

Sager på Det administrative Kontaktforums dagsorden

Følgende sager skal drøftes:

- 1.2. Kommissorier for Det administrative Kontaktforum samt de lokale samordningsfora
- 1.3 Igangværende opgaver fra Sundhedsaftalerne 2011-2014
- 1.4 Prioritering af nye opgaver i Sundhedsaftalen 2015-2018
- 1.5 Kommissorier for følgegrupper nedsat juni 2015
- 1.6 Årshjul for møder i Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum 2015 og 2016
- 1.7 Strategisk drøftelse af prioritering af midler til patientnære indsatser (økonomiaftalemidler)
- 1.8 Nye rammer for arbejdet med kronisk sygdom

Følgende sager skal eksekveres:

- 1.1 Resultatpræsentation af ACCESS projektet
- 1.9 Resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for somatik og fødende 2014
- 1.10 Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget
- 1.11 Øvrig gensidig orientering

Det Administrative Kontaktforum

Dagsorden

Mødedato: Onsdag den 17. juni 2015

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,
Helene Bækmark, Odense Kommune,
Heidi Juul Madsen, Odense Kommune,
Ditte Cramon, Odense Kommune,
Louise Thule Christensen, Fredericia Kommune,
Sonja Miltersen, Vejen Kommune,
Jakob Kyndal, Aabenraa Kommune,
Tim Hansen, Sønderborg Kommune,
Mette Heidemann, Middelfart Kommune,
Mette B. Ladegaard, Nyborg Kommune,
Anne Plougmann Knudsen, KKR-Syddanmark,
Christina Trankær Ryborg, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat,
Jesper Madsen-Østerbye, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat

Per Busk (Formand), Region Syddanmark,
Jørgen Skadborg, Praksisudvalgsformand,
Susanne Krysiak, Lægeforeningen i Syd
Judith Mølgaard, Odense Universitetshospital
Grete Kirketerp, Sygehus Sønderjylland,
Birthe Mette Pedersen, Sydvestjysk Sygehus,
Helle Adolfsen, Sygehus Lillebælt,
Charlotte Rosenkrantz Josefsen, Psykiatrien i Region Syddanmark
Birthe Navntoft, Region Syddanmark
Frank Ingemann Jensen, Region Syddanmark,
Mads Christian Haugaard, Region Syddanmark,
Annette Lunde Stougaard, Region Syddanmark,
Karina Andersen, Region Syddanmark,
Arne Vesth Pedersen, Region Syddanmark

Afbud: Louise Thule Christensen, Fredericia Kommune,
Jakob Kyndal, Aabenraa Kommune,
Frank Ingemann Jensen, Region Syddanmark,

Indholdsfortegnelse

Punkter på dagsorden	Side
1. Resultatpræsentation af ACCESS projektet	4
2. Kommissorier for Det administrative Kontaktforum samt de lokale samordningsfora	5
3. Igangværende opgaver fra Sundhedsaftalerne 2011-2014	6
4. Prioritering af nye opgaver i sundhedsaftalen 2015-2018.....	7
5. Kommissorier for følgegrupper nedsat juni 2015	8
6. Årshjul for møder i Sundhedskoordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum 2015 og 2016	9
7. Strategisk drøftelse af prioritering af midler til patientnære indsatser (økonomiaftalemidler)	10
8. Nye Rammer for arbejdet med kronisk sygdom.....	11
9. Resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for somatik og fødende 2014	13
10. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget	15
11. Øvrig gensidig orientering.....	15

1. Resultatpræsentation af ACCESS projektet

SAGSFREMSTILLING

Med afsæt i et fagligt oplæg fra Sundhedsstyrelsen blev Regeringen og satspuljepartierne i 2011 enige om at afsætte 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Formålet med handlingsplanen er:

- at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og
- at styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb.

Handlingsplanen indeholder 11 initiativer, hvoraf mange har fokus på sektorovergange, da ældre medicinske patienter har kontakt til både almen praksis, den kommunale sektor og regionernes sygehuse.

Som en del af handlingsplanen blev man enige om at afsætte 20 mio. kr. til en pulje til afprøvning og udvikling af nye samarbejdsformer, hvor regioner, kommuner og almen praksis i højere grad samarbejder om subakutte/akutte tilbud. ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Soenderjylland), et fælles projekt mellem Sygehus Sønderjylland, praktiserende læger i sygehusets optageområde og fire kommuner: Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg, modtag 5,5 mio. kr. af puljemidlerne til at undersøge:

1. Forskellene mellem to eksisterende kommunale akutte tilbud, akutteam i hjemmet og akutpladser på plejecenter,
2. Effekten af en akut udredning i et medicinsk speciallægeambulatorium,
3. Supplerende tiltag for de kommunale akutte tilbud herunder en direkte hotline til den medicinske bagvagt, telemonitorering af vitale parametre og videokommunikation,
4. Og evaluering af nye samarbejdsformer.

ACCESS projektet har i april måned afleveret projektets afsluttende evalueringsrapport til Sundhedsstyrelsen og netop fremlagt projektets resultater for Styregruppen for Den Ældre Medicinske Patient under Sundhedsstyrelsen.

Det administrative Kontaktforum præsenteres på mødet d. 17 juni 2015 for ACCESS projektets resultater af Christian Backer Mogensen, Forskningsleder og Specialeansvarlig Overlæge, Sygehus Sønderjylland og Helene Skøjt-Arkil, PostDoc, Sygehus Sønderjylland.

Læs mere om ACCESS projektet og evalueringsrapporten her: <http://accessprojektet.dk/>

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning
-

2. Kommissorier for Det administrative Kontaktforum samt de lokale samordningsfora

SAGSFREMSTILLING

På mødet i Det administrative Kontaktforum den 19. marts 2015 blev kommissorierne for Det administrative Kontaktforum og de lokale samordningsfora drøftet som følge af en revidering på baggrund af temamødet den 5. februar.

Her blev følgende nævnt for kommissoriet for Det administrative Kontaktforum:

- Ordet "repræsentanter" i sidste sætning i kommissoriet ændres til "suppleanter".
- Fra kommunal side vil der fremover deltage fem medlemmer.

For kommissoriet for de lokale Samordningsfora blev følgende kommenteret:

- Der er enighed om, at det er vigtigt med beslutningskompetence hos de repræsentanter, der deltager i møderne i de lokale samordningsfora.
- Herudover skal der være mulighed for lokale løsninger eksempelvis i forhold til organisering.

På formandsmødet for Det administrative Kontaktforum den 11. maj 2015 blev organiseringen af sundhedsaftalearbejdet drøftet. Her var der blandt andet en drøftelse af forholdet mellem de lokale samordningsfora, Det administrative Kontaktforum samt følgegrupper. På denne baggrund er der justeret i kommissorierne, så Det administrative Kontaktforums kompetencer som styregruppe blandt andet fremstår tydeligere samt de lokale samordningsforas opgave som vigtigste implementeringsorgan står skarpt.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender kommissorium og forretningsorden for Det administrative Kontaktforum
- Godkender kommissorium for de lokale samordningsfora

BILAG:

- 1 [Udkast til kommissorium for Det administrative Kontaktforum](#)
- 2 [Udkast til kommissorium for de lokale samordningsfora](#)

UDKAST

Kommissorium og forretningsorden for Det Administrative Kontaktforum (DAK)

Kommissorium

Grundlag

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

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum.

Kompetencer og opgaver

Det Administrative Kontaktforum består af kommunale og regionale ledelsesrepræsentanter, herunder repræsentanter fra almen praksis. Sammensætningen af Det Administrative Kontaktforum skal sikre, at alle områder i sundhedsaftalen repræsenteres ved forummets deltagere.

Det Administrative Kontaktforum har følgende kompetencer og opgaver:

- understøtte Sundhedskoordinationsudvalget
- fungere som styregruppe for arbejdet med sundhedsaftalen samt koordinere administrative beslutninger om sundhedsaftalens udarbejdelse og tværsektorielle implementering
- nedsætte og opløse følgegrupper i forbindelse med samarbejdet om sundhedsaftalen, idet kommissorier godkendes i DAK
- sikre et effektivt, proaktivt og konstruktivt samarbejde på et strategisk niveau og være dagsordenssættende både regionalt og nationalt
- sikre udvikling, prioritering, implementering, opfølgning og evaluering af sundhedsaftalens initiativer og aftaler
- etablere en understøttende administrativ organisering og sikre et tæt samarbejde med de etablerede ledelsessystemer
- sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet om sundhedsaftalen i forhold til region, sygehuse, praksissektoren, kommunerne samt eksterne samarbejdspartnere

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

Organisering

Det Administrative Kontaktforum består af følgende ledelsesrepræsentanter:

- 7 deltagere fra Region Syddanmark, heraf udpeges en regional formand, fire repræsentanter fra de somatiske samordningsfora og en fra psykiatriens samordningsforum
- 5 deltagere fra de syddanske kommuner, heraf udpeges en kommunal næstformand, deltagerne kan med fordel være repræsentanter fra de lokale samordningsfora
- 2 deltagere fra PLO Syddanmark

Det Administrative Kontaktforum sekretariatsbetjenes af Region Syddanmark og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive sine

bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet. For at sikre kontinuitet i forummets arbejde kan der ikke sendes suppleanter.

Forretningsorden

Mødeafholdelse

Der afholdes som udgangspunkt møde 6 -8 gange om året af tre timers varighed. Der holdes som udgangspunkt møde cirka en måned før mødet i Sundhedskoordinationsudvalget. Udover de ordinære møder afholdes et antal tematiserede udviklingsmøder, ligesom formandskabet kan indkalde til ekstraordinære møder, Herudover kan formandskabet vælge at afholde formandsmøder. Der afholdes et årligt møde i samarbejde med Sundhedskoordinationsudvalget. Afbud meddeles til sekretariatet senest to dage inden mødets afholdelse.

Sager af rent orienterende karakter kan fremsendes skriftligt til medlemmerne mellem møderne, ligesom relevante sager kan godkendes af formandskabet. Dette sker for at mindske den samlede sagsmængde på møderne, så der i højere grad bliver tid til strategiske drøftelser.

Dagsorden

Dagsorden med bilag udsendes som udgangspunkt senest to uger før mødet skal afholdes. Når særlige forhold gør sig gældende, kan eftersendelse af dagsordenspunkter og materiale finde sted.

Alle medlemmer kan fremsende punkter til behandling i Det Administrative Kontaktforum. Sagsfremstillingen skal indeholde en kort beskrivelse af sagen samt en klar og præcis indstilling om, hvad Det Administrative Kontaktforum skal tage stilling til. Af hensyn til den samlede dagsordensmængde indstilles det, at omfanget af bilag søges begrænset mest muligt. Dagsorden beslutes og godkendes af formand og næstformand, der indkalder til møderne.

Referat

Beslutningsreferat med den nødvendige baggrund af hensyn til forståelsen og gennemsigtighed for parterne udarbejdes efter mødet. Evt. uenighed eller forskellige principielle synspunkter skal fremgå af referatet, såfremt en part anmoder om det. Referatet godkendes ved skriftlig høring af medlemmerne af Det Administrative Kontaktforum med to hverdages svarfrist. Referat skal indeholde oplysninger om hvilke medlemmer, der var til stede samt afbud.

Dagsordner og referater fra møderne er, i det omfang de ikke indeholder fortrolige oplysninger, tilgængelige for offentligheden på Region Syddanmarks hjemmeside.

Mødeledelse

Formanden og i dennes forfald næstformanden leder mødet i Det Administrative Kontaktforum.

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 17. juni 2015.

UDKAST

GENERISK KOMMISSORIUM FOR DE LOKALE SAMORDNINGSFORA

Sundhedsaftalen 2015 - 2018

Grundlag

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

Lokale samordningsfora

For at sikre den lokale implementering, tilrettelægges samarbejdet omkring dette i de lokale samordningsfora. Der etableres fire somatiske samordningsfora omkring de regionale sygehusenheders optageområder og fire psykiatriske samordningsfora.

For de sygehusenheder, som har specialer eller funktioner, som behandler patienter fra andre end de kommuner, der er omfattet af det lokale samordningsforum, skal der laves aftaler om, hvordan samarbejde omkring planlægning og implementering kan håndteres.

Samarbejdet mellem psykiatri og somatik

Der er i sundhedsaftalen særligt fokus på at sikre et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik.

Parterne er enige om, at der fortsat er behov for særskilte lokale samordningsfora omkring psykiatrien.

Der vil i aftaleperioden være mulighed for at afprøve forskellige former for organisering på tværs af somatikken og psykiatrien. Vilkårene for dette aftales nærmere mellem de lokale fora.

For at sikre, at der samarbejdes på tværs af somatikken og psykiatrien på relevante områder, aftales det, at der minimum én gang årligt afholdes et fællesmøde mellem de lokale somatiske og psykiatriske samordningsfora. Desuden er parterne ansvarlige for at sikre den nødvendige daglige og løbende koordinering jf. sundhedsaftalens indsatsområder og initiativer.

Opgaver for de lokale samordningsfora

De lokale samordningsfora er det vigtigste implementeringsorgan. De lokale samordningsfora har ansvaret for løbende at monitorere og afrapportere målopfyldelse jf. implementeringsplanen, og de skal igangsætte og justere initiativer og indsatser for at sikre, at politiske og administrative mål kan nås.

De lokale samordningsfora skal sikre løbende dialog og samarbejde mellem de tre sektorer om kvaliteten og udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til borgerne. I de lokale samordningsfora kan der indgås aftaler, som understøtter et hensigtsmæssigt lokalt samarbejde eller særlige driftsmæssige udfordringer, så længe der er tale om aftaler, der ligger inden for rammen af den fælles sundhedsaftale.

Konkret skal de enkelte samordningsfora bl.a.

- Planlægge og koordinere implementeringen af sundhedsaftalen på de konkrete indsatsområder samt sikre, at parterne lever op til aftalernes grundlæggende formål og værdier
- Sikre sammenhængende patientforløb mellem de tre sektorer i henhold til aftalte initiativer og indsatser
- Følge samarbejdet mellem de tre sektorer løbende og evaluere de enkelte indsatser i sundhedsaftalen
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv. og koordinere kapacitet mellem kommuner og sygehuse
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver og implementerings- og opfølgingsprojekter
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet mellem de tre sektorer
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Medvirke ved den årlige revision af sundhedsaftalen

Kompetencer og organisering

I forbindelse med nedsættelse af de lokale samordningsfora skal det sikres, at parterne stiller med repræsentanter, der har det nødvendige mandat og beslutningskompetence. Der kan derudover lokalt indgås aftaler om nedsættelse af udvalg og arbejdsgrupper, herunder deltagelse, repræsentation og mødekadence. De lokale samordningsfora skal sikre, at der er repræsentanter fra relevante afdelinger og forvaltninger i det omfang, det er nødvendigt for at understøtte samarbejde, planlægning og implementering af sundhedsaftalen på lokalt niveau. Der kan med fordel deltage repræsentanter fra Det administrative Kontaktforum i de lokale samordningsfora for at sikre kontinuitet.

Spørgsmål om sundhedsaftalen af principiel karakter forelægges Det administrative Kontaktforum, som tager stilling til, om sagen skal forelægges sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter med henblik på en afgørelse.

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 17. juni 2015.

3. Igangværende opgaver fra Sundhedsaftalerne 2011-2014

SAGSFREMSTILLING

På mødet i formandsskabet i Det administrative Kontaktforum i maj blev det besluttet, at der til dette møde skal foreligge en oversigt over igangværende opgaver med henblik på, at Det administrative Kontaktforum kan beslutte, hvilke opgaver der skal fortsætte og hvilke der skal nedlægges. Opgaverne er igangsat indenfor rammerne af Sundhedsaftalerne 2011-2014. Oversigten findes i bilaget.

På opdrag fra formandsskabet har koordinationsgruppen foreslået en vurdering af de igangværende opgaver i forhold til deres videreførelse eller ophør indenfor rammerne af Sundhedsaftalen 2015-2018.

For de opgaver, der fortsætter, justeres og/eller etableres organiseringen, så den matcher den nye organisering omkring Sundhedsaftalen 2015-2018, jf. punktet om følgegrupper senere på dagsordenen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Beslutter, hvilke igangværende opgaver, der fortsætter, og hvilke, der ophører.

BILAG:

- 1 [Liste over igangværende opgaver](#)

Oversigt over igangværende opgaver – fordelt på nuværende grupper

	Opgaven	Bemærkninger	Forslag
Følgegruppen for Sam:Bo	Drøftelse af status og varetagelse af ad hoc problemstillinger (f.eks. uens anvendelse af korrespondancemeddelelser)		Fortsætter
	Revision af samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende	Følgegruppen har nedsat en arbejdsgruppe.	Fortsætter
	Revision af Sam:Bo - psykiatri	Følgegruppen har nedsat en arbejdsgruppe	Fortsætter
	Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	Følgegruppen nedsætter Implementeringsgruppe (er under udpegning)	Fortsætter
	Revision af forløbene for Sam:Bo – somatik.	Følgegruppen har nedsat en arbejdsgruppe	Fortsætter
	Erfagruppe omkring IT-understøttelse (sygehus – hjemmepleje)	Følgegruppen har nedsat gruppen	Ophører
	Implementering af handlingsplanen for den ældre medicinske patient	Opfølgningen er forankret i følgegruppen.	Fortsætter
	Audit af Sam:Bo	Følgegruppen har nedsat en arbejdsgruppe	Fortsætter
Følgegruppen for genoptræning	Implementering af ny bekendtgørelse og vejledning	Der er nedsat en strategisk gruppe der er suppleret med direktør Mette Heidemann.	Fortsætter
	Genoptræningsplaner for psykiatriske patienter (jf. bekendtgørelse)	Mindre ad hoc "ekspertgruppe" nedsat af den strategiske gruppe	Fortsætter
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (jf. bekendtgørelse)	Mindre ad hoc "ekspertgruppe" nedsat af den strategiske gruppe	Fortsætter
Følgegruppen for	Vedligeholdelse af casekataloget. Løbende	Et nyt cirkulære forventes i	Fortsætter

behandlingsredskaber og hjælpemidler	afklaring af sager og opdatering af casekataloget	løbet af efteråret 2015	
Følgegruppe for demens i region syddanmark	Revision af aftalen for mennesker med demens	Følgegruppen har nedsat arbejdsgruppe	Fortsætter
	Fælles arbejdsgange ifht. indvandrere og demens	Følgegruppen har nedsat arbejdsgruppe	Fortsætter
	Oplæg til kompetenceudvikling af sygeplejersker i kommunerne (ifht. demens)	Mindre arbejdsgruppe nedsat af følgegruppe for demens	Fortsætter
	Revision af demenssyd.dk		Fortsætter
Følgegruppen for Fødeplanen		Følgegruppen bør fremadrettet være en regional gruppe da fødeplanen ikke er en tværsektoriel aftale. Den nuværende følgegruppe fortsætter som hidtil, men i regionalt regi og dermed ikke længere forankret i DAK. Det anbefales at der etableres en ny tværsektoriel arbejdsgruppe, når der evt. skal udvikles tværsektorielle aftaler	Ophører (som DAK følgegruppe)
Følgegruppen for sundhedsprofilen	Drift af til sundhedsprofil-undersøgelsen		Fortsætter
Arbejdsgruppen til implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Arbejdsgruppen er netop nedsat	Fortsætter
Arbejdsgruppe for implementering af strategien om livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelser	Implementering af strategien om livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelser		Fortsætter
	Projekt om livsstilsguider	DAK har nedsat både en styre- og en projektgruppe	Fortsætter
Implementeringsgruppe for	Implementering af forløbsprogram for	Der er behov for en afklaring	Fortsætter

rehabilitering og palliation på kræftområdet	rehabilitering og palliation på kræftområdet	af omfang og indhold i opgaven	
Implementeringsgruppen for senhjerneskadeforløbsprogrammer	Implementering af forløbsprogrammet for personer med erhvervet hjerneskade (både bør/unge og voksne)	Der er behov for en afklaring af omfang og indhold i opgaven	Fortsætter
Arbejdsgruppe vedr. overdragelse af opgaven om behandling med lavdosisctosar	Aftale om overdragelse af opgaven	Arbejdsgruppen forventer at præsentere forslag til aftale til efteråret	Fortsætter
Fagligt team vedr. opgaveoverdragelse			Ophører
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom	Udvikling af aftale for nye rammer for samarbejdet om mennesker med en kronisk sygdom		Fortsætter
Arbejdsgruppen for pilotprojekt om patientoplevelt kvalitet		Opgaven er pt forankret i Center for Kvalitet. Der udestår beslutning om finansiering	Ophører
Følgegruppen for praksiskonsulentordningen		Gruppen har ikke mødtes i 2 år og anbefaler selv ophør	Ophører
Visinfosyd redaktion		Driftsopgave i forhold til praksisinformation er forankret i regionens Praksisafdeling	Ophører
Arbejdsgruppen vedr. blodprøvetagning i eget hjem	Udvikling af fælles aftale om blodprøvetagning i eget hjem		Fortsætter

4. Prioritering af nye opgaver i Sundhedsaftalen 2015-2018

SAGSFREMSTILLING

Det administrative Kontaktforum har på temadagen i februar prioriteret fem indsatsområder. Hertil kommer andre to, som Sundhedskoordinationsudvalget efterfølgende har prioriteret. Prioriteringen af de syv indsatsområder indebærer umiddelbart, at 11 nye opgaver foreligger. Se bilaget.

På mødet i formandskabet i Det administrative Kontaktforum i maj måned blev det besluttet, at der skal foretages en yderligere prioritering blandt de 11 opgaver. Koordinationsgruppen blev i samme møde bedt om et oplæg til denne prioritering.

Dog kræver prioriteringen af opgaven omkring "Den rehabiliterende tilgang (4.2.2)" en nærmere drøftelse i Det administrative Kontaktforum med hensyn til omfang, formål og indhold i opgaven, hvorfor Koordineringsgruppen ikke har foreslået en prioritering af den opgave.

Når Det administrative Kontaktforum i dette punkt har foretaget denne yderligere prioritering, skal den nødvendige organisering etableres. Dette sker under et senere punkt på dagsordenen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum :

- Beslutter, hvilke af de 11 opgaver, der igangsættes straks, herunder særligt i forhold til formål, omfang og indhold i opgaven om "Den rehabiliterende tilgang".

BILAG:

- 1 [Prioriterede opgaver](#)

Prioriterede opgaver i sundhedsaftalen

Nedenstående opgaver er de opgaver, som blev prioriteret af Det administrative Kontaktforum (DAK) på temadagen om sundhedsaftalen i februar 2015 og efterfølgende suppleret af Sundhedskoordinationsudvalget.

På mødet i formandskabet i DAK i maj blev det besluttet at bede koordinationsgruppen om at foretage en yderligere prioritering af opgaverne.

Opgaverne nedenfor er opdelt i straks-opgaver, der igangsættes umiddelbart efter mødet og opgaver, som drøftes i DAK senere i 2015.

Opgaver, der igangsættes straks	Opgaver til senere drøftelse i DAK i 2015
Videreudvikling af SAM:BO (7.2.2)	Aftale for børn og unge (8.2.2)
Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom (8.4.2) – er igangsat	Rammer for samarbejdet vedr. patientuddannelse (7.1.4)
Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin (6.3.3)	Aftale om infektionshygiejnisk forebyggelse (7.1.5)
Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse (6.2.4)	Borgerorienterede kvalitets- og effektmål (4.2.7)
Samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort (7.2.5)	
Kortlægning af mental sundhed (4.2.5)	

Tallene i parentes henviser til sundhedsaftalens afsnit

Der gøres opmærksom på, at opgaven ”Den rehabiliterende tilgang (4.2.2)” ikke er indplaceret i ovenstående skema, idet der er behov for en drøftelse i DAK af omfanget af, formålet med og indholdet i opgaven.

5. Kommissorier for følgegrupper nedsat juni 2015

SAGSFREMSTILLING

Under de foregående punkter på dagsordenen har Det administrative Kontaktforum prioriteret, hvilke igangværende opgaver, der fortsætter, og hvilke nye, der opstartes.

Med henblik på etableringen af den nødvendige organisering omkring disse opgaver forelægges under dette punkt kommissorier for de følgegrupper, der etableres pr. juni 2015. Derved forelægges kommissorier for fem af de i alt syv følgegrupper, der er beskrevet i sundhedsaftalen. De to følgegrupper, der ikke nedsættes nu, er følgegrupperne for udviklingsaftalen og for økonomi, effekt og kvalitet. Det administrative Kontaktforum bedes drøfte og godkende kommissorierne for de fem følgegrupper.

På baggrund af drøftelserne på formandsmødet i maj måned, er kommissorierne skærpet i forhold til ansvar og opgaver og det er tydeliggjort, at prioritering af initiativer og konkrete indsatser, samt beslutningskompetencen ligger i Det administrative Kontaktforum.

Kommissorierne er overordnet generiske og adskiller sig alene mht. til afsnittene om særlige opgaver, som Det administrative Kontaktforum har tildelt gruppen, og de aftaler, som er forankret i følgegruppens regi. Opgaverne i kommissorierne følger de truffe beslutninger under punkt 3 og 4.

Såfremt kommissorierne godkendes, påbegyndes arbejdet med bemandingen af følgegrupperne. Koordinationsgruppen indhenter forslag til bemandingen, som forelægges formandskabet og godkendes pr. mail i august måned af Det administrative Kontaktforum.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender kommissoriet for Følgegruppen for behandling og pleje
- Godkender kommissoriet for Følgegruppen for forebyggelse
- Godkender kommissoriet for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Godkender kommissoriet for Følgegruppen for opgaveoverdragelse
- Godkender kommissoriet for Arbejdsgruppen for velfærdsteknologi og telemedicin
- Beder følgegrupperne udarbejde en arbejdsplan, som forelægges Det administrative Kontaktforum

BILAG:

- 1 [Kommissorium Følgegruppen for behandling og pleje](#)
- 2 [Kommissorium Følgegruppen for forebyggelse](#)
- 3 [Kommissorium Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering](#)
- 4 [Kommissorium Følgegruppen for opgaveoverdragelse](#)
- 5 [Kommissorium Arbejdsgruppe for velfærdsteknologi og telemedicin](#)
- 6 [Opgaver ift gammel og ny organisering](#)

Kommissorium for Følgegruppen for behandling og pleje

Grundlag

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

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

Generelle opgaver

Følgegrupperne har følgende overordnede formål:

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

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
 - o At udarbejde forslag til prioritering og justering af opgaveporteføljen.
 - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje, jf. Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
 - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
 - o At sikre udvikling af aftaler mv. som skal implementeres via de lokale samarbejdsfora
 - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

Når følgegruppen igangsætter nye opgaver mv. skal der være opmærksomhed på:

- hvordan der sikres patientinddragelse,
- om der er særlige behov ift. kvalitetsudvikling,
- konsekvenser ift. økonomi,
- konsekvenser ift. opgaveoverdragelse,
- succeskriterier og forventet gevinst for målgruppen,
- relevante indikatorer for effekt,
- IT understøttelse og brug af velfærdsteknologi og
- formidling.

Kompetencer

Følgegrupperne har alene kompetence til

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,

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

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

Særlige opgaver

Følgegruppen for behandling og pleje har i 2015 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i juni 2015:

- Videreudvikling af SAM:BO
- Samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort
- Revision af samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende (arbejdsgruppe)
- Revision af Sam:Bo – psykiatri (arbejdsgruppe)
- Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje (implementeringsgruppe)
- Revision af forløbene for Sam:Bo – somatik (arbejdsgruppe)
- Implementering af handlingsplanen for den ældre medicinske patient
- Audit af Sam:Bo (arbejdsgruppe)
- Vedligeholdelse af casekataloget. Løbende afklaring af sager og opdatering af casekataloget
- Revision af aftalen for mennesker med demens (arbejdsgruppe)
- Fælles arbejdsgange ifht. indvandrere og demens (arbejdsgruppe)
- Oplæg til kompetenceudvikling af sygeplejersker i kommunerne vedr. demens (arbejdsgruppe)
- Revision af demenssyd.dk
- Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse (arbejdsgruppe)

Aftaler

Følgegruppen for behandling og pleje har desuden ansvaret for følgende aftaler. Eventuel revision af disse besluttet i Det Administrative Kontaktforum:

- Regional vejledning – utilsigtede hændelser i sektorovergangen
- Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem
- Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr
- Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp
- Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område
- Samarbejdsaftale om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser
- Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område
- Samarbejdet om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet i Region Syddanmark
- Ammepolitikken
- Tillæg til sundhedsaftalen om den ældre medicinske patient

Organisering

Følgegruppen bemannes med mindst 1 direktørrepræsentant fra DAK, derudover indgår strategiske ledelsesrepræsentanter fra regionen og kommuner, samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

- XX, x Sygehus/Afdeling x, Region Syddanmark, formand
- YY, z Kommune, formand
- Zz, PLO Syddanmark

- Xxx, Region Syddanmark
- Yyy, z Kommune
- Xx, Afdelingen for xx, Region Syddanmark, sekretær
- Zz, z Kommune, sekretær

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

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

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

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 2015.

UDKAST

Kommissorium for Følgegruppen for forebyggelse

Grundlag

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

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

Generelle opgaver

Følgegrupperne har følgende overordnede formål:

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

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
 - o At udarbejde forslag til prioritering og justering af opgaveporteføljen.
 - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje, jf. Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
 - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
 - o At sikre udvikling af aftaler mv. som skal implementeres via de lokale samarbejdsfora
 - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

Når følgegruppen igangsætter nye opgaver mv. skal der være opmærksomhed på:

- hvordan der sikres patientinddragelse,
- om der er særlige behov ift. kvalitetsudvikling,
- konsekvenser ift. økonomi,
- konsekvenser ift. opgaveoverdragelse,
- succeskriterier og forventet gevinst for målgruppen,
- relevante indikatorer for effekt,
- IT understøttelse og brug af velfærdsteknologi og
- formidling.

Kompetencer

Følgegrupperne har alene kompetence til

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,

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

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

Særlige opgaver

Følgegruppen for forebyggelse har i 2015 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i juni 2015:

- Udvikling af aftale for nye rammer for samarbejdet om mennesker med en kronisk sygdom (arbejdsgruppe)
- Kortlægning af mental sundhed
- Drift af sundhedsprofilundersøgelsen (arbejdsgruppe)
- Implementering af strategien om livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelser (arbejdsgruppe)
- Projekt om livsstils guider (styre- og en projektgruppe)

Aftaler

Følgegruppen for forebyggelse har desuden ansvaret for følgende aftaler. Eventuel revision af disse besluttes i Det Administrative Kontaktforum:

- Regional aftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område
- Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark

Organisering

Følgegruppen bemannes med mindst 1 direktørrepræsentant fra DAK, derudover indgår strategiske ledelsesrepræsentanter fra regionen og kommuner, samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

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

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

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

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

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 2015.

Kommissorium for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

Grundlag

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

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

Generelle opgaver

Følgegrupperne har følgende overordnede formål:

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

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
 - o At udarbejde forslag til prioritering og justering af opgaveporteføljen.
 - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje, jf. Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
 - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
 - o At sikre udvikling af aftaler mv. som skal implementeres via de lokale samarbejdsfora
 - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

Når følgegruppen igangsætter nye opgaver mv. skal der være opmærksomhed på:

- hvordan der sikres patientinddragelse,
- om der er særlige behov ift. kvalitetsudvikling,
- konsekvenser ift. økonomi,
- konsekvenser ift. opgaveoverdragelse,
- succeskriterier og forventet gevinst for målgruppen,
- relevante indikatorer for effekt,
- IT understøttelse og brug af velfærdsteknologi og
- formidling.

Kompetencer

Følgegrupperne har alene kompetence til

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,

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

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

Særlige opgaver

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering har i 2015 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i juni 2015:

- Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation på kræftområdet (implementeringsgruppe)
- Implementering af forløbsprogrammet for personer med erhvervet hjerneskade (både bør/unge og voksne) (implementeringsgruppe)
- Implementering af ny bekendtgørelse og vejledning (strategisk gruppe)
- Genoptræningsplaner for psykiatriske patienter (jf. bekendtgørelse) (ad hoc "ekspertgruppe" nedsat af den strategiske gruppe)
- Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (jf. bekendtgørelse) (ad hoc "ekspertgruppe" nedsat af den strategiske gruppe)

Aftaler

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering har desuden ansvaret for følgende aftaler. Eventuel revision af disse beslutes i Det Administrative Kontaktforum:

- Retningslinje for genoptræningsplaner
- Snitfladekatalog til genoptræning
- Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

Organisering

Følgegruppen bemannes med mindst 1 direktørrepræsentant fra DAK, derudover indgår strategiske ledelsesrepræsentanter fra regionen og kommuner, samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

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

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

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

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

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 2015.

Kommissorium for Følgegruppen for opgaveoverdragelse

Grundlag

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

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

Generelle opgaver

Følgegrupperne har følgende overordnede formål:

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

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
 - o At udarbejde forslag til prioritering og justering af opgaveporteføljen.
 - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje, jf. Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
 - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
 - o At sikre udvikling af aftaler mv. som skal implementeres via de lokale samarbejdsfora
 - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

Når følgegruppen igangsætter nye opgaver mv. skal der være opmærksomhed på:

- hvordan der sikres patientinddragelse,
- om der er særlige behov ift. kvalitetsudvikling,
- konsekvenser ift. økonomi,
- konsekvenser ift. opgaveoverdragelse,
- succeskriterier og forventet gevinst for målgruppen,
- relevante indikatorer for effekt,
- IT understøttelse og brug af velfærdsteknologi og
- formidling.

Kompetencer

Følgegrupperne har alene kompetence til

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,

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

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

Særlige opgaver

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har i 2015 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i juni 2015:

- Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- Aftale om overdragelse af opgave om behandling med lavdosiscytosar (arbejdsgruppe)
- Aftale om blodprøvetagning i eget hjem

Organisering

Følgegruppen bemannes med mindst 1 direktørrepræsentant fra DAK, derudover indgår strategiske ledelsesrepræsentanter fra regionen og kommuner, samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

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

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

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

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

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 2015.

Kommissorium for Arbejdsgruppe for velfærdsteknologi og telemedicin

Grundlag

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

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

Generelle opgaver

Følgegrupperne har følgende overordnede formål:

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

Derfor har følgegrupperne til opgave:

- I forhold til Det Administrative Kontaktforum:
 - o At udarbejde forslag til prioritering og justering af opgaveporteføljen.
 - o At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje, jf. Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
 - o At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.
- I forhold til Lokale Samarbejdsfora:
 - o At sikre udvikling af aftaler mv. som skal implementeres via de lokale samarbejdsfora
 - o At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

Når følgegruppen igangsætter nye opgaver mv. skal der være opmærksomhed på:

- hvordan der sikres patientinddragelse,
- om der er særlige behov ift. kvalitetsudvikling,
- konsekvenser ift. økonomi,
- konsekvenser ift. opgaveoverdragelse,
- succeskriterier og forventet gevinst for målgruppen,
- relevante indikatorer for effekt,
- IT understøttelse og brug af velfærdsteknologi og
- formidling.

Kompetencer

Følgegrupperne har alene kompetence til

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,

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

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

Særlige opgaver

Arbejdsgruppen for velfærdsteknologi og telemedicin har i 2015 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i juni 2015:

- Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin

Organisering

Arbejdsgruppen bemannes med mindst 1 direktørrepræsentant fra DAK, derudover indgår strategiske ledelsesrepræsentanter fra regionen og kommuner, samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

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

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

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

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

Når strategien er udarbejdet, ændres arbejdsgruppen til en følgegruppe.

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx. nnnn 2015.

Sundhedsaftaler 2011-2014	Opgaver	Sundhedsaftale 2015-2018
Følgegruppen for SAM:BO	<ul style="list-style-type: none"> • Videreudvikling af SAM:BO • Samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort • Revision af samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende (arbejdsgruppe) • Revision af Sam:Bo – psykiatri (arbejdsgruppe) • Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje (implementeringsgruppe) • Revision af forløbene for Sam:Bo – somatik (arbejdsgruppe) • Implementering af handlingsplanen for den ældre medicinske patient • Audit af Sam:Bo (arbejdsgruppe) 	Følgegruppen for behandling og pleje
Følgegruppen for behandlingsredskaber og hjælpemidler	<ul style="list-style-type: none"> • Vedligeholdelse af casekataloget. Løbende afklaring af sager og opdatering af casekataloget 	
Følgegruppe for demens	<ul style="list-style-type: none"> • Revision af aftalen for mennesker med demens (arbejdsgruppe) • Fælles arbejdsgange ifht. indvandrere og demens (arbejdsgruppe) • Oplæg til kompetenceudvikling af sygeplejersker i kommunerne vedr. demens (arbejdsgruppe) • Revision af demenssyd.dk 	
Enkeltstående arbejdsgrupper	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse (arbejdsgruppe) 	

Sundhedsaftaler 2011-2014	Opgaver	Sundhedsaftale 2015-2018
Følgegruppen for genoptræning	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering af ny bekendtgørelse og vejledning (strategisk gruppe) • Genoptræningsplaner for psykiatriske patienter (jf. bekendtgørelse) (ad hoc "ekspertgruppe" nedsat af den strategiske gruppe) • Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (jf. bekendtgørelse) (ad hoc "ekspertgruppe" nedsat af den strategiske gruppe) 	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
Enkeltstående arbejdsgrupper	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation på kræftområdet (implementeringsgruppe) • Implementering af forløbsprogrammet for personer med erhvervet hjerneskade (både bør/unge og voksne) (implementeringsgruppe) 	
Følgegruppen for sundhedsprofilen	<ul style="list-style-type: none"> • Drift af sundhedsprofilundersøgelsen (arbejdsgruppe) 	Følgegruppen for forebyggelse
Enkeltstående arbejdsgrupper	<ul style="list-style-type: none"> • Udvikling af aftale for nye rammer for samarbejdet om mennesker med en kronisk sygdom (arbejdsgruppe) • Implementering af strategien om livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelser (arbejdsgruppe) • Projekt om livsstilsguider (styre- og en projektgruppe) 	
Uden organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Kortlægning af mental sundhed 	
Uden organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse • Aftale om overdragelse af opgave om behandling med lavdosiscytosar (arbejdsgruppe) • Udvikling af fælles aftale om blodprøvetagning i eget hjem 	Følgegruppen for opgaveoverdragelse

Sundhedsaftaler 2011-2014	Opgaver	Sundhedsaftale 2015-2018
Uden organisering	<ul style="list-style-type: none"> Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin 	Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin

Følgegruppen for fødeplanen		Ophører
Fagligt team vedr. opgaveoverdragelse		
Arbejdsgruppen for pilotprojekt om patientoplevelset kvalitet		
Følgegruppen for praksiskonsulent-ordningen		
VisInfoSyd redaktionsgruppe		
Erfa-gruppe om IT-understøttelse (sygehus-hjemmepleje)		

6. Årshjul for møder i Sundhedskordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum 2015 og 2016

SAGSFREMSTILLING

På temadagen i Det administrative Kontaktforum (DAK) i februar 2015 blev den fremtidige arbejdsform bl.a. drøftet. Det blev i den forbindelse nævnt, at arbejdet i DAK med fordel kunne tage udgangspunkt i et prioriteringsbaseret årshjul, og at sammenhængen mellem arbejdet i DAK og Sundhedskordinationsudvalget skulle styrkes gennem et eller flere årlige møder.

For at imødekomme ovenstående ønsker har koordinationsgruppen et forslag til årshjul for møderne i DAK og Sundhedskordinationsudvalget i 2015 og 2016. Formålet er at sikre, at de væsentligste af sundhedsaftalens temaer løbende bliver dagsordenssat – såvel politisk som administrativt. Herudover lægges der med årshjulet op til større sammenhæng mellem temaer, som drøftes i DAK og i Sundhedskordinationsudvalget, ligesom der lægges op til et årligt fællesmøde mellem de to fora.

Efter behandling i DAK sendes årshjulet videre til behandling i Sundhedskordinationsudvalget.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Drøfter årshjulet

BILAG:

- 1 [Årshjul for Det administrative Kontaktforum og Sundhedskordinationsudvalget](#)



Årshjul for møder i Sundhedskordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum 2015 og 2016

Farvekode: Blå = DAK, gul = SKU, rød = DAK & SKU

Mødedato	Forum	Emner
2015		
11. maj	DAK-fmd.	Sundhedsaftalen – arbejdsplan og organisering Kronisk sygdom – den videre proces
13. maj	SKU	Mødetema: Den ældre medicinske patient Høring af Praksisplanen Orientering om godkendelse af sundhedsaftalen
17. juni	DAK	Sundhedsaftalen – arbejdsplan og organisering Kronisk sygdom – den videre proces Strategisk drøftelse af fælles økonomiaftaleindsatser (patientnære indsatser)
13. august	SKU	Mødetema: Trivsel og psykisk sundhed på ungdomsuddannelserne Status på arbejdet med kronisk sygdom
23. september	DAK	Mødetema: Lægemedelområdet og Fælles Medicinkort
23. oktober	SKU	Mødetema: Lægemedelområdet og Fælles Medicinkort
11. november	DAK	Opfølgning på sundhedsaftalens politiske målsætninger Prioritering af fælles økonomiaftaleindsatser (patientnære indsatser) Beskrivelse af hvad der kendetegner projekter i udviklingsaftalen samt en status på disse Kortlægning af mental sundhed
22. december	SKU	Mødetema: Fælles psykiatriindsats – samarbejde mellem

	(+ DAK)	socialpsykiatri, jobcenter og behandlingspsykiatri Fællesmøde med DAK (den sidste halvdel af mødet) om opfølgning på sundhedsaftalens politiske målsætninger samt prioritering af fælles økonomiaftaleindsatser (patientnære indsatser) Kortlægning af mental sundhed
2016		
Januar, uge 1	SKU + DAK	Studietur til Skotland om det sammenhængende sundhedsvæsen
Januar	DAK	Mødetema: Videreudvikling af SAMBO Revision af sundhedsaftalen, herunder status på de fem prioriterede indsatser
Februar	SKU	Mødetema: Videreudvikling af SAMBO Revision af sundhedsaftalen, herunder status på de fem prioriterede indsatser
Marts	DAK	Mødetema: Borgerinddragelse Orientering om generelle forventninger til det kommende års aktivitet Løbende vurdering af dataudveksling og koordinering af kapacitet Videndeling om igangsatte ØA-indsatser
Primo maj	DAK	Møde mellem formandskabet i DAK og formandskabet i følgegrupperne efterfulgt af formandsmøde i DAK
Maj	SKU	Mødetema: Borgerinddragelse (evt. fællesmøde med Patientinddragelsesudvalget?) Strategisk drøftelse om nye ØA-indsatser
Juni	DAK	Mødetema: Velfærdsteknologi og telemedicin, herunder drøftelse af 1. udkast til tværsektoriel strategi
August	SKU	Mødetema: Velfærdsteknologi og telemedicin, herunder drøftelse af 1. udkast til tværsektoriel strategi
September	DAK	Mødetema: Mental sundhed
Oktober	SKU	Mødetema: Mental sundhed samt drøftelse af mål
November	DAK	Mødetema: Opgaveoverdragelse Prioritering af fælles økonomiaftaleindsatser (patientnære indsatser)

December	SKU (+ DAK)	Mødetema: Opgaveoverdragelse Fællesmøde med DAK (den sidste halvdel af mødet) om opfølgning på sundhedsaftalens politiske målsætninger samt prioritering af fælles økonomiaftaleindsatser (patientnære indsatser)

UDKAST

7. Strategisk drøftelse af prioritering af midler til patientnære indsatser (økonomiaftalemidler)

SAGSFREMSTILLING

Med økonomiaftalerne for både 2014 og 2015 har regionerne allokeret 250 mio. kr. til patientnære indsatser, mens kommunerne samlet har fået et permanent løft på 300 mio. kr. fra 2014 og i årene frem. I 2015 er der til kommunerne yderligere afsat 350 mio. kr.

På formandsmødet i Det administrative Kontaktforum i januar godkendtes et årshjul for dialog om udmøntningen af midler gældende fra 2016, som skal anvendes med henblik på, at der bliver færre

- uhensigtsmæssige genindlæggelser,
- forebyggelige indlæggelser,
- uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser, og
- færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

Årshjul ses i bilag til dette punkt, men i hovedpunkter består årshjulet i

- at Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget i november og december måned hvert år, koordinerer prioriteringen af indsatser for økonomiaftalemidlerne, herunder beskrives hvilke mål, indsatserne opfylder i sundhedsaftalen og hvordan indsatserne forventes at have effekter i forhold til målene om at der bliver færre uhensigtsmæssige genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser og færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.
- at Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget i marts - maj måned hvert år følger op på det foregående års indsatser ved at indsamle og videndele om vundne erfaringer.

Som forudsætning for ovenstående skal der på dette møde i Det administrative Kontaktforum foregå en strategisk drøftelse af nye indsatser med henblik på, at der i de respektive budgetprocesser i kommuner og region om næste års økonomi evt. kan tages højde herfor.

Det foreslås, at Det administrative Kontaktforum drøfter overordnede temaer og indsatsområder, hvor der i 2016 og evt. årene frem bør afsættes midler, der kan understøtte den nye sundhedsaftale 2015-2018. Forslag til temaer og indsatsområder findes i bilaget til dette punkt.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Drøfter, hvilke temaer, der bør afsættes midler til vedr. patientnære indsatser

BILAG:

- 1 [Indsatskatalog](#)
- 2 [Tværsektorielt årshjul for ØA-midler](#)

”Idékatalog” til anvendelse af midler til patientnære indsatser

Nedenfor beskrives en række forslag til prioritering af midlerne til patientnære indsatser, som tager afsæt i initiativer og aftaler, som findes i Sundhedsaftalen 2015-18.

Initiativerne beskrives i ikke-prioriteret rækkefølge.

Initiativerne forudsætter at region og kommuner parallelt prioriterer og allokerer ressourcer til indsatserne.

Borger- og patientoplevelt kvalitet

En af målsætningerne i den politiske del af sundhedsaftalen er, at *”vi har en borger- eller patientoplevelt kvalitet, som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet”*. Et rehabiliterende samarbejde med borgeren har som udgangspunkt, at borgeren er hovedpersonen i eget forløb. Derfor er borgerens vurderinger også en vigtig del af grundlaget, når sundhedsvæsenet skal træffe beslutninger om, hvordan indsatser skal tilrettelægges på det mere overordnede plan, fx når der skal tages stilling til, om sundhedsvæsenet gør det godt nok, om kvaliteten i forebyggelse, behandling og rehabilitering er, som den skal være.

Det giver altså god mening at spørge borgerne om, hvordan de har oplevet deres forløb, når sundhedsvæsenet skal sikre og udvikle kvaliteten af fælles indsatser. Men tilsvarende LUP'en findes der ikke et værktøj til måling af den borger- og patientoplevede kvalitet for tværsektorielle forløb.

Der er allerede igangsat et arbejde, som har Center for Kvalitet som leverandør. Imidlertid er arbejdet med at udvikle et måleværktøj ikke pt. finansieret.

Mental sundhed

Sundhedsprofilen for Region Syddanmark fra 2013 viste, at især unge kvinders mentale sundhedstilstand er bekymrende. Mental sundhed er ikke bare at have det godt og være tilfreds med livet, men også at klare dagligdags gøremål og at indgå i sociale relationer med familie, venner og kolleger.

Der er imidlertid brug for et fælles videngrundlag om årsagerne til dårligt mental helbred, herunder i hvilken grad det mentale helbred påvirkes af individuelle problemstillinger, sociale faktorer og samfundsmæssige forhold. Desuden skal en kortlægning danne baggrund for at sætte konkrete mål for reduktion af forekomsten af dårligt mentalt helbred. Dette arbejde kan umiddelbart igangsættes ved at anvende eksisterende personaleressourcer.

På baggrund af kortlægningen og målsætningen skal der igangsættes konkrete initiativer. Det foreslås, at der prioriteres midler til dette.

Kompetenceudvikling, opgaveoverdragelse og implementering

I forhold til på tværs at løfte sundhedsaftalens mange mål og aftaler er der behov for at understøtte med kompetenceudvikling og generel implementering.

Det samarbejdende og sammenhængende sundhedsvæsen har i stigende grad brug for mere viden, nye kompetencer og for at udbygge dialog mellem sektorerne. Derigennem kan der skabes høj kvalitet og patientsikkerhed for borgerne. Kommune, sygehus og almen praksis er gensidigt afhængige af hinanden med hensyn til deling af viden og kompetenceudvikling.

Ligeledes forventes udviklingen af en model for den rehabiliterende tilgang at kræve fælles kompetenceudvikling.

Især samarbejdet om opgaveoverdragelse vil med fordel kunne understøttes, dvs. når udviklingen muliggør, at behandlingsopgaver, som foregår i en sektor, helt eller delvist kan varetages af en anden. Men andre samarbejdsaftaler som fx implementering af forløbsprogrammet på hjerneskadeområdet vil også med fordel kunne understøttes.

Der foreslås afsat en pulje til kompetenceudvikling og implementering, som kan understøtte opgaveoverdragelse og iværksættelse af forskellige samarbejdsaftaler.

Telemedicinske løsninger

Det Administrative Kontaktforum har på temadagen i februar i år besluttet at prioritere telemedicin højt.

Generelt skal velfærdsteknologi og telemedicin understøtte sundhedsaftalens mål og visioner, og der er behov for at udvikle en række konkrete områder, så som at videreudvikle SAM:BO og at udbrede MedCom-standarder, telemedicinsk sår vurdering og teleudskrivningskonferencer.

Desuden er der behov for at udvikle en tværsektoriel strategi for velfærdsteknologi og telemedicin.

Det foreslås, at der afsættes en pulje til udvikling og afprøvning af telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger.

ACCESS

ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) er et netop afsluttet fælles projekt mellem Sygehus Sønderjylland, de praktiserende læger og kommuner i optageområdet. Projektet har haft fokus på kommunale akuttillbud, effekten af akut udredning i sygehuset, udvikling af supplerende kommunale tiltag m.m.

Desuden er der gjort erfaringer om akuttillbud mv. andre steder, som også bør indgå i det fremadrettede.

Det foreslås, at der afsættes midler til opsamling, spredning og indarbejdelse af erfaringer mv. om akuttillbud i samarbejdet og i driften i sygehuse, kommuner og almen praksis.

Lægemiddelområdet, herunder FMK

I sundhedsaftalen er der enighed om, at der ved ordination og anvendelse af medicin skal sikres gode patientforløb med høj patientsikkerhed og rationel farmakoterapi. Derfor er der behov for et styrket samarbejde på lægemiddelområdet.

Det fælles medicinkort (FMK) forventes i løbet af 2015 at være implementeret i alle sektorer. Det betyder at alle parter har adgang til at dele den samme information om lægeordineret medicin. Til gengæld kan FMK ikke løse en række faglige og tværsektorielle udfordringer, fx om valg af lægemiddel, vurdering af behov for ændringer og brugerinddragelse.

På temadagen i februar i år besluttede Det Administrative Kontaktforum at prioritere indsætter omkring FMK, som supplerer og understøtter de tiltag, der allerede er iværksat.

Derfor foreslås afsat midler til supplerende implementering og understøttelse af FMK.

Genoptræning og rehabilitering for psykiatriske patienter

I sundhedsaftalen lægges der op til at igangsætte et arbejde med at afdække særlige udfordringer for psykiatriske patienter og deres adgang til genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser og kvaliteten af disse. På baggrund af denne afdækning igangsættes relevante initiativer.

Det foreslås at der afsættes midler til afdækningen.

Nye rammer for samarbejdet om kronisk sygdom

Det Administrative Kontaktforum nedsatte i sommeren 2014 en arbejdsgruppe, der udarbejder et forslag til en aftale om rammerne for samarbejdet om personer med kronisk sygdom. Aftalen skal forny en strategi på området samt de fire forløbsprogrammer for hjerteområdet, KOL, diabetes 2 og rygområdet.

Når den nye samarbejdsaftale foreligger og er godkendt, skal den implementeres, og det foreslås, at der afsættes midler til dette arbejde, herunder til aflønning af en særlig projektleder som tovholder. Desuden er der givet behov for kompetenceudvikling, ligesom der kan være behov for at udvikle forskellige værktøjer og materialer, der kan understøtte forløbene for mennesker med kronisk sygdom.

Det foreslås, at der afsættes midler til udvikling og implementering af de nye rammer for samarbejdet om kronisk sygdom.

Patientuddannelse

I sammenhæng med aftaler om nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom, er det aftalt i sundhedsaftalen, at der skal ses på, hvordan samarbejdet om patientuddannelse kan tilrettelægges. Der kan være fokus på dels evaluering, monitorering og kvalitetssikring af eksisterende patientuddannelses-tilbud, dels på differentiering af patientuddannelses-tilbud, så de i højere grad medvirker til at reducere ulighed i sundhed, dels et eftersyn af sygehusenes patientuddannelses-tilbud, så det sikres, at der i sygehusregi alene foregår det, der kræver tæt koordinering mellem patientuddannelse, udredning og ambulante sygehus-behandling og som af hensyn til patientens sikkerhed evt. kræver bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Det foreslås, at der afsættes midler til udvikling og implementering af aftalen, herunder til videreudvikling af koordinerede patientuddannelses-tilbud i sygehuse og kommuner.

Løbende opfølgning på sundhedsaftalen

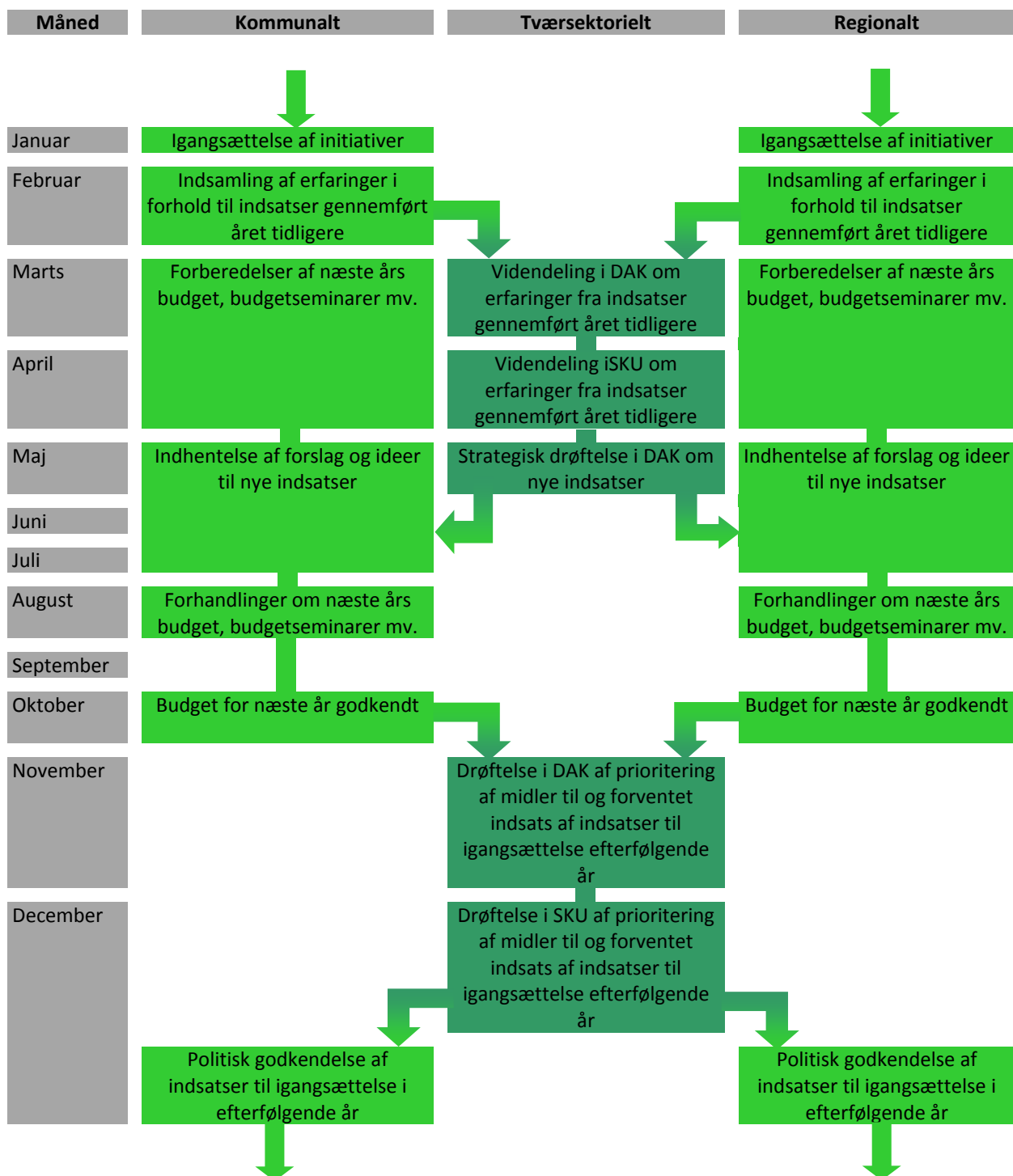
Sundhedsaftalen kræver løbende opfølgning og revision, dels fra Det Administrative Kontaktforum, dels fra Sundhedskoordinationsudvalget.

Der skal være opfølgning på de politiske målsætninger, herunder udviklingsaftalen, ligesom der skal følges løbende op på aftalens temaer og indsatsområder. Det er foreslået, at denne opfølgning henlægges til særlige møder, konferencer og lignende.

Det foreslås, at der afsættes midler til den løbende opfølgning.



ÅRSHJUL FOR UDMØNTNING AF ØKONOMIAFTALEMIDLER TIL SUNDHED (Patientnære indsatser)



8. Nye rammer for arbejdet med kronisk sygdom

SAGSFREMSTILLING

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om mennesker med kronisk sygdom præsenterede på møde den 19. marts 2015 udkast til en generisk model for udarbejdelsen af forløbsprogrammer i Region Syddanmark. Det administrative Kontaktforum kunne ikke umiddelbart på mødet godkende modellen, der derfor efterfølgende har været drøftet på formandsmødet i Det administrative Kontaktforum den 11. maj 2015.

Modellen præsenteres nu uddybende beskrevet og tilpasset i overensstemmelse med bemærkningerne hertil af 11. maj. Modellen tager fortsat udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang og anskueliggør, at kommunerne kan have tilbud, som går på tværs af diagnosespecifikke forløb. I notatbilaget er tydeliggjort, at der indenfor hvert program vil være meget forskellige patient(grupp)er, spændende lige fra den ikke særligt syge, velfungerende borger, som ikke har behov for kommunale indsatser, til den komplekse, meget syge (eventuelt multisyge) patient med behov for kommunal støtte og rehabiliteringsindsatser i både sygehus- og kommunalt regi.

På formandsmødet den 11. maj blev endvidere efterspurgt involvering af patienter i udarbejdelsen af de nye forløbsprogrammer. Dette vil blive tydeliggjort i procesplanen for det forestående arbejde.

Samtidig præsenteres en liste over prioriterede målgrupper for udarbejdelse af nye specifikke forløbsprogrammer. Arbejdsgruppen har gennemgået og vurderet en række målgrupper, som potentielt kunne være relevante at udarbejde tværsektorielle forløbsprogrammer for. I vedlagte notat redegøres for overvejelserne i forhold til valg af diagnosebestemte målgrupper for udarbejdelse af nye forløbsprogrammer.

Arbejdsgruppen foreslår, at der sættes gang i udarbejdelsen af forløbsprogrammer for mennesker med kronisk hjertekarsygdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, kronisk ryg sygdom, leddegigt og depression.

Der forventes at være sammenfaldende indhold i programmerne på tværs af diagnoser, som med fordel kan beskrives fælles forud for eller parallelt med udarbejdelsen af de diagnosebestemte elementer. Det giver også mulighed for at samtænke og synliggøre tilbud på tværs af grupper/programmer, samtidig med at det vil sikre, at vi i højere grad får taget hånd om multisygdom i de nye rammer.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender modellen for nye forløbsprogrammer jf. bilag
 - Godkender de foreslåede målgrupper og prioriteringen heraf jf. bilag
 - Godkender, at koordinationsgruppen/følgegruppen for forebyggelse i samarbejde med arbejdsgruppens formandskab udarbejder udkast til procesplan, organisering og kommissorier for det fortsatte arbejde, som godkendes af formandskabet for Det administrative Kontaktforum.
-

[Retur til indholdsfortegnelsen](#)

BILAG:

- 1 [Skabelonmodel](#)
- 2 [Datagrundlag og prioritering](#)
- 3 [Nye rammer tidsplan](#)

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.: 14/30202
Dato: 27. maj 2015



Udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. Nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

Notat

En generisk model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme i Region Syddanmark

Baggrunden for modellen

I det følgende beskrives den syddanske generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme. Arbejdet med beskrivelsen af en generisk model er igangsat som et led i Sundhedsaftalen 2015-2018. Her har Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark iværksat udarbejdelse af nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom.

Den generiske model tænkes anvendt som skabelon for udarbejdelsen af målgruppespecifikke forløbsprogrammer for udvalgte målgrupper indenfor kronisk sygdom. Forløbsprogrammer er organisatoriske redskaber til at understøtte kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med kronisk sygdom. Et forløbsprogram beskriver hvordan parterne har aftalt at samarbejde og koordinere indsatsen for en specifik målgruppe af mennesker med kronisk sygdom på tværs af region, praksissektor og kommuner.

Der henvises endvidere til Sundhedsaftalen 2015-2018 og Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for nærmere detaljer og indhold i programmerne.

En stor del af indholdet i de nye forløbsprogrammer forventes at være i overensstemmelse med allerede eksisterende aftaler og praksis.

Nyt i forhold til de eksisterende forløbsprogrammer

Ved skitseringen af den nye model viser vi borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing som en integreret del af det samlede patientforløb – dette for at synliggøre, at indsatsen og forløbet starter før diagnosticeringen af lidelsen.

Desuden tydeliggøres via de parallelle striber/pile (se illustrationen/figuren af modellen), at indsatser vedr. behandling, rehabilitering og øvrige indsatser sker sideløbende. Modellen giver mulighed for kommunal visitation - herunder mulighed for at tilbyde patientuddannelse - såvel på tværs af diagnoser som diagnosespecifikt.

Ved stratificering, risikovurdering og visitation anerkendes det brede rehabiliteringsbegreb, der jf. Sundhedsaftalen eksempelvis også involverer stillingtagen til borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet, når det enkelte patientforløb tilrettelægges, og eventuel henvisning til kommunen overvejes.

Hvilke patienter/borgere er modellen relevant for?

Udvælgelsen og beskrivelsen af hvilke målgrupper, der i Region Syddanmark skal være forløbsprogrammer eller samarbejdsaftaler for, er beskrevet i særskilt notat. Hver af disse målgrupper vil være nærmere beskrevet (inklusionskriterier) i det pågældende forløbsprogram, typisk med udgangspunkt i en diagnose/sygdom. Fælles for de valgte målgrupper er, at de ofte ses i almen praksis eller på sygehusene. Der er tale om sygdomme, som er udbredte i befolkningen, og som er forbundet med betydelige samfundsmæssige omkostninger.

Inden for hver af disse målgrupper (eksempelvis "mennesker med diabetes" eller "mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom") vil der være meget forskellige patienter, der hver især tilsvarende vil have brug for meget forskellige ydelser. Nogle patientforløb er mere komplekse end andre, og ressourcebehovet dermed tilsvarende forskelligt: Inden for ét forløbsprogram vil der således både være enkle og komplekse forløb og adskillige varianter derimellem. Programmerne vil omfatte samtlige disse "varianter".

Forløb for velfungerende patienter med mild sygdom, som primært har brug for at blive tilset af egen læge og ikke har behov for kommunale indsatser, vil kun kort blive berørt i programmet, mens der vil være større behov for afklaring af og aftaler vedr. forløb hvor flere sektorer er inde over – eksempelvis komplekse, meget syge (eventuelt multisyge) patienter med behov for kommunal støtte og rehabiliteringsindsatser i både sygehus- og kommunalt regi.

Det enkelte forløbsprogram vil gælde for en udvalgt målgruppe – eksempelvis "mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom" - fortrinsvist defineret og afgrænset ved diagnose(kode)r. Ved udarbejdelsen af et forløbsprogram beskrives også hvilke andre somatiske og psykiske sygdomme, der hyppigst forekommer sammen med denne lidelse.

I forløbsprogrammet beskrives for hver af de i figuren viste indsatser følgende

- 1) Hvilken indsats er der tale om?
- 2) Hvem er ansvarlig for udførelsen og hvornår?
- 3) Hvordan dokumenteres der i forhold til patientforløbet?
- 4) Hvad, hvordan og hvornår kommunikeres videre til øvrige aktører i patientforløbet?
- 5) Beskrivelse af væsentligste handlemuligheder

Beskrivelse af den syddanske generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme

Den rehabiliterende tilgang kommer i modellen til udtryk via helhedsorienterede indsatser, der understøtter og tager udgangspunkt i patientens egne ressourcer, og hvor indsatserne i de tre sektorer sker samtidigt og indbyrdes integreret og koordineret.

Med modellen søges anskueliggjort, at kommunerne kan have tilbud, som går på tværs af diagnose-specifikke forløb, og/eller som kan være de samme i både forebyggelses- og rehabiliteringsøjemed. Dette med henblik på at afhjælpe de udfordringer, nogle kommuner har med mangel på volumen i holdaktiviteter, uden at forhindre at kommuner med tilstrækkeligt stor volumen kan tilbyde diagnose-specifikke indsatser.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Borgerrettet forebyggelse er et vigtigt indsatsområde i forhold til at bremse udviklingen af kroniske sygdomme i befolkningen. Da ressourcerne hertil i praksis prioriteres i forhold til patientrettet forebyggelse, har arbejdsgruppen vurderet det relevant at synliggøre den borgerrettede indsats i modellen.

Tidlig opsporing har stor betydning i forhold til at opdage kronisk sygdom på et tidligt tidspunkt. Dermed er der en mulighed for at bremse udviklingen, forebygge følgesygdomme og komplikationer til den kroniske sygdom samt helt at undgå eller udskyde den rehabiliterende indsats.

Den borgerrettede forebyggelse finder sted i almen praksis og i kommunerne, mens alle sektorer har et ansvar for den tidlige opsporing samt patientrettet forebyggelse.

Modellen illustrerer ikke, at tidlig opsporing også indebærer fokus på multisygdom, eksempelvis risikofaktorer for og tidlige sygdomsstadier af andre kroniske sygdomme. Denne opmærksomhed og efter-

følgende indsats skal være en del af diagnosticeringen og indgå som en del af risikovurderingen af borgeren.

Diagnostik, risikovurdering og stratificering

Skitseringen af patientforløbet illustrerer borgerens patientforløb fra diagnosetidspunktet og resten af livet. Der skal ved tilrettelæggelsen af det enkelte forløb tages udgangspunkt i borgerens ressourcer, behov og forudsætninger, borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb. Som det er skitseret i modellen, starter patientforløbet med **diagnosticering, risikovurdering og stratificering**.

Idet almen praksis eller sygehus stiller en diagnose, har de et ansvar for at stratificere borgeren og foretage en risikovurdering. Dette indebærer, at lægen vurderer følgende;

- 1) Vurdering og beslutning om hvem der er den **rette behandler** (almen praksis eller sygehus). Vurderingen sker primært på baggrund af sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet (f.eks. multisygdom eller andre forhold, som for pågældende sygdom har betydning for valg af behandler). Kriterierne for, hvornår borgeren skal behandles af henholdsvis egen læge og sygehus, skal klart fremgå af patientforløbsprogrammet. På baggrund af disse vurderinger henvises til rette (lægelige) behandler, hhv. igangsættes behandling, hvis man selv er rette behandler.
- 2) Vurdering af borgerens **behov for rehabilitering**. Hvilket behov og ønske har borgeren i forhold til rehabilitering, og i hvilken sektor findes det rette rehabiliteringstilbud? Rehabiliteringstilbud skal her forstås bredt, dvs også inkluderende forebyggelsestilbud. Kriterierne for henvisning til rehabiliteringstilbud henholdsvis på sygehusene og i kommunerne skal fremgå af forløbsprogrammerne. Ligeledes skal det i forløbsprogrammerne beskrives, hvordan henvisningen skal foregå.
- 3) Vurdering af om borgeren har **behov for særlig støtte**. Er der behov for særlige hensyn i tilrettelæggelsen af forløbet? Vil borgeren have behov for støtte til gennemførelse af patientforløbet ud over hvad borgeren selv, borgerens netværk og egen læge som tovholder formår? I så fald henvises til kommunen for nærmere afklaring af behov og mulighed. Kriterierne for hvilke borgere, der har behov for støtte, skal fremgå af forløbsprogrammerne. Desuden skal af forløbsprogrammet fremgå, hvilke former for særlig støtte der som minimum skal kunne henvises til, og det skal beskrives, hvordan henvisningen skal foregå.

Det er vigtigt at have en opmærksomhed på, at ovennævnte tre-trins-vurdering i forhold til 1) rette behandler 2) behov for rehabilitering 3) behov for særlig støtte gentages, når det er relevant i patientforløb, typisk vil det være i forbindelse med at der sker en ændring i borgerens situation.

Modellen beskriver ikke i sig selv, hvordan man stratificerer, eller hvilke kriterier, der skal lægge til grund for viderehenvisning m.v. Dette vil først blive fastlagt i selve aftalerne og forløbsprogrammerne. Tydelige stratificerings-, henvisnings- og visitationskriterier vil udgøre væsentlige elementer i de nye programmer.

Behandlingen igangsættes samtidig med eller lige efter diagnosticeringen. Almen praksis og/eller sygehuset har behandlingsansvaret. Behandlingsforløbet tilrettelægges i samråd med patienten, og den valgte behandling sker med afsæt i kliniske vejledninger og standarder.

Rehabiliteringen kan igangsættes sideløbende med behandlingen og særlige indsatser. Rehabiliteringsforløbet indledes med en visitering, hvor den sundhedsprofessionelle sammen med borgeren tager beslutning om, hvilke tilbud der vil være bedst for den enkelte borger. Som beskrevet i Sund-

hedsaftalen 2015-2018 (afsnit 2.2), så er det en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb, at der er sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger. Det betyder, at almen praksis, sygehus og kommuner skal arbejde med udgangspunkt i fælles mål til gavn for borgeren.

Med udgangspunkt i Hvidbogens definition af rehabilitering, så er et rehabiliteringsforløb et afgrænset tidsforløb. Det betyder, at borgeren bør afsluttes efter endt rehabilitering. Inden borgeren afsluttes, skal det sikres, at den sektor, som afslutter borgeren, sammen med borgeren har opsat klare aftaler omkring opfølgning og forankring.

Særlige støtte kan igangsættes sideløbende med behandlingen og rehabiliteringen. Særlige indsatser tilbydes til de borgere, som vurderes ikke selv at have ressourcerne til at gennemføre et patientforløb, og hvor borgerens netværk eller egen læge heller ikke vil være i stand til at byde ind med den tilstrækkelige støtte. De særlige indsatser kan f.eks. være. forløbskoordinering, udskrivningsaftaler, støtte-kontaktpersoner og lignende tilbud. Har borgeren behov for understøttende indsatser på eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet, så skal der også være mulighed for dette. Her er kommunen primære aktør, men de øvrige sektorer er medansvarlige for identifikation og registrering af borgerens behov samt henvisning til kommunen. Der kan også i sygehusregi være behov for at støtte op om eller have særlig opmærksomhed på visse patienter i komplicerede forløb, f.eks. sårbare, multisyge m.fl.

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.: 14/30202
Dato: 2. marts 2015



Udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. Nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

Notat

Den generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme

Baggrunden for den generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme

I det følgende beskrives den generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme. Arbejdet med beskrivelsen af en generisk model er igangsat som et led i Sundhedsaftalen 2015-2018. Her har Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark iværksat udarbejdelse af nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom.

Den generiske model tænkes anvendt som udgangspunkt for udarbejdelsen af de målgruppespecifikke forløbsprogrammer (eller tilsvarende samarbejdsaftaler). Der henvises til Sundhedsaftalen 2015-2018 og Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for nærmere detaljer og indhold i programmerne. En stor del af indholdet i de nye målgruppespecifikke forløbsprogrammer forventes at være i overensstemmelse med allerede eksisterende aftaler og praksis.

Det enkelte forløbsprogram vil gælde for en udvalgt målgruppe, fortrinsvist defineret og afgrænset ved diagnose(kode)r. Ved udarbejdelsen af et forløbsprogram beskrives også hvilke somatiske og psykiske sygdomme, der hyppigst forekommer sammen med denne lidelse.

I de målgruppespecifikke forløbsprogrammer beskrives følgende;

- 1) Hvilken indsats er der tale om?
- 2) Hvem er ansvarlig for udførelsen og hvornår?
- 3) Hvordan dokumenteres der i forhold til patientforløbet?
- 4) Hvad, hvordan og hvornår kommunikeres videre til øvrige aktører i patientforløbet?
- 5) Beskrivelse af væsentligste handlemuligheder?

Beskrivelse af den generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme

Den rehabiliterende tilgang kommer i modellen til udtryk via helhedsorienterede indsatser, der understøtter og tager udgangspunkt i patientens egne ressourcer, og hvor indsatserne i de tre sektorer sker samtidigt og indbyrdes integreret.

Med modellen søges anskueliggjort, at kommunerne kan have tilbud, som går på tværs af diagnose-specifikke forløb, og/eller som kan være de samme i både forebyggelses- og rehabiliteringsøjemed. Dette med henblik på at afhjælpe de udfordringer, nogle kommuner har med mangel på volumen i holdaktiviteter, uden at forhindre at kommuner med tilstrækkeligt stor volumen kan tilbyde diagnose-specifikke indsatser.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Borgerrettet forebyggelse er et vigtigt indsatsområde i forhold til at bremse udviklingen af kroniske sygdomme i befolkningen. Da ressourcerne hertil i praksis prioriteres i forhold til patientrettet forebyggelse, har arbejdsgruppen vurderet det relevant at synliggøre den borgerrettede indsats i modellen.

Tidlig opsporing har stor betydning i forhold til at opdage kronisk sygdom på et tidligt tidspunkt. Dermed er der en mulighed for at bremse udviklingen, forebygge følgesygdomme og komplikationer til den kroniske sygdom samt helt at undgå eller udskyde den rehabiliterende indsats.

Den borgerrettede forebyggelse finder sted i almen praksis og i kommunerne, mens alle sektorer har et ansvar for den tidlige opsporing samt patientrettet forebyggelse.

Modellen illustrerer ikke, at tidlig opsporing også indebærer fokus på multisygdom, eksempelvis risikofaktorer for og tidlige sygdomsstadier af andre kroniske sygdomme. Denne opmærksomhed og efterfølgende indsats skal være en del af diagnosticeringen og indgå som en del af risikovurderingen af borgeren.

Diagnostik, risikovurdering og stratificering

Skitseringen af patientforløbet illustrerer borgerens patientforløb fra diagnosetidspunktet og resten af livet. Der skal ved tilrettelæggelsen af det enkelte forløb tages udgangspunkt i borgerens ressourcer, behov og forudsætninger, borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb. Som det er skitseret i modellen, starter patientforløbet med **diagnosticering, risikovurdering og stratificering**.

Idet almen praksis eller sygehus stiller en diagnose, har de et ansvar for at stratificere borgeren og foretage en risikovurdering. Dette indebærer, at lægen vurderer følgende;

- 1) Vurdering og beslutning om hvem der er den **rette behandler** (almen praksis eller sygehus). Vurderingen sker primært på baggrund af sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet (f.eks. multisygdom eller andre forhold, som for pågældende sygdom har betydning for valg af behandler). Kriterierne for, hvornår borgeren skal behandles af henholdsvis egen læge og sygehus, skal klart fremgå af patientforløbsprogrammet. På baggrund af disse vurderinger henvises til rette (lægelige) behandler, hhv. igangsættes behandling, hvis man selv er rette behandler.
- 2) Vurdering af borgerens **behov for rehabilitering**. Hvilket behov og ønske har borgeren i forhold til rehabilitering, og i hvilken sektor findes det rette rehabiliteringstilbud? Rehabiliteringstilbud skal her forstås bredt, dvs også inkluderende forebyggelsestilbud. Kriterierne for henvisning til rehabiliteringstilbud henholdsvis på sygehusene og i kommunerne skal fremgå af forløbsprogrammerne. Ligeledes skal det i forløbsprogrammerne beskrives, hvordan henvisningen skal foregå.
- 3) Vurdering af om borgeren har **behov for særlig støtte**. Er der behov for særlige hensyn i tilrettelæggelsen af forløbet? Vil borgeren have behov for støtte til gennemførelse af patientforløbet ud over hvad borgeren selv, borgerens netværk og egen læge som tovholder formår? I så fald henvises til kommunen for nærmere afklaring af behov og mulighed. Kriterierne for hvilke borgere, der har behov for støtte, skal fremgå af forløbsprogrammerne. Desuden skal af forløbsprogrammet fremgå, hvilke former for særlig støtte der som minimum skal kunne henvises til, og det skal beskrives, hvordan henvisningen skal foregå.

Det er vigtigt at have en opmærksomhed på, at ovennævnte tre-trins-vurdering i forhold til 1) rette behandler 2) behov for rehabilitering 3) behov for særlig støtte gentages, når det er relevant i patientforløb, typisk vil det være i forbindelse med at der sker en ændring i borgerens situation.

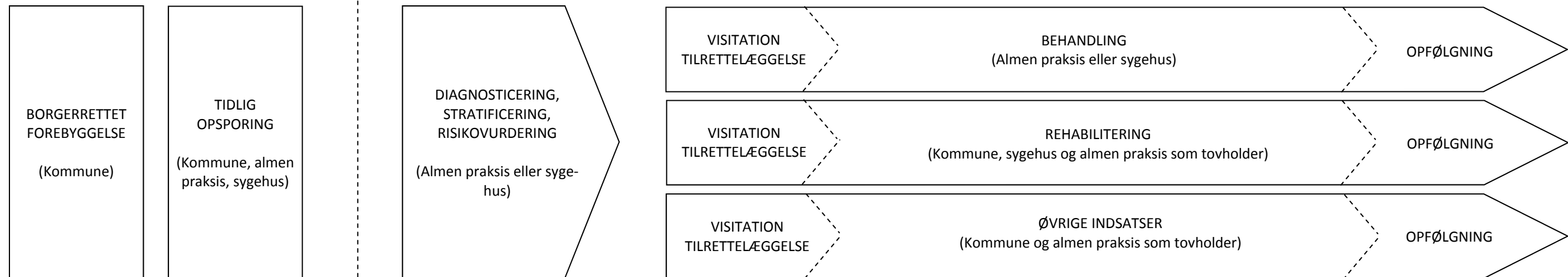
Behandlingen igangsættes samtidig med eller lige efter diagnosticeringen. Almen praksis og/eller sygehuset har behandlingsansvaret. Behandlingsforløbet tilrettelægges i samråd med patienten, og den valgte behandling sker med afsæt i kliniske vejledninger og standarder.

Rehabiliteringen kan igangsættes sideløbende med behandlingen og særlige indsatser. Rehabiliteringsforløbet indledes med en visitering, hvor den sundhedsprofessionelle sammen med borgeren tager beslutning om, hvilke tilbud der vil være bedst for den enkelte borger. Som beskrevet i Sund-

hedsaftalen 2015-2018 (afsnit 2.2), så er det en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb, at der er sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger. Det betyder, at almen praksis, sygehus og kommuner skal arbejde med udgangspunkt i fælles mål til gavn for borgeren.

Med udgangspunkt i Hvidbogens definition af rehabilitering, så er et rehabiliteringsforløb et afgrænset tidsforløb. Det betyder, at borgeren bør afsluttes efter endt rehabilitering. Inden borgeren afsluttes, skal det sikres, at den sektor, som afslutter borgeren, sammen med borgeren har opsat klare aftaler omkring opfølgning og forankring.

Særlige støtte kan igangsættes sideløbende med behandlingen og rehabiliteringen. Særlige indsatser tilbydes til de borgere, som vurderes ikke selv at have ressourcerne til at gennemføre et patientforløb, og hvor borgerens netværk eller egen læge heller ikke vil være i stand til at byde ind med den tilstrækkelige støtte. De særlige indsatser kan f.eks. være. forløbskoordinering, udskrivningsaftaler, støtte-kontaktpersoner og lignende tilbud. Har borgeren behov for understøttende indsatser på eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet, så skal der også være mulighed for dette. Her er kommunen primære aktør, men de øvrige sektorer er medansvarlige for identifikation og registrering af borgerens behov samt henvisning til kommunen. Der kan også i sygehusregi være behov for at støtte op om eller have særlig opmærksomhed på visse patienter i komplicerede forløb, f.eks. sårbare, multisyge m.fl.



<p>Kommunal indsats for at bremse udviklingen af kroniske sygdomme i befolkningen.</p> <p>Vigtig at være opmærksom på i forhold til prioritering af forebyggelse hhv. rehabilitering og andre indsatser</p>	<p>Indsats med stor betydning i forhold til at opdage kronisk sygdom på et tidligt tidspunkt. Dermed er der en mulighed for at bremse udviklingen samt forebygge følgesygdomme og komplikationer til den kroniske sygdom.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1) Vurdering af behov for behandling og beslutning om hvem der er rette behandler 2) Vurdering af borgerens behov for rehabilitering 3) Vurdering af om borgeren har behov for særlig støtte 	<p>Tilrettelæggelse af forløb, eventuel nærmere udredning, valg af behandling, samt vurdering af behov for rehabilitering, herunder genoptræningsplan samt eventuelle øvrige relevante indsatser</p>	<p>Behandling sker i overensstemmelse med kliniske vejledninger og standarder og i henhold til den enkelte borgers behov og ønsker.</p> <p>Kommunen er hovedaktør på rehabiliteringsområdet. Kommunerne kan iværksætte ydelser og tilbud indenfor sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet som led i rehabiliteringsforløb.</p> <p>Sygehuse forestår genoptræning og patientrettet forebyggelse under Indlæggelse samt genoptræning på specialiseret niveau efter udskrivning.</p> <p>Almen praksis kan yde relevante tilbud i et rehabiliteringsforløb.</p> <p>De øvrige indsatser kan f.eks. være forløbskoordinering, udskrivningsaftaler, støtte-kontaktpersoner og lignende tilbud.</p>	<p>Systematisk opfølgning på såvel behandling som rehabiliteringsindsats</p>
---	---	--	---	--	---	--

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.: 14/30202
Dato: 21. maj 2015



Udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. Nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

Nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom - prioritering af målgrupper

Beslutningsgrundlag for prioritering af målgrupper for udvikling af tværsektorielle målgruppespecifikke forløbsprogrammer

Baggrund

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har besluttet at udvikle nye rammer for samarbejdet omkring mennesker med kroniske sygdomme. De nye rammer vil erstatte den syddanske kronikerstrategi fra 2008 og de fire somatiske patientforløbsprogrammer fra 2010, som ikke længere er tidssvarende. De nye rammer vil bygge videre på de hidtidige gode erfaringer og samarbejdsrelationer fra eksisterende forløbsprogrammer og Sam:BO-samarbejdet. Nøgleord i arbejdet er bl.a. øget medinddragelse af patienterne og en mere rehabiliterende tilgang¹. Desuden skal de nye rammer bl.a. tage højde for de nationale kliniske retningslinjer vedr. kronisk sygdom og Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer fra 2012, herunder bl.a. øget opmærksomhed på multisygdom².

Vurdering og prioritering af målgrupper

I det følgende resumeres datagrundlag og begrundelse for prioritering af en række målgrupper, der kunne eller burde udarbejdes målgruppespecifikke forløbsprogrammer eller samarbejdsaftaler for. Nogle af de angivne målgrupper anbefaler arbejdsgruppen *ikke*, at der udarbejdes særlige aftaler for, men de beskrives alligevel kort for fuldstændighedens skyld.

Vurderingen og prioriteringen af målgrupperne er sket på baggrund af drøftelserne ved Sundhedskordinationsudvalgets møder med de enkelte kommuner i foråret 2014 som optakt til Sundhedsaftalen og Det Administrative Kontaktforum i forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsaftalen 2015-18 – samt på baggrund af kriterier, som Sundhedsstyrelsen³ anbefaler som grundlag for at træffe beslutning om udarbejdelse af forløbsprogrammer: # Behov for tværsektoriel indsats, # Veldefineret sygdomsgruppe, # Relativt stort antal patienter og # Potentielt alvorlig sygdom i forhold til funktionsevne, levetid og livskvalitet samt # Forventning om at programmet vil have effekt på kvalitet og ressource-

¹ Kommissorium for arbejdsgruppe om udvikling af nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom, juni 2014.

² Sundhedsaftalen 2015-2018, Region Syddanmark og de 22 kommuner, januar 2015

³ Sundhedsstyrelsen, 2012: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, p7-8.

forbrug.

Ideer til målgrupper samt data vedr. patientantal er overvejende hentet fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme, RUKS⁴ og Sundhedsprofilen, SP⁵. Desuden er enkelte data hentet fra Danmarks Statistik v/ Statens SerumInstitut (2011), via www.sundhed.dk eller via eksisterende syddanske forløbsprogram for 2010, hvor data for pågældende gruppe ikke har været at finde via RUKS eller SP. Da data fra disse kilder er genereret via forskellige metoder og algoritmer, er de ikke umiddelbart sammenlignelige men dog anvendelige i forhold til at anskueliggøre omfanget af målgrupperne.

I nedenstående skema gennemgås først de målgrupper, som arbejdsgruppen foreslår, der udarbejdes nye forløbsprogrammer for (markeret med "+" i højre kolonne). Dernæst nævnes de målgrupper, som arbejdsgruppen mener, det *kunne* være relevant at udarbejde aftaler eller programmer for, eventuelt i slutningen af sundhedsaftaleperioden efter en nærmere prioritering (markeret med "?" i højre kolonne). Til sidst gennemgås de målgrupper, som arbejdsgruppen har overvejet men samlet set ikke finder det relevant at udarbejde særskilte aftaler eller programmer for (markeret med "-" i højre kolonne).

⁴ Udkast til Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme, 2014, ved Statens SerumInstitut.

⁵ Hvordan har du det? Sundhedsprofilen i Region Syddanmark, 2013, Langvarig sygdom, p124.

Målgrupper som arbejdsgruppen foreslår, der udarbejdes nye forløbsprogrammer for

Målgruppe	Estimeret total patientantal i Region Syddanmark	Relevans i forhold til udarbejdelse af specifikt program eller aftale	
<p>Mennesker med hjertekarsygdom, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iskæmisk hjertesygdom - Hjertesvigt - (evt. klapopererede) - Øvrig iskæmisk hjertekarsygdom, dog undtaget apopleksi, men inkl. Claudicatio intermittens 	<p>143.000 hjertekarsygdom heraf 43.500 hjertesygdom</p> <p>2-5% af de midaldrende lider af claudicatio intermittens</p>	<p>Færre mennesker dør i dag af hjertekarsygdom end for 20 år siden, men hjertekarsygdom er fortsat én af de hyppigste dødsårsager. Der er tale om en væsentlig målgruppe, hvor der er et stort behov for tværsektorielt samarbejde om især rehabiliterings- og opfølgningsindsats i alle tre sektorer, ligesom der fortsat er et væsentligt forebyggelsespotentiale.</p> <p>Det eksisterende forløbsprogram for kronisk hjertesygdom bør nytænkes og revideres jævnfør hensigterne med "Nye rammer", bl.a. bør programmet revideres i overensstemmelse med den Nationale Kliniske Retningslinje for hjerterehabilitering fra 2013.</p> <p>Det specifikke tilvalg af claudicanterne til målgruppen skyldes, at der er evidens for, at en rehabiliterende indsats med fokus på bl.a. gangtræning kan have en markant, positiv effekt med væsentlig forøgelse af livskvalitet til følge for disse mennesker. Der er tale om en relativt lille, veldefineret patientgruppe.</p> <p>Fravalget af apopleksi i denne målgruppe skyldes, at apopleksi allerede er omfattet af forløbsprogram vedr. rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Hjertekarpatienterne vil i sygehusregi blive behandlet indenfor forskellige specialer, men i primærsektor vil de relevante tilbud til personer med hjertekarsygdom ofte være de samme uanset den specifikke lidelse.</p>	+
<p>Mennesker med diabetes</p>	<p>45.000 type 2</p>	<p>Mennesker med type 2-diabetes udgør fortsat en væsentlig målgruppe, hvor der er et stort behov for vel fungerende tværsektorielt samarbejde. Målgruppen er stadig i vækst, bl.a. pga. stigende levetid for patienter, en stigning der formentlig skyldes den nuværende omsorg for patienter, men der er også en stigning i antallet af nye patienter. Målgruppen udgør den kategori af patienter, der har den største risiko for senere udvikling af myokardie-infarkt, apopleksi og benamputationer.</p> <p>Der er således fortsat behov for en fælles ramme for samarbejdet. Det eksisterende program fra 2010 bør nytænkes og revideres jævnfør hensigterne med "Nye</p>	+



	6.200 type 1	rammer". Samtidig foreslår arbejdsgruppen, at det nye forløbsprogram også beskriver forløb for patienter med diabetes type 1, hvor det bl.a. kan være hensigtsmæssigt at tydeliggøre kommunernes rolle i patientforløbene med fokus på den understøttende indsats.	
Mennesker med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom	33.000	Mennesker med KOL udgør fortsat en væsentlig målgruppe. Samarbejdet omkring KOL-forløb er i øjeblikket lokalt under udvikling. Der er behov for at gentænke arbejdsdelingen i rehabiliteringsindsatsen sektorerne i mellem. Det eksisterende program bør nytænkes og revideres jf. hensigterne med "Nye rammer". Prioriteringen af KOL-området understøttes af de nye nationale initiativer, hvor Sundhedsstyrelsen i forbindelse med regeringens styrkede indsats på lungeområdet fra og med 2015 bl.a. skal udvikle forløbsplan for KOL og arbejde med fremme af gennemførelse af lungefunktionsmålinger i almen praksis.	+
Mennesker med kronisk ryg sygdom (primært lænderyg-problemer)	130.000	Det eksisterende rygprogram fra 2010 er det ud af de fire somatiske forløbsprogrammer, der i mindst grad er implementeret og kendt blandt aktørerne i sundhedsvæsenet. Der er stort behov for at nytænke eller revidere programmet med fokus på bred involvering på tværs af både sektorer og samordningsfora ved udarbejdelsen. Rygforløbsprogrammet dækker en stor patientpopulation. Håndtering af patientgruppen varetages af en lang række aktører på tværs af sektorer og faggrupper, herunder medicinske og kirurgiske læger, fysioterapeuter og kiropraktorer i begge sektorer og personale i kommuner. Patientgruppen har en relativt lav gennemsnitsalder, og kronisk ryg sygdom er forbundet med store personlige og samfundsmæssige omkostninger. Lokalt er der aktuelt stort pres på sekundærsektoren, hvilket understreger behovet for en revurdering af den nuværende tværsektorielle opgavedeling.	+
Mennesker med leddegigt	63.000 (SP) 9.000 (RUKS)	Set fra sygehus-/behandler-side er der behov for at etablere flere rehabiliteringstilbud (herunder træning) for denne gruppe, hvoraf nogle har særlige behov på avanceret og specialiseret niveau. Her er generelt større grad af specialisering af rehabiliteringsindsatsen	+



		<p>end ved f.eks. slidgigt.</p> <p>Der er tale om en omkostningstung målgruppe for kommunerne, når lidelsen er ubehandlet.</p> <p>Det vil være nødvendigt med præcisering af inklusionsgruppe for eventuelt forløbsprogram.</p> <p>Den store forskel på patientantallet mellem SP- og RUKS-data tilskrives flere forhold: RUKS' inklusionskriterier er konservativt 'sikkert' definerede (og dermed generelt ret lavt satte), mens Sundhedsprofilen opererer med selvrapporterede data, hvor der ikke nødvendigvis er registreret en diagnose på respondenterne, og hvor nogle formentlig forveksler/sammenblender slid- og leddegigt.</p>	
Mennesker med depression	120.000 (=10% af befolkningen, estimeret for hele spektret mild-svær depression)	<p>Der er politisk bevågenhed omkring stress, angst og depression. Området var i fokus på flere af de politiske sundhedsaftalemøder i foråret 2014.</p> <p>Arbejdsgruppen foreslår at sætte gang i udarbejdelsen af forløbsprogram for depression, som blev aftalt i Sundhedsaftalen 2011-2014, men som endnu ikke er udarbejdet. Ved udarbejdelsen af forløbsprogrammet bør inklusionskriterierne nærmere præciseres, idet der samlet set er tale om en meget stor målgruppe, når hele spektret mild-til-svær depression medregnes.</p>	+

Målgrupper som arbejdsgruppen vurderer at det *kunne* være relevant at udarbejde aftaler eller programmer for, eventuelt i slutningen af aftaleperioden efter en nærmere prioritering

Målgruppe	Estimeret total patientantal i Region Syddanmark	Relevans i forhold til udarbejdelse af specifikt program eller aftale	
Mennesker med en apopleksi	6-8.000 syddanskere lever med følger. Ca. 2.500 får årligt en apopleksi	<p>Apopleksi opstår og behandles akut, men har også længerevarende tværsektorielle rehabiliteringsforløb. Der er et væsentligt forebyggelsespotentiale i forhold til apopleksi i lighed med flere af de øvrige kroniske sygdomme.</p> <p>Der findes i Region Syddanmark et tværsektorielt forløbsprogram for rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade (2014). Herudaf udgør apopleksipatienterne en større, veldefineret målgruppe.</p>	?
Mennesker med slidgigt	200.000 (SP)	Målgruppen fylder meget i kommunale sygedagpenge- og arbejdsmarkedsforvaltninger.	?

		<p>Mange borgere rapporterer selv at lide af slidgigt, uden at de er diagnosticeret; klarer sig/håndterer lidelsen på egen hånd.</p> <p>Målgruppen forekommet primært i to af de tre sektorer, almen praksis og kommune. Sygehuset kommer først sent ind i forløbet, når operation overvejes.</p> <p>Potentiale for (forebyggelses)indsats i forhold til at fremme træning og vægttab frem for operation.</p> <p>Hvis det prioriteres at udarbejde fælles program/aftale, er det nødvendigt med præcisering af inklusion ("slidgigt" er for bredt). Arbejdsgruppen foreslår at nedprioritere udarbejdelsen af et forløbsprogram og i stedet i første omgang afvente igangværende arbejde med NKR for knæarthrose.</p>	
Mennesker med osteoporose (knogleskørhed)	27.000	<p>Det kan være relevant med indsats for denne lidelse, særligt for den del af patienterne, som har haft brud. Indsats vil kunne have stor effekt på forebyggelse af nye brud og ultimativt dødsfald*.</p> <p>I forhold til multisygdom er lidelsen bl.a. relevant at samtænke med KOL, idet patienter med både KOL og osteoporose udgør en særlig skrøbelig målgruppe.</p> <p>(*: Sst 2012 MTV om screening for osteoporose af patienter med hoftebrud: 11.000 ptt/år i DK får hoftebrud. 85% heraf har knogleskørhed og høj risiko for nye brud. Dødelighed blandt patienter med hoftebrud er markant højere end i en sammenlignelig befolkningsgruppe. Med systematisk undersøgelse og behandling for knogleskørhed vil 220 hoftebrud og 60 dødsfald kunne undgås (DK-tal))</p>	?

Målgrupper, som arbejdsgruppen *ikke* finder det relevant at udarbejde særskilte målgruppespecifikke aftaler eller programmer for

Målgruppe	Estimeret total patient-antal i Region Syddanmark	Relevans i forhold til udarbejdelse af specifikt program eller aftale	
Mennesker med migræne eller hyppig hovedpine	148.000	Der er tale om en meget stor selvrapporteret gruppe, der også tæller forekomst af personer med funktionelle lidelser. Nogle af disse mennesker ville kunne profitere af tilbud mht. træning, mindfulness, smertehåndtering o.s.v. Andre har behov for medicinsk behandling. Hovedpineforeningen efterlyser flere neurologer og flere	-

		pladser på sygehusenes hovedpineklivniker samt mere viden om behandling af hovedpine blandt de praktiserende læger.	
Mennesker med stress	9% af den voksne befolkning er "ofte stressede i dagligdagen".	Der er politisk bevågenhed omkring stress, angst og depression. Området var i fokus på flere af de politiske sundhedsaftalemøder i foråret 2014. Stress er et begreb uden entydig definition eller diagnose. Målgruppen vurderes derfor for diffust afgrænset i forhold til beskrivelse af nødvendige indsatser i et forløbsprogram.	-
Mennesker med angst	7% af befolkningen havde angstlidelser i 2003	Der er politisk bevågenhed omkring stress, angst og depression. Området var i fokus på flere af de politiske sundhedsaftalemøder i foråret 2014. Målgruppen vurderes for diffust afgrænset i forhold til beskrivelse af nødvendige indsatser i et forløbsprogram.	-
Mennesker med funktionelle lidelser		I Sundhedsaftalen 2015-18 er beskrevet et udviklingsprojekt om fastholdelse i job og uddannelse for mennesker med funktionelle lidelser. Ca. 25 % af patienterne, der henvender sig hos egen læge eller bliver indlagt på en somatisk afdeling, lider af en somatoform tilstand ifølge ICD-10 kriterier, og mange flere har ved deres henvendelse fysiske symptomer uden sikkert organisk grundlag. De funktionelle symptomer har væsentlig betydning for en stor del af henvendelserne blandt voksne i almen praksis (for 10-30 % af henvendelserne afhængigt af kilde). For 6 % af befolkningen har en funktionel lidelse i en sådan grad, at det påvirker deres livskvalitet. Det svarer til ca. 300.000 danskere eller 70.000 syddanskere. Halvdelen af disse er syge i en grad, så de har svært ved at passe deres arbejde. Lidelsen estimeres tilsammen at udgøre 10-20 % af de samlede danske sundhedsudgifter.	-
Mennesker med skizofreni	4.867	Der findes allerede en tværsektoriel samarbejdsaftale for skizofreni. Denne aftale er ikke til revision her.	-
Mennesker med demens		Der findes allerede en tværsektoriel samarbejdsaftale på demensområdet. Denne aftale er ikke til revision her.	-
Mennesker med flere samtidige	Ifølge SSIs opgørelse pr 2011 var	De eksisterende patientforløbsprogrammer tager ikke tilstrækkeligt højde for patienter med flere sygdomme.	-



<p>lidelser (multisygdom)</p>	<p>der 903.000 med 1 kronisk sygdom, 314.000 m 2 82.000 m 3 14.000 m 4 1.000 m 5 samtidige kroniske sygdomme i Danmark. Ifølge Fremtidsbilledet er det 25% af alle pt med kronisk sygdom, der har flere lidelser</p>	<p>Patienter med multisygdom har ofte komplekse forløb med mange forskellige kontakter og øget risiko for oplevelse af fragmenterede forløb, hvor fokus er på den enkelte sygdom og ikke på patientens samlede behov – som ikke nødvendigvis er summen af behovene i relation til de enkelte sygdomme.</p> <p>Arbejdsgruppen foreslår, at vi i de nye programmer for hver af de udvalgte målgrupper beskriver indsatser og forløb for de hyppigst forekommende samtidige sygdomme til den pågældende lidelse. Samtidig at der i videst mulig udstrækning i øvrigt tages højde for forekomst eller risiko for forekomst af flere samtidige sygdomme. Der bør bl.a. være fokus på håndtering af polyfarmaci.</p> <p>Da multisygdom kan udgøres af utallige forskellige kombinationer af to eller flere ud af en række lidelser, vil det samlet set være en meget bred målgruppe, som er svær at beskrive fællesnævneren for/identificere entydigt, hvilket en del af forudsætningen for at fastlægge et forløbsprograms inkluderede patientgruppe.</p> <p>Arbejdsgruppen vurderer det derfor ikke hensigtsmæssigt at udarbejde et særskilt program eller aftale alene for målgruppen "multisyge".</p>
-------------------------------	--	---

Forslag til justeret overordnet tidsplan for udarbejdelsen af nye rammer for kronisk sygdom

	Opgaver	Leverancer	Tidsfrister
Fase 1	Udvikling af en samlet procesplan	Procesplan Beslutningsoplæg til DAK	25. sept. 2014 (DAK-møde)
Fase 2	Etablering af et datagrundlag Beskrivelse af kvalitet i forløb på tværs af sektorer Udpegning af målgrupper Udvikling af den generelle model for samarbejdet	Datagrundlag Oplæg til målgrupper Model for samarbejdet Beslutningsoplæg til DAK	17. juni 2015 (DAK-møde)
Fase 3	Udvikling af forløbsprogrammer for de udpegede målgrupper, herunder involvering af patienter og øvrige interessenter i processen	Forslag til konkrete aftaler Beslutningsoplæg til DAK Udviklingen forventes at ske i to tempi/rul.	Rul 1: December 2015 Rul 2: Juni 2016
Fase 4	Udvikling af implementeringsplan for de første programmer	Implementeringsplan Kompetenceudviklingsprogram Beslutningsoplæg	Rul 1: Marts 2016 Rul 2: Oktober 2016

Revideret procesplan og forslag til organisering af arbejdet fra og med fase 3 vil blive udarbejdet efter DAK-mødet 17. juni 2015.

9. Resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for somatik og fødende 2014

SAGSFREMSTILLING

Gennem den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) beder Region Syddanmark hvert år en stor gruppe kvinder deltage i en spørgeskemaundersøgelse omhandlende kvindernes oplevelser med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditeten. Ved hjælp af patienternes feedback kan regionen, fødestederne og primærsektoren følge udviklingen i kvindernes vurderinger af sygehusene og få input til arbejdet med kvalitetsforbedringer.

Lignende undersøgelse gennemføres blandt akut indlagte patienter, planlagt indlagte patienter, planlagt ambulante patienter, fødende kvinder og i 2014 også for partnere til fødende. Patienterne har besøgt et sygehus i perioden fra ca. 1. august til 31. oktober 2014, og resultaterne af undersøgelsen blev offentliggjort den 21. april 2015.

93,1 % af de adspurgte fødende i Region Syddanmark har samlet set haft en positiv oplevelse i forbindelse med fødslen. Nedenfor er opsummeret graden af tilfredshed ved henholdsvis praktiserende læge, jordemoder, selve fødslen og opholdet på sygehuset efter fødslen:

- 93,3 % havde samlet set en god eller virkelig god oplevelse hos den praktiserende læge i forbindelse med graviditeten
- 94,1 % af de gravide og fødende havde en god eller virkelig god oplevelse hos jordemoderen under graviditeten
- 93,1 % havde samlet set en god eller virkelig god oplevelse af selve fødslen
- 94,1 % havde samlet set en god eller virkelig god oplevelse af opholdet på sygehuset efter fødslen

Niveauet for disse fire områder har været stabilt siden 2012, og ligger, som det også var tilfældet i 2013, på landsgennemsnittet ved tre ud af fire, mens oplevelsen af opholdet på sygehuset efter fødslen, ligesom de tidligere år, også i 2014 ligger over landsgennemsnittet.

Generelt viser resultaterne, at Region Syddanmarks indsats for de fødende er god, samt at regionen gør det rigtig godt i forhold til rådgivning om pleje og amning af det nyfødte barn under indlæggelsen.

Region Syddanmark ligger også over landsgennemsnittet på såvel tryghed i forbindelse med at skulle hjem som tilfredsheden med længden af perioden fra fødsel til udskrivelse.

Desuden ligger regionen og kommunerne i regionen også over gennemsnittet på tilfredshed med tidsperioden fra hjemkomst til besøg af sundhedsplejersken. Dette kan blandt andet skyldes, at der er etableret mulighed for besøg i barselsklinikker ved fødestederne i op til 7 dage efter udskrivelsen, samt at den kommunale sundhedspleje ligeledes har tilrettelagt arbejdet således, at sundhedsplejersken kommer indenfor 4-5 dage efter udskrivelsen. I de fleste kommuner kan disse besøg med den nye arbejdstilrettelæggelse også afvikles om lørdagen, hvilket medfører en større grad af smidighed i forhold til de nybagte forældre.

Vedlagt er bilag over regionens resultater på fødeområdet.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum :

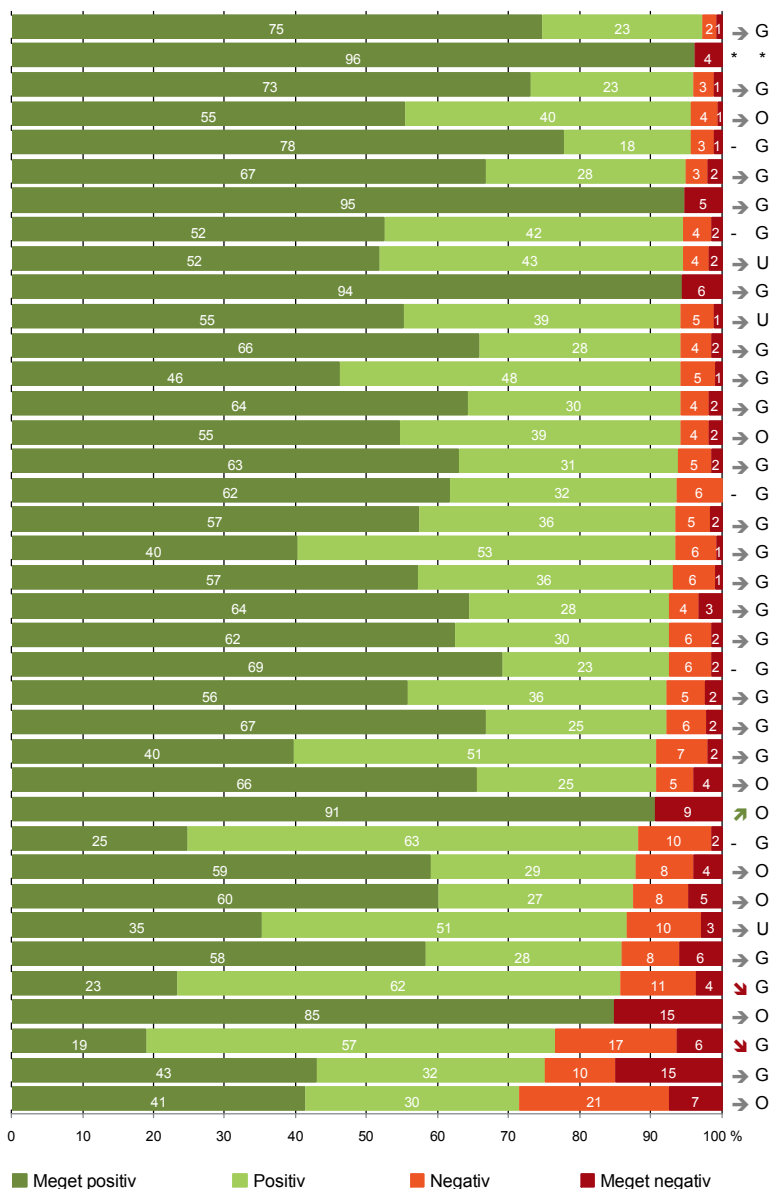
- Tager orientering til efterretning
-

BILAG:

- 1 [Oversigt over LUP 2014 resultater på fødeområdet i Region Syddanmark](#)

Region Syddanmark

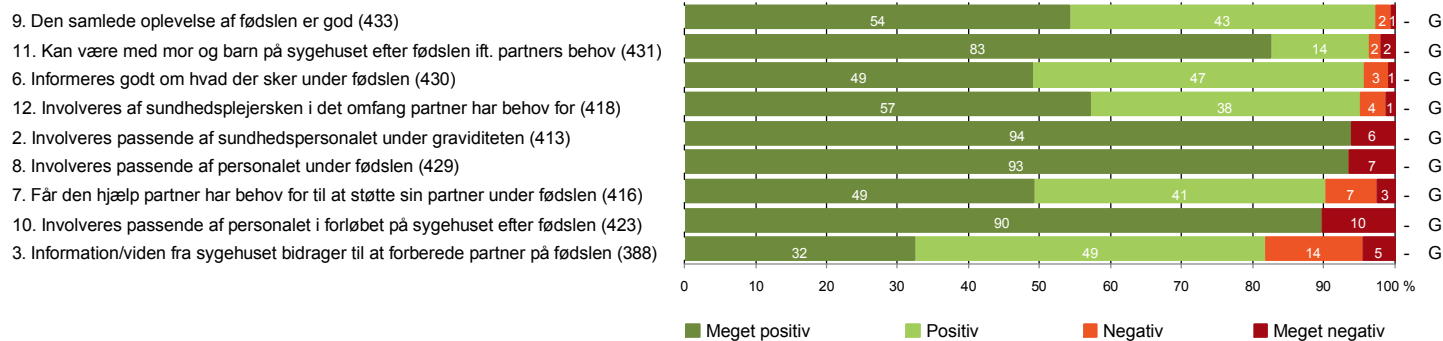
49. Får den rådgivning af sundhedsplejersken hun har behov for (1008)
17. Inddrages passende i beslutninger omkring planlagt kejsersnit (77)
- 12b. Får hjælp ved besøg på sygehus (ud over alm. besøg) under graviditet (522)
37. Tryk ved at skulle hjem fra sygehuset (1023)
24. Får den støtte fra personalet under fødslen hun har behov for (941)
45. Får svar på spørgsmål ved henvendelse til sygehuset efter udskrivelse (353)
21. Jordemoder er til stede på fødestuen i passende omfang (934)
22. Informeres godt om, hvad der sker under fødslen (992)
- 3a. Sygehuspersonalet forklarer resultatet af nakkefoldsscanningen godt (1027)
43. Informeres om henvendelsesmuligheder ved spørgsmål efter udskrivelse (1020)
- 3b. Sygehuspersonalet forklarer resultatet af misdannelsesscanningen godt (1034)
32. Sygehuspersonalet svarer på kvindens spørgsmål efter fødslen (921)
6. Samlet oplevelse af forløbet hos jordemoderen under graviditeten er god (1041)
4. Jordemoderen er lydhør over for behov under graviditeten (1029)
34. Den samlede oplevelse af opholdet på sygehuset efter fødslen er god (1019)
1. Praktiserende læge giver sig tid til at besvare spørgsmål om graviditet (992)
18. Får den information hun har behov for forud for det planlagte kejsersnit (78)
42. Ved hvad hun skal være opmærksom på ift. barns trivsel efter udskrivelse (1019)
2. Den samlede oplevelse af forløbet hos praktiserende læge er god (1041)
28. Den samlede oplevelse af fødslen er god (1032)
- 12a. Får hjælp ved indlæggelse under graviditeten (176)
- 12c. Får hjælp ved telefonisk kontakt til sygehuset under graviditeten (428)
26. Tryk ved personalets håndtering af situationen ved fødselskomplikation (306)
20. Modtagelsen på sygehuset ved fødslen er god (979)
19. Tryk ved telefonrådgivning fra fødeafdeling, da fødslen går i gang (810)
14. Informationer fra sundhedspersoner under graviditeten stemmer overens (1039)
31. Får den hjælp hun har brug for til at kunne pleje barnet på sygehuset (823)
48. Perioden, fra udskrivelse til besøg af sundhedsplejerske, er passende (1012)
8. Fødsels- og forældreforberedelsen er god (445)
30. Får den hjælp hun har brug for til at kunne amme på sygehuset (858)
33. Får den ro og hvile hun har behov for på sygehuset (1024)
5. Mulighed for at få kontakt til en jordemoder under graviditeten er god (680)
23. Får den hjælp til at lindre smerter under fødslen hun har behov for (599)
- 10a. Forberedelsen på fødslen under graviditeten er god (859)
36. Perioden, fra kvinden har født til udskrivelse, er passende (1020)
- 10b. Forberedelsen på amning under graviditeten er god (779)
39. Har talt med personalet om fødslen efter hun har født (712)
41. Ikke i tvivl om amning/ernæring af barn efter udskrivelse (1022)



Tidssammenligningen (pilene) er i forhold til regionens eget resultat i 2013. OUG'erne angiver, om regionens resultat er over, under eller ikke signifikant forskelligt fra landsresultatet i 2014. Tal i parentes viser, hvor mange patienter der har svaret på spørgsmålet.



Region Syddanmark



OUG'erne angiver, om regionens resultat er over, under eller ikke signifikant forskelligt fra landsresultatet i 2014. Tal i parentes viser, hvor mange patienter der har svaret på spørgsmålet.

10. Dagsordenspunkter til Sundhedskordinationsudvalget

SAGSFREMSTILLING

- Mødetema om trivsel og psykisk sundhed på ungdomsuddannelserne.
- Årshjul for Det administrative Kontaktforum og Sundhedskordinationsudvalget (pkt. 6)
- Patientnæreindsatser (pkt. 7)
- Nye rammer for kronisk sygdom (pkt. 8)

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Godkender, at punkterne sendes videre til Sundhedskordinationsudvalgets møde den 13. august 2015
-

11. Øvrig gensidig orientering

- Orientering om udmøntningen af midler fra finansloven til øget kapacitet på medicinske og geriatriske sygehusafdelinger.
- Orientering om henvendelse fra Nyborg Kommune til Bo Libergren, Sundhedskordinationsudvalget, vedr. rapport om annullerede udskrivelser fra OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning

Resultatpræsentation af ACCESS projektet

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag tage orienteringen til efterretning. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

ACCESS-projektet (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) i Sønderjylland har haft fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og optimere behandlingsforløb for den akutte, medicinske seniorpatient. Projektet evalueres positivt.

Nogle af konklusionerne på projektet er:

- Kommunale akuttilbud kan i nogle tilfælde spare ældre for akutte indlæggelser på et sygehus
- Ældre, akutte medicinske patienter tages bedst hånd om af deres egne, praktiserende læger
- Om akuttilbuddet er i form af akutteam i patientens eget hjem eller akutpladser i tilknytning til kommunale centre, er ikke afgørende i forhold til helbred og senere indlæggelse.
- De kommunale akuttilbud bliver mest brugt af resourcesvage ældre, der i forvejen jævnligt får besøg af hjemmesygeplejen. De mere ressourcestærke ældre går til læge og indlægges akut på sygehuset.
- Undersøgelsen viste, at hvor sygehuslægerne indlagde 50 procent af patienterne, kunne de praktiserende læger nøjes med at henvise 25 procent af præcis samme patienttype til indlæggelse.

Såfremt det ønskes, vil der kunne gives en orientering om ACCESS projektet på næste møde i Sundhedsstrategisk Forum, hvor der bl.a. planlægges temaoplæg om præ- og posthospitale opgaver.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Anbefaler, at orienteringen tages til efterretning

Kommissorier for Det administrative Kontaktforum samt de lokale samordningsfora

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag godkende kommissorium og forretningsorden for Det administrative Kontaktforum samt for de lokale samordningsfora. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

DAK-kommissoriet:

- Dagsorden til DAK ønskes af hensyn til respektive organisationer udsendt 4 uger før mødet, da det eller er svært at nå at få sagerne behandlet i formandskabet for SSF forud for møderne i SSF.
- Tematiserede udviklingsmøder bør som udgangspunkt indgå i de 6-8 møder
- Formuleringen: "Relevante sager kan godkendes af formandskabet" bør udgå, da det af hensyn til gennemsigtighed og ejerskab er vigtigt at fastholde Det administrative Kontaktforums beslutningskompetence
- Sundhedsstrategisk Forum foreslår, at Årshjulet for Det administrative Kontaktforum tager hensyn til både kommunale og regionale fora, herunder SKU og KKR.

SOF-kommissoriet:

Under kompetencer og organisering indsættes "faste":

I forbindelse med nedsættelse af de lokale samordningsfora skal det sikres, at parterne stiller med faste repræsentanter, der har det nødvendige mandat og den nødvendige beslutningskompetence.

Følgende bør udgå eller præciseres således, SOF'erne fastholder fokus på repræsentanter med beslutningskompetence: "De lokale samordningsfora skal sikre, at der er repræsentanter fra relevante afdelinger og forvaltninger i det omfang, det er nødvendigt for at understøtte samarbejde, planlægning og implementering af sundhedsaftalen på lokalt niveau."

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- anbefaler revision af kommissorierne med afsæt i ovennævnte kommunale synspunkter

Igangværende opgaver fra Sundhedsaftalerne 2011-2014

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag beslutte, hvilke igangværende opgaver, der fortsætter, og hvilke, der ophører. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

Det opstillede forslag til fortsættelse og ophør er det bedste bud fra Koordinationsgruppen. Det er vurderingen, at der er behov for yderligere bearbejdning af beslutningsoplægget til, hvilke opgaver og arbejdsgrupper m.v., som vurderes at skulle fortsætte. Dette af hensyn til gennemsigtighed, prioritering og ressourcetræk i kommunerne.

Stillingtagen til de nuværende opgaver og grupper bør ske én for én, herunder hvad der fortsætter i en ny kontekst i en ny sammenhæng og evt. med et nyt kommissorium samt evt. slutdato for opgaverne. De nuværende opgaver og arbejdsgrupper med videre foldes så vidt muligt ind i den nye organisering af følgegrupper. Se endvidere sag om følgegrupperne (sag 5).

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender at ovennævnte synspunkter fremføres for Det administrative Kontaktforum

Prioritering af nye opgaver i Sundhedsaftalen 2015-2018

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag beslutte, hvilke af de 11 opgaver, der igangsættes straks, herunder særligt i forhold til formål, omfang og indhold i opgaven om "Den rehabiliterende tilgang". Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1.

Kommunale kommentarer

Arbejdet med den rehabiliterende proces bør indgå som en af de aktiviteter, som igangsættes nu. Formandskabet har derudover ikke indvendinger til den foreslåede prioritering.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- Anbefaler, at prioriteringen godkendes, under forudsætning af, at den rehabiliterende proces er blandt de første prioriteter

Kommissorier for følgegrupper nedsat juni 2015

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag godkende kommissorierne for Følgegruppen for behandling og pleje, Følgegruppen for forebyggelse, Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, Følgegruppen for opgaveoverdragelse, Arbejdsgruppen for velfærdsteknologi og telemedicin samt bede følgegrupperne udarbejde en arbejdsplan, som forelægges Det administrative Kontaktforum. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

Kommissorier for følgegrupperne

Det bør præciseres, at de nedsatte følgegrupper går i gang med de førstprioriterede opgaver, jf. sag 1.4.

I forhold til den generiske part i kommissorierne

Fra kommunal side lægges der vægt på individuelle kommissorier, som godkendes i Det administrative Kontaktforum. Under afsnittet om "opgaver", bør det præciseres, at følgegruppernes rolle og opgave er at understøtte Det administrative Kontaktforum (som en "stabsfunktion"). Det administrative Kontaktforum er således styregruppe for implementeringsarbejdet, og de lokale samordningsfora er implementeringsorganer. Fra kommunal side noteres det, at følgegrupperne således skal være opmærksomme på konsekvenser i forhold til opgaveoverdragelse, i det kommunerne bør fastholde, at spørgsmålet om opgaveoverdragelse behandles særskilt og konkret jf den kommende model for håndtering.

I forhold til Lokale Samordningsfora

Det bør præciseres, at følgegrupperne skal understøtte udviklingen af aftaler, som godkendes i Det administrative Kontaktforum. Derudover skal følgegrupperne rådgive Det administrative Kontaktforum efter behov vedrørende principielle sager.

Afsnittet med kompetencer

Det bør bemærkes, at nedsættelsen af nye permanente arbejdsgrupper skal godkendes i Det administrative Kontaktforum. Derudover bør det afklares, hvad der menes med dialogaktiviteter.

Organisering

Følgegrupperne bør som udgangspunkt bemandes på ligeværdigt chefniveau mellem region og kommuner. Ved særligt behov kan der eventuelt inddrages en direktør.

Særlige opgaver

Kommunerne bør anbefale igangsætning med afsæt i de prioriterede opgaver. Følgegrupperne skal herefter komme med et bud på, hvilke af de igangværende opgaver i deres individuelle portefølje, som bør fortsætte eller stoppe. Derudover skal de komme med bud på kommissorier, tidshorisonter samt vurdering af ressourcetræk, som skal godkendes i Det administrative Kontaktforum.

Fordeling af opgaver mellem følgegrupperne

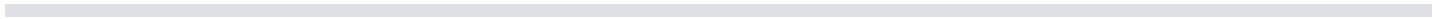
Nye Rammer for arbejdet med kronisk sygdom foreslås placeret i følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Derudover kan det overvejes, om Følgegruppen for opgaveoverdragelse skal bemandes ad hoc på direktørniveau pga det strategiske fokus i denne gruppe.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender at ovenstående kommunale bemærkninger fremlægges for Det administrative Kontaktforum



Årshjul for møder i Sundhedskordinationsudvalget og Det administrative Kontaktforum 2015 og 2016

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte årshjulet for møderne i Sundhedskordinationsudvalget og i Det administrative Kontaktforum. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

Den rehabiliterende tilgang og opgaveoverdragelse ønskes medtaget i årshjulet. Derudover bør prioriteringerne i Det administrative Kontaktforum afspejles i årshjulet. Det kan eventuelt medføre ændrede temaer på møderne i Sundhedskordinationsudvalget.

Indholdet af temaet borgerinddragelse bør drøftes nærmere, da det har sammenhæng med den rehabiliterende tilgang.

Årshjulet for Sundhedsstrategisk Forum bør ud over arbejdsgrundlaget og strategien for SSF tage afsæt i årshjulet for Det administrative Kontaktforum.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- Godkender, at ovennævnte kommunale synspunkter fremføres i Det administrative Kontaktforum.

Strategisk drøftelse af prioritering af midler til patientnære indsatser (økonomiaftalemidler)

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag drøfte, hvilke temaer, der bør afsættes midler til vedrørende patientnære indsatser. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

Formålet med denne sag er en strategisk drøftelse af temaer, som kan indgå i kommunernes budgetlægning for ØA-midlerne. Det vil sige, at det ikke er en beslutningssag, da de respektive politiske organer har beslutningskompetencen indenfor dette område.

Regionen har udarbejdet et idékatalog, som kommunerne bør forholde sig til. Det bør fra kommunal side drøftes, hvilke temaer, det kan anbefales at fremlægge for Det administrative Kontaktforum, velvidende at kommunerne i vid udstrækning har prioriteret i forhold KKR målsætningerne, akutfunktioner, kronikerindsats mv.

Kommunerne bør dog samtidig være åbne overfor fælles prioritering af indsatsområder, som ses i lyset af målsætninger i økonomiaftalen og i sundhedsaftalen 2015-2018.

Følgende temaer kan eventuelt overvejes fra kommunal side:

- Udvikling af fælles mål og metode (triple aim?)
- Fælles fokus på effektdokumentation (jf KKR mål herom, og problemerne konstateret i forbindelse med fælles fremtidsbillede)
- Fælles prioritering af midler til proces vedr. beskrivelsen af den rehabiliterende tilgang, og efterfølgende behov for kommunikation heraf med henblik på kulturforandringer
- Fællesfinansiering af patientuddannelser kan også være et bud.

I forhold til idékataloget fra regionen kan følgende bemærkes:

- Borger/patientoplevelset kvalitet: Bør kommunerne være åbne overfor.
- Mental sundhed: Det fremgår, at vidensgrundlag kan tilvejebringes med eksisterende ressourcer – derfor er der næppe brug for fælles prioritering
- Opgaveoverdragelse: Det ønskes ikke at afsætte fælles puljer til opgaveoverdragelse (jf. at der ikke er automatik heri)
- Velfærdsteknologi/telemedicin: Dette ønskes der som udgangspunkt heller ikke afsættelse til (her må der foreligge en strategi og konkrete projekter, før det kan overvejes at afsætte midler til området)
- ACCESS: Det fremstår uklart, hvad der menes - muligvis en løftestang for opgaveflytning?
- Lægemiddel/FMK: Kommunerne har bidraget til oprydningen, kompetenceudvikling m.v. - valg af lægemidler mv. er vist et rent regionalt ansvar?
- Nye rammer for kronisk sygdom: Arbejdet bør lægges i Følgegruppe for genoptræning og rehabilitering, og implementeringen bør foregå i de lokale samordningsfora.
- Patientuddannelse: Bemærk formulering om "eftersyn af sygehusenes patientuddannelse" - vi må her fastholde vores tilgang om at betragte denne sag som et spørgsmål om opgaveoverdragelse.
- Løbende opfølgning på sundhedsaftalen: Dette er umiddelbart en normal stabsfunktion, det vil sige, at det ikke skal fællesfinansieres.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- Drøfter idekataloget
- Drøfter kommunernes bud på temaer
- Godkender at ovennævnte synspunkter fremføres på mødet i Det administrative Kontaktforum

Nye rammer for kronisk sygdom

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag godkende modellen for nye forløbsprogrammer, godkende de foreslåede målgrupper og prioriteringen, godkende at koordinationsgruppen/følgegruppen for forebyggelse i samarbejde med arbejdsgruppens formandskab udarbejder udkast til procesplan, organisering og kommissorier for det fortsatte arbejde, som godkendes af Det administrative Kontaktforum. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1.

Kommunale kommentarer

Arbejdet med Nye rammer for kronisk sygdom blev iværksat i 2014. Arbejdet blev ikke godkendt på mødet i Det administrative Kontaktforum den 19. marts. Som følge heraf havde formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum en drøftelse med den kommunale medformand på et møde i begyndelsen af maj, forud for drøftelsen i formandskabet for Det administrative Kontaktforum den 11. maj.

Arbejdet er efterfølgende blevet revideret, og der ligger nu et rammesættende bud på en generisk model. Rammesætningen er fortsat åben for fortolkning. Derfor anbefales det fra kommunal side, at man nu igangsætter arbejdet i én diagnosegruppe, som kan være en prototype for et generisk forløb, som kan godkendes i Det administrative Kontaktforum. Der bør ikke igangsættes programmer for samtlige målgrupper samtidig.

Den rammesættende generiske model giver anledning til følgende opmærksomhedspunkter:

- Får vi reelt en generisk model, og ikke diagnosespecifikke forløbsprogrammer?
- Opmærksomhed omkring kommunernes selvstændige udrednings- og visitationskompetence i forhold til kommunale rehabiliteringsforløb
- Pilotmodellen bør give svar på, hvordan parterne reelt får uarbejdet et fælles mål for kronikerforløbet i samarbejde med borgeren
- Vigtigheden af mestring efterlyses i oplægget
- Det nævnes, at der kan henvises til kommunal patientuddannelse. Dette forudsætter en afklaring af denne opgaves placering og finansiering
- Vigtigheden af at sikre parallelitet i arbejdet med Nye rammer for kronisk sygdom og arbejdet med den rehabiliterende tilgang
- Opmærksomhed på grænsen mellem lægens ansvar i forhold til det kommunale ansvar

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- Anbefaler godkendelse af rammesætningen af den generiske model for nye forløbsprogrammer, i det det forudsættes, at der udarbejdes en konkret pilotmodel for det første forløbsprogram til godkendelse i Det administrative Kontaktforum
- Godkender de foreslåede målgrupper og prioriteringen heraf jf. bilag
- Anbefaler at opgaven placeres i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Anbefaler, at Koordinationsgruppen/Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering udarbejder udkast til procesplan, organisering og kommissorier for det fortsatte arbejde, som godkendes af formandskabet for Det administrative Kontaktforum.

Resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for somatik og fødende 2014

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag tage orienteringen til efterretning. Sagsfremstilling, indstilling og bilag fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1

Kommunale kommentarer

Ingen bemærkninger.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Anbefaler, at orienteringen tages til efterretning.

Dagsordenspunkter til Sundhedskordinationsudvalget

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag godkende, at punkterne sendes videre til Sundhedskordinationsudvalgets møde den 13. august 2015. Sagsfremstilling og indstilling fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1.

Kommunale kommentarer

Intet at bemærke.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Anbefaler, at punkterne godkendes til videresendelse til Sundhedskordinationsudvalgets møde den 13. august.

Øvrig gensidig orientering

Det administrative Kontaktforum skal i denne sag tage orienteringen til efterretning. Sagsfremstilling og indstilling fremgår af dagsordenen til mødet den 17. juni, som er vedhæftet punkt 1.1.

Kommunale kommentarer

Intet at bemærke.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Anbefaler, at orienteringen tages til efterretning.

Oplæg og drøftelse af FMK

Den 28. april blev der underskrevet en aftale om oprydning i FMK. Oprydningen i FMK er derfor godt i gang mange steder, og implementeringen af FMK kan få alvor komme igang i kommunerne.

Assens Kommune har været én af i alt tre pilotkommuner i forhold til implementering af Fælles Medicinkort (FMK). Kommunen har implementeret FMK via det elektroniske omsorgsjournal-system (EOJ) Aveleo, mens pilotkommunerne Hedensted og Aalborg hhv. har anvendt EOJ-systemerne CSC og KMD. I Assens Kommune har FMK været i drift siden 1. januar 2015.

Liselotte Johansen, sundhedsfaglig koordinator i Assens Kommune, vil fortælle om kommunens erfaringer med implementeringen af FMK, herunder om organisering af implementeringsarbejdet og om samarbejdet med almen praksis.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager oplægget fra Assens Kommune til efterretning
- Drøfter eventuelle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK

Aftale om oprydning i FMK

Som led i implementeringen af det fælles medicinkort (FMK) har det været nødvendigt at igangsætte en oprydning af oplysningerne i medicinkortene. Der blev i december 2014 indgået aftale herom mellem KL, Danske Regioner og PLO.

Der har siden januar været drøftelser om aftalen mellem PLO Syd, Region Syddanmark og repræsentanter for de syddanske kommuner, hvilket har resulteret i en revideret version af aftalen. Aftalen blev underskrevet i forbindelse med møde i Praksisplanudvalget d. 28. april 2015. Der er i den reviderede version ikke ændret på det centrale i aftalen, og den følger dermed indholdsmæssigt den centrale aftale, men aftalen er forkortet i sin ordlyd.

Der er i region Syddanmark afsat 6 mio. kr. til oprydningen i 2015, med delt kommunal og regional finansiering. Såfremt puljen er forbrugt inden 31. december 2015 bortfalder aftalen og dermed muligheden for, at ydelsen kan bestilles eller udføres.

Det er den enkelte kommune selv, der anmoder en given læge om oprydning på et specifikt medicinkort. Når lægen har foretaget oprydningen, vil lægen blive honoreret med 300 kr., hvoraf den givne kommune betaler halvdelen af udgiften. Afregningen vil følge de kendte flow fra medfinansieringen.

Den enkelte kommune skal kvartalsvist sende oplysninger til Region Syddanmark om, hvor mange medicinkort der er bestilt oprydning i opgjort per måned fordelt på praksis. Regionen sammenligner disse oplysninger med lægernes afregningsdata.

Region Syddanmark følger desuden løbende forbruget af oprydningssydelsen og sender minimum én gang i kvartalet en opgørelse over det samlede forbrug fordelt på kommuner til det Fælleskommunale Sundhedssekretariat, som videreformidler oplysningerne til kommunerne.¹

¹ Nærmere beskrivelser om det konkrete arbejde med oprydningen kan findes i administrationsgrundlaget udsendt af det fælleskommunale sundhedssekretariat d. 12. maj 2015.

Økonomi forbundet med praksisplanen

Overordnet set gælder det, at når der er indgået aftale om decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi i den underliggende aftale for praksisplanen, flyttes disse to områder, samt midlerne hertil, fra centralt til decentralt niveau. Derefter er kommunerne og regionerne forpligtet til at løfte området med hver minimum 100 mio. kr. i 2017 på landsplan. Der er tale om et varigt årligt løft, der vil blive løbende indfasning frem til 2017. Nedenfor ses en oversigt over midlerne til henholdsvis sygebesøg og samtaleterapi samt nye tiltag på årligt niveau.

	Region Syddanmark (mio. kr.)	Hele landet (mio. kr.)
Samtaleterapi	25,8	104,0
Sygebesøg	22,5	109,7
Af de 100 mio. kr. – kommuner	21,6	100,0
Af de 100 mio. kr. – region	21,5	100,0
Samlet	91,5	413,7

Kommunernes afregning for ydelserne er baseret på to grundprincipper. Principperne knytter sig til, hvorvidt det er nye ydelser, eller om det er de to decentraliserede ydelser hhv. samtaleterapi og sygebesøg. For nye ydelser og initiativer, der ligger udover samtaleterapi og sygebesøg, er der aftalt kollektiv kommunal afregning. Konkret betyder det, at praksisplanudvalgene indgår aftale om prioriteringen af disse midler, som kommunerne og regionen finansierer med 50 pct. hver. I takt med at ydelserne og initiativerne afholdes, afregner kommunerne kollektivt. Det vil sige, at kommunerne bidrager samlet til afregningen af de nye ydelser, uanset aktiviteten i egen kommune. Den kollektive afregning sker for den enkelte kommune på baggrund af DUT-nøglen.

I forhold til sygebesøg afregnes denne ydelser efter forbrug på kommuneniveau med udgangspunkt i en medfinansiering på 10 pct. tilsvarende i dag. Samtaleterapi finansieres i dag fuldt af regionen. Disse satser for medfinansieringen fastholdes dog kun, hvis praksisplanudvalget indgår aftaler, der økonomisk er svarende til udgifterne i 2014 på hvert af de to områder (henholdsvis 25,8 mio. kr. og 22,5 mio. kr.). Hvis praksisplanudvalget prioriterer yderligere midler til de to områder, vil disse blive finansieret 50/50 af kommuner og region. Det vil i praksis betyde, at der udregnes en nye medfinansieringsnøgler for ydelserne. Modellen er beskrevet nærmere i vedlagte bilag.

Der vil på mødet blive orienteret om status vedrørende forhandlingerne og praksisplanen.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager orienteringen til efterretning

Økonomimodel for praksisplan for almen praksis

I overenskomsten mellem PLO og RLTN er der mulighed for at decentralisere prioritering og tilrettelæggelse af sygebesøg og samtaleterapi til de fem praksisplanudvalg. De samlede årlige udgifter hertil udgør 213,7 mio. kr. på landsplan (2014).

Når der er indgået aftale om decentraliseringen i den underliggende aftale for praksisplanen, er kommunerne og regionerne via overenskomsten forpligtet til at løfte området med hver minimum 100 mio. kr. i 2017 på landsplan. Der er tale om et varigt årligt løft. Frem mod 2017 vil der ske en løbende indfasning af løftet.

For kommunernes vedkommende er de 100 mio. kr. en del af de 350 mio. kr., som kommunerne fik som løft af sundhedsområdet i forbindelse med økonomiaftalen for 2015. De 350 mio. kr. består af et løft af servicerammen på 150 mio. kr. og effektiviseringsgevinster fra henholdsvis beredskabsområdet og befordringsområdet på hver 100 mio. kr. Det vil sige, at 200 mio. kr. skal findes via omprioritering inden for den nuværende ramme.

KL har i samarbejde med Danske Regioner udarbejdet en model for udmøntningen af den del af overenskomsten, som omhandler decentraliseringen.

Midlerne bliver fordelt mellem de fem praksisplanudvalg efter to principper. De 213,7 mio. kr., der følger decentraliseringen af sygebesøg og samtaleterapi, bliver fordelt mellem praksisplanudvalgene i forhold til den aktivitet, der hidtil har været i regionerne. Det giver i udgangspunktet grundlag for at opretholde det eksisterende serviceniveau. De 2 x 100 mio. kr., som er løft til området og dermed nye midler, bliver fordelt mellem de fem praksisplanudvalg iht. hhv. kommunernes og regionernes respektive DUT-nøgle.

Nedenfor ses en oversigt over midlerne til henholdsvis sygebesøg og samtaleterapi samt nye tiltag på årligt niveau.

	Region Syddanmark (mio. kr.)	Hele landet (mio. kr.)
Samtaleterapi	25,8	104,0
Sygebesøg	22,5	109,7
Af de 100 mio. kr. – kommuner	21,6	100,0
Af de 100 mio. kr. – region	21,5	100,0
Samlet	91,5	413,7

Kommunernes afregning for ydelserne er baseret på to grundprincipper. Principperne knytter sig til, hvorvidt det er nye ydelser, eller om det er de to decentraliserede ydelser hhv. samtaleterapi og sygebesøg.

For nye ydelser og initiativer, der ligger udover samtaleterapi og sygebesøg, er der aftalt kollektiv kommunal afregning. Konkret betyder det, at praksisplanudvalgene indgår aftale om prioriteringen af disse midler, som kommunerne og regionen finansierer med 50 pct. hver. I takt med at ydelserne

og initiativerne afholdes, afregner kommunerne kollektivt. Det vil sige, at kommunerne bidrager samlet til afregningen af de nye ydelser, uanset aktiviteten i egen kommune. Den kollektive afregning sker for den enkelte kommune på baggrund af DUT-nøglen.

Sygebesøg bliver i dag afregnet efter forbruget i den enkelte kommune. Dette princip bevares. Som ved de øvrige grundydelse omfattet af den centrale overenskomst, så afregner kommunerne i dag 10 pct. af udgifterne, mens regionerne afregner 90 pct. af udgifterne. I 2014 havde kommunerne i region Syddanmark altså udgifter på 2,25 mio. kr. til sygebesøg. I forhold til samtaleterapi er det på nuværende tidspunkt regionerne, der fuldt finansierer ydelserne.

Med den nye styringsmodel er det aftalt, at afregningsnøglen mellem kommune og region bliver fastlagt på baggrund af det udgiftsniveau, der i det enkelte praksisplanudvalg bliver aftalt for de to decentraliserede ydelser (sygebesøg og samtaleterapi).

Det vil sige, at så længe aktiviteten aftales til niveauet for det seneste år (2014), bidrager kommunerne med 10 pct. af udgifterne til sygebesøg og 0 pct. i forhold til samtaleterapi tilsvarende i dag. Men hvis det i forbindelse med praksisplanen og den underliggende aftale i Region Syddanmark aftales, at der skal tilføres flere midler til de to områder, så vil finansiering af den øgede aktivitet fordeles med 50 pct. fra regionerne og 50 pct. fra kommunerne. Der vil på baggrund af de nye tilførte midler blive udregnet en nye fordelingsnøgler for kommunernes og regionens afregning af ydelserne.

Nedenfor er der skitseret et eksempel, hvor det nuværende udgiftsniveau til sygebesøg udgør 5 mio. kr., og der i praksisplanudvalget aftales et løft svarende til 2 mio. kr. til området. Herefter bliver afregningsnøglen 21 pct. for kommunerne og 79 pct. for regionerne.

	I alt	Kommuner	Region
Nuværende udgift	5 mio. kr.	0,5 mio. kr.	4,5 mio. kr.
Løft	2 mio. kr.	1 mio. kr.	1 mio. kr.
I alt	7 mio. kr..	1,5 mio. kr.	5,5 mio. kr.
Afregningsnøgle		21 pct.	79 pct.

I det konkrete eksempel vil kommunerne altså for alle ydelser ift. sygebesøg skulle medfinansiere 21 pct. af udgifterne. Hvis der ikke aftales løft af samtaleterapi fastholdes det, at kommunerne ikke medfinansierer her, mens der udregnes en ny medfinansieringsnøgle, hvis det i praksisplanudvalget prioriteres at afsætte yderligere midler til samtaleterapi.

Øvrige ydelser aftalt i forbindelse med praksisplanen vil stadig blive afregnet med 50 pct. af kommunerne, som afregner kollektivt, og 50 pct. fra regionen.

Fordelingen af de 22 mio. kr. som nye midler fra kommunerne ses sidst i dette dokument. Kommunerne opfordres til at afsætte specifikke midler til implementeringen af praksisplanen i forbindelse med budgettet for 2016. Udgifterne for den enkelte kommune til nye initiativer i

forbindelse med praksisplanen i 2016 vil afhænge af de aftaler, der indgås i praksisplanudvalget og den efterfølgende aktivitet. Praksisplanudvalget arbejder inden for rammen af økonomien skitseret her, men det er ikke sikkert, at de aftaler, der indgås i praksisplanudvalget før 2016, fuldt vil anvende den økonomiske ramme på 44 mio. kr. samlet for de syddanske kommuner og Region Syddanmark.

Fordeling af ”nye midler”

De 100 mio. kr. som nye midler fra kommunerne finansieres gennem det generelle bloktilskud. Fordelingen mellem kommunerne er sket på baggrund af den kommunale bloktilskudsnøgle. Tallene er forventede men ikke endeligt bekræftede. Der kan derfor forekomme mindre justeringer.

	DUT-nøgle	kr.
Assens Kommune	0,730	730.106
Billund Kommune	0,467	466.714
Esbjerg Kommune	2,096	2.095.549
Fanø Kommune	0,056	55.595
Fredericia Kommune	0,933	932.890
Faaborg-Midtfyn Kommune	0,907	906.875
Haderslev Kommune	1,018	1.018.417
Kerteminde Kommune	0,416	415.770
Kolding Kommune	1,581	1.580.923
Langeland Kommune	0,248	248.127
Middelfart Kommune	0,649	648.989
Nordfyns Kommune	0,514	514.077
Nyborg Kommune	0,567	566.859
Odense Kommune	3,523	3.522.942
Svendborg Kommune	1,031	1.030.990
Sønderborg Kommune	1,397	1.397.136
Tønder Kommune	0,722	721.832
Varde Kommune	0,879	878.767
Vejen Kommune	0,762	761.708
Vejle Kommune	1,937	1.936.973
Ærø Kommune	0,116	116.285
Aabenraa Kommune	1,084	1.083.815
Total		21.631.339

Erfaringer omkring IV antibiotikabehandling i Varde Kommune

Varde Kommune og Sydvestjysk Sygehus (SVS) har netop afsluttet evalueringen af et fælles kvalitetsforbedringsprojekt omkring IV antibiotikabehandling, evalueringen indgår som bilag.

Baggrund

Baggrunden var et ønske om at finde ud af, om det kan lade sig gøre i praksis at give IV-antibiotikabehandling i hjemmet og om det giver mening for patienterne. Der har i projektet været fokus på patientoplevelt kvalitet samt sundhedsfaglig- og organisatorisk kvalitet.

Formålet er at indlagte patienter i IV antibiotisk behandling kan overgå til IV behandling i eget hjem. Projektbeskrivelsen indgår som bilag i evalueringen.

Målgruppen er stabile og kognitivt velfungerende patienter, som ud fra lægefaglig vurdering ikke har brug for observation i forbindelse med deres behandling. Aldersgruppen er justeret undervejs i projektet. På nuværende tidspunkt indgår personer på 12 år plus i målgruppen.

I perioden fra marts 2014 – marts 2015 er der ordineret IV antibiotikabehandling i alt 30 gange. Samlet set består patientgruppen af 25 cpr. numre. Heraf har tre af patienterne fået ordineret IV antibiotikabehandling ad flere omgange.

Sydvestjysk Sygehus har **finansieret** udgifterne til IV behandlingen, herunder antibiotika til de dage, hvor det forventes, at patienten skal være i behandling. Varde Kommune finansierer de udgifter, der er til sygeplejerskerne i Akutfunktionen, primært er der tale om løn- og transportudgifter. Der er ikke foretaget beregninger på de direkte omkostninger forbundet med indsatsen for henholdsvis Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune.

Der er trukket data på indlæggelse og ambulante ydelser for målgruppen i den givne periode. Men i forhold til medfinansieringsudgifterne er det ikke muligt at vurdere, om patienten har haft et ambulante besøg/en indlæggelse før, under eller efter der er ordineret IV antibiotikabehandling. Dermed kan patienten godt have haft et ambulante besøg/en indlæggelse uden at det har relation til IV antibiotikabehandlingen.

Evalueringen af projektet viser, at IV antibiotisk behandling i eget hjem bidrager positivt til den **patientoplevede kvalitet**. Der er gennemført tre interview med meget forskellige patienter og disses pårørende. Alle er enige om, at behandlingen i hjemmet i stedet for på sygehuset er at foretrække. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient og om det er første eller 23. indlæggelse.

Nogle af de ting, som går igen i interviewene, og som patienterne fremhæver, er følgende;

- Alle patienter og pårørende har følt sig velinformeret fra sygehuset om hvordan forløbet i hjemmet ville forløbe.
- Patienterne har følt sig trygge ved at tage hjem.
- De har mødt nogle kompetente sygeplejersker i Akutfunktionen i Varde Kommune.
- Sygeplejersker i Akutfunktionen i Varde Kommune overholdte tiderne.
- Patienterne har oplevet, at der var et godt samarbejde mellem sygehuset og hjemmesygeplejen.

Gennem projektet har både Varde Kommune og SVS gjort sig **erfaringer med samarbejdet** omkring IV antibiotisk behandling. Erfaringer, som kan være givtige for andre at kende til, hvis et lignende samarbejde startes op andre steder. Noget af det der skal fremhæves er;

- samarbejde og dialog
- kendskabet til arbejdsgangene i projektet
- arbejdsmiljøet
- de praktiske forhold
- fælles forventningsafstemning i forhold til nye præparater
- ajourførte medicinlister
- behandlingsansvar ved udskrivelse

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- Tager evalueringen af kvalitetsforbedringsprojektet omkring IV antibiotikabehandling til efterretning

Evaluering af IV antibiotisk behandling i eget hjem

*Et kvalitetsforbedringsprojekt mellem Sydvestjysk Sygehus
og Varde Kommune*

Kontaktpersoner for yderligere oplysninger

Sydvestjysk Sygehus

Birthe Mette Pedersen, Sygeplejefaglig Direktør, Birthe.Mette.Pedersen@rsyd.dk

Helene Schaldemose Billeschou, AC Fuldmægtig, Helene.Schaldemose.Billeschou@rsyd.dk

Varde Kommune

Kirsten Enevoldsen Myrup, Sundhedschef, kire@varde.dk

Rigmor Kathrine Jensen, Leder af Sygeplejen, rigj@varde.dk

Juni 2015

Indhold

Baggrund	2
IV-Behandling i Akutfunktionen	2
Kvalitetsforbedringsprojekt med SVS.....	2
Ansvar og kompetencer.....	2
IV antibiotika.....	3
Finansiering	4
Evaluering	4
Målgruppen	5
Resultater	6
Antal patienter ordineret til IV-behandling i Akutfunktionen.....	6
Særlige opmærksomhedspunkter i Kvalitetsforbedringsprojektet.....	7
Sundhedsøkonomiske opgørelser	9
Indlæggelser	10
Ambulante besøg.....	11
Medfinansiering.....	12
Diagnoser og medfinansiering.....	13
Erfaringer og patientoplevet kvalitet	14
Erfaringer i samarbejdet og fremadrettede anbefalinger	15
Positive erfaringer i forhold til samarbejde og dialog	15
Positive erfaringer med kendskabet til arbejdsgangene i projektet	15
Positive erfaringer med arbejdsmiljøet.....	15
Positive erfaringer med de praktiske forhold.....	16
Positive erfaringer om fælles forventningsafstemning i forhold til nye præparater	16
Opmærksomhedspunkt i forhold til ajourførte medicinlister	16
Opmærksomhedspunkt i forhold til behandlingsansvar ved udskrivelse	16
Bilag 1: Projektbeskrivelsen.....	17

Baggrund

IV-Behandling i Akutfunktionen

Varde Kommune har med etableringen af en Akutfunktion i juni 2013 gjort det muligt at udføre Intravenøs behandling (IV behandling) i eget hjem. Sygeplejerskerne kan efter ordination fra en læge anlægge intravenøs adgang og derigennem give antibiotika eller væske samt give antibiotika og ernæring via centrale venekatetre, der er anlagt under en indlæggelse på sygehus. Akutfunktionen afklarer evt. behov for justeringer af behandlingen i samråd med den ansvarlige lægelige behandler.

Baggrunden herfor skal blandt andet findes i samfundsudviklingen, som går i retning af at etablere det nære sundhedsvæsen og har fokus på sundhedstilbud tæt på borgeren, herunder traditionel hospitalsbehandling i eget hjem.

Det opleves af og til, at patienter, der er umiddelbart raske og friske, bliver nødt til at være indlagt på sygehuset til intravenøs antibiotisk behandling. Nogle patienter kan være hjemme imellem behandlingerne, men med behandling op til tre gange daglig, er der store afbræk i hverdagen, som medfører besværligheder med at få en hverdag til at hænge sammen. Forløbene er desuden præget af meget ventetid.

Denne unødvendige sygeliggørelse, som dette medfører ønskes elimineret ved at udskrive disse patienter til eget hjem, hvor medicingivningen således skal varetages af hjemmesygeplejen. Patienterne har en åben indlæggelse så længe, der foregår ordineret hospitalsbehandling.

Kvalitetsforbedringsprojekt med SVS

I marts 2014 indgik Varde Kommune i et kvalitetsforbedringsprojekt med Sydvestjysk Sygehus (SVS) omkring **Intravenøs antibiotikabehandling** i hjemmet. Formålet var at indlagte patienter i intravenøs antibiotisk behandling kunne overgå til intravenøs behandling i eget hjem. Hensigten har været at afprøve om det kan lade sig gøre og om det giver mening i forhold til den patientoplevede kvalitet, den sundhedsfaglige- og den organisatoriske kvalitet. Med dette projekt blev rammerne for ansvar og kompetencer beskrevet, se projektbeskrivelsen i bilag 1.

Ansvar og kompetencer

Lægerne på Sydvestjysk Sygehus har det faglige behandlingsansvar så længe, der er tale om intravenøs antibiotikabehandling, der er ordineret fra hospitalet og endnu ikke er afsluttet ifølge den plan, der er lagt. Herefter overgår ansvaret til den praktiserende læge. Lægerne på SVS er ansvarlige for

- ▶ At ordinere relevant antibiotikabehandling
- ▶ At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- ▶ At udarbejde en plan for behandlingen, hvor det fremgår, hvornår behandlingen ophører eller ændres til anden administrativ form, hvornår der evt. skal tages blodprøver, hvornår der evt. skal følges op med ambulante kontroller.
- ▶ At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til Akutfunktionen i Varde Kommune.

Sygeplejerskerne på afdelingen (SVS) sikrer at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende PVK(under 1 døgn gammel) med slange og at der medsendes IV-kasse med det ordinerede antibiotika til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandlingen.

Herudover er sygeplejerskerne på SVS ansvarlige for at

- ▶ Udleverer og gennemgår informationsfolder til patienten "Behandling med antibiotika i blodåren i eget hjem"
- ▶ Anvende SamBo procedure ifht. udskrivelse
- ▶ Medsender opdateret medicinliste
- ▶ Medsender oplysninger på afdelingen
- ▶ Medsende alle relevante remedier, som skal bruges til at udføre behandlingen

Da opgaven omkring IV antibiotikabehandling kræver en særlig viden og kompetencer, har der været behov for kompetenceudvikling. I Varde Kommune har det i projektperioden primært været sygeplejerskerne i Akutfunktionen, som har varetaget opgaven, og som primært blev uddannet til det. I foråret 2015 har flere hjemmesygeplejersker gennemgået kompetenceudviklingsforløbet, således de også er i stand til at varetage opgaven med IV antibiotikabehandling. Dette er gjort for at mindske sårbarheden omkring opgaven, da der i Akutfunktionen kun er ansat seks sygeplejersker.

Kompetenceudviklingen er dels varetaget af SVS og dels ved bedside oplæring. I undervisningen og oplæring af sygeplejerskerne er der blevet arbejdet med;

- ▶ Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning, interaktioner samt anafylaktiske chok
- ▶ Anlæggelse og pleje af venflon
- ▶ Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit.
- ▶ Vedligehold af genoplivningskompetencer

IV antibiotika

I samarbejdsprojektet har der været mulighed for at behandle med flere antibiotiske præparater. Præparaterne er alle givet i et lukket system. Undervejs i projektføreløbet er listen over mulige antibiotiske præparater blevet tilpasset. Følgende præparater indgår ved projektets afslutning på listen;

- Tazocin
- Cefuroxim
- Benzylpenicillin
- Ceftriaxon
- Ciprofloxacin
- Klaricid
- Selexid
- Ampicillin
- Fluconazol
- Vancomycin
- Dicloxacillin

Finansiering

Sydvestjysk Sygehus finansierer udgifterne til IV behandlingen, herunder antibiotika til de dage, hvor det forventes, at patienten skal være i behandling.

Varde Kommune finansierer de udgifter, der er til sygeplejerskerne i Akutfunktionen, primært er der tale om løn- og transportudgifter.

Evaluering

Der har været løbende opfølgning på kvalitetsforbedringsprojektet og samarbejdet. Halvårligt har der været afholdt møder mellem repræsentanter fra Varde Kommune og Sydvestjysk Sygehus. Disse kvartalvise møder er ophørt i starten af 2015 og erstattet af ad hoc kontakt, primært via mail og telefon.

På møderne er følgende punkter blevet drøftet;

- ▶ Antal patienter henvist til IV-behandling (gerne med cpr.nr.)
- ▶ Antal ordinerede besøg/dag
- ▶ Ordineret behandlingsvarighed (antal dage /uger)
- ▶ Ordinerende afdeling
- ▶ Præparater
- ▶ Antal patienter med komplikationer til IV-behandlingen fx anafylaksi
- ▶ Samarbejde herunder udfordringer og succes historier
- ▶ Sundhedsøkonomiske opgørelser herunder Varde Kommunes medfinansieringsudgifter til målgruppen.

Målgruppen

Målgruppen for IV antibiotikabehandling er stabile og kognitivt velfungerende patienter, som ud fra lægefaglig vurdering ikke har brug for observation i forbindelse med behandlingen. Det har vist sig at være meget syge og ofte kronisk syge eller terminale patienter, der indgik i projektet.

Aldersgruppen var fra starten aftalt til at være alle patienter. I løbet af projektperioden er målgruppen blevet justeret, således at det fremadrettet patienter over 12 år, som indgår. Denne beslutning er taget på baggrund af, at der kan være udfordringer og større risici forbundet med behandlingen af små børn.

I perioden fra marts 2014 – marts 2015 er der blevet ordineret IV antibiotikabehandling i alt 30 gange.

Samlet set består patientgruppen af 25 cpr. numre. Heraf har tre af patienterne fået ordineret IV antibiotikabehandling ad flere omgange, hvorfor de også er registreret med det samme cpr. nr. mindst to gange. De tre borgere, som har fået ordineret IV antibiotikabehandling ad flere omgange, er alle mænd. Ud af de 25 borgere, som har modtaget IV antibiotikabehandling, er de 17 mænd og 8 er kvinder.

Aldersfordelingen går fra 8 år og op til 90 år. Der bør her være en opmærksomhed på, at aldersgruppen undervejs er justeret, således at det fremadrettet som udgangspunkt er børn på 12 år og ældre, som kan få tilbuddet om IV antibiotika i hjemmet.

Resultater

Antal patienter ordineret til IV-behandling i Akutfunktionen

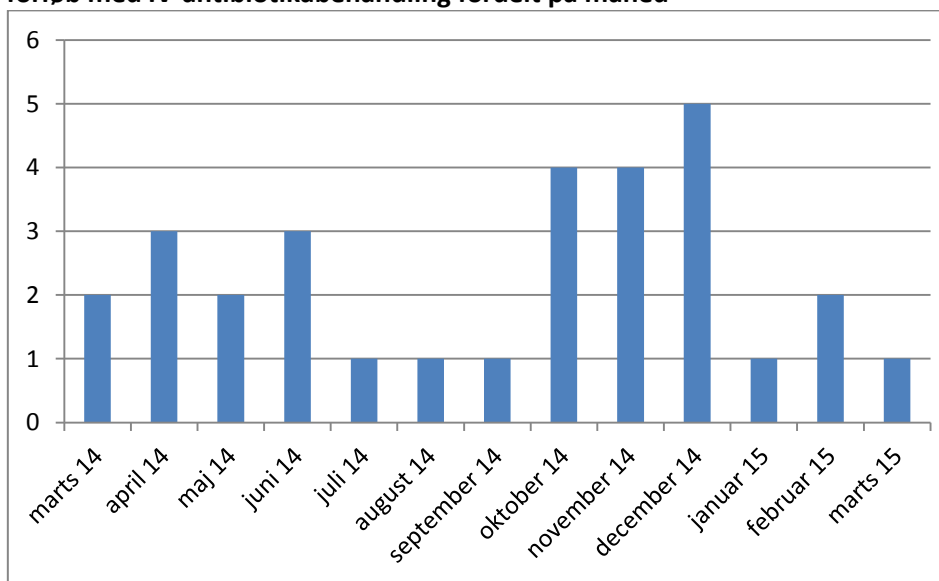
Tabel 1 og figur 1 viser det samlede antal af ordinationer til IV antibiotikabehandling fordelt på måneder. I alt er der fra SVS blevet ordineret IV behandling 30 gange i perioden fra marts 2014 – marts 2015.

Som det ses af tabel 1 og figur 1 har der i perioden fra oktober – december været flere forløb med IV antibiotikabehandling end der har været i nogen af de andre perioder.

Tabel 1: Antal forløb med IV-antibiotikabehandling fordelt på måned

Måned	Antal forløb med IV antibiotikabehandlinger
Marts 2014	2
April 2014	3
Maj 2014	2
Juni 2014	3
Juli 2014	1
August 2014	1
September 2014	1
Oktober 2014	4
November 2014	4
December 2014	5
Januar 2015	1
Februar 2015	2
Marts 2015	1
I alt	30

Figur 1: Antal forløb med IV-antibiotikabehandling fordelt på måned



Særlige opmærksomhedspunkter i Kvalitetsforbedringsprojektet

I kvalitetsforbedringsprojektet med SVS har der været særlige fokuspunkter. Akutfunktionen har registreret data om behandlingsvarighed, antal ordinerede besøg pr. døgn samt hvilken afdeling, der har ordineret behandlingen.

Som det ses i tabel 2 er der stor forskel på behandlingsvarigheden fra 2 – 27 døgn. Antallet af ordinerede besøg pr. døgn er på 1-4 besøg, langt de fleste har modtaget 2-3 besøg pr. døgn.

Henvisningerne til IV antibiotikabehandling kommer fra følgende afdelinger;

- Grindsted afd. 200: Medicinsk afdeling
- Afd. 242: Medicinsk sengeafdeling
- Afd. 251: Kirurgisk sengeafdeling, Gynækologisk sengeafdeling, MAMMA sengeafdeling, Onkologisk sengeafsnit, Palliativt sengeafsnit, Plastikkirurgisk sengeafdeling, Urologisk sengeafdeling)
- Afd. 252: Kirurgisk sengeafdeling/Gastroenterologisk sengeafdeling
- Afd. 261: Endokrinologisk sengeafdeling, Hæmatologisk sengeafdeling, Ortopædkirurgisk sengeafdeling, Kæbekirurgisk sengeafdeling, Øre/Næse/Hals sengeafdeling)
- Afd. 262: Ortopædkirurgisk sengeafdeling, Reumatologisk sengeafdeling
- Afd. 640: Børne- og ungemodtagelse/afdeling
- Afd. 651: Lungemedicinsk afdeling

Det har desværre ikke været muligt at fremskaffe yderligere oplysninger om forløb nr. 1 – 12. På grund af ny lovgivning omkring patientoplysninger er det heller ikke muligt at gå tilbage og hente oplysningerne i patientjournalerne.

Tabel 2: Behandlingsvarighed, ordinerede besøg og ordinerende afdeling

Forløb nr.	Behandlingsvarighed (døgn)	Besøg pr. døgn	Henvissende afdeling	IV - præparat
1	4			
2	13		SVS afd. 242	
3	10			
4	6			
5	6			
6	6			
7	10			
8	4			
9	4			
10	14			
11	10			
12	2			
13	3	3	SVS afd. 261	Aleropeuelle
14	11	4	SVS afd. 252	Diclocil
15	3	4		Diclocil
16	3	3		Zinacef
17	14	3	SVS afd. 640	Cefuroxim
18	7	4	SVS afd. 261	Diclocil
19	5	3	Grindsted afd. 200	Tazocin
20	4	2	SVS afd. 262	Zinacef
21	17	4	SVS afd. 261	Benzylpenicillin
22	9	2	SVS afd. 242	Diclocil
23	3	3	SVS afd. 251	Meropenem
24	7	3	SVS afd. 651	Meronem
25	8	3	SVS afd. 251	Meronem
26	5	4	SVS afd. 261	Benzylpencillin
27	7	1	SVS afd. 252	Cetriaxon
28	9	3	SVS afd. 262	Diclocil
29	27	3	Grindsted afd. 200	Meropenem
30	3	3	Grindsted kardiologisk afd.	Cefuroxim

Sundhedsøkonomiske opgørelser

Varde Kommune har ønsket at se samlet på patientgruppen (bestående af de 25 cpr. numre) ud fra antallet af indlæggelser, ambulante besøg og medfinansiering. Der er ikke foretaget beregninger på de direkte omkostninger forbundet med indsatsen for henholdsvis Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune. Der trækkes data på indlæggelser, ambulante besøg og medfinansiering i perioden fra marts 2014 – marts 2015, se tabel 3.

Formålet med at lave disse træk er at synliggøre, at målgruppen er patienter, som er syge og som har behov for særlig behandling. Resultaterne i tabel 3 og i de efterfølgende afsnit viser tydeligt, at patienterne i denne målgruppe har langt flere ambulante besøg og indlæggelser end den gennemsnitlige befolkning.

Dette konkluderes på trods af den fejlkilde, at det ud fra disse træk ikke er muligt at se, om patienten har haft et ambulante besøg/en indlæggelse før, under eller efter der er ordineret IV antibiotikabehandling. Dermed kan patienten godt have haft et ambulante besøg/en indlæggelse uden at det har relation til IV antibiotikabehandlingen.

Tabel 3: Indlæggelser, ambulante besøg og medfinansiering i patientgruppen fordelt på måneder

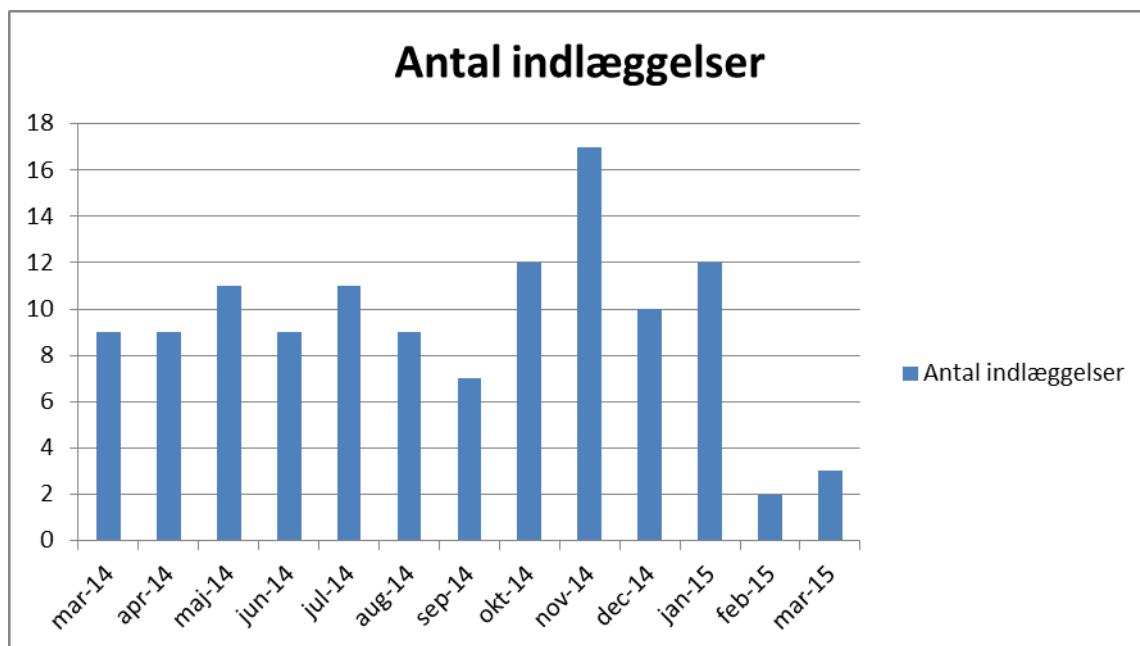
Måned	Antal indlæggelser	Antal ambulante besøg	Medfinansiering
Marts 2014	9	52	113.418 kr.
April 2014	9	56	95.727 kr.
Maj 2014	11	51	143.694 kr.
Juni 2014	9	64	126.117 kr.
Juli 2014	11	60	153.691 kr.
August 2014	9	53	135.440 kr.
September 2014	7	76	139.388 kr.
Oktober 2014	12	68	163.544 kr.
November 2014	17	59	210.779 kr.
December 2014	10	63	131.467 kr.
Januar 2015	12	50	125.827 kr.
Februar 2015	2	38	52.028 kr.
Marts 2015	3	47	45.763 kr.
I alt	121	737	1.636.883 kr.

Indlæggelser

Tabel 3 og figur 2 viser, at patientgruppen i perioden fra marts 2014 – marts 2015 samlet har været indlagt 121 gange. I gennemsnit har hver patient været indlagt 4,84 gange. I Varde Kommunes medfinansieringsrapport fra 2014 ses det, at alle borgere i Varde Kommune gennemsnitligt har haft 1,66 indlæggelser

I tabel 4 ses hvilke diagnoser, der oftest er årsag til en indlæggelse.

Figur 2: Antal indlæggelser i patientgruppen fordelt på måneder



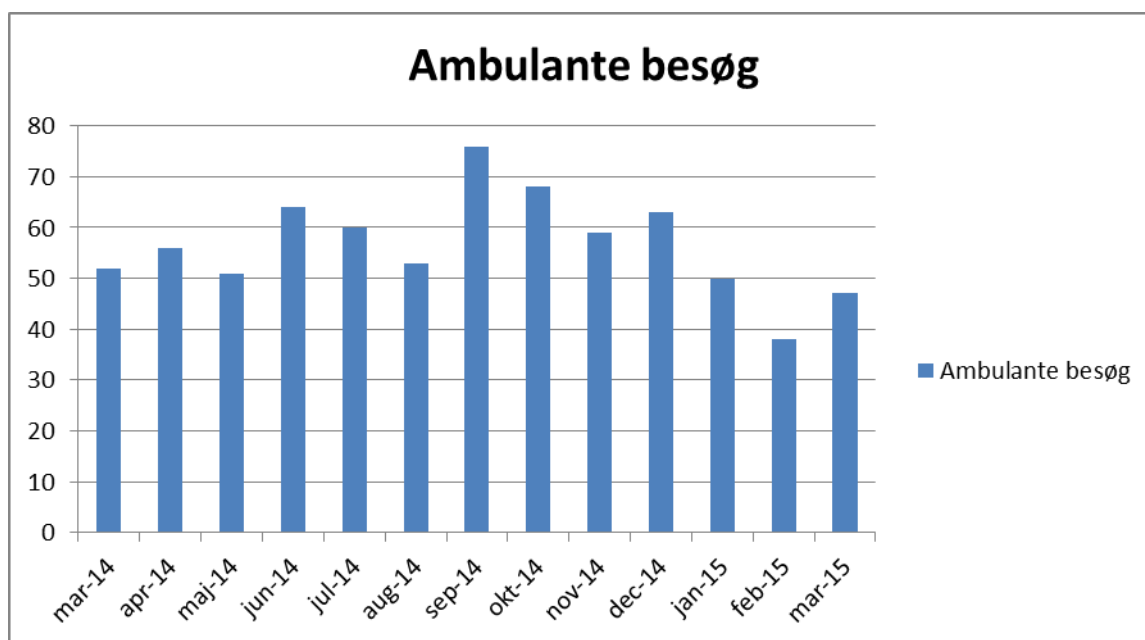
Tabel 4: Antal indlæggelser fordelt på diagnoser

Diagnose	Antal indlæggelser
DA419 - Sepsis UNS	4
DA499 - Bakteriel infektion UNS	5
DA499A - Bakteriæmi UNS	3
DC259 - Kræft i bugspytkirtlen UNS	3
DC900 - Myelomatose	5
DI710A - Aortadissektion, type A	3
DJ323 - Kronisk sfenoidal sinusitis	3
DK830 - Kolangitis	6
DK830C - Purulent kolangitis	3
DN129 - Pyelonefritis UNS	3
DR509 - Feber UNS	8
DZ515S - Kontakt mhp specialiseret palliativ indsats	3

Ambulante besøg

Tabel 3 og figur 3 viser, at patientgruppen i perioden fra marts 2014 – marts 2015 samlet har haft 737 ambulante besøg. I gennemsnit har hver patient haft 29,48 ambulante besøg. I Varde Kommunes medfinansieringsrapport fra 2014 ses det, at alle borgere i Varde Kommune gennemsnitligt har haft 4,76 ambulante besøg. Tabel 5 viser hvilke diagnoser der står for størstedelen af de ambulante besøg.

Figur 3: Antal ambulante besøg i patientgruppen fordelt på måneder



Tabel 5: Ambulante besøg fordelt på diagnoser

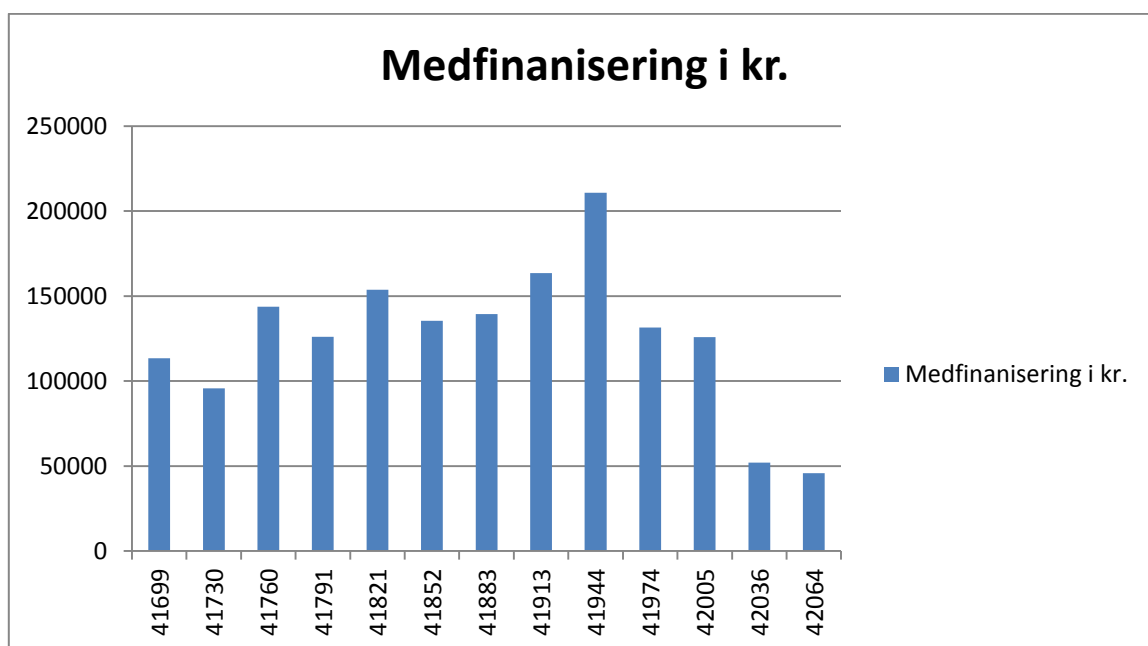
Diagnose	Antal ambulante besøg
DC259 - Kræft i bugspytkirtlen UNS	38
DC349 - Kræft i lunge UNS	35
DC900 - Myelomatose	79
DE139 - Anden diabetes uden komplikationer	29
DN185 - Kronisk nyreinsufficiens, terminal stadie 5	175
DZ016 - Kontakt mhp radiologisk undersøgelse	36
DZ515S - Kontakt mhp specialiseret palliativ indsats	53
DZ921 - Anamnese med langtidsbehandling med antikoagulantia	44

Medfinansiering

Tabel 3 og figur 4 viser, at patientgruppen i perioden fra marts 2014 – marts 2015 samlet har haft medfinansieringsudgifter på 1.636.883 kr. I gennemsnit har hver patient haft medfinansieringsudgifter på ca. 65.000 kr. I Varde Kommunes medfinansieringsrapport fra 2014 ses det, at alle borgere i Varde Kommune gennemsnitligt har medfinansieringsudgifter på ca. 3.600 kr.

I perioden fra marts 2014 – marts 2015 er medfinansieringsudgifterne til de ambulante besøg på 526.165 kr. mens medfinansieringsudgifterne til indlæggelser er på 1.110.718 kr.

Figur 4: Medfinansieringsudgifter for patientgruppen fordelt på måneder



Diagnoser og medfinansiering

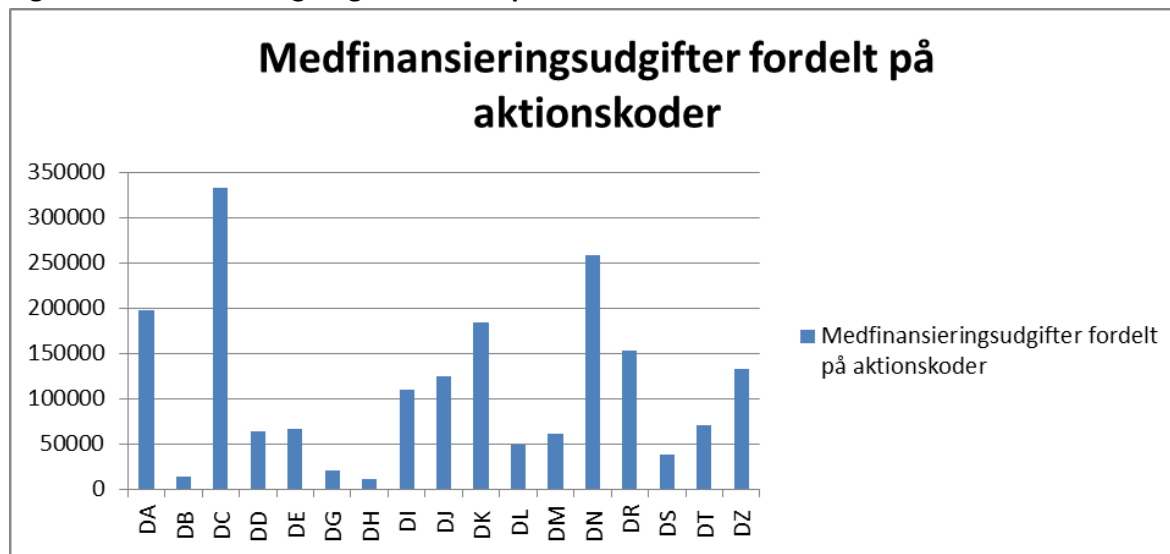
Tabel 6 og figur 5 viser, hvordan udgifterne til medfinansieringen fordeler sig på de overordnede diagnoser fra KØS. Af tabellen ses det at de fem diagnosegrupper, hvor der er den højeste medfinansiering er;

- Svulster
- Sygdomme i urin og kønsorganer
- Infektiøse incl. Parasitære sygdomme (DA)
- Sygdomme i fordøjelsesorganer
- Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds.

Tabel 6: Udgifter til medfinansiering fordelt på diagnoser i perioden marts 2014 – marts 2015

Aktionsdiagnose	Medfinansiering
DA - Infektiøse incl. parasitære sygdomme	198.062 kr.
DB - Infektiøse incl. parasitære sygdomme	24.183 kr.
DC - Svulster	311.759 kr.
DD - Sygdomme i blod og bloddannende organer	56.140 kr.
DE - Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	65.428 kr.
DG - Sygdomme i nervesystemet	19.526 kr.
DH - Sygdomme i øje, øjenomgivelser, øre og processus mast.	11.145 kr.
DI - Sygdomme i kredsløbsorganer	100.260 kr.
DJ - Sygdomme i åndedrætsorganer	92.229 kr.
DK - Sygdomme i fordøjelsesorganer	183.064 kr.
DL - Sygdomme i hud og underhud	61.863 kr.
DM - Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	45.145 kr.
DN - Sygdomme i urin og kønsorganer	242.298 kr.
DR - Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	148.199 kr.
DS - Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	19.689 kr.
DT - Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	67.055 kr.
DZ - Faktorer af betydning for sundhedstilstanden	133.649 kr.

Figur 5: Medfinansieringsudgifter fordelt på aktionskoder



Erfaringer og patientoplevelt kvalitet

I forbindelse med opsamling på kvalitetsforbedringsprojektet er der blevet gennemført interview med tre patienter (og deres pårørende) som har modtaget IV antibiotikabehandling i eget hjem.

Opsamlingen herfra viser, at alle er enige om, at behandlingen i hjemmet i stedet for på sygehuset er at foretrække. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient og om det er første eller 23. indlæggelse. De adspurgte er enige om, at behandling i eget hjem er at foretrække frem for sygehuset.

Nogle af de ting, som går igen i interviewene, og som patienterne fremhæver, er følgende;

- Alle patienter og pårørende har følt sig velinformeret fra sygehuset om hvordan forløbet i hjemmet ville forløbe.
- Patienterne har følt sig trygge ved at tage hjem.
- De har mødt nogle kompetente sygeplejersker i Akutfunktionen i Varde Kommune.
- Sygeplejersker i Akutfunktionen i Varde Kommune overholdte tiderne.
- Patienterne har oplevet, at der var et godt samarbejde mellem sygehuset og hjemmesygeplejen.

Erfaringer i samarbejdet og fremadrettede anbefalinger

Gennem projektet har både Varde Kommune og SVS gjort sig erfaringer med samarbejdet omkring IV antibiotisk behandling. Erfaringer, som kan være givtige at kende til, hvis et lignende samarbejde startes op andre steder.

Helt overordnet har indsatsen kunne lade sig gøre både i forhold til den patientoplevede kvalitet, den sundhedsfaglige- og den organisatoriske kvalitet. Projektet har styrket samarbejdet mellem de to sektorer både på det praktiske og det strategiske niveau.

Positive erfaringer i forhold til samarbejde og dialog

Rammerne for samarbejdet mellem SVS og Varde Kommune har fra starten været tydeligt beskrevet i projektbeskrivelsen, se bilag 1. De udfordringer og problemstillinger, som er kommet frem undervejs er blevet løst gennem en løbende dialog, både når det har handlet om konkrete situationer, og når det har omhandlet rammerne for projektet.

En vigtig læring fra projektet er, at dialogen og respekten for hinandens opgaver og kompetencer er afgørende for at fastholde det gode samarbejde. Det tværfaglige fokus og den organisatoriske kvalitet er afgørende for succes af dette projekt. Kommunikation, rettighed og fælles mål er nøgleord.

Positive erfaringer med kendskabet til arbejdsgangene i projektet

Som det ses i tabel 2, så kommer henvisningerne til IV antibiotisk behandling fra flere forskellige afdelinger på SVS. Dette er et udtryk for, at de arbejdsgange, som er blevet beskrevet forud for samarbejdsprojektet, er kendte blandt medarbejderne og dermed benyttes. Hvis ikke dette var sket, ville færre patienter være blevet henvist. Såfremt samarbejdsprojektet skal bredes ud til andre kommuner og sygehuse anbefales det derfor, at der forud for projektstart er beskrevet klare arbejdsgange, samt at disse er kendte blandt medarbejderne på de afsnit, som skal ordinere IV antibiotikabehandlingen, samt i den kommunale hjemmesygepleje.

Positive erfaringer med arbejdsmiljøet

Tilrettelæggelse af et optimalt arbejdsmiljø omkring IV-indgiften har været en udfordring fra start. I dette projekt har der været eksempler på, at hjemmesygeplejersker har indåndet antibiotika. Problemet er løst ved at ordinationerne, inkl. remedierne fra sygehuset, udelukkende skal gives i lukkede systemer. Dette er en meget tilfredsstillende løsning. Hvis listen med antibiotiske præparater skal udvides, kan det på et tidspunkt blive nødvendigt at se på om, der kan etableres udsugning eks. på sygeplejeklinikkerne, så borgerne har mulighed for at få præparater ud over dem, der kan gives i et lukket system.

Positive erfaringer med de praktiske forhold

I et projekt som dette er der mange praktiske forhold, der skal tages hånd om. Noget var det tænkt over forud for projektstart, mens andet blev løst hen ad vejen. Eksempler på erfaringer fra dette projekt er overvejelser om hvordan sygehuset får medicinen ud til borgeren og efterfølgende hvordan affaldet håndteres. Der er udarbejdet beskrivelser af begge forhold.

Positive erfaringer om fælles forventningsafstemning i forhold til nye præparater

Fra projektstart har det været aftalt hvilke præparater, der indgik i projektet. I løbet af projektet har der været situationer, hvor SVS har ordineret andre præparater end antibiotika. Dette har undervejs givet udfordringer i samarbejdet mellem sygeplejerskerne i Akutfunktionen og sygeplejerskerne på SVS.

En god læring fra projektet er, at det allerede inden projektstart er aftalt, hvordan der kan tilføjes nye præparater til den aftalte liste. Hvis nye præparater skal tilføjes, kræver det oftest forberedelse. Der skal hele tiden være fokus på, at sygeplejerskerne i Akutfunktionen har de rette kompetencer og viden til at varetage opgaven med det ordinerede præparat. Der kan derfor være brug for yderligere undervisning og oplæring, inden nye præparater kan ordineres.

Opmærksomhedspunkt i forhold til ajourførte medicinlister

Varde Kommune har ligesom andre kommuner haft udfordringer med, at patienternes medicinlister ikke var ajourførte, når patienterne kom hjem efter en indlæggelse. Det forventes, at denne problemstilling løses i forbindelse med implementeringen af det Fælles Medicin Kort (FMK). Når akutsygeplejerskerne har oplevet at en patients medicinliste ikke var ajourført har de haft telefonisk kontakt til den behandlingsansvarlige læge og derigennem fået ordinationen.

Opmærksomhedspunkt i forhold til behandlingsansvar ved udskrivelse

Det er en forudsætning, at der er tilknyttet en behandlingsansvarlig læge til alle patienterne, således der ikke er tvivl om, hvor man retter henvendelse ved spørgsmål eller komplikationer.

Bilag 1: Projektbeskrivelsen

Projektbeskrivelse

Intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet

Et kvalitetsforbedringsprojekt mellem Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune

Formål:	Formålet er at indlagte patienter i intravenøs antibiotisk behandling kan overgå til intravenøs behandling i eget hjem.
Målgruppe omfattet af projektet	<p>Opgaveoverdragelsen foregår mellem Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune.</p> <p>Inklusionskriterier for patienterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabile og kognitivt velfungerende patienter og som ud fra lægefaglig vurdering ikke har brug for observation i forbindelse med behandling <p>I dette projekt indgår følgende antibiotiske præparater:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tazocin • Cefuroxim • Benzylpenicillin • Ceftriaxon • Ciprofloxacin • Klaricid • Selexid • Ampicillin • Fluconazol • Vancomycin • Dicloxacillin
Baggrund for projektet	<p>Samfundsudviklingen går i retning af at etablere det nære sundhedsvæsen og har fokus på sundhedstilbud tæt på borgeren, herunder traditionel hospitalsbehandling i eget hjem.</p> <p>Det opleves af og til, at patienter der er umiddelbart raske og friske, bliver nødt til at være indlagt på sygehuset til intravenøs antibiotisk behandling. Nogle patienter kan være hjemme imellem behandlingerne, men med behandling op til 3 gange daglig, er der store afbræk i hverdagen, som medfører besværligheder med at få en hverdag til at hænge sammen. Forløbene er desuden præget af meget ventetid</p> <p>Denne unødvendige sygeliggørelse, som dette medfører ønskes elimineret ved at udskrive disse patienter til eget hjem, hvor medicingivningen således skal varetages af hjemmesygeplejen.</p>
Ansvarsfordeling	<p>Lægen i hospitalsafdelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • har det faglige ansvar så længe, der er tale om intravenøs antibiotikabehandling, der er ordineret fra hospitalet og endnu ikke er afsluttet ifølge den plan, der er lagt. Herefter overgår ansvaret til den praktiserende læge <p>Er ansvarlig for</p> <ul style="list-style-type: none"> • At ordinere relevant antibiotikabehandling • At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet

	<ul style="list-style-type: none"> • At udarbejde en plan for behandlingen, hvor det fremgår, hvornår behandlingen ophører eller ændres til anden administrativ form, hvornår der evt. skal tages blodprøver, hvornår der evt. skal følges op med ambulante kontroller. <p>Sygeplejersken i hospitalsafdelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikrer at patienten sendes hjem med nyanlagt velfungerende PVK (under 1 døgn gammel) med slange • Medsender iv-kasse med den ordinerede antibiotika til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandlingen • Udleverer og gennemgår informationsfolder til patienten "Behandling med antibiotika i blodåren i eget hjem" (Bilag 1) • Anvende SamBo procedure ifht. udskrivelse • Medsender opdateret medicinliste • Medsender oplysninger på afdelingen
Åben indlæggelse	<p>Patienten har en åben indlæggelse så længe, der foregår ordineret hospitalsbehandling. Dette skal registreres som ORLOV i COSMIC</p>
Kompetencer ved behandling i eget hjem	<p>Undervisning og oplæring af hjemmesygeplejen skal være foregået i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning, interaktioner samt anafylaktisk chok • Anlæggelse og pleje af venflon • Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit. • Vedligehold af genoplivningskompetencer
Økonomi	<p><u>Sydvestjysk Sygehus:</u></p> <p>Det er ikke muligt at lave en direkte økonomisk konsekvensberegning for Sydvestjysk Sygehus, idet der ikke kan laves et præcist udtræk omhandlende patienter, der forbliver indlagt til væskebehandling subakut og intravenøst.</p> <p><u>Varde Kommune:</u></p> <p>Der er primært tale om lønudgifter og transportudgifter. Disse vil ikke blive nærmere uddybet her.</p>
Arbejdsgruppens deltagere	<p>Udviklingssygeplejerske Jane Birkebæk Farmaceut Thomas Storkholm Leder Lise Egholm AC fuldmægtig Helene Schaldemose</p>
Fremgangsmåden på sygehuset	<p>Beskrives i en intern instruks.</p>
Fremgangsmåden i kommunen	<p>Beskrives intern i kommunen</p>

<p>Evaluering</p>	<p>Der afholdes kvartalsvise statusmøder, hvor følgende punkter drøftes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal borgere henvist til iv-behandling -gerne med cpr.nr * • Antal ordinerede besøg/dag * • Ordineret behandlingsvarighed (antal dage /uger) * • Ordinerende afdeling * • Præparater * • Antal borgere med komplikationer til iv-behandling fx anafylaksi * • Samarbejde – udfordringer og succes historier <p>* Opgørelser fra Varde Kommune</p>
-------------------	---



Betaling af IV-behandling af en borger udskrevet til eget hjem

På baggrund af en konkret sag ønsker Billund Kommune spørgsmålet om, hvorvidt Region Syddanmark eller Billund Kommune skal betale den sygeplejefaglige assistance i forbindelse med den intravenøse - IV-behandling af en borger udskrevet til eget hjem.

Ministeriet For Sundhed og Forebyggelse har henvist sagen og spørgsmålet til behandling i sundhedskoordineringsudvalget under henvisning til sagens angiveligt generelle karakter.

Den konkrete sag:

En borger indlagt på Odense Universitetshospital – OUH – ønskede i august 2013, uden at være færdigbehandlet, at blive udskrevet til eget hjem, da hun var ved at få hospitalskuller, som det blev oplyst overfor kommunen. En betingelse for, at det kunne lade sig gøre var, at der skulle gives IV-behandling i 4 uger, 3 gange dagligt.

OUH ønskede borgeren hjemtaget til eget hjem hurtigst muligt af hensyn til hendes beskrevne tilstand, og Billund Kommune, der havde personale med den nødvendige kompetence til at varetage den plejemæssige assistance, accepterede at hjemtage borgeren med den af OUH ordinerede behandling, hvortil OUH leverede redskaber, remedier og medikamenter i øvrigt.

Efter afslutning af behandlingen fremsendte Billund Kommune en faktura til Region Syddanmark for plejetid, der var anvendt på behandlingen - 88 timer pålydende 21.529 kr.

Regionen afviste med ønsket om en kreditnota betaling, og har i begrundelsen blandt andet anført:

"... Vi er enige i, at der er indgået en konkret aftale mellem Billund Kommune og OUH omkring IV-behandling af den nævnte patient. Vi er også enige i, at der ikke er indgået en konkret betalingsaftale..."

"... Hvis Billund Kommune havde vurderet, at den ikke havde kompetencer til at løse opgaven, eller at fortsat behandling af patienten i eget hjem ved hjemmesygeplejen ikke ville være forsvarlig, ville kommunen have haft pligt til at oplyse sygehuset om dette, og sygehuset ville da være nødt til at overveje andre alternativer, f.eks. at lade patienten blive på sygehuset eller at behandle patienten i eget hjem ved hjælp af sygehusets eget personale. I dette tilfælde ville der være tale om en sygehusaktivitet, som skulle afregnes efter de almindelige regler om kommunal medfinansiering af sygehusopgaver..."

Billund kommune fastholder kravet om betaling, og er af den opfattelse, at der i sagen er indgået en konkret aftale med Regionens om IV behandling af borgeren på vegne Regionens for Regionens regning. Aftalen er om end ikke skriftligt dokumenterbar så forudsætningsvist indlagt i de telefoniske henvendelser fra OUH til Billund Kommune forud for borgerens anbringelse i hjemmet, hvor OUH ønskede borgeren hjem hurtigst muligt, og præciserede, at hun ikke var færdigbehandlet. Patienten var således ikke udskrevet, og det behandlingsmæssige ansvar lå hos OUH.

Der er tilsyneladende enighed om, at IV behandling er en sygehusaktivitet jfr. Regionens bemærkning om, at alternativet til Billund Kommunes medvirken til behandlingen ville være fortsat indlæggelse eller behandling ved sygehusets personale i hjemmet.

OUH har leveret alle redskaber, remedier og medikamenter til behandlingen.

Billund Kommune er derfor af den opfattelse, at kommunen har forestået den plejemæssige assistance på OUH s vegne, og at det hermed forbundne ressourceforbrug skal betales af OUH.

Alternativet havde, som det fremgår været enten til ulempe for borgeren ved fortsat indlæggelse, og dermed i strid med det helt overordnede hensyn til borgerens situation, eller behandling ved OUHs personale i eget hjem. Begge tilfælde med et højere omkostningsniveau for OUH end det realiserede, også efter betaling til Billund Kommune for det plejemæssige ressourceforbrug.

Generelt i øvrigt:

Om IV behandling af borgere i eget hjem, er Billund Kommune af den opfattelse, at der er tale om en forholdsvis sjælden specialopgave på et højt kompetenceniveau, der ordineres af sygehuslæge eller en praksislæge, og som sådan en "sygehusopgave".

Alle redskaber, remedier og medikamenter leveres og stilles til rådighed af det pågældende sygehus.

Behandlingen er ikke direkte omfattet af afgrænsningscirkulæret og dermed samarbejdsaftalen dialyse – og respiratorpatienter.

Den er dog parallel og sammenlignelig på den måde, at redskaberne stilles til rådighed af sygehusene og den daglige behandling forestås af kommunalt uddannet personale.

Ud fra alle rimelige hensyn vil det derfor ikke være rimeligt, at overlade udgiften til den plejemæssige behandling ved IV behandling i hjemmet til kommunerne.

- De overordnede retningslinjer i Sundhedsaftalen 2015 – 2018 mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner henviser til, at det tværregionale samarbejde med kommunerne skal være fleksibelt så længe fokus holdes på kvalitet og patientsikkerhed
- Samarbejdet skal omkostningsmæssigt ske på grundlag af et LEON princip
- At den omstændighed, at behandlingen ikke er nedfældet i et cirkulære eller nøje beskrevet i en anden administrativ forskrift ikke udelukker, at man ser på de overordnede hensyn, der er bærende for sådanne forskrifter. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i andre sammenhænge henstillet til regionerne at sådanne aftaler indgås på andre end disse specifikke områder
- Hvis kommunerne skal afholde de pågældende omkostninger vil der i realiteten være tale om en utilsigtet og uønsket omkostning i strid med disse overordnede hensyn til den samlede økonomi (LEON princippet), hensynet til borgeren, kvalitet og patientsikkerhed
- I værste fald kan det få negativ indflydelse på kommunernes incitament til at bruge ressourcer på at uddanne og vedligeholde et korps af sygeplejerspersonale med tilstrækkelige kompetencer til opgaven, og at stille disse til rådighed for regionerne, hvis det i situationer som den beskrevne betyder at påtage sig en regional omkostning.

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum har drøftet sagen, og det anbefales, at sagen drøftes som en principiel opgaveoverdragelsessag.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Drøfter sagen og beslutter, at sagen skal behandles som en opgaveoverdragelsessag
- Anmoder Billund kommune om at bidrage til udviklingen af en Business case

Proces for udvikling af ny strategi for Sundhedsstrategisk Forum

Status, procesplan for det videre arbejde og strategiens to dele – visionen og strategiplanen

På mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 19. marts blev det besluttet, at det var nødvendigt med en nærmere drøftelse i Formandskabet vedrørende den kommende strategi for Sundhedsstrategisk Forum. Som led i dette arbejde inddrages bl.a. det strategiske arbejdsrapport, som blev udarbejdet i forbindelse med strategiseminaret den 15.-16. januar 2015. Der er arbejdet videre med overvejelserne omkring processen for arbejdet med den nye strategi.

Formandskabet drøftede processen for den videre strategi for Sundhedsstrategisk Forum på deres møde i maj. Her blev det besluttet at prioritere revidering af strategien for fælleskommunal velfærdsteknologi forud for strategien for Sundhedsstrategisk Forum. Der blev derfor kun truffet beslutning om den videre proces for udarbejdelse af en ny strategi for Sundhedsstrategisk Forum.

Det foreslås, at denne proces deles op i to. For det første af hensyn til en realistisk tidsplan for arbejdet. For det andet i forhold til at fokusere arbejdet på strategiens to hoveddele, hvor den første del skal bestå af en overordnet vision og den anden del skal udgøres af en egentlig strategiplan med fokus på strategiindsatser og prioriteringer for perioden 2015-2018.

I forhold til tidsplanen blev det besluttet, at arbejdet med visionen for strategien sker umiddelbart efter sommerferien, mens arbejdet med strategiplanen sker i løbet af efteråret. Arbejdet med visionen tager udgangspunkt i det præ- og posthospitale, som det bl.a. fremgår af begrebet Det Nære Sundhedsvæsen.

Formålet med visionen

Det er ønsket, at strategien lægger ud med en vision, som bygger på kommunale perspektiver og synspunkter for, hvordan det samlede sundhedsvæsen skal se ud i 2020, og hvilken rolle og placering kommunerne tænkes at have her i. Strategiens visionsdel er det langsigtede perspektiv, som peger fremad, og hvor Sundhedsstrategisk Forum sætter pejlemærker for de kommende års arbejder og ønsker til kommunernes placering det samlede sundhedsvæsen.

Formålet med strategiplanen

Strategiens anden del skal omfatte et egentlig udspil og en plan for hvilke områder og konkrete indsatser, som Sundhedsstrategisk Forum vil fokusere på i den kommende periode. Denne del af strategien skal udgøre den egentlige operationelle del af strategien, herunder skal denne del af strategien indeholde overvejelser over og prioriteringer for de indsatser, som man vil nå først. Da den nye Sundhedsaftale naturlig påvirker og sætter en stor del af rammen for kommunernes arbejde på sundhedsområdet, så vil det søges sikret, at der er en parallelitet mellem Sundhedsaftalens indhold og tidsperiode, 2015-2018, og strategiplanen. Som en del af strategiplanen skal der udarbejdes et årshjul, som kan understøtte den konkrete implementering af strategien.

Organisering af arbejdet med strategien, herunder opgaver, ansvar og ressourcer.

Det foreslås, at arbejdet med strategien, både visionsdelen og strategiens anden del vedrørende konkrete fokusområder og operationelle indsatser, ledes af Formandskabet og sekretariatet i forening således, at sekretariatet understøtter med proces, fremdrift og udspil, og Formandskabet støtter med personaleressourcer og forankring af arbejdet blandt medlemskommunerne i forhold til at få temaer og input ind i arbejdet med strategien.

Årshjul

Der vil i forbindelse med udarbejdelse af strategien blive udviklet et årshjul. På mødet i Sundhedsstrategisk Forum i september vil temaet være den præ- og posthospitale tilgang. Derudover vil der om muligt blive taget afsæt i årshjulet for Det administrative Kontaktforum.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Drøfter oplægget til form og procesplan for arbejdet med den nye strategi for Sundhedsstrategisk Forum
- Godkender den foreslåede tidsplan

Fælleskommunal velfærdsteknologistrategi i Region Syddanmark

Baggrund for den reviderede fælleskommunale velfærdsteknologistrategi

Velfærdsteknologi er et område under hastig udvikling og forandring, hvorfor der er behov for at revidere den oprindelige strategi *Velfærdsteknologi i et innovationsperspektiv – Fælleskommunal strategi for de syddanske kommuner* godkendt af Sundhedsstrategisk Forum i 2013.

Formål

Formålet med en fælleskommunal strategi for velfærdsteknologi er at understøtte det gode liv for borgeren ved hjælp af velfærdsteknologiske og digitale borgerløsninger, således at flere borgere kan tage ansvar for eget liv og vare på egen sundhed og egenomsorg; hvor borgeren støttes til at mestre egen situation og få – eller længst muligt fastholde - et selvstændigt, aktivt og produktivt liv uafhængigt af hjælp; hvor vi går fra hjælp til selvhjælp, fra behandling til forebyggelse og fra sen til tidlig indsats; hvor vi understøtter borgerens ønske om at indgå i sociale fællesskaber med andre; hvor hjælpen målrettes de, der har behov; og hvor borgeren har kendskab til og selv efterspørger velfærdsteknologiske løsninger, der kan bidrage til mestring, uafhængighed, tilknytning til arbejdsmarkedet m.v.

Strategien understøtter således den fælles rehabiliterende tilgang i den kommunale opgaveløsning og det tværsektorielle samarbejde.

Målsætninger

For at opfylde formålet med den fælleskommunale strategi for velfærdsteknologi opstilles derfor to overordnede målsætninger, der giver retning og fokus og skaber mulighed for en fælleskommunal strategi i flere hastigheder. De to mål der arbejdes frem mod er at:

- Understøtte værdiskabelse for borgeren og udnytte af de positive effekter og potentialer for udvikling og effektivisering af den kommunale drift forbundet med velfærdsteknologiske løsninger, hvor den enkelte kommune kan prioritere ressourcer ind i arbejdet, som står mål med velfærdsteknologiske målsætninger i den enkelte kommune.
- Skabe dynamiske vidensfora og samarbejdsgrupper, der opstår ud fra de enkelte kommuners behov og interesse for at beskæftige sig med konkrete teknologier eller processer, hvor synergieffekterne for den enkelte kommune er tydelige.

Aktiviteter, roller og ansvar

For at skabe kendskab og adgang til de nyeste og bedst anvendelige velfærdsteknologiske løsninger og processer, opstiller den fælles strategi for velfærdsteknologi to niveauer for samarbejde. Nedenfor beskrives kort ambitionsniveauet for de to typer samarbejde.

1. Vidensfora – niveau 1 er uforpligtende vidensfora, hvor det primære fokus er at udveksle erfaringer og finde synergier. Disse vidensfora kan have enten produkt- eller procesfokus, og kan således vidensdele om både temaer, såsom hvordan man opnår succesfuld implementering, arbejde med business cases, det gode afprøvningsforløb og organisatoriske udfordringer, og erfaringer med konkrete teknologier.

Konditioner for vidensdeling, mødefrekvens m.v. aftales blandt deltagerne i det enkelte vidensfora ved opstart. To kommuner i hvert forum står for at indmelde status på arbejdet halvårligt, og i øvrigt i det omfang det efterspørges fra Sundhedsstrategisk Forum.

2. Samarbejdsgrupper – niveau 2 er gensidigt forpligtende samarbejder om udvikling, test og implementering, hvor værktøjerne eksempelvis er VelfærdsTeknologiVurderinger (VTV) og business cases. Samarbejdsgrupperne kan have enten produkt- eller procesfokus, og kan således samarbejde om både temaer og teknologier som fx fælles afprøvningsprojekter eller udvikling af en given teknologi, eller udvikling af screeningsværktøjer og implementeringsprocesser.

Konditioner for samarbejdet aftales blandt deltagerne i de enkelte grupper ved samarbejdets opstart, hvor man i fællesskab bliver enige om fokus, varighed og graden af samarbejdet, som er kendetegnet ved forpligtende og aktiv deltagelse. Alle deltagende kommuner i en samarbejdsgruppe er ansvarlige for fremdrift i arbejdet. To kommuner i hver gruppe står for at melde ind til sekretariatet hvilke resultater, gruppen forventer, samt indmelde status på arbejdet halvårligt, og i øvrigt i det omfang det efterspørges fra Sundhedsstrategisk Forum.

Ud fra den viden, der udveksles og opbygges i samarbejde, er der muligt at skifte form fra den ene type samarbejde til den anden, afhængig af hvordan emnet udvikler sig og hvor den største værdiskabelse findes. Det, der starter ud som et vidensforum, kan altså udvikle sig til en samarbejdsgruppe.

Sundhedsstrategisk Forum drøfter én gang årligt status og fremdrift i realiseringen af den fælles velfærdsteknologistrategi.

Der afholdes endvidere en årlig temadag for Velfærdsteknologi, hvor de enkelte kommuner kan dele erfaringer fra vellykkede projekter, viden og best practice ift. velfærdsteknologi. Temadagen afholdes på praksisniveau for medarbejdere, projektledere, decentrale ledere konsulenter etc.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har en koordinerende rolle i forhold til at sikre en årlig afrapportering og videndeling fra samarbejdsgruppernes resultater og status fra de forskellige vidensfora. Sekretariatet er desuden tovholder på den årlige temadag om velfærdsteknologi.

Forudsætninger

Etableringen af et vidensforum eller en samarbejdsgruppe forudsætter, at min. to kommuner ønsker at deltage. Som grundlag for kommunernes interessetilkendegivelse udarbejdes en bruttoliste over temaer og teknologier, som de enkelte kommuner kan melde sig ind på. Bruttolisten faciliteres af Sundhedssekretariatet via hjemmesiden, hvor de enkelte kommuner løbende kan tilkendegive nye ønsker til vidensfora eller samarbejdsgrupper. Bruttolisten drøftes én gang årligt i Sundhedsstrategisk Forum med henblik på evt. justering ift. rammesætning m.v.. For at sikre så dynamiske og agile samarbejder som muligt, udarbejdes ikke kommissorier for de enkelte grupper.

Det er vigtigt, at repræsentanter i grupperne har kendskab til egen organisation og brug af ressourcer samt det rette mandat fra egen organisation. Grupperne er ikke forpligtet overfor Sundhedsstrategisk Forum, og det er den enkelte kommunes eget ansvar, hvordan ny viden og resultater forankres i egen organisation.

Der henvises til bilag 1 for oversigt over kompetencer, roller og ansvarsfordeling i forhold til udmøntningen af strategien.

Bilag 1

Skema for kompetencer, roller og ansvar:

Aktør	Opstart af vidensfora og samarbejdsgrupper	Løbende arbejde og status	Resultater og værdiskabelse	Årlig temadag for velfærdsteknologi
SSF sekretariat	Faciliterer bruttoliste via hjemmeside, samler indmeldinger og videregiver information om mulige fora- og gruppedannelser. Orienterer SSF om oprettelser.	Sikrer opdateret overblik via hjemmeside og orienterer SSF på baggrund af halvårslige status fra fora og grupper.	Orienterer SSF om de enkelte fora og grupperes resultater, på baggrund af indmeldinger. Tovholder på årlig rapportering	Sikrer invitation og indhenter bidrag, best practice og viden, der kan indgå fra de enkelte fora og grupper. Tovholder på planlægning og gennemførelse
SSF formandskab			Drøfter årligt status og fremdrift i samarbejdet og indstiller til evt. justering.	
Sundhedsstrategisk Forum			Drøfter årlig status og fremdrift samt beslutter evt. justeringer.	Fællesfinansiering af planlægning og afholdelse af årlig temadag.
De enkelte kommuner	Melder løbende ind til sekretariatet med nye temaer for vidensfora	Er selv ansvarlig for at sikre fremdrift i grupper og for deltagelse med de rigtige repræsentanter, ressourcer mv.	Vurderer løbende ift. deltagelse i fora og grupper. Sikrer vidensdeling og implementering i egen organisation.	Finansierer egen deltagelse i fora og grupper, fælles projekter m.v. Bidrager efter eget ønske til temadagen
Hvert vidensforum	Melder ind til SSF Sekretariat, hvilket emne der videndes om og hvad tidsperspektivet er.	Aftaler selv mødekadence, form, og indhold etc.	Aftaler selv hvordan viden bragt ind og genereret i forum deles.	Melder ind til SSF Sekretariat om erfaringer, best practice og mulige bidrag til vidensdeling på temadag
Hver samarbejdsgruppe	Melder ind til SSF sekretariat ift. Emne, rammesætning for gruppens arbejde og synliggørelse ift. Indhold.	Aftaler selv mødekadence, form og indhold samt øvrige konditioner i det forpligtende samarbejde.	Aftaler selv ejerskab ift. viden, der er bragt ind eller genereret i gruppen, og vidensdeling af resultater m.v.	Melder ind til SSF sekretariat om resultater, best practice m.v. og mulige bidrag vidensdeling på temadag

Udkast til ny fælles strategi for velfærdsteknologi

På formandskabsmødet i Sundhedsstrategisk Forum den 4. marts blev det besluttet, at der er behov for en grundigere drøftelse af udfordringer og en evt. tilpasning af strategiudmøntningen for velfærdsteknologi, førend der kan træffes beslutning om den videre proces.

På formandskabsmødet den 7. maj blev det besluttet, at strategien for den fælleskommunale velfærdsteknologi skal redigeres med hovedvægt på samarbejde. Der blev derfor nedsat en arbejdsgruppe bestående af velfærdsteknologikonsulenter fra 3 kommuner, som i samarbejde med sekretariatet har udarbejdet et forslag til en revideret strategi. Strategien fokuserer på samarbejdet mellem kommunerne indenfor brugen af velfærdsteknologi.

Drøftelserne på mødet i Sundhedsstrategisk Forum vil blive indarbejdet i den reviderede strategi, således at strategien kan fremlægges til godkendelse på mødet i Sundhedsstrategisk Forum i september. Herefter vil strategien blive forelagt for Kommunaldirektørforum.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum

- Drøfter den reviderede strategi med henblik på yderligere revidering

Notat vedrørende basal og avanceret genoptræning

Ifølge bekendtgørelsen for genoptræningsplaner og vejledning om træning i kommuner og regioner (oktober 2014) skal kommunerne tilbyde borgere med en genoptræningsplan til almen genoptræning enten basal eller avanceret genoptræning. Her til er udviklet en vejledning: "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner".

De kommunale repræsentanter i følgegruppen for genoptræning har præciseret vejledningen med henblik på en fælles forståelse af sondringen mellem basal og avanceret genoptræning. Præciseringen har en generel karakter, således at muligheden for en lokal fortolkning af implementering af vejledningen fastholdes, herunder lokale forskelle i organisering. Efter godkendelse i Sundhedsstrategisk Forum er dokumentet gældende som en anbefaling for alle kommuner i Region Syddanmark.

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

Sundhedsstyrelsen udarbejdede Vejledning om træning i kommuner og regioner og Den Faglige Visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade i samme periode, og det er arbejdsgruppens vurdering, at der var en stor gensidig påvirkning mellem de to processer. Derfor har senhjerneskadeområdet en fremtrædende plads i forhold til stratificering af borgere med genoptræningsplan i de 2 niveauer.

En af de markante nyskabelser i denne vejledning sammenholdt med de 2 tidligere vejledninger er Sundhedsstyrelsens understregning af, at "kvalitet forudsætter kvantitet"; der skal et vist volumen af ensartede opgave, for at fagpersonerne kan opbygge og vedligeholde en høj faglig kompetence. Med den endelige vejledning fik kommunerne opgaven med at håndtere stratificeringen af den almene genoptræning i basal og almen genoptræning. I høringsudgaven var denne kompetence tillagt sygehusene.

Kommunerne i Følgegruppen for genoptræning har valgt at udarbejde vedlagte forslag til håndtering af kommunernes stratificering; der er ikke noget formelt krav om kommunalt fællesskab om denne opgave – hver kommune kunne vælge selv at håndtere opgaven.

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

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

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

I notatet henvises til en række aftaler, som enten er i proces eller skal i proces med regionen:

Psykiatriområdet, rehabilitering på specialiseret niveau, supervision fra det specialiserede niveau til det avancerede niveau, samarbejde om at kategorisere nuværende specialiseret genoptræning til almen genoptræning.

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

Notatet vedlægges et casekatalog. Arbejdsgruppen har indsamlet cases som eksempler på, hvordan den enkelte kommune har vurderet et borgerforløb til at være genoptræning på avanceret niveau. Casekataloget

skal alene opfattes som gensidig inspiration for kommunerne. Når kommunerne har opnået større erfaring med området, kan casene præciseres. På et senere tidspunkt kan casekataloget udbygges med eksempler fra psykiatriområdet.

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

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

Supplerende bemærkninger:

Notatet har været til høring i de syddanske kommuner medio maj 2015, og de indkomne høringssvar er indarbejdet i notatet og casebeskrivelserne.

Der bør være opmærksomhed på følgende punkter:

- Er det udarbejdede vejledende grundlag en regional enegang - vigtigheden af koordinering med KL
- Der bør også være opmærksomhed på psykiatriområdet og behovet for rammesætning af den tværsektorielle proces om dette spørgsmål
- Den underliggende problemstilling der handler om evt. flytning af specialiserede genoptræningsopgaver på sygehusene til kommunernes avancerede genoptræning. Herunder finansiering
- Opmærksomhed omkring behovet for at monitorere balancen mellem avanceret og specialiseret genoptræning

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Drøfter sagens forskellige faglige, økonomiske og organisatoriske aspekter
- Godkender notatet som vejledende grundlag for kommuneren i Region syddanmark

Notat

Sundhed

31-05-2015

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

Borgercases – genoptræning avanceret niveau

Med det formål at give inspiration til hvilke borgertyper, der kan være omfattet af kategorien genoptræning på avanceret niveau, beskrives nedenfor otte borgercases.

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

Definitioner på basal og avanceret genoptræning – fra Bekendtgørelsen:

1: Genoptræning på basalt niveau

Patienter, der henvises til genoptræning på basalt niveau, har typisk enkle og afgrænsede funktionsevnedsetsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde.

2: Genoptræning på avanceret niveau

Patienter, der henvises til genoptræning på avanceret niveau, har typisk omfattende funktionsevnedsetsættelser ofte af betydning for flere livsområder, herunder eventuelt komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde.

Nogle patienter vil have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser på avanceret eller eventuelt specialiseret niveau med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.

Borgercase 1

Genoptræning retter sig mod proteseforsyning efter amputation

Borgerbeskrivelse

Mand i 30-års alderen af anden etnisk herkomst. Han taler engelsk men ikke dansk.
Bor alene.
Borgeren arbejdede tidligere som landbrugsmedhjælper, men idet han primo 2014 er udsat for en arbejdsulykke, kan han ikke længere bestride dette erhverv. I forbindelse med ulykken amputeres borgerens højre ben akut ved underbenet og senere ved låret.
Borgeren går til specialiseret genoptræning på sygehuset i perioden juli til december 2014. Herefter overgår han til kommunal genoptræ-

	<p>ning, som påbegyndes i februar 2015. Borgeren er fortsat i et kommunalt genoptræningsforløb, hvor han træner en gang ugentligt i centret. Herudover modtager borgeren træning fra Q Care, som han er tilknyttet via jobcentret.</p> <p>Borgeren er i øjeblikket i virksomhedspraktik i en fødevarebutik, hvor han er fire formiddage ugentligt.</p>
Funktionsevne	<p>Borgeren har selvstændig gangfunktion med hjælpemidler og skal optrænes til at have selvstændig gangfunktion med protese uden øvrige hjælpemidler.</p> <p>Borgeren skal foruden træning af gangfunktion styrkes til selvstændigt at kunne varetage egenomsorg.</p> <p>Borgens funktionsnedsættelse indvirker på flere livsområder herunder erhvervsliv, forsørgelsesgrundlag, social deltagelse (bl.a. dans) og fysisk udfoldelse.</p> <p>Borgeren skal hurtigst muligt gøres i stand til en erhvervsafklaring, så han kan vende tilbage til arbejdsmarkedet.</p> <p>Idet der er tale om en arbejdsskade, kompliceres borgerens forløb af lang sagsbehandlingstid hos Arbejdsskadestyrelsen. Borgeren er afhængig af en afgørelse på sin arbejdsskadesag, inden den permanente protese kan bevilges. Dette fordi protesen skal finansieres via forsikringsselskabet.</p>
Genoptræning og samarbejde	<p>Borgeren modtager træning, som skal forbedre hans gangfunktion og gøre ham i stand til at være selvhjulpnen i størst muligt omfang.</p> <p>Borgerens genoptræning varetages skiftevis gennem forløbet af sygehuset og kommunen, hvilket stiller krav til god kommunikation og koordinering.</p> <p>Da borgeren er i gang med erhvervsafklaring, sker der løbende koordinering mellem jobcentret og den trænende terapeut.</p> <p>Den trænende terapeut samarbejder endvidere med en bandagist, som varetager arbejdet med udformning og tilretning af borgerens proteser.</p>
Kompetencekrav	<p>Den trænende terapeut er autoriseret fysioterapeut og har arbejdet med ben amputerede borgere igennem tyve år. Hun besidder derfor særlige kompetencer inden for feltet. Terapeuten vedligeholder og udvikler løbende sine kompetencer inden for amputationsområdet.</p>
Udstyr	<p>Dette forløb stiller ikke krav til særligt udstyr, idet udstyret medsendes fra sygehuset.</p>

Borgercase 2

Genoptræning efter multitraume	
Borgerbeskrivelse	<p>50-årig mand, som efter et alvorligt trafikuheld er behandlet på Center for Rygmarvsskadede. Han har beskadiget rygmarven ved halsdelen og har derfor udtalte lammelser.</p> <p>Han er gift (ægtefælle lider af kronisk sygdom) og har 2 børn, hvoraf det ene barn er hjemmeboende.</p> <p>Han er ansat som tømrer, men det er ikke muligt for ham at vende til-</p>

	bage til jobbet på ordinære vilkår. Borgeren har massive funktionsbegrænsninger og smerter, hvilket udfordrer hans evne til at håndtere hverdagen og hjælpe den øvrige familie, hvis ressourcer er begrænsede.
Funktionsevne	Borgeren er i stand til at klare dagligdagsopgaver men er besværet i forhold til mobilitet – han kan gå inde, men er ikke mobil ude grundet reduceret gangdistance og manglende evne til at cykle og køre bil. Borgerens hovedproblem er smerter og manglende struktur i hverdagen. Borgerens funktionsnedsættelse indvirker på flere livsområderne: erhvervsliv (forsørgelsesgrundlag), fysisk udfoldelse, familielivet og social deltagelse.
Genoptræning og samarbejde	Borgeren arbejder med at skabe en struktur i hverdagen, så han kan håndtere smerterne, der er styrende for alt, hvad han foretager sig. Der er etableret samarbejde mellem arbejdsmarkedsområdet, mhp. job afklaringsforløb (forsørgelsesgrundlag), smertecenter på sygehus og egen læge. Desuden samarbejdes fortsat med Center for Rygmarvsskade. Der er stort behov for intern kommunal koordinering
Kompetencekrav	Det kræver flere års erfaring med genoptræning at varetage denne opgave i forhold til at fokusere og koordinere forløbet. Terapeuter har behov for specifik viden om biopsykosociale faktorer og om neurologisk sygdom.
Udstyr	Intet specielt

Borgercase 3

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

	særlige kompetencer og løbende deltage i kompetenceudvikling.
Udstyr	Intet specielt

Borgercase 4

Genoptræning rettet mod kompleks håndskade	
Borgerbeskrivelse	46 årig elektriker med håndledsfraktur på venstre hånd, henvist fra ortopædkirurgisk afdeling på Regionssygehus. Frakturen er opereret med indsættelse af skinnemateriale og derefter gips og håndledsskinne i 5 uger. Gift, ingen børn. Er på nuværende tidspunkt ikke i stand til at arbejde som elektriker grundet meget begrænset bevægelighed i håndled og fingre.
Funktionsevne	I efterforløbet er der komplikationer med smerter, voldsom hævelse af muskulatur i hånden, føleforstyrrelser, stærkt nedsat bevægelighed og manglende muskelstyrke i hånden. Borgerens funktionsnedsættelse indvirker på hans erhvervsevne og kan dermed have betydning for hans forsørgelsesgrundlag.
Genoptræning og samarbejde	Efter et fem ugers behandlingsforløb på sygehuset henvises borgeren til kommunal genoptræning. Genoptræningen retter sig mod at opnå fuld bevægelighed i hånden, og gøre borgeren i stand til at genoptage sit arbejde som elektriker.
Kompetencekrav	Opgaven kræver særlige kompetencer hos terapeuten, idet specifik viden om korrekt træning og fremgangsform er essentiel for et vellykket resultat. Terapeuten skal være i stand til at identificere symptomer, der kan være tegn på fx nerveskader som kan give risiko for at der opstår varige mén. Terapeuten skal desuden løbende indgå i kompetenceudvikling.
Udstyr	Ingen særlige krav

Borgercase 5

Genoptræning rettet mod kompleks nakkeproblematik	
Borgerbeskrivelse	Borgeren er 20 år. Har haft migræne og hovedpine siden faldtraume fra hest i 2011.
Funktionsevne	Er udtalt øm i nakke, skuldre og de kraniele strukturer. Kan ikke få sin hverdag til at hænge sammen og har måttet stoppe skole. Sover og hviler meget Har funktionsnedsættelse der har betydning for flere livsområder.

Genoptræning og samarbejde	Krav til samarbejde med jobcenter, egen læge, evt. psykiatri og på sigt måske skole. Dette kræver koordinering. Evt. samarbejde med andre kommunale aktører, hvor den mere erfarne terapeut har bedre kendskab
Kompetencekrav	Der bør være specielle kompetencer inden for nakkeproblematikker. Desuden kræver det erfaring med tilgang til borgere med langvarige smerter og rehabilitering til et hverdagsliv, hun kan klare. Har funktionsnedsættelse der har betydning for flere livsområder.
Udstyr	Intet specielt

Borgercase 6

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

Borgercase 7

Genoptræning rettet mod borger efter blodprop/blødning i hjernen	
Borgerbeskrivelse	Ældre borger med følger efter blodprop samt blødning i hjernen i form af halvsidig lammelse af venstre side herunder synkebesvær til følge.
Funktionsevne	Der er venstresidig lammelse. Borgeren forflyttes med loftlift. Skal have hjælp til vendinger og har meget nedsat siddende balance. Der

	er nedsat opmærksomhed mod den lammede side og kan ikke forstå at anvende almindelige redskaber / genstande / tøj. Ernæres via sonde. Borgeren har meget svært ved at samarbejde til træningen
Genoptræning og samarbejde	Der er behov for tæt tværfagligt samarbejde mellem ergoterapeuter , fysioterapeuter, plejen, evt. diætist, visitationen og egen læge samt evt. pårørende.
Kompetencekrav	Der er behov for særlige kompetencer og erfaring indenfor ergo- og fysioterapi på det neurologiske område. Herunder særlig viden og erfaring om FOTT (ansigt, mund og svælgterapi i forbindelse med synkebesvær), samt overlevering til Plejen omkring grundstimulation samt observationer ift. evt. fejlsynkning. Dernæst behov for neuropædagogisk tilgang til at håndtere borgerens mentale- og sansemæssige forstyrrelser. Tæt koordinering med andre rehabiliteringsindsatser.
Udstyr	Lift, Packs (en form for special puder) til lejring, materiale til brug for FOTT

Borgercase 8

Borgercase rettet mod traume på barn	
Borgerbeskrivelse	12-årig dreng. Traume i 2006, hvor han bliver kørt over af en havetraktor. Er opereret flere gange og har også tidligere fået forlænget crus med efterfølgende langvarigt genoptræningsforløb. Ved operation i november 2013 var der 10 cm benlængdeforskel - i november 2014 er der 4 cm, hvoraf han er kompenseret for de 3 cm i.f.m. forhøjelse på sko. Der er samtidig foretaget forlængelse af venstre achillesene. 21. april 2015 er der på Aalborg Universitetshospital indsat forlængelsesmarvsøm i venstre femur. Marvsømmet kan forlænges 50 mm. Skal starte med at forlænge 0,25mm x 4 dagligt fra den 28/4-15 v.h.a. elektroder og en computer. Ambulant kontrol 07.05.15. Ifølge forældre skal denne operation formentlig gentages, når han er fuldt udvokset. Forældre har artikel omkring metoden. Må ikke belaste på venstre ben før lægen i Ålborg siger god for det - formentligt kun belaste med få kilo til start.
Funktionsevne	Hans nuværende funktionsniveau efter træningsindsats er: Kan deltage i idrætsaktiviteter på lige fod med andre i samme aldersgruppe. Bruger kompenserende bevægemønstre i nogle tilfælde for at kunne være med. Klarer selv ADL. Kan cykle og løbe. Har en benlængdeforskel som kompenseres ved fodtøj.
Genoptræning og samarbejde	Samarbejde med opererende læge og sygehus fys. omkring løbende justeringer af skinner, bevægeudslag, træningsmængde samt belastning. Der udover har der været behov for forskellige indsatser som varmt vandbassin, vederlagsfri fysioterapi, PPR mm.

Kompetencekrav	Der er behov for at terapeuten har et grundigt kendskab til træning af børn, og ser mange børn i sin kliniske praksis, for at kunne levere en kompetent træning i komplekse ort.pæd. problemstillinger. I relation til dette skal terapeuten også evne at yde grundig vejledning til forældre, skole og institution.
Udstyr	

Notat

Sundhed

29-05-2015

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

1.0 Notat vedr. sondring mellem basal og avanceret genoptræning

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

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

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

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

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

Notatet skal endvidere ses i sammenhæng med et tværsektorielt notat om specialiseret rehabilitering. Dette er i juni 2015 under udarbejdelse.

1.1 Borgere

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

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

Stratificering:

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

Som udgangspunkt kan diagnosen ikke afgøre, om der er tale om genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Funktionsevnen er det afgørende parameter, hvor funktionsevnenedsættelse af betydning for flere livsområder eventuelt kombineret med et komplekst behandlingsforløb typisk vil føre til genoptræning på avanceret niveau, og afgrænsede og ukomplicerede funktionsevnenedsættelser vil føre til genoptræning på basalt niveau. Dog henledes opmærksomheden på, at de faglige visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet for hhv. børn og voksne² angiver, at hovedparten af patienter med funktionsevnenedsættelse som følge af apopleksi og andre erhvervede hjerneskader skal varetages på avanceret niveau.

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

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

Dokumentation og monitorering:

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

Sygehuset:

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

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

1.2 Medarbejder-kompetencer

Basalt:

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

Andre autoriserede sundhedspersoner kan indgå i opgaveløsningen.

Avanceret:

Jf. teksten i vejledningen vil der være tale om en lille til moderat forekomst af patienter med samme problemstillinger. Kommunen skal sikre, at der er tilstrækkeligt med ergo- og fysio-

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

rapeuter med kompetencer på avanceret niveau inden for den pågældende patientgruppe, således at der også er dækning for dette under ferie og sygdom.

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

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

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

Efteruddannelse:

På baggrund af nationale kliniske retningslinjer, angiver de enkelte kommuner deres krav til efteruddannelse i de faglige standarder, vejledninger, instrukser og kvalitetsstandarder.

1.3 Organisatorisk

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

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

Samarbejde med andre kommuner:

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

Samarbejde med regionen:

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

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

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



Fælleskommunal bevilling til udvikling af generisk spørgeramme til brug for udviklingsprojektet: Den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb

På DAK møde den 26. juni 2014 og derefter på DAK møde den 19. november 2014 godkendtes et forslag om at udarbejde en spørgeramme om den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb. Det blev endvidere besluttet at Center for Kvalitet varetager opgaven. Det indgår ligeledes som en del af Sundhedsaftalen for 2015 – 2018, at patienternes tilfredshed skal måles.

Der er omkostninger forbundet med at udarbejde en brugbar og valideret spørgeramme og de fremlægges herunder.

Grunden til at det kræver et udviklingsprojekt er blandt andet, at det skal testes om patienterne/brugernes forståelse af spørgsmålene modsvarer det, vi tror vi spørger dem om. Endvidere skal det også afdækkes, hvilke spørgsmål sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger gerne vil have patienternes svar på.

Formålet med udviklingsprojektet er derfor, at udvikle en generisk spørgeramme til brug for undersøgelser af den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb i relation til:

- Koordinering af ydelser på tværs af sektorer (inkl. tilrettelæggelse og plan for forløb)
- Kommunikation og koordination mellem sektorer ved overgange
- Tværsektoriel ansvars- og opgavedeling

Økonomi:

Det samlede beløb for 2015 og 2016 beløber sig i alt til 600.000 kr. Heraf dækker Center for Kvalitet de 260.000.kr.

Det resterende beløb på 340.000 kr. foreslås fordelt med 50% til regionen og 50% til kommunerne. Det vil sige 170. 000 kr pr. samarbejdspart fordelt over 2 år, altså for Kommunernes vedkommende 85.000 kr. i 2015 og 85.000 kr i 2016.

For kommunernes vedkommende foreslås det at dette beløb fordeles på de 22 kommuner efter befolkningstal.

Folketal den 1. i kvartalet efter område og tid

Enhed: Antal

	2015K1	fordelingsnøgle på baggrund af befolkning	andel af betaling for vedr. patientoplevet kvalitet - 170.000 kr. i alt for 2 år
Samlet befolkningstal for de 22 kommuner	1.205.728	100	170.000
Assens	41.046	3	5.787
Faaborg-Midtfyn	50.953	4	7.184
Kerteminde	23.728	2	3.345
Langeland	12.647	1	1.783
Middelfart	37.857	3	5.338
Nordfyns	29.030	2	4.093
Nyborg	31.573	3	4.452
Odense	197.480	16	27.843
Svendborg	57.988	5	8.176
Ærø	6.276	1	885
Billund	26.285	2	3.706
Esbjerg	115.446	10	16.277
Fanø	3.263	0	460
Fredericia	50.429	4	7.110

Haderslev	55.888	5	7.880
Kolding	90.794	8	12.801
Sønderborg	74.937	6	10.566
Tønder	38.010	3	5.359
Varde	50.122	4	7.067
Vejen	42.601	4	6.006
Vejle	110.471	9	15.576
Aabenraa	58.904	5	8.305

Specifikation af de samlede omkostninger:

	2015	2016	I alt
Udgifter der afholdes af regionen og kommunerne*			
Akademisk projektmedarbejder	210.000		210.000
Medarbejder til transskribering	15.000		15.000
Proceskonsulent	30.000		30.000
Ekstern konsulent	25.000	25.000	50.000
Driftsrelaterede udgifter	20.000	15.000	35.000
I alt	300.000	40.000	340.000

*Disse udgifter fordeles 50/50 mellem kommuner og regionen

	2015	2016	I alt
Udgifter der afholdes af Center for Kvalitet			
Projektleder	210.000	50.000	260.000

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Godkender og imødekommer den foreslåede fordeling af omkostningerne

Procesplan for projekt om udvikling af en generisk spørgeramme til patientoplevels kvalitet i tværsektorielle forløb

Baggrund

Ønsket om feedback fra borgere i kontakt med sundhedsvæsenet på tværs af sektorer er beskrevet i Region Syddanmarks tværsektorielle strategi og videreført i "Sundhedsaftalen 2015-2018". Der ønskes en indsats med udvikling af en spørgeskemabaseret model til kortlægning af den patientoplevede kvalitet for patienter i tværsektorielle forløb.

Følgegruppen for den tværsektorielle kvalitetsstrategi fremlagde på mødet i Det administrative Kontaktforum (DAK) den 26. juni 2014 to forslag til udvikling af en generisk model. På dette møde blev modellen med iværksættelse af et regionalt udviklingsprojekt med udarbejdelse og pilotafprøvning af rent generiske tværsektorielle spørgsmål vedtaget med henblik på at få et bredere borgerperspektiv. På mødet i DAK d. 19. november 2014 blev det besluttet at iværksætte dette udviklingsprojekt, og formandsskabet for Følgegruppen for den tværsektorielle strategi blev efterfølgende nedsat som styregruppe. Center for Kvalitet (CfK) varetager projektlederfunktionen og den praktiske gennemførelse af projektet.

Formålet med udviklingsprojektet er, at udvikle en generisk spørgeramme til brug for undersøgelser af den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb i relation til:

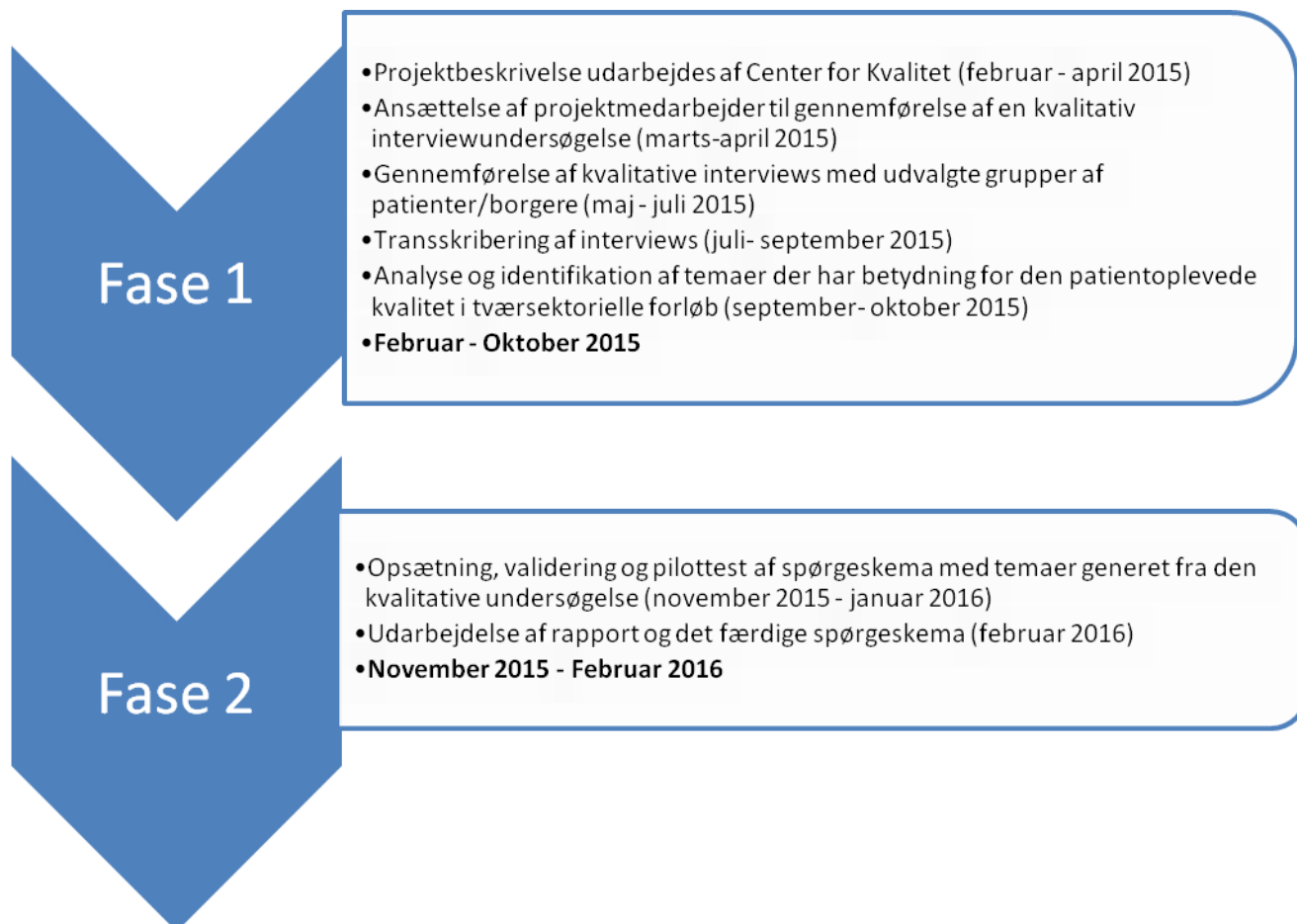
- Koordinering af ydelser på tværs af sektorer (inkl. tilrettelæggelse og plan for forløb)
- Kommunikation og koordination mellem sektorer ved overgange
- Tværsektoriel ansvars- og opgavedeling

For at sikre at spørgerammen er generelt anvendelig i tværsektorielle forløb, skal en bred målgruppe af borgere involveres i undersøgelsen. Målgrupperne herfor kunne være:

- Borgere med kroniske sygdomme (somatiske og psykiatriske), der er i ambulante forløb og som modtager ydelser i kommunalt regi
- Borgere der har behov for kommunale ydelser efter indlæggelse
- Borgere der henvises fra sygehusambulatorier til genoptræning
- DÆMP og andre særligt udsatte grupper

Proces- og tidsplan fordelt på to faser

Projektet foreslås opdelt i to faser, således at leverancerne fra hver fase rapporteres til styregruppen, der har det overordnede ansvar for projektets gennemførelse og aflevering til DAK.



Leverancer

Fase 1

- Udarbejdelse af projektbeskrivelse med identifikation og beskrivelse af målgruppen
- Design og gennemførelse af kvalitative interviews med den identificerede målgruppe
- Analyse af interviews og identifikation af temaer, der har betydning for den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb

Leverance: Projektbeskrivelse af "Projekt om udvikling af en generisk spørgeramme til patientoplevet kvalitet i tværsektorielle forløb"

Delrapport med resultater fra den kvalitative undersøgelse

Fase 2

- Udarbejdelse af specifikke spørgsmål der udgør den generiske spørgeramme
- Validering og pilottest af spørgeskema

Leverance: Samlet rapport med det udviklede spørgeskema til undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb

Målgruppe

Patienter i forløb der involverer minimum 2 sektorer. Den endelige definition af målgruppen foregår i Fase 1. Overvejelser omkring målgruppen vil omfatte patienter med fysiske og psykiske sygdomme, akutte og kroniske sygdomme, akutte og planlagte forløb samt indlæggelses- og ambulante forløb.

Ressourcer og budget

- Projektleder 500 timer. En deltidsstilling gennem hele projektforsløbet
- Akademisk projektmedarbejder til udvikling og gennemførelse af kvalitative interviews. Et halvt års fuldtidsansættelse
- Proceskonsulent til udvikling og gennemførelse af kvalitative interviews. Timelønnet. 80 timer
- Medarbejder til transskribering af kvalitative interviews. Timelønnet. Ca. 100 timer
- Ekstern konsulent med viden og erfaring fra større befolkningsundersøgelser. Timelønnet. Ca. 50 timer

Budget

	2015	2016	I alt
Udgifter der afholdes af regionen og kommunerne*			
Akademisk projektmedarbejder	210.000		210.000
Medarbejder til transskribering	15.000		15.000
Proceskonsulent	30.000		30.000
Ekstern konsulent	25.000	25.000	50.000
Driftsrelaterede udgifter	20.000	15.000	35.000
I alt	300.000	40.000	340.000

*Disse udgifter fordeles 50/50 mellem kommuner og regionen

	2015	2016	I alt
Udgifter der afholdes af Center for Kvalitet			
Projektleder	210.000	50.000	260.000

Projektorganisation

Projektgruppe:

Medlemmer:

Projektleder

Projektmedarbejder(e)

Opgave:

Udarbejdelse af de definerede projektleverancer.

Projektstyregruppe:

Formandsskabet for Følgegruppen for den Tværsektorielle Kvalitetsstrategi fungerer formelt som styregruppe indtil organiseringen med den nye sundhedsaftale er på plads. Herefter skal det besluttes hvor opgaven er placeret fremadrettet.

Formandsskabet for Følgegruppen for den Tværsektorielle Kvalitetsstrategi har et direkte samarbejde med projektleder og har beslutningsmandat i situationer, hvor projektlederen og projektgruppen har behov for at få afklaret spørgsmål og truffet beslutninger i forhold til det videre arbejde med projektet. Ved større afvigelser eller ændringer i projektet skal problemstillingen forelægges følgegruppen med henblik på indstilling til DAK, som herefter træffer beslutning.

Opgave:

På det strategiske niveau at sikre retningen, målopfyldelsen og leverancerne på projektet. Styregruppen tildeles det overordnede ansvar for gennemførelsen af projektet og står for rapporteringen til DAK.

Der rapporteres på delmål og delresultater til styregruppen, som godkender påbegyndelsen af næste fase. DAK er opdragsgiver og modtager af den endelige produktleverance. Der udarbejdes status til orientering på DAK-møderne 17. juni og 11. november. DAK involveres ydermere, hvis der er behov for at inddrage kommuner og/eller sygehuse f.eks. i forbindelse med udvælgelsen af borgere til interviews eller pilotafprøvningen af spørgeskemaet.

For at styrke projektets forankring og vidensbase, nedsættes Arbejdsgruppen for Patientoplevelset Kvalitet som sparringgruppe. Opgaven for denne gruppe vil være at fungere som inspirations og videnstank, som kan bidrage til projektgruppens arbejde.

6. februar 2015

Orienteringer

Under gensidig orientering medtages sager til skriftlig orientering, eksempelvis fra formandsskabet, en kommune til øvrige, eller fælles information fra KL.

Definition på midlertidige døgndækkede pladser

KL og PLO har i samarbejde udarbejdet en definition på midlertidige døgndækkede pladser. De praktiserende læger i Region Syddanmark har flere gange givet udtryk for, at det kan bringe forvirring, når kommunerne bruger mange forskellige definitioner. Der opfordres derfor til, at kommunerne fremadrettet anvender de beskrevne begreber. Notatet med definitionerne er vedhæftet som bilag.

Fysioterapi til skolebørn

De privatpraktiserende fysioterapeuter gjorde på det seneste møde i Samarbejdsudvalget for fysioterapi opmærksom på problemstillinger i forhold til fysioterapi hos skolebørn. De ønskede disse problemstillinger videregivet til kommunerne. Bilag vedrørende problemstillingerne er vedhæftet.

Studieturen til Bergen

Der vil blive berettet om studieturen til Bergen på mødet i Sundhedsstrategisk Forum den 23. september.

Tværasektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet

Efter en række drøftelser mellem Region Syddanmark og kommunerne i Syddanmark har uddannelsesinstitutionerne siden jul også været inddraget i projektet om tværasektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet. På baggrund af et fællesmøde i januar har en arbejdsgruppe fået til opgave at skabe en fælles strategi for arbejdet samt komme med konkrete bud på handlinger, som skal understøtte, at strategien føres ud i praksis. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra både kommuner, region og uddannelsesinstitutioner (UC'erne, SOSU-skolerne og Syddansk Universitet). D. 22. juni afholdes et nyt fællesmøde, hvor en bredere kreds mødes og drøfter arbejdsgruppens oplæg, herunder udvælger og prioriterer de indsatser, der sættes i gang i efteråret 2015. Indsatserne vil være en blanding af aktiviteter på regionalt plan og forslag til aktiviteter, som skal løftes i lokale samarbejder.

Indstilling

At Sundhedsstrategisk Forum:

- Tager orienteringerne til efterretning



Definition af midlertidige døgndækkede pladser

Baggrund

Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL har i forbindelse med udmøntning af handlingsplanen for den ældre medicinske patient defineret akutte- og subakutte sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter¹. Sundhedsstyrelsen og KL har herudover i 2014 offentliggjort anbefalinger om kvalitet i akutfunktioner i hjemmesygeplejen hhv. god praksis i akutfunktioner².

Dette arbejde med definitioner og anbefalinger skal bl.a. ses i lyset af et stigende behov for at udvikle et fælles sprog om indsatser og tilbud i den primære sundhedssektor samt sikre en vis ensretning, der kan facilitere samarbejdet mellem kommuner og de alment praktiserende læger og mellem kommuner og læger på sygehuse, der i stigende grad samarbejder om fx iv-behandling.

Kommunerne har gennem de seneste år styrket indsatsen for at forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser og for hurtigere at kunne hjemtage borgere fra sygehus. Det indebærer bl.a., at kommunerne har oprustet på sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer. Det indebærer også, at kommunerne har organiseret den sygepleje- og terapeutfaglige indsats på nye måder og under nye betegnelser. De kommunale indsatser sker blandt andet inden for rammerne af midlertidige døgndækkede pladser. Det betyder at den faglige bredde i den kommunale opgavevaretagelse nu er blevet bredere forstået på den måde, at kommunerne i den ene ende har plejehjemslignende midlertidige pladser og i den anden ende har

midlertidige døgndækkede rehabiliteringspladser og akutfunktioner med terapeuter og sygeplejersker med særlige færdigheder og kompetencer. Denne faglige bredde bør formidles klart og entydigt til de faggrupper, der henviser borgere og samarbejder med de kommunale sundhedspersoner, der arbejder i tilknytning hertil.

Formål

KL, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet definitioner af midlertidige døgndækkede pladser. Definitionerne skal understøtte:

- Ensartet brug af termerne knyttet til diverse typer af midlertidige døgndækkede pladser
- De alment praktiserende lægers brug af midlertidige døgndækkede pladser til borgere med komplekse pleje-, behandlings- og/eller rehabiliteringsbehov.
- Klarhed om kompetenceniveauet knyttet til de forskellige typer af midlertidige døgndækkede pladser
- Sammenhængen mellem midlertidige døgndækkede pladser og kommunens hjemmesygepleje og/eller akutteam
- Klarhed om behovet for almen medicinsk lægebetjening knyttet til de forskellige typer af midlertidige døgndækkede pladser.

Selve organiseringen af den almen medicinske lægebetjening på de midlertidige døgndækkede pladser behandles ikke i nærværende notat.

1) Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter, KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen, 2012.

2) Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014, God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, KL, 2014

Det lovgivningsmæssige grundlag for midlertidige døgndækkede pladser

Der skelnes i dette papir mellem midlertidige døgndækkede akutpladser, rehabiliteringspladser samt midlertidigt ophold, herunder aflastning af pårørende. Ophold på midlertidige døgndækkede pladser ydes typisk efter serviceloven, mens de faglige indsatser under opholdet ydes efter sundhedsloven (primært hjemmesygepleje jf. sundhedslovens §§ 138 og 139 og genoptræning efter § 140) men også efter servicelovens §§ 84, 85 og 86.

Det bemærkes, at alment praktiserende læger iflg. bekendtgørelse om hjemmesygepleje kan henvise borgere til hjemmesygepleje. Alment praktiserende læger kan dog ikke henvise borgere til midlertidigt ophold på en døgndækket akutplads, idet det er kommunen, der konkret tilrettelægger den sygeplejefaglige indsats³. I situationer, hvor der er behov for midlertidigt ophold på en døgndækket akutplads, men hvor kommunen fx pga. manglende kapacitet ikke kan tilbyde et midlertidigt ophold, kan kommunen anvende alternative løsninger, herunder at borgeren evt. i stedet modtager hjælp af kommunens akutteam. Det afgørende er, at kommunen råder over sygeplejefaglige kompetencer, der kan håndtere borgerens konkrete behov.

Den sundhedsfaglige indsats, der i varierende grad pågår på midlertidige døgndækkede pladser, afhænger af pladstype samt borgernes behov, jf. neden for. Indsatsen på de midlertidige døgndækkede pladser sker således i krydsfeltet mellem serviceloven og sundhedsloven, hvilket kan give anledning til nogen kompleksitet i forståelsen af det lovgivningsmæssige grundlag.

Kommunernes organisering af midlertidige døgndækkede pladser

De forskellige typer af midlertidige døgndækkede pladser kan organiseres på flere forskellige måder og lokale omstændigheder er ofte styrende for valg af organisering.

Kommunerne har ofte brug for løbende at kunne tilpasse kapaciteten på de midlertidige døgndækkede

pladser og vil derfor have behov for at kunne bruge de fysiske pladser fleksibelt. Mange kommuner samlokalisere derfor de forskellige pladser et eller få steder i kommunen. Eller benytter akutteams som sygeplejefaglig backup på kommunens midlertidige døgndækkede pladser, jf. neden for.

Det væsentlige er hér, at de rette faglige kompetencer er til stede, således at borgerens behov på de midlertidige døgndækkede pladser mødes.

Behovet for almen medicinsk lægebetjening varierer

Alle kan i princippet blive akut syge og få brug for en læge. Dette gælder naturligvis også for borgere på midlertidig døgndækkede pladser. Særligt gælder det for borgere på akutpladser, der er kendetegnet ved et diffust og omskifteligt sygdomsbillede, og hvor der varetages behandling, som kræver et tæt samarbejde mellem sygeplejen og en behandlingsansvarlig læge. I den anden ende af spektret findes midlertidige ophold, bl.a. til brug for aflastning af pårørende. Hér vil der i udgangspunkt være et relativt lille behov for almen medicinsk lægehjælp.

Definitioner af midlertidige døgndækkede pladser

Kommunale akutfunktioner

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen, omlægningen af aktivitet i sygehusvæsenet og udviklingen i demografi, et ændret sygdomsmønster med flere borgere med kronisk sygdom og flere ældre medicinske patienter stiller større krav til kommunernes forebyggelses- og plejeindsats. Kommunerne arbejder derfor med udvikling af sygeplejefaglige kompetencer i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen med det formål dels med en proaktiv indsats at forebygge forværring af sygdom, dels at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, når borgeren efter at være afsluttet på sygehus eller er i et terminalt forløb fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov.

Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje. Kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan

³) Et antal kommuner har i regi af sundhedsaftalerne aftalt, at læger kan henvise borgere direkte til midlertidigt ophold på døgndækkede akutpladser.

særligt peges på to varianter: Akutteams og akutpladser. Den mest markante forskel mellem de to organiseringsformer er, at mens den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig eller som sygeplejefaglig back-up på kommunens midlertidige døgndækkede pladser, jf. skema, så sker den sygeplejefaglige indsats ved midlertidigt ophold på akutpladser på en kommunal institution. 43 pct. af kommunerne har i dag akutteams, mens 66 pct. af kommunerne har akutpladser⁴.

Målgruppen for sygeplejefaglige indsatser i akutfunktioner er borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom og borgere, der efter udskrivning fra sygehus har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Dertil kommer borgere i et terminalt forløb. Henvisning til den kommunale hjemme-sygepleje sker derfor typisk via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus – og indsatsen omfatter primært lægeordineret behandling. I situationer, hvor en læge vurderer, at en borger har behov for midlertidigt ophold på en døgndækket akutplads, men hvor kommunen fx pga. manglende kapacitet ikke kan tilbyde et midlertidigt ophold, må lægen sammen med kommunen vurdere alternative løsninger.

I kraft af, at målgruppen for akutfunktionen ofte er borgere med akutte problemstillinger er akutfunktionen kendetegnet ved at være fleksibel på opgaver og ved at være tilgængelig 24 timer i døgnet.

I kraft af, at målgruppen for akutfunktionen ofte er borgere med akutte, omskiftelige og komplekse problemstillinger, skal personalet have særlige færdigheder og kompetencer, dvs. sygeplejersker med nødvendige kliniske kompetencer og evt. social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer og erfaring på området.

Kommunale rehabiliteringspladser

Kommunerne etablerer rehabiliteringspladser for at løfte borgere med en svækket funktionsevne og gøre dem istand til i højere grad at mestre eget liv. Det kan fx være genoptrænings- og rehabiliteringstilbud efter sygdom, ulykke eller som led i den almindelige

aldersrelaterede svækkelse. Målgruppen for rehabilitering er derfor også bred, ligesom indsatserne kan svinge i kompleksitet og intensitet. Nogle borgere kan således have behov for døgnrehabilitering mens andre tildeles midlertidigt ophold, fordi de ikke magter at være i eget hjem i træningsperioden pga. et parallelt plejebestand. Mere end 60 pct. af kommunerne råder i dag over døgnrehabiliteringspladser.

Personalet på rehabiliteringspladserne vil typisk også omfatte medarbejdere med en terapeutfaglig baggrund (f.eks. ergo- og/eller fysioterapeuter). Da borgere på disse pladser ofte har et samtidigt pleje og behandlingsbehov er der ofte sygeplejersker og social og sundhedsassistenter ansat.

Borgere, der får træning på en rehabiliteringsplads, fx efter sygdom, vil ofte parallelt med rehabiliteringsforløbet modtage ydelser fra kommunens akutfunktion – og indsatsen sker ofte på den samme matrikel, idet rehabiliteringspladser og akutfunktioner i mange kommuner deler lokaler.

Midlertidigt ophold, herunder aflastning af pårørende

Personer kan komme i en situation, hvor et midlertidigt ophold vil være den bedste løsning. Kommunerne tilbyder i disse situationer midlertidigt ophold – typisk til demente borgere, hvis pårørende for en periode har behov for aflastning, jf. servicelovens § 84.

Opsamling

Sundhedsstyrelsen og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og KL har udarbejdet definitioner af midlertidige døgndækkede pladser i kommunerne, der skal understøtte samarbejdet mellem kommuner og de alment praktiserende læger om brug af midlertidige døgndækkede kommunale pladser.

Definitionerne skal bl.a. give større klarhed om målgrupperne for de konkrete pladstyper og om kompetenceniveauet for personaler knyttet til de forskellige typer af pladser. De centrale karakteristika er gengivet i følgende skema.

⁴) Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse, sept. 2014.

	Visitationsgrundlag	Målgruppe	Varighed	Kompetencer på stedet	Sygeplejefaglig back-up
Akutfunktion	Henvielse til hjemmesygepleje sker typisk via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus. Kommunen kan vælge også at give almen praksis en henvisningsret til akutfunktionen	Borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom. Bl.a. kendetegnet ved et diffust og omskifteligt sygdomsbillede eller døende.	Typisk op til 14 dage	Sygeplejersker med nødvendige kliniske kompetencer og evt. social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer og erfaring på området.	Oftest faste sygeplejersker på stedet, men akutteam kan indgå som back-up ressource. Ligesom terapeutisk personale kan indgå ift. mobilisering af borgeren
Rehabiliteringsplads	Kommunal henvisning, borgere med genoptræningsplan fra sygehus (sundhedslovens § 84) Kommunal henvisning	Typisk ældreborgere med genoptrænings- og/eller rehabiliteringsbehov eller borgere med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov (fx borgere med en genoptræningsplan)	Individuel vurdering	Sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer	Akutteam kan indgå som back-up ressource
Midlertidigt ophold, herunder aflastning af pårørende		Personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, f.eks. demens, alvorligt syge og/eller døende	Individuel vurdering	Kommunalt sosu-personale og sygeplejersker	Akutteam kan indgå som back-up ressource

Sag vedrørende kommunal fysioterapi til inklusionsbørn i folkeskolen

På møde i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi den 30. april 2015 nævnte de praktiserende fysioterapeuter to aktuelle problemstillinger, som de ønskede drøftet i Sundhedsstrategisk Forum.

- 1) Børn med svære, fysiske handicap og progressive sygdomme har ofte behov for flere samtidige, koordinerende indsatser, som tilsammen har til formål at udvikle barnets kompetencer indenfor leg, læring, fysiske funktioner, færdigheder og sociale relationer. Løsning af disse opgaver stiller krav om en tværfaglig, koordineret indsats af høj kvalitet. Monofaglige tilbud i form af fysioterapi alene er ofte et utilstrækkeligt tilbud til disse børn. Henvise læge bør derfor drøfte og undersøge mulighederne for at henvise barnet og forældrene til et tilbud i kommunalt regi, som kan varetage barnets komplekse behov.

Fysioterapeuterne oplever, at der er en mangel på sådanne tilbud i kommunerne, og de ønsker at henlede opmærksomheden på, at det er en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen, at der skal være sådanne tilbud i kommunerne.

- 2) Ved indførelsen af skolereformen, blev det sådan, at fysioterapiklinikkerne ikke længere kan behandle i dagtilbud. Det er ikke hensigtsmæssigt at skulle give et barn vederlagsfri fysioterapi i botilbuddet i stedet for i dagtilbuddet. Dels er barnet træt sidst på dagen, og dels er der ikke så gode trænings-/behandlingsfaciliteter i botilbuddet som i dagtilbuddet. Derfor opfordrer de praktiserende fysioterapeuter til, at der oprettes kommunale tilbud. Dette kan både være som en fortsættelse/ udvidelse af tilbud på fx. specialundervisningscentre eller som oprettelse af tilbud. At rumme et barn med multiple handicaps er en stor belastning for en familie (se rapporter fra Marselisborgcentret). Hvis forældrene skal til at køre barnet rundt til behandlingstilbud i arbejdstiden eller efter arbejde er det endnu en belastning, som bør kunne undgås.

Eventuelt

- Kirsten Myrup vil på mødet kort efterspørge erfaringer med patientmobilitetsdirektivet. Det er et direktiv, som har eksisteret i 1,5 år, og som giver borgerne mulighed for at søge kommunen/regionen om tilskud efter sundhedsloven.