedst tilgængelige data estimeres det hvor mange patienter, der vil modtage behandlingen under den nye samarbejdsform. Alt efter hvor opgaver overdrages fra og til beskrives antallet for enten sygehuse, kommuner eller almen praksis (eksemplificeret ved kommuner nedenfor)

Kommune

Antal patienter pr. 10.000

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn
Fanø
Fredericia
Haderslev
Kerteminde
Kolding
Langeland
Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

På baggrund af de i Trin 1 angivet omkostninger og udgifter, og en evt. beregnet business case, vurderer følgegruppen de samlede økonomiske aspekter. Følgegruppen skal påpege evt. uligheder og økonomisk problemstillinger, som kræver afklaring på administrativt og politisk niveau. Ligeledes skal konsekvenserne for patientens økonomi beskrives.

Plan for monitorering og evaluering

Her beskrives en evt. plan for monitorering og evaluering af samarbejdsaftalen for opgaveoverdragelsen.

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	

*Hvis "Nej" til et af ovenstående spørgsmål uddybes problemstillingen i det følgende afsnit samt i Trin 1

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

Her opsummeres de faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål som arbejdsgruppen og følgegruppen, i forbindelse udfyldes af trin, vurderer er relevant at få bragt til afklaring i Det Administrative Kontaktforum.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Her giver følgegruppen sin samlede vurdering og anbefaling for en udarbejdelse af en evt. samarbejdsaftale.

Trin – 3: Samarbejdsaftale

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af det fælles forståelses- og beslutningsgrundlag beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale. Denne skal efterfølgende godkendes i Det Administrative Kontaktforum, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende.

Baggrund

En kort beskrivelse af baggrunden for opgaveoverdragelsen og den ændring det medfører samt hvilket opdrag den er udarbejdet på baggrund af.

Formål med samarbejdsaftalen

Her beskrives formålet med samarbejdsaftalen

Eksempel:

”Formålet med samarbejdsaftalen er at formalisere samarbejdet om behandling med XXX i eget hjem, således at den kommunale hjemmesygepleje fremover kan varetage denne opgave”

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Her beskrives hvem, der er målgruppen for samarbejdsaftalen.

Forankring og ikrafttræden

Her præciseres i hvilket aftalegrundlag samarbejdsaftalen er forankret, samt hvornår den træder i kraft.

Eksempelvis:

”Samarbejdsaftalen er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18 og træder i kraft d. XX/XX-XXXX”

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Her beskrives grundprincipperne for samarbejdet, det inkluderer:

- *Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar*
- *Beskrivelse af roller og ansvar i det samlede behandlingsforløb*

Information forud for overdragelse

Her beskrives den hvilken information og af hvem den skal leveres, forud for en overdragelse af opgaven. Afsnittet skal ligeledes henvise til de instrukser, der skal udarbejdes i de respektive sektorer,

således at medhjælpen kan udføre opgaven på aftalt og forsvarlig vis.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Her beskrives hvilke remedier og ressourcer den enkelte aktør skal levere samt hvordan dette organiseres. Det skal ligeledes beskrives om der er specielle forhold vedr. håndtering af medicin og medicinsk affald.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Her beskrives initiativer målrettet faglige kvalitetssikring af opgaveoverdragelsen samt plan for monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse og evt. effekt.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Her beskrives hvor eventuelle fortolkningsspørgsmål kan bringes til behandling.

Eksempelvis:

"Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora"

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Her beskrives regler for opsigelse og evt. plan for genforhandling på baggrund af monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse og effekt.

Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne



2016



1. Baggrund

Den forebyggende hygiejneindsats i kommunerne bliver stadig mere vigtig på grund af accelererede patientforløb og en stigende andel af ældre borgere. Desuden er der i de senere år set en øget forekomst af resistente mikroorganismer, hvilket udgør en særlig risiko for syge og svage borgere. Denne udvikling nødvendiggør en styrket hygiejneindsats for at forebygge infektioner og smitteudbrud og reducere antallet af indlæggelser på grund af dette.

Kommunernes indsats understøttes fra flere sider. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne fra 2012 angiver den overordnede ramme for kommunernes hygiejneindsats bl.a. gennem en række anbefalinger til indsatsen. Der foreligger desuden en række nationale infektionshygiejniske retningslinjer målrettet såvel sygehuse og primærsektoren. Endelig kan de infektionshygiejniske enheder på sygehusene bidrage til at understøtte kommunernes indsats.

Historisk har der i Region Syddanmark været en vis variation i, hvilken rådgivning de infektionshygiejniske enheder har tilbudt kommunerne, og i hvorvidt kommunerne har indgået aftaler med sygehusene om at benytte denne rådgivning. Med Sundhedsaftalen 2015-2018 har kommunerne og regionen prioriteret, at der skulle udarbejdes en regional aftale for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne. Arbejdet med aftalen blev igangsat i 2016, og nedenstående rammeaftale er resultatet heraf.

2. Formål

Overordnet skal denne regionale rammeaftale understøtte kommunernes infektionshygiejniske indsats via rådgivning fra sygehusene. Formålet med aftalen er:

- At sikre alle kommuner i regionen et bredt tilbud om infektionshygiejnisk rådgivning på et højt fagligt niveau
- At sikre kommunerne et ensartet rådgivningstilbud til samme pris på tværs af sygehusenhederne

Rammeaftalen fastlægger, hvilke rådgivningsydelser, sygehusenhederne er forpligtede til at tilbyde kommunerne, og på hvilke vilkår og til hvilken pris. Herunder afklarer aftalen rammerne for regionens vederlagsfri rådgivning på hygiejneområdet jf. Sundhedsloven § 119, stk. 3. Kommunerne er ikke forpligtede til at indgå en aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning.

For at benytte rådgivningen skal den enkelte kommune indgå en skriftlig aftale med den lokale sygehusenhed. Vilkårene for den lokale aftale er fastlagt i den regionale rammeaftale, og skabelonen i bilag 1 skal benyttes for at indgå den lokale aftale.

3. Anvendelsesområde i den kommunale organisation

Kommunerne fastlægger i dialog med den lokale sygehusenhed, i hvilke dele af den kommunale organisation, rådgivningsydelserne benyttes. Det kan fx være:

- Plejehjem, plejecentre og andre boenheder indenfor ældre- og handicapområdet
- Hjemmepleje og hjemmesygepleje
- Diverse dagtilbud og væresteder indenfor ældre- og hjemmeplejen
- Det socialpsykiatriske område med tilhørende institutioner, botilbud, væresteder og værksteder
- Sundhedsplejen, herunder i samarbejde med sundhedsplejen diverse dag- og døgninstitutioner, dagplejen, skole- og fritidsordninger

4. Samarbejde om rådgivningen

Et godt samarbejde om den infektionshygiejniske rådgivning mellem den enkelte kommune og den lokale sygehusenhed bygger på nedenstående elementer.

4.1 Hygiejneorganisation i kommunerne

Før den enkelte kommune indgår en aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning, bør kommunen opbygge en tværgående, ledelsesforankret hygiejneorganisation. Der er to væsentlige grunde til dette:

- En hygiejneorganisation sikrer det størst mulige faglige udbytte af rådgivningen, idet forudsætningen for at sprede og forankre viden er bedre
- En hygiejneorganisation understøtter, at hygiejneindsatsen varetages som en løbende driftsindsats i kommunen.

Anbefalingen om en hygiejneorganisation ligger i tråd med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne. En kommunal tværgående, ledelsesforankret hygiejneorganisation består jf. forebyggelsespakken af et strategisk og et udøvende niveau. På det strategiske niveau er opgaven at understøtte samarbejdet mellem kommunens forvaltninger og kontakten til almen praksis samt at udarbejde kommunens hygiejnepolitik. På det udøvende niveau er opgaven at organisere, planlægge, udvikle og monitorere hygiejneområdet i kommunen samt at formidle hygiejnepolitikken i kommunen.

4.2 Kontaktpersoner i kommunen

Kommunen skal udpege to primære kontaktpersoner i den kommunale organisation. Kontaktpersonerne er dem, der primært tager kontakt til sygehuset for at rekvirere rådgivning. Tilsvarende kan sygehuset formidle faglig, infektionshygiejnisk information, orientere om temadage, kurser mv. til kommunen gennem kontaktpersonerne.

Udpegning af kontaktpersoner gælder også for kommuner, der kun ønsker at benytte vederlagsfri rådgivning.

4.3 Sygehusenes prioritering af rådgivningsopgaven

Sygehuset anser rådgivningsopgaven som en del af den samlede opgaveportefølje i de infektionshygiejniske enheder og prioriterer således rådgivningsopgaven på niveau med øvrige opgaver.

5. Vederlagsfri rådgivningsydelser

Sygehusene stiller nedenstående rådgivningsydelser vederlagsfrit til rådighed for kommunerne (tabel 1).

Tabel 1. Vederlagsfrie rådgivningsydelser

Opgave	Ydelse	Form
Specifik rådgivning på cpr.nr-niveau	Skriftlig rådgivning i forbindelse med udskrivelse af patienter. Ved behov: Opfølgende sparring om patientsagen	Via MedCom-korrespondancer og plejeforløbsplaner (er knyttet til den udskrivende afdeling). Ved behov: Opfølgende sparring per telefon/e-mail/korrespondance-meddelelse
Specifik rådgivning om MRSA på cpr.nr-niveau	Sparring om MRSA ¹ (rådgivning om øvrige resistente mikroorganismer håndteres mod vederlag eller vederlagsfrit i forbindelse med udskrivelser) ¹ I Region Syddanmark varetages vejledningsopgaven vedrørende MRSA af de lokale infektionshygiejniske enheder i samarbejde med almen praksis	Ad hoc per telefon eller skriftligt
Vidensformidling	Faglig opdatering om infektionshygiejne	En årlig temadag for hver af de fire geografiske SOF-områder. Sygehuset har initiativet. Temadagenes længde afhænger af tema og målgruppe. Sygehusets infektionshygiejniske enhed sender eller videresender ad hoc skriftlig information til kommunerne, når det findes relevant.
Generel sparring	Kortfattet afklaring af afgrænsede problemstillinger, fx om håndhygiejne, rengøring og desinfektion, særlige forhold ved resistente bakterier, værnemidler etc. (NB: Mere dybdegående, faglig rådgivning kan leveres mod vederlag jf. tabel 2)	Ad hoc per telefon eller e-mail

6. Rådgivningsydelser mod vederlag

Sygehusene tilbyder kommunerne en række rådgivningsydelser mod vederlag. Disse ydelser omfatter:

- **En basispakke**, der kun kan købes samlet. Basispakken samler en række rådgivningsydelser, som vurderes at være relevant for en stor del kommunerne i Region Syddanmark at benytte. Aftale om basispakken indgås for en fireårig periode (tabel 2).
- **"Hyldevarer"** – dvs. ydelser, der købes enkeltvis efter den enkelte kommunes behov. Aftaler om disse ydelser indgås for en fireårig periode (tabel 3).
- **Enkeltstående konsulenttydelser** – dvs. ydelser, der er koblet op på enkeltsager, og som købes enkeltvis. Ydelserne aftales fra sag til sag (tabel 4).

Basispakken, hyldevarer og enkeltstående konsulenttydelser kan købes uafhængigt af hinanden. Det anbefales dog, at kommunerne køber basispakken for at sikre en løbende og stabil understøttelse af driftsindsatsen for infektionshygiejnisk forebyggelse.

6.1 Basispakke

Kommuner, der ønsker adgang til at benytte rådgivningsydelse i basispakken, indgår en fireårig aftale med den lokale sygehusenhed og betaler herefter et samlet årligt rammebeløb for adgang til alle ydelser i pakken. Basispakken koster årligt 2,71 kr. per borger + 4.242,05 kr. (2016-tal). Taksterne pristalsreguleres.

Af bilag 2 fremgår prisen på basispakken for hver af de 22 kommuner i Region Syddanmark.

Tabel 2. Basispakke af rådgivningsydelser mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Basispakke (fireårig aftale)	Basisuddannelse	Uddannelse af hygiejne-nøglepersoner	Sygehuset afholder 2 dages basiskursus for nye hygiejne-nøglepersoner. Kurset afholdes som udgangspunkt hvert andet år for hvert geografisk SOF-område.	1 kursusdeltager per år per 10.000 indbyggere
	Implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisation	Faglig sparring mhp. at implementere og vedligeholde hygiejneorganisationen	Sygehuset deltager i møder i den kommunale hygiejneorganisation	2 årlige møder á 2 timers varighed
	Audits/hygiejnetilsyn i institutioner	Gennemførelse, afrapportering, dialog og handleplan	Efter audit-metode	1 audit per år per 10.000 indbyggere, dog mindst 1 audit årligt per kommune
	Rådgivning	Faglig rådgivning på cpr.nr.-niveau og generelle problemstillinger, fx om konkrete patient-sager eller ved udbrud, om håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøring og desinfektion, særlige forhold ved resistente bakterier, værnemidler, instrumenthåndtering etc.	E-mail-/telefonisk rådgivning eller ved fysisk fremmøde i kommunen (på institutioner mv.)	Ad hoc

6.2 Hyldevarer

Kommuner, der ønsker at benytte rådgivningsydelser i form af hyldevarer, indgår en fireårig aftale med den lokale sygehusenhed og betaler herefter et årlig beløb for de aftalte ydelser. Prisen for en audit er 6.975,81 kr. De øvrige ydelser afregnes efter en fast timetakst på 471,34 kr. per time. Priser og takster er 2016-tal og pristalsreguleres.

Tabel 3. Hyldevarer mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Hyldevarer (fireårig aftale)	Audits/hygiejnetilsyn i institutioner	Gennemførelse, afrapportering, dialog og handleplan	Efter audit-metode	Antal audits besluttet ved indgåelse af aftale
	Udarbejdelse af årsrapport for indsatser og handleplan på det infektionshygiejniske felt i kommunen	Faglig sparring på kommunalt udkast til årsrapport, evt. møde herom.	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
	Ajourføring af retningslinjer	Faglig sparring, fx gennemlæsning og kvalitetssikring i henhold til nationale retningslinjer.	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale

6.3 Enkeltstående konsulenttydelser

Kommuner, som ønsker at benytte sig af enkeltstående konsulenttydelser, indgår aftale med den lokale sygehusenhed ved behov. Ydelserne afregnes efter en fast timetakst på 1.500,00 kr. (2016-tal). Taksten pristalsreguleres.

Tabel 4. Enkeltstående konsulenttydelser mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Enkeltstående konsulenttydelser	Kompetenceudvikling	Uddannelse af kommunale medarbejdere, der arbejder med hygiejne. Fx temabaseret (håndhygiejne, uniformshygiejne mv.)	Aftales med den enkelte kommune, fx temadage, kurser mv.	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
	Rådgivning om enkeltsager (ikke personsager)	Faglig sparring om konkrete opgaver, fx om indkøbsaftaler og kravspecifikationer, om ny- og ombygning	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
	Opbygning af tværgående hygiejneorganisation	Rådgivning om kommissorium, proces, infektionshygiejniske retningslinjer mv.	Møder og e-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
		Uddannelse af hygiejnenøglepersoner	Kursus	

7. Indgåelse og opsigelse af lokal aftale mellem kommune og sygehus

Den enkelte kommune kan når som helst i løbet af et kalenderår indgå en aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejniske rådgivning. Aftaleparterne går i dialog om, hvornår levering af rådgivningen konkret kan påbegyndes.

Aftalerne om infektionshygiejniske rådgivning indgås for en fireårig periode med undtagelse af de enkeltstående konsulenttydelser, som typisk afvikles inden for en kortere, tidsafgrænset periode. Enhver aftale om levering af infektionshygiejniske rådgivning er uopsigelig i aftaleperioden.

Den enkelte kommune kan indgå flere samtidige aftaler med den lokale sygehusenhed, hvis der opstår behov for rådgivning, som ikke dækkes af den først indgåede aftale. Det kan eksempelvis dreje sig om en kommune, der indgår en fireårig aftale om levering af basispakken, og som på et senere tidspunkt har behov for at supplere med en fireårig aftale om hyldevarer.

Kommuner kan kun indgå aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning med den somatiske sygehusenhed, der er placeret i det Lokale Samordningsforums geografiske område og ikke med andre sygehusenheder i regionen.

8. Fortolkning af den regionale rammeaftale

Spørgsmål om fortolkning af den regionale rammeaftale rejses i Følgegruppen for Forebyggelse på indstilling fra det Lokale Samordningsforum.

9. Ændring af den regionale rammeaftale

Ændringer i den regionale rammeaftale skal godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget.

Almindelig opdatering af aftalen og ændringer af redaktionel karakter (pristalsregulering af takster, justering af skabelon for lokal aftale mellemkommune og sygehus mv.) igangsættes og godkendes af Følgegruppen for Forebyggelse.

Ændringer i den regionale rammeaftale påvirker ikke allerede indgåede lokale aftaler om infektionshygiejnisk rådgivning. Således fortsætter allerede indgåede lokale aftaler aftaleperioden ud, medmindre aftalparterne er enige om at tilpasse aftalen til ændringer i den regionale rammeaftale.

10. Monitorering og evaluering af den regionale rammeaftale

Følgegruppen for Forebyggelse følger op på aftalen via følgende aktiviteter:

1. Hvert år indhentes status for, hvor mange kommuner, der har indgået aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning, herunder hvilke ydelser, der købes. Første status leveres primo 2018 og herefter på følgegruppens første møde i hvert kalenderår.
2. Hvert andet år indhentes en kort status fra de fire sygehusenheder og de kommuner, der har en aftale om levering af rådgivning, omhandlende:
 - a. Oplevelsen af det lokale samarbejde om rådgivningen
 - b. Muligheder for videreudvikling af den infektionshygiejniske rådgivningStatus indhentes via nogle få standardiserede spørgsmål og sammenfattes på tværs af sygehusenhederne og kommunerne. Første status leveres primo 2019 og herefter på følgegruppens første møde i hvert andet kalenderår.
3. Hvert fjerde år evalueres den regionale rammeaftale vedrørende bl.a.:
 - a. Sammensætning af ydelser i basispakken
 - b. Omfanget af ydelser i basispakken
 - c. Det samlede udbud af rådgivningsydelserEvalueringen dagsordensættes i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget. Første evaluering foretages primo 2021.

11. Ikrafttræden

Den regionale rammeaftale trådte i kraft den XX. xxxxxxxx 20XX efter godkendelse i Sundhedskordinationsudvalget.

Bilag 1: Skabelon for aftale mellem kommune og sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning

Denne skabelon anvendes, når kommuner indgår aftale med den lokale sygehusenhed om infektionshygiejnisk rådgivning.

Aftaleparter

Følgende aftale om infektionshygiejnisk rådgivning indgås mellem:

[Indsæt sygehusets navn]		[Indsæt kommunens navn]
[Indsæt sygehusafdelingens navn]		[Indsæt kommuneafdelingens navn]
[Indsæt afdelingens adresse]	og	[Indsæt afdelingens adresse]
[Indsæt navn på aftaleansvarlig]		[Indsæt navn på aftaleansvarlig]
[Indsæt e-mail og tlf.-oplysninger]		[Indsæt e-mail og tlf.-oplysninger]

Ydelser i aftalen

Aftaleparterne indgår aftale om:

Rådgivningsydelse	Sæt X	Omfang
Basispakke (fireårig aftale)		
Hyldevarer (fireårige ydelser)		
Audits/hygiejnetilsyn i institutioner		Antal audits pr. år:
Udarbejdelse af årsrapport		Antal timer pr. år:
Ajourføring af retningslinjer		Antal timer pr. år:
Enkeltstående konsulenttydelser		
Kompetenceudvikling		Antal timer:
Rådgivning om enkeltsager		Antal timer:
Opbygning af hygiejneorganisation		Antal timer:

Se "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne" for specifikation af rådgivningsydelseernes indhold, form, omfang og pris.

Aftalens løbetid

Aftale om basispakke og hyldevarer indgås for en fireårig periode. Enkeltstående konsulenttydelser leveres efter aftale mellem aftaleparterne.

Aftalen gælder fra _____ til _____ (indsæt periode)

Afregning

For basispakken og hyldevarer fakturerer sygehuset én gang årligt for aftalens ydelser.

For enkeltstående konsulentydelse fakturerer sygehuset efter levering af ydelsen.

Udfordringer i samarbejdet

Opleves der udfordringer i samarbejdet om aftalen, søges det løst i dialog lokalt mellem sygehus og kommune. Uenighed om, hvordan aftalen tolkes, søges ligeledes løst i lokal dialog.

Ændringer

Ændringer i aftalen kan foretages ved enighed mellem aftaleparterne og inden for rammerne af "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne".

Opsigelse

Aftalen er uopsigelig i aftaleperioden.

Underskrift

Med underskrift fra aftaleansvarlig indgår aftaleparterne hermed aftale om infektionshygiejnisk rådgivning som beskrevet af ovenstående og i "Rammeaftale for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne"

Dato

Dato

For

[Indsæt sygehusets navn]

For

[Indsæt kommunens navn]

Bilag 2: Pris for basispakken i de 22 syddanske kommuner

Nedenfor fremgår den årlige pris for basispakken for hver af de 22 syddanske kommuner. Basispakken koster 2,71 kr. per borger i kommunen + 4.242,05 kr. (2016-tal).

Kommune	Indbyggertal	Pris (kr.)
Assens	41.413	116.471
Billund	26.562	76.225
Esbjerg	115.987	318.567
Fanø	3.337	13.285
Fredericia	50.844	142.029
Faaborg-Midtfyn	51.329	143.344
Haderslev	56.082	156.224
Kerteminde	23.834	68.832
Kolding	91.745	252.871
Langeland	12.592	38.366
Middelfart	38.041	107.333
Nordfyn	29.374	83.846
Nyborg	32.036	91.060
Odense	199.235	544.169
Svendborg	58.393	162.487
Sønderborg	74.804	206.961
Tønder	37.981	107.171
Varde	50.449	140.959
Vejen	42.945	120.623
Vejle	112.494	309.101
Ærø	6.231	21.128
Aabenraa	59.077	164.341

2016-pris beregnet ud fra indbyggertallet den 1. juni 2016.

Bilag 3: Baggrund for prisfastsættelse af rådgivningsydelse

Nedenfor gennemgås baggrunden for prisfastsættelsen af de rådgivningsydelser, der leveres mod vederlag.

Timetakst

Prisen på rådgivningsydelserne er baseret på en fast timetakst for en hygiejnesygeplejerske. Timetaksten i aftalen er 471,34 kr. (2016-tal), hvilket bygger på:

- En gennemsnitlig årsløn inkl. pension og ferie for de hygiejnesygeplejersker, der arbejder med rådgivningen
- En effektiv timepris, dvs. at fravær af alle årsager (ferie, sygefravær, kursusdage mv.) fratrækkes årsværket inden beregning af timeprisen. Kommunerne bidrager derfor til at betale for sygehuse-nes samlede udgift til det personale, der er involveret i rådgivningen. Fra et årsværk på 1924 timer trækkes 577 timer, hvilket giver en effektivitet på 70 %
- Et overhead på 15 %

Basispakke

Basispakken koster 2,71 kr. per borger i kommunen + 4.242,05 kr. (2016-tal). Prisen på 2,71 kr. per borger gælder for basisuddannelse, audits/hygiejnetilsyn og rådgivning. Prisen for rådgivningsydelserne ”implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisationen” er ens for alle kommuner uanset indbyggertal og udgør 4.242,05 kr. Prisen følger timetaksten nævnt ovenfor og inkluderer overhead og transport. Bag udregningen af prisen for basispakken ligger følgende forudsætninger:

Opgave	Forudsætninger for prisfastsættelse
Basisuddannelse	<ul style="list-style-type: none">• Kommunen har adgang til 1 kursusplads per år per 10.000 indbyggere• Kurset varer 2 arbejdsdage• Der er 2 undervisere på kurset, der hver bruger 2 dage til forberedelse af kurset• Der er gennemsnitligt 25 deltagere på et kursus• Udgifter til lokale og forplejning er indeholdt i prisen for basispakken og afholdes derfor af sygehuset
Implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisation	<ul style="list-style-type: none">• 1 medarbejder fra sygehusenheden deltager på 2 årlige møder• Til hvert møde beregnes 1 times forberedelse og 1½ times transport
Audits/hygiejnetilsyn	<ul style="list-style-type: none">• Kommunen har adgang til 1 audit per år per 10.000 indbyggere*, dog mindst én audit årligt per kommune• Der er to medarbejdere tilknyttet hver audit• Hver audit består af ½ dag til besøg (inkl. transporttid) og ½ dag til afrapportering
Rådgivning	<ul style="list-style-type: none">• Det forventes, at kommunerne benytter rådgivningen ad hoc i et omfang, så sygehusenhederne bruger 0,75 time per uge per 10.000 indbyggere**

* Ekstra audits kan tilkøbes jf. tabel 3 i den regionale rammeaftale.

** Sygehusenhederne fører ikke regnskab over den forbrugte tid. Der er tale om sygehuse-nes samlede forbrugte tid på rådgivningen (inkl. transport, forberedelse, involvering af mikrobiologer mv.) – ikke kun den tid, hvor en kommunal medarbejder er i konkret kontakt med sygehusenheden fx per telefon eller ved besøg på institutioner i kommunen.

Hyldevarer

Prisfastsættelsen for hyldevarerne følger de samme forudsætninger, som gælder priserne i basispakken. Prisen for en audit er 6.975,81 kr. De øvrige hyldevarer afregnes efter en timetakst på 471,34 kr. per time som nævnt ovenfor (effektiv timepris inkl. overhead og transportudgifter).

Antal audits og timetallet til de øvrige rådgivningsydelser besluttet ved indgåelse af aftalen.

Enkeltstående konsulentydelse

Ydelserne afregnes efter en fast timetakst på 1.500,00 kr. (inkl. overhead og transportudgifter). Taksten er højere end den takst, der anvendes i basispakken og hyldevarerne, idet ydelserne er enkeltstående og derfor udfordrer sygehusenes kapacitet til rådgivningsopgaven.

Timetallet til rådgivningsydelserne besluttet ved indgåelse af aftalen.

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Telefon 7663 1000
regionsyddanmark.dk



14620 - Grafisk Service, Regionsyddanmark - 11. 2016

Region Syddanmark og de 22 kommuner





Kommissorium for arbejdsgruppe for udvikling af nye rammer for kronisk sygdom

Baggrund

Nye rammer for kronisk sygdom er et prioriteret område i Sundhedsaftalen 2015-18. Det er besluttet, at der skal udvikles nye tværsektorielle forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes, hjertesygdom, ryglidelse, depression, og leddegigt.

Kommissoriet er seneste revideret i forbindelse med Det Administrative Kontaktforums beslutning på mødet september 2016, om at igangsætte udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes.

Formål

Formålet med at udvikle nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om mennesker med kronisk sygdom er at sikre:

- en sammenhængende indsats med tidlig opsporing, forebyggelse, behandling og rehabilitering, som afspejler den udvikling, der er sket i sygehus, almen praksis og kommune siden udarbejdelsen af de eksisterende forløbsprogrammer.
- at indsatserne i det samlede tværsektorielle sundhedsvæsen tager højde for, at personer med kronisk sygdom har behov for en sammenhængende indsats, der *både* tager udgangspunkt i diagnosen og i personens samlede livssituation ("det hele menneske").
- at rammerne får en klar og helst enkel struktur med tydelige aftaler i sektorovergangene.
- at rammerne bliver forpligtende – også for at understøtte rammernes implementering.

De nye rammer afløser den tværsektorielle strategi "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" fra 2008 og patientforløbsprogrammerne for KOL, type 2-diabetes, hjerteområdet og ryg fra 2010.

De nye rammer skal både indeholde en beskrivelse af generelle, fælles aftaleforhold og de mere konkrete aftaler om udvalgte målgrupper, hvor der er tale om længerevarende forløb med indsatser på tværs af sektorer.

Organisering

Arbejdsgruppen er nedsat af Følgegruppen for forebyggelse og referer til denne. Følgegruppens guide til opgaveløsning er et redskab i arbejdsgruppens opgaveløsning.

Arbejdsgruppen består af;

- Birthe Mette Pedersen, Programchef, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark (regional formand)
- Ulrik Skyum Christensen, Leder af Det Mobile Sundhedscenter, Faaborg-Midtfyn Kommune (kommunal formand)
- Jan Erik Henriksen, Ledende overlæge, OUH Odense Universitetshospital
- Arne Gårn, Specialkonsulent, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
- Anne-Mette Rotwitt, Praktiserende læge, PLO Syddanmark
- Susanne Krysiak, Chefkonsulent, Lægeforeningen Syddanmark

- Anette Frahm, Leder af sygeplejen, Billund Kommune
- Karen Vibeke Andersen, Forløbskoordinator, Nyborg Kommune
- Anders Fournaise, Konsulent, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
- Anette Filtenborg, Konsulent, Varde Kommune

Bemandingen af arbejdsgruppen kan ændres i forbindelse med opstarten på arbejdet med diabetesprogrammet.

I forbindelse med udarbejdelsen af de enkelte forløbsprogrammer kan arbejdsgruppen indhente eller rådføre sig med specifikke kompetencer i forhold til sygdomsområdet.

Leverancer og milepæle

Milepælsplan for udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

Opgaver/leverancer	Tidsfrister
Høringsrunde nyt forløbsprogram for KOL	3. kvartal 2016
Indarbejdelse af høringssvar	4. kvartal 2016
Godkendelse af nyt forløbsprogram for KOL	1. kvartal 2017
Evaluering af proces for udvikling af nyt forløbsprogram for KOL	1. kvartal 2017
Implementering af forløbsprogram for KOL	1 og 2. kvartal 2017

Milepælsplan for udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

Opgaver/leverancer	Tidsfrister
Planlægning af proces med patient- og pårørendeinddragelse	4. kvartal 2016
Afvikling af proces med patient- og pårørendeinddragelse	1. og 2. kvartal 2017
Udarbejdelse af forløbsprogram for diabetes	1. og 2. kvartal 2017
Høringsrunde nyt forløbsprogram for diabetes	3. kvartal 2017
Indarbejdelse af høringssvar	3/4. kvartal 2017
Godkendelse af nyt forløbsprogram for diabetes	4. kvartal 2017 eller 1. kvartal 2018
Evaluering af proces for udvikling af nyt forløbsprogram for diabetes	4. kvartal 2017
Implementering af forløbsprogram for diabetes	1 og 2. kvartal 2018

Ovenstående er uddybet i en detaljeret tidsplan, som løbende koordineres med Følgegruppen for forebyggelse.

Arbejdsgruppen leverer på hvert møde i Følgegruppen for forebyggelse en status for arbejdet med nye rammer for kronisk sygdom.

Evaluering

Arbejdsgruppen evaluerer løbende udviklingsprocesserne af de nye forløbsprogrammer. Evalueringerne drøftes i fællesskab mellem arbejdsgruppen og Følgegruppen for Forebyggelse. Det administrative Kontaktforum præsenteres samtidig med godkendelsen af de enkelte forløbsprogrammer for en evaluering af udviklingsprocessen. Formålet med evalueringen er løbende at lære og justere udviklingsprocessen.



Regnskab for udvikling af forløbsprogrammet for KOL

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner blev i december 2015 enige om at medfinansiere udviklingen af det nye tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL med 100.000 kr. hver, samlet 200.000 kr. Nedenfor præsenteres regnskabet for udviklingen af forløbsprogrammet, som er godkendt af Følgegruppen for forebyggelse.

<i>Post</i>	<i>Udgift</i>
Konsulentbistand ved ViBIS*	Kr. 75.350
Afholdelse af workshops på Trinity:	
Workshop 1 (73 deltagere)	Kr. 46.048
Workshop 2 (45 deltagere)	Kr. 27.865
Workshop 3 (66 deltagere)	Kr. 41.646
Kørselsrefusion til patienter og pårørende	
Workshop 1	Kr. 3.088
Workshop 3	Kr. 2.694
<i>Total</i>	<i>Kr. 196.692</i>

*Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet

Den regionale og kommunale andel udgør hver især 98.346 kr.

Øvrige udgifter

Region Syddanmark har løbende truffet beslutning om at tilføre udviklingen af forløbsprogrammet ekstra midler til grafisk opsætning af forløbsprogrammet, udvikling af video om udviklingsproces (vist på de politiske midtvejsmøder) samt udvikling af en tilhørende kommunikationspakke. Udgifterne beløber sig til 96.063 kr. og afholdes Region Syddanmark udover den aftalte medfinansiering på 100.000 kr.

Herudover modtog udvikling af forløbsprogrammet støtte fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU) på 156.557 kr. til honorering af fire praktiserende læge og fire praksissygeplejersker for deres deltagelse i de tre workshops.

Fora / udvalg:	Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 25. oktober 2016
Overskrift:	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025
Journal- /Sagsnr:	
Resumé:	
Sagsfremstilling:	<p>KKR Syddanmark vedtog på sit møde 13. september 2016 fælleskommunale sundhedspolitiske visioner med visionspapiret "<i>KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025</i>".</p> <p>KKR Syddanmarks ønsker, at der skal arbejdes for, at de sundhedspolitiske visioner inddrages i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale, heriblandt som et redskab til at nedbringe antallet af sundhedspolitiske mål. På de netop overståede politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen nævnte flere kommunalpolitikere ligeledes de nye sundhedspolitiske visioner som et værktøj til skarpere prioritering af indsatsområderne i sundhedsaftaler.</p> <p><i>Om de fælleskommunale sundhedspolitiske visioner</i></p> <p>Visionspapiret lægger op til syddanske sundhedspolitiske visioner, der er på forkant med den nationale sundhedspolitiske dagsorden, udarbejdelsen af en national plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen samt den aktuelle debat om en styrket indsats over for ulighed i sundhed. Visionspapiret kan også ses som et syddansk indspil til realisering af intentionerne i KL's sundhedspolitiske udspil "Sammen om Sundhed".</p> <p>Visionspapiret tager afsæt i et fælles styrende borgerperspektiv og giver et bud på en ambitiøs fælles retning med overordnede mål, prioriterede indsatsområder og en fælles tilgang til udviklingen af et endnu stærkere borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen: Borgeren skal spille en langt større rolle end i dag i forhold til egen sundhed og skal være en central drivkraft og medskaber i sundhedsvæsenets udvikling.</p> <p><i>Vision og hovedmål</i></p> <p>I visionspapiret opstilles en overordnet vision og to hovedmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision: De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed. • Hovedmål 1: 90 % af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025. • Hovedmål 2: Igennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 % i 2025. <p><i>Indsatsområder</i></p> <p>For at nå de overordnede mål og samtidig mindske den sociale ulighed i sundhed, er der opsat tre prioriterede indsatsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Børn og unges livsstil. • Borgere i risiko for eller med psykiske lidelser. • Borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme. <p>Generelt er der i visionspapiret lagt særlig vægt på forebyggende indsatser.</p> <p><i>Virkemidler</i></p>

	<p>De sundhedspolitiske visioner er sendt til de 22 syddanske kommune med henblik på at den enkelte kommune skal drøfte, hvordan visionerne forankres lokalt. Det er forventningen, at kommunerne vil arbejde med udviklingen ad forskellige veje og i forskelligt tempo afhængig af den enkelte kommunes udgangspunkt og muligheder.</p> <p>Skal visionen og de to overordnede mål lykkes, stilles der store krav til den kommunale indsats, til nytænkning i form af nye indsatser og indsatser på tværs af faggrupper og sektorer samt til samspillet med de øvrige aktører på sundhedsområdet. Der skal arbejdes med borgeroplevet kvalitet og sammenhæng, systematisk fokus på effekt samt bedre og mere omkostningseffektive måder at løse opgaverne på i den enkelte kommune, herunder tværsektorielt og tværfagligt.</p>
Indstilling:	<p>Det indstilles, at Sundhedskoordineringsudvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tager orienteringen til efterretningen • Drøfter, hvordan Region Syddanmark og Sundhedskordinationsudvalget kan inddrages i arbejdet med KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner, heriblandt hvordan visionerne kan inddrages i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale
Antal bilag:	1
Navn på bilag:	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner 2025

KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner

– sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025

INDLEDNING

De syddanske borgere skal i fremtiden opleve et endnu stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som de selv er en aktiv del af.

Det er der behov for, hvis vi sammen skal lykkes med at tackle de store samfundsøkonomiske udfordringer, der presser det samlede sundhedsvæsen og borgernes velfærd. I KKR Syddanmark er borgerne derfor en central drivkraft i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

Fra at tale om borgeren som centrum og omdrejningspunkt for sundhedsindsatserne vil vi gå et skridt videre. Vi vil et sundhedsvæsen, hvor borgeren reelt bliver medskabende og betragtes som ligeværdig i relationen med sundhedspersonalet. Borgeren skal spille en langt større rolle i forhold til egen sundhed og som aktør i sundhedsvæsenet, end borgeren gør i dag. Vi tror på, at vi ved at udvikle sundhedsvæsenet i samarbejde med borgerne både kan skabe mere velfærd og sundhed for borgerne samtidig med, at vi tackler det pres, der er fra en stram økonomi og et stigende antal kommunale sundhedsopgaver. Et væsentligt ønske er, at den sociale ulighed i sundhed mindskes ved, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers sundhed og ressourcer. Borgernes ressourcer til at tage ansvar og aktiv del i egen sundhed er forskellig, og det skal sundhedsvæsenet kunne rumme.

Men det kræver politisk vilje og ledelsesmæssigt fokus at skabe udviklingen. Det skal en fælleskommunal vision og konkrete mål bidrage til. Det skal sikre en tydeligere fælles tilgang med et fælles ambitionsniveau, og det skal styrke samarbejdet på tværs af sektorerne, fælleskommunalt og i den enkelte kommune.

Visionen konkretiserer, med afsæt i KL udspillet Sammen om Sundhed og regeringens nye nationale mål for sundhedsvæsenet, hvordan vi vil arbejde med et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen sammen med borgerne.

Visionen sætter retningen for arbejdet i de syddanske kommuner og gør det lettere og bedre for de øvrige aktører på sundhedsområdet at samarbejde med kommunerne. For der er ingen tvivl om, at realiseringen af kommunernes sundhedsvisioner er afhængige af et godt og mere forpligtende og effektorienteret samarbejde med blandt andre Region Syddanmark og almen praksis. Visionen danner dermed også afsæt for arbejdet med næste generation af sundhedsaftaler.

BORGERENS MØDE MED DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

De syddanske kommuners vision for udviklingen af et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen er:

”De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed”

Visionens kerne er borgerne, og hvordan der sammen med borgerne skabes værdi. Visionen gælder for alle borgere i Syddanmark uanset diagnose eller tilknytning til sundhedsvæsenet og nås gennem videreudvikling af det fælles rehabiliterende paradigme, som kommunerne allerede arbejder med i dag.

For det første vil borgerne generelt have mindre behov for sundhedstilbud, end de har i dag. Den enkelte borger oplever i langt højere grad at kunne tage ansvar for egen sundhed. Borgerne oplever sundhedsfremme og forebyggelse som en naturlig del af deres hverdag, og borgerne deltager aktivt i tilrettelæggelse og gennemførelse af aktiviteter og indsatser i fællesskaber med andre borgere i nærområdet eksempelvis via frivilligt arbejde. Både sundhedspersonale på tværs af sektorerne og andre faggrupper støtter borgeren i at tage ansvar for egen sundhed og dermed længst muligt ikke have brug for sundhedsvæsenet.

For det andet vil borgere ramt af sygdom opleve, at der tages udgangspunkt i borgerens egen situation, viden og ressourcer og ønsker til det gode liv. Borgeren oplever nære sundhedstilbud af høj kvalitet, og de føler sig set, hørt og betragtet som ligeværdig i mødet med sundhedspersonalet. Borgeren oplever fleksible sundhedsindsatser, som tilpasses efter de behov og ønsker, som den enkelte har i forhold til egen livssituation, forebyggelse, rehabilitering, behandling og monitorering. På den måde kan borgeren sammen med sit eget netværk og sundhedspersonalet skabe rammerne for, at han/hun kan leve det liv med familie, venner og arbejde, som han/hun selv ønsker.

For det tredje oplever borgerne, at der er sammenhæng i forløbene. Både på tværs af sygehuse og kommuner og på tværs af kommunale indsatser. Skift mellem sygehus og forskellige dele af kommunen er så fleksible og sammenhængende, at det ikke gør nogen forskel for borgeren, hvilken del af kommunen eller hvilken sygehusafdeling, der har ansvar for sundhedsindsatsen. Det vil bidrage til følelsen af tryghed, nærhed og sammenhæng og dermed øge kvaliteten for borgeren.

HVAD BETYDER DET KONKRET?

Med den overordnede vision står det klart, at vores arbejde på sundhedsområdet skal vurderes ud fra borgernes oplevelser og møder med sundhedspersonalet. Det er ambitiøst, men det er netop det, som udviklingen af et borgerfokuseret, stærkt nært sundhedsvæsen kræver af os.

For at leve op til de høje ambitioner sætter vi konkrete mål for, hvilke resultater og effekter et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen skal levere i 2025. Ved at opstille fælles mål vil vi som kommunal sektor i højere grad trække i samme retning, og vi vil kunne indgå i en bedre dialog med de andre aktører på sundhedsområdet om, hvordan vi sammen skal udvikle fremtidens sundhedsvæsen. Det skal med tiden bidrage til en øget fælles forståelse og kultur, hvilket er nødvendigt, hvis vi sammen med borgerne skal skabe indsatser, der er koordinerede og tilpassede den enkeltes ønsker, behov og ressourcer. Hvis vi ønsker at se markante forandringer, er det nødvendigt med mere innovation og stærkere forpligtende samarbejder.

FORBEDRET SUNDHED FOR ALLE SYDDANSKERE

En forbedret sundhed skal kunne ses generelt blandt borgerne i Syddanmark. Sundhedstilstand kan måles på mange måder, men det afgørende er borgernes egen oplevelse af deres sundhed. Første mål sætter derfor fokus på en markant stigning i syddanskernes selvvaluerede sundhedstilstand.

”90 % af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025”

Den forbedrede sundhedstilstand skal give sig udtryk i, at færre borgere har behov for behandling i sundhedsvæsenet, uanset hvor i sundhedsvæsenet behandlingen foregår. På den måde vil det nære sundhedsvæsen gøre en stor forskel for både den enkelte borger og mulighederne i det samlede sundhedsvæsen.

”I gennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 pct. i 2025”

Realisering af de to mål kræver et stærkt nært sundhedsvæsen og et betydeligt skift fra fokus på behandling til fokus på forebyggelse og rehabilitering. Hvis vi lykkes med det, kan vi øge borgernes samlede sundhed og livskvalitet sammenlignet med i dag.

For at nå de overordnede mål sætter vi særligt fokus på tre målgrupper og indsatsområder: Børn og unges livsstil, Borgere i risiko for eller med psykiske lidelser og Borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme. De tre områder er udvalgt, fordi de i særdeleshed stiller krav til nytænkning i form af nye indsatser og indsatser på tværs af faggrupper og sektorer. Derudover vil forbedret sundhed på disse områder i mange tilfælde også have en positiv betydning for andre områder, eksempelvis gennem forebyggelsesinitiativer.

BØRN OG UNGES LIVSSTIL

Hvis vi virkelig vil skabe forbedringer i syddanskernes sundhedstilstand og livskvalitet, må de forebyggende og helhedsorienterede indsatser for vores børn og unge prioriteres højt. Ikke blot for at skabe en bedre barndom, men også fordi vi ved, at grundlaget for et godt voksenliv i høj grad dannes under opvæksten.

På netop dette område har kommunerne en unik mulighed - og et stort ansvar - for at se på tværs af velfærdsområderne i egen kommune og ikke mindst have et bredt udsyn til samarbejdspartnere i nærmiljøet i forbindelse med de forebyggende indsatser. Derfor er børn og unges livsstil et særligt fokusområde for KKR Syddanmark i udviklingen af sundhedsvæsenet.

En usund livsstil hos børn og unge har ikke kun betydning for trivsel, men også for læring og uddannelse, som har stor betydning for sundhedstilstand, selvforsørgelse m.v. som voksen. Endvidere øger en usund livsstil risikoen for at få en kronisk sygdom som voksen.

Ved at sætte øget fokus på at mindske børn og unges risikoadfærd i forhold til kost, motion, rygning, alkohol og mental sundhed tror vi på, at vi kan skabe en markant forbedring i syddanskernes sundhed - både i opvæksten og voksenlivet.

”I gennem et aktivt samarbejde om sundhed og forebyggelse er antallet af syddanske børn og unge¹, som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM² faktorerne og i forhold til mental sundhed, reduceret med 50 pct. i 2025”

En så markant forbedring vil kræve tidlige koordinerede indsatser i tæt samarbejde med de unge og deres forældre samt tværgående indsatser i skoler og daginstitutioner, men også i samarbejde mellem foreninger, netværk og frivilligt arbejde.

¹ Defineret som børn og unge mellem 0 og 29 år.

² KRAM faktorerne: Kost, rygning, alkohol, motion.

Udover betydningen af god forebyggelse på børn og ungeområdet i forhold til mental sundhed vil vi rette særlig opmærksomhed imod, at psykiatrien i den kommunale sektor giver højt kvalificerede og tilpassede forløb til borgeren i tæt og konstruktivt samarbejde med de øvrige aktører på området. Det omhandler næste afsnit.

BORGERE I RISIKO FOR ELLER MED PSYKISKE LIDELSER

Uligheden i sundhed er markant, når der ses på borgere med psykiske lidelser. Eksempelvis er der i dag en forskel på middellevetiden på borgere, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, i forhold til andre borgere på 15-20 år. Det kan gøres bedre. Politisk ønsker vi derfor at prioritere markante forbedringer for disse menneskers sundhed.

Vi ved, at en psykisk sygdom kan have stor betydning for mange livsaspekter for den enkelte borger, eksempelvis uddannelse, sociale relationer og tilknytning til arbejdsmarkedet. Målet med at sætte særligt fokus på borgere i risiko for eller med psykiske lidelser er, at sætte fokus på forebyggelse og tidligere indsatser, og at bidrage til, at borgerne kan få det bedre og leve et godt liv med familie, venner, arbejde og uddannelse.

Borgerne på dette område har mange forskelligartede udfordringer, og det er derfor også i særlig grad nødvendigt, at den kommunale indsats skabes fleksibelt og effektivt samarbejde med den enkelte borger og i borgerens nærmiljø, hvor støtte og behandling tager afsæt i den rehabiliterende tilgang til borgeren.

Borgernes middellevetid er et konkret mål på, hvordan det går med at mindske uligheden i sundhed for mennesker med psykiske lidelser. Det vælger vi derfor i KKR Syddanmark at sætte fokus på.

”Forskellen i middellevetid for syddanskere med psykiske lidelser og syddanskere uden er faldet med 10 % i 2025”

Øget lighed i sundhed, med mindsket forskel i middellevetiden, er også et mål i Sundhedsaftalen for 2015-18. Det er en del af sundhedsaftalen, fordi målet kun kan nås i et tæt og konstruktivt samarbejde mellem de forskellige sundhedsaktører. Samarbejdet er afgørende for, at vi i fællesskab kan mindske uligheden i sundhed.

BORGERE I RISIKO FOR ELLER MED KRONISK SYGDOM

I 2015 levede hver femte voksne dansker med en af de mest udbredte kroniske sygdomme³, og ca. 15 pct. af dem lever med to eller flere kroniske sygdomme og betegnes derved som multisyge kronikere. Mennesker med kronisk sygdom er i meget forskellig grad belastet af deres sygdom. Fælles for mange er dog, at de på grund af deres sygdom lever med nedsat livskvalitet og risiko for forværring af deres sundhedstilstand generelt. Det betyder også, at risiko for at være på kanten af eller uden for arbejdsmarkedet er forhøjet blandt kronikere. En særligt sårbar gruppe er multisyge ældre, som er i risiko for en væsentlig forringet livskvalitet og som i stigende grad belaster sundhedsvæsenets ressourcer.

Der ligger dermed et stort potentiale i at mindske antallet af kronikere generelt og sikre en bedre sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske sygdomme. Den sidste gruppe, der i KKR Syddanmarks visioner sættes særligt fokus på, er derfor borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme.

³ Defineret som KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes, hjertesvigt og astma (Statens Seruminstitut: Borgere med multisygdom), derudover er kræfttramte også medtænkt i denne sammenhæng.

Mennesker med kroniske sygdomme har meget forskelligartede forløb, men i manges tilfælde vil der være tale om komplekse forløb, hvilket giver udfordringer for både sundhedsvæsenet og den enkelte borger. Borgernes ressourcer til at tage ansvar og aktiv del i egen sundhed er forskellig, og det skal sundhedsvæsenet kunne rumme. Det skal i højere grad tænkes ind i vores arbejde på området, og vi skal blive endnu bedre til at sikre, at medarbejderne i kommunerne formår at have et tæt samarbejde med borgerne og borgernes netværk om sygdommen, hvor der fokuseres på, at borgerne skal gøres så uafhængige af sundhedsvæsenet som muligt. At kunne klare sig selv giver nemlig den enkelte større frihed og livskvalitet.

Ved hjælp af målrettet forebyggelse og tidlig opsporing ønsker vi at reducere antallet af borgere, som får en kronisk sygdom. Dette er kun muligt i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, hvor særligt samarbejdet med de alment praktiserende læger og frivillige organisationer spiller en væsentlig rolle.

”9 af ud af 10 syddanskere med kronisk sygdom oplever i 2025, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset”

De borgere, der har behov for sygehusbehandling skal naturligvis på sygehus – også i 2025. Men hyppige indlæggelser eller kontakter med sygehuset kan forværre borgernes sundhedstilstand og forøge deres oplevelse af at være patient. Derfor må målet være, at borgere med kroniske sygdomme i så vid udstrækning som muligt lærer at leve med og mestre deres symptomer hjemme eller i nærmiljøet, så de trods deres sygdom kan have en oplevelse af at fortsætte deres normale liv med højest mulig livskvalitet. Nogle borgere kan i denne sammenhæng få glæde af velfærdsteknologiske løsninger.

VIRKEMIDLER OG UDVIKLINGSRETNING

De opstillede mål er alle meget ambitiøse. Nogle ville måske sige urealistiske. Men vi mener, det er nødvendigt at sætte barren højt, hvis vi på længere sigt skal lykkes med at føre visionen ud i livet. For at lykkes hermed skal vi først og fremmest lykkes med at omsætte visionens fokus på borgerens rolle som ligeværdig aktør og ansvarlig i forhold til egen sundhed og udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Målene stiller samtidig store krav til den kommunale indsats og samspillet med de øvrige aktører på sundhedsområdet. Det er helt bevidst. Det skal nemlig sikre, at alle, i endnu højere grad end det allerede sker, tvinges til at tænke og udvikle nye og innovative løsninger. At nå målene vil kræve en videreudvikling af nuværende praksis og øget nedbrydning af fag- og sektorgrænser for at finde bedre og mere omkostningseffektive måder at løse opgaverne på.

Fælles for visionen og målene er, at der sætter fokus på fælles værdiskabelse med borgerne. Det betyder, at vi skal lade os udfordre af den borgeroplevede kvalitet og sammenhæng samtidig med, at vi sætter systematisk fokus på den ønskede effekt af vores sundhedsindsatser og de hermed forbundne omkostninger. Hvis vi undlader dette, vil vi ud fra et samlet samfundsøkonomisk perspektiv ikke arbejde realistisk med forandringerne og dermed heller ikke nå så langt, som vi ønsker.

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal ske i tæt samarbejde med en række øvrige aktører. Her tænkes naturligvis på de traditionelle samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet, såsom Region Syddanmark, alment praktiserende læger og privatpraktiserende psykiatere. Men udviklingen vil også kræve, at kommunerne videreudvikler deres samarbejde på tværs af egne forvaltninger og fagområder, på tværs af kommunegrænser samt ikke mindst sikrer et tæt samarbejde med et bredt udsnit af civilsamfundet, såsom foreninger, fritidstilbud og den enkelte borgers netværk.

For at nå målene og indfri visionen vil vi i KKR Syddanmark konkret arbejde med følgende virkemidler i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen:

- **Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør.** Ændring af den rolle borgere spiller i egen forebyggelse, behandlings-, trænings- og rehabiliteringsforløb har store potentialer både i forhold til at forbedre effekten for den enkelte, sundhedsvæsenets resultater og udvikling af mere omkostningseffektive løsninger. Vi skal videreudvikle samspillet med borgeren med særligt fokus på, at borgeren bliver mødt på samme måde på tværs af sektorer og på tværs af faggrupper. Og vi skal bruge borgernes oplevelser som en ressource til at identificere, hvor systemet ikke hænger sammen. Det vil kræve dialog med vores samarbejdspartnere på sundhedsområdet og i nogle kommuner kræve en opkvalificering i forhold til sundhedsfaglig indsigt blandt personale på eksempelvis beskæftigelsesområdet.
- **Styrkelse af tidlig opsporing og nytænkning af forebyggelsesindsatser.** Der skal sættes fokus på den tidlige opsporing af sundhedsmæssig risikoadfærd, og på at sundhed i højere grad indarbejdes i andre sammenhænge end de traditionelle sundhedsfaglige områder, i særlig grad som en del af børn og unges læring samt i den arbejdsmarkedsrettede indsats. Sundheds- og forebyggelsesindsatser skal skabes i samspil med borgerne og være en naturlig del af borgernes hverdag der, hvor borgerne er.
- **Effektfulde helheder og øget viden om de indsatser, vi anvender.** Effektfulde helheder på tværs af forvaltninger og sektorer udgør en af nøglerne til at lykkes med vores ambitiøse mål. Vi vil i samarbejde på tværs af kommuner, og gerne på tværs af sektorer, udvikle fælles værktøjer, som kan sikre, at vi arbejder og måler ensartet på effekten af vores indsatser. Samtidig med at vi opbygger bedre viden, vil vi også være bedre til at sætte den viden, vi trods alt har, i spil. Vi forpligter os dermed i fællesskab til at hæve vidensniveauet for sundhedsindsatserne, der anvendes i Syddanmark og sikre et højt fagligt niveau på tværs af kommunerne.
- **Nye roller og ansvarsfordeling mellem sektorer.** Der er behov for at komme videre i dialogen om at finde den rette balance for, hvilke tilbud der bedst gives i hjemmet, hvilke tilbud der skal være i borgerens nærmiljø, og hvilke behandlingsformer der kræver, at borgeren møder op på sygehuset. Vi vil som kommuner forpligte os til at gå proaktivt ind i dialogen om placering af opgaver ud fra borgerens synsvinkel. Det kræver en åben dialog og et tæt, tillidsfuldt og forpligtende tværsektorielt samarbejde i regionen. Vi vil herunder arbejde for et mere forpligtende samarbejde med almen praksis i forhold til de borgernære sundhedsopgaver. Hvis målene om et forbedret tværsektorielt samspil skal nås til fulde, kræver det dog, at der også nationalt kommer nærmere afklaring af opgavefordelingen, så det sikres, at økonomien hænger sammen med, hvem der løser hvilke opgaver.
- **Øget samarbejde på tværs af kommuner.** Borgeren vil ofte ønske et sundhedstilbud tæt på egen bopæl. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at alle kommuner behøver at have samme tilbud. Der skal være åbenhed for at indgå i tættere samarbejde på tværs af kommuner ud fra en borgervinkel om, hvordan opgaverne bedst løftes. Der kan for eksempel samarbejdes om kvalitetsudvikling og velfærdsteknologiske løsninger på tværs af kommunerne. Opgaverne kan løses forskelligt, men vi forpligter os til, at alle borgere – uanset hvor de bor – får sundhedsindsatser af høj faglig kvalitet.
- **Sammenhængende borgerforløb.** Borgerne skal føle sig trygge og i princippet ikke mærke, når fx et behandlingsforløb skifter fra sygehus til kommune. Vi vil igennem et tæt samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet arbejde på, at borgerne oplever mere sammenhængende, effektive og fleksible forløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker, ressourcer og behov.

- **Fælles faglig udvikling og øget tværfaglighed.** En udvikling af borgertilgangen og stadig flere specialiserede opgaver i kommunerne stiller krav til nye kompetencer hos medarbejderne i det kommunale sundhedsvæsen. Det vil være nødvendigt med en målrettet indsats i forhold til at præge kompetencerne blandt både nyuddannede og nuværende medarbejdere. De syddanske kommuner har allerede indgået partnerskabsaftaler med regionen og uddannelsesinstitutioner på social og sundhedsområdet, som skal sikre samarbejde om tværsektoriel kompetenceudvikling af sundhedsvæsenets medarbejdere. Arbejdet skal bidrage til fælles brug af hinandens kompetencer og ressourcer på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Vi ønsker at bakke op om dette arbejde og bidrage til en bred udbredelse af projektets indsatsområder.

De nævnte virkemidler stiller store krav til såvel politikere, administrative ledere og medarbejdere. Vision, mål og virkemidler sætter tilsammen en fælles retning og et fælles ambitionsniveau. Kommunerne vil arbejde med udviklingen ad forskellige veje og i forskelligt tempo afhængig af den enkelte kommunes muligheder og ambitioner. Men uanset vejen og tempoet, så er målet for alle kommuner, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i fremtiden fremstår borgernært, enkelt og gennemskueligt.

KKR Syddanmarks vision for sundhedsvæsenet i 2025

”De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed”

KKR Syddanmarks mål for sundhedsvæsenet i 2025

”90 pct. af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025”

”Igennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 pct. i 2025”

”Igennem et aktivt samarbejde om sundhed og forebyggelse er antallet af syddanske børn og unge, som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM faktorerne og i forhold til mental sundhed, reduceret med 50 pct. i 2025”

” Forskellen i middellevetid for syddanskere med psykiske lidelser og syddanskere uden er faldet med 10 pct. i 2025”

”9 af ud af 10 syddanskere med kronisk sygdom oplever i 2025, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset”

Virkemidler for at lykkes med den fælles vision

- Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør
- Styrkelse af tidlig opsporing og nytænkning af forebyggelsesindsatser
- Effektfulde helheder og øget viden om de indsatser, vi anvender
- Nye roller og ansvarsfordeling mellem sektorer
- Øget samarbejde på tværs af kommuner
- Sammenhængende borgerforløb
- Fælles faglig udvikling og øget tværfaglighed

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 16/33015
Dato: 20. september 2016

Udarbejdet af: Susanne Vangsgaard
E-mail: Susanne.Vangsgaard@rsyd.dk
Telefon: 5170 9732

Notat om fælles børne- og ungesundhedsprofil

Baggrund og formål

Siden 2010 har Region Syddanmark, i samarbejde med bl.a. de syddanske kommuner, udarbejdet sundhedsprofiler blandt den voksne befolkning på 16 år og derover. Sundhedsprofilerne ”Hvordan har du det?” gentages hvert fjerde år (næste gang i 2017) og giver med mere end 30.000 besvarelser pr. runde et repræsentativt billede af sundheden og trivselen blandt syddanskerne. Data opgøres på kommuneniveau, og ved at gentage undersøgelsen er det muligt at monitorere udviklingen over tid og sammenligne data kommunerne imellem.

Sundhedsprofilen dækker dog kun den voksne befolkning på 16 år og derover, og det kan derfor være relevant også at monitorere sundhed og trivsel blandt børn og unge under 16 år. På den måde kan udviklingen monitoreres for både børn og voksne, ligesom der skabes bedre grundlag for indsatser på børn- og ungeområdet og for mere sammenhængende indsatser på tværs af børn og voksen området.

Flere kommuner anvender allerede monitoreringsværktøjer på børne- og ungeområdet. Bl.a. gennemføres der årligt en obligatorisk national måling af børns trivsel i skolen i alle kommuner. Denne måling vil fra 2017 være mulig at besvare via Skolesundhed.dk for de kommuner, der anvender dette redskab. Det er relevant at inddrage indikatorer for sundhed og trivsel i et bredere perspektiv og ligeledes medtage aspekter af børn og unges liv udenfor skoletiden. Skolesundhed.dk tilgodeser dette behov, og anvendes i øjeblikket af 13 ud af de 22 kommuner i Region Syddanmark.

Hvad er Skolesundhed.dk?

Skolesundhed.dk er et redskab, som sigter mod at understøtte kommunernes indsats for, at børn og unge trives og har god sundhed. Redskabet er baseret på målrettede spørgeskemaer, og giver et overblik over sundhedstilstanden på både klasse-, skole- og kommuneniveau.

Derudover kan data trækkes på individniveau af sundhedsplejerskerne, og på den måde bruges som et arbejdsredskab fx i forbindelse med de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser samt andre typer individuelle sundhedssamtaler. Desuden er der mulighed for at anvende data i undervisningen. Som noget nyt er der udviklet et førskole modul, som giver mulighed for at dække målgruppen 0-15 år.

Skolesundhed.dk kan – ligesom sundhedsprofilen ”Hvordan har du det?” – anvendes som styringsredskab i kommunens politiske og strategiske arbejde med trivsel og sundhed. Resultaterne kan bl.a. anvendes i forbindelse med politiske drøftelser, planlægning og løbende justering af indsatser og strategier.

For at anvende Skolesundhed.dk skal man indgå aftale med Komiteen for Sundhedsoplysning, der er ansvarlig for at udvikle og drifte Skolesundhed.dk. Skolesundhed.dk er gratis for kommunerne at

anvende i 2016 og 2017. Der skal i efteråret 2016 fastsættes en fremadrettet prismodel, gældende fra 2018, af Komiteen for Sundhedsoplysning og det kommunale repræsentantskab. I 2018 vil prisen være halvdelen af den pris, der fastsættes. Skolesundhed.dk har ikke noget kommercielt formål. Ifølge Skolesundhed.dk giver en licens for kommunerne bl.a. adgang til data og rapporter for valgte årgange og skoler samt undervisning af sundhedsplejen i, hvordan Skolesundhed.dk kan anvendes.

Perspektiver ved en fælles profil

Skolesundhed.dk indsamler ikke systematisk data fra de mange kommunale profiler med henblik på at skabe et samlet overblik på tværs af kommuner, som kunne give mulighed for sammenligning på tværs af kommuner.

En samlet profil – fx gennemført hvert fjerde år som voksensundhedsprofilen – på tværs af alle de 22 kommuner i Region Syddanmark, kan give mulighed for et mere overordnet værktøj, hvor kommunerne kan sammenligne sig med andre kommuner og følge udviklingen over tid.

Produktet vil være en samlet oversigtsrapport med tabeller opgjort på kommuneniveau lig voksensundhedsprofilrapporterne. Oversigterne vil ligeledes være opdelt efter tema, hvor der til hvert tema vil følge en kort beskrivelse. Rapporten vil være baseret på data på kommuneniveau, opdelt på udvalgte klassetrin. Aldersgrænse skal defineres nærmere.

Fordele

Blandt fordelene ved at lave en fælles børne- og ungesundhedsprofil, på baggrund af data fra Skolesundhed.dk, kan nævnes:

- Der er tale om et eksisterende værktøj, som er velafprøvet
- Det indeholder en bred vifte af spørgsmål indenfor sundhed og trivsel
- Det er et godt afsæt for kommunerne til at arbejde på tværs af forvaltningsområder, og incitamentet hertil kan styrkes yderligere af en fælles profil på tværs af kommuner, som man kan sammenligne sig med.
- Ved at sammenligne sig med andre kommuner får den enkelte kommune et billede af, på hvilke områder det allerede går godt, samt hvor man med fordel kan lægge fokus i arbejdet omkring trivsel og sundhed. Dette giver også mulighed for erfaringsudveksling med andre kommuner.
- Mulighed for at monitorere på udvalgte områder, fx mental sundhed, hvor der ønskes et særligt fokus og eventuelt fælles indsatser på tværs af region og kommune.
- En fælles børne- og ungesundhedsprofil kan være et redskab til øget (politisk) bevågenhed, som det er set med ”Hvordan har du det?”
- Styrke muligheden for bedre sammenhæng mellem børne- og voksenområdet.
- Øget fokus på tidlig indsats, det kan både være forebyggelse og behandling.
- Mulighed for på sigt at lave mere specialiserede analyser ved kobling med registerdata i forbindelse med særlige fælles indsatsområder.
- Indholdsmæssig inspirationskilde til de fremtidige voksenprofiler og indikationsangiver på potentielle kommende udfordringer i sundhedsvæsenet.

- Monitorering i forbindelse med sundhedsaftalen eller nye aftaler.

Opmærksomhedspunkter

- For at sikre, at der opnås valide og sammenlignelige data, er det nødvendigt, at data indsamles i samme periode for alle kommuner. Der skal således fastsættes en fælles indsamlingsperiode, som så vidt mulig skal koordineres med den indsamlingspraksis af data, som allerede foregår i de 13 kommuner, der i dag benytter skolesundhed.dk.
- På samme måde skal der fastsættes en fælles basispakke af spørgsmål i Skolesundhed.dk, som skal anvendes i alle kommuner. Der kan muligvis tilføjes lokale ønsker til spørgsmål i den enkelte kommune, men disse vil ikke blive en del af den samlede afrapportering.
- For at kunne tage højde for bortfald er det nødvendigt, at indsamlingen sker på cpr.nr., som det allerede er tilfældet i flere kommuner. Dette kræver bl.a. forældresamtykkeerklæringer.
- Der skal etableres et set-up i de 9 kommuner, der i dag ikke anvender skolesundhed.dk, helst lignende det, som findes i de øvrige 13 kommuner, omkring indsamling af data, herunder aftaler med skolerne og lærerne om undersøgelsen.
- Den overordnede tidsplan skal tilrettelægges på en måde, så det ikke kolliderer med de aktiviteter mv., der allerede er fastlagt i forbindelse med arbejdet med voksensundhedsprofilen.
- Det skal afklares, hvilke målgrupper blandt børn og unge, der skal indgå, fx mellemtrinnet og udskoling.



Standardaftale mellem specialiserede
rehabiliteringstilbud og sygehuse om
lægefaglig behandling og konsulentbistand.

Region Syddanmark og de 22 kommuner

[.....] Kommune og [Sydvestjysk Sygehus Grindsted Neurorehabilitering] eller [OUH-NR, neurorehabilitering] har indgået følgende aftale:

1. Målgruppen for samarbejdsaftalen er patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

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

Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, samt inden for sundheds- og social-, undervisnings- eller beskæftigelsesområdet.

2. Igangsætning af genoptræning på specialiseret niveau igangsættes på baggrund af en genoptræningsplan, der beskriver:
 - Behov for en samtidig specialiseret sundheds- og socialfaglig indsats.
 - En tidsafgrænset indsats. Udgangspunktet er, at patienten i denne fase har behov for en døgndækkende indsats (evt. ophold på et socialt døgntilbud)
 - Svære somatiske eller psykiatriske følger af hjerneskade eller betydelig komorbiditet. Der er medicinske problemstillinger, som varetages i sygehusregi, og dermed behov for løbende koordinering mellem genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser og lægelig behandling og/eller sygepleje på specialiseret niveau
3. Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig.
4. Der er et tæt samarbejde med sygehussektoren, sådan at speciallægen kan fungere som konsulent i rehabiliteringstilbuddet, hvorved:
 - Indsatsen afpasses efter behovet
 - Der afholdes altid en udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau.

Ved udskrivningskonferencen lægges en plan for indsatsen i relation til den enkelte patient. Det typiske niveau for indsatsen vil være et tilbud om en opfølgende konference 14 dage senere, evt. via video.

- I referatet af udskrivningskonferencen henvises til en generel aftale indgået mellem det specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuset. Det præciseres i denne aftale, at formålet er at sikre patienter med en genoptræningsplan nem adgang til neurologisk, lægefaglig kompetence, som også vurderer, om der er behov for at inddrage andre lægefaglige specialer, herunder psykiatrien.
- Der kan evt. mellem sygehuset og rehabiliteringstilbuddet aftales fast konference afholdelse
- Ved udskrivelse fra sygehuset til det specialiserede rehabiliteringstilbud aftales det primære behov for lægelig bistand til den enkelte patient
- Sammenhængen i forløbet sikres gennem fleksibilitet og dialog
- Konsulentfunktionen kan således varetages via skriftlig kommunikation, deltagelse i konferencer eller via indkaldelse til ambulante opfølgninger i sygehus regi
- Uddannelse af personalet på det specialiserede rehabiliteringstilbud vil ikke være omfattet af aftalen.
- Patientens forløb betragtes ikke som endeligt afsluttet på sygehuset under rehabiliteringen på specialiseret niveau – patienten kan eksempelvis umiddelbart få tid i sygehusambulatoriet uden at skulle have en ny henvisning
- Med henvisning til at der er tale om et meget lille antal patienter, som skal håndteres i kort tid vil aftalen håndteres inden for de eksisterende økonomiske rammer på sygehuset

5. Aftalen træder i kraft pr. _____

Dato ____

For [.....] Sygehus

For [.....] Kommune



Afdeling: Tværsektorielt Samarbejde
Journal nr.: 15/52398
Dato: 19. oktober 2016
Udarbejdet af: Arne Vesth Pedersen
E-mail: Arne.Vesth.Pedersen@rsyd.dk
Telefon: 29201104



Mindstekrav til samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og institutioner, der bedriver forskning og udvikling

Baggrund og formål

Region Syddanmark og de syddanske kommuner har indgået en aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 29. januar 2016).

Aftalen er udarbejdet på grundlag af: Bekendtgørelse 1088 af 6. oktober 2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus; Vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner; "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje", Sundhedsstyrelsen 2014; Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", Socialstyrelsen – den nationale koordineringsstruktur 2014.

Det fremgår bl.a. af aftalen, at leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau skal have indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver forskning og udvikling. Grundlaget for dette krav er Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje vedr. genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade fra 2014.

Som en overordnet ramme for indholdet af fremtidige aftaler på dette område anføres fire elementer herunder, som Region Syddanmark og de syddanske kommuner er enige skal indgå i disse aftaler. Elementerne følger af, at de sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud har en forskningsforpligtelse, igen jf. Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje.

Fire faste elementer i samarbejdsaftaler mellem leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau og institutioner, der bedriver forskning og udvikling

Sikring og udvikling af kompetencer

Det skal af aftalen fremgå, hvordan samarbejdet med forsknings- og udviklingsinstitutionen kan bidrage til, at sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren af specialiseret rehabilitering til

stadighed er opdateret vedr. den nyeste evidens på området.

Indsamling og videreformidling af evidens

Det skal af aftalen fremgå, hvordan sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren i samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutionen kan bidrage til at indsamle evidens og videreformidle den.

Medvirken til fremkomst af forskningsbaseret viden

Det skal af aftalen fremgå, hvordan sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren i samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutionen kan medvirke til fremkomsten af forskningsbaseret viden, eksempelvis gennem leverancer af data.

Iværksættelse af forskning

Såfremt sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren skulle ønske at iværksætte forskning, skal det af aftalen fremgå, hvordan dette kan ske i samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutionen.

30. september 2016

Formidling af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Når der er givet accept fra DAK/ Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, på Det stående udvalgs oplæg, vil chefterapeut Anne lise Zilmer og chefterapeut Marianne Thomsen samlet informerer henholdsvis OUH Svendborg - og SVS Grindsteds neurorehabiliterings afdelinger, samt hovedsagen for unge Driftsledelserne på begge afdelinger bliver en del af, at få implementeret GOP til rehabilitering på specialiseret niveau
Alle faggrupper der involveres i udarbejdelse af genoptræningsplanerne vil blive undervist.

Der vil blive udarbejdet materiale(bla. guide til udarbejdelse af GOP i Cosmic), der bruges og kan bruges fremadrettet i forhold til implementeringen.
Der planlægges followup efter 3 mdr. på begge matrikler.

Formidlingen til kommunerne, skal efter forslaget er behandlet i DAK, ske fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, til videre implementering i de lokale samordningsfora
Samme gruppe bør finde en løsning på at formidle til praksis.

Afdeling: Rehabiliteringsafdelingen
Sagsnr.:
Dato: 26. september 2016

Udarbejdet af: Anne Lise Zilmer
E-mail: Anne.Lise.Zilmer@rsyd.dk
Telefon:

Udkast til pixi-guide til nøgleordet ”Udvidet beskrivelse af helbredsrelateret funktionsevne på udskrivningstidspunktet”

Under dette nøgleord, skal der bruges en standardfrase som muliggør en ensartet dokumentation på de to regionsfunktioner på henholdsvis Grindsted sygehus og på Svendborg sygehus.

De tværfaglige medarbejdere skal beskrive den udredning og behandling, der er foretaget ligesom de skal udarbejde en detaljeret beskrivelse af patientens samlede funktionsevne i relation til nedenstående overskrifter.

Derudover skal de beskrive resultaterne af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger, fx skal neuropsykologers og audiologopæders undersøgelser beskrive patientens tilstand via en kort konklusion, ligesom andre relevante faggruppers undersøgelser skal beskrives.

De tværfaglige medarbejdere må anbefale hvilke rehabiliteringsindsatser der skal ydes i det videre forløb i kommunerne.

Udkast til frasen:

Frasen kan f.eks. hedde: _spec.rehab

LÆGEN

- Sundhed:
- Social:
- Beskæftigelse:
- Uddannelse:

NEUROPSYKOLOG

- Undersøgelser:

FYSIO- og ERGOTERAPEUT

- Kropsfunktion:
- Aktivitet og deltagelse:
- Omgivelsesfaktorer:

SYGEPLEJERSKE

- Xx
- xx

LOGOPÆD

- Undersøgelser:

SOCIALRÅDGIVER

- Social:
- Beskæftigelse:
- Uddannelse:

Krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Baggrund

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

Som følge heraf er *'Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau'* udarbejdet.

De nedenfor præsenterede kriterier udgør kommunernes krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau i Syddanmark.

Ansvar for indsatsen i forlængelse af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau er en kommunal myndighedsopgave.

Kriterier for leverandører af genoptræning på specialiseret niveau

For leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau gælder:

- Tilbuddet er forankret på det sociale område, men varetager indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet
- Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig
- For at være dækket ind i forhold til borgernes behov skal leverandøren have følgende fagpersoner ansat med specialiserede kompetencer ift. området:
 - Neuropsykologer, audiologopæder, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, evt. socialrådgiver

- Leverandøren skal sikre adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne
- Leverandøren har basis i et døgn-dækkende tilbud
- Herudover skal der, jf. *'Skabelon for samarbejdsaftale mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuse om lægefaglig behandling og konsulentbistand'* være indgået en samarbejdsaftale om adgang til lægelig behandling og konsulentbistand'
- Leverandøren har indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning, jf. *'Skabelon for samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og institutioner'*

For det sundhedsfaglige del af tilbuddet gælder det specifikt, at:

- De sundhedsfaglige indsatser skal leveres af autoriserede sundhedspersoner
- De sundhedsfaglige medarbejdere arbejder udelukkende med patienter med neurologiske lidelser.
- Leverandøren skal råde over minimum 2-3 autoriserede fagpersoner med samme uddannelse for at sikre tilstrækkelig dækning
- De sundhedsfaglige medarbejdere deltager i forskning og udviklingsarbejde

For den socialfaglige del af tilbuddet gælder det specifikt, at:

- Faggrupperne har erhvervet sig specialiserede neurofaglige kompetencer; for psykologer vil det fx betyde erhvervelse af psykologforeningens godkendelse som specialist i neuropsykologi.
- Leverandøren skal etablere vidensmiljøer for medarbejdere bestående af minimum 3 personer med beslægtede uddannelser
- 75 % af personalet har minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III.
- Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision, og supervisionen forestås af specialistgodkendt neuropsykolog.
- Faggrupperne deltager i udviklingsarbejde og bidrager til forskning.
- Faggrupperne indgår i vidensdeling og kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere.
- Tilbuddet samarbejder med lokale vidensmiljøer, det regionale vidensmiljø og VISO.

Løbende kvalitetssikring af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Nedenstående er udkast til et spørgeskema, der skal danne udgangspunkt for den løbende kvalitetssikring af leverandører af genoptræning på specialiseret niveau.

Spørgeskemaet udsendes én gang årligt af den kommune, hvori leverandøren er hjemmehørende og forelægges Det Administrative Kontaktforum til orientering.

- Beskriv kortfattet den organisatoriske forankring af tilbuddet (vedlæg organisationsdiagram og eventuelle samarbejdsaftaler med underleverandører)
- Angiv antallet af nedenstående personaler samt deres timestruktur:
 - Neuropsykologer
 - Ergoterapeuter
 - Fysioterapeuter
 - Sygeplejersker
 - Pædagoger
 - Audiologpæder
 - Socialrådgiver
- Arbejder den sundhedsfaglige personalegruppe udelukkende med patienter med neurologiske lidelser?
- Har 75 % af den socialfaglige personalegruppe minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III?
- Modtager den socialfaglige personalegruppe fast og hyppig supervision og varetages supervisionen specialistgodkendt neuropsykolog?
- Hvordan sikres medarbejdernes adgang til vidensmiljøer på specialiserede områder? (Såfremt medarbejderne indgår i eksterne vidensmiljøer vedlægges samarbejdsaftale som en del af besvarelsen)
- Deltager medarbejderne i udviklingsarbejde (Vedlæg tre vigtigste projektbeskrivelse, -status og/eller -evalueringer)
- Hvordan opfattes samarbejdet med leverandøren af relevante sygehusafdelingers?
- Angiv den borger- og pårørende kvalitet fra minimum fem respondenter
- Vedlæg samarbejdsaftaler om 1) adgang til lægelig behandling og konsulentbistand samt 2) aftale med institutioner, der bedriver udvikling og forskning

Dagsordenspunkt til de lokale samordningsfora

Sagsfremstilling

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation ifm. kræft indgår i Sundhedsaftalen 2015-18 og skal som led heri implementeres i kommuner, sygehuse og hos almen praksis i Region Syddanmark.

På baggrund af anbefalinger fra den hidtidige arbejdsgruppe besluttede *Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering* den 25. april at styrke implementeringen af behovsvurderingen og den tilhørende korrespondancemeddelelse, jf. forløbsprogrammet. Implementeringen styrkes blandt andet ved at sikre, at der i arbejdsgruppen fremover er både en regional og kommunal repræsentant fra hvert samordningsfora. Desuden sikres Videnscenter for Rehabilitering og Palliation en plads i gruppen. Almen praksis fortsætter i gruppen som en vigtig samarbejdspart og tovholder for patienten. Ligeledes fortsætter deltagelsen af Kræftens Bekæmpelse, Region Syd.

Arbejdsgruppen skal bidrage til en systematisk udbredelse af behovsvurdering via korrespondancemeddelelse på sygehusene såvel som i kommunerne og almen praksis.

Det skal de gøre ved;

- At udarbejde en kort implementerings- og opfølgingsplan med henblik på at sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift
- At følge den lokale implementeringsindsats i samordningsfora og bidrage til sammenhæng på tværs
- At bidrage til løbende overvejelser om, hvordan patient- og pårørendeperspektivet kan indgå bedst muligt i den fortsatte implementering.
- At afholde to identiske kursusdage, som kan øge kendskabet til og anvendelsen af behovsvurdering i korrespondanceformatet.
- At sikre erfaringsopsamling, bl.a. via en afsluttende afrapportering.

Anbefaling

Det anbefales, at medlemmerne i de lokale samordningsfora

- Orienteres om nyt fra arbejdsgruppen.
- Drøfter status på arbejdet med implementeringen af forløbsprogrammet. Herunder hvor mange behovsvurderinger er der lavet og hvor mange henvendelser til kommunerne og almen praksis har dette givet anledning til.
- Skaber et overblik over, hvor mange lokationsnumre kommunerne har, og om der kan være usikkerhed i forhold til, hvor korrespondancemeddelelsen skal sendes hen.
- Drøfter, om der skal sættes en tidsramme på, hvor længe der maksimalt må gå fra patienten får foretaget behovsvurderingen og til at kommunen over for borgeren kvitterer for at have modtaget behovsvurderingen. Dette vil selvfølgelig kun være relevant i de situationer, hvor der er brug for kommunal koordinering og hjælp. Det foreslås, at der sættes en tidsramme på 14 kalenderdage, og at der af kvitteringen fra kommunen til borgeren fremgår en plan for det videre forløb.

- Drøfter, om der er behov for, at kommunen også sender en kvittering til sygehuset med besked om, hvad der aftales med patienten.



Esbjerg
Kommune

KORTLÆGNING AF VÆRKTØJER TIL IT- UNDERSTØTTELSE AF TVÆRSEKTORIEL KOMMUNIKATION

Kortlægning fra de 22 kommuner på vegne af
Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi

Indhold

1	Oplæg til kortlægning.....	2
2	Sammenfatning.....	3
3	Tilbagemeldinger fra kommunerne.....	8
3.1	Aabenraa	8
3.2	Billund Kommune	9
3.3	Esbjerg Kommune.....	10
3.4	Fredericia Kommune.....	11
3.5	Haderslev Kommune.....	13
3.6	Kerteminde Kommune	14
3.7	Kolding Kommune	15
3.8	Langeland Kommune.....	16
3.9	Middelfart Kommune	17
3.10	Nordfyns Kommune	19
3.11	Odense Kommune.....	20
3.12	Sønderborg Kommune.....	21
3.13	Tønder Kommune.....	22
3.14	Varde Kommune.....	23
3.15	Vejen Kommune	24
3.16	Vejle Kommune	25

1 Oplæg til kortlægning

Det er fra DAK´s side et ønske, at der udarbejdes en kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation. Materialet er udarbejdet på baggrund af de besvarelser der er kommet ind for de 22 kommuner.

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?
2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

2 Sammenfatning.

I følgende tabeller ses sammendrag af

For uddybende information se de fyldte tilbagemeldinger svarende til indholdsfortegnelsen

	Aabenraa	Billund	Esbjerg	Fredericia	Haderslev	Kerteminde
1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:	<p>It-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde på svangre område</p> <p>It-understøttelse af deling af data på tværs af velfærdsteknologier, systemer og sektorer.</p> <p>It-understøttelsen af en BYOD-tilgang (Bring Your Own Device) og hardwareafhængighed.</p>	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virtuelle træningsprogrammer - Video konference - Skype for Business - Skærmbesøg - Telemedicin 	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deling af data på tværs af systemer - Åbne snitflader – Datadeling med velfærdsteknologi. - Løsninger der ikke er afhængige af hardware eller styresystemer. - Øget egenmestring og borgerinddragelse - Alt datafiltrering og trafik optimeres for at imødekomme behovene. 	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <p>Fælles journal på tværs af sektorer. Patienter med komplekse med behandling i hjemmeplejen og behandlingsansvaret ved sygehuset fx IV-patienter.</p> <p>Telemedicin på relevante målgrupper.</p> <p>Snitflader med velfærdsteknologi og EOJ.</p> <p>Fokus på datasikkerhed, rettigheder ved strekkoder.</p>	<p>Behov for at man understøtter løsninger der bidrage til effektiviseringer, forbedre kvaliteten i opgaveløsning og understøtte, at borgeren tager aktivt del i eget liv</p>	<p>Behov for at løsninger til hjemmemonitorering tilpasses, således at der er snitflade til kommunale og regionale EOJ systemer</p> <p>Mulighed for videokonference mellem kommune, sygehus og almen praksis</p> <p>Integration til Skype for Business</p>
2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle	<p>MedCom via KFS-Lan.</p> <p>(Tværsektoriel kommunikation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Virtuelle træningsprogrammer - Video konference 	<p>EOJ:KMD – Care.</p> <p>Med -Com</p> <p>FMK</p>	<p><i>FMK bliver integreret med KMD Nexus når det opstartes 1.nov.</i></p>	<p>CSC VITAE</p> <p>BOSTED</p> <p>Sundhed: Novax</p>	<p>Med Com, (Sam:Bo) og FMK.</p>

kommunikation kører i drift:	<ul style="list-style-type: none"> • CISCO Jabber • WebEx videokommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Skærmbesøg - KMD Nexus 	Virtuelle træningsprogrammer	LIVA (kommunal app) <i>Socialområdet anvender EG Clinea for at anvende FMK.</i>	Tandplejen: TM tand Logiva doc2mail	
---	--	---	------------------------------	--	--	--

I følgende tabel ses sammendrag af
For uddybende information se de fyldte tilbagemeldinger svarende til indholdsfortegnelsen

	Kolding	Langeland	Middelfart	Nordfyns	Odense
1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:	<p>Systemet skal kunne aflevere data et fælles sted, hvorfra data må ikke være redundante og skal kunne tilgås af alle relevante parter i forbindelse med tværsektoriel kommunikation og samarbejde.</p> <p>Data skal kunne indhentes direkte i fagsystemerne (<i>svarende til integration mellem systemerne</i>)</p>	<p>Ønsker om integration mellem borgers vitale målinger i eget hjem (HIS platformen) og EOJ systemet.</p> <p>Her tænkes også at løsninger minimerer manuel indtastning.</p>	<p>Løsning der sikrer udveksling af oplysninger på den enkelte borger på tværs af org. Enheder som kan integreres med NOVAX</p> <p>System der kan indhente erfaringsbaseret data fra andre kommuner (en fælles database). Herunder hvilke teknologier der findes på markedet.</p> <p>Teknologien omkring applikationer skal øges.</p> <p>Herunder anvendelse af borgerfokuseret redskaber til borgers eget brug og gavn. På sammen måde søges tværsektorielt medarbejderfokuseret redskab. F.eks. ved monitorering/dataop-samling.</p> <p>Behov for uddannelse, som grundlag for bedst brug af teknologi</p>	<p>Ønsker et Virtuel kommunikations system som kan understøtte borgernes hverdag, tværfagligkommunikation. Det skal ligeledes være fleksibelt og kunne erstatte EOJ og det sociale system.</p>	<p>Behov for IT-understøttelse af:</p> <p>Løsninger der styrker det tværgående og tværsektorielle samarbejde</p> <p>Løsninger der styrker styrke kompetenceudviklingen i hjemme-sygeplejen.</p> <p>Løsninger der understøtter det gode udskrivningsforløb.</p> <p>Løsninger der forhindrer indlæggelse og genindlæggelser.</p> <p>Løsninger der understøtter det svære forløb hos borgeren der</p>

					<p>håndteres i hjemmet af hjemmeplejen.</p> <p>Løsninger der styrker Medinddragelse af patient/borger og dennes pårørende</p>
2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift:	Fast Track – tværgående datadeling Appinux	MedCom	KMD Care	EOJ system: KMD Care Sundhedsplejesystem: Novax	FMK KMD Care

I følgende tabel ses sammendrag af

For uddybende information se de fyldte tilbagemeldinger svarende til indholdsfortegnelsen

	Sønderborg	Tønder	Varde	Vejen	Vejle
1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:	<p>Ønsker om videreudvikling af eksisterende skabeloner og medcom-standarder og sikring af fremtidig kommunikation ift. et sundhedsvæsen med specialiserede landsfunktioner og en national it-understøttelse af bl.a. FS3 og ved udrulning af landsdelsprogrammerne, f.eks. KOL-programmet</p>	<p>Behov for It understøttelse så hjemmemonitoreringsdata kan være tidstro og tilgås af borger og på tværs af sektorer og Kommunikation skal kunne være videobaseret og der skal kunne bruges E-learningsløsninger og mulighed for videosamtale og døgn call-center funktion. Ligeledes ønskes der en fælles oversigt over hjælpemidler generelt</p>	<p>Centralt for den digitale løsning er at der benyttes standardiserede datasnitflader og åbne standarder for data og brugergrænseflader</p>	<p>En digital infrastruktur som understøtter kommunikation mellem sektorer og ud til borger, hvor nye løsninger, løbende kan integreres i en fælles, sikker og stordrifts klar infrastruktur der kan integreres til borger.dk</p>	<p>Systemer skal underbygge sundhedsaftalerne, leve op til fællesoffentlige digitaliseringsstrategi og som anvender samme standarder på tværs af sektorer</p>

2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift:	EOJ: CSC Social CSC Sundhed CSC Omsorg Mediconnect Sår i syd	MedCom Bruger videokonference-system Appinux	Appinux Cisco Jabber (Videoløsning, test setup, ingen integration)	MedCom	FMK/MedCom, Dose-system, Re-act/Bröset, Doseringssystem til udlevering af metadon
--	---	--	---	--------	---

Spørgsmål 1: Temaer der er gennemgående på tværs af kommunerne.

<p>Kommunikation tværsektorielt: Den digitale infrastruktur skal modes, så der skaber rammevilkår for kommunikation over sektorerne</p>
<p>Kommunikation til og mellem systemer med velfærdsteknologiske løsninger: Et digitalt IT system skal generelt være fleksibelt med åbne snitflader og der skal anvendes fælles standarder for datastrukturen, som sikre sikker datadeling og kommunikation på tværs af sektorer.</p>
<p>Fokus på datavisning/integration. Behov for datavisning/datatrafikken fra telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger (tredjepartsleverandører) direkte i fagsystemet. Der er fokus på at velfærdsteknologien skal integreres i EOJ/fagsystemet, så personalet henter data direkte i systemet.</p>
<p>Fokus på komplekse borgere. Løsninger der retter sig mod komplekse borgere/medarbejderrettet.</p>
<p>Hjemmemonitorering.</p>
<p>Fokus på Borgerrettede- og inddragende teknologier.</p>
<p>Videokommunikation integration: Behov for at videofunktioner kan anvendes og er integreret i systemer på sikker vis, så de kan anvendes borgerrelateret, medarbejderrelateret og tværsektorielt.</p>
<p>Uddannelse og opkvalificering i forhold til anvendelse af teknologier. Kontekst uklar her nævnes: e-læringsmuligheder, bedst brug af teknologi og styrkelse af kompetencer i anvendelse.</p>

Spørgsmål 2: Besvarelser der er gennemgående på tværs af kommunerne.

EOJ system der betragtes som indgangspote til ekstern kommunikation her nævnes:

- CSC
- KMD Care
- KMD Nexus

Sundhedsplejen: NOVAX

Tandplejen: TM Tand

Monitoreringsplatforme der ses som indgangsport til tværsektoriel deling af data.

Her nævnes:

- Appinux

Medicinhåndteringsområdet:

- FMK

Videoløsninger

- Cisco Jabber (tværsektorielt)
- Andre videokonferencesystemer.

Andre systemer:

- Dosesystem, – medicinpåminder.
- Re-act/Bröset.
- Doseringssystem til udlevering af metadon.
- Fasttrack - tværgående datadeling.
- Doc2mail
- Logiva

Med-Com: Fælles ramme for udveksling af data. Standardisering af de hyppigst forekommende digitale kommunikationsstrømme.

3 Tilbagemeldinger fra kommunerne

3.1 Aabenraa

Hermed Aabenraa Kommunes besvarelse:

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Aabenraa Kommune ønsker, at it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde på svangre området understøttes snarest.

Aabenraa Kommune ser et behov for it-understøttelse af deling af data på tværs af forskellige telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger i henholdsvis kommuner og på sygehuse, der ligeledes vil være fremmende for en BYOD-tilgang (Bring Your Own Device) og hardwareuafhængighed.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Udvekslingen af indlæggelses- og udskrivesrapporter, plejeforløbsplaner m.v. kører i drift på basis af MedCom-standarder og via KFS-Lan.

Understøttelse af tværsektoriel kommunikation mellem Aabenraa Kommune og Region Syddanmarks sygehuse via CISCO Jabber og WebEx videokommunikation kører ligeledes i drift.

3.2 Billund Kommune

9. august 2016/hms

Besvarelse på DAK's kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

- Virtuelle træningsprogrammer
- Video konference
- Skype for Business
- Skærmbesøg
- Telemedicin

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

- Virtuelle træningsprogrammer
- Video konference
- Skærmbesøg
- KMD Nexus

3.3 Esbjerg Kommune.

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

3. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for deling af data på tværs af systemer og ikke deling af systemer.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for prioritering af åbne snitflader, hvor det gøres forudsætningskabende for EOJ systemer at de kan indarbejde tredjeparts leverandørers velfærdsteknologiske løsninger på en måde, der tillader faglig anvendelighed/brugbar fremvisning af data, samt deling af disse på tværs af sektorer.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for løsninger der ikke er afhængige af hardware eller styresystemer. Afhængighederne fører til skrøbeligheder i forhold til løbende opdateringer i styresystemer. Hardwaren skal ikke låse mulighederne for at dele data.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for velfærdsteknologiske løsninger der forbedrer, effektiviserer ydelser og er skalerbare fremtræder i en fælles vidensdatabase.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for løsninger der er brugervenlige og sætter fokus på øget egenmestring.
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for at sikre funktion og pålidelighed af de introducerede løsninger, der skal kunne indsamle og dele data tværsektorielt. (Dvs. undersøge om de relevante data, når ud til de relevante personer på det rigtige tidspunkt ved indarbejdelse af filtreringsmekanismer og snitflader.)
- Esbjerg Kommune ønsker et fokus på/ser et behov for understøttelse af borgers inddragelse i forhold til at understøtte at borger selv kan fremsøge ledige tider i kommunale tilbud.

4. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

- KMD – Care. Udbudsproces i forhold til indkøb af nyt EOJ- system er i gang.
- SAM:BO/MEDCOM i forhold til at kunne anvende systemerne tværsektorielt.
- FMK

Vi afvikler løbende projekter, hvor vi tager udgangspunkt i brugerdrevet innovation

3.4 Fredericia Kommune.

Hermed svar til DAK fra Fredericia Kommune på spørgsmålene vedr. kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Ønske: Fælles journal på tværs af sektorer. Bl.a. med mulighed for at få adgang til borgerens epicrisis straks efter at borgeren er blevet udskrevet fra sygehus. Adgang til denne viden med det samme giver større mulighed for, at der hurtigere bliver taget hånd om borgeren på den måde, det er foreskrevet af sygehuset. God og effektiv kommunikation og videndeling er også særdeles relevant ift. patienter med komplekse behandlingsbehov, der bliver udskrevet fra sygehuset til behandling i hjemmeplejen, men hvor behandlingsansvaret ligger på sygehuset fx IV-patienter

Ønske: Da sygehuset i Fredericia lukker, og der dermed bliver der større afstand til nærmeste sygehus, så er det et ønske at se nærmere på, om der kunne være muligheder for telemedicinsk ambulant kontrol for relevante målgrupper.

Ønske og behov: Vi har i en årrække arbejdet med at få pilledispensere (Medido) udbredt hos borgere tilknyttet hjemmeplejen, så de i højere grad selv kan håndtere at tage deres medicin. Som det fungerer i øjeblikket, er der kun et mindre antal borgere, der har en pilledispensere, og vores ønske er at udbrede brugen i større skala. Der kommunikeres mellem pilledispenserne, den tilhørende portal som hjemmeplejen kan tilgå, apotekerne og apotekernes pakkecentral. Dog er der på nuværende tidspunkt udfordringer med spørgsmål omkring datasikkerhed, rettigheder til brug af stregkoder, og desuden har det været udfordrende at få borgere over på dosispakket medicin, som denne pilledispensere kræver. På sigt kan der skabes integration mellem omsorgssystemet KMD Nexus og Medido.

Vi er i en undersøgelsesfase ift. (Telemedicin) Polycom, som vi vil bruge sammen med borgene i forbindelse med dialog med de regionale afdelinger, i første omgang for vores botilbud.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Plejenet (sår): Kommunikation mellem hjemmesygeplejersker og ambulatorier på sygehuse omkring borgeres sår. Det er muligt at sende billeder af borgeres sår til vurdering på ambulatorierne.

I Fredericia Kommune indfører vi d. 1. november 2016 nyt omsorgssystem – KMD Nexus. Nexus giver mulighed for, at journalsystemet kan bruges på tværs af fagområder fx pleje, sundhed og voksenområdet. Da Nexus har en åben snitflade, bliver det muligt at skabe integration mellem omsorgssystemet og andre systemer, som skal sende/modtage information herfra. Det gælder både systemer, der har

sigte på tværsektoriel kommunikation herunder MedComs standarder og andre systemer fx Medido.

Fælles Medicinkort er fuldt implementeret i Fredericia Kommune og kører i drift. FMK bliver integreret med EOJ-systemet - KMD Nexus.

Fredericia Kommune er en del af LIVA. LIVA er en kommunal app til kronikere, der bl.a. muliggør selvmonitorering, program til livsstilsændring, online dialog med sundhedspersoner og online fællesskab. Systemet giver kommunen overblik over kronikernes tilstand og udvikling med mulighed for at prioritere den kommunale indsats. Der er også mulighed for, at patientens egen læge kan få indsigt i de data, som findes i LIVA, og dermed kan de indgå i behandlingsgrundlaget. Kører i drift fra september 2016.

I Center for aktiv Social Mestring, Misbrug og Socialpsykiatri, er vi ved at indkøbe lægesystem EG Clinea som har snitflader til FMK mm. Det skal køre parallelt med NEXUS, der er ingen snitflade. Det skal dække vores lægers behov i forhold til ordinationer og deslige.

3.5 Haderslev Kommune.

I mailen nedenfor, har vi fra Haderslev Kommune skrevet vores kommentarer ind relateret til kortlægningen. Håber at det er brugbart. Det har ingen betydning, at kommentarerne er skrevet med forskellig skriftfarve. Det er blot et resultat af, at flere medarbejdere har været koblet på arbejdet.
God dag.

- 1 Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Det er vigtigt, at de velfærdsteknologiske løsninger der implementeres kan bidrage til effektiviseringer, forbedre kvaliteten i opgaveløsningen og understøtte, at borgeren tager aktivt del i eget liv. Som et eksempel herpå arbejder Haderslev Kommune med Appinux-plattformen til at understøtte en række velfærdsteknologiske løsninger. Den anvendes bl.a. til hjemmemonitorering af borgere med KOL samt til videostøtte i socialpsykiatrien. Der har erved været dialog omkring, hvorvidt platformen skal tages i brug på genoptræningsområdet.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Haderslev Kommune benytter sundhedsdatanettet som tværsektorielt kommunikationsmiddel, indenfor sundhedsområdet. Her benytte pt, CSC VITAE, samt BOSTED systemer, Netforvaltning Sundheds kommunikationsmodul, på sundhedsplejeområdet via deres IT system Novax Sundhed og Tandplejen TM tand.

Derudover sendes og modtages via Logiva system via Outlook, både sikre mails samt digital post. Digital post via doc2mail kan benyttes til forsendelse direkte fra fagsystemerne.

Der modtages sikker/digitalpost i Outlook og der er direkte journaliseringsnitflade til Incorp.

3.6 Kerteminde Kommune

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

At løsninger til hjemmemonitorering tilpasses, således at der er snitflade til kommunale og regionale EOJ systemer. Kerteminde deltager i ansøgning vedr. Geri-kuffert til satspuljen.

Mulighed for videokonference mellem kommune, sygehus og almen praksis. Kerteminde Kommune har implementeret Skype for Business og det vil være hensigtsmæssigt at der er integration mellem forskellige typer af systemer.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

MedCom, Sam:Bo og FMK.

3.7 Kolding Kommune

Kortlægning af værktøjer til it-understøttelse. OBS svarfrist 22.08.16

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Behov/ønsket er, at kunne aflevere data et fælles sted, hvorfra data kan tilgås af alle relevante parter i forbindelse med tværsektoriel kommunikation og samarbejde. Data må ikke være redundante og skal kunne hentes ind i fagsystemerne, hvis de danner grundlag for videre behandling.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. (Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ).

Fast Track – tværgående datadeling

I Kolding Kommune kører vi pilotprojekt med Sygehus Lillebælt og praktiserende læger vedr. tværgående datadeling. Kolding Kommune har købt Appinux platformen og samarbejdspartnere i øjeblikket: sygehus Lillebælt og praktiserende læge Jesper anker Andersen (flere undervejs), har adgang til Kolding Kommunes platform.

Det er udveksles i dag er:

- TOBS
- Ændringsskema
- Ernæringscreening
- I sikre hænder
- KOL

Udvælgelse af hvilke informationer/målinger fra ovennævnte punkter der er relevant ved akut indlæggelse i FAM, Sygehus Lillebælt, sker på workshops i samarbejde med sygehuset, praktiserende læger og kommunen.

3.8 Langeland Kommune

Kortlægningen skal indeholde følgende to beskrivelser fra hver kommune – Langeland.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Langeland kommune arbejder i forvejen med velfærdsteknologi i form af telemedicin, hvilket vi har gjort siden 2008, hvor det startede med et EU projekt, som sidenhen er overgået i drift.

Vi samarbejder med HIS (Health Insight Solution) fra Tyskland.

Udvalgte kroniske borgere i kommunen (diabetes, KOL og hjerteinsufficiens) tager selv deres målinger (blodsukker, vægt, blodtryk, peakflow, saturation) hvorefter disse målinger sendes til en platform som styres af HIS.

Efterfølgende logger personalet (sygeplejersker/ assistenter) sig ind og følger op på disse målinger. Ligger målingerne udenfor den grænseværdi som er opsat kommer der alarmer via mail og/eller sms til den vagthavende sygeplejersker døgnet rundt.

Der er pt ikke integration til EOJ, men det er et stort ønske. De målte værdier tages manuelt ind i "vitale målinger" EOJ.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Langeland Kommune har pt ingen systemer i drift, der understøtter den tværsektorielle kommunikation, udover medcom.

3.9 Middelfart Kommune

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Lis Huges, Sundhedschef:

På sundhedsområdet kører Care i drift. Vi mangler en tilsvarende løsning, så der kan udveksles oplysninger om den enkelte borger på tværs af flere organisatoriske enheder, eller gerne hele forvaltningen, særligt jobcenterområdet, psykiatrien og børneområdet (Integration med NOVAX).

Ole Qvortrup, udviklingskonsulent, ansvarlig for projekt "Teknologi i øjenhøjde".

Det er et spørgsmål, der ikke er helt entydigt, synes jeg. Hvis der menes IT-understøttelse TIL implementering af velfærdsteknologiske løsninger, så er det nok begrænset, hvad vi har brug for af løsninger, om end det kunne være fantastisk, hvis der var muligheder for at indhente erfaringsbaserede data fra andre kommuner, når det gælder konkrete teknologier. Altså en fælles base, hvor erfaringer om konkrete produkters anvendelse i en kommunal kontekst kunne findes. Som det er i dag, og det er erfaringen fra TIØ, så er en del af vores indkøb sket i blinde, baseret på formodninger og hear-say.

Hvis der med spørgsmålet menes konkrete værktøjer / teknologier, der er IT-baserede, så er der klart et stort behov for fokus på alt, hvad der har med appteknologi at gøre. Det har, igen i TIØ, været en rød tråd, at det giver gevinst for unge, gamle, kognitivt og fysisk udfordrede. Eksempelvis kan en simpel app som DoMyDay være et uundværligt værktøj for hjerneskadede (med meget forskellige grader af skader), demente og såmænd også for borgere med ikke-kognitive udfordringer. Derudover er der en række øvrige værktøjer, der med IT-understøttelse i forskellige grader kan have stor effekt for borgerne. Det kan være som primær kilde, altså værktøj hos borgerne, men også som sekundær kilde, hvor den overvejende IT-del er placeret i kommunen til f.eks. monitorering, opsamling eller andet.

På dette område er der dog en større udfordring med at "uddanne" såvel borgere som medarbejdere til effektiv anvendelse af teknologierne, der ligger rigtig meget teknologi hos borgerne, der ikke skaber værdi, fordi det ikke bliver brugt korrekt og fordi ansvaret for dette ofte falder mellem flere stole.

Birgitte Raben Sørensen, projektleder for implementering af skærmløsninger i plejen

- "Nem Kommunikation v/ Tele Call Hjælpemiddel for struktur og nem kommunikation Hjælpemiddel for struktur og nem kommunikation. DoMyDay – Nem Kommunikation er en smartphone med et nyt styresystem, hvor borgeren bliver hjulpet til selv at udføre dagens gøremål. Borgeren bliver ikke forvirret af mange avancerede funktioner, fordi de findes slet ikke i DoMyDay – Nem Kommunikation. Systemet har dag- og natur, simpel kalender, opgaveguides med billede-/videoserier, hvor borgeren får detaljeret hjælp til dagens gøremål, billedalbum med billede-/videoserier for eksempelvis livshistorie, samt simpel sms

og mobiltelefon, hvor der er en tydelig visning af kontaktpersoner med relation og navn. Et rendyrket system til struktur og kommunikation, udviklet til at kompensere for brugerens funktionsnedsættelse i hverdagen. Systemet er yderst fleksibelt og kan tilpasses den enkelte borger ud fra dennes behov. Systemet har en simpel brugerflade med oplæsning overalt. Nye begivenheder og alt opsætning foretages af en hjælper fra disses egen android smartphone eller tablet, og gemmes via en server på brugerens enhed(er).

Helle Winther Dahl, Leder for sygeplejen

En fælles portal, hvor man kan søge viden om, hvilke teknologiske løsninger findes allerede på markedet, samt anbefalinger.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Care er i drift. Det skal dog snart udfases til fordel for et nyt system. Dette har for organisationen givet anledning til at lave en proces for at afdække de samlede behov, der er til et nyt IT-system for, at det kan skabe den maksimale værdi for både borgere, medarbejdere, ledere og organisation. Se medsendte "Udkast til Kravspecifikation".



Udkast til
kravspecifikation - v

Bemærk:

Dokumentet er ikke endeligt, og ikke alle organisations- og fagområders input indgår. Det kan derfor ikke betragtes som udtømmende.

Dokumentet er KUN til intern brug, og kun i forbindelse med denne kortlægning.

3.10 Nordfyns Kommune

Nordfyns kommunes bidrag til kortlægningen af it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation

1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for IT-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger:

Nordfyns kommune ønsker sig et system, hvor borger og fagperson evt. eksterne fagpersoner kan kommunikere virtuelt. Et redskab, der også skal kunne støtte borgeren i dagligdagen.

Nordfyns kommune ønsker et fleksibelt system, der kan erstatte EOJ systemet og det sociale system, og samtidig kan inkludere flere funktioner/enheder. Det skal understøtte den tværsektorielle kommunikation/det tværsektorielle samarbejde med relevante data til deling til fortsættelse af behandling og rehabilitering af borgeren.

2: Hvilke systemer der IT-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift:

Nordfyns kommunes EOJ system er KMD Care, hvilket understøtter den elektroniske kommunikation mellem region og kommune, på de borgere, der hører under dette område.

Kommunen er pt ved at finde en afløser for dette system, da det fra leverandørens side udgår på sigt pga. alder.

Nordfyns kommunes sundhedspleje benytter systemet Novax, der ligeledes kan kommunikere med regionen.

Nyt i kommunen er implementeringen af videokonferenceudstyr, tiltænkt bl.a. udskrivelseskonferencer mellem borger, sygehus, kommune

3.11 Odense Kommune.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Odense Kommune er pt involveret i et tværsektorielt projekt 'Patienten i fokus', som indeholder nogle af de ønsker Odense Kommune har til tværsektoriel it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger. Formålet med projektet er at undersøge, om brugen af et mobilt devise, der kan forbinde såvel kommune, som praktiserende læge - med læger og sygeplejerske i sekundærsektoren, kan:

styrke det tværgående og tværsektorielle samarbejde
styrke kompetenceudviklingen i hjemmesygeplejen
understøtte det gode udskrivningsforløb
forhindre indlæggelse og genindlæggelser
støtte det svære forløb hos patienten der håndteres der hjemme af hjemmeplejen
medinddrage patient/borger og dennes pårørende

3. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

FMK

KMD Care

3.12 Sønderborg Kommune.

Sønderborg Kommunes tilbagemelding til kortlægningen indeholder følgende to besvarelser

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Sønderborg Kommune er i udgangspunktet godt tilfredshed med det eksisterende sundhedsdatanet.

Det er dog Sønderborg Kommunes vurdering, at det vil give mening at videreudvikle eksisterende skabeloner og medcom-standarder.

Desuden vil det give god mening at sikre fremtidig kommunikation ift. et sundhedsvæsen med specialiserede landsfunktioner.

Derudover ønskes en national it-understøttelse for bl.a. FS3 og ved udrulning af landsdelsprogrammerne, f.eks. KOL-programmet.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Sønderborg Kommune bruger følgende systemer

- CSC Social
- CSC Sundhed
- CSC Omsorg
- Mediconnect
- Sår i syd

3.13 Tønder Kommune

Tønder Kommunes svar på henvendelse af 1.8.16 vedrørende kortlægning af værktøjer til it-understøttelse af tværsektorielt samarbejde

Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi har ønsket svar på

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?
2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift? Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Ad. 1.

Tønder Kommune ser behov for:

- Hjemmemonitoreringsdata skal kunne tilgås og deles mellem borger, kommune, region og praktiserende læger. Samarbejdsdata – herunder hjemmemonitoreringsresultater - skal kunne tilgås let og være tidstro
- Dialog/ møder om borgerens behandlings-/plejeforløb m.v. skal kunne drøftes af alle parter via fælles tilgængelige videoløsninger
- Ambulante kontroller skal kunne ske via videoløsninger, hvor det skønnes hensigtsmæssigt
- E-learning-løsninger, der løbende anvendes specifikt til kompetenceudvikling ud fra fælles behov
- Hvis spørgsmålet vedrører plejeteknologi (hjælpemidler) er der et logistisk behov for en fælles oversigt over hjælpemidler med henblik på at sikre mest effektiv og hensigtsmæssig anvendelse på tværs af sektorerne (*der er et arbejde i gang p.t., igangsat af Sundhedsdatastyrelsen*). En sådan løsning vil også kunne anvendes på telemedicinsk udstyr, som opfylder fælles aftalte kvalitetskrav.

Tønder Kommune har følgende ønsker:

- En call-center funktion, med mulighed for adgang til fagekspertise med henblik på sparring/vejledning mellem kommunens medarbejdere/sygehusets medarbejdere – også uden for normal arbejdstid. Mulighed for videosamtale ønskelig.

Ad.2.

Tønder Kommune har udstyr til videokonference i udvalgte mødelokaler, men derudover har Tønder Kommune ikke p.t. systemer, der kan den tværsektorielle kommunikation i drift - bortset fra Medcom.

Tønder Kommune anvender i et vist omfang borgerplatformen Appinux, som vil kunne indgå i tværsektoriel kommunikation.

3.14 Varde Kommune

Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi har ønsket svar på

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?
2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift? Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

Ad 1: Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Den enkelte velfærdsteknologiske løsning skal ikke (nødvendigvis) indeholde andet it-understøttelse end standardiserede datasnitflader (borgerdata og/eller organisationsdata), samt anvende åbne standarder ift. såvel data som brugergrænseflader.

Ad 2: Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift? Her tænkes der særligt på systemer med åbne snitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

- Appinux
- Cisco Jabber (Videoløsning, test setup, ingen integration)

3.15 Vejen Kommune

1. Ønsker og behov:

Den Digitale Landevej (DDL) En digital infrastruktur som understøtter kommunikation med data mellem region/kommune/almen praksis og borger. Nye velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger, herunder i borgerens hjem, skal løbende kunne integreres i den digitale kommunikation og dataudveksling. Regional understøttelse af fælles infrastruktur og sikker log in og deraf følgende stor drift fordele er en af forudsætningerne for sikker og økonomisk anvendelse af udvalgte velfærdsteknologiske løsninger og telemedicin.

Integration til Borger.dk

2. Systemer i drift som it-understøtter den tværsektorielle kommunikation

MedCom - Sundhedsdatanettet

3.16 Vejle Kommune

Vejle Kommune.

1. Hvilke ønsker og behov har den enkelte kommune for it-understøttelse i form af velfærdsteknologiske løsninger?

Systemer, der kan underbygge sundhedsaftalerne.

Leve op til den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi og at der på tværs af sektorer bruges de samme standarder.

2. Hvilke systemer der it-understøtter den tværsektorielle kommunikation kører i drift. Her tænkes der særligt på systemer med åbensnitflader/muligheder for integration med EOJ/EPJ.

FMK/MedCom, Dose-system, Re-act/Bröset, Doseringssystem til udlevering af metadon

Kortlægning: Regionale systemer med digital understøttelse af det tværsektorielle samarbejde

Systemnavn	Formål Kortfattet beskrivelse af systemets formål	Specialespecifi/ Generisk Er systemet udviklet til et speciale eller har det generisk karakter?	Udbredelse Hvor anvendes det i RSYD	Integrationer Er der integration til andre systemer eller forberedt hertil	MedCom Hvilke MedCom standarder understøttes	Anden ikke meddelelsesbaseret digital understøttelse af tværsektorielt samarbejde	Adgang for patienter/pårørende	Bemærkninger
Cosmic	Elektronisk patientjournal (EPJ) og patientadministrativt system (PAS)	Generisk	Alle sygehuse	Til REGIS med integration til relevante parakliniske systemer og til håndtering af meddelelsesbaseret MedCom kommunikation	Relevante kommunemeddelelser, (Indlæggelsesrapport, Plejeforløbsplan, Udskrivningsrapport) Sygehushenvisninger, bookingsvar og udskrivnings-, ambulans- og skadestueepikriser .	Fælles Medicinkort (FMK)	Adgang til journaloptegnelser via Sundhed.dk	
GE-RIS	Røntgeninformationssystem	Radiologi	OUH og SHS	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Røntgenhenvisning, bookingsvar og røntgensvar			
Sectra	Røntgeninformationssystem	Radiologi	SVS	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Røntgenhenvisning, bookingsvar og røntgensvar			
Carestream	Røntgeninformationssystem	Radiologi	SLB	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Røntgenhenvisning, bookingsvar og røntgensvar			
BCC	Laboratoriesystem	Klinisk Kemi (understøtter rekvisition/svar for andre laboratoriespecialer)	alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Laboratorierekvisitation, Laboratoriesvar		Adgang til analysesvar via Sundhed.dk	
Prosang	Blodbankssystem	Immunologi	Alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Laboratorierekvisition, laboratoriesvar			
EG Clinea (EMAR)	Specialiseret system til øjenafdelinger	Øjenafdeling	SLB	TIL REGIS med integration til interne systemer	Henvisning			Medtager REF01 (henvisninger) direkte men kommunikerer i øvrigt via Cosmic
DiaLog	Specialiseret system til diabetesbehandling	Diabetes ambulatorie	OUH	TIL REGIS med integration til interne systemer, kvalitetsdatabase (DVDD)		Praksislæger har direkte adgang til DiaLog		
SCO-Diabetes (Diabetes Rask)	Specialiseret system til diabetesbehandling	Diabetes ambulatorie	SVS, SLB, SHS	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation, kvalitetsdatabase (DVDD)	Ambulantepikrise		Adgang for patienter til indberetning direkte i SCO-diabetes.	Nogle ambulatorier
Shared Care	Portalløsning udviklet på udgangspunkt i kronikerstrategien med henblik på tværsektoriel understøttelse af sammenhængende kronikerforløb (komplekse forløb)	Generisk	Piloter på OUH, SVS og SLB er under afvikling.	TIL REGIS, Cosmic, NemLogin, Laboratorieportalen, SOR, praksissystemer	Korrespondance	Sundhedspersonale (sygehuse, primærsektor og kommunal sektor) har rollebaseret adgang	Direkte patientadgang (NemLogin) fra browser og APP	
Mit Forløb	APP som giver mulighed for sygdomsspecifik information samt dialog med behandlere på sygehus	Generisk	OUH	TIL REGIS med integration til interne systemer			Adgang via APP	
AK-behandling	Antikoagulationsbehandling (blodfortyndende)	Hjerterafdeling Klinisk kemi	OUH	TIL REGIS med integration til interne systemer			Patienter har adgang til test af INR og selvstyret behandling	
MADS	Mikrobiologi	Mikrobiologi	Alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Mikrobiologirekvisitation, mikrobiologsvar		Adgang til analysesvar via Sundhed.dk	
PATO	Patologi	Patologi	Alle	TIL REGIS med integration til interne systemer og MedCom kommunikation	Patologirekvisitation, patologisvar		Adgang til analysesvar via Sundhed.dk	

Systemnavn	Formål Kortfattet beskrivelse af systemets formål	Specialespecifi/ Generisk Er systemet udviklet til et speciale eller har det generisk karakter?	Udbredelse Hvor anvendes det i RSYD	Integrationer Er der integration til andre systemer eller forberedt hertil	MedCom Hvilke MedCom standarder understøttes	Anden ikke meddelelsesbaseret digital understøttelse af tværsektorielt samarbejde	Adgang for patienter/pårørende	Bemærkninger
FMK	Fælles Medicinkort	Generisk	Alle	Integration til Cosmic, lægesystemer og EOJ-systemer		Sundhedspersonale (sygehuse, primærsektor og kommunal sektor) har rollebaseret adgang	Patienten har adgang via Sundhed.dk	
Pleje.net	Sårdatabase til optimering af sårbehandlingen.	Sårbehandling - flere relevante specialer	Alle relevante			Sundhedspersonale (sygehuse, primærsektor og kommunal sektor) har rollebaseret adgang		
Sundhed.dk	Nationalt system til tværsektoriel deling af patientdata (borgeren samt sundhedsprofessionelle)	Generisk	Alle				Adgang for patienter og pårørende	
Henvisnings-hotellet	Nationalt system til håndtering af henvisninger (omvisitering, henvisning til speciallæge samt kommunal forebyggelse)	Generisk	Alle					
Video	Videosamtale	Generisk	Primært psykiatrien					
Teletolkning	Bestilling og gennemførelse af tolkeydelse ved hjælp af video	Generisk	Alle					
DIPS	Digital post til patienter (indkaldelser mv. til e-boks)	Generisk	Alle					

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOP'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsats					
Videreudvikling af Sam:Bo	Der har været nedsat en arbejds-gruppe, der har set på mulighederne for videreudvikling af Sam:Bo. Arbejdsgruppen har fore-slået, at der i første om-gang sættes fokus på arbejdsmarkedsområdet. Der er udarbejdet en tids- og procesplan, som blev behandlet i DAK den 15. juni 2016. DAK besluttede, at der i stedet skal startes med socialpsykiatrien frem for arbejdsmarkedsområ-det, da det forventes at være mindre komplekst. Der vil derfor blive igangsat et arbejde med en ny tids- og procesplan med fokus på socialpsykiatrien.	Milepæl 1: Udarbejdelse af tids- Milepæl 2: Behandling af tids- og	Materialet formandsgodkendes i SKU: 25. oktober 2016		
Tværsætoriel FMK arbejdsgruppe	Der er nedsat en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsætorielle problem-stillinger i forbind-else med implementering-en af FMK.				Følgegruppen modtager løbende status fra gruppen.
Samarbejdsaftale om FMK	Der udarbejdes et kommissorium, som forelægges følgegruppen i efteråret 2016.				Det kunne være en fordel, hvis det var FMK gruppen fungerede som arbejdsgruppe i forhold til udarbejdelse af samarbejdsaftalen om FMK. Dette da gruppen har det bedste overblik og indblik. Hvis gruppen tager opgaven, skal der udarbejdes et tillægs kommissorium for gruppen.
Særlige opgaver					
Revision af samarbejdsaftalen om alvorligt syge og døende	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen.				
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmesygepleje	Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.				Følgegruppen forelægges en status på mødet den 8. december. Det vurderes, at opgaven herefter kan få status som værende implementeret og at følgegruppen ikke skal følge den længere.
Revision af forløbene for Sam:Bo (Somatik og psykiatri)	Igangværende. Forløbene har været i høring fra den 15. februar til den 29. marts 2016. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene.			Har været på mødet i følgegruppen den 13 oktober. Herefter udmelding om tidsplan.	Der udarbejdes en plan for reimplementering samt økonomi forbundet dermed.
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	Under implementering.				
Audit/evaluering af Sam:Bo	Fokus på er pt. på revision af Sam:Bo forløbene. Opgaven med audit/evalu-ering er derfor sat på standby.		Der udarbejdes en sagsfremstilling til mødet i DAK den 23. november, hvor følgegruppen indstiller DAK, om opgaven fortsat skal være en del af gruppens opgaveportefølje		Sagsfremstillingen til DAK drøftes på følgegruppemødet den 10. oktober.
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Der er gennemført en ny-udpegning af gruppen i foråret 2016.				Følgegruppen forelægges en årlig status – første gang på mødet den 8. december.
Revision af aftalen vedr. mennesker med demens	Der er udarbejdet en ænd-ret tværsætoriel retningslinje for området, som betyder, at aftalen skal revideres. Arbejdet afventer den nationale handlingsplan for demens.				
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tvær-sek-toriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor ind-vandrere er under-re-præsen-terede på demensenhederne.				Resultatet forelægges Følgegruppen for behandling og pleje på møde den 8. december.

Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Under implementering. Forløbet afprøves i 2016 for sygeplejersker og evalueres ved udgangen af året. Som en del af evalueringen skal det vurderes, om målgruppen skal udvides til også at omhandle terapeuter mv. Følgegruppen forelægges en status på mødet den 10. oktober.				
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse					
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Et kommissorium for en arbejdsgruppe som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje blev præsenteret for Følgegruppen den 10. oktober 2016.				
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Der udarbejdes et kommissorium for en redaktionel redigering af aftalen. Kommissoriet præsenteres for følgegruppen den 8. december 2016.				Dokumentet læses igennem og der foretages en vurdering af omfanget.
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Arbejdsgruppen afholdt sidste møde den 12. august. Samarbejdsaftalen blev forelagt følgegruppen den 18. august til godkendelse.		DAK: 21. september 2016 SKU: 25. oktober 2016		Der nedsættes en erfagruppe, som refererer til følgegruppen.
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Der er en række opmærksomhedspunkter i forhold til revisionen af samarbejds-aftalen. Der udarbejdes et kommissorium for revisionen, som forelægges følge-gruppen den 8. december 2016.				
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Følgegruppen godkendte et kommissorium for arbejdsgruppen, der skal revidere samarbejdsaftalen på mødet den 18. august. Revisionen af aftalen skal ske med udgangspunkt i den gennemgang af aftalen, der er forelagt følgegruppen den 6. juni.				Arbejdsgruppen forventes at kunne præsentere sit arbejde for Følgegruppen for behandling og pleje i mødet den 8. december 2016.
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Samarbejdsaftalen skal evalueres primo 2017. Der skal forelægges en evalueringsplan for følgegruppen den 8. december.				
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via de psykiatriske SOF'er. Status indhentes i foråret 2017.				Følgegruppen forelægges en status i efteråret 2017.
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familie-ambulatoriet	Aftalen skal redigeres. Kommissoriet for dette arbejde behandles på mødet i følgegruppen den 29. november 2016.		DAK: januar 2016		
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Ny indsats ift. Tillæg til sundhedsaftalen om den ældre medicinske patient	Arbejdet afventer ny national handlingsplan.				
Øvrige opgaver					
					Ny dato for idriftsættelse af hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3 er planlagt til søndag den 11. september 2016.

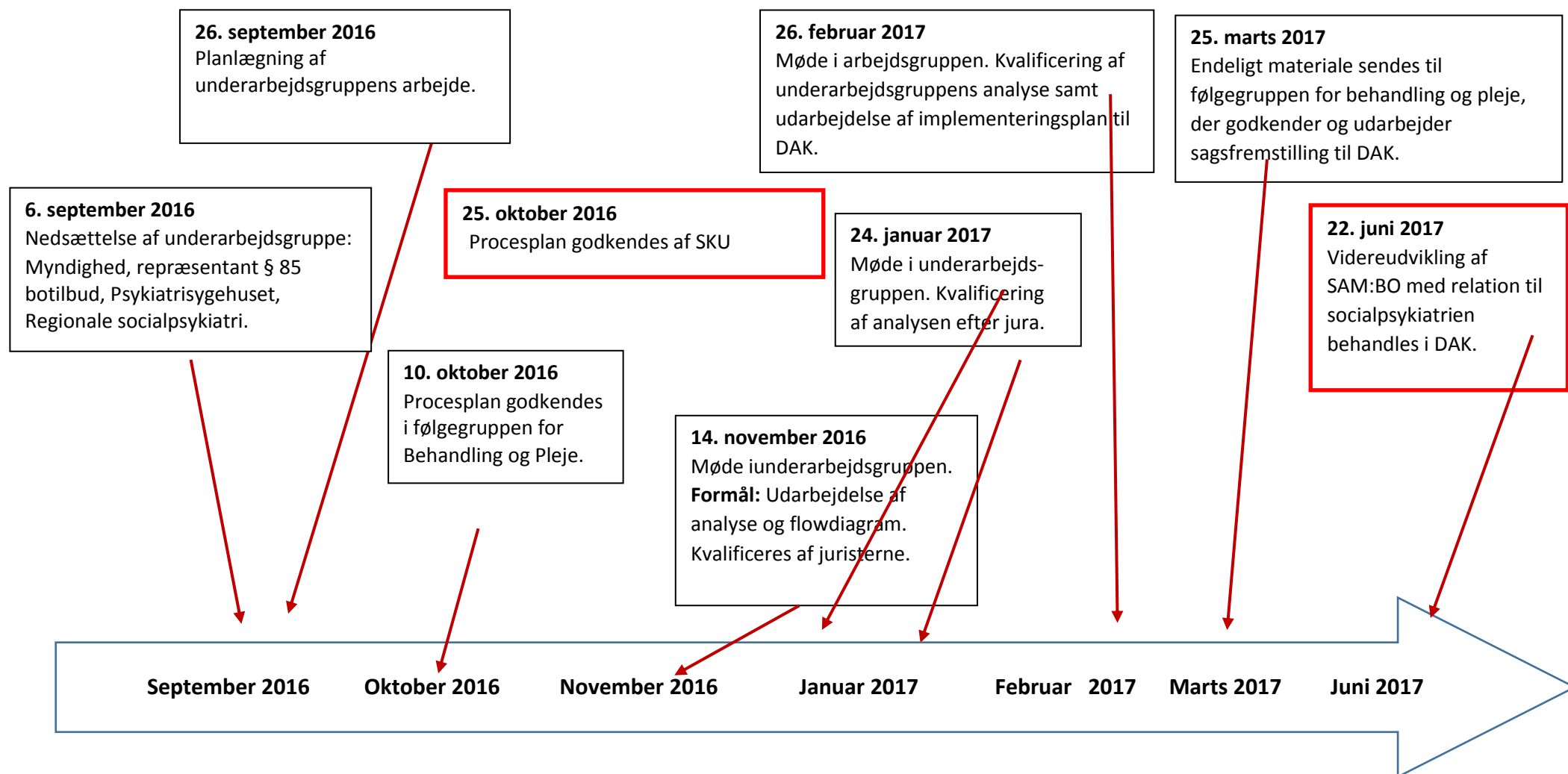
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarde	Der er nedsat en arbejds-gruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarde, som trådte i kraft den 11. maj 2016.				<p>Alle kommuner i hele landet kan modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Haderslev Kommune kan sende i version 1.0.3 fra sidst på dagen den 22. september 2016, Sønderborg Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 efter opgradering af deres system den 11.-12. oktober 2016, og Odense Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 den 1. november 2016. De øvrige kommuner i Syddanmark er klar til at sende i version 1.0.3.</p> <p>Arbejdsgruppen nedlægges med udgangen af 2016.</p>
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientop-levet kvalitet.				<p>Projektet er flyttet til Følgegruppen for kvalitet, effekt og økonomi.</p>

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

- Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
- Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
- Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
- Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen
- Blå = Afventer igangsættelse

Indsats, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Tids –og procesplan for videreudvikling af SAM:BO, i relation til socialpsykiatrien





Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyrværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
<p>Arbejdsgruppen: Nye rammer for kronisk sygdom (Prioriteret indsatsområde)</p>	<p>Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer, forløber planmæssigt.</p> <p>Forløbsprogrammet for mennesker med KOL sendes i høring d. 3/10 – 16/11 2016.</p> <p>Følgegruppen igangsætter arbejdet med forløbsprogram for mennesker med diabetes i efteråret 2017. Et revideret kommissorium er udarbejdet og arbejdsgruppen er under nedsættelse og opstart.</p>	<p>3. okt. – 16. nov Høringsperiode for forløbsprogram for KOL</p> <p>5. dec. 2016: Følgegruppen behandler endelig version af forløbsprogram for mennesker med KOL, evaluering af udviklingsprocessen, implementeringsplan og rækkefølge for udvikling af de resterende fem forløbsprogrammer.</p>	<p>23. november DAK behandler oplæg til udvikling af forløbsprogram for mennesker med diabetes, herunder budget, tidsplan og kommissorium.</p> <p>27. jan 2017 DAK behandler endelig version af forløbsprogram for KOL, evaluering af udviklingsprocessen, implementeringsplan og rækkefølge for udvikling af de resterende fem forløbsprogrammer</p> <p>28. feb 2017 SKU behandler forløbsprogram for KOL samt evaluering af udviklingsprocessen, implementeringsplan og rækkefølge for udvikling af de resterende fem forløbsprogrammer.</p>	<p>1. kvartal 2017 Forløbsprogram for KOL er klar til implementering efter SKU's godkendelse februar 2017. Arbejdsgruppen har forberedt en informationspakke til SOF'erne m.fl., som kan anvendes i forbindelse med implementering og lokal behandling af forløbsprogrammet.</p>	<p>Center for Kvalitet er engageret i udviklingen af en monitoreringsplan for forløbsprogrammets implementering og effekt. Monitoreringsplanen vil indgå som en del af implementeringsplanen.</p>

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning</p>	<p>Arbejdet med udvikling af infektionshygiejnisk rådgivning følger den reviderede tidsplan.</p> <p>21. sep 2016 Model for rådgivning (arbejdspakke 2) blev godkendt i DAK</p> <p>27. okt 2016 Følgegruppen behandler udkast til aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (arbejdspakke 3)</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>23. nov 2016 DAK behandler aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (arbejdspakke 3)</p> <p>20. dec 2016 SKU behandler aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (arbejdspakke 3)</p>	<p>Primo 2017: Rammeaftalen forventes at kunne formidles til SOF'erne.</p>	<p>Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår.</p>
<p>Arbejdsgruppe: Drift af sundhedsprofilundersøgelsen</p>	<p>Arbejdet med sundhedsprofilundersøgelsen 2017 følger tidsplanen.</p> <p>Der arbejdes på at få spørgeskemaet endeligt på plads. Der er fokus på koordineringen med de øvrige regioner, Sundhedsstyrelsen og SIF. Samtidig er planlægningen af kommunikationsindsatsen påbegyndt.</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>27. jan 2017 Det endelige spørgeskema fremlægges i DAK</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>Resultaterne offentliggøres i marts/april 2018</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark" .	Et revideret oplæg til monitorering af strategien er under udarbejdelse, og således forsinket ift. oprindelig tidsplan. 5. dec 2016: Et nyt oplæg forventes at være klar til godkendelse i følgegruppen.	Ej relevant	27. januar 2017 DAK præsenteres for et revideret oplæg til monitorering af strategien.	1. kvartal 2017 og frem: Nye monitoreringstiltag forventes igangsat	Resultater af nye monitoreringstiltag kan ses i løbet af 2017 og 2018.
Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Projektet forløber planmæssigt, jf. tidsplanen. Følgegruppen har godkendt en midtvejsrapport for projektet. I efteråret 2016 er fokus på: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering af 1. runde kursusforløb • Planlægning og afhol- delse lederorientere- ringsmøder • Planlægning af og re- kruttering til 2. runde kursusforløb i 2017 	Ej relevant		PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis". Nye kurser for kommunale og regionale medarbejdere afholdes i foråret 2017.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	Arbejdet er forsinket ift oprindelig tidsplan. En arbejdsgruppe under implementeringsgruppen udarbejder materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. Der sigtes imod, at materialet kan behandles i Følgegruppen den 5. december 2016.		27. jan 2017 Der sigtes imod, at materialet kan forelægges Det Administrative Kontaktforum.	1. kvartal 2017 Materialet forventes at kunne udsendes til (P)SOFerne efter godkendelsen i Det Administrative Kontaktforum	
Øvrig opgaveportefølge					
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling'	Arbejdet følger tidsplanen. Følgegruppen kortlægger behov for kompetenceudvikling og vidensdeling. Der sigtes mod, at Følge- gruppen behandler udkast til rammepapir primo de- cember.	Ej relevant	27. jan. 2017. Rammepapiret behandles i DAK.	1. kvartal 2017 Aftalen forventes klar til implementering.	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Opgaven med at udvikle en aftale om regionens rådgivning til kommunerne er som sådan afsluttet, men Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen behandlede og godkendte første status fra regionen d. 3. oktober 2016.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven om afdækning af kommunale erfaringer ligger i forlængelse af kortlægningen af mental sundhed. Mental sundhed er et prioriteret indsatsområde. Følgegruppen har gennemført en pilotafdækning udvalgte kommuner. På baggrund heraf gennemføres afdækning af erfaringer i regionens kommuner i løbet af november.		27. jan 2017 Behandling i DAK	Igangsættelse af arbejdet med konkrete mål for en fremtidig indsats afventer kortlægningen af eksisterende tilbud og initiativer.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16. august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt	Udarbejdelse af hjælpemateriale er i gang og materialet blev forelagt på følgegruppens møde den 7. oktober 2016		Materialet forelægges på DAK-mødet den 23. november 2016.	December 2016.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materiale forventes at være klar til forelæggelse for DAK 30. marts 2017.	April kvartal 2017.	
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, er igangsat i september 2016		Evalueringsramme forventes at være klar til forelæggelse for DAK i første kvartal af 2017.		
Implementering af G- GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles		Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge ved udgangen af		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
palliation på kræftområdet.	<p>it-plattform pauseres i et år, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger.</p> <p>I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017) på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondancemeddelelse, bl.a. ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet 		marts 2017.		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk	Den fortsatte indsats retter sig primært mod		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen forventes at fortsætte ind i 2017.				
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i efteråret 2016.	Opfølgning i forhold til samarbejdsaftalen forventes forelagt for følgegruppen på dens første møde i 2017.	Opfølgning forventes at være klar til forelæggelse for DAK 30. marts 2017		

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsats, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Følgegruppen præsenterer på mødet d. 23/11, DAK for udkast til model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse (præciseret i separat sagsfremstilling)	<p>M1 1. september 2016: Følgegruppen behandler udkast til modellen</p> <p>M2 17. oktober 2016: Følgegruppen godkender modellen</p> <p>M3: 23. november 2016: DAK behandler udkast til modellen.</p> <p>M3 20. december 2016 SKU behandler udkast til modellen.</p>	<p>Den af følgegruppen godkendte model behandles på DAK mødet d. 23/11 2016.</p> <p>SKU vil på deres møde d. 20/12 2016, hvor mødets tema er opgaveoverdragelse, ligeledes behandle modellen.</p>		
Samarbejdsaftale for	Samarbejdsaftalen er			Region Syddanmarks	Følgegruppen for

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
blodprøvetagning i eget hjem	formandsgodkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9, Forretningsudvalget d. 14/9 og Regionsrådet d. 23/9.			sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Endvidere er sygehuse og kommuner instrueret i at de skal opsigte de eksisterende samarbejdsaftaler.	opgaveoverdragelse vil forud for januars møde i DAK, indhente en status på hvor mange nye samarbejdsaftaler der er indgået mellem sygehuse og kommuner.
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse. I perioden d. 1/1 – 30/6 2016 har syv patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Følgegruppen har udarbejdet liste over relevante monitoreringsindikatorer m.m. i forhold til de seks prioriterede indsatsområder.	Forslag til monitoreringsindikatorer m.m. er godkendt af DAK i mødet den 21. september 2016.	Den første ledelsesinformationsrapport fremsendes og præsenteres for DAK i mødet den 27. januar 2017 og herefter løbende hvert halve år.	-	
Vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen anmodet om at se nærmere på rapporten fra KORA vedrørende udviklingen i antallet af genoptræningsplaner.	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har drøftelser med Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering i forhold til at pege på, hvad der videre	Sagen forventes fremlagt for fremlægges DAK i mødet den 27. januar 2017.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		kan gøres på området.			

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL	Programstyregruppen er nedsat. Første møde er afholdt den 21. september 2016	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der har været afholdt et fælles dialogmøde på tværs af følgegrupperne med det formål at identificere behovet for it-understøttelse. Resultatet af dialogmødet blev at følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin afventer de øvrige følgegruppers arbejde, idet der på	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.				
Temadrøftelse i DAK	Jf. beslutning i formandskabet er temadrøftelsen udsat til novembermødet.		23. november 2016		



Sundhedskoordinationsudvalgets opsamling fra de politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskoordinationsudvalget afholdte i perioden den 30. august til 14. september 2016 fire politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen 2015-2018. Dette notat er en opsamling, der er udarbejdet på tværs af møderne.

Formålet med møderne var at gøre status på samarbejdet, drøfte fælles udfordringer og finde fælles løsninger. Deltagerne i møderne var regionale og kommunale politikere, medlemmer af PLO Syddanmark samt embedsmænd fra kommuner og region. Møderne var en kombination af statusoplæg fra Sundhedskoordinationsudvalget og de deltagende kommuner samt gruppedrøftelser og dialog.

Det var første gang, at Sundhedskoordinationsudvalget afprøvede denne mødeform til at gøre status på arbejdet med sundhedsaftalen. Tidligere har udvalget holdt bilaterale møder med de 22 syddanske kommuner. På møderne gav deltagerne udtryk for, at den nye mødeform er at foretrække - ikke mindst fordi den giver lejlighed til gensidig inspiration.

Overordnet status på sundhedsaftalen og dens indsatser

Den generelle tilbagemelding fra både kommuner og Sundhedskoordinationsudvalget er, at arbejdet med sundhedsaftalen forløber konstruktivt og godt. Sundhedsaftalen er et vigtigt redskab til sammen at skabe et sammenhængende syddansk sundhedsvæsen. Fra flere sider blev det imidlertid fremhævet, at det har taget vel lang tid at få etableret den rette tværsektorielle organisering omkring sundhedsaftalearbejdet. Lokalt arbejdes der også med implementering af indsatser, der blev besluttet i den tidligere sundhedsaftale, og som videreføres i den nuværende aftale og skaber værdi for borgerne. Flere nævnte, at samarbejdet i regi af de lokale samordningsfora fungerer rigtig godt, og at man er glade for samarbejdet lokalt. Generelt set samarbejdes der stadig tættere på tværs af de psykiatriske og somatiske samordningsfora.

Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning, SAM:BO, blev fremhævet som en af de indsatser, der for alvor løfter samarbejdet og skaber værdi for borgere og patienter, og videreudviklingen af aftalen til socialpsykiatriområdet hilses derfor velkommen.

Fælles udfordringer

På midtvejsmøderne blev en række fælles udfordringer nævnt, hvoraf de mest gennemgående beskrives nærmere nedenfor.

Psykiatri

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er somatikken og psykiatrien sidestillet, men midtvejsmøderne viser, at der knytter sig særlige problemstillinger til psykiatriområdet.

Fælles for mange mennesker med en sindslidelse er, at der er mange forskellige aktører involveret i deres forløb, hvilket i mange tilfælde vanskeliggør et helhedsorienteret perspektiv. Dertil kommer et stigende antal børn og unge, der modtager psykiatrisk behandling, og som ligeledes har behov for tværfaglige og understøttende tilbud i kommunalt regi.

Med det fælles sigte at skabe mere lighed i sundhed og reducere overdødeligheden blandt mennesker med en sindslidelse er der behov for et stadig tættere samarbejde på tværs af somatik og psykiatri. I samme forbindelse blev det påpeget, at også telepsykiatrien og samarbejdet specifikt mellem lokalpsykiatrien og socialpsykiatrien skal videreudvikles med henblik på at skabe mere sammenhæng i indsatserne og lighed i sundhed.

Flere kommuner nævnte, at tidlig udskrivning af borgere med en psykisk lidelse er en stor og selvstændig udfordring.

Arbejdsmarked

På møderne blev efterspurgt et forstærket samarbejde mellem arbejdsmarkedsområdet i kommunerne og psykiatrien i regionen. Det blev sagt, at arbejdsmarkedsområdet bør indtænkes mere i sundhedsaftalen, der skal gælde fra 2019.

En vigtig indsats er at forebygge, at de mennesker, der er i job og har en psykisk lidelse, ikke falder udenfor arbejdsmarkedet.

Opgaveoverdragelse

Et gennemgående budskab var, at det er vigtigt, at opgaveoverdragelse sker aftalt og planlagt, så den sektor, der modtager opgaven, kan være parat og forberedt. Det blev ligeledes understreget, at det er vigtigt med politisk ejerskab til området.

Herudover blev det fremhævet, at det er vigtigt, at både kommuner og region presser på, for at diskussionerne om økonomi tages nationalt ved forhandlingsbordet mellem regeringen, KL og Danske Regioner, så det ikke fylder lokalt og spænder ben for en fornuftig opgaveløsning.

Inddragelse

I Sundhedsaftalen er der fokus på inddragelse af borgerne, og at den enkelte borger skal mødes som en ansvarlig samarbejdspartner, der aktivt bidrager til og er medbestemmende i eget forløb. På møderne fremkom der ønske om, at der fremadrettet fokuseres endnu mere på inddragelse af borgere, pårørende og naboer i arbejdet med Sundhedsaftalen. Det blev endvidere nævnt, at inddragelse af civilsamfundet kan byde på supplerende kvaliteter, for eksempel i form af fællesskabsorientering og skabelse af relationer, på anden vis end det offentlige typisk har mulighed for.

Almen praksis

Der er enighed om, at de praktiserende læger har en nøglerolle i det sammenhængende behandlingsforløb.

Generelt fungerer samarbejdet med almen praksis godt både i forhold til de enkelte borgerforløb og i regi af de kommunale lægelige udvalg. Der er for eksempel gode erfaringer med, at almen praksis, kommunale tilbud og civilsamfundet fysisk rykker tættere sammen, da dette kan give mere nærhed og sammenhæng for borgerne. Der er ligeledes gode erfaringer med rundbordssamtaler mellem den enkelte borger, lægen og kommunale repræsentanter, idet disse samtaler gavner det enkelte forløb.

Såvel de praktiserende læger som kommunerne udfordres dog af, at borgere udskrives stadig tidligere fra sygehusene.

Manglende lægedækning i dele af regionen blev fremhævet som et fælles problem for alle sektorer. Den varierende lægedækning koblet med geografiske forskelle gør, at der ikke nødvendigvis findes løsninger, som passer alle steder. Forskelligheden bør imidlertid ikke spænde ben for gode udviklingsinitiativer, og det blev foreslået, at der i højere grad igangsættes pilotprojekter og lignende, hvor kun nogle læger deltager, som det for eksempel sker i det igangværende projekt "Tidlig Opsporing og Forebyggelse" (TOF-projektet).

Børn og unge

Der er bred enighed om, at forebyggelsestiltag og tidlig opsporing er afgørende. Der foregår en række indsatser på området, f.eks. forældrekurser udbudt af den kommunale sundhedspleje.

Børn og unges mentale sundhed og problemer af psykisk karakter er et stigende problem. Udviklingen stiller krav til kommunerne om nye tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge, men også i regionalt regi opleves en stigende efterspørgsel efter diagnostik og behandling af børn og unge i mistrivsel. På tværs af sektorer er der en fælles interesse i at undersøge årsagsmekanismerne nærmere, således at effektfulde indsatser i højere grad kan iværksættes og på et tidligere tidspunkt.

Flere kommuner påpegede, at overvægt blandt børn ligeledes var et særligt udfordrende område. I forhold til overvægt har flere kommuner sat initiativer i gang inspireret af Holbæk-modellen.

Særligt på det børne- og ungdomspsykiatriske felt opleves udfordringer omkring sammenhæng og kobling til barnets/den unges samlede liv og forankring i lokalmiljøet og familien. Dette gælder blandt andet for børn og unge med en spiseforstyrrelse.

Øvrige fokusområder

Ud over ovenstående udfordringer blev følgende øvrige fokusområder nævnt i forskellige sammenhænge:

- Forebyggelse
- Rehabilitering
- Velfærdsteknologi
- (U)lighed i sundhed
- Ressourceanvendelse
- Fælles kompetenceudvikling

Perspektiver for det fremadrettede sundhedssamarbejde

I forhold til det videre samarbejde om den nuværende såvel som kommende sundhedsaftale blev følgende efterlyst på møderne:

- **Politisk ejerskab**
Både under udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen skal der være et stærkt og vedvarende politisk ejerskab.
- **Effekter og gevinster for borgerne**
Værdien for borgerne af de enkelte indsatser skal tydeliggøres, og der skal i højere grad fokuseres på effekter og gevinster af indsatserne. Fælles data er derfor nødvendige.
- **Færre mål og indsatser**
Det er et gennemgående politisk ønske, at den kommende sundhedsaftale skal indeholde færre mål og indsatser, så der i højere grad lægges op til en prioritering af fokus og ressourcer.

Godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 25. oktober 2016.



27. oktober 2016

Kommunikation til Sundhedskordinationsudvalget om fremdrift og resultater af arbejdet med sundhedsaftalen

Sundhedskordinationsudvalget har bedt om løbende at blive orienteret om status på arbejdet med Sundhedsaftalen, herunder de seks politisk prioriterede områder. I mødet i august måned 2016 udtrykte udvalget et behov for en yderligere synliggørelse af fremdrift og resultater, når status på arbejdet med Sundhedsaftalen fremlægges på møderne i Sundhedskordinationsudvalget. Konkret har udvalget efterspurgt eksempler på, hvordan de indsatser, der arbejdes med i regi af sundhedsaftalen, har effekt på og gør en forskel for borgerne.

Som en konsekvens af drøftelserne på mødet i Sundhedskordinationsudvalget i august, modtager udvalget ikke for fremtiden de porteføljestyringsoversigter, som hver følgegruppe hidindtil har afleveret til udvalget. Oversigterne afleveres dog fortsat fremover til Det Administrative Kontaktforum, som har behov for disse mere tekniske oversigter over fremdriften i arbejdet med sundhedsaftalens indsatser.

I dette notat skitseres således et overblik over for, hvordan synliggørelse af fremdrift og borger- og patientnære resultater fremover fremsendes til Sundhedskordinationsudvalget.

Evalueringer af gennemførte projekter og indsatser

Sundhedskordinationsudvalget vil fremover og fortsat løbende modtage evalueringer og lignende fra konkrete projekter og indsatser, som afsluttes. Som et eksempel kan nævnes præsentationen af den evaluering og forankring af projektet om "Trivsel og psykisk sundhed på ungdomsuddannelserne", som udvalget blev forelagt i mødet i oktober.

Desuden vil udvalget kunne følge fremdriften i arbejdet med sundhedsaftalen, når konkrete indsatser i sundhedsaftalen færdiggøres. Ligeledes i mødet i oktober 2016 blev den nye samarbejdsaftale for borgere med respirationsinsufficiens forelagt til godkendelse. Et andet eksempel er fra et tidligere møde, hvor Sundhedskordinationsudvalget så en video, der følger en patient, som var én blandt flere patienter og borgere, der var involverede i tilblivelsen af det nye forløbsprogram for KOL.

Endelig kan følgegrupperne gennemgå allerede indgåede aftaler, som findes i deres respektive opgaveporteføljer, og her undersøge, om der blandt disse med nogle år på bagen er mulighed for at samle resultater op, som kan videreformidles til Sundhedskordinationsudvalget.

Gode borger/patienthistorier

Sundhedskordinationsudvalget vil som noget nyt fremover og løbende modtage beretninger om, hvordan sundhedsaftalens indsatser gavner borgere og patienter. Det kan være i form af cases, hvor konkrete borgere og patienter medvirker. Emnerne er ikke begrænset til de seks prioriterede indsatsområder.

Historierne findes ved dels at adspørge følgegrupperne, dels de lokale samordningsfora i både somatikken og psykiatrien.

Fremdrift i arbejdet med de seks prioriterede områder

Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet har på bestilling fra Det Administrative Kontaktforum undersøgt, hvordan der kan leveres ledelsesinformation om fremdrift i arbejdet med Sundhedskordinationsudvalgets seks prioriterede indsatser.

Udgangspunktet har været, at ledelsesinformationen skal være nem at overskue, dvs. at den skal være relativt simpel, klar og afgrænset. Desuden er der taget udgangspunkt i, at der skal anvendes allerede eksisterende data, således at opgaven holdes på et ressourcemæssigt fornuftigt niveau set i relation til, at indsamle nye data. Endelig har et afsæt været at fokusere på kvantitative data, idet kvalitativ, teknisk afrapportering sker i de ovenfor nævnte porteføljestyringsoversigter, som følgegrupperne løbende leverer til Det Administrative Kontaktforum.

Med disse udgangspunkter har Det Administrative Kontaktforum godkendt, at det alene er den prioriterede indsats om samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort, som løbende afrapporteres. De øvrige (videreudvikling af SAM:BO, nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom, strategi for velfærdsteknologi og telemedicin, model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse og kortlægning af mental sundhed) afrapporteres ikke løbende som ledelsesinformation.

Når Fælles Medicinkort er implementeret i alle sektorer, har alle parter adgang til at dele den samme information om aktuel lægeordineret lægemiddelbehandling, så der ideelt set ikke længere skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdaterede medicinlister. Fælles Medicinkort kan derfor være med til at sikre gode patientforløb med høj patientsikkerhed og rationel farmakoterapi.

Det er derfor i høj grad relevant at monitorere implementeringen af Fælles Medicinkort. Der monitoreres på to områder:

Mål	Indikator
Samarbejde om Fælles Medicinkort	Indlæggelser: Antal ajourførte medicinkort senest 2 timer efter udskrivning fra sygehus
	Ambulante kontroller: Antal ajourførte medicinkort samme dag, for så vidt at patienten har oplevet ændringer i medicinen

Datakilden til monitorering af ovennævnte indikatorer er Cosmic, som er sygehusenes elektroniske patientjournal.

Det Administrative Kontaktforum foreslår, at monitoreringen foretages to gange årligt.

Ajourføring af medicinkort i almen praksis sker via de nationale indikatorer, jævnfør nedenfor, og medtages således ikke her. Ved at adskille de to typer af ledelsesinformation undgås, at der vil være flere kilder, som bidrager med data i forhold til de samme indikatorer.

Udviklingen i indikatorerne for de nationale mål for sundhedsvæsenet

Regeringen har i regi af økonomiaftalerne for 2016 aftalt et nyt nationalt kvalitetsprogram med KL og Danske Regioner, som også indeholder nationale mål for sundhedsvæsenet. Formålet er at sætte en tydelig retning for kvaliteten af det danske sundhedsvæsen, det vil sige at skabe bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Målene følges på et antal indikatorer, som opgøres på regions- og kommunalt niveau:

Mål	Indikator
Bedre sammenhængende patientforløb	Belægning
	Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, somatik
	Ventetid til genoptræning
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse
	Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)
Styrket indsats for kronikere og ældre patienter	Akutte indlæggelser pr. KOL-patient
	Akutte indlæggelser pr. diabetes type 2-patient
	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	5-års overlevelse efter kræft
	Hjertedødelighed
	Sygehusinfektioner (bakteriæmi)
	Sygehusinfektioner (clostridium difficile)
	Overlevelse ved uventet hjertestop
Behandling af høj kvalitet	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser
	Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres
Hurtig udredning og behandling	Ventetid til sygehusoperation
	Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen for børn/unge
	Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen for voksne
	Somatiske patienter udredt inden for 30 dage
	Psykiatriske patienter (børn og unge) udredt inden for 30 dage
	Psykiatriske patienter (voksne) udredt inden for 30 dage
	Kræftpakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider
Øget patientinddragelse	Patienttilfredshed med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse
	Patientoplevelt inddragelse
Flere sunde leveår	Middellevetid
	Daglige rygere i befolkningen
Mere effektivt sundhedsvæsen	Liggetid pr. indlæggelse
	Produktivitetsniveau på sygehuse
	Produktivitetsudvikling på sygehuse

Både udviklingen af de nationale mål i de enkelte kommuner og regionen som helhed og hvordan resultaterne er placeret i forhold til gennemsnittet foregår via en trafiklys-markering. Rød vil indikere, at regionen og/eller kommunen har haft en negativ udvikling og ligger under gennemsnittet. Gul indikerer enten en positiv udvikling og en placering under gennemsnit eller en negativ udvikling og en placering over gennemsnittet, mens grøn vil indikere en positiv udvikling og en placering over gennemsnittet.

Hvert halve år vil en statusrapport, der udarbejdes af Sundhedsdatastyrelsen, have fokus på udviklingen i indikatorerne.

Årshjul og dialog om resultater

Data i de kvantitative monitoreringer, som dels fremstilles lokalt i Syddanmark, dels leveres af Sundhedsdatastyrelsen, præsenteres for Det Administrative Kontaktforum, som sammen med disse forelægger en kommenteret rapportering af udviklingen til Sundhedskordinationsudvalget. Årshjulet for rapporteringen fremgår af skemaet nedenfor.

	Antal indikatorer	Opgørelshyppighed	Forelægges SKU i 2017
Evalueringer	-	Løbende	Løbende
Gode patient/borgerfortællinger	-	Løbende	Løbende
Fælles Medicinkort	2	Halvårligt	April og december
Nationale mål	29	Halvårligt	April og december



Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse.

Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag til drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Information om og eksempler på besvarelse af de enkelte spørgsmål findes i vejledningen

Dato:

Opdrag:

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående af relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel mm.)

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Hvad er formålet med at overdrage opgaven

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven

SIKKERHED

Beskrivelse af arbejdsmiljømæssige risici

Beskrivelse af remedier og tekniske aspekter

Beskrivelse af hygiejnemæssige forhold

Beskrivelse af patientsikkerhedsmæssige aspekter

ANSVAR OG KOMPETENCER

Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Beskrivelse af medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Beskrivelse af forbud mod eller krav til videredelegation

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Beskrivelse af behandlings- og rehabiliteringsforløbet

Beskrivelse af evt. konsekvenser for patientens økonomi

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

Kommune **Antal patienter pr. 10.000 borgere**

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia
Haderslev
Kerteminde
Kolding
Langeland
Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af omkostninger og udgifter for de involverede aktører

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder følgegruppen et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Dato

Beskrivelse af opgaven

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

Kommune

Antal patienter pr. 10.000 borgere

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia

Haderslev

Kerteminde

Kolding

Langeland

Middelfart

Nordfyns

Nyborg

Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Plan for monitorering og evaluering

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	

**Hvis "Nej" til et af ovenstående spørgsmål uddybes problemstillingen i det følgende afsnit samt i Trin 1*

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

Følgegruppens vurdering og indstilling

Trin – 3: Samarbejdsaftale

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af den faglige vurdering beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale. Denne skal efterfølgende godkendes i Det Administrative Kontaktforum, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende.

Baggrund

Formål med samarbejdsaftalen

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Forankring og ikrafttræden

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Information forud for overdragelse

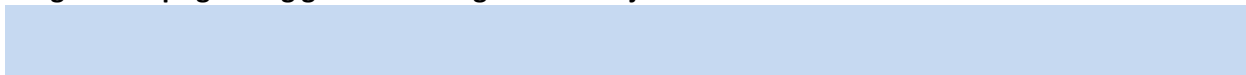
Beskrivelse af remedier og ressourcer

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Fortolkning af samarbejdsaftalen



Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen



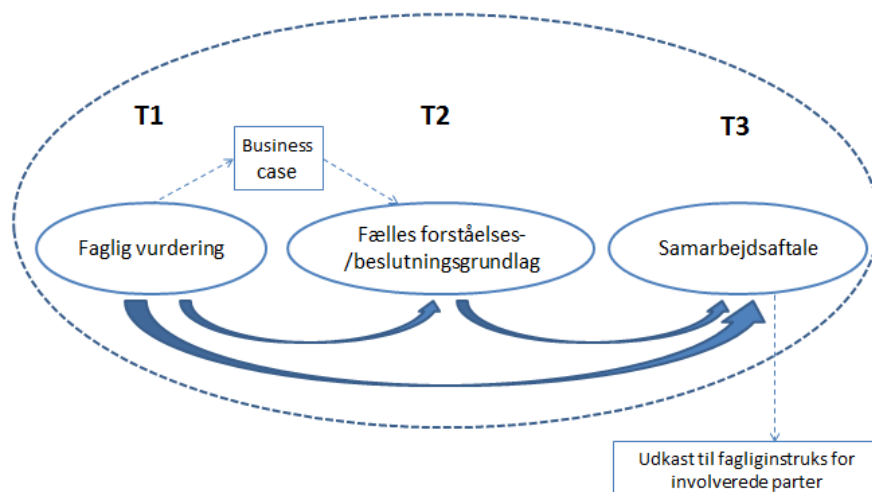
Vejledning til Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau.

Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag til drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Tre trins model



Konkret delegation, af fx medicinsk behandling, sårpleje mm., mellem sundhedspersoner på et af regionens sygehuse og kommunernes hjemmesygeplejer eller almen praksis forekommer dagligt i det syddanske sundhedsvæsen – dette for at tage højde for individuelle behov samt sikre de mest hensigtsmæssige behandlings- og rehabiliteringsforløb. Den fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre dette fleksible samarbejde

Fremtidens nære sundhedsvæsen skal i endnu højere grad bero på tæt samarbejde om opgaveløsning på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor. Men der er behov for at formalisere samarbejdet, når opgaver overdrages mellem sektorerne. Dette for at sikre høj kvalitet, patienttilfredshed og patientsikkerhed.

Denne model, for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, har til formål at kvalificere beslutningsgrundlaget for og kvaliteten af overdragelse af sundhedsopgaver.

Modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse er udarbejdet af Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Opbygningen af modellens faglige del er inspireret af processen for Medicinske Teknologi Vurderinger.

Denne vejledning beskriver;

- hvordan modellen anvendes
- hvilke delelementer modellen indeholder
- samt hvordan disse delelementer udfyldes.

Der kan via Følgegruppen for opgaveoverdragelse hentes erfaring og inspiration fra tidligere arbejdsgruppers afdækning af konkrete opgavers potentiale for opgaveoverdragelse.

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående af relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Dato

Her angives datoen for hvornår arbejdsgruppen har igangsat arbejdet med vurdering af en konkret opgave.

Opdrag

Her beskrives hvilket opdrag arbejdsgruppen har til at vurdere den konkrete opgave.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel mm.)

Her angives arbejdsgruppens navn samt titel, tilhørsforhold og navn på arbejdsgruppens medlemmer.

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Her angives titel for opgaveoverdragelse

Hvad er formålet med at overdrage opgaven

Her beskrives formålet med at overdrage opgaven samt en kort begrundelse af opdraget herfor (hvorfor det er relevant at overdrage opgaven)

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Her beskrives hvordan opgaven primært løses i dag.

Bør indeholde:

- Gennemgang af opgaveløsningen, herunder procedure, remedier og medicin, der anvendes ved behandlingen.
- Beskrivelse af fagpersoners ansvar
- Beskrivelse af patientgruppen og angivelse af typiske patientforløb (punktform)

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Her beskrives den målgruppe for hvem opgaveoverdragelsen er relevant.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af målgruppen
- Inklusion- og eksklusionskriterier
- Krav til den nye samarbejdsform
- Mulige udfordringer vedr. målgruppen

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

På baggrund af relevant litteratur og evt. en afdækning af lokale, regionale og nationale erfaringer, beskrives videns- og erfaringsgrundlaget for opgaveoverdragelse.

Bør indeholde:

- *En afdækning af litteratur og evidens for opgaveoverdragelsen*
- *Indhentning og sammenfatning af evt. lokale, regionale og nationale erfaringer med opgaveoverdragelse*
- *En beskrivelse af de faglige retningslinjer for opgaveoverdragelsen*

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Her beskrives hvordan opgaven skal løses fremadrettet.

Bør indeholde:

- *En beskrivelse af opgaveløsningen herunder ændringer som afviger fra det vanlige samarbejde og den vanlige kommunikation.*
- *En beskrivelse af den enkelte aktørs ansvar, herunder en beskrivelse af det lægefaglige ansvar*
- *En beskrivelse af den fremadrettede monitorering og ansvaret herfor*

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven

Her afdækkes det lovmæssige grundlag for delegation af opgaven.

Reglerne om delegation og videredelegation af sundhedsfaglig virksomhed udspringer af autorisationsloven. Bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 fastsætter de nærmere rammer for autoriserede sundhedspersoner benyttelse af medhjælp.

Grundlæggende er tre forhold bestemmende for om en opgave kan delegeres til en medhjælp:

- 1. lovmæssige forbud mod delegation,*
- 2. medhjælpens konkrete kompetencer,*
- 3. opgavens egnethed til at blive løst under delegation.*

Bør indeholde:

- *En afdækning af de tre ovennævnte forhold, som beskrives ud fra den gældende lovgivning*

samt faglige anbefalinger for varetagelsen af opgaven.

SIKKERHED

Beskrivelse af arbejdsmiljømæssige risici

Her beskrives væsentlige arbejdsmiljømæssige risici eller foranstaltninger, som skal håndteres ved opgaveoverdragelse.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af risici
- Beskrivelse af arbejdsmæssige kompetencer, som skal være tilstede
- Beskrivelse af affaldshåndtering

Beskrivelse af remedier og tekniske aspekter

Her beskrives hvilke remedier, som skal være tilgængelig for at løse opgaven samt hvorledes ansvaret for at fremskaffe og finansiere disse remedier er fordelt. Udgangspunktet for fordelingen af udgifter er Afgrænsningscirkulæret.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af nødvendige remedier, medicin og hjælpemidler
- Beskrivelse af hvorledes udgifterne til ovenstående fordeles mellem aktørerne

Beskrivelse af hygiejnemæssige forhold

Her beskrives om der er specielle hygiejnemæssige forhold, som skal tages i betragtning ved opgaveoverdragelsen, og hvorledes disse kan løses.

Beskrivelse af patientsikkerhedsmæssige aspekter

Her beskrives om det er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven. Hvis der er specielle sikkerhedsmæssige forhold, som skal være afdækket eller kræver handling inden opgaven kan overdrages, skal de anføres her.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Her præciseres det lægefaglige ansvar, samt hvilke handlinger og opgaver der påhviler den behandlingsansvarlige læge før, under og efter opgaveoverdragelsen.

Beskrivelse af medhjælperens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Her beskrives de kompetencer, som skal være til stede hos medhjælpen (fx en hjemmesygeplejerske) for at kunne håndtere opgaven under delegation. Det skal af arbejdsgruppen anføres om kompetencerne vurderes at være til stede og hvis ikke, om disse kan udvikles og evt. hvordan.

Beskrivelse af forbud eller krav til videredelegation

Her beskrives det om hele eller dele af opgaven må videredelegeres fra medhjælpen.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Beskrivelse af behandlings- og rehabiliteringsforløbet

Det beskrives hvorledes det ændrede samarbejde vil påvirke det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Beskrivelse af evt. konsekvenser for patientens økonomi

Her afdækkes det, hvilke konsekvenser den ændrede arbejdsdeling har for patientens økonomi.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

På baggrund af de bedst tilgængelige data estimeres det, hvor mange patienter der vil modtage behandlingen under den nye samarbejdsform. Alt efter hvor opgaver overdrages fra og til beskrives antallet for enten sygehuse, kommuner eller almen praksis (eksemplificeret ved kommuner nedenfor) Datagrundlaget og udregningen skal beskrives og vil indgå i udregningen af den efterfølgende business case.

Eksempel

Kommune

Antal patienter pr. 10.000 borgere

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia

Haderslev

Kerteminde

Kolding

Langeland

Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af omkostninger og udgifter for de involverede aktører

Her beskrives de faktiske omkostninger og udgifter for de enkelte aktører i forbindelse med opgaveoverdragelsen. Beskrivelsen vil indgå i udregningen af den efterfølgende business case, såfremt det besluttes, at der skal udarbejdes en sådan.

Bør indeholde:

- *Beskrivelse af tidsforbrug med anførelse af personale gruppe*
- *Beskrivelse af udgifter til behandlingsremedier, medicin, hjælpemidler mv.*

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder Følgegruppen for opgaveoverdragelse et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Dato

Her anføres datoen for hvornår følgegruppen har udfyldt trin 2

Beskrivelse af opgaven

Her anføres en kort beskrivelse af hvordan opgaven løses i dag, og hvordan den kan løses fremadrettet.

Hvad er formålet og hvem er målgruppen for opgaveoverdragelsen

Her beskrives formålet med at overdrage opgaven

Eksempel:

”Formålet med at overdrage opgaven er at give patienter muligheden for at færdiggøre behandling med XXX i eget hjem”

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Her laves en kort opsummering af afsnittet fra trin 1.

Beskrivelse af væsentligste konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Her beskrives de positive og negative konsekvenser for det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

På baggrund af de bedst tilgængelige data estimeres det hvor mange patienter, der vil modtage behandlingen under den nye samarbejdsform. Alt efter hvor opgaver overdrages fra og til beskrives antallet for enten sygehuse, kommuner eller almen praksis (eksemplificeret ved kommuner nedenfor)

Kommune

Antal patienter pr. 10.000

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn
Fanø
Fredericia
Haderslev
Kerteminde
Kolding
Langeland
Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

På baggrund af de i Trin 1 angivet omkostninger og udgifter, og en evt. beregnet business case, vurderer følgegruppen de samlede økonomiske aspekter. Følgegruppen skal påpege evt. uligheder og økonomisk problemstillinger, som kræver afklaring på administrativt og politisk niveau. Ligeledes skal konsekvenserne for patientens økonomi beskrives.

Plan for monitorering og evaluering

Her beskrives en evt. plan for monitorering og evaluering af samarbejdsaftalen for opgaveoverdragelsen.

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	

*Hvis "Nej" til et af ovenstående spørgsmål uddybes problemstillingen i det følgende afsnit samt i Trin 1

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

Her opsummeres de faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål som arbejdsgruppen og følgegruppen, i forbindelse udfyldes af trin, vurderer er relevant at få bragt til afklaring i Det Administrative Kontaktforum.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Her giver følgegruppen sin samlede vurdering og anbefaling for en udarbejdelse af en evt. samarbejdsaftale.

Trin – 3: Samarbejdsaftale

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af det fælles forståelses- og beslutningsgrundlag beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale. Denne skal efterfølgende godkendes i Det Administrative Kontaktforum, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende.

Baggrund

En kort beskrivelse af baggrunden for opgaveoverdragelsen og den ændring det medfører samt hvilket opdrag den er udarbejdet på baggrund af.

Formål med samarbejdsaftalen

Her beskrives formålet med samarbejdsaftalen

Eksempel:

”Formålet med samarbejdsaftalen er at formalisere samarbejdet om behandling med XXX i eget hjem, således at den kommunale hjemmesygepleje fremover kan varetage denne opgave”

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Her beskrives hvem, der er målgruppen for samarbejdsaftalen.

Forankring og ikrafttræden

Her præciseres i hvilket aftalegrundlag samarbejdsaftalen er forankret, samt hvornår den træder i kraft.

Eksempelvis:

”Samarbejdsaftalen er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18 og træder i kraft d. XX/XX-XXXX”

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Her beskrives grundprincipperne for samarbejdet, det inkluderer:

- *Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar*
- *Beskrivelse af roller og ansvar i det samlede behandlingsforløb*

Information forud for overdragelse

Her beskrives den information og af hvem den skal leveres, forud for en overdragelse af opgaven. Afsnittet skal ligeledes henvise til de instrukser, der skal udarbejdes i de respektive sektorer,

således at medhjælpen kan udføre opgaven på aftalt og forsvarlig vis.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Her beskrives hvilke remedier og ressourcer den enkelte aktør skal levere samt hvordan dette organiseres. Det skal ligeledes beskrives om der er specielle forhold vedr. håndtering af medicin og medicinsk affald.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Her beskrives initiativer målrettet faglige kvalitetssikring af opgaveoverdragelsen samt plan for monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse og evt. effekt.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Her beskrives hvor eventuelle fortolkningsspørgsmål kan bringes til behandling.

Eksempelvis:

"Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora"

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Her beskrives regler for opsigelse og evt. plan for genforhandling på baggrund af monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse og effekt.

Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne



2016



1. Baggrund

Den forebyggende hygiejneindsats i kommunerne bliver stadig mere vigtig på grund af accelererede patientforløb og en stigende andel af ældre borgere. Desuden er der i de senere år set en øget forekomst af resistente mikroorganismer, hvilket udgør en særlig risiko for syge og svage borgere. Denne udvikling nødvendiggør en styrket hygiejneindsats for at forebygge infektioner og smitteudbrud og reducere antallet af indlæggelser på grund af dette.

Kommunernes indsats understøttes fra flere sider. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne fra 2012 angiver den overordnede ramme for kommunernes hygiejneindsats bl.a. gennem en række anbefalinger til indsatsen. Der foreligger desuden en række nationale infektionshygiejniske retningslinjer målrettet såvel sygehuse og primærsektoren. Endelig kan de infektionshygiejniske enheder på sygehusene bidrage til at understøtte kommunernes indsats.

Historisk har der i Region Syddanmark været en vis variation i, hvilken rådgivning de infektionshygiejniske enheder har tilbudt kommunerne, og i hvorvidt kommunerne har indgået aftaler med sygehusene om at benytte denne rådgivning. Med Sundhedsaftalen 2015-2018 har kommunerne og regionen prioriteret, at der skulle udarbejdes en regional aftale for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne. Arbejdet med aftalen blev igangsat i 2016, og nedenstående rammeaftale er resultatet heraf.

2. Formål

Overordnet skal denne regionale rammeaftale understøtte kommunernes infektionshygiejniske indsats via rådgivning fra sygehusene. Formålet med aftalen er:

- At sikre alle kommuner i regionen et bredt tilbud om infektionshygiejnisk rådgivning på et højt fagligt niveau
- At sikre kommunerne et ensartet rådgivningstilbud til samme pris på tværs af sygehusenhederne

Rammeaftalen fastlægger, hvilke rådgivningsydelser, sygehusenhederne er forpligtede til at tilbyde kommunerne, og på hvilke vilkår og til hvilken pris. Herunder afklarer aftalen rammerne for regionens vederlagsfri rådgivning på hygiejneområdet jf. Sundhedsloven § 119, stk. 3. Kommunerne er ikke forpligtede til at indgå en aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning.

For at benytte rådgivningen skal den enkelte kommune indgå en skriftlig aftale med den lokale sygehusenhed. Vilkårene for den lokale aftale er fastlagt i den regionale rammeaftale, og skabelonen i bilag 1 skal benyttes for at indgå den lokale aftale.

3. Anvendelsesområde i den kommunale organisation

Kommunerne fastlægger i dialog med den lokale sygehusenhed, i hvilke dele af den kommunale organisation, rådgivningsydelserne benyttes. Det kan fx være:

- Plejehjem, plejecentre og andre boenheder indenfor ældre- og handicapområdet
- Hjemmepleje og hjemmesygepleje
- Diverse dagtilbud og væresteder indenfor ældre- og hjemmeplejen
- Det socialpsykiatriske område med tilhørende institutioner, botilbud, væresteder og værksteder
- Sundhedsplejen, herunder i samarbejde med sundhedsplejen diverse dag- og døgninstitutioner, dagplejen, skole- og fritidsordninger

4. Samarbejde om rådgivningen

Et godt samarbejde om den infektionshygiejniske rådgivning mellem den enkelte kommune og den lokale sygehusenhed bygger på nedenstående elementer.

4.1 Hygiejneorganisation i kommunerne

Før den enkelte kommune indgår en aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning, bør kommunen opbygge en tværgående, ledelsesforankret hygiejneorganisation. Der er to væsentlige grunde til dette:

- En hygiejneorganisation sikrer det størst mulige faglige udbytte af rådgivningen, idet forudsætningen for at sprede og forankre viden er bedre
- En hygiejneorganisation understøtter, at hygiejneindsatsen varetages som en løbende driftsindsats i kommunen.

Anbefalingen om en hygiejneorganisation ligger i tråd med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne. En kommunal tværgående, ledelsesforankret hygiejneorganisation består jf. forebyggelsespakken af et strategisk og et udøvende niveau. På det strategiske niveau er opgaven at understøtte samarbejdet mellem kommunens forvaltninger og kontakten til almen praksis samt at udarbejde kommunens hygiejnepolitik. På det udøvende niveau er opgaven at organisere, planlægge, udvikle og monitorere hygiejneområdet i kommunen samt at formidle hygiejnepolitikken i kommunen.

4.2 Kontaktpersoner i kommunen

Kommunen skal udpege to primære kontaktpersoner i den kommunale organisation. Kontaktpersonerne er dem, der primært tager kontakt til sygehuset for at rekvirere rådgivning. Tilsvarende kan sygehuset formidle faglig, infektionshygiejnisk information, orientere om temadage, kurser mv. til kommunen gennem kontaktpersonerne.

Udpegning af kontaktpersoner gælder også for kommuner, der kun ønsker at benytte vederlagsfri rådgivning.

4.3 Sygehusenes prioritering af rådgivningsopgaven

Sygehuset anser rådgivningsopgaven som en del af den samlede opgaveportefølje i de infektionshygiejniske enheder og prioriterer således rådgivningsopgaven på niveau med øvrige opgaver.

5. Vederlagsfri rådgivningsydelser

Sygehusene stiller nedenstående rådgivningsydelser vederlagsfrit til rådighed for kommunerne (tabel 1).

Tabel 1. Vederlagsfrie rådgivningsydelser

Opgave	Ydelse	Form
Specifik rådgivning på cpr.nr-niveau	Skriftlig rådgivning i forbindelse med udskrivelse af patienter. Ved behov: Opfølgende sparring om patientsagen	Via MedCom-korrespondancer og plejeforløbsplaner (er knyttet til den udskrivende afdeling). Ved behov: Opfølgende sparring per telefon/e-mail/korrespondance-meddelelse
Specifik rådgivning om MRSA på cpr.nr-niveau	Sparring om MRSA ¹ (rådgivning om øvrige resistente mikroorganismer håndteres mod vederlag eller vederlagsfrit i forbindelse med udskrivelser) ¹ I Region Syddanmark varetages vejledningsopgaven vedrørende MRSA af de lokale infektionshygiejniske enheder i samarbejde med almen praksis	Ad hoc per telefon eller skriftligt
Vidensformidling	Faglig opdatering om infektionshygiejne	En årlig temadag for hver af de fire geografiske SOF-områder. Sygehuset har initiativet. Temadagenes længde afhænger af tema og målgruppe. Sygehusets infektionshygiejniske enhed sender eller videresender ad hoc skriftlig information til kommunerne, når det findes relevant.
Generel sparring	Kortfattet afklaring af afgrænsede problemstillinger, fx om håndhygiejne, rengøring og desinfektion, særlige forhold ved resistente bakterier, værnemidler etc. (NB: Mere dybdegående, faglig rådgivning kan leveres mod vederlag jf. tabel 2)	Ad hoc per telefon eller e-mail

6. Rådgivningsydelser mod vederlag

Sygehusene tilbyder kommunerne en række rådgivningsydelser mod vederlag. Disse ydelser omfatter:

- **En basispakke**, der kun kan købes samlet. Basispakken samler en række rådgivningsydelser, som vurderes at være relevant for en stor del kommunerne i Region Syddanmark at benytte. Aftale om basispakken indgås for en fireårig periode (tabel 2).
- **"Hyldevarer"** – dvs. ydelser, der købes enkeltvis efter den enkelte kommunes behov. Aftaler om disse ydelser indgås for en fireårig periode (tabel 3).
- **Enkeltstående konsulent ydelser** – dvs. ydelser, der er koblet op på enkeltsager, og som købes enkeltvis. Ydelserne aftales fra sag til sag (tabel 4).

Basispakken, hyldevarer og enkeltstående konsulenttydelser kan købes uafhængigt af hinanden. Det anbefales dog, at kommunerne køber basispakken for at sikre en løbende og stabil understøttelse af driftsindsatsen for infektionshygiejnisk forebyggelse.

6.1 Basispakke

Kommuner, der ønsker adgang til at benytte rådgivningsydelse i basispakken, indgår en fireårig aftale med den lokale sygehusenhed og betaler herefter et samlet årligt rammebeløb for adgang til alle ydelser i pakken. Basispakken koster årligt 2,71 kr. per borger + 4.242,05 kr. (2016-tal). Taksterne pristalsreguleres.

Af bilag 2 fremgår prisen på basispakken for hver af de 22 kommuner i Region Syddanmark.

Tabel 2. Basispakke af rådgivningsydelser mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Basispakke (fireårig aftale)	Basisuddannelse	Uddannelse af hygiejne-nøglepersoner	Sygehuset afholder 2 dages basiskursus for nye hygiejne-nøglepersoner. Kurset afholdes som udgangspunkt hvert andet år for hvert geografisk SOF-område.	1 kursusdeltager per år per 10.000 indbyggere
	Implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisation	Faglig sparring mhp. at implementere og vedligeholde hygiejneorganisationen	Sygehuset deltager i møder i den kommunale hygiejneorganisation	2 årlige møder á 2 timers varighed
	Audits/hygiejnetilsyn i institutioner	Gennemførelse, afrapportering, dialog og handleplan	Efter audit-metode	1 audit per år per 10.000 indbyggere, dog mindst 1 audit årligt per kommune
	Rådgivning	Faglig rådgivning på cpr.nr.-niveau og generelle problemstillinger, fx om konkrete patient-sager eller ved udbrud, om håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøring og desinfektion, særlige forhold ved resistente bakterier, værnemidler, instrumenthåndtering etc.	E-mail-/telefonisk rådgivning eller ved fysisk fremmøde i kommunen (på institutioner mv.)	Ad hoc

6.2 Hyldevarer

Kommuner, der ønsker at benytte rådgivningsydelser i form af hyldevarer, indgår en fireårig aftale med den lokale sygehusenhed og betaler herefter et årlig beløb for de aftalte ydelser. Prisen for en audit er 6.975,81 kr. De øvrige ydelser afregnes efter en fast timetakst på 471,34 kr. per time. Priser og takster er 2016-tal og pristalsreguleres.

Tabel 3. Hyldevarer mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Hyldevarer (fireårig aftale)	Audits/hygiejnetilsyn i institutioner	Gennemførelse, afrapportering, dialog og handleplan	Efter audit-metode	Antal audits besluttet ved indgåelse af aftale
	Udarbejdelse af årsrapport for indsatser og handleplan på det infektionshygiejniske felt i kommunen	Faglig sparring på kommunalt udkast til årsrapport, evt. møde herom.	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
	Ajourføring af retningslinjer	Faglig sparring, fx gennemlæsning og kvalitetssikring i henhold til nationale retningslinjer.	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale

6.3 Enkeltstående konsulenttydelser

Kommuner, som ønsker at benytte sig af enkeltstående konsulenttydelser, indgår aftale med den lokale sygehusenhed ved behov. Ydelserne afregnes efter en fast timetakst på 1.500,00 kr. (2016-tal). Taksten pristalsreguleres.

Tabel 4. Enkeltstående konsulenttydelser mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Enkeltstående konsulenttydelser	Kompetenceudvikling	Uddannelse af kommunale medarbejdere, der arbejder med hygiejne. Fx temabaseret (håndhygiejne, uniformshygiejne mv.)	Aftales med den enkelte kommune, fx temadage, kurser mv.	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
	Rådgivning om enkeltsager (ikke personsager)	Faglig sparring om konkrete opgaver, fx om indkøbsaftaler og kravspecifikationer, om ny- og ombygning	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
	Opbygning af tværgående hygiejneorganisation	Rådgivning om kommissorium, proces, infektionshygiejniske retningslinjer mv.	Møder og e-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttet ved indgåelse af aftale
		Uddannelse af hygiejnenøglepersoner	Kursus	

7. Indgåelse og opsigelse af lokal aftale mellem kommune og sygehus

Den enkelte kommune kan når som helst i løbet af et kalenderår indgå en aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejniske rådgivning. Aftaleparterne går i dialog om, hvornår levering af rådgivningen konkret kan påbegyndes.

Aftalerne om infektionshygiejniske rådgivning indgås for en fireårig periode med undtagelse af de enkeltstående konsulenttydelser, som typisk afvikles inden for en kortere, tidsafgrænset periode. Enhver aftale om levering af infektionshygiejniske rådgivning er uopsigelig i aftaleperioden.

Den enkelte kommune kan indgå flere samtidige aftaler med den lokale sygehusenhed, hvis der opstår behov for rådgivning, som ikke dækkes af den først indgåede aftale. Det kan eksempelvis dreje sig om en kommune, der indgår en fireårig aftale om levering af basispakken, og som på et senere tidspunkt har behov for at supplere med en fireårig aftale om hyldevarer.

Kommuner kan kun indgå aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning med den somatiske sygehusenhed, der er placeret i det Lokale Samordningsforums geografiske område og ikke med andre sygehusenheder i regionen.

8. Fortolkning af den regionale rammeaftale

Spørgsmål om fortolkning af den regionale rammeaftale rejses i Følgegruppen for Forebyggelse på indstilling fra det Lokale Samordningsforum.

9. Ændring af den regionale rammeaftale

Ændringer i den regionale rammeaftale skal godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget.

Almindelig opdatering af aftalen og ændringer af redaktionel karakter (pristalsregulering af takster, justering af skabelon for lokal aftale mellemkommune og sygehus mv.) igangsættes og godkendes af Følgegruppen for Forebyggelse.

Ændringer i den regionale rammeaftale påvirker ikke allerede indgåede lokale aftaler om infektionshygiejnisk rådgivning. Således fortsætter allerede indgåede lokale aftaler aftaleperioden ud, medmindre aftalparterne er enige om at tilpasse aftalen til ændringer i den regionale rammeaftale.

10. Monitorering og evaluering af den regionale rammeaftale

Følgegruppen for Forebyggelse følger op på aftalen via følgende aktiviteter:

1. Hvert år indhentes status for, hvor mange kommuner, der har indgået aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning, herunder hvilke ydelser, der købes. Første status leveres primo 2018 og herefter på følgegruppens første møde i hvert kalenderår.
2. Hvert andet år indhentes en kort status fra de fire sygehusenheder og de kommuner, der har en aftale om levering af rådgivning, omhandlende:
 - a. Oplevelsen af det lokale samarbejde om rådgivningen
 - b. Muligheder for videreudvikling af den infektionshygiejniske rådgivningStatus indhentes via nogle få standardiserede spørgsmål og sammenfattes på tværs af sygehusenhederne og kommunerne. Første status leveres primo 2019 og herefter på følgegruppens første møde i hvert andet kalenderår.
3. Hvert fjerde år evalueres den regionale rammeaftale vedrørende bl.a.:
 - a. Sammensætning af ydelser i basispakken
 - b. Omfanget af ydelser i basispakken
 - c. Det samlede udbud af rådgivningsydelserEvalueringen dagsordensættes i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget. Første evaluering foretages primo 2021.

11. Ikrafttræden

Den regionale rammeaftale trådte i kraft den XX. xxxxxxxx 20XX efter godkendelse i Sundhedskordinationsudvalget.

Bilag 1: Skabelon for aftale mellem kommune og sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning

Denne skabelon anvendes, når kommuner indgår aftale med den lokale sygehusenhed om infektionshygiejnisk rådgivning.

Aftaleparter

Følgende aftale om infektionshygiejnisk rådgivning indgås mellem:

[Indsæt sygehusets navn]		[Indsæt kommunens navn]
[Indsæt sygehusafdelingens navn]		[Indsæt kommuneafdelingens navn]
[Indsæt afdelingens adresse]	og	[Indsæt afdelingens adresse]
[Indsæt navn på aftaleansvarlig]		[Indsæt navn på aftaleansvarlig]
[Indsæt e-mail og tlf.-oplysninger]		[Indsæt e-mail og tlf.-oplysninger]

Ydelser i aftalen

Aftaleparterne indgår aftale om:

Rådgivningsydelse	Sæt X	Omfang
Basispakke (fireårig aftale)		
Hyldevarer (fireårige ydelser)		
Audits/hygiejnetilsyn i institutioner		Antal audits pr. år:
Udarbejdelse af årsrapport		Antal timer pr. år:
Ajourføring af retningslinjer		Antal timer pr. år:
Enkeltstående konsulentydelse		
Kompetenceudvikling		Antal timer:
Rådgivning om enkeltsager		Antal timer:
Opbygning af hygiejneorganisation		Antal timer:

Se "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne" for specifikation af rådgivningsydelseernes indhold, form, omfang og pris.

Aftalens løbetid

Aftale om basispakke og hyldevarer indgås for en fireårig periode. Enkeltstående konsulentydelse leveres efter aftale mellem aftaleparterne.

Aftalen gælder fra _____ til _____ (indsæt periode)

Afregning

For basispakken og hyldevarer fakturerer sygehuset én gang årligt for aftalens ydelser.

For enkeltstående konsulentydelse fakturerer sygehuset efter levering af ydelsen.

Udfordringer i samarbejdet

Opleves der udfordringer i samarbejdet om aftalen, søges det løst i dialog lokalt mellem sygehus og kommune. Uenighed om, hvordan aftalen tolkes, søges ligeledes løst i lokal dialog.

Ændringer

Ændringer i aftalen kan foretages ved enighed mellem aftaleparterne og inden for rammerne af "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne".

Opsigelse

Aftalen er uopsigelig i aftaleperioden.

Underskrift

Med underskrift fra aftaleansvarlig indgår aftaleparterne hermed aftale om infektionshygiejnisk rådgivning som beskrevet af ovenstående og i "Rammeaftale for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne"

Dato

Dato

For

[Indsæt sygehusets navn]

For

[Indsæt kommunens navn]

Bilag 2: Pris for basispakken i de 22 syddanske kommuner

Nedenfor fremgår den årlige pris for basispakken for hver af de 22 syddanske kommuner. Basispakken koster 2,71 kr. per borger i kommunen + 4.242,05 kr. (2016-tal).

Kommune	Indbyggertal	Pris (kr.)
Assens	41.413	116.471
Billund	26.562	76.225
Esbjerg	115.987	318.567
Fanø	3.337	13.285
Fredericia	50.844	142.029
Faaborg-Midtfyn	51.329	143.344
Haderslev	56.082	156.224
Kerteminde	23.834	68.832
Kolding	91.745	252.871
Langeland	12.592	38.366
Middelfart	38.041	107.333
Nordfyn	29.374	83.846
Nyborg	32.036	91.060
Odense	199.235	544.169
Svendborg	58.393	162.487
Sønderborg	74.804	206.961
Tønder	37.981	107.171
Varde	50.449	140.959
Vejen	42.945	120.623
Vejle	112.494	309.101
Ærø	6.231	21.128
Aabenraa	59.077	164.341

2016-pris beregnet ud fra indbyggertallet den 1. juni 2016.

Bilag 3: Baggrund for prisfastsættelse af rådgivningsydelse

Nedenfor gennemgås baggrunden for prisfastsættelsen af de rådgivningsydelser, der leveres mod vederlag.

Timetakst

Prisen på rådgivningsydelserne er baseret på en fast timetakst for en hygiejnesygeplejerske. Timetaksten i aftalen er 471,34 kr. (2016-tal), hvilket bygger på:

- En gennemsnitlig årsløn inkl. pension og ferie for de hygiejnesygeplejersker, der arbejder med rådgivningen
- En effektiv timepris, dvs. at fravær af alle årsager (ferie, sygefravær, kursusdage mv.) fratrækkes årsværket inden beregning af timeprisen. Kommunerne bidrager derfor til at betale for sygehuse-nes samlede udgift til det personale, der er involveret i rådgivningen. Fra et årsværk på 1924 timer trækkes 577 timer, hvilket giver en effektivitet på 70 %
- Et overhead på 15 %

Basispakke

Basispakken koster 2,71 kr. per borger i kommunen + 4.242,05 kr. (2016-tal). Prisen på 2,71 kr. per borger gælder for basisuddannelse, audits/hygiejnetilsyn og rådgivning. Prisen for rådgivningsydelserne ”implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisationen” er ens for alle kommuner uanset indbyggertal og udgør 4.242,05 kr. Prisen følger timetaksten nævnt ovenfor og inkluderer overhead og transport. Bag udregningen af prisen for basispakken ligger følgende forudsætninger:

Opgave	Forudsætninger for prisfastsættelse
Basisuddannelse	<ul style="list-style-type: none">• Kommunen har adgang til 1 kursusplads per år per 10.000 indbyggere• Kurset varer 2 arbejdsdage• Der er 2 undervisere på kurset, der hver bruger 2 dage til forberedelse af kurset• Der er gennemsnitligt 25 deltagere på et kursus• Udgifter til lokale og forplejning er indeholdt i prisen for basispakken og afholdes derfor af sygehuset
Implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisation	<ul style="list-style-type: none">• 1 medarbejder fra sygehusenheden deltager på 2 årlige møder• Til hvert møde beregnes 1 times forberedelse og 1½ times transport
Audits/hygiejnetilsyn	<ul style="list-style-type: none">• Kommunen har adgang til 1 audit per år per 10.000 indbyggere*, dog mindst én audit årligt per kommune• Der er to medarbejdere tilknyttet hver audit• Hver audit består af ½ dag til besøg (inkl. transporttid) og ½ dag til afrapportering
Rådgivning	<ul style="list-style-type: none">• Det forventes, at kommunerne benytter rådgivningen ad hoc i et omfang, så sygehusenhederne bruger 0,75 time per uge per 10.000 indbyggere**

* Ekstra audits kan tilkøbes jf. tabel 3 i den regionale rammeaftale.

** Sygehusenhederne fører ikke regnskab over den forbrugte tid. Der er tale om sygehuse-nes samlede forbrugte tid på rådgivningen (inkl. transport, forberedelse, involvering af mikrobiologer mv.) – ikke kun den tid, hvor en kommunal medarbejder er i konkret kontakt med sygehusenheden fx per telefon eller ved besøg på institutioner i kommunen.

Hyldevarer

Prisfastsættelsen for hyldevarerne følger de samme forudsætninger, som gælder priserne i basispakken. Prisen for en audit er 6.975,81 kr. De øvrige hyldevarer afregnes efter en timetakst på 471,34 kr. per time som nævnt ovenfor (effektiv timepris inkl. overhead og transportudgifter).

Antal audits og timetallet til de øvrige rådgivningsydelser besluttet ved indgåelse af aftalen.

Enkeltstående konsulentydelse

Ydelserne afregnes efter en fast timetakst på 1.500,00 kr. (inkl. overhead og transportudgifter). Taksten er højere end den takst, der anvendes i basispakken og hyldevarerne, idet ydelserne er enkeltstående og derfor udfordrer sygehusenes kapacitet til rådgivningsopgaven.

Timetallet til rådgivningsydelserne besluttet ved indgåelse af aftalen.

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Telefon 7663 1000
regionsyddanmark.dk



14620 - Grafisk Service, Regionsyddanmark - 11. 2016

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

Sagsfremstilling:

Det Administrative Kontaktforum besluttede på mødet d. 21. september 2016 at igangsætte udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes. Udgangspunktet for arbejdet er den generiske model for nye rammer for kronisk sygdom, herunder samme stærke fokus på brugerinddragelse som ved udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL.

Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom har i samråd med Følgegruppen for forebyggelse og på baggrund af erfaringer fra udviklingen af det første forløbsprogram tilpasset kommissorium, tidsplan og budget for udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes.

Tidsplan, kommissorium og budget

Af bilag fremgår et revideret kommissorium med en overordnet tidsplan for udvikling af forløbsprogrammet for diabetes. Følgegruppen har godkendt en detaljeret tidsplan, som er koordineret med den sideløbende udvikling af Steno Diabetes Center.

Til sammenligning med udvikling af forløbsprogrammet for mennesker med KOL vurderes det, at brugerinddragelsesprocessen kan kortes fra tre workshops til to - uden at gå på kompromis med kvalitet. Det vurderes ligeledes heller ikke nødvendigt med den samme tyngde af ekstern konsulentbistand fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsnets (ViBIS), da det første forløbsprogram udgør en skabelon for udvikling af det næste. ViBIS har dog fortsat en vigtig rolle i udviklingsprocessen, da de skal introducere workshopdeltagerne til, hvordan man som patient/pårørende og sundhedsprofessionelle bedst samarbejder i en sådan udviklingsproces. ViBIS skal således kvalitetssikre den planlagte brugerinddragelsesproces og kommunikationspakke.

Budget for udvikling forløbsprogrammet for mennesker med diabetes

Post	Udgift
Konsulentbistand ViBIS*	kr. 35.000
Afholdelse af workshops:	
Workshop 1 (73 deltagere)	kr. 46.000
Workshop 2 (73 deltagere)	kr. 46.000
Kørselsrefusion til patienter og pårørende	
Workshop 1	kr. 3.500
Workshop 2	kr. 3.500
Grafisk opsætning af forløbsprogram	kr. 20.000
Total	kr. 149.000

* Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsnets

Kvalitet- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis støttede udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med KOL økonomisk, hvilket tillod en stærk involvering af praktiserende læger og praksispersonale. I forløbsprogrammet for mennesker med diabetes vil Region Syddanmark involvere og honorere de praktiserende lægers deltagelse igennem den regionale praksiskonsulentordning.

Finansiering

De 22 Syddanske Kommuner besluttede at medfinansiere udviklingen af det første forløbsprogram for mennesker med KOL, men tilkendegav i samme ombæring, at det ikke kunne forventes at samme medfinansieringsmodel kunne gælde for udviklingen af de øvrige forløbsprogrammer. Med tanke på den ventede 25 % reduktion i udviklingsomkostningerne, forslår Følgegruppen for forebyggelse, at Region Syddanmark og de 22 Syddanske Kommuner, ud fra nedenstående forslag, igen samfinansierer udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes, således at både den regionale og kommunale andel udgør 74.500 kr.

Til orientering og med henblik på at udgøre et sammenligningsgrundlag vedlægges regnskab for udvikling af forløbsprogrammet for mennesker med KOL.

Indstilling:

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- tager regnskabet for udvikling af forløbsprogrammet for KOL til orientering
- godkender kommissorium, tidsplan og budget for udvikling af forløbsprogrammet for diabetes



Kommissorium for arbejdsgruppe for udvikling af nye rammer for kronisk sygdom

Baggrund

Nye rammer for kronisk sygdom er et prioriteret område i Sundhedsaftalen 2015-18. Det er besluttet, at der skal udvikles nye tværsektorielle forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes, hjertesygdom, ryglidelse, depression, og leddegigt.

Kommissoriet er seneste revideret i forbindelse med Det Administrative Kontaktforums beslutning på mødet september 2016, om at igangsætte udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes.

Formål

Formålet med at udvikle nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om mennesker med kronisk sygdom er at sikre:

- en sammenhængende indsats med tidlig opsporing, forebyggelse, behandling og rehabilitering, som afspejler den udvikling, der er sket i sygehus, almen praksis og kommune siden udarbejdelsen af de eksisterende forløbsprogrammer.
- at indsatserne i det samlede tværsektorielle sundhedsvæsen tager højde for, at personer med kronisk sygdom har behov for en sammenhængende indsats, der *både* tager udgangspunkt i diagnosen og i personens samlede livssituation ("det hele menneske").
- at rammerne får en klar og helst enkel struktur med tydelige aftaler i sektorovergangene.
- at rammerne bliver forpligtende – også for at understøtte rammernes implementering.

De nye rammer afløser den tværsektorielle strategi "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" fra 2008 og patientforløbsprogrammerne for KOL, type 2-diabetes, hjerteområdet og ryg fra 2010.

De nye rammer skal både indeholde en beskrivelse af generelle, fælles aftaleforhold og de mere konkrete aftaler om udvalgte målgrupper, hvor der er tale om længerevarende forløb med indsatser på tværs af sektorer.

Organisering

Arbejdsgruppen er nedsat af Følgegruppen for forebyggelse og referer til denne. Følgegruppens guide til opgaveløsning er et redskab i arbejdsgruppens opgaveløsning.

Arbejdsgruppen består af;

- Birthe Mette Pedersen, Programchef, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark (regional formand)
- Ulrik Skyum Christensen, Leder af Det Mobile Sundhedscenter, Faaborg-Midtfyn Kommune (kommunal formand)
- Jan Erik Henriksen, Ledende overlæge, OUH Odense Universitetshospital
- Arne Gårn, Specialkonsulent, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
- Anne-Mette Rotwitt, Praktiserende læge, PLO Syddanmark
- Susanne Krysiak, Chefkonsulent, Lægeforeningen Syddanmark

- Anette Frahm, Leder af sygeplejen, Billund Kommune
- Karen Vibeke Andersen, Forløbskoordinator, Nyborg Kommune
- Anders Fournaise, Konsulent, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
- Anette Filtenborg, Konsulent, Varde Kommune

I forbindelse med udarbejdelsen af de enkelte forløbsprogrammer kan arbejdsgruppen indhente eller rådføre sig med specifikke kompetencer i forhold til sygdomsområdet.

Leverancer og milepæle

Milepælsplan for udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

Opgaver/leverancer	Tidsfrister
Høringsrunde nyt forløbsprogram for KOL	3. kvartal 2016
Indarbejdelse af høringssvar	4. kvartal 2016
Godkendelse af nyt forløbsprogram for KOL	1. kvartal 2017
Evaluering af proces for udvikling af nyt forløbsprogram for KOL	1. kvartal 2017
Implementering af forløbsprogram for KOL	1 og 2. kvartal 2017

Milepælsplan for udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

Opgaver/leverancer	Tidsfrister
Planlægning af proces med patient- og pårørendeinddragelse	4. kvartal 2016
Afvikling af proces med patient- og pårørendeinddragelse	1. og 2. kvartal 2017
Udarbejdelse af forløbsprogram for diabetes	1. og 2. kvartal 2017
Høringsrunde nyt forløbsprogram for diabetes	3. kvartal 2017
Indarbejdelse af høringssvar	3/4. kvartal 2017
Godkendelse af nyt forløbsprogram for diabetes	4. kvartal 2017 eller 1. kvartal 2018
Evaluering af proces for udvikling af nyt forløbsprogram for diabetes	4. kvartal 2017
Implementering af forløbsprogram for diabetes	1 og 2. kvartal 2018

Ovenstående er uddybet i en detaljeret tidsplan, som løbende koordineres med Følgegruppen for forebyggelse.

Arbejdsgruppen leverer på hvert møde i Følgegruppen for forebyggelse en status for arbejdet med nye rammer for kronisk sygdom.

Evaluering

Arbejdsgruppen evaluerer løbende udviklingsprocesserne af de nye forløbsprogrammer. Evalueringerne drøftes i fællesskab mellem arbejdsgruppen og Følgegruppen for Forebyggelse. Det administrative Kontaktforum præsenteres samtidig med godkendelsen af de enkelte forløbsprogrammer for en evaluering af udviklingsprocessen. Formålet med evalueringen er løbende at lære og justere udviklingsprocessen.



Regnskab for udvikling af forløbsprogrammet for KOL

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner blev i december 2015 enige om at medfinansiere udviklingen af det nye tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL med 100.000 kr. hver, samlet 200.000 kr. Nedenfor præsenteres regnskabet for udviklingen af forløbsprogrammet, som er godkendt af Følgegruppen for forebyggelse.

<i>Post</i>	<i>Udgift</i>
Konsulentbistand ved ViBIS*	Kr. 75.350
Afholdelse af workshops på Trinity:	
Workshop 1 (73 deltagere)	Kr. 46.048
Workshop 2 (45 deltagere)	Kr. 27.865
Workshop 3 (66 deltagere)	Kr. 41.646
Kørselsrefusion til patienter og pårørende	
Workshop 1	Kr. 3.088
Workshop 3	Kr. 2.694
<i>Total</i>	<i>Kr. 196.692</i>

*Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet

Den regionale og kommunale andel udgør hver især 98.346 kr.

Øvrige udgifter

Region Syddanmark har løbende truffet beslutning om at tilføre udviklingen af forløbsprogrammet ekstra midler til grafisk opsætning af forløbsprogrammet, udvikling af video om udviklingsproces (vist på de politiske midtvejsmøder) samt udvikling af en tilhørende kommunikationspakke. Udgifterne beløber sig til 96.063 kr. og afholdes Region Syddanmark udover den aftalte medfinansiering på 100.000 kr.

Herudover modtog udvikling af forløbsprogrammet støtte fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU) på 156.557 kr. til honorering af fire praktiserende læge og fire praksissygeplejersker for deres deltagelse i de tre workshops.

Fora / udvalg:	Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 25. oktober 2016
Overskrift:	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025
Journal- /Sagsnr:	
Resumé:	
Sagsfremstilling:	<p>KKR Syddanmark vedtog på sit møde 13. september 2016 fælleskommunale sundhedspolitiske visioner med visionspapiret "<i>KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner – Sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025</i>".</p> <p>KKR Syddanmarks ønsker, at der skal arbejdes for, at de sundhedspolitiske visioner inddrages i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale, heriblandt som et redskab til at nedbringe antallet af sundhedspolitiske mål. På de netop overståede politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen nævnte flere kommunalpolitikere ligeledes de nye sundhedspolitiske visioner som et værktøj til skarpere prioritering af indsatsområderne i sundhedsaftaler.</p> <p><i>Om de fælleskommunale sundhedspolitiske visioner</i></p> <p>Visionspapiret lægger op til syddanske sundhedspolitiske visioner, der er på forkant med den nationale sundhedspolitiske dagsorden, udarbejdelsen af en national plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen samt den aktuelle debat om en styrket indsats over for ulighed i sundhed. Visionspapiret kan også ses som et syddansk indspil til realisering af intentionerne i KL's sundhedspolitiske udspil "Sammen om Sundhed".</p> <p>Visionspapiret tager afsæt i et fælles styrende borgerperspektiv og giver et bud på en ambitiøs fælles retning med overordnede mål, prioriterede indsatsområder og en fælles tilgang til udviklingen af et endnu stærkere borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen: Borgeren skal spille en langt større rolle end i dag i forhold til egen sundhed og skal være en central drivkraft og medskaber i sundhedsvæsenets udvikling.</p> <p><i>Vision og hovedmål</i></p> <p>I visionspapiret opstilles en overordnet vision og to hovedmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision: De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed. • Hovedmål 1: 90 % af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025. • Hovedmål 2: Igennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 % i 2025. <p><i>Indsatsområder</i></p> <p>For at nå de overordnede mål og samtidig mindske den sociale ulighed i sundhed, er der opsat tre prioriterede indsatsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Børn og unges livsstil. • Borgere i risiko for eller med psykiske lidelser. • Borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme. <p>Generelt er der i visionspapiret lagt særlig vægt på forebyggende indsatser.</p> <p><i>Virkemidler</i></p>

	<p>De sundhedspolitiske visioner er sendt til de 22 syddanske kommune med henblik på at den enkelte kommune skal drøfte, hvordan visionerne forankres lokalt. Det er forventningen, at kommunerne vil arbejde med udviklingen ad forskellige veje og i forskelligt tempo afhængig af den enkelte kommunes udgangspunkt og muligheder.</p> <p>Skal visionen og de to overordnede mål lykkes, stilles der store krav til den kommunale indsats, til nytænkning i form af nye indsatser og indsatser på tværs af faggrupper og sektorer samt til samspillet med de øvrige aktører på sundhedsområdet. Der skal arbejdes med borgeroplevet kvalitet og sammenhæng, systematisk fokus på effekt samt bedre og mere omkostningseffektive måder at løse opgaverne på i den enkelte kommune, herunder tværsektorielt og tværfagligt.</p>
Indstilling:	<p>Det indstilles, at Sundhedskoordineringsudvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tager orienteringen til efterretningen • Drøfter, hvordan Region Syddanmark og Sundhedskordinationsudvalget kan inddrages i arbejdet med KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner, heriblandt hvordan visionerne kan inddrages i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale
Antal bilag:	1
Navn på bilag:	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner 2025

KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner

– sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025

INDLEDNING

De syddanske borgere skal i fremtiden opleve et endnu stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som de selv er en aktiv del af.

Det er der behov for, hvis vi sammen skal lykkes med at tackle de store samfundsøkonomiske udfordringer, der presser det samlede sundhedsvæsen og borgernes velfærd. I KKR Syddanmark er borgerne derfor en central drivkraft i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

Fra at tale om borgeren som centrum og omdrejningspunkt for sundhedsindsatserne vil vi gå et skridt videre. Vi vil et sundhedsvæsen, hvor borgeren reelt bliver medskabende og betragtes som ligeværdig i relationen med sundhedspersonalet. Borgeren skal spille en langt større rolle i forhold til egen sundhed og som aktør i sundhedsvæsenet, end borgeren gør i dag. Vi tror på, at vi ved at udvikle sundhedsvæsenet i samarbejde med borgerne både kan skabe mere velfærd og sundhed for borgerne samtidig med, at vi tackler det pres, der er fra en stram økonomi og et stigende antal kommunale sundhedsopgaver. Et væsentligt ønske er, at den sociale ulighed i sundhed mindskes ved, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers sundhed og ressourcer. Borgernes ressourcer til at tage ansvar og aktiv del i egen sundhed er forskellig, og det skal sundhedsvæsenet kunne rumme.

Men det kræver politisk vilje og ledelsesmæssigt fokus at skabe udviklingen. Det skal en fælleskommunal vision og konkrete mål bidrage til. Det skal sikre en tydeligere fælles tilgang med et fælles ambitionsniveau, og det skal styrke samarbejdet på tværs af sektorerne, fælleskommunalt og i den enkelte kommune.

Visionen konkretiserer, med afsæt i KL udspillet Sammen om Sundhed og regeringens nye nationale mål for sundhedsvæsenet, hvordan vi vil arbejde med et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen sammen med borgerne.

Visionen sætter retningen for arbejdet i de syddanske kommuner og gør det lettere og bedre for de øvrige aktører på sundhedsområdet at samarbejde med kommunerne. For der er ingen tvivl om, at realiseringen af kommunernes sundhedsvisioner er afhængige af et godt og mere forpligtende og effektorienteret samarbejde med blandt andre Region Syddanmark og almen praksis. Visionen danner dermed også afsæt for arbejdet med næste generation af sundhedsaftaler.

BORGERENS MØDE MED DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

De syddanske kommuners vision for udviklingen af et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen er:

”De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed”

Visionens kerne er borgerne, og hvordan der sammen med borgerne skabes værdi. Visionen gælder for alle borgere i Syddanmark uanset diagnose eller tilknytning til sundhedsvæsenet og nås gennem videreudvikling af det fælles rehabiliterende paradigme, som kommunerne allerede arbejder med i dag.

For det første vil borgerne generelt have mindre behov for sundhedstilbud, end de har i dag. Den enkelte borger oplever i langt højere grad at kunne tage ansvar for egen sundhed. Borgerne oplever sundhedsfremme og forebyggelse som en naturlig del af deres hverdag, og borgerne deltager aktivt i tilrettelæggelse og gennemførelse af aktiviteter og indsatser i fællesskaber med andre borgere i nærområdet eksempelvis via frivilligt arbejde. Både sundhedspersonale på tværs af sektorerne og andre faggrupper støtter borgeren i at tage ansvar for egen sundhed og dermed længst muligt ikke have brug for sundhedsvæsenet.

For det andet vil borgere ramt af sygdom opleve, at der tages udgangspunkt i borgerens egen situation, viden og ressourcer og ønsker til det gode liv. Borgeren oplever nære sundhedstilbud af høj kvalitet, og de føler sig set, hørt og betragtet som ligeværdig i mødet med sundhedspersonalet. Borgeren oplever fleksible sundhedsindsatser, som tilpasses efter de behov og ønsker, som den enkelte har i forhold til egen livssituation, forebyggelse, rehabilitering, behandling og monitorering. På den måde kan borgeren sammen med sit eget netværk og sundhedspersonalet skabe rammerne for, at han/hun kan leve det liv med familie, venner og arbejde, som han/hun selv ønsker.

For det tredje oplever borgerne, at der er sammenhæng i forløbene. Både på tværs af sygehuse og kommuner og på tværs af kommunale indsatser. Skift mellem sygehus og forskellige dele af kommunen er så fleksible og sammenhængende, at det ikke gør nogen forskel for borgeren, hvilken del af kommunen eller hvilken sygehusafdeling, der har ansvar for sundhedsindsatsen. Det vil bidrage til følelsen af tryghed, nærhed og sammenhæng og dermed øge kvaliteten for borgeren.

HVAD BETYDER DET KONKRET?

Med den overordnede vision står det klart, at vores arbejde på sundhedsområdet skal vurderes ud fra borgernes oplevelser og møder med sundhedspersonalet. Det er ambitiøst, men det er netop det, som udviklingen af et borgerfokuseret, stærkt nært sundhedsvæsen kræver af os.

For at leve op til de høje ambitioner sætter vi konkrete mål for, hvilke resultater og effekter et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen skal levere i 2025. Ved at opstille fælles mål vil vi som kommunal sektor i højere grad trække i samme retning, og vi vil kunne indgå i en bedre dialog med de andre aktører på sundhedsområdet om, hvordan vi sammen skal udvikle fremtidens sundhedsvæsen. Det skal med tiden bidrage til en øget fælles forståelse og kultur, hvilket er nødvendigt, hvis vi sammen med borgerne skal skabe indsatser, der er koordinerede og tilpassede den enkeltes ønsker, behov og ressourcer. Hvis vi ønsker at se markante forandringer, er det nødvendigt med mere innovation og stærkere forpligtende samarbejder.

FORBEDRET SUNDHED FOR ALLE SYDDANSKERE

En forbedret sundhed skal kunne ses generelt blandt borgerne i Syddanmark. Sundhedstilstand kan måles på mange måder, men det afgørende er borgernes egen oplevelse af deres sundhed. Første mål sætter derfor fokus på en markant stigning i syddanskernes selvvaluerede sundhedstilstand.

”90 % af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025”

Den forbedrede sundhedstilstand skal give sig udtryk i, at færre borgere har behov for behandling i sundhedsvæsenet, uanset hvor i sundhedsvæsenet behandlingen foregår. På den måde vil det nære sundhedsvæsen gøre en stor forskel for både den enkelte borger og mulighederne i det samlede sundhedsvæsen.

”Igennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 pct. i 2025”

Realisering af de to mål kræver et stærkt nært sundhedsvæsen og et betydeligt skift fra fokus på behandling til fokus på forebyggelse og rehabilitering. Hvis vi lykkes med det, kan vi øge borgernes samlede sundhed og livskvalitet sammenlignet med i dag.

For at nå de overordnede mål sætter vi særligt fokus på tre målgrupper og indsatsområder: Børn og unges livsstil, Borgere i risiko for eller med psykiske lidelser og Borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme. De tre områder er udvalgt, fordi de i særdeleshed stiller krav til nytænkning i form af nye indsatser og indsatser på tværs af faggrupper og sektorer. Derudover vil forbedret sundhed på disse områder i mange tilfælde også have en positiv betydning for andre områder, eksempelvis gennem forebyggelsesinitiativer.

BØRN OG UNGES LIVSSTIL

Hvis vi virkelig vil skabe forbedringer i syddanternes sundhedstilstand og livskvalitet, må de forebyggende og helhedsorienterede indsatser for vores børn og unge prioriteres højt. Ikke blot for at skabe en bedre barndom, men også fordi vi ved, at grundlaget for et godt voksenliv i høj grad dannes under opvæksten.

På netop dette område har kommunerne en unik mulighed - og et stort ansvar - for at se på tværs af velfærdsområderne i egen kommune og ikke mindst have et bredt udsyn til samarbejdspartnere i nærmiljøet i forbindelse med de forebyggende indsatser. Derfor er børn og unges livsstil et særligt fokusområde for KKR Syddanmark i udviklingen af sundhedsvæsenet.

En usund livsstil hos børn og unge har ikke kun betydning for trivslen, men også for læring og uddannelse, som har stor betydning for sundhedstilstand, selvforsørgelse m.v. som voksen. Endvidere øger en usund livsstil risikoen for at få en kronisk sygdom som voksen.

Ved at sætte øget fokus på at mindske børn og unges risikoadfærd i forhold til kost, motion, rygning, alkohol og mental sundhed tror vi på, at vi kan skabe en markant forbedring i syddanternes sundhed - både i opvæksten og voksenlivet.

”Igennem et aktivt samarbejde om sundhed og forebyggelse er antallet af syddanske børn og unge¹, som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM² faktorerne og i forhold til mental sundhed, reduceret med 50 pct. i 2025”

En så markant forbedring vil kræve tidlige koordinerede indsatser i tæt samarbejde med de unge og deres forældre samt tværgående indsatser i skoler og daginstitutioner, men også i samarbejde mellem foreninger, netværk og frivilligt arbejde.

¹ Defineret som børn og unge mellem 0 og 29 år.

² KRAM faktorerne: Kost, rygning, alkohol, motion.

Udover betydningen af god forebyggelse på børn og ungeområdet i forhold til mental sundhed vil vi rette særlig opmærksomhed imod, at psykiatrien i den kommunale sektor giver højt kvalificerede og tilpassede forløb til borgeren i tæt og konstruktivt samarbejde med de øvrige aktører på området. Det omhandler næste afsnit.

BORGERE I RISIKO FOR ELLER MED PSYKISKE LIDELSER

Uligheden i sundhed er markant, når der ses på borgere med psykiske lidelser. Eksempelvis er der i dag en forskel på middellevetiden på borgere, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, i forhold til andre borgere på 15-20 år. Det kan gøres bedre. Politisk ønsker vi derfor at prioritere markante forbedringer for disse menneskers sundhed.

Vi ved, at en psykisk sygdom kan have stor betydning for mange livsaspekter for den enkelte borger, eksempelvis uddannelse, sociale relationer og tilknytning til arbejdsmarkedet. Målet med at sætte særligt fokus på borgere i risiko for eller med psykiske lidelser er, at sætte fokus på forebyggelse og tidligere indsatser, og at bidrage til, at borgerne kan få det bedre og leve et godt liv med familie, venner, arbejde og uddannelse.

Borgerne på dette område har mange forskelligartede udfordringer, og det er derfor også i særlig grad nødvendigt, at den kommunale indsats skabes fleksibelt og effektivt samarbejde med den enkelte borger og i borgerens nærmiljø, hvor støtte og behandling tager afsæt i den rehabiliterende tilgang til borgeren.

Borgernes middellevetid er et konkret mål på, hvordan det går med at mindske uligheden i sundhed for mennesker med psykiske lidelser. Det vælger vi derfor i KKR Syddanmark at sætte fokus på.

”Forskellen i middellevetid for syddanskere med psykiske lidelser og syddanskere uden er faldet med 10 % i 2025”

Øget lighed i sundhed, med mindsket forskel i middellevetiden, er også et mål i Sundhedsaftalen for 2015-18. Det er en del af sundhedsaftalen, fordi målet kun kan nås i et tæt og konstruktivt samarbejde mellem de forskellige sundhedsaktører. Samarbejdet er afgørende for, at vi i fællesskab kan mindske uligheden i sundhed.

BORGERE I RISIKO FOR ELLER MED KRONISK SYGDOM

I 2015 levede hver femte voksne dansker med en af de mest udbredte kroniske sygdomme³, og ca. 15 pct. af dem lever med to eller flere kroniske sygdomme og betegnes derved som multisyge kronikere. Mennesker med kronisk sygdom er i meget forskellig grad belastet af deres sygdom. Fælles for mange er dog, at de på grund af deres sygdom lever med nedsat livskvalitet og risiko for forværring af deres sundhedstilstand generelt. Det betyder også, at risiko for at være på kanten af eller uden for arbejdsmarkedet er forhøjet blandt kronikere. En særligt sårbar gruppe er multisyge ældre, som er i risiko for en væsentlig forringet livskvalitet og som i stigende grad belaster sundhedsvæsenets ressourcer.

Der ligger dermed et stort potentiale i at mindske antallet af kronikere generelt og sikre en bedre sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske sygdomme. Den sidste gruppe, der i KKR Syddanmarks visioner sættes særligt fokus på, er derfor borgere i risiko for eller med kroniske sygdomme.

³ Defineret som KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes, hjertesvigt og astma (Statens Serum Institut: Borgere med multisygdom), derudover er kræft ramte også medtænkt i denne sammenhæng.

Mennesker med kroniske sygdomme har meget forskelligartede forløb, men i manges tilfælde vil der være tale om komplekse forløb, hvilket giver udfordringer for både sundhedsvæsenet og den enkelte borger. Borgernes ressourcer til at tage ansvar og aktiv del i egen sundhed er forskellig, og det skal sundhedsvæsenet kunne rumme. Det skal i højere grad tænkes ind i vores arbejde på området, og vi skal blive endnu bedre til at sikre, at medarbejderne i kommunerne formår at have et tæt samarbejde med borgerne og borgernes netværk om sygdommen, hvor der fokuseres på, at borgerne skal gøres så uafhængige af sundhedsvæsenet som muligt. At kunne klare sig selv giver nemlig den enkelte større frihed og livskvalitet.

Ved hjælp af målrettet forebyggelse og tidlig opsporing ønsker vi at reducere antallet af borgere, som får en kronisk sygdom. Dette er kun muligt i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, hvor særligt samarbejdet med de alment praktiserende læger og frivillige organisationer spiller en væsentlig rolle.

”9 af ud af 10 syddanskere med kronisk sygdom oplever i 2025, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset”

De borgere, der har behov for sygehusbehandling skal naturligvis på sygehus – også i 2025. Men hyppige indlæggelser eller kontakter med sygehuset kan forværre borgernes sundhedstilstand og forøge deres oplevelse af at være patient. Derfor må målet være, at borgere med kroniske sygdomme i så vid udstrækning som muligt lærer at leve med og mestre deres symptomer hjemme eller i nærmiljøet, så de trods deres sygdom kan have en oplevelse af at fortsætte deres normale liv med højest mulig livskvalitet. Nogle borgere kan i denne sammenhæng få glæde af velfærdsteknologiske løsninger.

VIRKEMIDLER OG UDVIKLINGSRETNING

De opstillede mål er alle meget ambitiøse. Nogle ville måske sige urealistiske. Men vi mener, det er nødvendigt at sætte barren højt, hvis vi på længere sigt skal lykkes med at føre visionen ud i livet. For at lykkes hermed skal vi først og fremmest lykkes med at omsætte visionens fokus på borgerens rolle som ligeværdig aktør og ansvarlig i forhold til egen sundhed og udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Målene stiller samtidig store krav til den kommunale indsats og samspillet med de øvrige aktører på sundhedsområdet. Det er helt bevidst. Det skal nemlig sikre, at alle, i endnu højere grad end det allerede sker, tvinges til at tænke og udvikle nye og innovative løsninger. At nå målene vil kræve en videreudvikling af nuværende praksis og øget nedbrydning af fag- og sektorgrænser for at finde bedre og mere omkostningseffektive måder at løse opgaverne på.

Fælles for visionen og målene er, at der sætter fokus på fælles værdiskabelse med borgerne. Det betyder, at vi skal lade os udfordre af den borgeroplevede kvalitet og sammenhæng samtidig med, at vi sætter systematisk fokus på den ønskede effekt af vores sundhedsindsatser og de hermed forbundne omkostninger. Hvis vi undlader dette, vil vi ud fra et samlet samfundsøkonomisk perspektiv ikke arbejde realistisk med forandringerne og dermed heller ikke nå så langt, som vi ønsker.

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal ske i tæt samarbejde med en række øvrige aktører. Her tænkes naturligvis på de traditionelle samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet, såsom Region Syddanmark, alment praktiserende læger og privatpraktiserende psykiatere. Men udviklingen vil også kræve, at kommunerne videreudvikler deres samarbejde på tværs af egne forvaltninger og fagområder, på tværs af kommunegrænser samt ikke mindst sikrer et tæt samarbejde med et bredt udsnit af civilsamfundet, såsom foreninger, fritidstilbud og den enkelte borgers netværk.

For at nå målene og indfri visionen vil vi i KKR Syddanmark konkret arbejde med følgende virkemidler i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen:

- **Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør.** Ændring af den rolle borgere spiller i egen forebyggelse, behandlings-, trænings- og rehabiliteringsforløb har store potentialer både i forhold til at forbedre effekten for den enkelte, sundhedsvæsenets resultater og udvikling af mere omkostningseffektive løsninger. Vi skal videreudvikle samspillet med borgeren med særligt fokus på, at borgeren bliver mødt på samme måde på tværs af sektorer og på tværs af faggrupper. Og vi skal bruge borgernes oplevelser som en ressource til at identificere, hvor systemet ikke hænger sammen. Det vil kræve dialog med vores samarbejdspartnere på sundhedsområdet og i nogle kommuner kræve en opkvalificering i forhold til sundhedsfaglig indsigt blandt personale på eksempelvis beskæftigelsesområdet.
- **Styrkelse af tidlig opsporing og nytænkning af forebyggelsesindsatser.** Der skal sættes fokus på den tidlige opsporing af sundhedsmæssig risikoadfærd, og på at sundhed i højere grad indarbejdes i andre sammenhænge end de traditionelle sundhedsfaglige områder, i særlig grad som en del af børn og unges læring samt i den arbejdsmarkedsrettede indsats. Sundheds- og forebyggelsesindsatser skal skabes i samspil med borgerne og være en naturlig del af borgernes hverdag der, hvor borgerne er.
- **Effektfulde helheder og øget viden om de indsatser, vi anvender.** Effektfulde helheder på tværs af forvaltninger og sektorer udgør en af nøglerne til at lykkes med vores ambitiøse mål. Vi vil i samarbejde på tværs af kommuner, og gerne på tværs af sektorer, udvikle fælles værktøjer, som kan sikre, at vi arbejder og måler ensartet på effekten af vores indsatser. Samtidig med at vi opbygger bedre viden, vil vi også være bedre til at sætte den viden, vi trods alt har, i spil. Vi forpligter os dermed i fællesskab til at hæve vidensniveauet for sundhedsindsatserne, der anvendes i Syddanmark og sikre et højt fagligt niveau på tværs af kommunerne.
- **Nye roller og ansvarsfordeling mellem sektorer.** Der er behov for at komme videre i dialogen om at finde den rette balance for, hvilke tilbud der bedst gives i hjemmet, hvilke tilbud der skal være i borgerens nærmiljø, og hvilke behandlingsformer der kræver, at borgeren møder op på sygehuset. Vi vil som kommuner forpligte os til at gå proaktivt ind i dialogen om placering af opgaver ud fra borgerens synsvinkel. Det kræver en åben dialog og et tæt, tillidsfuldt og forpligtende tværsektorielt samarbejde i regionen. Vi vil herunder arbejde for et mere forpligtende samarbejde med almen praksis i forhold til de borgernære sundhedsopgaver. Hvis målene om et forbedret tværsektorielt samspil skal nås til fulde, kræver det dog, at der også nationalt kommer nærmere afklaring af opgavefordelingen, så det sikres, at økonomien hænger sammen med, hvem der løser hvilke opgaver.
- **Øget samarbejde på tværs af kommuner.** Borgeren vil ofte ønske et sundhedstilbud tæt på egen bopæl. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at alle kommuner behøver at have samme tilbud. Der skal være åbenhed for at indgå i tættere samarbejde på tværs af kommuner ud fra en borgervinkel om, hvordan opgaverne bedst løftes. Der kan for eksempel samarbejdes om kvalitetsudvikling og velfærdsteknologiske løsninger på tværs af kommunerne. Opgaverne kan løses forskelligt, men vi forpligter os til, at alle borgere – uanset hvor de bor – får sundhedsindsatser af høj faglig kvalitet.
- **Sammenhængende borgerforløb.** Borgerne skal føle sig trygge og i princippet ikke mærke, når fx et behandlingsforløb skifter fra sygehus til kommune. Vi vil igennem et tæt samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet arbejde på, at borgerne oplever mere sammenhængende, effektive og fleksible forløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker, ressourcer og behov.

- **Fælles faglig udvikling og øget tværfaglighed.** En udvikling af borgertilgangen og stadig flere specialiserede opgaver i kommunerne stiller krav til nye kompetencer hos medarbejderne i det kommunale sundhedsvæsen. Det vil være nødvendigt med en målrettet indsats i forhold til at præge kompetencerne blandt både nyuddannede og nuværende medarbejdere. De syddanske kommuner har allerede indgået partnerskabsaftaler med regionen og uddannelsesinstitutioner på social og sundhedsområdet, som skal sikre samarbejde om tværsektoriel kompetenceudvikling af sundhedsvæsenets medarbejdere. Arbejdet skal bidrage til fælles brug af hinandens kompetencer og ressourcer på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Vi ønsker at bakke op om dette arbejde og bidrage til en bred udbredelse af projektets indsatsområder.

De nævnte virkemidler stiller store krav til såvel politikere, administrative ledere og medarbejdere. Vision, mål og virkemidler sætter tilsammen en fælles retning og et fælles ambitionsniveau. Kommunerne vil arbejde med udviklingen ad forskellige veje og i forskelligt tempo afhængig af den enkelte kommunes muligheder og ambitioner. Men uanset vejen og tempoet, så er målet for alle kommuner, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i fremtiden fremstår borgernært, enkelt og gennemskueligt.

KKR Syddanmarks vision for sundhedsvæsenet i 2025

”De syddanske borgere har i 2025 opnået en forbedret sundhedstilstand ved i langt højere grad at få ansvar for egen sundhed i samspil med et borgernært sundhedsvæsen, der understøtter borgerens aktive rolle og sundhed”

KKR Syddanmarks mål for sundhedsvæsenet i 2025

”90 pct. af alle syddanskere vurderer deres helbred som godt i 2025”

”Igennem et aktivt samarbejde om sundhed er antallet af syddanskere med behov for behandling i sundhedsvæsenet faldet med 15 pct. i 2025”

”Igennem et aktivt samarbejde om sundhed og forebyggelse er antallet af syddanske børn og unge, som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM faktorerne og i forhold til mental sundhed, reduceret med 50 pct. i 2025”

” Forskellen i middellevetid for syddanskere med psykiske lidelser og syddanskere uden er faldet med 10 pct. i 2025”

”9 af ud af 10 syddanskere med kronisk sygdom oplever i 2025, at de kan leve med/håndtere sygdommen uden behov for kontakt med sygehuset”

Virkemidler for at lykkes med den fælles vision

- Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør
- Styrkelse af tidlig opsporing og nytænkning af forebyggelsesindsatser
- Effekfulde helheder og øget viden om de indsatser, vi anvender
- Nye roller og ansvarsfordeling mellem sektorer
- Øget samarbejde på tværs af kommuner
- Sammenhængende borgerforløb
- Fælles faglig udvikling og øget tværfaglighed

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 16/33015
Dato: 20. september 2016

Udarbejdet af: Susanne Vangsgaard
E-mail: Susanne.Vangsgaard@rsyd.dk
Telefon: 5170 9732

Notat om fælles børne- og ungesundhedsprofil

Baggrund og formål

Siden 2010 har Region Syddanmark, i samarbejde med bl.a. de syddanske kommuner, udarbejdet sundhedsprofiler blandt den voksne befolkning på 16 år og derover. Sundhedsprofilerne ”Hvordan har du det?” gentages hvert fjerde år (næste gang i 2017) og giver med mere end 30.000 besvarelser pr. runde et repræsentativt billede af sundheden og trivslen blandt syddanskerne. Data opgøres på kommuneniveau, og ved at gentage undersøgelsen er det muligt at monitorere udviklingen over tid og sammenligne data kommunerne imellem.

Sundhedsprofilen dækker dog kun den voksne befolkning på 16 år og derover, og det kan derfor være relevant også at monitorere sundhed og trivsel blandt børn og unge under 16 år. På den måde kan udviklingen monitoreres for både børn og voksne, ligesom der skabes bedre grundlag for indsatser på børn- og ungeområdet og for mere sammenhængende indsatser på tværs af børn og voksen området.

Flere kommuner anvender allerede monitoreringsværktøjer på børne- og ungeområdet. Bl.a. gennemføres der årligt en obligatorisk national måling af børns trivsel i skolen i alle kommuner. Denne måling vil fra 2017 være mulig at besvare via Skolesundhed.dk for de kommuner, der anvender dette redskab. Det er relevant at inddrage indikatorer for sundhed og trivsel i et bredere perspektiv og ligeledes medtage aspekter af børn og unges liv udenfor skoletiden. Skolesundhed.dk tilgodeser dette behov, og anvendes i øjeblikket af 13 ud af de 22 kommuner i Region Syddanmark.

Hvad er Skolesundhed.dk?

Skolesundhed.dk er et redskab, som sigter mod at understøtte kommunernes indsats for, at børn og unge trives og har god sundhed. Redskabet er baseret på målrettede spørgeskemaer, og giver et overblik over sundhedstilstanden på både klasse-, skole- og kommuneniveau.

Derudover kan data trækkes på individniveau af sundhedsplejerskerne, og på den måde bruges som et arbejdsredskab fx i forbindelse med de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser samt andre typer individuelle sundhedssamtaler. Desuden er der mulighed for at anvende data i undervisningen. Som noget nyt er der udviklet et førskole modul, som giver mulighed for at dække målgruppen 0-15 år.

Skolesundhed.dk kan – ligesom sundhedsprofilen ”Hvordan har du det?” – anvendes som styringsredskab i kommunens politiske og strategiske arbejde med trivsel og sundhed. Resultaterne kan bl.a. anvendes i forbindelse med politiske drøftelser, planlægning og løbende justering af indsatser og strategier.

For at anvende Skolesundhed.dk skal man indgå aftale med Komiteen for Sundhedsoplysning, der er ansvarlig for at udvikle og drifte Skolesundhed.dk. Skolesundhed.dk er gratis for kommunerne at

anvende i 2016 og 2017. Der skal i efteråret 2016 fastsættes en fremadrettet prismodel, gældende fra 2018, af Komiteen for Sundhedsoplysning og det kommunale repræsentantskab. I 2018 vil prisen være halvdelen af den pris, der fastsættes. Skolesundhed.dk har ikke noget kommercielt formål. Ifølge Skolesundhed.dk giver en licens for kommunerne bl.a. adgang til data og rapporter for valgte årgange og skoler samt undervisning af sundhedsplejen i, hvordan Skolesundhed.dk kan anvendes.

Perspektiver ved en fælles profil

Skolesundhed.dk indsamler ikke systematisk data fra de mange kommunale profiler med henblik på at skabe et samlet overblik på tværs af kommuner, som kunne give mulighed for sammenligning på tværs af kommuner.

En samlet profil – fx gennemført hvert fjerde år som voksensundhedsprofilen – på tværs af alle de 22 kommuner i Region Syddanmark, kan give mulighed for et mere overordnet værktøj, hvor kommunerne kan sammenligne sig med andre kommuner og følge udviklingen over tid.

Produktet vil være en samlet oversigtsrapport med tabeller opgjort på kommuneniveau lig voksensundhedsprofilrapporterne. Oversigterne vil ligeledes være opdelt efter tema, hvor der til hvert tema vil følge en kort beskrivelse. Rapporten vil være baseret på data på kommuneniveau, opdelt på udvalgte klassetrin. Aldersgrænse skal defineres nærmere.

Fordele

Blandt fordelene ved at lave en fælles børne- og ungesundhedsprofil, på baggrund af data fra Skolesundhed.dk, kan nævnes:

- Der er tale om et eksisterende værktøj, som er velafprøvet
- Det indeholder en bred vifte af spørgsmål indenfor sundhed og trivsel
- Det er et godt afsæt for kommunerne til at arbejde på tværs af forvaltningsområder, og incitamentet hertil kan styrkes yderligere af en fælles profil på tværs af kommuner, som man kan sammenligne sig med.
- Ved at sammenligne sig med andre kommuner får den enkelte kommune et billede af, på hvilke områder det allerede går godt, samt hvor man med fordel kan lægge fokus i arbejdet omkring trivsel og sundhed. Dette giver også mulighed for erfaringsudveksling med andre kommuner.
- Mulighed for at monitorere på udvalgte områder, fx mental sundhed, hvor der ønskes et særligt fokus og eventuelt fælles indsatser på tværs af region og kommune.
- En fælles børne- og ungesundhedsprofil kan være et redskab til øget (politisk) bevågenhed, som det er set med ”Hvordan har du det?”
- Styrke muligheden for bedre sammenhæng mellem børne- og voksenområdet.
- Øget fokus på tidlig indsats, det kan både være forebyggelse og behandling.
- Mulighed for på sigt at lave mere specialiserede analyser ved kobling med registerdata i forbindelse med særlige fælles indsatsområder.
- Indholdsmæssig inspirationskilde til de fremtidige voksenprofiler og indikationsangiver på potentielle kommende udfordringer i sundhedsvæsenet.

- Monitorering i forbindelse med sundhedsaftalen eller nye aftaler.

Opmærksomhedspunkter

- For at sikre, at der opnås valide og sammenlignelige data, er det nødvendigt, at data indsamles i samme periode for alle kommuner. Der skal således fastsættes en fælles indsamlingsperiode, som så vidt mulig skal koordineres med den indsamlingspraksis af data, som allerede foregår i de 13 kommuner, der i dag benytter skolesundhed.dk.
- På samme måde skal der fastsættes en fælles basispakke af spørgsmål i Skolesundhed.dk, som skal anvendes i alle kommuner. Der kan muligvis tilføjes lokale ønsker til spørgsmål i den enkelte kommune, men disse vil ikke blive en del af den samlede afrapportering.
- For at kunne tage højde for bortfald er det nødvendigt, at indsamlingen sker på cpr.nr., som det allerede er tilfældet i flere kommuner. Dette kræver bl.a. forældresamtykkeerklæringer.
- Der skal etableres et set-up i de 9 kommuner, der i dag ikke anvender skolesundhed.dk, helst lignende det, som findes i de øvrige 13 kommuner, omkring indsamling af data, herunder aftaler med skolerne og lærerne om undersøgelsen.
- Den overordnede tidsplan skal tilrettelægges på en måde, så det ikke kolliderer med de aktiviteter mv., der allerede er fastlagt i forbindelse med arbejdet med voksensundhedsprofilen.
- Det skal afklares, hvilke målgrupper blandt børn og unge, der skal indgå, fx mellemtrinnet og udskoling.

Afreportering vedr. Monitorering af børns og unges sundhed og trivsel

Projektgruppen "Monitorering af børns og unges sundhed og trivsel" har i kommissoriet for gruppens arbejde fået følgende opgaver:

1. Skriftligt overblik over, hvilke data, der kan hentes fra Den nationale Børnedatabase, databaserne Børns Sundhed og Skolesundhed, herunder også hvilke data der kan skaffes i forhold til de 1-5-årige og supplerende regionale data.
2. Skriftlig redegørelse for hvilke overvejelser/planer, kommunerne aktuelt har i forhold til tilslutning til nævnte databaser med henblik på at få overblik over mulighederne for et fælles kommunalt datagrundlag og supplerende regionale data samt beskrivelse af et evt. tvær-kommunalt samarbejde.
3. Forslag til evt. model for en Sundhedsprofil for børn og unge - herunder en tidsplan.
4. Økonomisk beregning af omkostningen ved en evt. gennemførelse

I dette notat beskrives i afsnit 1 forskellige baggrundsdata, herunder de tre databaser, der nævnes i kommissoriet samt kommunale obligatoriske indberetninger/opgaver, der kan ses i sammenhæng med indsamling af data på sundhedsområdet. (Kommissoriets punkt 1 og 2)

I afsnit 2 oplistes de områder, gruppen anbefaler, at en sundhedsprofil for børn og unge indeholder data på samt et overblik over de regionale data der forefindes og kan anvendes i en sundhedsprofil for børn og unge. I 3. afsnit oplistes scenarier for en sundhedsprofil, herunder et overordnet bud på de økonomiske konsekvenser af de forskellige muligheder.

Afsnit 1: Baggrundsviden i forhold til monitorering af børns og unges sundhed og trivsel

Overblik over databaser beskrevet i kommissoriet:

- **Børnedatabasen – Statens Serum Institut (SSI)**

Alle danske forældre bliver tilbudt forebyggende helbreds- og funktionsundersøgelser af deres børn. Undersøgelserne foretages af praktiserende læger, kommunalt ansatte læger og sundhedsplejersker.

Informationerne fra disse helbreds- og funktionsundersøgelser bliver indberettet til Statens Serum Institut og samlet centralt i Børnedatabasen, som administreres af Statens Serum Institut.

Formålet med Børnedatabasen er at samle oplysninger om børns helbred i en national database, som gør det muligt for kommuner, regioner og staten at følge de danske børns sundhedstilstand og prioritere forebyggelsesindsatsen. Derudover kan de enkelte

kommuner sammenligne sig med landets øvrige kommuner og måle effekten af indsatser i forhold til fx overvægt, amning mv.

Børnedatabasen indeholder data om:

- Udsættelse for tobaksrøg i hjemmet (registreret ved sundhedsplejerskens etableringsundersøgelse)
- Varighed af fuld amning (registreret af sundhedsplejersker)
- Barnets vægt (registreret af praktiserende læger og kommunalt ansatte læger og sundhedsplejersker)
- Barnets højde (registreret af praktiserende læger og kommunalt ansatte læger og sundhedsplejersker)

Indtil videre kan man trække data vedr. over/undervægt i indskoling og udskoling samt amning og udsættelse for tobaksrøg i hjemmet i første leveår. Alle nordjyske kommuner indrapporterer de obligatoriske data til databasen.

- **Databasen Børns Sundhed**

Kommunerne i det tidligere Københavns Amt etablerede i 2002 databasen Børns Sundhed. De deltagende kommuner gik sammen om at benytte kvalitetssikrede journaler, hvor den kommunale sundhedspleje registrerer en række oplysninger i barnets første leveår og ved indskoling. Data fra disse standardiserede journaler udgør databasen Børns Sundhed.

Databasen indeholder standardiserede oplysninger om:

- Graviditet og fødsel
- Barnets vækst
- Barnets almene sundhedstilstand
- Barnets fysiske, psykiske og sociale udvikling
- Barnets ernæring og spisning, herunder amning
- Barnets trivsel
- Sygdomme og handicap hos barn, forældre og søskende
- Samspil mellem barn og forældre, barn og kammerater
- Forældrenes uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnicitet, rygning og brug af rusmidler
- Oplysninger om hjemmet, familiens netværk og forældrenes psykiske tilstand
- Brug af sundhedstjenesters ydelser, vaccinationstilbud og indlæggelser
- Skolebarnets sundhed og risikoadfærd

Databasen er placeret på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og samarbejdet omfatter på nuværende tidspunkt 13 sjællandske kommuner samt Region Hovedstaden og Region Sjælland. Ingen nordjyske kommuner deltager pt. i samarbejdet om Børns Sundhed.

- **Skolesundhed.dk**

Skolesundhed.dk er et samarbejde mellem en række kommuner, Komiteen for Sundhedsoplysning, Aarhus Universitet og TrygFonden. Skolesundhed.dk er et dialog- og monitoringsværktøj omkring sundhed og trivsel og består af spørgeskemaer til forældre og elever omkring en lang række temaer inden for sundhed, sygdom og trivsel. Databasen forventes fra sommeren 2016 at dække aldersgruppen 0-16-årige. Skolesundhed.dk hoster derudover en særlig undersøgelse for de unge efter grundskolen op til 25 år.

Den obligatoriske undervisningsmiljøvurdering er implementeret i Skolesundhed.dk, og de obligatoriske trivselsmålinger bliver implementeret primo 2017. Det betyder, at de fagprofessionelle, der samarbejder om børn og unges sundhed, trivsel og læring på tværs af kommunen, kun skal forholde sig til ét redskab.

Oplysninger fra databasen kan trækkes på individniveau (kun sundhedsplejen), klasse-, skole, distrikts- og kommuneniveau. Det betyder, at det giver mulighed for at tilrettelægge indsatser på forskellige niveauer.

Databasen omfatter i januar 2016 36 kommuner, heriblandt 3 nordjyske, nemlig Jammerbugt, Mariagerfjord og Vesthimmerlands Kommune. Morsø, Thisted, Rebild, Hjørring, Frederikshavn og Læsø Kommune har tilkendegivet interesse i systemet, men har ikke taget endelig stilling. Brønderslev og Aalborg Kommuner har på nuværende tidspunkt ikke konkrete planer om at anvende Skolesundhed.dk.

Kommunerne er lovmæssigt forpligtet til:

- **Årlige trivselsmålinger i folkeskolen**

Et af de tre overordnede mål med folkeskolereformen er, at trivslen skal øges. Derfor har der været nedsat en ekspertgruppe (Bjørn Holstein, Jill Mehlbye, Hans Henrik Knoop og Helle Rabøl Hansen), der er kommet med bud på, hvordan man måler på dette. De har peget på en række spørgsmål, som alle elever en gang årligt besvarer (herunder fysisk og psykisk velbefindende, kompetencer, oplevelse af støtte m.m.), altså noget der ligner det, sundhedsområdet indsamler viden om på voksenområdet.

Tallene skal fra skoleåret 2015/16 indsamles i januar til marts og indrapporteres til ministeriet. I foråret 2015 er der lavet en baseline undersøgelse på alle skoler – lavet af Gallup, der bruges til at udvikle "trivselsindikatorer". Fra 2016 er det kommunerne selv, der står for undersøgelsen.

- **Obligatoriske undervisningsmiljøvurderinger i folkeskolen**

Hvert tredje år skal folkeskolerne lave en obligatorisk undervisningsmiljøvurdering (UMV), der kan kobles med trivselsmålingen. UMV'en skal indeholde spørgsmål om kvaliteten af det fysiske, psykiske og æstetiske undervisningsmiljø. I nogle af de værktøjer, der bruges til UMV, er der også spørgsmål om fysisk sundhed.

- **Indrapportering fra sundhedsplejen til databasen Børnedatabasen**

Statens Serum Institut administrerer Børnedatabasen, hvortil almen praksis, kommunalt ansatte læger samt sundhedsplejen indrapporterer data. Disse tal fortæller blandt andet

om vægt og højde, udsættelse for røg i hjemmet samt amning. Tallene trækkes fra det kommunale journalsystem i sundhedsplejen, Novax.

Kommunerne har via sundhedsaftalen forpligtet sig til:

- **Monitorering af børn og unges sundhed og trivsel**

At der skal forsøges iværksat et samarbejde mellem regionen og de 11 nordjyske kommuner omkring monitorering af børn og unges sundhed og trivsel. Formålet er bl.a. at skabe grundlag for udvikling af indsatser, der kan bedre den mentale og fysiske sundhed hos børn og unge. I aftalen står der:

For at denne monitorering kan ske på et solidt fundament, vil det være hensigtsmæssigt, at datagrundlaget baserer sig på ens systemer og registreringsmetoder. Der er derfor enighed om, at en fremtidig monitorering af børn og unges sundhed og trivsel kan basere sig på Den Nationale Børnedatabase, databasen Børns Sundhed og databasen Skolesundhed. Data fra disse databaser kan suppleres af regionale data fra sygesikring og andre patientadministrative systemer.

(Den Administrative Sundhedsaftale, side 23, afsnit 4.4.1.)

Afsnit 2:

Ønskede data i sundhedsprofil

Projektgruppen har drøftet, hvilke data, en eventuel sundhedsprofil for børn og unge ønskeligt skal indeholde. Der er enighed om, at der nødvendigvis vil blive behov for at målgruppedifferentiere undersøgelsen. For nedenstående temaers vedkommende gør det sig gældende, at der skal sondres mellem de forskellige faser, der optræder i børns liv. Skemaer målrettet de 0-5-årige skal udfyldes af forældrene, og kan muligvis kombineres med tal fra sundhedsplejen, almen praksis eller registerdata.

Undersøgelsen vil - i lighed med Sundhedsprofilen for voksne - skulle gentages hvert 4. år, så det på sigt bliver muligt at følge ændringerne i sundhedsadfærden over tid. Resultaterne vil kunne bruges som grundlag for det forebyggende arbejde i relation til børn og unge. For børnene i de yngste alderskategorier vil indsatserne og initiativerne være familierettede.

Følgende temaer ønskes belyst i en sundhedsprofil for børn og unge:

Tema	Kommentarer	Kan dækkes i Skolesundhed.dk ¹	Kan dækkes i Børns sundhed ²	Kan dækkes i Børnedatabasen ³
Kost	Madvaner	Ja	Ja	-
	Drikkevaner	Ja	Ja	-
	Morgenmad	Ja	-	-
	BMI/overvægt	Ja	Ja	Ja
Røg	Udsættelse for Egen rygning	Ja	Ja	Ja
		Ja	-	-
Alkohol	Eget brug	Ja	-	-
	Evt. stof	Ja	-	-
Motion	Daglig aktivitet	Ja	-	-
	Transportvaner	Ja	-	-
Søvn	Kvantitet	Ja		-
	Kvalitet	Ja		-
Seksuel sundhed	Egne vaner	Ja	-	-
Mental sundhed	Ensomhed	Ja		-
	Generel trivsel	Ja		-
	Stress	Ja		-
	Mobning/drilleri	Ja		-
	Selvmodstanker	-		-
	Skole/familie	Ja		-
Selvurderet helbred	Selvurderet helbred	-	-	-
	Tilfredshed med livet	Ja	-	-
Social kapital	Tillid	-	-	-
	Deltagelse	Ja		-
Sikkerhed	Fysisk	Ja		-
	Internet	-		-
Fritidsliv	Sociale medier	Ja		-
	Foreningsdeltagelse	Ja		-
	Venner/sociale relationer	Ja		-
Sundhedsydelser	Håndkøbsmedicin	Ja		-
	Lægeforbrug	-		-
Solbeskyttelse		-		
Hygiejne		Ja		
Motorisk udvikling		-	Ja	
Sygdom		Ja	Ja	
Familiebaggrund		Ja	Ja	
Vaccineprogram/ børneundersøgelser		Ja	Ja	
Amning		-	Ja	

¹ Ikke alle spørgsmål stilles på alle alderstrin

² I forhold til spædbørn og indskolingsbørn

³ I forhold til spædbørn og indskolings- og udskolingsbørn

Afsnit 2.1 Overblik over regionale registerdata

Ud over de nævnte temaer findes der regionalt en mængde registerdata, der vil kunne indgå i analyserne i en børnesundhedsprofil. Det omhandler eks. data vedr. forebyggende børneundersøgelser, antal lægebesøg, receptpligtig lægemiddelbrug, indlæggelser/genindlæggelser, ulykker mv. Hvis registerdata anvendes vil de øvrige data, der indsamles i nogle tilfælde skulle findes på individniveau m.h.p. opkobling af registerdata, hvilket kræver særlig godkendelse i datatilsynet. De regionale data kan ligeledes kobles til kommunale sundhedsdata, men det kræver accept fra den enkelte kommune samt en juridisk afklaring om sammenkøring af regionale og kommunale data.

Registerdata giver mulighed for at medtage hele populationen, og kausalitetsproblematikker vil i højere grad kunne belyses. En kombination af dels survey- og registerdata vil være oplagt, og der er allerede erfaringer at trække på fra sundhedsprofilen for voksne samt rapporten fra 2012 "Børn og unges sundhed og trivsel".

Afsnit 3:

Mulige scenarier til fremskaffelse af data til nordjysk sundhedsprofil for børn og unge

Projektgruppen kan se tre mulige scenarier til at skaffe data på børn- og ungeområdet:

1. Rapport med hovedvægt af data fra skolesundhed.dk

Alle kommuner indsamler data via skolesundhed.dk. Der indledes et samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, der administrerer databasen om udvikling af eventuelle regionalt udvalgte tillægsspørgsmål. Kommunerne ejer hver især de data, der indsamles i skolesundhed.dk, men det er muligt at lave et fælles nordjysk datasæt ud fra kommunernes data. Analyserne kan evt. suppleres med data fra Børnedatabasen, registerdata m.m.

Hvad kræver dette scenarie?

1. Alle nordjyske kommuner skal tilslutte sig skolesundhed.dk. Herunder uddannelse af superbrugere.
2. Alle kommuner skal som minimum indsamle de af styregruppen udvalgte data hvert fjerde år.⁴
3. Der skal sikres en solid organisering internt i kommunerne, herunder udpegning af lokal projektleder, idet indsatsen går på tværs af flere forvaltningsområder. Organiseringen skal sikre ensartning af dataindsamlingen og processen. Derudover skal der en fælles

⁴ En kommune behøver ikke at anvende Skolesundhed.dk som et aktivt værktøj i dagligdagen. Det er muligt at åbne op for systemet hvert 4. år, hvor data indsamles.

nordjysk organisering på plads (f.eks. i form af en styregruppe), så der er et forum til afklaring af tvister, spørgsmål m.m. undervejs i processen.

Hvilke udfordringer er der ved dette scenarie?

1. Privatskoler og børn uden for pasningstilbud er ikke automatisk inkluderet, derfor vil der skulle indgås særskilte aftaler.

Økonomi

I skoleåret 2016/17 vil skolesundhed.dk være gratis, men det er herefter uvist, hvor meget systemet kommer til at koste. Den nuværende bevilling fra TrygFonden til skolesundhed er givet, for at gøre systemet landsdækkende. Jo flere kommuner, der tilslutter sig, jo billigere bliver systemet efterfølgende, og da Komitéen for Sundhedsoplysning er en almennyttig forening, vil der ikke være tale om, at de skal tjene penge på produktet.

Til analysen af data kan tænkes flere forskellige løsninger.

1. Komitéen for Sundhedsoplysninger er interesseret i at indgå i et samarbejde, hvor de sammen med Center for Sundhedssamarbejde på Aarhus Universitet udarbejder en sundhedsprofil for regionen, og hvor hver enkelt kommune får en rapport. Denne kan ud over data fra skolesundhed.dk også omfatte registerdata.
2. Region og kommuner kan vælge selv at udarbejde rapporter i lighed med voksenområdet. Dette er et ret omfattende arbejde, og det vil kræve frikøb af en medarbejder i et stykke tid.
3. Der kan indgås et samarbejde med andre eksterne parter eks. Folkesundhed på Aalborg Universitet, SIF eller lign. om udarbejdelse af rapport på baggrund af datamateriale fra skolesundhed.dk samt registerdata.

Der må i alle de forskellige løsninger tages højde for udgifter til udarbejdelsen af analyse og rapport. På sigt vil der også komme en udgift til skolesundhed.dk som værktøj, når den gratis periode udløber.

I nedenstående tabel er der skitseret en "pakkeløsning" fra Aarhus Universitet, hvor der er mulighed for at til- og fravælge forskellige moduler. Det er en prisindikation, i og med at der ikke er forhandlet endnu. Af tabellen fremgår det, at med tilvalg af alle moduler vil der skulle tilvejebringes en kommunal finansiering på kr. 824.000.

Leverancer		Timer:	Timepris	I alt
1	Datagrundlag / analyse af data Oprensning og klargøring af data*	150	720	kr. 108.000
2	Analysen Sammenlignende analyse/ skrive rapporten Kommunale interview fb med case-beskrivelser Erfaringer fra udlandet Pixi-udgave af analyserapporten 10 stk skræddersyede pixi rapporter (15-20 sider)	175 60 50 40 200	1.000 1.000 1.000 1.000 1.000	kr. 175.000 kr. 60.000 kr. 50.000 kr. 40.000 kr. 200.000
3	Workshops 3 workshop a 25.000 kr stk			kr. 75.000
4	Øvrige omkostninger Møder med projektteamet/arbejdsgruppen Estimeret transporttid (halv timepris) excl interview ifb med casestudier incl. Interview ifb med casestudier Grafisk opsætning af rapport / pixi (estimeret)	20 20 40	1.300 500 500	kr. 26.000 kr. 10.000 kr. 20.000 kr. 60.000
	*Note: Kobling til CPR register og analyse af hypoteser ifb med cpr register samt interaktiv webplatform ikke inkluderet			
	Total	755		kr. 824.000

2. Rapport på baggrund af udsendelse af spørgeskemaer parallelt med udsendelse af sundhedsprofilen for voksne (+ 16 år)

Dette er i teorien en mulighed, men i praksis er det en meget krævende og omkostningsfuld opgave – både økonomisk og personalemæssigt. Der har derudover vist sig en vis spørgeskema-træthed i befolkningen i forhold til sundhedsprofilen for voksne, så det vil være forventeligt, at der også er en vis vanskelighed forbundet med at få en høj svarprocent, hvis man sender spørgeskemaer ud til forældre til børn i regionen. Det vil derfor være vanskeligt på kommuneniveau at få en svarprocent, der er høj nok til at man kan begynde med målgruppe-opdelt analyse. Især når man tager højde for, at børnene givetvis ikke kan inddeles i bare én aldersgruppe, men at aldersgrupper som førskolebørn, indskoling/mellemtrin og udskoling vil være meningsfuldt.

Projektgruppen anser derfor ikke dette som et realistisk scenarie.

3. Rapport på baggrund af data i Børns Sundhed

Den er genereret på baggrund af de data, der indsamles af sundhedsplejen i kommunerne og indrapporteres til databasen Børns Sundhed. Der kunne indledes et samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed omkring analyser af resultaterne. Analyserne kan evt. suppleres med tal fra Børnedatabasen samt tal fra den obligatoriske trivselsmåling i folkeskolen.

Hvad kræver dette scenarie?

1. Nordjysk aftale om, hvilke data sundhedsplejen skal indsamle, samt metoden hertil.
2. Undervisning i ensartning af sundhedsplejerskernes dokumentation i alle 11 kommuner.
3. Lokal projektleder.
4. Indgåelse af aftale med SIF om rapporter.

Hvilke udfordringer er der for dette scenarie?

1. Databasen rummer kun data for spædbørn og indskolingsbørn, og dækker derfor ikke hele børnegruppen. Derudover er en hel del af de temaer, som gruppen har peget på som ønskværdige i en sundhedsprofil ikke belyst i Børns Sundhed.
2. Det kræver et større arbejde at sikre ensartning af data og proces i alle 11 kommuner. SIF oplyser, at det er kommunerne selv, der i det nuværende Børns Sundhed-samarbejde, står for arbejdet med ensartning af data.
3. Der skal sikres en solid organisering internt i kommunerne, herunder udpegning af lokal projektleder. Organiseringen skal sikre ensartning af dataindsamlingen og processen. Derudover skal der en fælles nordjysk organisering på plads (f.eks. i form af en styregruppe), så der er et forum til afklaring af tvister, spørgsmål m.m. undervejs i processen.

Økonomi

Det koster på nuværende tidspunkt 32 kr. pr. spædbarn for kommunerne at indgå i databasen og 40 kr. pr indskolingsbørn, hertil kommer et regionsbidrag på 25 %. På baggrund af tal fra Danmarks statistik vil det i alt for alle 1-årige i Region Nordjylland koste 213.900 og for alle indskolingsbørn i regionen 327.025 kr.

Med dette budget kan SIF udarbejde to temarapporter årligt, en om nul-årige og en om skolebørn. Temaet for disse rapporter beslattes af de ledende sundhedsplejersker fra de deltagende kommuner. Hver temarapport rummer også en årsrapport, som er en sundhedsprofil for børnene i de deltagende kommuner. I denne sundhedsprofil kan kommunerne sammenligne sig med hinanden. Hver kommune får desuden et tillæg med data om egne børn.

Fordelt på kommune-niveau, ser udgifterne således ud:

Kommune	Antal 1-årige 2016	kr.	Mængde- rabat	7-årige 2016	kr.	Mængde- rabat
Brønderslev	356	11.392		509	20.360	
Frederikshavn	475	15.200		606	24.240	
Hjørring	549	17.568		754	30.160	
Jammerbugt	324	10.368		413	16.520	
Læsø	6	192		16	640	
Mariagerfjord	365	11.680		471	18.840	
Morsø	156	4.992		227	9.080	
Rebild	296	9.472		435	17.400	
Thisted	389	12.448		516	20.640	
Vesthimmerland	382	12.224		439	17.560	
Ålborg	2099	65.584	1.584	2309	86.180	6.180
		171.120			261.620	
Regionsbidrag		42.780			65.405	
I alt		213.900			327.025	

Hvis dette scenarie vælges, skal der suppleres med oplysninger om +7-årige børn og unges sundhed og trivsel for at dække hele børn og unge spektret. Det betyder, at der må påregnes merudgifter til fx. en ekstra surveyundersøgelse (udarbejdelse af spørgeskema, udsendelse, indsamling og bearbejdning af data) og/eller en fælles analyse på baggrund af registerdata, folkeskolens trivselsundersøgelse m.m.

Afsnit 4: Projektgruppens anbefaling

På baggrund af ovenstående indsamlede oplysninger anbefaler projektgruppen, at der arbejdes videre med scenarie 1, og at projektgruppen udarbejder konkrete økonomioverslag for de forskellige analysemuligheder i dette scenarie. Fordelene ved at anvende Skolesundhed.dk, som anbefalet i scenarie 1, er muligheden for at dække hele børne- og ungegruppen på 0-16 år, ligesom størstedelen af de temaer projektgruppen har peget på under afsnit 2 er allerede er indbefattet i de spørgeskemaer Skolesundhed.dk anvender.



Standardaftale mellem specialiserede
rehabiliteringstilbud og sygehuse om
lægefaglig behandling og konsulentbistand.

Region Syddanmark og de 22 kommuner

[.....] Kommune og [Sydvestjysk Sygehus Grindsted Neurorehabilitering] eller [OUH-NR, neurorehabilitering] har indgået følgende aftale:

1. Målgruppen for samarbejdsaftalen er patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

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

Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, samt inden for sundheds- og social-, undervisnings- eller beskæftigelsesområdet.

2. Igangsætning af genoptræning på specialiseret niveau igangsættes på baggrund af en genoptræningsplan, der beskriver:
 - Behov for en samtidig specialiseret sundheds- og socialfaglig indsats.
 - En tidsafgrænset indsats. Udgangspunktet er, at patienten i denne fase har behov for en døgndækkende indsats (evt. ophold på et socialt døgntilbud)
 - Svære somatiske eller psykiatriske følger af hjerneskade eller betydelig komorbiditet. Der er medicinske problemstillinger, som varetages i sygehusregi, og dermed behov for løbende koordinering mellem genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser og lægelig behandling og/eller sygepleje på specialiseret niveau
3. Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig.
4. Der er et tæt samarbejde med sygehussektoren, sådan at speciallægen kan fungere som konsulent i rehabiliteringstilbuddet, hvorved:
 - Indsatsen afpasses efter behovet
 - Der afholdes altid en udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau.

Ved udskrivningskonferencen lægges en plan for indsatsen i relation til den enkelte patient. Det typiske niveau for indsatsen vil være et tilbud om en opfølgende konference 14 dage senere, evt. via video.

- I referatet af udskrivningskonferencen henvises til en generel aftale indgået mellem det specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuset. Det præciseres i denne aftale, at formålet er at sikre patienter med en genoptræningsplan nem adgang til neurologisk, lægefaglig kompetence, som også vurderer, om der er behov for at inddrage andre lægefaglige specialer, herunder psykiatrien.
- Der kan evt. mellem sygehuset og rehabiliteringstilbuddet aftales fast konference afholdelse
- Ved udskrivelse fra sygehuset til det specialiserede rehabiliteringstilbud aftales det primære behov for lægelig bistand til den enkelte patient
- Sammenhængen i forløbet sikres gennem fleksibilitet og dialog
- Konsulentfunktionen kan således varetages via skriftlig kommunikation, deltagelse i konferencer eller via indkaldelse til ambulante opfølgning i sygehus regi
- Uddannelse af personalet på det specialiserede rehabiliteringstilbud vil ikke være omfattet af aftalen.
- Patientens forløb betragtes ikke som endeligt afsluttet på sygehuset under rehabiliteringen på specialiseret niveau – patienten kan eksempelvis umiddelbart få tid i sygehusambulatoriet uden at skulle have en ny henvisning
- Med henvisning til at der er tale om et meget lille antal patienter, som skal håndteres i kort tid vil aftalen håndteres inden for de eksisterende økonomiske rammer på sygehuset

5. Aftalen træder i kraft pr. _____

Dato ____

For [.....] Sygehus

For [.....] Kommune



Afdeling: Tværsektorielt Samarbejde
Journal nr.: 15/52398
Dato: 19. oktober 2016
Udarbejdet af: Arne Vesth Pedersen
E-mail: Arne.Vesth.Pedersen@rsyd.dk
Telefon: 29201104



Mindstekrav til samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og institutioner, der bedriver forskning og udvikling

Baggrund og formål

Region Syddanmark og de syddanske kommuner har indgået en aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 29. januar 2016).

Aftalen er udarbejdet på grundlag af: Bekendtgørelse 1088 af 6. oktober 2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus; Vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner; "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje", Sundhedsstyrelsen 2014; Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", Socialstyrelsen – den nationale koordineringsstruktur 2014.

Det fremgår bl.a. af aftalen, at leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau skal have indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver forskning og udvikling. Grundlaget for dette krav er Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje vedr. genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade fra 2014.

Som en overordnet ramme for indholdet af fremtidige aftaler på dette område anføres fire elementer herunder, som Region Syddanmark og de syddanske kommuner er enige skal indgå i disse aftaler. Elementerne følger af, at de sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud har en forskningsforpligtelse, igen jf. Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje.

Fire faste elementer i samarbejdsaftaler mellem leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau og institutioner, der bedriver forskning og udvikling

Sikring og udvikling af kompetencer

Det skal af aftalen fremgå, hvordan samarbejdet med forsknings- og udviklingsinstitutionen kan bidrage til, at sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren af specialiseret rehabilitering til

stadighed er opdateret vedr. den nyeste evidens på området.

Indsamling og videreformidling af evidens

Det skal af aftalen fremgå, hvordan sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren i samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutionen kan bidrage til at indsamle evidens og videreformidle den.

Medvirken til fremkomst af forskningsbaseret viden

Det skal af aftalen fremgå, hvordan sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren i samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutionen kan medvirke til fremkomsten af forskningsbaseret viden, eksempelvis gennem leverancer af data.

Iværksættelse af forskning

Såfremt sundhedsfaglige medarbejdere hos leverandøren skulle ønske at iværksætte forskning, skal det af aftalen fremgå, hvordan dette kan ske i samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutionen.

30. september 2016

Formidling af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Når der er givet accept fra DAK/ Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, på Det stående udvalgs oplæg, vil chefterapeut Anne lise Zilmer og chefterapeut Marianne Thomsen samlet informerer henholdsvis OUH Svendborg - og SVS Grindsteds neurorehabiliterings afdelinger, samt hovedsagen for unge Driftsledelserne på begge afdelinger bliver en del af, at få implementeret GOP til rehabilitering på specialiseret niveau
Alle faggrupper der involveres i udarbejdelse af genoptræningsplanerne vil blive undervist.

Der vil blive udarbejdet materiale(bla. guide til udarbejdelse af GOP i Cosmic), der bruges og kan bruges fremadrettet i forhold til implementeringen.
Der planlægges followup efter 3 mdr. på begge matrikler.

Formidlingen til kommunerne, skal efter forslaget er behandlet i DAK, ske fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, til videre implementering i de lokale samordningsfora
Samme gruppe bør finde en løsning på at formidle til praksis.

30. september 2016

Formidling af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Når der er givet accept fra DAK/ Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, på Det stående udvalgs oplæg, vil chefterapeut Anne lise Zilmer og chefterapeut Marianne Thomsen samlet informerer henholdsvis OUH Svendborg - og SVS Grindsteds neurorehabiliterings afdelinger, samt hovedsagen for unge Driftsledelserne på begge afdelinger bliver en del af, at få implementeret GOP til rehabilitering på specialiseret niveau
Alle faggrupper der involveres i udarbejdelse af genoptræningsplanerne vil blive undervist.

Der vil blive udarbejdet materiale(bla. guide til udarbejdelse af GOP i Cosmic), der bruges og kan bruges fremadrettet i forhold til implementeringen.
Der planlægges followup efter 3 mdr. på begge matrikler.

Formidlingen til kommunerne, skal efter forslaget er behandlet i DAK, ske fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, til videre implementering i de lokale samordningsfora
Samme gruppe bør finde en løsning på at formidle til praksis.

Krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Baggrund

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

Som følge heraf er *'Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau'* udarbejdet.

De nedenfor præsenterede kriterier udgør kommunernes krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau i Syddanmark.

Ansvar for indsatsen i forlængelse af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau er en kommunal myndighedsopgave.

Kriterier for leverandører af genoptræning på specialiseret niveau

For leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau gælder:

- Tilbuddet er forankret på det sociale område, men varetager indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet
- Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig
- For at være dækket ind i forhold til borgernes behov skal leverandøren have følgende fagpersoner ansat med specialiserede kompetencer ift. området:
 - Neuropsykologer, audiologopæder, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, evt. socialrådgiver

- Leverandøren skal sikre adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne
- Leverandøren har basis i et døgndækkende tilbud
- Herudover skal der, jf. *'Skabelon for samarbejdsaftale mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuse om lægefaglig behandling og konsulentbistand'* være indgået en samarbejdsaftale om adgang til lægelig behandling og konsulentbistand'
- Leverandøren har indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning, jf. *'Skabelon for samarbejdsaftaler mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og institutioner'*

For det sundhedsfaglige del af tilbuddet gælder det specifikt, at:

- De sundhedsfaglige indsatser skal leveres af autoriserede sundhedspersoner
- De sundhedsfaglige medarbejdere arbejder udelukkende med patienter med neurologiske lidelser.
- Leverandøren skal råde over minimum 2-3 autoriserede fagpersoner med samme uddannelse for at sikre tilstrækkelig dækning
- De sundhedsfaglige medarbejdere deltager i forskning og udviklingsarbejde

For den socialfaglige del af tilbuddet gælder det specifikt, at:

- Faggrupperne har erhvervet sig specialiserede neurofaglige kompetencer; for psykologer vil det fx betyde erhvervelse af psykologforeningens godkendelse som specialist i neuropsykologi.
- Leverandøren skal etablere vidensmiljøer for medarbejdere bestående af minimum 3 personer med beslægtede uddannelser
- 75 % af personalet har minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III.
- Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision, og supervisionen forestås af specialistgodkendt neuropsykolog.
- Faggrupperne deltager i udviklingsarbejde og bidrager til forskning.
- Faggrupperne indgår i vidensdeling og kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere.
- Tilbuddet samarbejder med lokale vidensmiljøer, det regionale vidensmiljø og VISO.

Løbende kvalitetssikring af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Nedenstående er udkast til et spørgeskema, der skal danne udgangspunkt for den løbende kvalitetssikring af leverandører af genoptræning på specialiseret niveau.

Spørgeskemaet udsendes én gang årligt af den kommune, hvori leverandøren er hjemmehørende og forelægges Det Administrative Kontaktforum til orientering.

- Beskriv kortfattet den organisatoriske forankring af tilbuddet (vedlæg organisationsdiagram og eventuelle samarbejdsaftaler med underleverandører)
- Angiv antallet af nedenstående personaler samt deres timefordeling:
 - Neuropsykologer
 - Ergoterapeuter
 - Fysioterapeuter
 - Sygeplejersker
 - Pædagoger
 - Audiologpæder
 - Socialrådgiver
- Arbejder den sundhedsfaglige personalegruppe udelukkende med patienter med neurologiske lidelser?
- Har 75 % af den socialfaglige personalegruppe minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III?
- Modtager den socialfaglige personalegruppe fast og hyppig supervision og varetages supervisionen specialistgodkendt neuropsykolog?
- Hvordan sikres medarbejdernes adgang til vidensmiljøer på specialiserede områder? (Såfremt medarbejderne indgår i eksterne vidensmiljøer vedlægges samarbejdsaftale som en del af besvarelsen)
- Deltager medarbejderne i udviklingsarbejde (Vedlæg tre vigtigste projektbeskrivelse, -status og/eller -evalueringer)
- Hvordan opfattes samarbejdet med leverandøren af relevante sygehusafdelingers?
- Angiv den borger- og pårørende kvalitet fra minimum fem respondenter
- Vedlæg samarbejdsaftaler om 1) adgang til lægelig behandling og konsulentbistand samt 2) aftale med institutioner, der bedriver udvikling og forskning

Dagsordenspunkt til de lokale samordningsfora

Sagsfremstilling

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation ifm. kræft indgår i Sundhedsaftalen 2015-18 og skal som led heri implementeres i kommuner, sygehuse og hos almen praksis i Region Syddanmark.

På baggrund af anbefalinger fra den hidtidige arbejdsgruppe besluttede *Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering* den 25. april at styrke implementeringen af behovsvurderingen og den tilhørende korrespondancemeddelelse, jf. forløbsprogrammet. Implementeringen styrkes blandt andet ved at sikre, at der i arbejdsgruppen fremover er både en regional og kommunal repræsentant fra hvert samordningsfora. Desuden sikres Videnscenter for Rehabilitering og Palliation en plads i gruppen. Almen praksis fortsætter i gruppen som en vigtig samarbejdspart og tovholder for patienten. Ligeledes fortsætter deltagelsen af Kræftens Bekæmpelse, Region Syd.

Arbejdsgruppen skal bidrage til en systematisk udbredelse af behovsvurdering via korrespondancemeddelelse på sygehusene såvel som i kommunerne og almen praksis.

Det skal de gøre ved;

- At udarbejde en kort implementerings- og opfølgingsplan med henblik på at sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift
- At følge den lokale implementeringsindsats i samordningsfora og bidrage til sammenhæng på tværs
- At bidrage til løbende overvejelser om, hvordan patient- og pårørendeperspektivet kan indgå bedst muligt i den fortsatte implementering.
- At afholde to identiske kursusdage, som kan øge kendskabet til og anvendelsen af behovsvurdering i korrespondanceformatet.
- At sikre erfaringsopsamling, bl.a. via en afsluttende afrapportering.

Anbefaling

Det anbefales, at medlemmerne i de lokale samordningsfora

- Orienteres om nyt fra arbejdsgruppen.
- Drøfter status på arbejdet med implementeringen af forløbsprogrammet. Herunder hvor mange behovsvurderinger er der lavet og hvor mange henvendelser til kommunerne og almen praksis har dette givet anledning til.
- Skaber et overblik over, hvor mange lokationsnumre kommunerne har, og om der kan være usikkerhed i forhold til, hvor korrespondancemeddelelsen skal sendes hen.
- Drøfter, om der skal sættes en tidsramme på, hvor længe der maksimalt må gå fra patienten får foretaget behovsvurderingen og til at kommunen over for borgeren kvitterer for at have modtaget behovsvurderingen. Dette vil selvfølgelig kun være relevant i de situationer, hvor der er brug for kommunal koordinering og hjælp. Det foreslås, at der sættes en tidsramme på 14 kalenderdage, og at der af kvitteringen fra kommunen til borgeren fremgår en plan for det videre forløb.

- Drøfter, om der er behov for, at kommunen også sender en kvittering til sygehuset med besked om, hvad der aftales med patienten.

Bilag 1

Opgavebeskrivelse og kravspecifikation

Udarbejdelse og gennemførelse af nationalt
ledelsesprogram for ledere af ledere i
sundhedsvæsenet

Indholdsfortegnelse

1.	OPGAVEBESKRIVELSE	3
1.1	Baggrund for det nationale ledelsesprogram.....	3
1.1.1	Nye præmisser for ledelsesopgaven i sundhedsvæsenet	4
1.2	Formål med ledelsesprogrammet.....	4
1.2.1	Målgruppe	5
1.2.2	Indholdselementer.....	6
1.2.3	Succeskriterier.....	7
1.2.4	”Sponsorens” rolle	9
1.3	Opgavens indhold	9
1.3.1	Fase 1 – Udarbejdelse af ledelsesprogram	10
1.3.2	Fase 2 – Gennemførelse af uddannelsesforløb.....	12
1.3.3	Fase 3 – Evaluering og eventuel tilretning af ledelsesprogrammet	14
1.4	Opgavens omfang og vejledende tidsplan	15
2.	KRAV TIL OPGAVELØSNINGEN.....	16
2.1	Krav til ledelsesprogrammet	16
2.2	Krav til gennemførelsen af ledelsesprogrammet.....	16
2.3	Krav til måling, evaluering og løbende tilretning	17
2.4	Krav til leverandørens bemanning	17
2.5	Krav til pris	17
2.6	Øvrige krav	18
3.	ØKONOMI.....	18
3.1	Betalingsplan	18

1. OPGAVEBESKRIVELSE

1.1 Baggrund for det nationale ledelsesprogram

I forbindelse med aftale om regionernes og kommunernes økonomi for 2016 blev regeringen, regionerne og kommunerne enige om en række nye principper for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet inden for rammerne af et samlet kvalitetsprogram. Som led i aftalen blev det besluttet at udfase akkreditering efter den danske kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Det nye kvalitetsprogram tager afsæt i Triple-Aim tilgangen og har fokus på:

- Forbedret sundhedstilstand i befolkningen
- Høj patientoplevelt kvalitet
- Lavest mulige omkostninger per behandlet borger.

Som konsekvens af Triple-Aim tilgangen, er det ambitionen med det nye kvalitetsprogram, at der sker en kontinuerlig forbedring af behandlingskvalitet og patientsikkerhed i det danske sundhedssystem, samtidig med at der holdes fokus på omkostningssiden og den samlede effektivitet. Som middel til at opnå dette skal der etableres en forbedringskultur, der understøtter frontmedarbejdernes motivation for hele tiden at forbedre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet.

Kvalitetsprogrammet er funderet på nedenstående principper:

- Få ambitiøse, nationale mål for kvaliteten
- Systematisk inddragelse af patienternes behov
- Stærkt ledelsesfokus
- Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde
- Åbenhed om resultater.

Incitamenter og styring i sundhedsvæsenet skal sikre, at hensyn til værdi for patienterne, kvalitet, aktivitet og omkostninger i højere grad balanceres. Incitamenterne skal understøtte kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring, bl.a. ved konsekvent ledelsesopfølgning på opnåede resultater og understøttelse af gode læringsmiljøer, hvor der er åbenhed om resultater. Incitamenter skal ligeledes understøtte sammenligning på tværs i sundhedsvæsenet.

Princippet om systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde sætter fokus på anvendelsen af en række beslægtede forbedringsmetoder, der allerede anvendes i regionerne. Disse forbedringsmetoder er eksempelvis, Model for Improvement, LEAN eller Six-Sigma. En central fællesnævner for disse metoder er anvendelse af PDSA-cirklen.

Hovedelementerne i det nye kvalitetsprogram er:

1. Nationale mål for sundhedsvæsenet
2. Etablering af lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
3. Nationalt ledelsesprogram (som denne kravspecifikation omfatter).

De nationale mål udstikker den overordnede retning for arbejdet med at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet. De nationale mål skal kobles til lokale kvalitetsindsatser, der adresserer lokale kvalitetsudfordringer og bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Etablering af lærings- og kvalitetsteams har som formål at løfte kvaliteten på udvalgte områder, hvor kvaliteten enten er generelt utilfredsstillende eller hvor der er stor variation i behandlingskvaliteten. Lærings- og kvalitetsteam bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Det nationale ledelsesprogram skal bidrage til, at der skabes det ledelsesfokus, der er nødvendigt, hvis kvaliteten kontinuerligt skal forbedres, og der skal etableres en forbedringskultur. Det nationale ledelsesprogram understøtter således både opfyldelsen af de nationale mål for sundhedsvæsenet helt generelt samt styrker yderligere kvaliteten på de områder, hvor der etableres lærings- og kvalitetsteams. Denne kravspecifikation indeholder krav og forventninger til det nationale ledelsesprogram

1.1.1 Nye præmisser for ledelsesopgaven i sundhedsvæsenet

Det er en præmis i det nye kvalitetsprogram, at det nødvendige ledelsesfokus skal være til stede på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Kernen i det nødvendige ledelsesfokus er, at¹:

Boks 1 Kernen i det nye ledelsesfokus

”Ledelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal have stærkt fokus på at skabe konstante forbedringer af kvaliteten gennem fokus på målopfyldelse, reduktion af spild, læring, vidensspredning og motivation af sundhedspersonalet. Ledelsen skal opdage og gribe ind, når kvaliteten ikke er tilstrækkelig og iværksætte tiltag, der kan rette op på kvaliteten”.

1.2 Formål med ledelsesprogrammet

Overordnet har det nationale ledelsesprogram til formål at understøtte kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ledelsesmæssigt og generelt øge ledelsernes kompetencer inden for forbedringsmetoder, forandringsledelse, synlighed, datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse.

¹ Jævnfør ”Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018” – april 2015.

Dette formål skal ses i relation til det øvrige indhold i det nationale kvalitetsprogram. Ledelsesprogrammet skal således bidrage til at:

Boks 2: Formål for ledelsesprogrammet

- Styrke ledelsernes kompetencer til at fungere som ledere i sundhedsvæsenet, der kan identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer
- Styrke ledelsernes kompetencer til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme innovation, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb
- Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, kliniknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams og bidrage til motivation af ledere og sundhedspersonale
- Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet og fremme udbredelsen af viden om moderne ledelse af forbedringer lokalt, regionalt og nationalt, herunder fremme motivationen blandt ansatte til at anvende forbedringsmetoder i deres daglige arbejde

1.2.1 Målgruppe

De enkelte regioner og kommuner arbejder allerede på at styrke ledelseskompetencerne inden for datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde. Derfor er det et princip, at det nationale ledelsesprogram skal designes, så det understøtter og samtidig tilfører værdi, der ligger udover de eksisterende lokale og regionale ledelsesprogrammer inden for datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde.

På baggrund af en kortlægning af de eksisterende ledelsesprogrammer i regionerne, er det blevet besluttet, at målgruppen for det nationale ledelsesprogram primært er:

"Personer i sundhedsvæsenet, der er ledere af ledere med driftsansvar, der har tæt tilknytning til den kliniske hverdag samt den nødvendige ledelsesmæssige og/eller faglige gennemslagskraft til at gøre en reel forskel i egen organisation og inden for sit faglige felt".

Målgruppen og udvælgelsen af deltagere fra målgruppen til det nationale ledelsesprogram er nærmere beskrevet i bilag 1B, Målgruppe

1.2.2 Indholdselementer

Nedenfor er oplistet en række indholdselementer, som Danske Regioner ønsker indeholdt i ledelsesprogrammet. Indholdselementer er forsøgt rubriceret i forhold til programmets formål (se boks 2).

Boks 3: Indholdselementer i relation til programmets formål

Relation til formål for programmet	Indholdselement
Tværgående	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om moderne forbedringsmetoder, forbedringsledelse og den ledelsesmæssige opgave i denne tilgang, med fokus på arbejde med PDSA-cirkler • Implementering af en forbedringskultur, hvor der er åbenhed om resultaterne • Viden om incitamentsstrukturer og motivationsfaktorer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring • Ledelse af organisatoriske forandringer ved implementering af nyt nationalt kvalitetsprogram
Styrke ledelsernes kompetencer til at fungere som ledere i sundhedsvæsenet, der kan identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk sammenhæng i forbedringsarbejdet i koblingen mellem nationale mål og regionale/kommunale mål • Opstilling af synlige mål for forbedringsarbejdet og Key Performance Indicators (KPI'er), der kobler overordnede strategiske mål til det meningsfulde i det kliniske arbejde.
Styrke ledelsernes kompetencer til at reducere spild, skabe	<ul style="list-style-type: none"> • Metoder til systematisk inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsarbejdet • Metoder til forenkling, afbureaukratisering og

omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme innovation, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb	reduktion af spild. <ul style="list-style-type: none"> • Metoder som fremmer innovation og videnspredningen. • Ledelse af sammenhængende patientforløb, herunder metoder og tilgang ved involvering af samarbejdspartnere.
Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, klinisknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams og bidrage til motivation af ledere og sundhedspersonale	<ul style="list-style-type: none"> • Databaseret ledelse. Tolkning af datafremstillinger – herunder Statistisk Proceskontrol (SPC) – og strategisk anvendelse af data i fokusering og ledelse af forbedringsarbejdet • Fremdrift, overordnet styring og opfølgning på forbedringsarbejdet. • Implementering af effektiviseringsprocesser og realisering af gevinster
Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet og fremme udbredelsen af viden om moderne ledelse af forbedringer lokalt, regionalt og nationalt, herunder fremme motivationen blandt ansatte til at anvende forbedringsmetoder i deres daglige arbejde	<ul style="list-style-type: none"> • Spredning af viden, i og udenfor egen organisation, om forbedringsmetoder, forbedringsledelse og resultater

1.2.3 Succeskriterier

Som pejlemærker for om ledelsesprogrammet giver den ønskede effekt, er der opstillet følgende succeskriterier på henholdsvis national, organisatorisk og individuelt niveau:

Nationale succeskriterier:

De nationale succeskriterier er, at ledelsesprogrammet:

- bidrager til at implementere indholdet i det nye kvalitetsprogram, herunder oversættelse af nationale mål til lokale og kliniske meningsfulde kvalitetsindsatser, reduktion af spild i kliniske processer og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde
- understøtter en Triple-Aim inspireret tilgang til kvalitetsudvikling med samtidigt fokus på kvalitet og omkostninger
- bidrager til, at der skabes et fælles sprog for forbedringsarbejdet og en forbedringskultur i sundhedsvæsenet på tværs af kommuner og regioner

- skaber netværk for ledere med fokus på datadrevet forbedringsledelse og her igennem ambassadører, der kan sprede viden om forbedringsmetoder og forbedringsresultater
- bidrager til at udbrede metoder til involvering af patienter og pårørende.

Organisatoriske succeskriterier:

Succeskriterierne på organisationsniveau adresserer de effekter, deltagerens egen organisation skal opleve som konsekvens af det nationale ledelsesprogram. Deltagerens organisation skal kunne forvente:

- konkrete, omkostningseffektive kvalitetsforbedringer af interne patientforløb, såvel som forløb, der går på tværs i sundhedsvæsenet blandt andet via involvering af patienter og pårørende
- at der udvikles en forbedringskultur baseret på datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde og synlig ledelse i frontlinjen i den afdeling, deltageren repræsenterer, samtidig med at relationer til vigtige samarbejdspartnere styrkes
- at deltageren videreformidler og anvender metoder og redskaber i egen organisation, og påtager sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet i egen organisation samt lærings- og kvalitetsteams.

Individuelle succeskriterier:

Der er opstillet følgende succeskriterier for den enkelte deltagers gennemførelse af ledelsesprogrammet. Succeskriterierne adresserer de formål, der er beskrevet ovenfor (se boks 2).

Efter gennemførelse af ledelsesprogrammet skal den enkelte deltager have:

- opnået indsigt i og viden om den grundlæggende tænkning, principper og metoder inden for moderne forbedringsarbejde, herunder
 - a) kunne efterspørge de rette fremstillinger af data og tolke disse, så der skabes det nødvendige grundlag for overordnet prioritering, fremdrift og evaluering af forbedringsindsatsen
 - b) kunne medvirke aktivt til at fjerne barrierer for udvikling og hurtig implementering af forbedringer af værdi for patienter og pårørende på tværs i sundhedsvæsenet
 - c) kunne medvirke aktivt til at patienter og pårørende inddrages systematisk i forbedringsarbejdet
 - d) kunne medvirke aktivt til at reducere spild i kliniske processer, forenkling og afbureaukratisering
 - e) kunne medvirke til at effektivisere arbejdsgange og ressourceforbrug samt realisere gevinster
 - f) kunne medvirke aktivt til at designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af lokale, regionale og nationale målsætninger

- medvirket til gennemførelse af konkrete forbedringer af den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- være afklaret om egen ledelsesrolle i arbejdet med at skabe kontinuerlige kvalitetsforbedringer, herunder:
 - a) kunne indgå i ledelsesteams, der kan skabe kvalitetsforbedringer
 - b) have nye og bedre evner til at indgå i og implementere strategiske, nødvendige forbedringer i egen organisation
 - c) være synlig rollemodel, motivere og understøtte skabelse af en forbedringskultur med fokus på læring og åbenhed om resultater
 - d) have indsigt i incitamentsstrukturer, der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring samt deres styrker og svagheder, herunder have indsigt i hvilke faktorer, der styrker motivationen for forskellige typer af medarbejdere
 - e) kunne anvende innovative metoder og tilgange i arbejdet med forbedringer
- styrket gennemslagskraft til at kunne skabe forbedringer og sprede viden i og uden for egen organisation om anvendelse og resultater af forbedringsarbejde baseret på moderne forbedringsmetoder, herunder kunne skabe gode læringsrum for sine medarbejdere
- et styrket netværk omkring forbedringsarbejdet.

1.2.4 ”Sponsorens” rolle

Deltagerne i programmet vil have en ”sponsor” fra et højere (øverste) ledelsesniveau, som aktivt kan bidrage til den organisatoriske forankring og medvirke til at bane vejen for, at deltageren kan udbrede den viden, der erhverves i forløbet.

Sponsoren forpligtes til aktivt at medvirke til, at de organisatoriske og individuelle succeskriterier opfyldes.

Leverandøren kan invitere sponsoren til at deltage i enkelte aktiviteter, men det kan ikke forventes, at sponsoren deltager i disse aktiviteter.

1.3 Opgavens indhold

Der skal udarbejdes og gennemføres et ledelsesprogram for ledere af ledere med driftsansvar i regioner og kommuner. Programmet skal således udvikle gruppen af ledere af ledere med driftsansvar, så de kan stå i spidsen for udrulning af det nye nationale kvalitetsprogram og dermed medvirke til, at kvaliteten i det danske sundhedsvæsen kontinuerligt forbedres og der etableres en ny forbedringskultur.

Det er forventningen, at programmet vil være intensivt, udfordrende og på et højt fagligt, akademisk og internationalt niveau, og at det vil bidrage til at styrke netværk og samarbejde på tværs af regioner og kommuner. Ligeledes er det forventningen, at ledelsesprogrammet balancerer det teoretiske og praktiske indhold på en måde, så deltagerne kan anvende det tillærte i praksis.

Opgaven vedrører overordnet følgende faser:

1. Udarbejdelse af ledelsesprogram
2. Gennemførelse af uddannelsesforløb for udvalgte ledere
3. Evaluering og eventuel tilretning af ledelsesprogrammet

Faserne 2-3 udgør ét samlet programforløb.

Der skal som udgangspunkt afvikles to programforløb af hver ca. 12 måneders varighed. Programforløbene forventes at strække sig fra april til april. jf. bilag 1A. Danske Regioner har option på køb af to yderligere programforløb.

Fase 1 indgår alene inden det første programforløb og forventes at vare maksimalt 3 måneder, jf. bilag 1A.

Nedenfor redegøres for, hvad der forventes af leverandøren i de enkelte faser.

Det skal bemærkes, at der i afsnit 2 er oplyst en række mindstekrav til opgaveløsningen, som leverandøren skal overholde. Mindstekravene er markeret med et M.

1.3.1 Fase 1 – Udarbejdelse af ledelsesprogram

Denne fase gennemføres kun forud for det første programforløb.

Bilag 2 indeholder leverandørens udkast til ledelsesprogrammet, herunder en beskrivelse af uddannelsesforløbet med valg af emner og begrundelse herfor, indhold og nærmere beskrivelse af aktiviteter, valg af læringsmetoder og begrundelse herfor. Udkastet til ledelsesprogrammet bør indeholde konkrete forslag til modulindhold.

For at understøtte læring og forankring forventes det, at undervisning og øvrige aktiviteter primært foregår på dansk. Dette gælder selvsagt ikke ved eventuelle udenlandske gæsteoplæg eller ved eventuelle udlandsbesøg.

På baggrund af udkastet til ledelsesprogrammet i bilag 2 skal leverandøren i fase 1 udarbejde det endelige ledelsesprogram. Ledelsesprogrammet forventes færdigudviklet maksimalt 3

måneder efter kontraktindgåelsen. Leverandøren skal senest 14 dage efter kontraktindgåelse orientere Danske Regioner om, hvornår det endelige udkast til ledelsesprogrammet fremsendes til Danske Regioner. Materialet skal være Danske Regioner i hænde senest 14 dage inden arbejdsgruppemødet.

Det endelige ledelsesprogram skal, udover det, der er beskrevet i bilag 2, indeholde:

- Endeligt program for uddannelsesforløbet, herunder dato og program for eventuelt kick-off, og datoer for og beskrivelse af samtlige aktiviteter i uddannelsesforløbet, herunder for eventuelle studieture og for en eventuelt afsluttende aktivitet.

Leverandøren skal desuden sammen med det endelige program sende udkast til tidsplan. Udkastet bør indeholde en angivelse af hvilke aktiviteter, der vil blive afholdt hvornår. I tidsplanen bør blandt andet følgende angives:

- Datoer for de i bilag 4 angivne møder.
- Hvornår i forløbet, det er hensigtsmæssigt at udføre en midtvejsevaluering jf. fase 2 – Gennemførelse af uddannelsesforløb, jf. afsnit 1.3.2 nedenfor.
- Forslag til dato for den opsamlende evaluering mellem Danske Regioner og leverandøren jf. fase 3 – Evaluering og eventuel tilretning af ledelsesprogrammet, jf. afsnit 1.3.3 nedenfor.

Tidsplanen skal leveres i et overskueligt format, fx i skemaform, der illustrerer, hvornår hvilke aktiviteter afholdes. Bilag 1A indeholder en vejledende tidsplan for udarbejdelse og gennemførelse af programforløbene, som Leverandøren skal følge. Det forventes, at tilbudsgiver tager udgangspunkt i bilaget i forbindelse med udarbejdelsen af tidsplanen.

Udarbejdelsen af ledelsesprogrammet og tidsplan afsluttes med et arbejdsgruppemøde, jf. bilag 1A og bilag 4. På mødet forventes følgende at indgå:

- Godkendelse af endeligt program for uddannelsesforløbet.
- Godkendelse af tidsplan.

Mødet udgør en milepæl, jf. bilag 1A.

Forud for arbejdsgruppemødet afholdes et statusmøde med Danske Regioner med henblik på at forberede det kommende arbejdsgruppemøde.

Såfremt Arbejdsgruppens godkendelse af ovennævnte punkter er betinget af, at der foretages mindre tilpasninger i ledelsesprogrammet og/eller tidsplanen, skal Leverandøren i forlængelse af arbejdsgruppemødet uden særskilt vederlag tilpasse ledelsesprogrammet og/eller tidsplanen i overensstemmelse med Arbejdsgruppens bemærkninger.

Danske Regioner er sekretariat (herefter kaldet Sekretariatet) for Arbejdsgruppen og er således ansvarlig for den praktiske koordination og gennemførelse af arbejdsgruppemøderne, herunder indkaldelse, udsendelse af materiale, booking af mødelokaler mv. Leverandørens opgave forud for arbejdsgruppemødet består således kun i at levere det materiale, der er nødvendigt for, at Arbejdsgruppen kan tage stilling til ovenstående punkter.

Materialet skal være Danske Regioner i hænde senest 14 dage før arbejdsgruppemødets afholdelse.

1.3.2 Fase 2 – Gennemførelse af uddannelsesforløb

Uddannelsesforløbet igangsættes, når Arbejdsgruppen har godkendt det endelige program og tidsplanen herfor. Leverandøren vil 2 måneder inden programforløbenes opstart modtage en deltagerliste for disse programmer. Fase 2 skal bestå af en kombination af:

- Måling af den enkelte deltager, herunder afdækning af de for uddannelsesforløbet relevante forhold i deltagerens organisation i samarbejde med deltageren.
- Eventuel kick-off aktivitet.
- Fælles og eventuelt individuelle uddannelsesaktiviteter.
- Individuel opgave i form af en case fra egen praksis, et forbedringsprojekt, et diskussionsoplæg eller lignende.
- Eventuel afsluttende aktivitet.

Det endelige ledelsesprogram, der er beskrevet i bilag 2, skal have det formål, som er beskrevet i punkt 1.2. Det er forventningen, at de i afsnit 1.2.2 beskrevne indholdselementer inddrages i programmet.

I det andet programforløb og eventuel efterfølgende programforløb skal Leverandøren foretage eventuelle tilretninger af ledelsesprogrammet som følge af den opsamlende evaluering i fase 3. Efter denne tilretning afholdes et arbejdsgruppemøde, hvor det tilrettede program skal godkendes af Arbejdsgruppen, inden programforløbet kan fortsætte. Mødet med Arbejdsgruppen udgør en milepæl, jf. bilag 1A. Før mødet med Arbejdsgruppen afholdes et statusmøde med Danske Regioner. Såfremt Arbejdsgruppens godkendelse af ovennævnte punkter er betinget af, at der foretages mindre tilpasninger i ledelsesprogrammet og/eller tidsplanen, skal leverandøren i forlængelse af arbejdsgruppemødet uden særskilt vederlag tilpasse ledelsesprogrammet og/eller tidsplanen i overensstemmelse med Arbejdsgruppens bemærkninger.

Ledelsesprogrammet, der er beskrevet i bilag 2, skal involvere en sponsor i det omfang som er beskrevet i punkt 1.2.4.

Leverandøren skal foretage måling af den enkelte deltager, herunder afdækning af de for uddannelsesforløbet relevante forhold i deltagerens organisation i samarbejde med deltageren. Den enkelte deltager får adgang til de nødvendige data for at afdække forhold på organisatorisk niveau. Disse data vil ikke blive stillet til rådighed for leverandøren.

Leverandøren skal anvende læringsmetoder, som indeholder en kombination af holdundervisning og interaktive læringsmetoder som cases, simulering og lignende.

Det er forventningen, at der i uddannelsesforløbet indgår undervisere og praktikere med relevant erfaring fra sundhedssektoren og stærke formidlingsevner samt internationalt ledende praktikere og forskere inden for deres felt med erfaring med undervisning af ledere og erfaring med at omsætte internationale erfaringer til en dansk kontekst. Det er generelt forventningen, at uddannelsesforløbet har et højt internationalt niveau enten igennem inddragelse af internationalt ledende forskere eller på anden vis.

Der skal indgå en individuel opgave i form af en case fra egen praksis, et forbedringsprojekt, et diskussionsoplæg eller lignende i uddannelsesforløbet, som deltagerne skal arbejde med imellem modulerne. Det er forventningen, at den individuelle opgave har en form og et indhold, der understøtter, at det tillærte forankres hos deltagerne og som er relevant i forhold til deltagerens organisation. Arbejdsgruppen kan komme med input til tema til den individuelle opgave. Den individuelle opgave skal endeligt fastlægges af Leverandøren i samarbejde med den enkelte deltager og eventuelt dennes sponsor. Flere deltagere kan vælge at gå sammen om at løse en enkelt opgave.

Leverandøren har ansvaret for den praktiske gennemførelse af uddannelsesforløbet, herunder tilmelding, opkrævning, administration af deltagerbetaling, materialeproduktion, tilvejebringelse og afholdelse af omkostningerne til lokaler og forplejning, udarbejdelse af kursusbeviser samt øvrige aktiviteter, der normalt er forbundet med afholdelse af udviklings-/uddannelsesforløb.

Leverandøren afholder omkostningerne til deltagernes overnatninger mellem sammenhængende kursusdage (inkl. morgenmad) i Danmark og såfremt relevant i udlandet samt betaler for transport til og fra udlandet til og fra afrejsestedet i Danmark (f.eks. Københavns Lufthavn).

Deltageren (den relevante region) afholder selv omkostningerne til deltagerens transport til og fra kursusstedet i Danmark samt til og fra afrejsested i Danmark i forbindelse med eventuelt ophold i udlandet (f.eks. Københavns Lufthavn). Et eventuelt udlandsbesøg skal være relevant for formålet med forløbet, og et eventuelt udlandsbesøg skal være i Europa eller USA.

Leverandøren skal løbende og efter ønske holde Sekretariatet og Arbejdsgruppen orienteret om status i ledelsesprogrammet.

Cirka halvvejs gennem uddannelsesforløbet skal leverandøren sammen med Sekretariatet afholde en midtvejsevaluering for at sikre, at kvaliteten af forløbet er tilfredsstillende. Til brug for evalueringen skal leverandøren undervejs i uddannelsesforløbet foretage evaluering og målinger blandt deltagere af uddannelsesforløbet og underviserne med henblik på at sikre kvaliteten af forløbet.

Midtvejsevalueringen sker på et statusmøde mellem Leverandøren og Sekretariatet, hvor de foretagne evalueringer og målinger drøftes, og hvor Leverandøren skal redegøre for status på afviklingen af programmet.

Statusmødet udgør en milepæl, jf. bilag 1A.

Hvis evalueringen viser, at kvaliteten af forløbet ikke lever op til det forventede niveau, skal Leverandøren udarbejde en plan for, hvordan kvaliteten kan hæves. Sekretariatet skal godkende planen, og der skal følges op på planen ved afslutningen af fase 2. Planen skal fremsendes til Sekretariatet senest fem arbejdsdage efter afholdelsen af statusmødet. Anden rate af deltagergebyret kan tilbageholdes, indtil planen er godkendt af Sekretariatet. Denne proces for afhjælpning af eventuelle kvalitetsmangler afskærer ikke Danske Regioner fra eventuelt at gøre brug af sine øvrige beføjelser jf. Kontraktens pkt. 13 og pkt. 23.1.

Statusmødet udgør en milepæl, jf. bilag 1A.

Uddannelsesforløbet afsluttes eventuelt med en afsluttende aktivitet, hvor Arbejdsgruppen kan indgå. Såfremt uddannelsesforløbet afsluttes med en afsluttende aktivitet, fremgår indhold i og sammensætning af den afsluttende aktivitet, herunder Arbejdsgruppens inddragelse af bilag 2.

Efter afslutningen af uddannelsesforløbet afholdes der et statusmøde mellem Sekretariatet og Leverandøren. I det tilfælde, hvor der er udarbejdet en plan for at hæve kvalitetsniveauet, følges der på statusmødet op på planen. På mødet skal Leverandøren afrapportere i forhold til planen, så Danske Regioner sikres, at kvaliteten er hævet til det forventede niveau.

Statusmødet udgør en milepæl, jf. bilag 1A.

1.3.3 Fase 3 – Evaluering og eventuel tilretning af ledelsesprogrammet

Fase 3 - Evaluering og eventuel tilretning af ledelsesprogrammet sker i umiddelbar forlængelse af afslutningen på uddannelsesforløbet.

Evalueringen består af:

- Måling af den enkelte deltagers udvikling og progression.
- Opsamlende evaluering af ledelsesprogrammet som helhed.

Leverandøren skal efter uddannelsesforløbet dokumentere den enkelte deltagers udvikling og progression i forhold til dennes evne til at skabe forbedringer. Målingerne forventes at kunne anvendes til en vurdering af ledelsesprogrammets effekt på organisatorisk og individuelt niveau, jf. afsnit 1.2.3 ovenfor. Den enkelte deltager får adgang til de nødvendige data for at måle effekt på organisatorisk niveau. Disse data vil ikke blive stillet til rådighed for leverandøren.

Den opsamlende evaluering af ledelsesprogrammet skal tilrettelægges, så de tidligere evalueringer og målinger inddrages, og den skal indeholde et afrapporteringsformat, der på enkel og overskuelig vis tydeliggør, hvilke elementer/aktiviteter i ledelsesprogrammet, der eventuelt bør tilrettes.

Resultatet af målingerne af deltagerne og vurderingen af ledelsesprogrammets effekt på organisatorisk og individuelt niveau samt den opsamlende evaluering af ledelsesprogrammet drøftes på et statusmøde mellem Sekretariatet og Leverandøren.

Statusmødet udgør en milepæl, jf. bilag 1A.

Herefter foretager leverandøren uden særskilt vederlag eventuelle tilretninger af ledelsesprogrammet med henblik på, at næste hold deltagere kan gennemføre ledelsesprogrammet. Det tilrettede program skal i den forbindelse godkendes af Arbejdsgruppen, jf. beskrivelse af fase 2 ovenfor i afsnit 1.3.2.

Leverandøren har ansvaret for den praktiske gennemførelse af målingerne og den opsamlende evaluering, herunder materialeproduktion, udarbejdelse af spørgeskemaer samt øvrige aktiviteter, der normalt er forbundet med afholdelse af målinger og evalueringer.

1.4 Opgavens omfang og vejledende tidsplan

Der skal som udgangspunkt afvikles to programforløb af hver ca. 12 måneders varighed. Hvert hold skal have 40 deltagere. Såfremt der er færre end 40 deltagere på et hold, har Leverandøren fortsat krav på betaling for 40 deltagere.

Ledelsesprogrammet forventes færdigudviklet maksimalt 3 måneder efter kontraktindgåelse sådan at første uddannelsesforløb kan starte senest i april 2017. Det efterfølgende programforløb samt evt. yderligere programforløb forventes at starte i april i henholdsvis 2018, 2019 og 2020.

Bilag 1A indeholder en vejledende tidsplan for udarbejdelse og gennemførelse af programforløbene, som Leverandøren skal følge.

2. KRAV TIL OPGAVELØSNINGEN

Nedenfor er opstillet en række mindstekrav til opgaveløsningen, som leverandøren skal overholde. Mindstekravene er markeret med M.

2.1 Krav til ledelsesprogrammet

Der er følgende mindstekrav til ledelsesprogrammet:

2.1.1.	Uddannelsesforløbet for den enkelte deltager skal minimum have en varighed på i alt 15 hele kursusdage og kan ikke have en varighed på mere end i alt 20 hele kursusdage. Med kursusdage forstås aktiviteter, hvor den samlede deltagerkreds er til stede og/eller dage, hvor 2 eller flere af deltagerne er sammen om uddannelsesaktiviteter.	M
2.1.2	Leverandøren skal sikre, at ledelsesprogrammet har de formål som er beskrevet i punkt 1.2, boks 2.	M

2.2 Krav til gennemførelsen af ledelsesprogrammet

Der er følgende mindstekrav til gennemførelsen af ledelsesprogrammet:

2.2.1	Leverandøren skal løbende og efter ønske holde Arbejdsgruppen og Sekretariatet orienteret om status i ledelsesprogrammet.	M
2.2.2	Leverandøren skal som minimum deltage i de i bilag 4 Samarbejdsorganisation angivne møder.	M
2.2.3	Leverandøren skal sikre, at de anvendte kursussteders fysiske rammer samt forplejning lever op til almindelig god kvalitet for kursusvirksomhed.	M
2.2.4	Eventuelle udlandsbesøg skal være i Europa eller USA.	M
2.2.5	Leverandøren skal anvende læringsmetoder, som indeholder en kombination af holdundervisning og interaktive læringsmetoder som cases, simulering og lignende.	M
2.2.6	Der skal indgå en individuel opgave i form af en case fra egen praksis, et forbedringsprojekt, et diskussionsoplæg eller lignende i uddannelsesforløbet, som deltagerne skal arbejde med imellem modulerne.	M

2.3 Krav til måling, evaluering og løbende tilretning

Der er følgende mindstekrav til måling, evaluering og løbende tilretning:

2.3.1.	<u>Måling af deltageren</u> Leverandøren skal foretage målinger af deltagerne, herunder afdækning af de for uddannelsesforløbet relevante forhold i deltagerens organisation i samarbejde med deltageren. Leverandøren er ansvarlig for at dokumentere den enkelte deltagers udvikling og progression.	M
2.3.2	<u>Evaluering af programmet</u> Leverandøren er ansvarlig for, at ledelsesprogrammet evalueres, udvikles og tilrettes i samarbejde med Arbejdsgruppen og Sekretariatet. Programmet skal som minimum evalueres på følgende tidspunkter jf. bilag 1A: <ul style="list-style-type: none">- Undervejs i uddannelsesforløbet for samtlige forløb foretages evaluering og målinger blandt deltagere af uddannelsesforløbet og underviserne med henblik på at sikre kvaliteten af uddannelsesforløbet.- Efter hvert uddannelsesforløbs afslutning udarbejdes en opsamlende evaluering med inddragelse af de forskellige evalueringer/målinger foretaget gennem programmet.	M

2.4 Krav til leverandørens bemanning

Der er følgende mindstekrav til leverandørens bemanning:

2.4.1	Leverandøren skal stille en kontaktperson til rådighed, der har ansvaret for den løbende dialog med Sekretariatet i forbindelse med ledelsesprogrammet	M
-------	--	---

2.5 Krav til pris

Der er følgende mindstekrav til leverandørens pris:

2.5.1	Engangsvederlaget for udvikling af ledelsesprogrammet må ikke overstige det i bilag 6 angivne beløb på 600.000 DKK ekskl.	M
-------	---	---

	moms.	
2.5.2	Deltagergebyret må ikke overstige det i bilag 6 angivne beløb på 200.000 DKK ekskl. moms.	M
2.5.3.	Den evalueringstekniske pris må ikke overstige kr. 32.625.000 DKK ekskl. moms.	M

2.6 Øvrige krav

Der er følgende øvrige mindstekrav:

2.7.1	Leverandøren kan ikke tage forbehold overfor kontraktens indhold.	M
-------	---	---

3. ØKONOMI

Leverandørens vederlag består af følgende delelementer:

- Et af tilbudsgiver angivet engangsvederlag (ekskl. moms) for udarbejdelse af ledelsesprogrammet
- Et af tilbudsgiver opkrævet deltagergebyr (ekskl. moms) pr. deltager.

3.1 Betalingsplan

Ydelse	Pris (DDK)
Ved afslutning af udviklingsfasen efter godkendelse af endeligt program (fase 1)	Engangsvederlag, jf. bilag 6A (Danske Regioner faktureres herfor)
Ved igangsættelse af uddannelsesforløbet (fase 2)	25 % af det deltagerfinansierede beløb (den enkelte deltagers region faktureres direkte)
Efter midtvejsevalueringen (forudsat at en eventuel plan for kvalitetsløft kan godkendes af Arbejdsgruppen).	50 % af det deltagerfinansierede beløb (den enkelte deltagers region faktureres direkte)
Efter opsamling på det samlede program	25 % af det deltagerfinansierede beløb (den enkelte deltagers region faktureres direkte)



18-04-2016

Notat om nationalt ledelsesprogram

1. Baggrund:

I forbindelse med aftale om regionernes og kommunernes økonomi for 2016 blev regeringen, regionerne og kommunerne enige om en række nye principper for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet indenfor rammerne af et samlet kvalitetsprogram. Som led i aftalen blev det besluttet at udfase akkreditering efter den danske kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Det nye kvalitetsprogram tager afsæt i Triple-Aim tilgangen og har fokus på:

- Forbedret sundhedstilstand i befolkningen
- Høj patientoplevet kvalitet
- Lavest mulige omkostninger per behandlet borger.

Som konsekvens af Triple-Aim tilgangen, er det ambitionen med det nye kvalitetsprogram, at der sker en kontinuerlig forbedring af behandlingskvalitet og patientsikkerhed i det danske sundhedssystem, samtidig med at der holdes fokus på omkostningssiden og den samlede effektivitet. Som middel til at opnå dette skal der etableres en forbedringskultur, der understøtter frontmedarbejdernes motivation for hele tiden at forbedre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet.

Kvalitetsprogrammet er funderet på nedenstående principper¹.

- Få ambitiøse, nationale mål for kvaliteten
- Systematisk inddragelse af patienternes behov
- Stærkt ledelsesfokus

¹ Jævnfør aftale om regionernes økonomi for 2016.

- Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde
- Åbenhed om resultater.

Side 2

Incitamenter og styring i sundhedsvæsenet skal sikre at hensyn til værdi for patienterne, kvalitet, aktivitet og omkostninger i højere grad balanceres. Incitamenterne skal understøtte kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring, bl.a. ved konsekvent ledelsesopfølgning på opnåede resultater og understøttelse af gode læringsmiljøer, hvor der er åbenhed om resultater. Incitamenterne skal ligeledes understøtte sammenligning på tværs i sundhedsvæsenet.

Princippet om systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde sætter fokus på anvendelsen af en række beslægtede forbedringsmetoder, der allerede anvendes i regionerne. Disse forbedringsmetoder er eksempelvis, Model for Improvement, LEAN eller Six-Sigma. En central fællesnævner for disse metoder er anvendelse af PDSA-cirklen.

Hovedelementerne i det nye kvalitetsprogram er:

1. Nationale mål for sundhedsvæsenet
2. Etablering af lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
3. Nationalt ledelsesprogram.

De nationale mål udstikker den overordnede retning for arbejdet med at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet. De nationale mål skal kobles til lokale kvalitetsindsatser, der adresserer lokale kvalitetsudfordringer og bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Etablering af lærings- og kvalitetsteams har som formål at løfte kvaliteten på udvalgte områder, hvor kvaliteten enten er generelt utilfredsstillende eller hvor der er stor variation i behandlingskvaliteten. Lærings- og kvalitetsteam bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Det nationale ledelsesprogram skal bidrage til, at der skabes det ledelsesfokus, der er nødvendigt hvis kvaliteten kontinuerligt skal forbedres og der skal etableres en forbedringskultur. Det nationale ledelsesprogram understøtter således både opfyldelsen af de nationale mål for sundhedsvæsenet helt generelt samt styrker yderligere kvaliteten på de områder, hvor der etableres lærings- og kvalitetsteams.

2. Præmis for ledelsesopgaven

Det er en præmis i det nye kvalitetsprogram, at det nødvendige ledelsesfokus skal være til stede på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Kernen i det nødvendige ledelsesfokus er, at²:

”Ledelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal have stærkt fokus på at skabe konstante forbedringer af kvaliteten gennem fokus på målopfyldelse, reduktion af spild, læring, vidensspredning og motivation af sundhedspersonalet. Ledelsen skal opdage og gribe ind, når kvaliteten ikke er tilstrækkelig og iværksætte tiltag, der kan rette op på kvaliteten”.

3. Arbejdsgruppens opgave

Der har været nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra regionerne, staten og kommunerne. Arbejdsgruppens opgave er beskrevet i gruppens kommissorium (bilag 1) og på baggrund heraf har arbejdsgruppen i vinteren 2015/2016 udarbejdet beskrivelse af det nationale ledelsesprogram, der blandt andet omfatter beskrivelse af:

- Formål
- Målgruppe, herunder udvælgelse af deltagere
- Indhold
- Succeskriterier
- Tidsplan.

Beskrivelsen af disse ovennævnte emner er beskrevet i følgende afsnit danner grundlag for udarbejdelse af udbudsmateriale.

Det nye kvalitetsprogram baserer sig på en tilgang til kvalitetsarbejdet der pointerer vigtigheden af systematisk patientinddragelse, datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde og åbenhed om resultater. Fokus på disse emner er reflekteret i arbejdsgruppens udvælgelse af indholdselementer i det nationale ledelsesprogram således, at der sikres en rød tråd mellem formål, indhold og succeskriterier for det nationale ledelsesprogram og den overordnede ambition i det nye kvalitetsprogram.

² Jævnfør ”Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018” – april 2015.

4. Formål:

Overordnet har det nationale ledelsesprogram til formål at understøtte kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ledelsesmæssigt og generelt øge ledelsernes kompetencer inden for forbedringsmetoder, forandringsledelse, synlighed, datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse³.

Dette formål skal ses i relation til det øvrige indhold i det nationale kvalitetsprogram. Ledelsesprogram skal således bidrage til at:

Boks 1: Formål for ledelsesprogrammet

- Styrke ledelsernes kompetencer til at identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer
- Styrke ledelsernes kompetencer til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb
- Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, klinisknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams
- Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet ved at fremme udbredelse af viden om og anvendelse af moderne forbedringsmetoder lokalt, regionalt og nationalt

De nationale succeskriterier for ledelsesprogrammet knytter sig til realisering af disse overordnede formål (se afs. 7)

Disse kompetencer skal styrkes under de givne forhold i sundhedsvæsenet, der blandt andet omfatter et kontinuerligt udgiftspres og krav og forventninger, der kan være modsatrettede.

³ Jævnfør forståelsespapir vedr. nationalt ledelsesprogram.

5. Målgruppe

De enkelte regioner og kommuner arbejder allerede på at styrke ledelseskompetencerne indenfor datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde. Derfor er det et princip, at det nationale ledelsesprogram skal designes, så det understøtter og samtidig tilføjer værdi, der ligger udover de eksisterende lokale og regionale ledelsesprogrammer indenfor datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde.

På baggrund af en kortlægning af de eksisterende ledelsesprogrammer i regionerne, anbefaler Arbejdsgruppen at målgruppen primært er:

"Personer i sundhedsvæsenet, der er ledere af ledere med driftsansvar, der har tæt tilknytning til den kliniske hverdag samt den nødvendige ledelsesmæssige og/eller faglige gennemslagskraft til at gøre en reel forskel i egen organisation og indenfor sit faglige felt".

Målgruppen vil blandt andet omfatte oversygeplejersker, ledende overlæger, klinik- og centerchefer samt kommunale ledere indenfor hjemmepleje og rehabilitering. Derudover vil det være relevant at inkludere medlemmer af styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser, medlemmer af sundhedsfaglige råd, personer som er aktører i et konkret, tværsektorielt og klinisknært samarbejde m.v.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i den konkrete udvælgelse af deltagere lægges vægt på bl.a.:

- at deltageren er dedikeret til arbejdet med moderne forbedringsmetoder i forhold til klinisknær ledelse
- at deltageren har et stærkt personligt drive
- at deltageren er i en position, hvor vedkommende kan bringe sin viden og kompetencer i spil i tæt samspil med lærings- og kvalitets-teams
- at deltageren nyder den nødvendige faglige og personlige anseelse til at kunne være en central aktør i en regional, kommunal og national kvalitetsudvikling indenfor sit faglige felt
- at deltageren har gode kommunikative evner.

For de deltagere der kommer fra det kommunale sundhedsvæsen foreslår Arbejdsgruppen, at der prioriteres deltagere der indgår i samarbejdsrelationer mellem hospitaler og kommuner omkring udvalgte patientgrupper. Udvalgelsen skal være funktionsbåret og ikke personbåret og foretages af regionerne i dialog med KL.

Efter planen vil 40 personer gennemføre lederprogrammet årligt. De 32 pladser besættes af deltagere fra hospitalerne mens 8 pladser reserveres til deltagere fra den kommunale del af sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at pladserne fordeles som følger:

	Regionale pladser	Kommunale pladser (forslag)
Region Hovedstaden	7	2
Region Sjælland	6	1
Region Syddanmark	7	2
Region Midtjylland	7	2
Region Nordjylland	5	1
I alt	32	8

6. Indhold

Arbejdsgruppen anbefaler at ledelsesprogrammet på indholdssiden får et internationalt kvalitetsniveau. Der skal derfor tilrettelægges en udbudsproces der sikrer, at de leverandører der byder ind på den konkrete tilrettelæggelse af programmet har de nødvendige kompetencer til at sikre, at:

- Ledelsesprogrammet realiserer de formål der er opstillet og dermed understøtter visionen for det nye kvalitetsprogram
- Danske institutioner involveres så eksisterende viden og erfaring med datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde i en dansk kontekst udgør en central del af programmets indhold
- Input fra højt estimerede udenlandske universiteter eller hospitaler udgør en central del af programmets indhold og supplerer og udfordrer danske erfaringer på området

- At der i programmet indgår enten ophold ved højt estimerede udenlandske universiteter eller hospitaler eller, at den rette udenlandske ekspertise bringes til Danmark.

Nedenfor er oplistet en række indholdselementer, som arbejdsgruppen anbefaler indeholdt i ledelsesprogrammet. Indholdselementer er forsøgt rubriceret i forhold til programmet formål (se boks 1). En detaljeret beskrivelse af indholdselementerne vil indgå i opdraget til de leverandører, der deltager i udbudsprocessen.

Boks 2: Indholdselementer i relation til programmets formål

Relation til formål for programmet	Indholdselement
Tværgående	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om moderne forbedringsmetoder, forbedringsledelse og den ledelsesmæssige opgave i denne tilgang, med fokus på arbejde med PDSA-cirkler • Implementering af en forbedringskultur, hvor der er åbenhed om resultaterne • Viden om incitamentsstrukturer og motivationsfaktorer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring • Ledelse af organisatoriske forandringer ved implementering af nyt nationalt kvalitetsprogram
Styrke ledelsernes kompetencer til at identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk sammenhæng i forbedringsarbejdet i koblingen mellem nationale mål og regionale/kommunale mål • Opstilling af synlige mål for forbedringsarbejdet og Key Performance Indicators (KPI'er), der kobler overordnede strategiske mål til det meningsfulde i det kliniske arbejde.
Styrke ledelsernes kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> • Metoder til systematisk inddragelse af

<p>til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb</p>	<p>patienter og pårørende i forbedringsarbejdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forenkling, afbureaukratisering og reduktion af spild. • Ledelse af sammenhængende patientforløb, herunder metoder og tilgang ved involvering af samarbejdspartnere.
<p>Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, kliniknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Databaseret ledelse. Tolkning af datafremstillinger – herunder Statistisk Proceskontrol (SPC) – og strategisk anvendelse af data i fokusering og ledelse af forbedringsarbejdet • Fremdrift, overordnet styring og opfølgning på forbedringsarbejdet. • Implementering af effektiviseringsprocesser og realisering af gevinster
<p>Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet ved at fremme udbredelse af viden om og anvendelse af moderne forbedringsmetoder lokalt, regionalt og nationalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spredning af viden, i og udenfor egen organisation, om forbedringsmetoder, forbedringsledelse og resultater

Arbejdsgruppen anbefaler, at det faglige indhold og det samlede uddannelsesforløb opfylder følgende:

- Forløbet skal være forankret ved ”sponsor” i egen organisation, som aktivt involveres undervejs (se afs. 8)
- Forløbet understøtter, at de kommunale og regionale deltagere arbejder med kvalitetsforbedringer af fælles patientgrupper/forløb
- Forløbet involverer centrale samarbejdspartnere og flere ledelsesniveauer undervejs (f.eks. som hjemmearbejde)
- Forløbet indeholder både inspiration og konkret træning i at omsætte ny viden til konkrete forbedringsindsatser
- Programmet indeholder arbejde i læringsgrupper, hvor lederne både træner ledelse efter den nye kvalitetstilgang og trænes i at skabe gode læringsrum.

7. Succeskriterier

Side 9

Arbejdsgruppen anbefaler, at der tilrettelægges en løbende evaluering af det nationale ledelsesprogram med henblik på at sikre fornøden effekt samt mulighed for justering. Inden programmet sendes i udbud bør det fastlægges, hvem der står for den løbende evaluering.

Som pejlemærker for om programmet giver den ønskede effekt, er der opstillet følgende succeskriterier på henholdsvis national, organisatorisk og individuelt niveau:

Nationale succeskriterier:

De nationale succeskriterier skal adressere de overordnede formål for programmet (se afs. 4). De nationale succeskriterier er, at:

- bidrage til at implementere indholdet i det nye kvalitetsprogram, herunder oversættelse af nationale mål til lokale og kliniske meningsfulde kvalitetsindsatser, reduktion af spild i kliniske processer og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde
- understøtte en Triple-Aim inspireret tilgang til kvalitetsudvikling med samtidigt fokus på kvalitet og omkostninger
- bidrage til at der skabes et fælles sprog for forbedringsarbejdet og en forbedringskultur i sundhedsvæsenet på tværs af kommuner og regioner
- skabe netværk for ledere med fokus på datadrevet forbedringsledelse og her igennem ambassadører, der kan sprede viden om forbedringsmetoder og forbedringsresultater
- bidrage til at udbrede metoder til involvering af patienter og pårørende.

Organisatoriske succeskriterier:

Succeskriterierne på organisationsniveau adresserer de effekter deltagerens egen organisation skal opleve som konsekvens af det nationale ledelsesprogram. Deltagerens organisation skal kunne forvente:

- konkrete, omkostningseffektive kvalitetsforbedringer af interne patientforløb, såvel som forløb, der går på tværs i sundhedsvæsenet blandt andet via involvering af patienter og pårørende
- at der udvikles en forbedringskultur baseret på datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde og synlig ledelse i frontlinjen i den afde-

ling, deltageren repræsenterer, samtidig med at relationer til vigtige samarbejdspartnere styrkes

Side 10

- at deltageren videreformidler og anvender metoder og redskaber i egen organisation, og påtager sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet i egen organisation samt lærings- og kvalitetsteams.

Individuelle succeskriterier:

Der er opstillet følgende succeskriterier for den enkelte deltagers gennemførelse af ledelsesprogrammet. Succeskriterierne adresserer de formål der er beskrevet ovenfor (se boks 1).

Efter gennemførelse af ledelsesprogrammet skal den enkelte deltager have:

- opnået indsigt i og viden om den grundlæggende tænkning, principper og metoder indenfor moderne forbedringsarbejde, herunder
 - a) kunne efterspørge de rette fremstillinger af data og tolke disse så der skabes det nødvendige grundlag for overordnet prioritering, fremdrift og evaluering af forbedringsindsatsen
 - b) kunne medvirke aktivt til at fjerne barrierer for udvikling og hurtig implementering af forbedringer af værdi for patienter og pårørende på tværs i sundhedsvæsenet
 - c) kunne medvirke aktivt til at patienter og pårørende inddrages systematisk i forbedringsarbejdet
 - d) kunne medvirke aktivt til at reducere spild i kliniske processer, forenkling og afbureaukratisering
 - e) kunne medvirke til at effektivisere arbejdsgange og ressourceforbrug samt realisere gevinster
 - f) kunne medvirke aktivt til at designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af lokale, regionale og nationale målsætninger
- medvirket til gennemførelse af konkrete forbedringer af den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- være afklaret om egen ledelsesrolle i arbejdet med at skabe kontinuerlige kvalitetsforbedringer, herunder:
 - a) kunne indgå i ledelsesteams, der kan skabe kvalitetsforbedringer
 - b) have nye og bedre evner til at indgå i og implementere strategiske, nødvendige forbedringer i egen organisation

- c) være synlig rollemodel, motivere og understøtte skabelse af en forbedringskultur med fokus på læring og åbenhed om resultater
 - d) have indsigt i incitamentsstrukturer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring samt deres styrker og svagheder, herunder have indsigt i hvilke faktorer der styrker motivationen for forskellige typer af medarbejdere
 - e) kunne anvende innovative metoder og tilgange i arbejdet med forbedringer
- styrket gennemslagskraft til at kunne skabe forbedringer og sprede viden i og udenfor egen organisation om anvendelse og resultater af forbedringsarbejde baseret på moderne forbedringsmetoder
 - et styrket netværk omkring forbedringsarbejdet.

8. Rammer for gennemførelse af programmet

Arbejdsgruppen anbefaler, at deltagerne i programmet skal have en ”sponsor” fra et højere (øverste) ledelsesniveau, som aktivt kan bidrage til den organisatoriske forankring og medvirke til at bane vejen for, at deltageren kan udbrede den viden, der erhverves i forløbet.

Sponsoren forpligtes til aktivt at medvirke til at de organisatoriske og individuelle succeskriterier opfyldes. Derfor er det arbejdsgruppens anbefaling, at sponsoren som minimum forpligtes til at deltage i et opstartsmøde med deltageren og aftale strategisk fokus, resultater og organisatorisk forankring af del deltageren arbejder med og får indsigt i undervejs i forløbet.

Derudover kan sponsoren deltage i et eventuelt kick-off arrangement for ledelsesprogrammet samt eventuelle oplæg ved udenlandske undervisere/oplægsholdere. Dette for at sikre, at sponsoren også erhverver sig viden om grundlaget for forbedringsarbejde.

Desuden anbefaler arbejdsgruppen, at der sikres involvering af andre aktører under selve forløbet, ex. flere ledelsesniveauer, samarbejdspartnere (herunder almen praksis og private aktører/firmaer). Dette for at sikre bred forankring både vertikalt og horisontalt. Aktørerne kan med fordel deltage på enkelte moduler/aktiviteter.

Endelig kan det overvejes om centrale stabsmedarbejdere, som hjælper til at tilvejebringe og behandle data, skal indgå i aktiviteter (eventuelt parallelt),

så de bedst muligt understøtter den datadrevne forbedringsledelse.

Side 12

9. Overordnet Tidsplan

Primo 2016: Færdig beskrivelse af det nationale ledelsesprogram

Marts - November 2016: Gennemførelse af udbud

Ultimo 2016: Første hold startes op



18-04-2016

Notat om nationalt ledelsesprogram

1. Baggrund:

I forbindelse med aftale om regionernes og kommunernes økonomi for 2016 blev regeringen, regionerne og kommunerne enige om en række nye principper for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet indenfor rammerne af et samlet kvalitetsprogram. Som led i aftalen blev det besluttet at udfase akkreditering efter den danske kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Det nye kvalitetsprogram tager afsæt i Triple-Aim tilgangen og har fokus på:

- Forbedret sundhedstilstand i befolkningen
- Høj patientoplevelt kvalitet
- Lavest mulige omkostninger per behandlet borger.

Som konsekvens af Triple-Aim tilgangen, er det ambitionen med det nye kvalitetsprogram, at der sker en kontinuerlig forbedring af behandlingskvalitet og patientsikkerhed i det danske sundhedssystem, samtidig med at der holdes fokus på omkostningssiden og den samlede effektivitet. Som middel til at opnå dette skal der etableres en forbedringskultur, der understøtter frontmedarbejdernes motivation for hele tiden at forbedre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet.

Kvalitetsprogrammet er funderet på nedenstående principper¹.

- Få ambitiøse, nationale mål for kvaliteten
- Systematisk inddragelse af patienternes behov
- Stærkt ledelsesfokus

¹ Jævnfør aftale om regionernes økonomi for 2016.

- Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde
- Åbenhed om resultater.

Side 2

Incitamenter og styring i sundhedsvæsenet skal sikre at hensyn til værdi for patienterne, kvalitet, aktivitet og omkostninger i højere grad balanceres. Incitamenterne skal understøtte kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring, bl.a. ved konsekvent ledelsesopfølgning på opnåede resultater og understøttelse af gode læringsmiljøer, hvor der er åbenhed om resultater. Incitamenterne skal ligeledes understøtte sammenligning på tværs i sundhedsvæsenet.

Princippet om systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde sætter fokus på anvendelsen af en række beslægtede forbedringsmetoder, der allerede anvendes i regionerne. Disse forbedringsmetoder er eksempelvis, Model for Improvement, LEAN eller Six-Sigma. En central fællesnævner for disse metoder er anvendelse af PDSA-cirklen.

Hovedelementerne i det nye kvalitetsprogram er:

1. Nationale mål for sundhedsvæsenet
2. Etablering af lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
3. Nationalt ledelsesprogram.

De nationale mål udstikker den overordnede retning for arbejdet med at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet. De nationale mål skal kobles til lokale kvalitetsindsatser, der adresserer lokale kvalitetsudfordringer og bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Etablering af lærings- og kvalitetsteams har som formål at løfte kvaliteten på udvalgte områder, hvor kvaliteten enten er generelt utilfredsstillende eller hvor der er stor variation i behandlingskvaliteten. Lærings- og kvalitetsteam bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Det nationale ledelsesprogram skal bidrage til, at der skabes det ledelsesfokus, der er nødvendigt hvis kvaliteten kontinuerligt skal forbedres og der skal etableres en forbedringskultur. Det nationale ledelsesprogram understøtter således både opfyldelsen af de nationale mål for sundhedsvæsenet helt generelt samt styrker yderligere kvaliteten på de områder, hvor der etableres lærings- og kvalitetsteams.

2. Præmis for ledelsesopgaven

Det er en præmis i det nye kvalitetsprogram, at det nødvendige ledelsesfokus skal være til stede på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Kernen i det nødvendige ledelsesfokus er, at²:

”Ledelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal have stærkt fokus på at skabe konstante forbedringer af kvaliteten gennem fokus på målopfyldelse, reduktion af spild, læring, vidensspredning og motivation af sundhedspersonalet. Ledelsen skal opdage og gribe ind, når kvaliteten ikke er tilstrækkelig og iværksætte tiltag, der kan rette op på kvaliteten”.

3. Arbejdsgruppens opgave

Der har været nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra regionerne, staten og kommunerne. Arbejdsgruppens opgave er beskrevet i gruppens kommissorium (bilag 1) og på baggrund heraf har arbejdsgruppen i vinteren 2015/2016 udarbejdet beskrivelse af det nationale ledelsesprogram, der blandt andet omfatter beskrivelse af:

- Formål
- Målgruppe, herunder udvælgelse af deltagere
- Indhold
- Succeskriterier
- Tidsplan.

Beskrivelsen af disse ovennævnte emner er beskrevet i følgende afsnit danner grundlag for udarbejdelse af udbudsmateriale.

Det nye kvalitetsprogram baserer sig på en tilgang til kvalitetsarbejdet der pointerer vigtigheden af systematisk patientinddragelse, datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde og åbenhed om resultater. Fokus på disse emner er reflekteret i arbejdsgruppens udvælgelse af indholdselementer i det nationale ledelsesprogram således, at der sikres en rød tråd mellem formål, indhold og succeskriterier for det nationale ledelsesprogram og den overordnede ambition i det nye kvalitetsprogram.

² Jævnfør ”Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018” – april 2015.

4. Formål:

Overordnet har det nationale ledelsesprogram til formål at understøtte kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ledelsesmæssigt og generelt øge ledelsernes kompetencer inden for forbedringsmetoder, forandringsledelse, synlighed, datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse³.

Dette formål skal ses i relation til det øvrige indhold i det nationale kvalitetsprogram. Ledelsesprogram skal således bidrage til at:

Boks 1: Formål for ledelsesprogrammet

- Styrke ledelsernes kompetencer til at identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer
- Styrke ledelsernes kompetencer til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb
- Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, klinisknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams
- Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet ved at fremme udbredelse af viden om og anvendelse af moderne forbedringsmetoder lokalt, regionalt og nationalt

De nationale succeskriterier for ledelsesprogrammet knytter sig til realisering af disse overordnede formål (se afs. 7)

Disse kompetencer skal styrkes under de givne forhold i sundhedsvæsenet, der blandt andet omfatter et kontinuerligt udgiftspres og krav og forventninger, der kan være modsatrettede.

³ Jævnfør forståelsespapir vedr. nationalt ledelsesprogram.

5. Målgruppe

De enkelte regioner og kommuner arbejder allerede på at styrke ledelseskompetencerne indenfor datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde. Derfor er det et princip, at det nationale ledelsesprogram skal designes, så det understøtter og samtidig tilføjer værdi, der ligger udover de eksisterende lokale og regionale ledelsesprogrammer indenfor datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde.

På baggrund af en kortlægning af de eksisterende ledelsesprogrammer i regionerne, anbefaler Arbejdsgruppen at målgruppen primært er:

"Personer i sundhedsvæsenet, der er ledere af ledere med driftsansvar, der har tæt tilknytning til den kliniske hverdag samt den nødvendige ledelsesmæssige og/eller faglige gennemslagskraft til at gøre en reel forskel i egen organisation og indenfor sit faglige felt".

Målgruppen vil blandt andet omfatte oversygeplejersker, ledende overlæger, klinik- og centerchefer samt kommunale ledere indenfor hjemmepleje og rehabilitering. Derudover vil det være relevant at inkludere medlemmer af styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser, medlemmer af sundhedsfaglige råd, personer som er aktører i et konkret, tværsektorielt og klinisknært samarbejde m.v.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i den konkrete udvælgelse af deltagere lægges vægt på bl.a.:

- at deltageren er dedikeret til arbejdet med moderne forbedringsmetoder i forhold til klinisknær ledelse
- at deltageren har et stærkt personligt drive
- at deltageren er i en position, hvor vedkommende kan bringe sin viden og kompetencer i spil i tæt samspil med lærings- og kvalitets teams
- at deltageren nyder den nødvendige faglige og personlige anseelse til at kunne være en central aktør i en regional, kommunal og national kvalitetsudvikling indenfor sit faglige felt
- at deltageren har gode kommunikative evner.

For de deltagere der kommer fra det kommunale sundhedsvæsen foreslår Arbejdsgruppen, at der prioriteres deltagere der indgår i samarbejdsrelationer mellem hospitaler og kommuner omkring udvalgte patientgrupper. Udvalgelsen skal være funktionsbåret og ikke personbåret og foretages af regionerne i dialog med KL.

Efter planen vil 40 personer gennemføre lederprogrammet årligt. De 32 pladser besættes af deltagere fra hospitalerne mens 8 pladser reserveres til deltagere fra den kommunale del af sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at pladserne fordeles som følger:

	Regionale pladser	Kommunale pladser (forslag)
Region Hovedstaden	7	2
Region Sjælland	6	1
Region Syddanmark	7	2
Region Midtjylland	7	2
Region Nordjylland	5	1
I alt	32	8

6. Indhold

Arbejdsgruppen anbefaler at ledelsesprogrammet på indholdssiden får et internationalt kvalitetsniveau. Der skal derfor tilrettelægges en udbudsproces der sikrer, at de leverandører der byder ind på den konkrete tilrettelæggelse af programmet har de nødvendige kompetencer til at sikre, at:

- Ledelsesprogrammet realiserer de formål der er opstillet og dermed understøtter visionen for det nye kvalitetsprogram
- Danske institutioner involveres så eksisterende viden og erfaring med datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde i en dansk kontekst udgør en central del af programmets indhold
- Input fra højt estimerede udenlandske universiteter eller hospitaler udgør en central del af programmets indhold og supplerer og udfordrer danske erfaringer på området

- At der i programmet indgår enten ophold ved højt estimerede udenlandske universiteter eller hospitaler eller, at den rette udenlandske ekspertise bringes til Danmark.

Nedenfor er oplistet en række indholdselementer, som arbejdsgruppen anbefaler indeholdt i ledelsesprogrammet. Indholdselementer er forsøgt rubriceret i forhold til programmet formål (se boks 1). En detaljeret beskrivelse af indholdselementerne vil indgå i opdraget til de leverandører, der deltager i udbudsprocessen.

Boks 2: Indholdselementer i relation til programmets formål

Relation til formål for programmet	Indholdselement
Tværgående	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om moderne forbedringsmetoder, forbedringsledelse og den ledelsesmæssige opgave i denne tilgang, med fokus på arbejde med PDSA-cirkler • Implementering af en forbedringskultur, hvor der er åbenhed om resultaterne • Viden om incitamentsstrukturer og motivationsfaktorer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring • Ledelse af organisatoriske forandringer ved implementering af nyt nationalt kvalitetsprogram
Styrke ledelsernes kompetencer til at identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk sammenhæng i forbedringsarbejdet i koblingen mellem nationale mål og regionale/kommunale mål • Opstilling af synlige mål for forbedringsarbejdet og Key Performance Indicators (KPI'er), der kobler overordnede strategiske mål til det meningsfulde i det kliniske arbejde.
Styrke ledelsernes kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> • Metoder til systematisk inddragelse af

<p>til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb</p>	<p>patienter og pårørende i forbedringsarbejdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forenkling, afbureaukratisering og reduktion af spild. • Ledelse af sammenhængende patientforløb, herunder metoder og tilgang ved involvering af samarbejdspartnere.
<p>Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, kliniknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Databaseret ledelse. Tolkning af datafremstillinger – herunder Statistisk Proceskontrol (SPC) – og strategisk anvendelse af data i fokusering og ledelse af forbedringsarbejdet • Fremdrift, overordnet styring og opfølgning på forbedringsarbejdet. • Implementering af effektiviseringsprocesser og realisering af gevinster
<p>Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet ved at fremme udbredelse af viden om og anvendelse af moderne forbedringsmetoder lokalt, regionalt og nationalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spredning af viden, i og udenfor egen organisation, om forbedringsmetoder, forbedringsledelse og resultater

Arbejdsgruppen anbefaler, at det faglige indhold og det samlede uddannelsesforløb opfylder følgende:

- Forløbet skal være forankret ved ”sponsor” i egen organisation, som aktivt involveres undervejs (se afs. 8)
- Forløbet understøtter, at de kommunale og regionale deltagere arbejder med kvalitetsforbedringer af fælles patientgrupper/forløb
- Forløbet involverer centrale samarbejdspartnere og flere ledelsesniveauer undervejs (f.eks. som hjemmearbejde)
- Forløbet indeholder både inspiration og konkret træning i at omsætte ny viden til konkrete forbedringsindsatser
- Programmet indeholder arbejde i læringsgrupper, hvor lederne både træner ledelse efter den nye kvalitetstilgang og trænes i at skabe gode læringsrum.

7. Succeskriterier

Side 9

Arbejdsgruppen anbefaler, at der tilrettelægges en løbende evaluering af det nationale ledelsesprogram med henblik på at sikre fornøden effekt samt mulighed for justering. Inden programmet sendes i udbud bør det fastlægges, hvem der står for den løbende evaluering.

Som pejlemærker for om programmet giver den ønskede effekt, er der opstillet følgende succeskriterier på henholdsvis national, organisatorisk og individuelt niveau:

Nationale succeskriterier:

De nationale succeskriterier skal adressere de overordnede formål for programmet (se afs. 4). De nationale succeskriterier er, at:

- bidrage til at implementere indholdet i det nye kvalitetsprogram, herunder oversættelse af nationale mål til lokale og kliniske meningsfulde kvalitetsindsatser, reduktion af spild i kliniske processer og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde
- understøtte en Triple-Aim inspireret tilgang til kvalitetsudvikling med samtidigt fokus på kvalitet og omkostninger
- bidrage til at der skabes et fælles sprog for forbedringsarbejdet og en forbedringskultur i sundhedsvæsenet på tværs af kommuner og regioner
- skabe netværk for ledere med fokus på datadrevet forbedringsledelse og her igennem ambassadører, der kan sprede viden om forbedringsmetoder og forbedringsresultater
- bidrage til at udbrede metoder til involvering af patienter og pårørende.

Organisatoriske succeskriterier:

Succeskriterierne på organisationsniveau adresserer de effekter deltagerens egen organisation skal opleve som konsekvens af det nationale ledelsesprogram. Deltagerens organisation skal kunne forvente:

- konkrete, omkostningseffektive kvalitetsforbedringer af interne patientforløb, såvel som forløb, der går på tværs i sundhedsvæsenet blandt andet via involvering af patienter og pårørende
- at der udvikles en forbedringskultur baseret på datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde og synlig ledelse i frontlinjen i den afde-

ling, deltageren repræsenterer, samtidig med at relationer til vigtige samarbejdspartnere styrkes

Side 10

- at deltageren videreformidler og anvender metoder og redskaber i egen organisation, og påtager sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet i egen organisation samt lærings- og kvalitetsteams.

Individuelle succeskriterier:

Der er opstillet følgende succeskriterier for den enkelte deltagers gennemførelse af ledelsesprogrammet. Succeskriterierne adresserer de formål der er beskrevet ovenfor (se boks 1).

Efter gennemførelse af ledelsesprogrammet skal den enkelte deltager have:

- opnået indsigt i og viden om den grundlæggende tænkning, principper og metoder indenfor moderne forbedringsarbejde, herunder
 - a) kunne efterspørge de rette fremstillinger af data og tolke disse så der skabes det nødvendige grundlag for overordnet prioritering, fremdrift og evaluering af forbedringsindsatsen
 - b) kunne medvirke aktivt til at fjerne barrierer for udvikling og hurtig implementering af forbedringer af værdi for patienter og pårørende på tværs i sundhedsvæsenet
 - c) kunne medvirke aktivt til at patienter og pårørende inddrages systematisk i forbedringsarbejdet
 - d) kunne medvirke aktivt til at reducere spild i kliniske processer, forenkling og afbureaukratisering
 - e) kunne medvirke til at effektivisere arbejdsgange og ressourceforbrug samt realisere gevinster
 - f) kunne medvirke aktivt til at designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af lokale, regionale og nationale målsætninger
- medvirket til gennemførelse af konkrete forbedringer af den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- være afklaret om egen ledelsesrolle i arbejdet med at skabe kontinuerlige kvalitetsforbedringer, herunder:
 - a) kunne indgå i ledelsesteams, der kan skabe kvalitetsforbedringer
 - b) have nye og bedre evner til at indgå i og implementere strategiske, nødvendige forbedringer i egen organisation

- c) være synlig rollemodel, motivere og understøtte skabelse af en forbedringskultur med fokus på læring og åbenhed om resultater
 - d) have indsigt i incitamentsstrukturer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring samt deres styrker og svagheder, herunder have indsigt i hvilke faktorer der styrker motivationen for forskellige typer af medarbejdere
 - e) kunne anvende innovative metoder og tilgange i arbejdet med forbedringer
- styrket gennemslagskraft til at kunne skabe forbedringer og sprede viden i og udenfor egen organisation om anvendelse og resultater af forbedringsarbejde baseret på moderne forbedringsmetoder
 - et styrket netværk omkring forbedringsarbejdet.

8. Rammer for gennemførelse af programmet

Arbejdsgruppen anbefaler, at deltagerne i programmet skal have en ”sponsor” fra et højere (øverste) ledelsesniveau, som aktivt kan bidrage til den organisatoriske forankring og medvirke til at bane vejen for, at deltageren kan udbrede den viden, der erhverves i forløbet.

Sponsoren forpligtes til aktivt at medvirke til at de organisatoriske og individuelle succeskriterier opfyldes. Derfor er det arbejdsgruppens anbefaling, at sponsoren som minimum forpligtes til at deltage i et opstartsmøde med deltageren og aftale strategisk fokus, resultater og organisatorisk forankring af del deltageren arbejder med og får indsigt i undervejs i forløbet.

Derudover kan sponsoren deltage i et eventuelt kick-off arrangement for ledelsesprogrammet samt eventuelle oplæg ved udenlandske undervisere/oplægsholdere. Dette for at sikre, at sponsoren også erhverver sig viden om grundlaget for forbedringsarbejde.

Desuden anbefaler arbejdsgruppen, at der sikres involvering af andre aktører under selve forløbet, ex. flere ledelsesniveauer, samarbejdspartnere (herunder almen praksis og private aktører/firmaer). Dette for at sikre bred forankring både vertikalt og horisontalt. Aktørerne kan med fordel deltage på enkelte moduler/aktiviteter.

Endelig kan det overvejes om centrale stabsmedarbejdere, som hjælper til at tilvejebringe og behandle data, skal indgå i aktiviteter (eventuelt parallelt),

så de bedst muligt understøtter den datadrevne forbedringsledelse.

Side 12

9. Overordnet Tidsplan

Primo 2016: Færdig beskrivelse af det nationale ledelsesprogram

Marts - November 2016: Gennemførelse af udbud

Ultimo 2016: Første hold startes op



18-04-2016

Notat om nationalt ledelsesprogram

1. Baggrund:

I forbindelse med aftale om regionernes og kommunernes økonomi for 2016 blev regeringen, regionerne og kommunerne enige om en række nye principper for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet indenfor rammerne af et samlet kvalitetsprogram. Som led i aftalen blev det besluttet at udfase akkreditering efter den danske kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Det nye kvalitetsprogram tager afsæt i Triple-Aim tilgangen og har fokus på:

- Forbedret sundhedstilstand i befolkningen
- Høj patientoplevet kvalitet
- Lavest mulige omkostninger per behandlet borger.

Som konsekvens af Triple-Aim tilgangen, er det ambitionen med det nye kvalitetsprogram, at der sker en kontinuerlig forbedring af behandlingskvalitet og patientsikkerhed i det danske sundhedssystem, samtidig med at der holdes fokus på omkostningssiden og den samlede effektivitet. Som middel til at opnå dette skal der etableres en forbedringskultur, der understøtter frontmedarbejdernes motivation for hele tiden at forbedre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet.

Kvalitetsprogrammet er funderet på nedenstående principper¹.

- Få ambitiøse, nationale mål for kvaliteten
- Systematisk inddragelse af patienternes behov
- Stærkt ledelsesfokus

¹ Jævnfør aftale om regionernes økonomi for 2016.

- Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde
- Åbenhed om resultater.

Side 2

Incitamenter og styring i sundhedsvæsenet skal sikre at hensyn til værdi for patienterne, kvalitet, aktivitet og omkostninger i højere grad balanceres. Incitamenterne skal understøtte kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring, bl.a. ved konsekvent ledelsesopfølgning på opnåede resultater og understøttelse af gode læringsmiljøer, hvor der er åbenhed om resultater. Incitamenterne skal ligeledes understøtte sammenligning på tværs i sundhedsvæsenet.

Princippet om systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde sætter fokus på anvendelsen af en række beslægtede forbedringsmetoder, der allerede anvendes i regionerne. Disse forbedringsmetoder er eksempelvis, Model for Improvement, LEAN eller Six-Sigma. En central fællesnævner for disse metoder er anvendelse af PDSA-cirklen.

Hovedelementerne i det nye kvalitetsprogram er:

1. Nationale mål for sundhedsvæsenet
2. Etablering af lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
3. Nationalt ledelsesprogram.

De nationale mål udstikker den overordnede retning for arbejdet med at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet. De nationale mål skal kobles til lokale kvalitetsindsatser, der adresserer lokale kvalitetsudfordringer og bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Etablering af lærings- og kvalitetsteams har som formål at løfte kvaliteten på udvalgte områder, hvor kvaliteten enten er generelt utilfredsstillende eller hvor der er stor variation i behandlingskvaliteten. Lærings- og kvalitetsteam bidrager til opfyldelse af de nationale mål.

Det nationale ledelsesprogram skal bidrage til, at der skabes det ledelsesfokus, der er nødvendigt hvis kvaliteten kontinuerligt skal forbedres og der skal etableres en forbedringskultur. Det nationale ledelsesprogram understøtter således både opfyldelsen af de nationale mål for sundhedsvæsenet helt generelt samt styrker yderligere kvaliteten på de områder, hvor der etableres lærings- og kvalitetsteams.

2. Præmis for ledelsesopgaven

Det er en præmis i det nye kvalitetsprogram, at det nødvendige ledelsesfokus skal være til stede på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Kernen i det nødvendige ledelsesfokus er, at²:

”Ledelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal have stærkt fokus på at skabe konstante forbedringer af kvaliteten gennem fokus på målopfyldelse, reduktion af spild, læring, vidensspredning og motivation af sundhedspersonalet. Ledelsen skal opdage og gribe ind, når kvaliteten ikke er tilstrækkelig og iværksætte tiltag, der kan rette op på kvaliteten”.

3. Arbejdsgruppens opgave

Der har været nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra regionerne, staten og kommunerne. Arbejdsgruppens opgave er beskrevet i gruppens kommissorium (bilag 1) og på baggrund heraf har arbejdsgruppen i vinteren 2015/2016 udarbejdet beskrivelse af det nationale ledelsesprogram, der blandt andet omfatter beskrivelse af:

- Formål
- Målgruppe, herunder udvælgelse af deltagere
- Indhold
- Succeskriterier
- Tidsplan.

Beskrivelsen af disse ovennævnte emner er beskrevet i følgende afsnit danner grundlag for udarbejdelse af udbudsmateriale.

Det nye kvalitetsprogram baserer sig på en tilgang til kvalitetsarbejdet der pointerer vigtigheden af systematisk patientinddragelse, datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde og åbenhed om resultater. Fokus på disse emner er reflekteret i arbejdsgruppens udvælgelse af indholdselementer i det nationale ledelsesprogram således, at der sikres en rød tråd mellem formål, indhold og succeskriterier for det nationale ledelsesprogram og den overordnede ambition i det nye kvalitetsprogram.

² Jævnfør ”Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018” – april 2015.

4. Formål:

Overordnet har det nationale ledelsesprogram til formål at understøtte kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ledelsesmæssigt og generelt øge ledelsernes kompetencer inden for forbedringsmetoder, forandringsledelse, synlighed, datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse³.

Dette formål skal ses i relation til det øvrige indhold i det nationale kvalitetsprogram. Ledelsesprogram skal således bidrage til at:

Boks 1: Formål for ledelsesprogrammet

- Styrke ledelsernes kompetencer til at identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer
- Styrke ledelsernes kompetencer til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb
- Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, klinisknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams
- Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet ved at fremme udbredelse af viden om og anvendelse af moderne forbedringsmetoder lokalt, regionalt og nationalt

De nationale succeskriterier for ledelsesprogrammet knytter sig til realisering af disse overordnede formål (se afs. 7)

Disse kompetencer skal styrkes under de givne forhold i sundhedsvæsenet, der blandt andet omfatter et kontinuerligt udgiftspres og krav og forventninger, der kan være modsatrettede.

³ Jævnfør forståelsespapir vedr. nationalt ledelsesprogram.

5. Målgruppe

De enkelte regioner og kommuner arbejder allerede på at styrke ledelseskompetencerne indenfor datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde. Derfor er det et princip, at det nationale ledelsesprogram skal designes, så det understøtter og samtidig tilføjer værdi, der ligger udover de eksisterende lokale og regionale ledelsesprogrammer indenfor datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde.

På baggrund af en kortlægning af de eksisterende ledelsesprogrammer i regionerne, anbefaler Arbejdsgruppen at målgruppen primært er:

"Personer i sundhedsvæsenet, der er ledere af ledere med driftsansvar, der har tæt tilknytning til den kliniske hverdag samt den nødvendige ledelsesmæssige og/eller faglige gennemslagskraft til at gøre en reel forskel i egen organisation og indenfor sit faglige felt".

Målgruppen vil blandt andet omfatte oversygeplejersker, ledende overlæger, klinik- og centerchefer samt kommunale ledere indenfor hjemmepleje og rehabilitering. Derudover vil det være relevant at inkludere medlemmer af styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser, medlemmer af sundhedsfaglige råd, personer som er aktører i et konkret, tværsektorielt og klinisknært samarbejde m.v.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i den konkrete udvælgelse af deltagere lægges vægt på bl.a.:

- at deltageren er dedikeret til arbejdet med moderne forbedringsmetoder i forhold til klinisknær ledelse
- at deltageren har et stærkt personligt drive
- at deltageren er i en position, hvor vedkommende kan bringe sin viden og kompetencer i spil i tæt samspil med lærings- og kvalitets-teams
- at deltageren nyder den nødvendige faglige og personlige anseelse til at kunne være en central aktør i en regional, kommunal og national kvalitetsudvikling indenfor sit faglige felt
- at deltageren har gode kommunikative evner.

For de deltagere der kommer fra det kommunale sundhedsvæsen foreslår Arbejdsgruppen, at der prioriteres deltagere der indgår i samarbejdsrelationer mellem hospitaler og kommuner omkring udvalgte patientgrupper. Udvalget skal være funktionsbåret og ikke personbåret og foretages af regionerne i dialog med KL.

Efter planen vil 40 personer gennemføre lederprogrammet årligt. De 32 pladser besættes af deltagere fra hospitalerne mens 8 pladser reserveres til deltagere fra den kommunale del af sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at pladserne fordeles som følger:

	Regionale pladser	Kommunale pladser (forslag)
Region Hovedstaden	7	2
Region Sjælland	6	1
Region Syddanmark	7	2
Region Midtjylland	7	2
Region Nordjylland	5	1
I alt	32	8

6. Indhold

Arbejdsgruppen anbefaler at ledelsesprogrammet på indholdssiden får et internationalt kvalitetsniveau. Der skal derfor tilrettelægges en udbudsproces der sikrer, at de leverandører der byder ind på den konkrete tilrettelæggelse af programmet har de nødvendige kompetencer til at sikre, at:

- Ledelsesprogrammet realiserer de formål der er opstillet og dermed understøtter visionen for det nye kvalitetsprogram
- Danske institutioner involveres så eksisterende viden og erfaring med datadrevet, kliniknært forbedringsarbejde i en dansk kontekst udgør en central del af programmets indhold
- Input fra højt estimerede udenlandske universiteter eller hospitaler udgør en central del af programmets indhold og supplerer og udfordrer danske erfaringer på området

- At der i programmet indgår enten ophold ved højt estimerede udenlandske universiteter eller hospitaler eller, at den rette udenlandske ekspertise bringes til Danmark.

Nedenfor er oplistet en række indholdselementer, som arbejdsgruppen anbefaler indeholdt i ledelsesprogrammet. Indholdselementer er forsøgt rubriceret i forhold til programmet formål (se boks 1). En detaljeret beskrivelse af indholdselementerne vil indgå i opdraget til de leverandører, der deltager i udbudsprocessen.

Boks 2: Indholdselementer i relation til programmets formål

Relation til formål for programmet	Indholdselement
Tværgående	<ul style="list-style-type: none"> • Viden om moderne forbedringsmetoder, forbedringsledelse og den ledelsesmæssige opgave i denne tilgang, med fokus på arbejde med PDSA-cirkler • Implementering af en forbedringskultur, hvor der er åbenhed om resultaterne • Viden om incitamentsstrukturer og motivationsfaktorer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring • Ledelse af organisatoriske forandringer ved implementering af nyt nationalt kvalitetsprogram
Styrke ledelsernes kompetencer til at identificere regionale/kommunale kvalitetsudfordringer, opstille kliniske meningsfulde mål for den regionale/kommunale kvalitetsudvikling og på baggrund heraf designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet og andre key performance indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk sammenhæng i forbedringsarbejdet i koblingen mellem nationale mål og regionale/kommunale mål • Opstilling af synlige mål for forbedringsarbejdet og Key Performance Indicators (KPI'er), der kobler overordnede strategiske mål til det meningsfulde i det kliniske arbejde.
Styrke ledelsernes kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> • Metoder til systematisk inddragelse af

<p>til at reducere spild, skabe omkostningseffektive løsninger af høj kvalitet, fremme systematisk inddragelse af patienter og pårørende og understøtte sammenhæng i samlede behandlingsforløb</p>	<p>patienter og pårørende i forbedringsarbejdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forenkling, afbureaukratisering og reduktion af spild. • Ledelse af sammenhængende patientforløb, herunder metoder og tilgang ved involvering af samarbejdspartnere.
<p>Styrke ledelsernes kompetencer til at lede, understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevne, kliniknære kvalitetsforbedringer, herunder understøtte arbejdet i lærings- og kvalitetsteams</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Databaseret ledelse. Tolkning af datafremstillinger – herunder Statistisk Proceskontrol (SPC) – og strategisk anvendelse af data i fokusering og ledelse af forbedringsarbejdet • Fremdrift, overordnet styring og opfølgning på forbedringsarbejdet. • Implementering af effektiviseringsprocesser og realisering af gevinster
<p>Skabe et fælles sprog for forbedringsarbejdet ved at fremme udbredelse af viden om og anvendelse af moderne forbedringsmetoder lokalt, regionalt og nationalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spredning af viden, i og udenfor egen organisation, om forbedringsmetoder, forbedringsledelse og resultater

Arbejdsgruppen anbefaler, at det faglige indhold og det samlede uddannelsesforløb opfylder følgende:

- Forløbet skal være forankret ved ”sponsor” i egen organisation, som aktivt involveres undervejs (se afs. 8)
- Forløbet understøtter, at de kommunale og regionale deltagere arbejder med kvalitetsforbedringer af fælles patientgrupper/forløb
- Forløbet involverer centrale samarbejdspartnere og flere ledelsesniveauer undervejs (f.eks. som hjemmearbejde)
- Forløbet indeholder både inspiration og konkret træning i at omsætte ny viden til konkrete forbedringsindsatser
- Programmet indeholder arbejde i læringsgrupper, hvor lederne både træner ledelse efter den nye kvalitetstilgang og trænes i at skabe gode læringsrum.

7. Succeskriterier

Side 9

Arbejdsgruppen anbefaler, at der tilrettelægges en løbende evaluering af det nationale ledelsesprogram med henblik på at sikre fornøden effekt samt mulighed for justering. Inden programmet sendes i udbud bør det fastlægges, hvem der står for den løbende evaluering.

Som pejlemærker for om programmet giver den ønskede effekt, er der opstillet følgende succeskriterier på henholdsvis national, organisatorisk og individuelt niveau:

Nationale succeskriterier:

De nationale succeskriterier skal adressere de overordnede formål for programmet (se afs. 4). De nationale succeskriterier er, at:

- bidrage til at implementere indholdet i det nye kvalitetsprogram, herunder oversættelse af nationale mål til lokale og kliniske meningsfulde kvalitetsindsatser, reduktion af spild i kliniske processer og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde
- understøtte en Triple-Aim inspireret tilgang til kvalitetsudvikling med samtidigt fokus på kvalitet og omkostninger
- bidrage til at der skabes et fælles sprog for forbedringsarbejdet og en forbedringskultur i sundhedsvæsenet på tværs af kommuner og regioner
- skabe netværk for ledere med fokus på datadrevet forbedringsledelse og her igennem ambassadører, der kan sprede viden om forbedringsmetoder og forbedringsresultater
- bidrage til at udbrede metoder til involvering af patienter og pårørende.

Organisatoriske succeskriterier:

Succeskriterierne på organisationsniveau adresserer de effekter deltagerens egen organisation skal opleve som konsekvens af det nationale ledelsesprogram. Deltagerens organisation skal kunne forvente:

- konkrete, omkostningseffektive kvalitetsforbedringer af interne patientforløb, såvel som forløb, der går på tværs i sundhedsvæsenet blandt andet via involvering af patienter og pårørende
- at der udvikles en forbedringskultur baseret på datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde og synlig ledelse i frontlinjen i den afde-

ling, deltageren repræsenterer, samtidig med at relationer til vigtige samarbejdspartnere styrkes

Side 10

- at deltageren videreformidler og anvender metoder og redskaber i egen organisation, og påtager sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet i egen organisation samt lærings- og kvalitetsteams.

Individuelle succeskriterier:

Der er opstillet følgende succeskriterier for den enkelte deltagers gennemførelse af ledelsesprogrammet. Succeskriterierne adresserer de formål der er beskrevet ovenfor (se boks 1).

Efter gennemførelse af ledelsesprogrammet skal den enkelte deltager have:

- opnået indsigt i og viden om den grundlæggende tænkning, principper og metoder indenfor moderne forbedringsarbejde, herunder
 - a) kunne efterspørge de rette fremstillinger af data og tolke disse så der skabes det nødvendige grundlag for overordnet prioritering, fremdrift og evaluering af forbedringsindsatsen
 - b) kunne medvirke aktivt til at fjerne barrierer for udvikling og hurtig implementering af forbedringer af værdi for patienter og pårørende på tværs i sundhedsvæsenet
 - c) kunne medvirke aktivt til at patienter og pårørende inddrages systematisk i forbedringsarbejdet
 - d) kunne medvirke aktivt til at reducere spild i kliniske processer, forenkling og afbureaukratisering
 - e) kunne medvirke til at effektivisere arbejdsgange og ressourceforbrug samt realisere gevinster
 - f) kunne medvirke aktivt til at designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af lokale, regionale og nationale målsætninger
- medvirket til gennemførelse af konkrete forbedringer af den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- være afklaret om egen ledelsesrolle i arbejdet med at skabe kontinuerlige kvalitetsforbedringer, herunder:
 - a) kunne indgå i ledelsesteams, der kan skabe kvalitetsforbedringer
 - b) have nye og bedre evner til at indgå i og implementere strategiske, nødvendige forbedringer i egen organisation

- c) være synlig rollemodel, motivere og understøtte skabelse af en forbedringskultur med fokus på læring og åbenhed om resultater
 - d) have indsigt i incitamentsstrukturer der understøtter kontinuerlige kvalitetsforbedringer og læring samt deres styrker og svagheder, herunder have indsigt i hvilke faktorer der styrker motivationen for forskellige typer af medarbejdere
 - e) kunne anvende innovative metoder og tilgange i arbejdet med forbedringer
- styrket gennemslagskraft til at kunne skabe forbedringer og sprede viden i og udenfor egen organisation om anvendelse og resultater af forbedringsarbejde baseret på moderne forbedringsmetoder
 - et styrket netværk omkring forbedringsarbejdet.

8. Rammer for gennemførelse af programmet

Arbejdsgruppen anbefaler, at deltagerne i programmet skal have en ”sponsor” fra et højere (øverste) ledelsesniveau, som aktivt kan bidrage til den organisatoriske forankring og medvirke til at bane vejen for, at deltageren kan udbrede den viden, der erhverves i forløbet.

Sponsoren forpligtes til aktivt at medvirke til at de organisatoriske og individuelle succeskriterier opfyldes. Derfor er det arbejdsgruppens anbefaling, at sponsoren som minimum forpligtes til at deltage i et opstartsmøde med deltageren og aftale strategisk fokus, resultater og organisatorisk forankring af del deltageren arbejder med og får indsigt i undervejs i forløbet.

Derudover kan sponsoren deltage i et eventuelt kick-off arrangement for ledelsesprogrammet samt eventuelle oplæg ved udenlandske undervisere/oplægsholdere. Dette for at sikre, at sponsoren også erhverver sig viden om grundlaget for forbedringsarbejde.

Desuden anbefaler arbejdsgruppen, at der sikres involvering af andre aktører under selve forløbet, ex. flere ledelsesniveauer, samarbejdspartnere (herunder almen praksis og private aktører/firmaer). Dette for at sikre bred forankring både vertikalt og horisontalt. Aktørerne kan med fordel deltage på enkelte moduler/aktiviteter.

Endelig kan det overvejes om centrale stabsmedarbejdere, som hjælper til at tilvejebringe og behandle data, skal indgå i aktiviteter (eventuelt parallelt),

så de bedst muligt understøtter den datadrevne forbedringsledelse.

Side 12

9. Overordnet Tidsplan

Primo 2016: Færdig beskrivelse af det nationale ledelsesprogram

Marts - November 2016: Gennemførelse af udbud

Ultimo 2016: Første hold startes op



Notat om Praktikbehov, -fordeling og -kapacitet til sundhedsprofessionsuddannelserne i Region Syddanmark (3. udkast)

Afdeling/enhed	Sundhedsuddannelser
Oprettelsesdato	08.11.2016
Udarbejdet af	Lone Hougaard
Dokumentnavn	Praktikbehov, -fordeling og -kapacitet til sundhedsprofessionsuddannelserne

1. Baggrund

Alle studerende ved sundhedsuddannelserne ved UCSYD og UCL er i forskelligt omfang i praktik i statslige, regionale, kommunale eller private institutioner inden for sundhedsområdet og det tilgrænsende sociale område, eller ved andre uddannelsesrelevante institutioner, organisationer eller virksomheder i den syddanske region.

Det har været vanskeligt at skabe overblik over omfanget og fordelingen af praktikforpligtelsen i de to professionshøjskoler dækningsområder, mellem den regionale, kommunale og private social- og sundhedssektor, og mellem kommunerne og sygehusene. En årsag er manglen på en ensartet opgørelsesmetode.

Advisory Board¹ anbefaler, at der udvikles et fælles begrebssæt og fælles modeller for beregning og dokumentation af praktikbehovet, -forpligtelsen, -fordelingen og -kapaciteten.

2. Begrebssættet

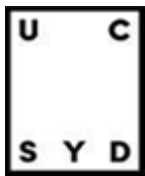
2.1 ECTS (European Credit Transfer System)

Der tages udgangspunkt i begrebet (enheden) ECTS-point, som angiver omfanget af de teoretiske og kliniske/praktiske uddannelsesperioder i studieordningerne. Enheden anvendes i uddannelsessystemet i hele Europa.

ECTS-point er et mål for arbejdsbelastningen for en studerende. 60 ECTS-point er værdimålet for et års fuldtidsstudie, dvs. et års arbejdsindsats i et fuldtidsstudie.

I uddannelsessektoren opereres der sædvanligvis med, at 60 ECTS-point svarer til 40 studieuger. En praktikperiode af et omfang på fx 30 ECTS-point gennemføres således på ca. 20 uger.

1. Advisory Board fungerer som følgegruppen ved UCSYD og UCL ifm implementering af de nye sundhedsfaglige uddannelsesbekendtgørelser. Følgegruppen består af ledere på det strategiske ledelsesniveau fra 2 kommuner, de regionale sygehusenheder, den regionale psykiatri, SDU, UC erne, Sundhedskartellet samt sekretariatsmedarbejdere fra KKR og region Syddanmark.



2.2 Dimensionering

Dimensioneringen angiver antallet af studerende, som en uddannelsesinstitution skal optage eller ud-danne pr. år.

Forsknings- og uddannelsesministeriet fastlægger professionshøjskolernes - her UCSYDs og UCL's - dimensionering i samråd mellem Professionshøjskolerne, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. Dimensioneringen inkluderer en overbooking på 5 % som kompensation for tidligt frafald i uddannelserne. Region Syddanmark og kommunerne i regionen er forpligtet til at stille praktikpladser til rådighed for de studerende inden for institutionernes dækningsområder. Fordelingen af praktikforpligtelsen sker gennem forhandling mellem uddannelsesinstitutionerne og regionen og kommunerne.

2.3 Studenterårsværk

Enheden studenterårsværk - STÅ - angiver omfanget af den uddannelsesindsats, som en given institu-tion eller et givet praktiksted har leveret inden for en periode, fx et semester eller et år. STÅ kan også betragtes som et mål for uddannelsesindsatsen eller "studenterproduktionen".

Enheden STÅ defineres som en uddannelsesindsats svarende til en fuldtidsstuderende i ét år, og et studenterårsværk er derfor 60 ECTS-point.

STÅ anvendes som afregningsenhed i uddannelsessektoren, dvs. mellem Uddannelses- og forsk-ningsministeriet og uddannelsesinstitutionerne, og mellem uddannelsesinstitutionen og de praktikste-der, som får betaling for praktikuddannelse af studerende.

Antallet af STÅ beregnes på baggrund af omfanget af et uddannelsesforløb målt i ECTS-point og antal-let af studerende efter følgende formel:

$$\text{Antal ECTS} \cdot \text{antal studerende} / 60$$

Eksempel

6 studerende gennemfører en praktikperiode svarende til 30 ECTS i Korsbæk kommune

Korsbæk kommunes uddannelsesindsats målt i STÅ er $30 \cdot 6 / 60 = 3$ STÅ (svarende til 3 fuldtidsstude-rende på ét år)

3. Modeller

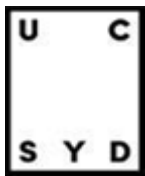
Begrebssættet, ECTS-point, dimensionering og STÅ gør det muligt at beregne, dokumentere og sam-menligne praktikindsatsen (-kapaciteten) på forskellige praktiksteder. Beregningerne kan også danne grundlag for en fordeling af praktikforpligtelsen efter objektive kriterier.

Til formålet er der udviklet to modeller, som i det følgende er eksemplificeret i forhold til sygeplejerske-uddannelsen.

Model 1: Regional oversigt over praktik i kommunalt regi: Sygeplejerskeuddannelsen

Modellen viser en opgørelse af den samlede praktikforpligtelse i kommunerne i Region Syddanmark målt i studenterårsværk - STÅ -, fordelt relativt i forhold til befolkningstallet i kommunerne. Modellen er beregnet til anvendelse på strategisk ledelsesniveau i forhold til en bestemt uddannelse inden for ud-dannelsernes/udbudsstedernes respektive dækningsområder.

I eksemplet er der taget udgangspunkt i praktikbehovet knyttet til sygeplejerskeuddannelsen i henhold til dimensioneringen ved UCL og UCSYD..



Kommunernes samlede praktikforpligtelse målt i STÅ (praktik STÅ) er beregnet på baggrund af dimensioneringen (antallet af studerende), omfanget af den samlede praktikuddannelse målt i ECTS-point, og omfanget af praktikuddannelsen i kommunalt regi målt i ECTS-point.

Af opgørelsen i modellen fremgår, hvordan praktikforpligtelsen (kapaciteten, produktionen, leverancen) målt i STÅ kan fordeles relativt mellem kommunerne i professionshøjskolernes dækningsområde på baggrund af befolkningstallet.

Modellen kan også anvendes til beregning og fordeling af praktikkapaciteten på sygehusene i Region Syddanmark, eller i private virksomheder i Region Syddanmark, dog med andre fordelingsnøgler. Og den kan anvendes i forhold til praktik i andre uddannelser end sygeplejerskeuddannelsen.

Model 2: Oversigt over praktik i kommunerne i dækningsområdet for Sygeplejerskeuddannelsen

Modellen viser en opgørelse over og fordeling af praktikforpligtelsen målt i STÅ for sygeplejestuderende ved et udbudssted og ift kommunerne inden for udbudsstedets dækningsområde. Modellen er beregnet til anvendelse på taktisk ledelsesniveau i forhold til en bestemt uddannelse på et bestemt udbudssted, og det dertil knyttede dækningsområde.

Af opgørelsen i modellen fremgår, hvor mange studerende der skal gennemføre praktik af et bestemt omfang (antal ECTS), på et givet semester i en given kommune.

Det enkelte praktikstedets praktikforpligtelse er beregnet i STÅ. Desuden fremgår kommunernes samlede praktikforpligtelse (-leverance) målt i STÅ.

Modellen kan tilsvarende anvendes til beregning og fordeling af praktikkapaciteten på sygehusene, i regionpsykiatrien, eller i private virksomheder inden for uddannelsens/udbudsstedets dækningsområde. Og den kan anvendes i forhold til praktik i andre uddannelser end sygeplejerskeuddannelsen.

Eksemplet viser fordelingen af praktik på de forskellige semestre i sygeplejerskeuddannelsen i kommunerne med Sygeplejerskeuddannelsen i Odense som case.

Implementeringsoversigt nye studieordninger 2016

	2/1/2016	9/1/2016	2/1/2017	9/1/2017	2/1/2018	9/1/2018	2/1/2019	9/1/2019
Sept. 2014	4. semester	5. semester	6. semester	7. semester				
Feb.2015	3. semester	4. semester	5. semester	6. semester	7. semester			
Sept.2015	2. semester	3. semester	4. semester	5. semester	6. semester	7. semester		
Feb.2016	1. semester	2. semester	3. semester	4. semester	5. semester	6. semester	7. semester	
Sept.2016		1. semester	2. semester	3. semester	4. semester	5. semester	6. semester	7. semester
Feb. 2017			1. semester	2. semester	3. semester	4. semester	5. semester	6. semester
Sept. 2017				1. semester	2. semester	3. semester	4. semester	5. semester
Feb.2018					1. semester	2. semester	3. semester	4. semester
Sept.2018						1. semester	2. semester	3. semester
	Gammel studieordning (2008 eller 2009)							
	Ny studieordning 2016							

Regional oversigt over praktik i kommunalt regi: Sygeplejerskeuddannelsen (model 1)

Tabellen viser omfanget af det samlede praktikårsværk i kommunalt regi for de tre udda under hvert uddannelsesudbudssted fordelt på kommunerne i dækningsområdet efter d

KOMMUNE	Befolkning		Befolkning (UCL's dækni Studieordning 2008
	Studieordning 2008	Studieordning 2016	Studieordning 2008
Fredericia	50,689	50,689	6.4%
*Hedensted	46,206	-	5.8%
Kolding	91,695	91,695	11.6%
Vejle	111,743	111,743	14.1%
Assens	41,224	41,224	5.2%
Kerteminde	23,880	23,880	3.0%
Middelfart	37,913	37,913	4.8%
Nordfyns	29,298	29,298	3.7%
Nyborg	31,886	31,886	4.0%
Odense	198,972	198,972	25.1%
Faaborg-Midtfyn	51,236	51,236	6.5%
Langeland	12,547	12,547	1.6%
Svendborg	58,228	58,228	7.4%
Ærø	6,290	6,290	0.8%
UCL's dækningsområde	791,807	745,601	100%

*Hedensted er en del af UCL's (og udbudsstedet Vejles) dækningsområde i forhold til studieordning 2008, ikke i studieordning 2016

Kilde: <http://www.statistikbanken.dk/10022>

Kolonne 1 angiver navnet på kommunerne inden for professionshøjskolens (UCL's) dækningsområde

Kolonne 2 angiver befolkningstallet i kommunerne

Kolonne 3 angiver den %-vise befolkningsandel inden for professionshøjskolens (UCL's) dækningsområde

Kolonne 4 ngiver den %-vise befolkningsandel inden for 3 udbudssteders dækningsområder

Kolonne 5 angiver PraktikSTÅ-indsatsen i sygeplejerskeuddannelsen i de forskellige kommuner efter studieordni

Kolonne 6 angiver den forventede PraktikSTÅ-indsats i studieordningen af 2016

Kolonne 7 angiver forskellen mellem PraktikSTÅ-indsatsen efter studieordningerne af 2008 og 2016

Regional oversigt over praktik i kommunal socialpsykiatri: Sygeplejerskeuddannelsen

KOMMUNAL SOCIALPYKIATRI

Fredericia

Kolding

Vejle

OK-centret privat

Odense

Svendborg

Kommunale praktikSTÅ i alt

UCL's dækningsområde

nnelsesudbudssteder (Vejle, Odense og Svendborg) under Sygeplejerskeuddannelsen en enkelte kommunes relative befolkningsandel.

ngsandel ingsområde) Studieordning 2016	Befolkningsandel (UCL's udbudssteder)			Praktik-STÅ ekskl. soc (Studieordning	
	*Vejle	Odense	Svendborg	Vejle	Odense
6.8%	16.9%	19.9%		9.9	
-	15.4%	-		9.0	
12.3%	30.5%	36.1%		17.9	
15.0%	37.2%	44.0%		21.8	
5.5%		11.4%			5.7
3.2%		6.6%			3.3
5.1%		10.4%			5.3
3.9%		8.1%			4.1
4.3%		8.8%			4.4
26.7%		54.8%			27.6
6.9%			39.9%		
1.7%			9.8%		
7.8%			45.4%		
0.8%			4.9%		
100%	100%	100%	100%	58.5	50.4

<i>Praktik-ECTS i kommunalt regi</i>	19.5	13.8
<i>ECTS-andel i kommunalt regi af samlet praktik-ECTS (90)</i>	21.7%	15.3%
<i>Praktik-STÅ (kommunalt regi)</i>	58.5	50.4
<i>Dimensionering</i>	180	219

ngen af 2008 (eksklusiv PraktikSTÅ-indsatsen i den kommunale socialpsykiatri, som kan ses på side 2)

Praktik-STÅ
(Studieordning

	Vejle	Odense
	0.0	
	1.6	
	8.0	
	2.4	
		8.6
	12.0	8.6
	12.0	8.6

ved UCL. Omfanget er opgjort for hhv. studieordning 2008 og 2016 og

socialpsykiatri (2008) Svendborg	Praktik-STÅ inkl. socialpsykiatri (Studieordning 2016)			Afv. fra nuv. til ny studieordning (+/-)
	Vejle	Odense	Svendborg	
	17.2			7.4
	-			-9.0
	31.2			13.3
	38.0			16.2
		11.5		5.8
		6.7		3.3
		10.6		5.3
		8.2		4.1
		8.9		4.5
		55.5		27.9
7.0			15.1	8.1
1.7			3.7	2.0
7.9			17.2	9.2
0.9			1.9	1.0
17.5	86.4	101.3	37.8	99.1

13.8	27	27	27	33.9
15.3%	30.0%	30.0%	30.0%	37.7%
17.5	86.4	101.3	37.8	
76	192	225	84	26

Å (2008)	Praktik-STÅ (Studieordning 2016)	Afvigelse
-------------	-------------------------------------	-----------

Svendborg	Veje		Odense	Svendborg	(+/-)
4.0					
4.0					-20.6
4.0	0.0	0.0	0.0		-20.6

Regional oversigt over praktik i kommunalt regi: Sygeplejerskeuddannelsen ved

Tabellen viser omfanget af det samlede praktikårsværk i kommunalt regi for de to uddannelsesudbudssygeplejerskeuddannelsen ved UC SYD. Omfanget er opgjort for hhv. studieordning 2008 og 2016 og un

KOMMUNE	Befolkning 2016	Befolkningsandel (UC SYD's dæknings- Nuv. Studie- Ny studieordning ordning)		Befolkningsandel (UC SYD's Esbjerg Sønder- borg)	
Billund	26,434	5.7%		11%	
Esbjerg	115,748	24.8%		49%	
Fanø	3,290	0.7%		1%	
Varde	50,289	10.8%		21%	
Vejen	42,869	9.2%		18%	
Sønderborg	74,737	16.0%			33%
Haderslev	56,029	12.0%			25%
Tønder	37,904	8.1%			17%
Aabenraa	58,869	12.6%			26%
UC SYD's dækningsområde	466,169	100%		100%	100%
REGION SYDDANMARK	1,343,381				

Kilde: <http://www.statistikbanken.dk/10022>

*Praktik-ECTS i kommunalt regi
ECTS-andel i kommunalt regi af samlet praktik-ECTS
Praktik-STÅ (kommunalt regi)
Dimensionering*

Kolonne 1 angiver navnet på kommunerne inden for professionshøjskolens (UC SYD's) dækningsområde

Kolonne 2 angiver befolkningstallet i kommunerne

Kolonne 3 angiver den %-vise befolkningsandel inden for professionshøjskolens (UC SYD's) dækningsom

Kolonne 4 angiver den %-vise befolkningsandel inden for de to udbudssteders dækningsområder

Kolonne 5 angiver PraktikSTÅ-indsatsen i sygeplejerskeuddannelsen i de forskellige kommuner efter stu

Kolonne 6 angiver den forventede PraktikSTÅ-indsats i studieordningen af 2016

Kolonne 7 angiver forskellen mellem PraktikSTÅ-indsatsen efter studieordningerne af 2008 og 2016

***Sygeplejerskeuddannelsen ved UC SYD har ingen studerende i praktik i kommunal socialpsykiatri**

UC SYD

teder (Esbjerg og Sønderborg) under
der hvert uddannelsesudbudssted fordelt på kommunerne i

Praktik-STÅ (Studieordning)		Praktik-STÅ (Studieordning)		Afvigelse (+/-)
Esbjerg	Sønder- borg	Esbjerg	Sønder- borg	
4.2		6.1		1.9
18.4		26.7		8.2
0.5		0.8		0.2
8.0		11.6		3.6
6.8		9.9		3.1
	11.0		9.7	-1.4
	8.3		7.2	-1.0
	5.6		4.9	-0.7
	8.7		7.6	-1.1
38.0	33.6	55.0	29.4	12.8

19	16.8	27.5	14.7
21%	19%	31%	16%
38	33.6	55	29.4
120	120	120	120

;

råde

dieordningen af 2008

Oversigt over praktik i kommunerne i dækningsområdet for Sygepleje

Eksklusiv kommunal socialpsykiatri

Aktuel klinisk dimensionering pr. 01.06.2016

Semester Modul	1. semester 1. Modul			2. semester 4. Modul		
	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ
Samarbejdspartner						
Kommune						
Middelfart	8	1	0.13	12	15	3
Assens	6	1	0.1	2	15	0.5
Odense	36	1	0.60	36	15	9
Nordfyn	6	1	0.10	0	15	0
Kerteminde	6	1	0.10	4	15	1
Nyborg	6	1	0.10	16	15	4
i alt	68	1	1.133333	70	15	17.5

Der har været en aftale om 102 kliniske uddannelsespladser halvårlig, selv om optaget har været 108. D

Der er ikke regnet med frafald gennem uddannelsen

Evt. klinisk uddannelse (ECTS) på 7. semester er ikke indregnet

Forventet dimensioneringsbehov fra 01.09.2016 Eksklusiv kommunal socialpsykiatri

Semester	1. semester			2. semester		
	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ
Samarbejdspartner						
Kommune						
Middelfart	8	5	0.67	8	15	2
Assens	8	5	0.67	8	15	2
Odense	41	5	3.42	41	15	10.25
Nordfyn	6	5	0.50	6	15	1.5
Kerteminde	5	5	0.42	5	15	1.25
Nyborg	7	5	0.58	7	15	1.75
i alt	75	5	6.25	75	15	18.75

Dimensionering i alt 225 inkl. 6 meritpladser (20 optagne meritstuderende). Frafald ikke indregnet!

Erskuddannelsen Odense

3. semester 6. Modul			3. semester 8. Modul			6. semester 11+12. Modul		
Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ
0	12	0	0	0	0	8	30	4
20	12	4	0	0	0	6	30	3
36	12	7.2	0	0	0	36	30	18
8	12	1.6	0	0	0	6	30	3
4	12	0.8	0	0	0	4	30	2
0	12	0	0	0	0	8	30	4
68	12	13.6	0	0	0	68	30	34

Det har betydet at studerende som har været sygemeldt, haft barsel eller lignende har måtte tage ufrivillig pause.

3. semester			4. semester			5. semester		
Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ
4	15	1		10	0	7	5	0.58
4	15	1		10	0	8	5	0.67
19	15	4.75		10	0	36	5	3
4	15	1		10	0	5	5	0.42
4	15	1		10	0	4	5	0.33
4	15	1		10	0	6	5	0.5
39	15	9.75	0	10	0	66	5	5.5

x. semester x. Modul			STÅ i alt
Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	
0	0	0	7.13
0	0	0	7.60
0	0	0	34.80
0	0	0	4.70
0	0	0	3.90
0	0	0	8.10
0		0	66.23

20%
79.48

e.

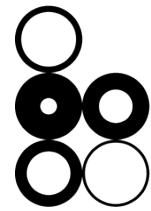
6. semester			7. semester			STÅ i alt
Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	Antal stud.pr.år	ECTS- point	STÅ	
9	30	4.5	7	5	0.58	9.33
9	30	4.5	8	5	0.67	9.50
42	30	21	36	5	3	45.42
7	30	3.5	5	5	0.42	7.33
6	30	3	4	5	0.33	6.33
7	30	3.5	6	5	0.5	7.83
80	30	40	66	5	5.5	74.75

5. og 7. semester er ik

cke medtalt



DANSKE
REGIONER



Forståelsespapir mellem Danske Regioner og KL vedrørende ny fordelingsnøgle for sosu-assistentuddannelsen

Danske Regioner og KL er enige om at styrke uddannelsen af sosu-assistentelever til det sammenhængende sundhedsvæsen, og at ansættelsen af sosu-assistentelever skal afspejle det arbejdsmarked, der uddannes til. Både kommuner og regioner er interesserede i at der også fremover uddannes kvalificerede sosu-assistenter til sundhedsvæsnet. Der er derfor enighed om en omlægning af sosu-assistentuddannelsen, der skal løfte kompetenceniveauet, og som samlet set skal være udgiftsneutral.

Parterne er enige om, at fordelingen af elevansættelser mellem kommuner og regioner i højere grad skal afspejle det arbejdsmarked der uddannes til. Aktuelt er der gennem de senere år sket en udvikling i retning af en stigende efterspørgsel efter sosu-assistenter i kommunerne og en vigende efterspørgsel efter sosu-assistenter i regionerne. Danske Regioner og KL er derfor enige om, at kommunerne fremover ansætter 71 procent af sosu-assistenteleverne mens regionerne ansætter de resterende 29 procent. Omlægningen er dermed udgiftsneutral for regionerne under de forudsætninger, der ligger til grund for aftalen. For kommunerne indebærer omlægningen en merudgift. Det skal ses i sammenhæng med en forventet besparelse som følge af et reduceret optag på sosu-hjælperuddannelsen.

Fordelingen af elevansættelser skal ses i lyset af, at den aktuelle ansættelsesfordeling af færdiguddannede sosu-assistentelever at 74 procent er ansat i kommunerne mens 26 procent er ansat i regionerne ifølge KRLD. Danske Regioner og KL er enige om, at fordelingen af elevansættelserne revurderes hvert andet år med henblik på, dels at vurdere økonomien ift. fordelingen af sosu-assistentelever, dels af sikre, at den fortsat afspejler de færdiguddannede sosu-assistenters ansættelsesforhold og tager højde for udviklingen i dimensioneringen.

02-06-2016

Sag nr. 14/1599

Dokumentnr. 27468/16

Anne-Dorthe Sørensen

Andreas Brenneche

Tel. 35298191

E-mail: ans@regioner.dk

Baggrund

Side 2

Danske Regioner og KL er (sammen med FOA) blevet enige om en gennemgribende omlægning af sosu-uddannelsernes opbygning og indhold ud fra ønsket om at sikre en styrket uddannelse, der afspejler opgaver, arbejdstilrettelæggelse og kompetencebehov i det samlede sundhedsvæsen.

Omlægningen indebærer blandt andet

- Opdeling af hjælper- og assistentuddannelsen i to selvstændige uddannelser
- en assistentuddannelse af omtrent samme varighed som hjælper- og assistentuddannelsen tilsammen i dag
- en flytning af praktikuger fra regioner til kommuner

Generelle forudsætninger for beregningerne

Der ligger følgende forudsætninger til grund for aftalen:

- Der optages 4.700 sosu-assistentelever årligt i 2017 og 2018
- Frafaldet på uddannelsen er 12,5 pct.
- Der regnes på en elevpopulation efter frafald svarende til 4.112 sosu-assistentelever
- Udgifterne til de 4700 sosu-assistenteleverer holdt op mod en før-situation med 4000 sosu-assistentelever
- Sosu-assistentuddannelsen har en varighed på 2 år, 10 mdr. og 3 uger. heraf udgør skoleundervisningen 48 uger og praktikken 87 uger
- Omlægningen af uddannelsen indebærer et fald i antallet af regionale praktikuger ift. den gamle model med 10.947 praktikuger
- Omlægningen af uddannelsen medfører (samlet for hjælper- og assistentuddannelsen) et fald i antallet af kommunale praktikuger med 9.448 uger. Det skal ses i sammenhæng med et forventet reduceret optag på hjælperuddannelsen.
- Udgiften til praktikvejledning er pr. elevuge 1.131 kr.
- Der er i beregningerne anvendt aktuelle lønsatser for sosu-assistentelever
- Der er i beregningerne anvendt aktuelle AUB-refusionssatser

Supplerende pulje på 300 elevpladser

Der er enighed om, at der udover de 4.700 sosu-assistentelever oprettes en pulje på 300 ekstra elevpladser, som kan oprettes ud over de 4.700, hvis kommunerne finder det nødvendigt.

Elevlønudgiften til de ekstra praktikpladser afholdes af den arbejdsgiver, der ønsker at oprette pladserne. Lønudgiften til 300 elever svarer til 88 mio. kr. i kommunerne. Udgiften til praktik afholdes af praktikværterne. Regionerne stiller praktikkapacitet og vejledning til rådighed for de 300 elever. Såfremt alle 300 elever optages og gennemfører, giver det regionerne en merudgift på 5,8 mio. kr. De 300 praktikpladser fordeles på regionerne med udgangspunkt i bloktilskudsnøglen for sundhed.

Kort om den nye dimensioneringsaftale

Den nye dimensioneringsaftale

Den nye centrale dimensioneringsaftale følger den generelle udvikling på området: Fremadrettet skal der uddannes flere SOSU-assistentter og færre SOSU-hjælpere (og PAU'er). På landsplan er dimensioneringen i 2017 sat til 4.700 SOSU-assistentelever, som ansættes i enten kommune eller region og 2.220 SOSU-hjælperelever, som alle ansættes af kommuner. Hertil kommer 2 ekstra frivillige puljer med hver 300 pladser, som oprettes af de kommuner, der har behov for at supplere egne kvoter af SOSU-hjælpere og SOSU-assistentter.

Den nationale dimensionering er efterfølgende fordelt på kommunerne via KKR efter en fordelingsnøgle, der vægter demografi 50 % og historisk fordeling 50%. Af bilaget fremgår det, hvor mange SOSU-hjælperelever og SOSU-assistentter hver af de 22 syddanske kommuner skal ansætte i 2017.

Fordeling mellem kommuner og regioner

Aftalen skaber endvidere et solidt fundament for den videre udbygning af det nære sundhedsvæsen i kommunerne. Efterspørgslen af SOSU-assistentter forventes at stige de kommende år i kommunerne, mens der er sket en stigende efterspørgsel af SOSU-assistentter i regionerne. Kommunerne skal fremover ansætte 71 % af SOSU-assistentteleverne, mens regionerne ansætter de resterende 29 %. Tidligere var fordelingen 45%/55%.

Ansættelser og antal elevpladser er ikke det samme: Elever ansat af regioner skal også i praktik i kommunalt regi. Fordelingen af kommunale praktikforløb af regionens elevansættelser sker i de lokale uddannelsesudvalg (LUU).

Udgiftsneutralitet

Den nye aftale er udgiftsneutral for både kommuner og regioner. For kommunerne modregnes merudgiften ved at ansætte markant flere SOSU-assistentter af besparelsen ved reduceret optag på SOSU-hjælperuddannelsen. For regionerne gælder, at selvom der uddannes flere SOSU-assistentter, har de kun lønomkostninger for 29 % af disse eleverne.

Læs hele dimensioneringsaftalen her: <http://www.uvm.dk/Aktuelt/~UVM-DK/Content/News/Udd/Voksne/2016/Sep/160901-Ny-aftale-om-praktikpladser-paa-velfaerdsomraader>

Bilag 1: De syddanske kommunernes SOSU-hjælper- og SOSU-assistentelevpladser for 2017

Kommune	SOSU-hjælpere			SOSU-assistenter		
	2016	2017	Ekstra elever fra frivillig pulje	2016	2017	Ekstra elever fra frivillig pulje
Middelfart	53	16		11	22	2
Assens	61	18		14	26	3
Faaborg-Midtfyn	77	24		17	33	3
Kerteminde	34	11		7	15	
Nyborg	46	14		10	20	
Odense	259	75		58	106	
Svendborg	86	26		19	36	
Nordfyns	42	13		9	18	
Langeland	22	7		6	11	
Ærø	11	4		2	5	
Haderslev	82	25		18	34	
Billund	37	11		8	15	2
Sønderborg	112	34	5	25	48	
Tønder	58	18		13	25	
Esbjerg	160	47		35	66	9
Fanø	4	2		1	2	
Varde	72	22		16	31	5
Vejen	60	18	10	14	26	
Aabenraa	86	26	4	19	37	
Fredericia	70	21		16	30	
Kolding	122	36		27	49	
Vejle	147	43		33	62	
I alt	Frivillig social og sundhedshjælper		19	Frivillig Social og sundhedsassistent		24

Borgere med svære spiseforstyrrelser

2016

Syddanmarks afrapportering om borgere med svære spiseforstyrrelser

KKR
Syddanmark

Indhold

Indledning.....	3
Metodisk grundlag.....	4
1. Målgruppen	4
Antal borgere med svære spiseforstyrrelser	4
2. Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud på det sociale område	5
Botilbud	5
Børn	5
Voksne	6
Tilbud som flere kommuner peger på, og som af socialtilsynet er godkendt specifik til borgere med spiseforstyrrelser	6
Matrikelløse tilbud	7
Eksempler på matrikelløse tilbud	8
Samarbejdsaftaler	10
3. Udfordringer i forhold til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud på det sociale område.....	10
4. Kommunernes fremadrettede tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud til målgruppen på det sociale område.	10
5. Perspektivering fra Syddanmark	11
Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser	11
Bilag 1: Beskrivelse af tilbuddene.....	12

Indledning

Socialstyrelsen har i henhold til lov om Social service §13 stk. 3 anmodet kommunalbestyrelserne i hver region om at behandle den centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser.

Formålet med Socialstyrelsens udmelding er at sikre den nødvendige koordination og planlægning af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen på tværs af kommuner og regioner.

Den Centrale Udmelding skal danne baggrund for en dialog med kommunalbestyrelserne om de højt specialiserede indsatser og tilbud til børn, unge og voksne med en svær spiseforstyrrelse. Socialstyrelsens indgang til dialogen er det eksisterende rammeaftalesamarbejde.

Kommunalbestyrelserne skal afrapportere på Den Centrale Udmelding om borgere med en svær spiseforstyrrelse senest den 15. oktober 2016. Besvarelsen skal ske i overensstemmelse med Socialstyrelsens beskrivelse og afgrænsning af målgruppen samt Socialstyrelsens karakterisering af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Denne rapport er Syddanmarks svar på den centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser.

Afrapporteringen er bygget op omkring følgende temaer:

- Målgruppen
- Højt specialiserede indsatser og tilbud
- Eventuelle udfordringer i forhold til at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere med en svær spiseforstyrrelse
- Kommunernes tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen
- Perspektivering fra Syddanmark

Kontakt vedrørende afrapporteringen rettes til Fælleskommunalt socialekretariat:

Camilla Fyhn Milland
Tlf.: 21339184
Email: cfm@vejen.dk

Tove Tørnes
Tlf.: 21339211
Email: tot@vejen.dk

Metodisk grundlag

Data til denne afrapportering er indhentet dels via indledende møde med repræsentanter for alle de syddanske kommuner, dels via spørgeskemaer og gennem en løbende dialog.

Der er en vis usikkerhed i målgruppens størrelse, idet målgruppebeskrivelsen giver mulighed for fortolkning, og der herved opstår usikkerhed om, hvilke borgere der tilhører målgruppen. Da der samtidig er udsving pga. tilfældigheder, er det vanskeligt at sige, om forskellighed mellem antal borgere med svære spiseforstyrrelser i to kommuner er resultat af forskellig fortolkning eller faktiske forskelle.

[Rapporten er behandlet og godkendt af Socialdirektørforum den 11. maj 2016, af Kommunaldirektørkredsen den 23. maj 2016 og af KKR Syddanmark den 13. juni 2016. Afrapporteringen er efterfølgende behandlet i de 22 syddanske kommuner samt Regionsrådet i forbindelse med behandling af Rammeaftalen 2017].

1. Målgruppen

Antal borgere med svære spiseforstyrrelser

Der er i Syddanmark indberettet følgende antal borgere med spiseforstyrrelser:

Antal borgere med svære spiseforstyrrelser	2014	2015
Børn (0-17 år)	50	53
Voksne (18 år og derover)	129	149

Målgruppen er opgjort som antallet af børn og unge samt voksne med en svær spiseforstyrrelse, som de syddanske kommuner har været handlekommune for i 2014 og 2015, og som har modtaget en højt specialiseret social rehabiliteringsindsats på det sociale område.

Der er en vis usikkerhed i målgruppens størrelse, idet målgruppebeskrivelsen giver mulighed for fortolkning, og der herved opstår usikkerhed om, hvilke borgere der tilhører målgruppen, jf. beskrivelse i Metodisk grundlag.

2. Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud på det sociale område

Nedenfor er listet de tilbud som kommunerne i Syddanmark i 2014 og 2015 har anvendt til målgruppen af borgere med svære spiseforstyrrelser.

Vi forstår i Syddanmark specialisering som en kvalificeret og faglig kompetent indsats, der kan hjælpe borgeren med de problemstillinger han/hun har i en rehabiliterende tilgang, uanset om støtten gives i eget hjem eller i botilbud.

Botilbud

Børn

Tilbuddets navn	Driftsherre	§
Askekraattet (lukket pr. 1. juli 2016)	Esbjerg Kommune	SEL §66
Bakkely Fonden	Privat	SEL §52
Helheden	Privat	SEL §66
Helsehjemmet (lukket pr. 1. april 2016)	Privat	SEL §52
Holmstrupgård afd. Æblevangen	Region Midt	SEL §52
Lyngblomsten	Privat	SEL §66
Ny Møllegaard (lukket april 2015)	Privat	SEL §52
Platangården	Region Sjælland	SEL §52

Yderligere beskrivelse af tilbuddene fremgår af bilag 1.

Voksne

Tilbuddets navn	Driftsherre	§
Askovhus	Privat	SEL §107
Bakkely Fonden	Privat	SEL §107
Helheden	Privat	SEL §107/ 108
Holmstrupgård	Region Midtjylland	SEL §107
OK Centret Enghaven	Privat	SEL §107
Pomonahuset	Region Syddanmark	SEL §107
Socialt Rehabiliteringscenter afd. Bo 25 og Hedehyblerne	Esbjerg Kommune	ABL §105/SEL85
Center Døgn - herunder "Sukkertoppen" og "Ved Sønderåen"	Vejle Kommune	ABL§105/ SEL §107/108

Yderligere beskrivelse af tilbuddene fremgår af bilag 1.

Tilbud som flere kommuner peger på, og som af socialtilsynet er godkendt specifik til borgere med spiseforstyrrelser

Følgende tilbud opfylder følgende to kriterier samtidigt:

- 1) Mere end en kommune har peget på tilbuddet og
- 2) Tilbuddet er af socialtilsynet godkendt specifikt til borgere med spiseforstyrrelser ¹

Følgende er udpeget:

Både til børn- og unge samt til Voksne med svære spiseforstyrrelser

- Holmstrupgård, Region Midtjylland
- Helheden, privat tilbud i Syddanmark

Til voksne

- Pomonahuset, Region Syddanmark
- OK centret Enghaven

¹ Jf. Tilbudsportalen

Matrikelløse tilbud

I Syddanmark anvendes en lang række højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser. De matrikelløse tilbud består overordnet af koordinerende, relevante indsatser leveret af forskellige leverandører. De matrikelløse tilbud indrettes efter den enkelte borgers behov og kan derfor variere alt efter borgerens problemstillinger og deres netværk.

Tilbuddene som ydes i disse sammensatte indsatser gives af:

- Pædagoger
- Psykologer
- Terapeuter
- Fysioterapeuter
- Sygeplejersker
- SOSU medhjælpere
- Diætister

Der arbejdes i de matrikelløse tilbud med:

- Måltidsstøtte
- Motiverende samtaler
- Jeg støttende principper
- Miljø terapi
- Fysisk aktivitet
- Arbejdsmarkedsindsatser
- Uddannelsesrettede indsatser
- Recovery
- Coaching
- Dialektisk adfærds terapi
- Funktionel familierapi
- Kognitiv terapi
- Psykoeduktion
- Støtte til struktur i hverdagen
- Harm reduktion
- NADA
- Grounding
- Mindfulness

Rehabilitering er fælles grundlag i alle kommuner og regionen. Bag den rehabiliterende tilgang ligger borgerens ønske om et godt, selvstændigt og uafhængigt liv på trods af begrænsninger i funktionsevnen.

De matrikelløse tilbud giver borgerne en mulighed for at få et tilbud i hjemmet eller tæt på hjemmet. Der er en generel tendens til, at borgerne vægter nærområde og pårørende meget højt. Den oplevede værdi for den enkelte borger er ofte højere ved tilbud, som betyder at borgeren kan blive i eget hjem. Dette betyder, at borgerne efterspørger lokale tilbud og det er en tendens som kommunerne imødekommer.

Som en vigtig del af de ikke-matrikelbundne tilbud indgår VISO, som kommunerne bruger til specialrådgivning og udredninger.

Eksempler på matrikelløse tilbud

Oda 19 år

Oda bor i egen lejlighed og er indskrevet i §85/spiseforstyrrelsesteam. Hendes problemstillinger er:

- Spisning, især i sociale sammenhænge
- Indkøb af korrekte fødevarer tilsvarende kostplan
- Angst ved sociale sammenhæng
- Kom i gang med uddannelse samt vedligeholdelse
- Spinkelt netværk

Handlinger

Måltidstræningen blev startet i hjemmet for at skabe en god relation til Oda. Herefter blev måltidstræningen målrettet i sociale sammenhænge, hvor Oda skulle øve sig i at spise i frikvartererne på skolen sammen med andre. For at løse denne problemstilling blev netværket i klassen inddraget via viden og indsigt (psykoeduktion) samt tilstedeværelse i spisesituationerne på skolen. Dette skete i tæt samarbejde med skolen, eleverne samt det nære netværk.

I samarbejde med diætist blev der udarbejdet en kostplan, som var tilsvarende til den fysiske tilstand Oda havde gennem hele forløbet. Oda blev hjulpet med at følge justeringerne i kosten. For at dette skulle lykkes, blev der etableret en indsats hvor Oda i samarbejde med kontaktpersonen handlede ind, lavede maden samt fik den struktur over hverdagen, som var nødvendig for at kunne varetage disse handlinger selvstændigt. Indsatsen var ikke kun at få handlet og lavet maden, Oda havde i høj grad også behov for at få en større indsigt i sammensætning af den mad, hun skulle indtage hver dag for at kunne fungere. Der blev arbejdet med motivationen/kognitiv træning i at ændre på uhensigtsmæssige handle mønstre samt angsten, der kunne opstå før, under og efter disse handlinger.

Der blev lavet indsatser, hvor Oda's sociale kompetencer blev udfordret - ikke kun i spisesituationer men også i hverdagen i almindelighed. Der blev etableret kontakt til studiekammerater i samarbejde med kontaktpersonen, hvor Oda fik støtte til at opretholde og vedligeholde disse kontakter. Der blev her arbejdet motiverende samt kognitivt i forhold til mestringsstrategier. Her fik psykoeduktion af netværk en væsentlig rolle i forhold til den støtte som Oda havde behov for fra deres side.

For at Oda kunne fastholdes i uddannelse, havde kontaktpersonen i samarbejde med Oda kontakt til Jobcentret, uddannelsesvejleder med flere. Det var i dette samarbejde gavnligt, at kontaktpersonen med

sin specialviden kunne bidrage med nyttig viden specielt på dette felt. En viden som disse samarbejdspartnere ikke nødvendigvis var i besiddelse af.

Da Oda havde en meget spinkel støtte i sit nære netværk, var det nødvendigt at søge ud i andre netværkssammenhænge for at få den støtte/struktur, der skulle til for at Oda kunne fungere i hverdagen med de udfordringer, der var forbundet med hendes spiseforstyrrelse og angst. Kontaktpersonen skulle derfor kunne varetage opgaver, der ikke kun lå i dagtimerne. Det var vigtigt, at motivationen for at skabe disse kontakter kom fra Oda selv, og kontaktpersonens opgaver dermed blev at støtte op om disse samt stille sig til rådighed med evt. speciel viden om spiseforstyrrelse, hvis der opstod et behov for dette.

Kvinde på 20 år med spiseforstyrrelse

Der er tale om en kvinde på 20 år med en svær spiseforstyrrelse. Hun har været indlagt på OUH af flere omgange. Er udskrevet med en BMI på 11. Kvinden bor hjemme hos sine forældre. Hun har haft et svært refeedingsyndrom og blodpropper af flere omgange. Hun er meget invalideret af sin spiseforstyrrelse – svær grad af anoreksi, OCD og angst.

Kvinden er meget ambivalent omkring at slippe af med sin spiseforstyrrelse og der arbejdes med harm reduktion. Desuden arbejdes der med SMART målende for at øge motivationen for forandring.

Indsatsen omkring hende er: relationsarbejde, støtte til måltider inklusiv anretning, motiverende samtaler, psykoedukation, NADA, grounding, mindfulness, ledsagelse til netværksmøder, jobcenter, skole, samarbejds møder med forældrene. Herudover omfatter indsatsen deltagelse i grupper.

14 årig pige med spiseforstyrrelse

Der er tale om en pige på 14 år hvor der er behov for en massiv social indsats omkring måltidssituationerne for at forebygge genindlæggelse.

Der blev etableret massiv støtte omkring måltidssituationerne med ekstern privat leverandør, således familien ikke skulle belastes af måltidssituationerne. Den eksterne leverandør bistod måltiderne på skole og i hjemmet.

Indsatsen har forhindret genindlæggelse og pigen har fået trænet sine kompetencer, således hun i dag kan deltage i den videre rehabilitering af sin spiseforstyrrelse.

Samarbejdsaftaler

Der er i Syddanmark ikke etableret tværkommunale og tværregionale aftaler om samarbejde.

Kommuner og region i Syddanmark har indgået fælles Sundhedsaftale som blandt andet berører området for borgere med spiseforstyrrelser. Formålet er at understøtte samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis for at sikre et koordineret og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorerne til gavn for borgerne.

3. Udfordringer i forhold til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud på det sociale område

Oplever kommunerne udfordringer i forhold til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud?

Kommunerne i Syddanmark melder ikke om problemer med at kunne tilbyde relevante indsatser til borgere med spiseforstyrrelser.

Kommunerne i Syddanmark har den relevante viden og kompetencer. Kommunerne efterlyser dog netværk, hvor man kan udveksle erfaringer og problemstillinger.

4. Kommunernes fremadrettede tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud til målgruppen på det sociale område.

Hvorledes vil kommunerne fremadrettet sikre de fornødne tilbud?

Da der i Syddanmark ikke mangler tilbud på området for spiseforstyrrelser vil der ikke umiddelbart være en fælles indsats på området. Skulle udviklingen ændre sig vil Socialdirektørforum igangsætte aktiviteter, som kan imødegå problemerne.

Hvorledes vil kommunerne med afsæt i det eksisterende rammeaftalesamarbejde imødekomme identificerede udviklingstendenser, i forbindelse med tilrettelæggelse og videreudvikling af de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud på det sociale område?

Kommunerne i Syddanmark har i foråret 2016 indledt drøftelser med Region Syddanmarks behandlingspsykiatri omkring sektorovergangen mellem behandling og den kommunale sociale indsats.

Herudover vil der i Syddanmark i efteråret 2016 blive afholdt en temadag om spiseforstyrrelser hvor der såfremt der er grundlag for det vil blive etableret et netværk blandt de kommunale medarbejdere på spiseforstyrrelsesområdet.

5. Perspektivering fra Syddanmark

Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser

Kommunerne arbejder på alle fronter med alle borgere på at rehabilitere – dette gælder også på området for spiseforstyrrelser. Hvorvidt indsatsen på spiseforstyrrelsesområdet er mere eller mindre højt specialiseret og hvorvidt den bør være det er et spørgsmål. Det handler om hvorledes man anskuer en spiseforstyrrelse. Det er meget vigtigt, at psykiatrien udbyder højt specialiseret behandling til borgere med spiseforstyrrelser. I kommunerne anses en borger med spiseforstyrrelse for at have brug for en rehabiliterende indsats med udgangspunkt i det hele menneske og ikke overvejende i det sygdomsmæssige perspektiv. Borgeren skal have hjælp til at løse de problemer, som har medført spiseforstyrrelsen. Spiseforstyrrelsen er et symptom og skal derfor behandles som et symptom og ikke som en isoleret sygdom.

Der bliver i Socialstyrelsens udmelding ikke spurgt til samarbejdet mellem kommunerne og behandlingspsykiatrien selvom det er her langt de fleste udfordringer ligger. I Syddanmark har vi valgt at arbejde med disse udfordringer i samarbejde med Region Syddanmark således vi kan få bedre overgange mellem sektorerne, mere klar ansvarsfordeling og større fagligt samarbejde. Uanset specialiseringsgrad har kommunerne ikke behandling af spiseforstyrrelser men udelukkende sociale, rehabiliterende indsatser. Det anses som vigtigt, at den primære indsats til borgere med svære spiseforstyrrelser fortsat ligger i regionalpsykiatrien.

Bilag 1: Beskrivelse af tilbuddene

Askovhus	
Lovgrundlag	SEL §66 stk.1, nr.5 og §107 og §104
Aldersgruppe	17-40
Antal pladser	2014:
	2015:
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: voksne:20
	2015: voksne:22
Fremtidige pladser til borgere med svær spiseforstyrrelse	2016: børn: 1 voksne: 22
	2017: børn: 1 voksne: 22
Indsatstyper	<p>Netværksintervention, måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats. Særligt til børn og unge: familieintervention, anbringelsessted, skole rettet indsats</p>
Kompetencer og uddannelser	<p>Askovhus' arbejde tager afsæt i dialektisk adfærdsterapi, DAT, som er en evidensbaseret metode, der har dokumenteret effekt på behandling af svære spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser. I ambulant terapi anvendes desuden også kognitiv terapi.</p> <p>Askovhus foretager en grundig visitation af alle borgere ved indskrivning i botilbud og matrikelløse tilbud. Visitationen består af en proces med 3-4 samtaler, hvor følgende test og udredningsbatteri gennemføres: SCL-90, EDE, EDQLS, CSSR-S og Socialfaglig udredning.</p> <p>Vi dokumenterer løbende vores arbejde via Feedback Informed Treatment (FIT), hvis formål er at evaluere og forbedre vores indsatser. FIT tager udgangspunkt i den enkelte borgers oplevelser og udbytte, og alle beboere i Askovhus laver evalueringen ugentligt. Der måles også løbende på borgerens livskvalitet via EDQLS.</p> <p>Vi udarbejder samtidig udviklingsplan og statusskrivelser for hver enkelt borger i Askovhus minimum hver 6. måned. Dette sikrer det bedst mulige samarbejde omkring den enkeltes behandling og rehabilitering, giver os mulighed for at justere vores indsatser og skaber gennemsigtighed over for samarbejdspartnere. Skrivelserne udfærdiges med baggrund i den oprindelige kommunale udredning og handleplan, samt visitationsoplæg, hvori de overordnede</p>

	<p>rehabiliteringsmål er beskrevet.</p> <p>I slutningen af hvert forløb udarbejdes der en opfølgning på borgerens progression via SCL-90, EDE, EDQLS, FIT og Socialfaglig udredning, hvilket gør os i stand til at evaluere effekten af rehabiliteringen for den enkelte.</p> <p>Vi laver samtidig registreringer af alle nuværende og tidligere deltagere, der kort redegør for hver enkelt deltagers baggrund, behandlingsforløb, rehabiliteringsforløb i Askovhus, samt hvad den enkelte efter endt ophold er gået videre til i livet (dette gøres efter 6 mdr.).</p> <p>Askovhus har formelt samarbejde med Anoreksi klinikken, Rigshospitalet, PCB afd. Gentofte og Ballerup – Klinik for spiseforstyrrelser. Samarbejdet består af månedlige faste udviklings- og patientmøder, hvor behandlingen og rehabiliteringen korrigeres og planlægges, samt tværsektorielle workshops og undervisningsdage.</p> <p>Askovhus samarbejder desuden med DPC – Nørrebro, Speciallæge Eva Christiansen, Roskilde klinik for spiseforstyrrelser, Odense klinik for spiseforstyrrelser, Bispebjerg klinik for spiseforstyrrelser samt Stolpegaard om konkrete patientforløb, hvor formålet er at korrigere og planlægge behandlingen og rehabiliteringen. Det er et krav, at borgeren i forbindelse med botilbud har en behandlingsansvarlig læge med spiseforstyrrelse som speciale.</p> <p>For matrikelløse indsatser samarbejder Askovhus med borgerens privatpraktiserende læge, såfremt borgeren ikke er i spiseforstyrrelsesbehandling.</p> <p>Askovhus samarbejder desuden tæt med borgerens hjemkommune. Samarbejdet består af statusmøder og løbende dialog via mail og telefon. Kommunen modtager desuden en status på borgers progression min. hvert halve år. Askovhus samarbejder pt med 26 forskellige kommuner i Region H og Sj, samt 1 kommune i Region Syd.</p> <p>Hver borger er tilknyttet en koordinator i Askovhus, der sikrer samarbejde og koordination.</p>
--	--

Bakkelyfonden	
Lovgrundlag	SEL § 66 stk. 1, nr. 5, § 76 stik. 1 og SEL § 107
Aldersgruppe	16 – 30 år
Antal pladser	2014: 7 2015: 7
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: børn og unge: 2, voksne: 4 2015: Børn og unge: 2, voksne: 4
Fremtidige pladser til borgere med svær spiseforstyrrelse	2016: 7
Indsatstyper	Botilbud, skolerettet indsats
Kompetencer og uddannelser	Pædagoger, ergoterapeut, psykoterapeuter. Sos ass. Specialiseret uddannelse KOK, og v./ Villa Sult, Finn Skåderup og Bente Sommerfelt, Norge: 2 årig Uddannelse i psykoterapi for spiseforstyrrelser

Center Døgn: Sukkertoppen og Ved Sønderåen	
Lovgrundlag	De er oprettet efter Servicelovens §107 og Almenboliglovens §105, stk. 2, med døgnstøtte efter servicelovens §85.
Aldersgruppe	Personer over 18 år.
Antal pladser	93 90
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: 3 2015: 2
Fremtidige pladser til borgere med svær spiseforstyrrelse	2016: 1-2 pladser 2017: 1-2 pladser
Indsatstyper	Netværksintervention, måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats, støtte til at bevare egen bolig, støtte til at afhjælpe økonomiske problemer.
Kompetencer og uddannelser	<ul style="list-style-type: none"> • Ansat medarbejdere med specialviden / erfaring med netværksintervention. • Ansat medarbejdere med uddannelse i Netværk som metode, samt medarbejdere med uddannelse i Åben dialog • Medarbejdere med særlige kompetencer i forhold til at indgå i relationsarbejde med målgruppen og deres pårørende. Herunder efteruddannelse i Jeg-styrkende kontakt og relationsarbejde på psykodynamisk grundlag. • Ansat medarbejdere med efteruddannelse i

	<p>den rehabiliterende arbejdsgang. (Sund Rehabilitering)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoder: Motiverende samtale, vedligeholdelse af færdigheder – Tilgange vil typisk være med udgangspunkt i den systemisk- narrative og kognitive referenceramme. Kompetencer og erfaring i træning af funktioner omkring indkøb og madlavning. • Ansat medarbejdere med kropsterapeutisk efteruddannelse (Nordlys – massage), samt erfaring med kropsterapeutisk og spiseforstyrrelser. Ansat sundhedsfagligt og pædagogfagligt uddannede medarbejdere med supplerende kurser i aktivitet, motion og bevægelse. Ansat medarbejdere med viden om, og erfaring med samarbejde med samarbejdspartnere i regionalt regi. Kendskab til motions og træningsmuligheder i lokalsamfundet, samt erfaring med at benytte dem. • Ansat medarbejdere med kompetencer til at koordinere og kommunikere med den regionale psykiatri, pårørende samt andre aktører i forhold til tilrettelæggelse af forløbet, herunder om intensitet og varighed af de højt specialiserede rehabiliterings-indsatser. • Ansat medarbejdere med efteruddannelse i systemisk tilgang. Ansat medarbejdere med systemisk og Narrativ terapeutisk efteruddannelse • Ansat medarbejdere med pædagogiske kompetencer. Ansat medarbejdere med kurser i kognitive behandlingsformer, herunder social færdighedstræning. Ansat medarbejdere med uddannelse i kognitiv tilgang til stemmehøring og kompetencer i at arbejde med mestring af stemmer. • Ansat medarbejdere med viden om og erfaring med fritidsaktiviteter og naturen som middel til recovery. Ansat medarbejdere med viden om facilitering af det brede sundhedsbegreb • Ansat medarbejdere med socialrådgiveruddannelse. Ansat medarbejdere med viden om lovgivning på arbejdsmarkedsområdet, jobcentrenes arbejdsområde,
--	---

	<p>samt erfaring med samarbejde omkring praktikforløb, mikroflexjob, flexjob og beskyttet beskæftigelse.</p> <p>Ansæt medarbejdere med viden om og erfaring med samarbejde omkring lokalområdets undervisningsrettede muligheder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansæt medarbejdere med viden om og erfaring med at understøtte empowerment og igangsætte og understøtte recoveryprocesser • Ansæt medarbejdere med viden om sociale rettigheder og erfaring med samarbejde med sociale instanser. Erfaringer med støtte til at afhjælpe økonomiske problemer. • Ansæt medarbejdere med instruktørkursus i Mindfulness og diplom i NADA øre akupunktur .
--	---

Helheden	
Lovgrundlag	Jf. Serviceloven: Almindeligt socialpædagogisk opholdssted/§ 66, stk. 1, nr. 5 Midlertidigt botilbud til voksne/§ 107, Almindeligt længerevarende botilbud til voksne/§ 108
Aldersgruppe	Opholdssted for unge fra 14 år. Botilbud for voksne fra 18 år.
Antal pladser	2014: Opholdssted: 8 pladser. Botilbud: 13 pladser.
	2015: Opholdssted: 8 pladser. Botilbud: 13 pladser.
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: Børn- og unge: 2, voksne: 0 2015: Børn- og unge: 2, voksne: 0
Fremtidige pladser til borgere med svær spiseforstyrrelse	2016: 3
Indsatstyper	Måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, beskæftigelses- eller uddannelsesrettet indsats, anbringelsessteder og skolerettet indsats.
Kompetencer og uddannelser	Pædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer, coaching. Lærerfaglige kompetencer, håndværksmæssige kompetencer, kost og ernæringsuddannelser, idræt i intern skole. Psykiater, socialrådgiver, krops – og psykoterapeut, ekstern psykologbistand.

Holmsstrupgård	
Lovgrundlag	SEL § 66 stk. 1, nr.6, § 107
Aldersgruppe	Fra 14 til ca. 27 år
Antal pladser	2014: 11,1
	2015: 13,5
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: børn og unge: 2,9 voksne: 8,2
	2015: børn og unge: 5,3 voksne: 8,2
Indsatstyper	Netværksintervention, måltidsstøtte, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats, familieintervention, anbringelsessteder, skolerettet indsats, rideterapi, motion og genoptræning, støtte til at bevare egen bolig, støtte til at afhjælpe økonomiske problemer
Kompetencer og uddannelser	miljøterapeutisk uddannet personale samt psykologer og uddannede lærere

Lyngblomsten	
Lovgrundlag	SEL § 66
Aldersgruppe	12 – 18 år
Antal pladser	2014:
	2015: 7
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014:
	2015: 1
Fremtidige pladser til borgere med svær spiseforstyrrelse	2016: 7
	2017: 7
Indsatstyper	Måltidsstøtte, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud
Kompetencer og uddannelser	Pædagogiske kompetencer, Sundhedsfagligt personale, Vejledning fra børnepsykiatrisk hospital,

OK Centret Enghaven	
Lovgrundlag	SEL §107,
Aldersgruppe	18-65
Antal pladser	2014: 94
	2015: 94
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: voksne:8
	2015: voksne:14
Fremtidige pladser til borgere med svær spiseforstyrrelse	2016: 16
	2017: 20
Indsatstyper	Netværksintervention, måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats, støtte til afhjælpning af økonomiske problemer som følge af spiseforstyrrelsen, DAT inspireret behandling, psykomotorisk behandling, overvåget samvær.
Kompetencer og uddannelser	Bred almen viden om psykiske sygdomme, udvalgte medarbejdere har specifik viden om spiseforstyrrelser. Vores medarbejdere har meget høj anciennitet og dermed stor praksis erfaring. Vi arbejder ud fra VUM modellen. Alle miljøterapeutiske medarbejdere har den systemiske basis uddannelse, nogle medarbejdere har den 3 årige systemiske uddannelse, nogle er kognitiv/ DAT og ART uddannede. Vi har mange års erfaring med tværfaglig samarbejde. Vi har følgende faggrupper ansat: Sygeplejersker, SSA, pædagog, ergoterapeut, fysioterapeut, psykomotorisk terapeut, psykolog og, musikterapeuter.

Platangårdens Ungdomscenter	
Lovgrundlag	SEL §107, § 66
Aldersgruppe	14-25
Antal pladser	2014: 26
	2015: 26
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: børn og unge: 1,16 voksne:0,73
	2015: børn og unge: 0,98 voksne:0,49
Indsatstyper	Netværksintervention, måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats Indsatser særligt til børn: familie intervention, anbringelsessted, skolerettet indsats
Kompetencer og uddannelser	<p>Specialiseringen i forhold til unge med svære spiseforstyrrelser er opnået via praksiserfaring med målgruppen, idet der omkring opgaven er et fast team bestående af ca. 10 personer.</p> <p>For overblikkets skyld deles kompetencerne op i følgende underpunkter:</p> <p>Faglige kompetencer: PUC ansætter personale med relevant uddannelsesmæssig baggrund. Der ansættes bredt, således at der i teamet omkring opgaven besiddes både pædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer.</p> <p>Via praksiserfaring opsamlet gennem flere år, er opnået erfaring med det tværsektorielle samarbejde, primært med egen læge og psykiatri, samt med kommunal myndighed på området. Der besiddes viden om og erfaring med, hvad der virker, når de unge overgår fra den ene sektor til den anden. Via praksiserfaring er opnået nødvendig viden om symptomer på spiseforstyrrelser, ernæring, måltider, vægt osv. Platangårdens praksiserfaring betyder, at der er klarhed, hvad der er deres opgave, og hvor der er brug for at konsultere sundhedssystemet.</p> <p>Via løbende supervision og forskellige refleksionsfora arbejdes ud fra en reflekteret pædagogisk praksis, altid med fokus på at understøtte den enkeltes recoveryproces.</p> <p>Personlige kompetencer: Med udgangspunkt i den opbyggede praksiserfaring er personalets funktion som rollemodel for de unge blevet tydelig. Alle udviser et afslappet og naturligt forhold til kost, motion og udseende i det hele taget. De voldsomme symptomer, som målgruppen kan</p>

	<p>udvise, håndteres roligt og relevant. De unge har mulighed for at koble sig på de personaler, som de føler sig særligt trygge ved – måske fordi der er fælles interesser.</p> <p>Organisatoriske kompetencer: PUC dokumenterer løbende via en individuel plan i dokumentationssystemet BOSTED. I dette system arbejdes sammen med den unge og dennes netværk om mål og delmål, hvorved der løbende følges fremgang og evt. tilbagefald for den unge.</p> <p>En væsentlig opgave i den specialiserede rehabiliteringsindsats i forhold til unge med svære spiseforstyrrelser er, at have – og løbende udvikle – kompetencer til at samarbejde med andre sektorer. Dette både på individuelt niveau – i forhold til de enkelte unge – men også på mere generelt niveau. Det faste team omkring opgaven har oparbejdet gedigen erfaring med i forhold til samarbejde med andre sektorer, og nye medarbejdere oplæres til opgaven ved løbende vidensdeling og sidemandsoplæring.</p>
--	--

Pomonahuset, Center for Misbrug og Socialpsykiatri i Region Syddanmark	
Lovgrundlag	SEL §107
Aldersgruppe	18+
Antal pladser	2014: 4
	2015: 4
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: 3,5
	2015: 3,5
Indsatstyper	Netværksintervention, måltidsstøtte, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats, støtte til at afhjælpe økonomiske problemer.
Kompetencer og uddannelser	<p>Alle medarbejdere i Pomonahuset har relevante uddannelser som pædagog, ergoterapeut, sygeplejerske, socialrådgiver samt social-og sundhedsassistent.</p> <p>Alle besidder specialiserede kompetencer og erfaring ift. målgruppen.</p> <p>Medarbejderne beskæftiger sig udelukkende med fagområdet.</p> <p>I 2014-15 gennemførte vi for alle ansatte et KOK-uddannelsesforløb (specialuddannelse ift. spiseforstyrrelse)</p> <p>Pomonahuset er VISO-leverandør.</p>

Socialt Rehabiliteringscenter, afd. Hedehyblerne og BO 25	
Lovgrundlag	ABL§105/SEL85 SEL §107
Aldersgruppe	18+
Antal Pladser	2014 6 pladser Hedehyblerne, 6 pladser BO 25 2015 6 pladser Hedehyblerne, 6 pladser BO 25
Indsatstyper	Tilbuddene arbejder med motivation og genoptræning, træning af sociale kompetencer og beskæftigelses- og uddannelsesrettede indsatser
Antal pladser benyttet af borgere med svær spiseforstyrrelse	2014: 1 2015: 1
Kompetencer og uddannelser	<ul style="list-style-type: none"> • Fagprofessionelle har viden om indikationer på, hvornår en borger har behov for behandling i den regionale psykiatri eller har behov for lægeligt tilsyn ved privatpraktiserende læge • Fagprofessionelle har viden om kritiske overgange i forløb for borgere med svære spiseforstyrrelser, herunder overgangen fra behandling til rehabilitering, overgangen fra barn til voksen, overgangen fra behandling til skolegang eller arbejde, og er med til at sikre, at disse overgange sker med passende støtte. • Fagprofessionelle kender til og kan anvende relevante dokumentationsredskaber i forhold til at måle borgerens progression og dermed behov for støtte. • Fagprofessionelle skal kunne agere rollemodel i relationsarbejdet med borgeren for læring af nye relationelle kompetencer, fremstå følelsesneutral og undlade at dømmes i mødet med borgeren. <p>Fagprofessionelle er anerkendende, psykisk robuste og har en reflekterende tilgang til deres relationsarbejde.</p>