Det Administrative Kontaktforum

Dagsorden

Mødedato:	Onsdag den 15. juni 2016
Mødetidspunkt:	13:00 til 16:00
Mødelokale:	Mødelokale 4 Region Syddanmark Damhaven 12 7100 Vejle

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

Jørgen Skadborg, Praksisudvalgsformand,
Susanne Krysiak, Lægeforeningen i Syd

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

Afbud:

Retur til indholdsfortegnelsen

Indholdsfortegnelse

Punkter på dagsorden

1. Status fra Følgegruppen for behandling og pleje 4
2. Status fra Følgegruppen for forebyggelse 5
3. Status fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering 7
4. Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse 8
5. Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt 9
6. Status fra Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin 10
7. Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin, 1. udkast 11
8. Videreudvikling af Sam:Bo 13
9. Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge 15
10. Rammepapir for rådgivning om forebyggelse 16
11. Kommissorium for programstyregruppen for landsdelsprogram til udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL 17
12. Lokal udmøntning af nye nationale mål for sundhedsvæsenet 19
13. Orientering om invitation til politiske midtvejsmøder vedr. Sundhedsaftalen 2015-2018 20
14. Fællesmøde mellem Sundhedskoordinationsudvalget, Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget 21
15. Status på arbejdet i Praksisplanudvalget 22
16. Projektforslag til Satspuljen 2016-19 ”Styrket sammenhæng for de svageste ældre” 23
17. Punkter til kommende møder 25
18. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget 25
19. Øvrig gensidig orientering 26

1. Status fra Følgegruppen for behandling og pleje

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

De prioriterede indsatser

- Videreudvikling af Sam:Bo – Følgegruppen har på møde den 14. marts 2016 godkendt et kommissorium for en arbejdsgruppe, der har til formål at se på mulighederne for videreudvikling og udbredelse af Sam:Bo tankegangen. Arbejdsgruppen har afholdt to møder og fremlægger i et særskilt punkt til Det Administrative Kontaktforum et forslag til et første indsatsområde samt en tids- og procesplan herfor. Sundhedskoordinationsudvalget har anmodet følgegruppen om at forelægge en tids- og procesplan på det kommende møde den 16. august 2016.

- Fælles Medicinkort – Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen. Følgegruppen for behandling og pleje er fortsat opmærksom på, at følgegruppen, udover aktiviteterne i den nedsatte FMK-arbejdsgruppe, har en opgave med udarbejdelse af en samarbejdsaftale om FMK.

Det videre arbejde i følgegruppen
Følgegruppen for behandling og pleje har derudover fokus på følgende opgaver i 2016:

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

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status og afrapportering fra Følgegruppen for behandling og pleje

BILAG:
1 Oversigt over status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for behandling og pleje

2. Status fra Følgegruppen for forebyggelse

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppens status
Følgegruppen har holdt møde den 2. maj 2016. Her blev opgaveporteføljen gennemgået. Følgegruppen har særligt fokus på de prioriterede indsatser "Udvikling af aftale om nye rammer for kronisk sygdom" og "Kortlægning af mental sundhed", samt de opgaver som Det Administrative Kontaktforum gav til følgegruppen på møde den 1. april 2016.

Opgaveporteføljen del 1
Følgegruppen har to indsatser indenfor de af Sundhedskoordinationsudvalget prioriterede indsatser. Det drejer sig om;

- **Kortlægning af mental sundhed**. Arbejdet er afsluttet i første kvartal 2016. Det Administrative Kontaktforum præsenteres for følgegruppens anbefalinger i særskilt punkt på dagens møde.

- **Udvikling af aftale om nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom**. Arbejdet med udvikling af et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL er i fuld gang. Det sker i samarbejde med patienter og pårørende samt professionelle fra både sygehuse, kommuner og almen praksis. Det Administrative Kontaktforum præsenteres for høringsudgaven for et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL på mødet den 21. september 2016.

Opgaveporteføljen del 2
Følgegruppen har følgende status for øvrige opgaver i porteføljen;

- **Udvikling af aftale vedrørende infektionshygiejnisk rådgivning er i gang**. Aftalen kommer til behandling i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016.

- **Drift af sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?"**. Profilen gennemføres i 2017, og der forventes offentliggørelse af resultaterne 1. kvartal 2018.

- **Implementering af strategi for livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse**. Følgegruppen har nedsat arbejdsgruppen vedrørende monitorering af strategien. Det Administrative Kontaktforum præsenteres i 3. kvartal 2016 for et revideret oplæg til monitorering af strategien. Arbejdsgruppen vedrørende konferencen Lige Sund? d. 10 marts 2016 har afsluttet arbejdet. Projektet 'Livsstilsguide i praksis' følger tidsplanen.
- Følgegruppen drøfter i 4. kvartal 2016 hvorvidt "Strategien for livstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse" kan fortsætte og i så fald, hvordan der kan arbejdes videre med strategien og monitoreringen.

- **Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner**. Rammepapiret præsenteres for Det Administrative Kontaktforum i særskilt punkt på dette møde.

- **Udvikling af model for henvisning af patienter med knæartrose**. Arbejdsgruppen er under etablering.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender status og statusoversigt fra Følgegruppen for forebyggelse

---

BILAG:
1 Statusoversigt Følgegruppen for forebyggelse DAK møde den 15. juni 2016.

3. Status fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

SAGSFREMSTILLING
Det seneste møde i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering fandt sted den 25. april 2016.

Ved denne lejlighed drøftede følgegruppen bl.a. status og det videre arbejde vedr. borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, traumatiserede flygtninge og krigsveteraner samt forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.

Følgegruppen har dermed gennemgået hele sin opgaveportefølje og på baggrund af denne gennemgang er vedlagte porteføljestatus blevet udarbejdet.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

BILAG:
1 Oversigt over status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, medio maj 2016

4. Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse

SAGSFREMSTILLING

Status på opgaver
I vedlagte porteføljestyringsredskab fremgår en kort status for følgegruppens opgaver.

Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
Det Administrative Kontaktforum har godkendt, at følgegruppen undersøger fire udvalgte opgaver, inden for IV-behandlingsregimet (antibiotika, væske, parenteral ernæring og blodtransfusion), nærmere for deres potentiale for overdragelse. Dette med henblik på at kvalificere de kriterier, som skal indgå i modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Til det formål har følgegruppen udarbejdet et kommissorium og iværksat udpegning af medlemmer til en arbejdsgruppe, som indledningsvist skal afdække potentialet og kriterier for overdragelse af IV-behandling med antibiotika og væske. Jf. tidligere godkendt procesplan, vil resultatet af arbejdsgruppens arbejde, sammen med erfaringer fra Region Syddanmark og de øvrige regioner, danne grundlag for det første udkast af modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Det Administrative Kontaktforum præsenteres for første udkast af modellen på mødet d. 23. november 2016.

Kommunikation til interessenter
Følgegruppens arbejde indtil nu har vakt både begejstring og bekymring på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Følgegruppen ønsker med et kommunikationsskriv (vedlagt) at oplyse og informere interessenter om den planlagte proces og nuværende status for udviklingen af modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, som skal sikre sammenhæng, patientsikkerhed og kvalitet, når det politisk er besluttet, at en opgave skal overdrages fra en sektor til en anden.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender følgegruppens status på opgaveportefølje for udviklingen af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- Godkender kommunikationsskrivet til udsendelse.

BILAG:
1 Porteføljestyringsredskab
2 Kommunikationsskriv til interessenter på sygehuse, i kommuner og almen praksis

5. Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt

SAGSFREMSTILLING
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt blev nedsat i forbindelse med mødet i Det Administrative Kontaktforum den 29. januar 2016. Gruppen har efterfølgende afholdt 2 møder og har nedsat en underarbejdsgruppe, der arbejder videre med spørgsmålet om indhentelse af data i.f.t. de seks prioriterede indsatsområder.

Følgegruppen skal levere behovsbestemt ledelsesinformation og skal i sit arbejde tage udgangspunkt i de seks prioriterede strategiske indsatser:
- Videreudvikling af SAM:BO
- Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom
- Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin
- Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- Samarbejdsaftale om Fælles Medicin Kort
- Kortlægning af mental sundhed

Følgegruppen besluttede i mødet den 19. april 2016, at man, ud over disse seks prioriterede indsatser, også vil følge tre af de nationale mål, der i forvejen monitoreres på:
- Uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Forebyggelige indlæggelser
- Færdigbehandlede patienter

Der er nedsat en underarbejdsgruppe, som arbejder videre med spørgsmålet om indhentelse af data i.f.t. de seks prioriterede indsatsområder. I den forbindelse vil man gerne indhente input fra de øvrige følgegrupper. Desuden er der udarbejdet et årshjul for følgegruppens arbejde.

Underarbejdsgruppen afholder møder den 27. maj og 23. juni 2016. Følgegruppen afholder sit næste møde den 30. juni 2016 og forventer at kunne fremlægge sit forslag for Det Administrative Kontaktforum i mødet 21. september 2016.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender status på opgaveportefølje

BILAG:
1 Oversigt over status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt

6. Status fra Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin

SAGSFREMSTILLING
Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin har udarbejdet første udkast til strategien og udarbejdet kommissorium for interimsekretariat for Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering af KOL.

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin:
Procesplanen for udarbejdelse af Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin er efter godkendelsen i Det Administrative Kontaktforum den 1. april 2016 revideret, idet der er indlagt en høringsperiode til høringsparter efter mødet i DAK den 15. juni 2016. Revideret procesplan (version 1.2) er vedlagt.

Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin havde onsdag den 6. april 2016 indbudt de øvrige følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum til et dialog-møde i Odense. Formålet med mødet var at få en dialog om de enkelt følgegruppers behov for teknisk understøttelse af de prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018. På mødet foregik en kortlægning på baggrund af oplæg fra følgegrupperne. Kortlægningen viste ikke konkrete projekter, men et klart behov fra alle følgegrupper for at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament (en fælles infrastruktur), der kan bruges til at bygge ovenpå og anvendes i flere sammenhænge i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der var tillige et generelt ønske om flere generiske løsninger samt et forslag til oprettelse af en vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger, der kan tilpasses efter behov.

Første udkast til Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin er udarbejdet på baggrund af kortlægningen. Udkastet fremstilles på et særskilt dagsordenpunkt på dagens møde.

Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering af KOL:
- DAK har nedsat et interimsekretariat bestående af Iben Kromann, Region Syddanmark og Irene Ravn Rossavik, Esbjerg Kommune.
- Interimsekretariatet har på vegne af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin udarbejdet et kommissorium for arbejdet. Kommissorium fremstilles på et særskilt dagsordenpunkt på mødet.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender status.

BILAG:
1 Procesplan

7. Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin, 1. udkast

SAGSFREMSTILLING
Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin har udarbejdet et første udkast til Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018, som hermed forelægges Det Administrative Kontaktforum.

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 bærer præg af, at det med den nye organisering af følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum ikke har været muligt for følgegrupperne at pege på specifikke projekter til strategien. Følgegrupperne vil først senere i perioden for Sundhedsaftalen 2015-2018 have mulighed for at definere projekter, hvorfor der i strategien ikke optræder specifikke projekter indenfor alle områder. Det betyder, at indeværende strategi bliver en reflekteret strategi.

Resultatet af kortlægningen på møde med følgegrupperne under Det Administrative Kontaktforum viste ikke behov for konkrete projekter på nuværende tidspunkt, men et klart behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament, der kan bruges til at bygge ovenpå og anvendes i flere sammenhænge i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der var tillige et generelt ønske om flere generiske løsninger samt et forslag til oprettelse af en vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger, der kan tilpasses efter behov.

Strategien er inddelt på følgende overordnede indsatsområder:

- **Forudsætningsskabende indsatsområder**
  Indeholder dels et spor om videreudvikling af Sam:Bo, etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, etablering af fælles servicecenter samt etablering af et testsetup.

- **Andre indsatsområder**
  Indeholder overordnet set opgaverne i relation til MedCom samarbejdet, udbredelse og ibrugtagning af FMK, tværsektoriel svangrejournal samt samarbejde om mennesker med kronisk sygdom.

- **Initiativer afledt af sundhedsaftalen**
  Indeholder landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL og fælles referenceramme for projektledelse på tværs.

Opfølgning og udmøntning:
Den endelige strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin forventes godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 21. september 2016 og efterfølgende i sundheds-koordinationsudvalget d. 25. oktober 2016, jf. procesplanen for strategiarbejdet.

De prioriterede indsatser skal følges i aftaleperioden, herunder effekten af indsatserne. Der skal endvidere ske en opfølgning på indsatserne i et samarbejde mellem kommuner og region. Dette skal blandt andet sikre tværgående videndeling.

For at sikre en koordineret opfølgning og udmøntning af Strategien for Velfærds-teknologi og Telemedicin 2015-2018, samt oprettelse af vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger foreslås, at der indgås en aftale om kommunal medfinan-siering svarende til 2 x ½ stilling, gældende for sundhedsaftalens aftaleperiode

2015-2018. Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har ansvar for opfølgning af strategien. Der skal tages stilling til hvorvidt der skal oprettes et fælles it-sekretariat til varetagelse af den fremadrettede koordinerende indsats og udmøntning af strategien for aftaleperioden for Sundhedsaftalen 2015-2018.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter og godkender 1. udkast af strategi for Velfærdsteknologi og telemedicin, hvorefter strategien sendes i høring.
- Udpeger høringsparter til høring af strategien.
- Træffer beslutning om fælles finansiering af arbejdet med opfølgning og udmøntning af strategien samt placering af et fælles it-sekretariat.

BILAG:

1 UDKAST – Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin - eftersendes efter aftale

8. Videreudvikling af Sam:Bo

SAGSFREMSTILLING
Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har som et af seks prioriterede indsatsområder under Sundhedsaftalen 2015-18 peget på Videreudvikling af Sam:Bo. Endvidere har Sundhedskoordinationsudvalget på møde den 23. februar 2016 besluttet, at der på møde den 16. august 2016 skal forelægge en tids- og procesplan for dette arbejde.

Videreudvikling af Sam:Bo er en del af opgaveporteføljen under Følgegruppen for behandling og pleje. Følgegruppen har nedsat en arbejdsgruppe, der har til formål at komme med forslag til, hvorledes videreudviklingen af Sam:Bo skal pågå. Dermed skal det sikres, at Sam:Bo tankegangen videreudvikles, så den rækker ud over sygehus-hjemmeplejesamarbejdet.

Arbejdsgruppen har på sit første møde den 26. april 2016 besluttet at indstille til Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget, at der med videreudviklingen af Sam:Bo i første omgang sættes fokus på elektronisk understøttet samarbejde med beskæftigelsesområdet for såvel somatiske som psykiatriske patientforløb.

Af Sundhedsaftalens afsnit 7.2.2 fremgår det, at:

> *"Sam:Bo er parternes aftale om borger- og patientforløb og skal fremadrettet tilpasses, så den kan dække både børn- og unge og voksenområdet indenfor såvel somatik som psykiatri…. Det betyder bl.a., at den elektroniske kommunikation også skal understøtte samarbejdet med beskæftigelses-, social- og sundheds-, børne- og ungeforvaltningen."*

Idet aftalen på børne- og ungeområdet afventer at blive prioriteret, foreslår Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget, at fokus i første omgang sættes på beskæftigelsesområdet. Det er endvidere forventningen i gruppen, at samarbejdet og den elektroniske understøttelse, som udvikles i relation til beskæftigelsesområdet, i en udstrækning vil kunne anvendes på børne- og ungeområdet. Dette skyldes, at det i stor grad handler om at få afdækket mulighederne for samarbejde og kommunikation på tværs af forvaltninger og myndighedsområder internt i kommunen samt ikke mindst på tværs af sektorerne.

Arbejdsgruppen har med udgangspunkt i ovenstående udarbejdet et forslag til en tids- og procesplan, som lægger op til, at der i første omgang sættes fokus på at beskrive kommunikation og samarbejdsforløb for følgende områder:

- Sygedagpengeforløb
- Ressourceforløb
- Kontanthjælpsmodtagerforløb

I forbindelse med fire patientkategorier, herunder:

- Kræftpatienter m. fl.
- Bevægeapparatspatienter
- Patienter med hjerneskade
- Psykiatriske patienter

Af vedlagte tids- og procesplan fremgår det, hvorledes arbejdsgruppen foreslår, at arbejdet tilrettelægges.

Ovenstående vil derefter blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget til godkendelse på møde den 16. august 2016.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at der i arbejdet med videreudvikling af Sam:Bo sættes fokus på beskæftigelsesområdet
- Godkender vedlagte tids- og procesplan.

BILAG:
1 Tids- og procesplan eftersendes

9. Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

SAGSFREMSTILLING
Sundhedskoordinationsudvalget har som led i Sundhedsaftalen 2015-18 prioriteret at få udarbejdet en kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge som en særlig vigtig indsats (pkt. 3.1.).

Formålet har været at gennemføre en kortlægning af viden om, omfang af og årsager til, at unge angiver dårligt selvoplevet mental sundhed, herunder sociale faktorer. I aftalen fremgår det, at der på baggrund af kortlægningen, sættes konkrete mål for reduktion i andelen af unge i alderen 16-24 år, der rapporterer dårligt mentalt helbred i 2017. Interessen for kortlægningen udspringer i høj grad af de seneste resultater fra sundhedsprofilen "Hvordan har du det? 2013", der viser en negativ udvikling - særligt blandt de unge kvinder.

Det Administrative Kontaktforum besluttede på møde den 17. juni 2015, at Følgegruppen for forebyggelse varetager opgaven med kortlægningen. Følgegruppen har fået udarbejdet kortlægningen ved en arbejdsgruppe med både kommunal og regional repræsentation og med kompetencer til arbejdet med sundhedsprofilen.

Kortlægningen sammenfatter den tilgængelige viden om omfanget af dårlig mental sundhed blandt børn og unge over tid, ligesom den beskriver de væsentligste risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed. Det fremgår bl.a. af kortlægningen, at der gennem de seneste 20 år er sket en negativ udvikling i børn og unges mentale sundhed på en række områder. I kortlægningen inddrages udvalgte eksperters bud på årsager til denne udvikling. Målgruppen for kortlægningen er afgrænset til de 10-24-årige, eftersom den tilgængelige litteratur primært omhandler dette aldersspænd.

Arbejdsgruppen har med kortlægningen afdækket eksisterende viden om omfang af mental sundhed, som er første led i indsatsområdet om mental sundhed, jf. sundhedsaftalens afsnit 4.2.5. Kortlægningen kan med Det Administrative Kontaktforums godkendelse formidles videre til Sundhedskoordinationsudvalget. Følgegruppen for forebyggelse foreslår, at den arbejder videre med opstilling af konkrete mål for en fremtidig indsats i form af en fælles strategi for mental sundhed. I det videre arbejde har følgegruppen drøftet at inddrage både kommunale og tværsektorielle erfaringer med indsatser omkring mental sundhed samt KLs afdækning af forebyggelsespakkernes implementering.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Drøfter rapporten om mental sundhed blandt børn og unge, og indstiller den til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.
- Beder Følgegruppen for forebyggelse om at igangsætte arbejdet med konkrete mål for en fremtidig indsats.

BILAG:
1 Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

10. Rammepapir for rådgivning om forebyggelse

SAGSFREMSTILLING
På møde i Det Administrative Kontaktforum den 1. april 2016 blev det besluttet, at følgegruppen for forebyggelse kommer med forslag til et rammepapir for rådgivning om forebyggelse. Rammepapiret er udarbejdet ud fra beslutning i Det Administrative Kontaktforum den 1. april, og beskriver på den baggrund, hvad der er indeholdt i Sundhedslovens § 119, stk. 3, hvad der ligger af muligheder for at få rådgivning i andre sammenhænge, samt hvilke former rådgivningen forventes at kunne have.

Beskrivelsen af, hvad der er indeholdt i Sundhedslovens § 119, stk. omfatter:

- Faglig rådgivning fx om patientrettet forebyggelse og patientuddannelse hos mennesker med en eller flere kroniske sygdomme eller forebyggelses-perspektiver på nye sygdomme og behandlinger.
- Rådgivning om brug af sundhedsprofildata, resultater og gennemførelse af analyser, herunder analyser af sundhedsprofildata individuelt for enkeltkommuner.
- Rådgivning om projektudvikling, fundraising, dialog med forsknings/evaluerings-institutioner om design og evaluering som en faciliterende part i forsknings og udviklingsprojekter.
- Rådgivning om hygiejne som er vederlagsfri. Der indgås aftale om, hvad der er vederlagsfrit jf. sundhedsaftalens afsnit 7.1.5.
- Nye sygdomme, behandlingsformer og medicin fx forebyggelse af den øgede forekomst af depression og forebyggelsestilbud i den forbindelse eller nye infektionsmedicinske sygdomme.
- Opgaveoverdragelse, som er forebyggelsesrelaterede opgaver fx opgave-overdragelse indenfor patientuddannelse, træningsområdet, forebyggelse af indlæggelser som relaterer sig til livsstil og risikoadfærd. Det kan også være ved ændringer i behandlingsforløb for fx patienter med knæartrose, ryglidel-ser eller inden operation, hvor ændringen betyder ændrede opgaver for kom-munerne og dermed nye typer af forebyggelsestilbud, træningshold og lign.

Rammepapiret er et udtryk for kompromis mellem kommunale og regionale ønsker.

Følgegruppen for forebyggelse har ved udarbejdelse af rammepapiret erfaret, at der er en tæt snitflade til sundhedsaftalens punkt 6.1.6. om kompetenceudvikling og videndeling. Følgegruppen foreslår derfor, at det videre arbejde med denne aftale sættes i gang. I aftalen beskrives også finansiering og organisering af området som inddrager relevante samarbejdsparter og – institutioner.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender rammepapir for rådgivning om forebyggelse.
- Beder Følgegruppen for forebyggelse om at udarbejde aftale om kompetenceudvikling og videndeling, som ikke relaterer sig til regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse (§ 119, stk. 3 i Sundhedsloven).

BILAG:
1 Rammepapiret eftersendes

11. Kommissorium for programstyregruppen for landsdelsprogram til udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

SAGSFREMSTILLING

Baggrund
På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 1. april 2016 blev det besluttet, at følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin skulle udarbejde et kommissorium for programstyregruppen for landsdelsprogram til udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Herunder at komme med forslag til etablering af programsekretariat. Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin har på deres møde d. 29. april 2016 godkendt forslag til kommissorium.

Programstyregruppens sammensætning
Ved udpegning af medlemmer til programstyregruppen tilstræbes at alle væsentlige interessenter er repræsenteret, herunder fx at alle sygehusområder er repræsenteret fra enten kommunal eller regional side. Ligeledes tilstræbes at væsentlige interessenter i linjeorganisationerne er repræsenteret herunder eksempelvis Afdeling for tværsektorielt samarbejde og Praksisafdelingen.
Ovenstående hensyn taler for en koordineret udpegning af medlemmer mellem region og kommuner.

- 5 kommunale repræsentanter
  (hvoraf Arne Nicolajsen er udpeget som del af formandsskabet)
- 5 regionale repræsentanter
  (hvoraf Peder Jest er udpeget som del af formandsskabet)
- 1 repræsentant fra PLO
- Desuden deltager programlederen i programstyregruppens møder.

Programstyregruppen har mulighed for at udvide styregruppen med en repræsentant fra patientforeningen.

Programstyregruppen har til opgave at:
- Sikre at programmets gevinster realiseres i henhold til gevinstrealiseringsplan.
- Sikre ledelsesmæssig forankring og gode rammer for lokal implementering af det nationale landsprogram i kommuner og på sygehuse.
- Sikre fremdrift og kvalitet i programmet, herunder at afgrænse programmet i forhold til eksisterende projekter og ændringsprocesser samt i nødvendigt omfang igangsætte nye.
- Fungere som bindeled til den nationale porteføljestyregruppe og orientere den nationale porteføljestyregruppe om udvikling og udfordringer i projektet.
- Sikre de driftsmæssige forudsætninger for implementering i driften på sygehuse og i kommuner.
- Bidrage til at understøtte og afsøge muligheder for fortsat udvikling af den telemedicinske samarbejdsmodel med udvidelse af anvendelsesmuligheder til andre patientgrupper.
- Afrapportere status til følgegruppen for Velfærdsteknologi og telemedicin om udvikling, muligheder, udfordringer og overgang til drift.

I afklaringsfasen vil der være brug for, at programstyregruppen eksplicit forholder sig til:

- Udarbejdelse af fordelingsnøgle mellem sundhedsaftalens parter på baggrund af omkostningsniveau og gevinstpotentiale. Desuden skal der fremsættes forslag til budget og finansiering for landsdelsprogrammet.
- Fastlæggelse af inklusionskriterier i forhold til målgruppen: borgere med KOL
- Kortlægning af igangværende telemedicinske indsatser i behandlingen af KOL i Region Syddanmark og kommuner, samt opsamling af erfaringer.
- Fastlæggelse af endelig tidsplan for implementering af landsdelsprogrammet.

Programsekretariat

Til understøttelse af programstyregruppens arbejde nedsættes der et program-sekretariat bestående af en fælles programleder, samt to projektledere, en fra kommunesiden og en fra regionen. Programsekretariatet bistår formandsskabet for programstyregruppen.

Programledelsen skal placeres under hensyntagen til den store tværsektorielle kompleksitet i programmet. Programledelsen skal have indgående kendskab til det tværsektorielle arbejde herunder arbejdet med de forudsætningsskabende projekter.

Forventet mødeaktivitet

Programstyregruppen skal som minimum afholde 4 årlige møder i perioden 2016-2019. Der fastlægges en mødeplan for programstyregruppen, når denne er nedsat.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter organiseringen af programsekretariatet
- Godkender kommissoriet for programstyregruppen

BILAG:

1 Kommissorium for programstyregruppe for landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

12. Lokal udmøntning af nye nationale mål for sundhedsvæsenet

SAGSFREMSTILLING
Regeringen har i regi af økonomiaftalerne for 2016 aftalt et nyt nationalt kvalitetsprogram med KL og Danske Regioner, som også indeholder nationale mål for sundhedsvæsenet. Formålet er at sætte en tydelig retning for kvaliteten af det danske sundhedsvæsen, dvs. at skabe bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhedsvæsenet. Der er tale om en ny tilgang til kvalitet, hvor der fokuseres på resultater til gavn for den enkelte patient.

Der er opstillet otte konkrete, nationale mål:
1. Bedre sammenhængende patientforløb.
2. Styrket indsats for kronikere og ældre patienter.
3. Forbedret overlevelse og patientsikkerhed.
4. Behandling af høj kvalitet.
5. Hurtig udredning og behandling.
6. Øget patientinddragelse.
7. Flere sunde leveår.
8. Mere effektivt sundhedsvæsen.

De nationale mål skal forankres lokalt i kommuner og regioner. De lokale mål skal adressere konkrete, lokale kvalitetsudfordringer, som skal imødegås med indsatser på sygehuse, plejecentre mv. og i praksissektoren. Det nævnes også i et forståelsespapir mellem regeringen, KL og Danske Regioner, at de nationale mål bør ses i sammenhæng med sundhedsaftalen.

Målene – både de nationale og de konkrete lokale – følges på et antal indikatorer, som opgøres på regions- og kommunalt niveau. Hvert år vil en statusrapport have fokus på udviklingen i indikatorerne, som opgøres for regionen og for hver enkelt kommune i Syddanmark.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Drøfter de otte nationale mål i forhold til sundhedsaftalens mål og indsatser.
- Beder Følgegruppen for Økonomi, kvalitet og effekt om at vurdere, hvordan indikatorerne kan indgå i følgegruppens arbejde med et oplæg om ledelsesinformation.
- Beder Følgegruppen for Økonomi, kvalitet og effekt komme med et oplæg om, hvilke indsatser i sundhedsaftalen, der understøtter de nationale kvalitetsmål.

BILAG:
1 Det nationale oplæg

13. Orientering om invitation til politiske midtvejsmøder vedr. Sundhedsaftalen 2015-2018

SAGSFREMSTILLING
Som det Administrative Kontaktforum blev orienteret om på mødet d. 1. april 2016 har Sundhedskoordinationsudvalget inviteret til fire politiske møder, i forbindelse med midtvejsstatus på Sundhedsaftalen 2015-2018.

Møderne afholdes d. 30. august, 1. september, 9. september og 14. september 2016. Der er udsendt invitation til de 22 syddanske kommuner, Sundhedskoordinations-udvalget, Sundhedssamordningsudvalget og PLO. Hver kommune deltager ved ét møde.

Invitationen vedlægges.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Tager orienteringen til efterretning.

BILAG:
1 Invitation til politiske midtvejsmøder vedr. sundhedsaftalen til kommunerne

14. Fællesmøde mellem Sundhedskoordinationsudvalget, Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget

SAGSFREMSTILLING
I sensommeren og efteråret 2016 afholdes en række politiske midtvejsmøder jf. foregående punkt på dagsorden, hvor der gøres status på implementeringen af Sundhedsaftalen 2015-18. Første led heri er, at Sundhedskoordinationsudvalget afholder et fællesmøde med Patientinddragelsesudvalget og Praksisplansudvalget den 16. august 2016 kl. 15-16. Formålet er her at drøfte status på Sundhedsaftalen med fokus på de prioriterede indsatser. Der er udarbejdet et baggrundsnotat om status på de prioriterede indsatser, som, sammen med programmet, sendes til de inviterede udvalg.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender materiale til fællesmødet

BILAG:
1 Baggrundsnotat til SKU fællesmøde d. 16.8.16
2 Program for politisk fællesmøde d. 16.8.16

15. Status på arbejdet i Praksisplanudvalget

SAGSFREMSTILLING
Praksisplanudvalget skal i henhold til sundhedsloven udmønte Sundhedsaftalen for så vidt angår samarbejdet med almen praksis. Det administrative Kontaktforum orienteres derfor om arbejdet i Praksisplanudvalget.

Forhandlingerne om decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi og den underliggende aftale har ligget stille et godt stykke tid på grund af uenighed om rammerne og vilkårene for decentralisering og den underliggende aftale.

Der er nu grundlag for, at der igen kan komme gang i forhandlingerne, da Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) og PLO den 21. april 2016 har indgået aftale om implementering af decentraliseringen af ydelserne samtaleterapi og sygebesøg fra den centrale overenskomst. Derudover er de nået til enighed om nogle generelle bestemmelser, som kan indgå i den underliggende aftale mellem PLO regionalt, regionen og kommunerne i regionen.

Overenskomstaftalen om decentralisering af de to ydelser har været et led i implementeringen af Sundhedslovens bestemmelser om, at planlægningen på almenlægeområdet fremover skal foregå i de regionale praksisplanudvalg, og at det dermed forudsættes, at en større del af økonomien på området bliver forhandlet decentralt i det enkelte praksisplanudvalg for at sikre løsninger, som er tilpasset de lokale behov i region og kommuner.

Med den centrale aftale er der nu en ramme for, at praksisplanudvalgene kan genoptage arbejdet med at få decentraliseret sygebesøg og samtaleterapi og indgået aftaler. Indledningsvis skal decentraliseringsaftalerne om sygebesøg og samtaleterapi forhandles.

Indholdet i "Aftalen om implementering af decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi" er overordnet:
- En 2-årig aftale med mulighed for 6 måneders opsigelse i tilfælde af særlige omstændigheder
- Aftalerne skal være indgået inden udgangen af 3. kvartal 2016
- Ved opsigelse eller manglende indgåelse af ny aftale sker der en tilbageførsel af midlerne til den centrale ramme og en ikrafttrædelse af de nuværende bestemmelser i Overenskomsten om sygebesøg og samtaleterapi
- Bortfald af decentrale aftaler medfører bortfald af de nye midler fra kommuner og regioner (200 mio kr)

Derudover har RLTN og PLO aftalt nogle generelle bestemmelser om blandt andet tvister og sanktioner, klager, opmand og opsigelse, som parterne kan vælge at benytte i de underliggende aftaler.

Praksisplanudvalget har næste møde den 20. juni 2016.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Tager orienteringen til efterretning.

16. Projektforslag til Satspuljen 2016-19 "Styrket sammenhæng for de svageste ældre"

SAGSFREMSTILLING
Som del af handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 udmøntes en satspulje på 82,4 mio. kr., heraf 78,5 mio. kr. til projekter målrettet forsøg med konkrete modeller for brug af kompetencer på tværs af sektorer med det formål at sikre styrket sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre, der har behov for kontakt til hhv. kommunens hjemme- eller sygepleje, sygehus og almen praksis.

Projekterne skal igangsættes inden udgangen af 2016 og afsluttes inden udgangen af 2019. Sundhedsstyrelsen forventer, at 6-10 større projekter vil blive prioriteret og modtage puljestøtte.

I Syddanmark har Formandskabet for Det Administrative Kontaktforum godkendt en proces, hvor hvert af de lokale samordningsfora indsender max to udkast til projektforslag til Det Administrative Kontaktforum, som herefter kommenterer projektforslagene. Herefter kvalificerer ansøger i henhold til Det Administrative Kontaktforums kommentarer og færdiggør projektbeskrivelserne i overensstemmelse med satspuljens kravsspecifikationer. De færdige ansøgninger indsendes samlet til vurdering hos Sundhedsstyrelsen, som udvælger de projekter, der nationalt skal modtage støtte fra satspuljen.

De lokale samordningsfora har indsendt seks projektforslag, et fra Sygehus Sønderjylland (SHS), et fra Sydvestjysk Sygehus (SVS), to fra Sygehus Lillebælt (SLB) og to fra Odense Universitetshospital (OUH). I det vedhæftede bilag gives et kort resumé af hvert projekt. Projektforslagene i deres fulde længde er tidligere, den 3. maj 2016, fremsendt til medlemmerne af Det Administrative Kontaktforum.

Det Administrative Kontaktforums medlemmer har kommenteret de seks projekt-forslag, ud fra hvorvidt det enkelte projekt falder indenfor Satspuljens rammer, om projektet er i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundheds-samarbejde i Syddanmark og har givet deres strategiske bemærkninger til projekt-forslagene.

Herudover har flere medlemmer givet en række generelle kommentarer til projekt-forslagene. Nogle af kommentarerne har haft fokus på processen for udarbejdelsen af ansøgningerne, som vurderes med fordel, at kunne have inkluderet en tættere koordination og samarbejde imellem de lokale samordningsfora. Dette med henblik på at facilitere udarbejdelse af projektforslag på tværs af de lokale samordningsfora. Denne overvejelse noteres og bringes til anvendelse i fremtidige ansøgningsrunder, ligesom den korte tids- og procesplan drøftes med Sundhedsstyrelsen.

Der er overordnet enighed om, at projektforslagene falder indenfor satspuljens rammer og prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark. En oversigt over alle kommentarerne findes i vedlagte bilag.

Det Administrative Kontaktforums kommentarer er givet videre til ansøgerne, som har indtil d. 14. juni 2016 til at færdiggøre deres projektbeskrivelser. D. 15. juni sendes de seks projektbeskrivelser samlet afsted til Sundhedsstyrelsen. Medlem-merne af Det Administrative Kontaktforum modtager samtidig med afsendelsen til

Sundhedsstyrelsen en kopi af de endelige projektbeskrivelser. Sundhedsstyrelsen offentliggør deres afgørelse ultimo august og underretter her ansøgerne.

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Tager orienteringen til efterretning

BILAG:
1 Samlet overblik over Det Administrative Kontaktforums strategiske bemærkninger
2 Resuméer

17. Punkter til kommende møder

- Temadrøftelse om opgaveoverdragelse (september)
- Temadrøftelse om tværsektorielt sundheds-it (september)
- Status på arbejdet med sundhedsaftalen (september)
- Udkast til patientforløbsprogram for KOL (september)

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender, at punkterne sættes på det kommende møde

18. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget

- Status fra Følgegruppen for behandling og pleje (1)
- Status fra Følgegruppen for forebyggelse (2)
- Status fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering (3)
- Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse (4)
- Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt (5)
- Status fra Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin (6)
- Videreudvikling af Sam:Bo (8)
- Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge (9)
- Lokal udmøntning af nye nationale mål for sundhedsvæsenet (12)
- Orientering om invitation til politiske midtvejsmøder vedr. Sundhedsaftalen 2015-2018 (13)
- Fællesmøde mellem Sundhedskoordinationsudvalget, Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget (14)
- Projektforslag til Satspuljen 2016-19 "Styrket sammenhæng for de svageste ældre (16)
- Betydningen for sundhedsaftalen af den politiske aftale om besparelsen af Region Syddanmarks budget 2016
  (direkte til Sundhedskoordinationsudvalget)
- Proces og målsætning vedr. landsdelsprogram til udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL
  (direkte til Sundhedskoordinationsudvalget)
- Kræftforløbsprogrambeskrivelser
  (direkte til Sundhedskoordinationsudvalget)

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Godkender, at punkterne sendes videre til Sundhedskoordinationsudvalgets møde den16. august 2016

19. Øvrig gensidig orientering

- Onsdag den 22. juni 2016 afholdes det årlige Round Table-møde i forbindelse med det tværsektorielle kompetenceudviklingsprojekt, som nu hedder Sammen om velfærd (tidl. benævnt Tværsektoriel Kompetenceudvikling).

- Invitation fra Regionen til kommunerne som opfølgning på den politiske aftale om besparelsen af Region Syddanmarks budget 2016

INDSTILLING
Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:
- Tager orienteringen til efterretning

Bilag pkt. 1.1

18. maj 2016

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
IT-understøttelse og elektronisk kommunikation					
Revision af forløbene for Sam:Bo	Igangværende. Forløbene har været i høring fra den 15. februar til den 29. marts 2016. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene.		DAK: 21. september 2016		Der skal udarbejdes en plan for reimplementering, herunder tages stilling til økonomi forbundet dermed.
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmesygepleje	Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.				Følgegruppen følger status på arbejdet.
Audit/evaluering af Sam:Bo	Fokus på er pt. på revision af Sam:Bo forløbene. Opgaven med audit/evaluering er derfor sat på standby.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Videreudvikling af Sam:Bo	Der er nedsat en arbejds-gruppe, der arbejder med mulighederne i forhold videreudviklingen af Sam:Bo. Gruppen har udarbejdet en tids- og procesplan til indstilling i DAK og SKU.	Milepæl 1: Udarbejdelse af tids- og procesplan Milepæl 2: Afholdelse af workshops Milepæl 3: Formulering af samarbejdsforløb Milepæl 4: Juridisk afdækning og elektronisk understøttelse af samarbejdsforløb. Milepæl 5: Implementering	DAK: 15. juni 2016 SKU: 16. august 2016		Der arbejdes frem imod at implementeringsprocessen kan opstartes i første halvår 2017.
Implementering af nye sygehus-hjemmeplejestandarder	Der er nedsat en arbejds-gruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som træder i kraft 11. maj 2016.				Arbejdsgruppen nedlægges med udgangen af 2016.
Samarbejde/samarbejdsaftaler					
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Der er nedsat en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbind-else med implementering-en af FMK.				Følgegruppen modtager løbende status fra gruppen.
Samarbejdsaftale om FMK	Afventer. Følgegruppen har fokus på, at aftalen skal udarbejdes.				

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid	Samarbejdsaftalen er revideret og godkendt.				
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Aftalen skal redaktionelt redigeres. Arbejdet forventes igangsat i efteråret 2016.				
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Aftalen skal revideres. Følgegruppen har fokus på dette.				
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der er i gang med at udarbejde en ny samarbejdsaftale med udgangspunkt i den nye bekendtgørelse for området.		DAK: 21. september 2016 SKU: 25. oktober 2016		
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der skal gennemgå aftalen med udgangspunkt i sundhedsaftalen, målgruppespecifikke aftaler og Sam:Bo.				Resultatet af gruppens arbejde forelægges følgegruppen den 6. juni 2016.

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familie-ambulatoriet	Aftalen skal redaktionelt redigeres. Arbejdet forventes igangsat i efteråret 2016.				
Aftaler under implementering					
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Samarbejdsaftalen skal evalueres primo 2017.				Følgegruppen forelægges en evalueringsplan mod udgangen af 2016.
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne.				Følgegruppen forelægges en status på møde den 18. august 2016.
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	Under implementering.				
Demens					
Revision af aftalen vedr. mennesker med demens	Der er udarbejdet en ændret tværsektoriel re-tningslinje fra området, som betyder, at aftalen skal revideres. Arbejdet af-venter den nationale handlingsplan for demens.				

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Under implementering. Forløbet afprøves i 2016 for sygeplejersker og evalueres ved udgangen af året. Som en del af evalueringen skal det vurderes, om målgruppen skal udvides til også at omhandle terapeuter mv.				Følgegruppen forelægges en status på møde den 18. august 2016.
Demenssyd.dk	Følgegruppen besluttede på møde den 5. februar, at siden skal nedlægges. Beslutningen blev taget på baggrund af tal for brugen samt udgifter til drift og vedligehold.				
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor indvandrere er underrepræsenterede på demensenhederne.				Resultatet forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.
Andet					
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Der er gennemført en nyudpegning af gruppen i foråret 2016.				Følgegruppen forelægges en årlig status. Dette sker første gang ultimo 2016.

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Patientoplevet kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientop-levet kvalitet.				Følgegruppen forelægges en status på møde den 18. august 2016.
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Den tidligere UTH-gruppe er nedlagt. Center for Kvalitet har fået til opgave at revidere den regionale vejledning. Endvidere overvejes det, hvorvidt der skal afholdes en årlig temadag.				
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftale-perioden.				

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

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

Bilag pkt. 2.1

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
Kortlægning af mental sundhed	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i DAK 15. juni 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	
Nye rammer for kronisk sygdom	Arbejdsgruppen er i gang med at udvikle forløbsprogram for KOL. Der er afholdt tre workshops 3/2, 8/3 og 27/4.	**1. juni 2016** Følgegruppen behandler høringsudkast og mødes med arbejdsgruppen. **25. aug. 2016** Følgegruppen behandler plan for implementering og evaluering af forløbsprogram for KOL. **12. okt.– 16. nov. 2016** er høringsperiode.	**21. sep. 2016** DAK behandler høringsudgaven. **1. kvartal 2017** DAK behandler evaluering af udvikling af programmet, samt tidsplan for udvikling af de øvrige programmer. SKU behandler forløbsprogram og orienteres om implementeringsplan.	**1. kvartal 2017** Forløbsprogram for KOL klar til implementering i SOF'er.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		13. dec 2016 Følgegruppen for forebyggelse behandler forløbsløbsprogrammet			
Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Arbejdsgruppen har afholdt første møde og har afleveret en detaljeret tids- og handleplan til følgegruppen.		**23. november 2016** behandler DAK aftalen.		Arbejdsgruppen giver desuden input til Rammepapiret om regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse.
Drift af sundhedsprofil-undersøgelsen	Arbejdsgruppen følger tidsplan for sundhedsprofilen 2017. Arbejdsgruppen drøfter i august 2016 det endelige skemas udformning, herunder regionale ekstraspørgsmål for den syddanske profil.				Næste profil gennemføres i 2017. Resultaterne forventes offentliggjort i 1. kvartal 2018.
Monitorering af strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Kommissoriet er godkendt og medlemmer udpeget.		**3. kvartal 2016** DAK præsenteres for et revideret oplæg til monitorering af strategien.		Tre grupper arbejder med implementering af strategien. Følgegruppen vurderer opgaven inden forventet afslutning i 4. kvartal 2016 med henblik på stillingtagen til, om arbejdet med implementering af strategien fortsættes og i så fald hvordan.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				
Livsstilsguide i praksis jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	**1. kvartal 2016** er nyudviklet sundhedspædagogisk model testet. **2. kvartal 2016** er der inddragelse af patienter og sundhedsprofessionelle i udvikling og afprøvning af model og koncept for uddannelse			**1. kvartal 2017** kan konceptet implementeres i SOF'er.	
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner			Behandles i DAK 15. juni 2016		2. kvartal 2016
Udvikling af model for henvisning af patienter med knæartrose.	Implementeringsgruppen for genoptræning og rehabilitering har udarbejdet forslag til kommissorium. Følgegruppen har bedt om			Arbejdsgruppen afslutter opgaven ved udgangen af juni måned 2016. Modellen forventes klar til implementering i 4. kvartal 2016	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	en præcisering af arbejdsgruppens forslag til leverancer og opgaver, og igangsætter derefter udpegning af arbejdsgruppemedlemmer.				

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

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

Bilag pkt. 3.1

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af aftaleskabeloner for samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring.	Udarbejdelse af materiale til tværsektoriel understøttelse af indsatsen, inkl. aftaleudkast, igangsættes primo juni 2016.		Materiale forventes at være klar til forelæggelse på DAK-mødet den 23. november 2016.	December 2016.	
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen forventes igangsat i juni 2016.		Materiale forventes at være klar til forelæggelse for DAK i marts 2017.	April kvartal 2017.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.					
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, forventes igangsat i september 2016		Evalueringsramme forventes at være klar til forelæggelse for DAK primo 2017.		
Implementering af G-GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-platform pauseres i et år, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger. I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og		Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge ved udgangen af marts 2017.		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	tilhørende korrespondan-cemeddelelse , bl.a. ved at: -sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet				
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen forventes at fortsætte ind i 2017.		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i efteråret 2016.		Forventes at være klar til forelæggelse på DAK-mødet den 23. november 2016.		

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

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

Bilag pkt. 4.1

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	For nuværende undersøges fire opgaver inden for IV-behandlingsregimet (antibiotika, væske, parenteral ernæring og blodtransfusion) for deres potentiale for overdragelse. Resultaterne og erfaringerne skal anvendes i udviklingen og kvalificeringen af modellen. Arbejdsgruppen afrapporterer ift. antibiotika d. 20. august 2016 og væske d. 25. oktober 2016. Resultaterne vil danne baggrund for et	M1 1. september 2016: Følgegruppen behandler udkast til modellen M2 23. november 2016: DAK behandler 1. udkast til modellen. M3 1.kvartal 2017: Følgegruppen kvalificerer 2. udkast til modellen. M4 2.kvartal 2017: DAK behandler udkast med henblik på endelige godkendelse af modellen for planlagt og aftalt	Modellen førstegangsbehandles på DAK d. 23.november 2016		

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	første udkast til modellen, der skal præsenteret på DAK d. 23. november 2016.	opgaveoverdragelse. M5 2.kvartal 2017 SKU behandler modellen med henblik på endelig godkendelse og efterfølgende ibrugtagen.			
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Aftalen er til juridisk vurdering i KL og afventer endelig godkendelse af formandskabet i SKU			Så snart godkendelsen foreligger.	
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse, næste gang d. 21. september 2016 (DAK) og 25. oktober 2016 (SKU).

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

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

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Journal nr.:
Dato: 18/5 2016

Udarbejdet af: Anders Fournaise og Cæcilie Lumby (Odense Kommune)
E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk
Telefon: 2482 4315

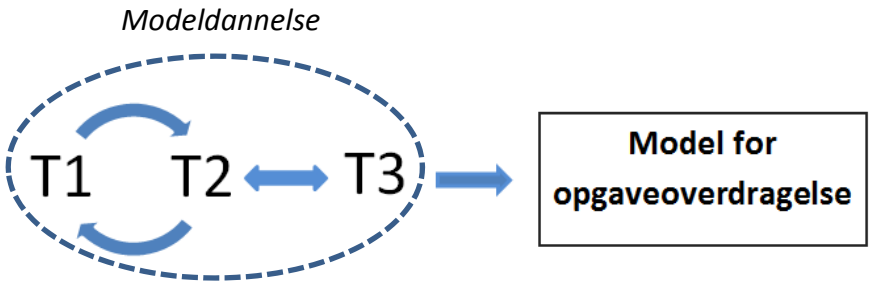
Notat

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har som en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 fået til opgave at udarbejde en model, som kan anvendes til at planlægge og aftale fremtidige overdragelser af sundhedsopgaver mellem region, kommuner og almen praksis. Modellen skal være med til at sikre sammenhæng, patientsikkerhed og kvalitet når det politisk besluttes, at en sundhedsopgave skal overdrages fra en aktør til en anden.

I nedenstående giver følgegruppen for opgaveoverdragelse et overblik over den planlagte udviklingsproces samt en status for det nuværende arbejde.

Proces for udvikling af model

Udviklingen af modellen vil ske igennem et kontinuerligt arbejde med følgende tre trin.



Figur: Arbejdsproces for udvikling af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Trin 1: Erfaringsopsamling og kortlægning af viden om planlægning og overdragelse af opgaver
Der er i Region Syddanmark og i andre regioner, allerede gjort erfaringer med planlægning og overdragelse af sundhedsopgaver af forskellig karakter. Derfor har følgegruppen, iværksat en systematisk afdækning af disse, som inddrages i det videre arbejde med udvikling af en generisk model.

Trin 2: Overblik over opgaver med vurderet potentiale for overdragelse
Følgegruppen vægter gennemsigtighed og en fællesforståelsesramme højt i det fremadrettede arbejde. Der er i løbet af oktober måned 2015, fra sygehuse, kommune og almen praksis, indhentet forslag til hvilke opgaver, der vurderes at have potentiale for overdragelse. Følgegruppen har efterfølgende behandlet de indkomne forslag, med henblik på at udarbejde en fælles tværsektoriel prioriteret liste over opgaver, som med fordel kan undersøges nærmere for deres potentiale for overdragelse, nærmere beskrevet i det følgende afsnit. Det er i den sammenhæng vigtigt at pointere, at følgegruppen ikke har mandat til at beslutte om en opgave skal overdrages fra en sektor til en anden, men udelukkende har til opgave at kvalificere det vidensgrundlag som det politiske system beslutter på baggrund af.

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.:
Dato: 16-11-2015

Udarbejdet af: Anders Fournaise og Cæcilie Lumby (Odense Kommune)
E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk
Telefon: 2482 4315

Trin 3: Erfaringer med at planlægge og aftale overdragelse af opgaver
Det er følgegruppens opfattelse, at den bedste model til at planlægge og aftale fremtidige opgaveoverdragelser, udvikles igennem erfaringer og arbejdet med konkret at planlægge og aftale overdragelser af opgaver. Derfor ønsker følgegruppen løbende at afprøve modellen på udvalgte opgaver fra den i T2 prioriterede liste og de i T1 indsamlede erfaringer. En sådan afprøvning kan kun sættes i gang efter godkendelse af Det administrative Kontaktforum.

Følgegruppen anskuer udviklingen af modellen som et kontinuerligt arbejde, der vil strække sig over den nuværende sundhedsaftaleperiode. Det er intentionen løbende at arbejde med alle tre trin, for at kunne justere modellen.

Overblik over opgaver med potentiale for overdragelse

Proces for indhentning af overblik over opgaver med potentiale for overdragelse
Følgegruppen for opgaveoverdragelse besluttede på sit første møde d. 23. september 2015, at indhente et overblik over hvilke opgaver sygehuse, kommuner og almen praksis vurderer, har særligt potentiale for overdragelse fra en aktør til en anden. Overblikkets formål er, jf. ovenstående procesplan, at identificere et mindre antal opgaver, som både primær- og sekundærsektoren vurderer af særlige relevans eller potentiale for overdragelse.
Medio oktober blev regionens sygehuse (somatik og psykiatri), de 22 kommuner og de praktiserende læger i Region Syddanmark, hver især bedt om at bidrage med input til overblikket. Nedenfor ses et sektorspecifikt resume af de indkomne forslag.

Input fra regionens sygehusenheder
Regionens fire somatiske sygehusender har alle bidraget med input. Odense Universitetshospital peger på otte opgaver med potentiale for overdragelse, alle fra sygehus til kommune. Det større antal opgaver fra OUH, skal ses i lyset af sygehusets specialefunktioner. Sygehus Lillebælt peger på fire opgaver, mens Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland hver peger på en opgave med potentiale for overdragelse (se tabel 1, bilag 1). Psykiatri Sygehusene har i en fælles tilbagemelding angivet, at de ikke umiddelbart har opgaver som de vurderer, er af potentiale for overdragelse.

Alle fire sygehusenheder peger på, at intravenøs behandling med eks. antibiotika for flere patientgruppe, med fordel vil kunne foregå i patientens eget hjem i et samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje.
Det noteres, at der allerede i dag på flere sygehuse indgås enkeltaftaler om hjemmesygepleje administreret IV behandling, men at der et behov for en formel samarbejdsaftale.

Input fra de 22 kommuner:
11 ud af de 22 adspurgte kommuner har besvaret anmodningen fra følgegruppen. Ud af de 11 besvarelser har 7 kommuner bidraget med inputs, 3 kommuner har ikke kunne byde ind med opgaver. I tabel 2, bilag 1, findes et overblik over kommunernes besvarelser og input.

5 ud af de 7 kommuner, der har bidraget med inputs, peger på intravenøs behandling, som en opgave der har potentiale for overdragelse fra sygehus til kommune.

Det noteres ligeledes, at IV behandling allerede i dag foregår på enkeltaftale i nogle kommuner, men det fremhæves, at der er behov for en formel samarbejdsaftale på området.

Input fra almen praksis
PLO-syd har drøftet opgaver med potentiale for overdragelse. Der er ikke entydig konsensus om opgavernes egnethed til overdragelse fra almen praksis til andre aktører, men det er et udgangspunkt for dialog.

Samtaler med stress-ramte
Samtaler med stress-ramte fylder meget i almen praksis og er stigende i prævalens. Samtalerne er tidskrævende, og støttende samtaler kunne ofte godt ligge i andet regi. Der er her tale om samtaler, som ikke altid opfylder kriterier for psykologsamtale. Udfordringen ved at overdrage til ikke-lægefagligt personale, er risikoen for at overse somatisk sygdom, da disse patienter ofte har en del kropslige symptomer. Patienterne er desuden ofte sygemeldte og samtaler med deres praktiserende læge i den forbindelse.

Andre opgaver
Af lignende karakter og problemstilling med ovenstående er samtaler med belastede unge.
Endvidere peges på bedre muligheder for transport af patienter til lægen - ledsagelse. Specielt i forhold til sygebesøg over længere afstand, hvor lægen bruger lang tid på transport.
Der opleves ligeledes et potentiale for blodprøvetagning i eget hjem, herunder akutte blodprøver. Denne mulighed eksisterer allerede flere steder i regionen, og der arbejdes for en regional samarbejdsaftale om blodprøvetagning i eget hjem, dog ikke akutte for blodprøver.

Følgegruppens videre arbejde

Med udgangspunkt i de indkomne forslag, og som et led i udarbejdelsen af modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, har Det administrative Kontaktforum godkendt, at følgegruppen undersøger udvalgte opgaver inden for IV-behandlingsregimet nærmere for deres potentiale for overdragelse. IV-behandlingsregimet er valgt da både sygehuse, kommuner og almen praksis har meldt tilbage, at bl.a. IV-behandling med antibiotika rummer potentiale for overdragelse. Ydermere er følgegruppen blevet gjort opmærksom på, at der allerede eksisterer enkeltaftaler mellem de fire somatiske sygehusenheder og flere af de 22 kommuner, som med fordel kunne formaliseres i en regional samarbejdsaftale.

Som led i udviklingen af modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse indhenter følgegruppen løbende erfaringer med opgaveoverdragelse fra vores egen og andre regioner. Erfaringer med IV-behandling blev drøftet på mødet i følgegruppen d. 1. marts 2016. Flere af de øvrige regioner arbejder på at formalisere samarbejdet om IV-behandling med eksempelvis antibiotika og væske. Der er indtil nu kun indgået lokale samarbejdsaftaler på området, en af de primære årsager hertil er, at det er svært at estimere størrelsen på stikprøven for hvem IV-behandling i eget hjem er relevant. Gennemførte projekter tyder dog på, at der ikke er tale om en stor gruppe. Sydvestjysk Sygehus og Varde kommune gennemførte fra marts 2014 til marts 2015 et projekt med IV-behandling med antibiotika. På 12 mdr. blev der gennemført 30 IV-behandlinger med antibiotika i eget hjem, fordelt på 25 cpr. numre. Der var forskel på behandlingsvarigheden, som svingede fra 2 – 27 døgn, med 1-4 besøg per døgn. I Region Midtjylland gennemførte man i perioden marts 2011 – august 2013 et

projekt mellem Regionshospitalet i Viborg og Viborg, Silkeborg og Skive Kommune. Her tilbød man både behandling med antibiotika og isotoniske væsker. I alt modtog 360 patienter i perioden IV-behandling med antibiotika eller isotonisk væske i eget hjem.

Jf. overblikket over de indkomne forslag, rummer de fleste tilbagemeldinger fra alle tre sektorer tilkendegivelse om potentiale for overdragelse af opgaver indenfor IV-behandlingsregimet. Følgegruppen har været særligt opmærksom på, at IV-behandling kan rumme mange former for behandling. Med udgangspunkt i den eksisterende erfaring inden for IV-behandlingsregimet samt under hensynstagen til overlap med andre behandlingsformer, vil følgegruppen afdække følgende opgaver for deres potentiale for overdragelse:

- IV-behandling med antibiotika
- IV-behandling med tynde væsker
- Parenteral ernæring
- Blodtransfusion.

Når følgegruppen med udgangspunkt i opgaverne har kvalificeret de kriterier, som skal i modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, præsenteres Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget for et beslutningsgrundlag for evt. udarbejdelse af en samarbejdsaftale og overdragelse.

Der er ingen lovmæssige forbud mod delegation af de fire former for IV-behandling. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog i forhold til IV-behandling med antibiotika, at behandlingen startes op i sygehusregi pga. risikoen for anafylaksis chok, og at behandlingsansvaret forbliver hos den ordinerende sygehuslæge.

Følgegruppens arbejde indtil nu har vakt både begejstring og bekymring. Følgegruppen ønsker med denne tilbagemelding at gøre den planlagt proces endnu mere gennemsigtig samt understrege, at intentionen og følgegruppens ophav er at udvikle en model for fremtidig planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, som skal sikre sammenhæng, patientsikkerhed og kvalitet når det politisk er besluttet, at en opgave skal overdrages fra en sektor til en anden.

Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget orienteres på hvert møde om status for arbejdet med udviklingen af den generiske model. Referaterne kan findes på Region Syddanmarks hjemmeside.

Bilag 1: Overblik over indkomne forslag fra sygehuse og kommuner

Tabel 1: Indkomne forslag fra regionens sygehuse

OUH	SLB	SVS	SHS
IV behandling	IV behandling	IV behandling	IV behandling
Parenteral indgift	Blodprøvetagning hos egen læge		
Forberedelse til undersøgelse	Svar på histologi		
Skift af PEG sonde	Patientskoler		
Heparin præoperativt			
Skylning af port, kath./gripper			
Kemoterapi			
Immunglobulin			

Tabel 2: Indkomne forslag fra de syddanske kommuner

	Antal opgaver	Hvilke opgaver	Har svaret, ingen opgaver	Udskydelse	Intet svar
Odense	3	- Genoptræning - Patientskoler - IV-behandling			
Faaborg Midtfyn	5	- IV-behandling - Obstipation - Cystit - Pneumoni - INR			
Assens			X		
Nyborg				X (24.11)	
Svendborg	5	- IV-behandling - Rammedelegation af væskebehandling - Rammedelegation af blodprøvetagning - Lymfeødem behandling til kvinder med brystkræft - Trænings som præoperativ intervention			
Middelfart					X
Langeland					X
Ærø					X
Nordfyns					X
Kerteminde	8	- P-dialyse og respirationsbehandlinger - Nedtagning af kemo-pumpe - IV-behandling - Parenteral ernæring - Sårbehandling med VACC - Sondekost - Behandling af patienter med			

		tracheostomi - Opgaver hos palliative patienter			
Billund	3	- Blodtransfusion - IV-væskebehandling - IV-antibiotika			
Esbjerg					X
Fanø					X
Fredericia	2	- Abstinensbehandling - Benzo-nedtrapning			
Haderslev	9	- DÆMP – luftvejsinfektion - Monitorering af KOL - Limning af småskader - IV-behandling - Afslutning af kemobehandling i eget hjem - Diabetesskole - KOL patientskole - Genoptræning, specialiseret vs. Almen - Genoptræning på kræftområdet			
Sønderborg					X
Tønder			X		
Varde					X
Vejen					X
Aabenraa			X		
Vejle					X
Kolding					X
Total	**35**		**3**	**1**	**11**

Bilag pkt. 5.1

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Følgegruppen er i færd med at udarbejde en liste over relevante monitoreringsindikatorer. Der er nedsat en underarbejdsgruppe, som skal se på, hvorledes der kan indhentes data i.f.t. de seks prioriterede indsatsområder. Desuden har følgegruppen selv besluttet, at der skal monitoreres på følgende indikatorer:	Forslag til monitorerings-indikatorer forventes udarbejdet i løbet af sommeren 2016.	Forslag til monitorerings-indikatorer forventes fremlagt for DAK i mødet den 21. september.	-	Den første ledelsesinformationsrapport forventes fremsendt i 4. kvartal 2016 og herefter løbende hvert kvartal.

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	• Uhensigtsmæssige genindlæggelser • Forebyggelige indlæggelser • Færdigbehandlede patienter				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

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

Bilag pkt. 6.1

Afdeling: Velfærdsteknologi og telemedicin
Journal nr.:
Dato: 18. april 2016

Udarbejdet af: Susanne Pedersen
E-mail: Susanne.Pedersen@rsyd.dk
Telefon: 29201422

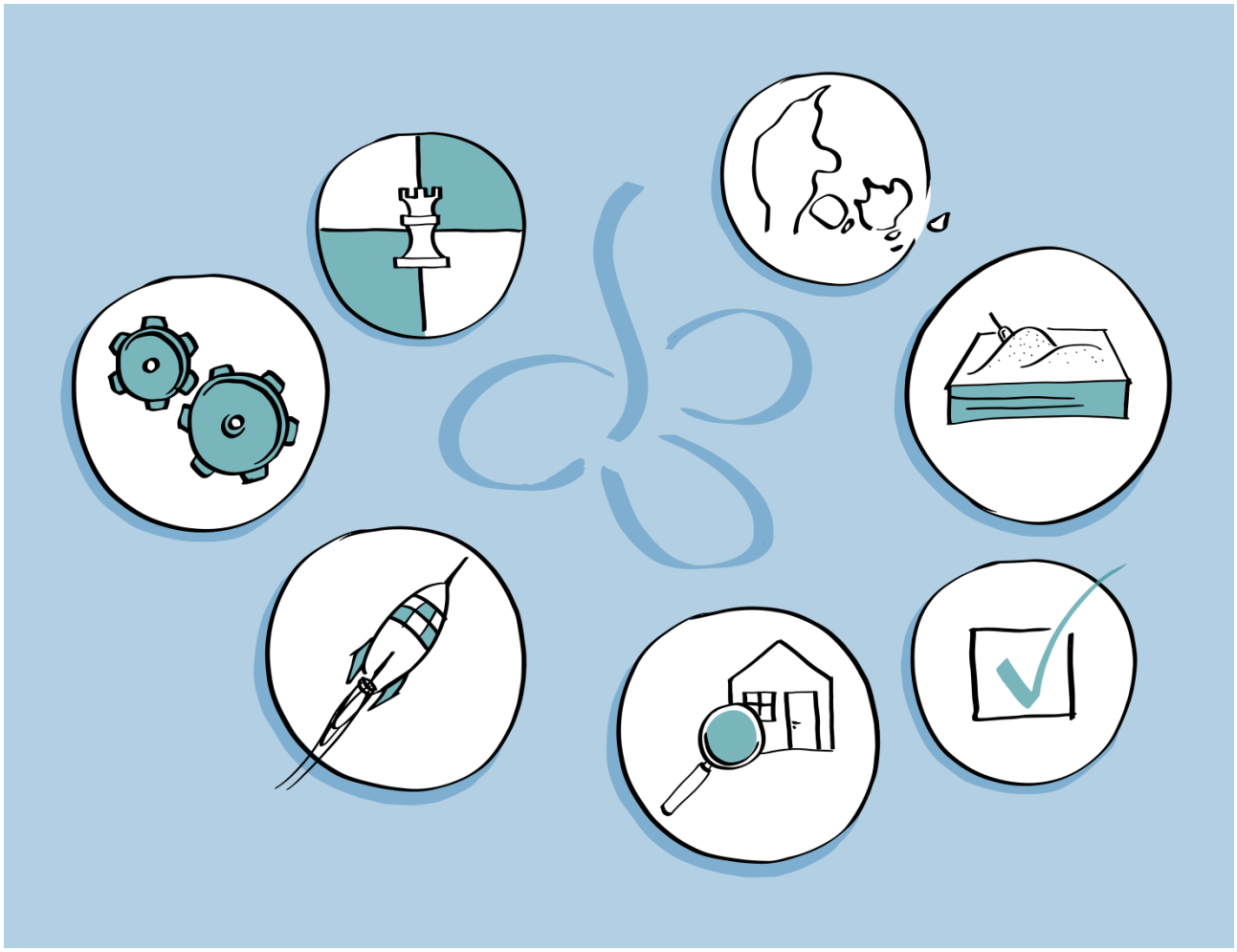
Region Syddanmark

Procesplan for udarbejdelse af Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin version 1.2

Nr.	Opgave	Indhold	Dato/periode
1	Godkendelse af proces i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	Procesplan, kommissorier, brev til følgegrupperne om udpegning af deltagere til Redaktionsgruppen	Uge 8 26. februar 2016
2	Følgegruppen udarbejder status til møde i DAK den 1. april 2016	Deadline den 8. marts 2016	8. marts 2016
3	Invitation til møde med de øvrige følgegrupper	Invitation til de øvrige følgegrupper om dialog om de enkelte følgegruppers behov for teknisk understøttelse af de prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018 og udpegning af deltagere til arbejdsgruppen for udarbejdelse af strategi for velfærdsteknologi og telemedicin. Brevet vedlægges disposition for strategi. Mødet afholdes den 6. april 2016.	7. marts 2016
4	Dagsorden til møde med de øvrige følgegrupper	Udsendelse af dagsorden til møde. Overvejelser om deltagere til Arbejdsgruppen – kommissorium vedlægges Tilbagemelding om deltagelse senest den 30. marts 2016	15. marts 2016
5	Møde i DAK	1. april 2016	1. april 2016
6	Møde med de øvrige følgegrupper	Kortlægning af de prioriterede områder og afklaring af behov for digital understøttelse (evt. ved hjælp af facilitator)	6. april 2016
7	Godkendelse af ny disposition i Følgegruppen	Godkendelse af ny disposition udarbejdet på baggrund af møde med Følgegrupper den 6.april 2016	18. april 2016
8	Afrapportering til møde i SKU den 10. maj 2016	Udarbejdelse af status til møde i SKU	20. april 2016

9	Sekretariatet udarbejder 1. udkast til strategi	Sekretariatet udarbejder 1. udkast til strategien. De øvrige følgegrupper og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat stiller sig til rådighed ved behov for afklaring og uddybning af strategien,	19. april 2016 – 9. maj 2016
10	Møde i SKU	10. maj 2016	10. maj 2016
11	Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	Godkendelse af indholdet Møde	18. maj 2016
12	Sekretariatet korrigerer udkast til strategi	Udkast korrigeres efter følgegruppens beslutninger	18. maj 2016
13	Følgegruppen udarbejder status og sender 1. udkast til møde i DAK den 15. juni 2016	Status og 1. udkast Deadline 19. maj 2016 kl. 08.00	18. maj 2016
14	Varsling af høring til høringsparter	Høringsparter varsles om høringsperiode 20. juni – 4. august 2016	19. maj 2016
15	Møde i DAK	15. juni 2016	15. juni 2016
16	Sekretariatet indarbejder kommentarer fra DAK		16. juni – 20. juni 2016
17	Sekretariatet sender strategien i høring		20. juni 2016
18	Høring	Høringsperiode 20. juni – 4. august 2016	4. august 2016
19	Sekretariatet udarbejder 2. udkast på baggrund af kommentarer fra høring		4. august – 9. august 2016
20	Internt review af strategien i følgegruppen	Møde i Følgegruppen	9. august – 15. august 2016 17. august 2016
21	Følgegruppen udarbejder status og sender 2. udkast til møde i DAK den 21. september 2016	Deadline 26. august 2016 kl. 08.00	25. august 2016
22	Møde i DAK 21. september 2016: Godkendelse af strategi		21. september 2016
23	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 25. oktober 2016 til formandskabet i DAK		26. september 2016 – 7. oktober 2016
24	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 25. oktober 2016	Deadline 13. oktober 2016	13. oktober 2016
25	Møde i SKU	25. oktober 2016	25. oktober 2016

Bilag pkt. 7.1



Strategi

for Velfærdsteknologi og Telemedicin – det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark

2015-2018

KKR SYDDANMARK

Region Syddanmark

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin - det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i perioden 2015-2018.

Udgivet af Region Syddanmark
Syddansk Sundhedsinnovation
Sprog: dansk
[dato]
Format: pdf

Illustrationen på forsiden: Billedet er en gengivelse af spiren, der optræder udenpå Sundhedsaftalen 2015-2018. På billedet her er den omkranset af vigtige elementer, der indgår i Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin. Skakbrikken repræsenterer strategien i sig selv, Danmarkskortet står for den nationale strategi og landsdækkende projekter. Sandkassen illustrerer et testmiljø, flueben i en tjek-boks er kvalitetssikringen, huset med forstørrelsesglas står for hjemmemonitorering, raketten er udbredelse og tandhjulene er en metafor for standarder.

Indhold

1. Forord 5
   1.1. Historisk perspektivering 5
   1.2. Proces for udarbejdelse af strategien 5
2. Baggrund for Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018 6
3. Status på It-strategien 2011-2014 7
4. Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018 8
   4.1. Formål 8
   4.2. Opbygning 9
   4.3. Afgrænsning 9
5. Det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark 9
6. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle digitale samarbejde 10
   6.1. Forskellige teknologier til forskellige behov 10
   6.2. Rette data til rette instans på rette tid 10
   6.3. Fælles ramme for telemedicin 11
   6.4. Anvendelse af nationale it-standarder 11
7. Forudsætningsskabende indsatsområder 12
   7.1. Videreudvikling af Sam:Bo 12
   7.2. Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur 13
   7.3. Etablering af fælles servicecenter 13
   7.4. Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis 14
   7.5. Udbredelse af modne og afprøvede løsninger 15
   7.6. Styrkelse af forskning og dokumentation 15
   7.7. Udvikling og organisering af samarbejdet omkring Sundhed.dk 15
8. Andre indsatsområder 15
   8.1. Udbredelse af MedCom-standarder 15
      8.1.1. Hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3 16
      8.1.2. Ny standard for elektronisk genoptræningsplan (G-GOP) 16
      8.1.3. Analyse vedr. anvendelse af MedCom-standarder mellem sygehus og kommune på akut ambulantområdet og ambulantområdet 16
      8.1.4. Henvisning til kommunal forebyggelse 17
   8.2. Mennesker med kronisk sygdom 18
   8.3. Kvalitetssikring og dokumentation 19
   8.4. Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Fælles Medicinkort 19
   8.5. Tværsektoriel elektronisk svangrejournal 20
   8.6. Telemedicin på det psykiatriske område 20
   8.7. Teleudskrivningskonferencer 20
   8.8. Rådgivning via video 21
   8.9. Forebyggende hjemmebesøg via video 21

9. Initiativer afledt af Sundhedsaftalen og nationale tiltag 22
9.1. Landsdelsprogrammet for KOL 22
10. Organisering af det digitale samarbejde 23
10.1. Organisering i forhold til Sundhedsaftalen 23
10.2. Roller og ansvar i forhold til projekter 23
10.3. Fælles it-sekretariat 23
10.4. Fælles referenceramme for projektledelse på tværs 24
10.5. Opfølgning og udmøntning 25
11. Perspektiver 25
12. Andre relaterede strategier og initiativer 26
13. Bilag 26

1. Forord

1.1. Historisk perspektivering

Syddanmarks styrkeposition på det velfærdsteknologiske område skal udnyttes, og med Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin er der skabt et grundlag for et fortsat visionært og proaktivt samarbejde omkring udvikling af det velfærdsteknologiske og telemedicinske område blandt de 22 kommuner, regionens sygehuse og praksisområdet.

I Syddanmark er vi nået langt med digitalisering af vores sundhedsvæsen, hvilket i stort omfang kan tilskrives vores færdigheder i at samarbejde på tværs af sektorer. Et samlet blik på alle tre sundhedsaftaler vidner om en målrettet vision for at skabe et fælles fundament og en fælles kultur, der vægter det menneskelige aspekt i digitaliseringsprocessen. Det gælder på det organisatoriske plan, såvel som på det operationelle. Den første it-strategi (2007-2010) blev udarbejdet med det formål digitalt at understøtte aftaleområderne samt samarbejdet generelt, hvilket i 2007 startede etableringen af et formaliseret digitalt fællesskab mellem kommuner, sygehuse og lægepraksis om det sammenhængende borger - og patientforløb i Syddanmark.

Under Sundhedsaftalen 2011-2014 opstod behovet for en videreudvikling af it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation, da man indgik grundaftalen om tværsektoriel anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier samt nye nationale it-strategier og initiativer. Arbejdet udmøntede sig i "It-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014".

Med tredje generation af sundhedsaftalen, der løber fra 2015-2018, har det digitale sundhedssamarbejde i form af velfærdsteknologi og telemedicin fået et helt centralt fokus. Blandt målene for de tværgående temaer i den administrative del af sundhedsaftalens implementeringsplan er Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin – det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark. Denne strategi afløser den tidligere It-strategi.

1.2. Proces for udarbejdelse af strategien

Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin blev udpeget af Det Administrative Kontaktforum den 28. august 2015 og har til opgave at udarbejde en strategi for velfærdsteknologi og telemedicin til digital understøttelse af de prioriterede indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018. Følgegruppens medlemmer består af:

- Inge Bendixen, Konst. Vice-direktør Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, formand
- Irene Ravn Rossavik, Leder af Carecenter & Borgerrettet forebyggelse, Esbjerg Kommune, formand
- Claus Færch, Afdelingschef Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark
- Bente Christensen, Projektleder telesundhed-televelfærd, Kolding Kommune
- Svend Holm Henriksen, Chefkonsulent Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, sekretær
- Britt Saarup Kronbøge, Projektleder, Esbjerg Kommune, sekretær

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 bærer præg af, at det med den nye organisering af følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum og de tidsmæssige rammer for opgaven ikke har

været muligt for følgegrupperne at pege på specifikke projekter til strategien. Følgegrupperne vil først senere i perioden for Sundhedsaftalen 2015-2018 have mulighed for at definere projekter, hvorfor der i strategien ikke optræder specifikke projekter indenfor alle områder. Det betyder at indeværende strategi bliver en rammesættende strategi.

På et dialogmøde med de øvrige følgegrupper er der foretaget en kortlægning i forhold til de prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018. Kortlægningen viste ikke behov for konkrete projekter på nuværende tidspunkt, men et klart behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament, der kan bruges til at bygge ovenpå og anvendes i flere sammenhænge i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der var tillige et generelt ønske om flere generiske og modulerbare løsninger, samt et forslag til oprettelse og fælles anvendelse af en vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger, der kan tilpasses efter behov. Her tænkes etablering af et fælles tilgængeligt telemedicinsk landkort.

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin relaterer sig til de to fællesoffentlige strategier. Disse strategier overvejer mulighederne i at fremme digitalisering for derved at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen og bevare fremtidens velfærd.

- Digitalisering med effekt (National strategi for Digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013 – 2017)
- Digital velfærd – en lettere hverdag (Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013 – 2020)

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin *forventes godkendt politisk i Sundhedskoordinationsudvalget den 25. oktober 2016*. Strategien sendes i høring hos [*høringsparter udpeges af Det Administrative Kontaktforum på mødet den 15. juni 2016] fra den 20. juni 2016 til 4. august 2016*.

2. Baggrund for Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018

Sundhedsvæsnet undergår konstant forandringer og står kontinuerligt overfor store udfordringer. Den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder, samtidig med et stigende antal kronisk syge og øget forventningspres om god behandling og service. Fremtidens sundhedsvæsen vil i endnu højere grad basere sig på korte indlæggelser og ambulant behandling, hvilket stiller krav til det tværsektorielle samarbejde.

Anvendelsen af velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte det gode liv for mennesker med en kronisk sygdom og ældre medborgere. Således vil flere kunne tage ansvar for eget liv og tage vare på egen sundhed og egenomsorg, hvorved presset på den offentlige sektor mindskes. Borgere og patienter skal støttes til at mestre egen situation og få – eller længst muligt fastholde – et selvstændigt, aktivt og produktivt liv uafhængigt af hjælp. Teknologien skal tænkes ind i forhold til inddragelse af borgere/patienters pårørende, hvor det giver mening og er muligt.

Et stigende antal borgere/patienter indgår i et eller flere behandlings- og plejeforløb, hvor mange informationer overføres ved sektor- og specialeskift. I takt med den stadigt øgede specialisering og centralisering, vil dette blive endnu mere udbredt og derved også udfordret i fremtiden.

Velfærdsteknologi og telemedicin kan bidrage til at binde sundhedsvæsnet sammen ved at sikre, at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid på tværs af sygehuse, lægepraksis og kommuner. Dokumentation tilstræbes at ske tidstro, så der ikke opstår

unødvendig ventetid. Tilgængeligheden af data skal forefindes synkront/asynkront, afhængig af hvad der bedst understøtter borgerens/patientens forløb. Desuden skal adgang til og brug af velfærdsteknologi og telemedicin være nemt tilgængelig for såvel sundhedspersonalet som for borgeren/patienten og de pårørende. Dette kræver et tæt digitalt fællesskab, der indebærer en stærk og åben strategi, en stærk it-infrastruktur, modulerbare generiske it-løsninger, fælles aftale om åbne snitflader og konkrete samarbejdsaftaler med afsæt i Sundhedsaftalens visioner. Samarbejdsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb, Sam:Bo, er et godt eksempel på, at it og elektronisk kommunikation kan understøtte veldefinerede aftaler om organisatorisk samarbejde. Der er således i de senere år skabt et stærkt fundament for samarbejdet i Syddanmark. Dette samarbejde skal fortsat udbygges.

Velfærdsteknologi er, sammen med prioritering og rehabilitering, et af 3 bærende principper for sundhedsaftalen. Parterne bag sundhedsaftalen er enige om, at anvendelse og udvikling af tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte sundhedsaftalens vision, mål og indsatser ved at:

- Bidrage til veltilrettelagte og sammenhængende patientforløb ved at understøtte, at den relevante information om borgeren/patienten er tilgængelig for de rette parter på det rette tidspunkt, sted og måde. Sundhedsvæsnet skal fremtræde samlet og transparent for både borger/patient og personale
- Styrke borgerens/patientens mulighed for at engagere og motivere sig i eget forløb og tage vare på egen sundhed og behandling
- Understøtte kvalitet i patientforløbet
- Understøtte en effektiv administration, så personalets andel af tid til behandling og pleje optimeres
- Bidrage til at undgå forebyggelige (gen)indlæggelser, undgå fejlmedicinering og reducere unødige hjemmebesøg og sygehusbehandling.

Under punkt 7 indgår en kort liste med "Forudsætningsskabende indsatsområder", som indbefatter de prioriterede områder. Vi er nu så langt i det digitale sundhedssamarbejde, at der er behov for at kigge på de grundlæggende ting, for at kunne opfylde de identificerede behov for at komme videre, herunder et fælles servicecenter og en fælles infrastruktur.

Afsnit 8 er "Andre indsatsområder", som ligger latent i arbejdet med det digitaliserede tværsektorielle sundhedssamarbejde. Afsnit 9 er "Initiativer afledt af Sundhedsaftalen" og rummer p.t. Landsdelsprogrammet for KOL, men der kan komme flere projekter til i aftaleperioden frem til 2018.

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin afspejler behovet for digital understøttelse af indsatsområderne på tidspunktet for strategiens udarbejdelse.

3. Status på It-strategien 2011-2014

It-strategien for 2011-2014 indeholdt en handleplan med 14 projekter. Ved gennemgang af projekterne, viser status at syv er afsluttet. I forhold til MedCom-standarderne for kommune-sygehus samarbejdet, kører projekterne videre i nye spor, idet der nationalt er besluttet nye/opdaterede standarder. I forhold til it-understøttelse af Sam:Bo-aftalen, arbejdes der videre med disse i henhold til Sundhedsaftalen 2015-2018. Herunder indgår den elektroniske kommunikation mellem de 22 kommuner og psykiatrisygehuset parallelt med de somatiske sygehuse i forhold til udvikling. It-understøttelse af fødeplanen har udestående

rettelser i Cosmic, som der arbejdes videre med. Vedrørende Shared Care Platform afsluttes pilotprojekterne og Rehabiliteringsnotat er midlertidigt sat i bero. Se nedenstående oversigt og Bilag 1.

Oversigt over projekter i it-strategien 2011-2014 – status maj 2016

Udbredelsesprojekter	
MedCom's strukturerede standarder til sygehus-hjemmepleje-kommunikation	Opdateres til ny version 2016
MedCom's strukturerede standard til genoptræningsplan	Afløses af G-GOP i 2016
It-understøttelse af fødeplanen	Der arbejdes videre med fejlretning i fødselsanmeldelse i Cosmic
Telemedicinsk sårbehandling	Overgår til ordinær drift 1. september 2016
Videokonference	Afsluttet
Elektronisk kommunikation mellem de 22 kommuner og psykiatrisygehuset	Udvikling sker parallelt med udvikling på det somatiske område
Korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis	Afsluttet
Elektronisk henvisning til forebyggelse	Afsluttet
Pilotprojekter	
Shared Care Platform	Pilotprojekterne afsluttes
Sociale institutioner og elektronisk kommunikation	Afsluttet
Koordineret ibrugtagning af Fælles Medicinkort	Afsluttet
Foranalyseprojekter	
It-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale	Afsluttet (ny strategi skal understøtte udvikling og revision)
Rehabiliteringsnotat	Sat i bero
Samarbejde om borgernær teknologi	Afsluttet

4. Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018

4.1. Formål

Samarbejdet om velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte borgerens/patientens uafhængighed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsnet lettere, ligesom det skal fremme kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorgrænser.

Sundhedsaftalen 2015-18 sætter retningen for, hvordan region og kommuner sammen kan håndtere udfordringer relateret til, at:

- Vi får stadig flere ældre medborgere/patienter – og stadig flere borgere/patienter med kronisk sygdom
- Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig mere behandling til flere

- Borgerens/patientens ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige dagligdag før, under og efter deres egen eller pårørendes behandling
- Det økonomiske råderum er stærkt begrænset – også for sundhedsvæsnet
- Vi får stadig flere psykisk sårbare

Visionen for de velfærdsteknologiske og telemedicinske områder i Syddanmark er, at disse skal være en del af den daglige drift, når det er effektivt, og når det kan føre til, at borgeren/patienten oplever større selvstændighed.

Parterne bag sundhedsaftalen er enige om, at anvendelse og udvikling af tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte sundhedsaftalens vision og indsatser. For telemedicin gælder, at telemedicin skal gøres til en del af den daglige drift. Endvidere at vi udvikler og anvender telemedicinske løsninger som håndterer samtidige forløb og indsatser i hjemmet og som inddrager borgeren/patienten.

4.2. Opbygning

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin er bygget op omkring Sundhedsaftalen 2015-2018. De valgte områder på Dialogmødet med Følgegrupperne danner grundlag for valg af prioriterede indsatser fra Sundhedsaftalen 2015-2018. De prioriterede indsatser indgår i de beskrevne områder i strategien under forudsætningsskabende indsatsområder og initiativer afledt af Sundhedsaftalen og nationale tiltag.

Strategien er rammesættende for arbejdet med den fælles infrastruktur i Syddanmark i forhold til de gældende nationale standarder. Strategien beskriver endvidere de opgaver, der i fællesskab skal løses i forhold til Landsdelsprogrammet for KOL.

4.3. Afgrænsning

Strategien har fokus på det tværsektorielle samarbejde og behovet for kommunikation af kliniske data på tværs af sektorerne og skal tydeliggøre rammerne for udvikling, udbredelse og anvendelse af telemedicin i Syddanmark. Dette skal ske under hensyntagen til og samstemt med nationale initiativer, herunder de samtidige bestræbelser på at etablere en national, generisk modulerbar platform, således at it-arkitekturen bliver tilpas fleksibel og åben. Samtidig skal strategien understøtte en konsolidering af nuværende og kommende projekter, som er eller viser sig modne til udbredelse i Syddanmark. Strategien skal understøtte en effektiv varetagelse af relevante sundhedsfaglige behov og give mennesker mulighed for i stigende udstrækning at tage ansvar for egen sundhed og aktivt indgå i samarbejde for at opnå større uafhængighed. Strategien skal også have fokus på at styrke et effektivt samspil mellem forskellige aktører i sundhedsvæsnet, så forløb bliver så optimale og transparente som muligt.

De strategiske indsatser i strategien retter sig i sidste ende til målgruppen, der består af henholdsvis borgeren/patienten og det sundhedsfaglige personale. For at skabe bedst mulige vilkår, er det vigtigt yderligere at have fokus på det sundhedsfaglige personales ændrede rolle med behov for ny selvforståelse og nye kompetencer til implementering. Her skal der være et øget fokus på evnen til at indgå i nye former for relationer med borger/patient. Det sundhedsfaglige personale skal være i stand til at anvende teknologien og skabe det rigtige match for modtageren i forhold til de tilgængelige løsninger med støtte fra de Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

5. Det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark

Historisk set har kommuner, sygehuse og praktiserende læger i Syddanmark samarbejdet om digitaliseringen af de sammenhængende patientforløb i forhold til at understøtte borgeren/patienten i mødet med sundhedsvæsnet.

Grundlaget for det digitale samarbejde er en klar arbejdsfordeling mellem almen praksis, kommuner og sygehuse, der i et gensidigt forpligtende samspil sikrer borgerens/patientens optimale forløb gennem sundhedsvæsnet.

Nationale standarder og samarbejdsaftaler ligger til grund for samarbejdet, herunder Sam:Bo, hvor der er skabt gode resultater, som der kan bygges videre på.

6. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle digitale samarbejde

For at få det tværsektorielle digitale samarbejde til at lykkes, er der en række forudsætninger og principper, der skal aftales. Rammen for it-understøttelsen af de mange tværsektorielle indsatsområder er udover Sundhedsaftalen, både regionale og nationale strategier og aftaler på området.

6.1. Forskellige teknologier til forskellige behov

Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse af det sammenhængende patientforløb:

- Den meddelelsesbaserede kommunikation mellem it-systemer er helt basal. Her sendes data fra et it-system til et andet i et aftalt format. Data skal kun indtastes én gang og kan genbruges. Samtidig overdrages behandlingsansvaret, som fx ved henvisninger og genoptræningsplaner.
- Opslagsløsninger, hvor data stilles til rådighed for opslag fra andre behandlere, som fx Fælles Medicinkort og E-journalen. Her kan man få adgang til data fra fx en anden sektor/en anden part. Data ligger kun et sted som alle parter tilgår. Data vil altid være opdaterede.
- Fælles platforme med journalinformation, som er fælles for og kan benyttes af al relevant sundhedspersonale uanset sektor.
- Telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger, som giver mulighed for behandling på afstand - evt. i borgerens/patientens eget hjem med involvering af borgeren/patienten i egen behandling og dermed understøttelse af borgerens/patientens mulighed for egenomsorg

Det er det faglige samarbejde, borgerens/patientens behov og behovet og mulighederne for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger og – teknologier, der konkret tages i anvendelse. Endvidere skal gældende lovgivning altid overholdes.

6.2. Rette data til rette instans på rette tid

Et grundprincip i elektronisk kommunikation og samarbejde er, at der i kraft af digitaliseringen skabes mulighed for, at relevante data kan deles med rette instans hurtigt og let. Det digitale samarbejde bygger således på aftaler om behandlings- og plejesamarbejde parterne imellem.

I Sundhedsaftalen har parterne forpligtiget sig til at arbejde for, at data kun registreres én gang uanset hvor i sundhedssektoren, data opstår. Data skal deles, også på tværs af sektorer,– og dobbeltregistrering skal undgås. Data skal desuden kun deles elektronisk fra én part til en anden én gang. Det er vigtigt, at den enkelte organisation sikrer, at delte data fra en anden organisation fordeles indenfor egen organisation, så

de samme data ikke unødigt skal deles flere gange med det resultat, at datatrafikken bliver kompleks eller besværliggøres.

Det er desuden vigtigt at sikre, at afsenderen af data let kan adressere sin forsendelse. En entydig adressering er en forudsætning for, at kommunikationen sker let og uden fejl. Anvendelsen af Sundhedsvæsnets organisationsregister (SOR) danner grundlaget for den elektroniske adressering. Dette adresseres i nationale initiativer.

6.3. Fælles ramme for telemedicin

Arbejdet med velfærdsteknologi og telemedicin er i et stadie, hvor der er behov for at tænke i generiske løsninger og at tænke velfærdsteknologi og telemedicin sammen med den ordinære drift; med andre ord skal der sigtes imod bæredygtige rammebetingelser for udvikling og implementering af telemedicinske løsninger. Det gælder især i forhold til:

- Forløbsprogrammer
- Inddragelse af borgerens eget udstyr
- Uddannelse

Strategien for Velfærdsteknologi og Telemedicin er derfor rammesættende for området i indeværende aftaleperiode. Som konsekvens heraf er der defineret et behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament for det fremtidige arbejde med velfærdsteknologi og telemedicin. De øvrige følgegrupper nedsat under sundhedsaftalen er ansvarlige for at tænke it-understøttelse ind, hvor det er relevant.

For at sikre, at behov og muligheder for den digitale understøttelse af projekter afdækkes, er det vigtigt, at denne allerede i analysefasen indtænkes i projektet. Dermed integreres den understøttende digitale løsning i driften og ikke som et separat lag.

Strategien for Velfærdsteknologi og Telemedicin er rammesættende for understøttelse af det digitale samarbejde og med en fælles organisering i forhold til opfølgning og udmøntning, sikres den koordinerende indsats i takt med at projekterne bliver initialiseret.

6.4. Anvendelse af nationale it-standarder

På nationalt plan arbejdes der med støttesystemer, for at lette adgangen til borgerens/patientens information og dermed sikre, at rette data deles med rette instans på rette tid.

Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner er enige om, at telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL skal basere sig på gældende national telemedicinsk infrastruktur og referencearkitekturer, herunder it-standarder anbefalet heri. Infrastrukturen består af en række komponenter, herunder databasen for Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH-databasen) og tekniske services på den Nationale Serviceplatform (NSP), der skal sikre, at data kan opsamles lokalt samt deles og integreres med relevante fagsystemer i regioner, kommuner og almen praksis. Opsamling og deling af data og integration til fagsystemer baserer sig på afprøvede standarder og standardiserede snitflader. Det er herudover op til den enkelte region og kommune at beslutte, hvilken bruger- og medarbejderrettet telemedicinsk løsning der ønskes lokalt.

Set ud fra patientperspektivet samt almene samfundsøkonomiske hensyn, må det anses for en bunden opgave netop at bidrage til at sikre, at de mange initiativer på tværs at sektorer og organisationer støtter hinanden, skaber synergi og trækker i samme retning.

Set i lyset af det digitale sundhedssamarbejde, er det vigtigt at indtænke det tværsektorielle perspektiv hvor det giver mening i forhold til borgeren/patienten ud fra LEON-princippet. Telemedicin må også ses som et væsentligt element i det løbende samarbejde mellem regionen, kommunerne og praktiserende læger om at sikre sammenhængende tværsektorielle patientforløb.

Tilsvarende kan man lægge samme betragtning på de nationale initiativer vedrørende Patient Registreret Outcome (PRO), idet opsamling af strukturerede data, også indgår i de telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering. Igen må fordringen være, at man af hensyn til patientperspektivet samtænker løsninger på tværs af både sektorer og sygdomsområder og løfter sig væk fra en traditionel søjletænkning. Det kan for eksempel anvendes i forløbsprogrammer for KOL, hjerte, etc.

Danske Regioner har udarbejdet en vision for brug af sundhedsdata, "Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment" og Kommunernes Landsforening står bag strategien "Lokal og Digital – et sammenhængende Danmark". Brugen af data skal gøre sundhedsvæsnet stærkere og mere sammenhængende. Når sundhedsprofessionelle formår at indsamle og udnytte data hensigtsmæssigt, udvikles sundhedsvæsnet til gavn for borgerne.

For at imødekomme den generiske tilgang til området, skal de nationale it-standarder indtænkes i alle relevante projekter.

7. Forudsætningsskabende indsatsområder

Forudsætningsskabende indsatsområder er områder, der skal danne grundlag for fælles tiltag til løsninger i forhold til it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde. Fælles perspektiver for digitaliseringens mål, implementering og principper må hvile på enighed om forudsætninger for økonomi og samarbejde.

7.1. Videreudvikling af Sam:Bo

Samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb (Sam:Bo) er et af de gode eksempler på, at samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorer bidrager til sammenhæng for patienter og pårørende i forhold til indlæggelse og udskrivning. Aftalen er udviklet på det somatiske område og er tillige implementeret på det psykiatriske område, så der i forhold til sygehus- og hjemmeplejesamarbejdet er ligestilling for somatiske og det psykiatriske område.

Sam:Bo er i 2013 udviklet med aftale om kommunikation på det ambulante og det akut ambulante område med anvendelse af den eksisterende elektroniske kommunikation.

Sam:Bo skal videreudvikles, så principperne herfra også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus- og hjemmeplejesamarbejdet. Det betyder bl.a., at den elektroniske kommunikation også skal understøtte samarbejdet med beskæftigelses-, social- og sundheds-, og børne- og ungeforvaltningen. Sektorerne har ansvar for at sikre den interne koordination og kommunikation.

Følgegruppen for behandling og pleje har i 2016 nedsat "Arbejdsgruppe til videreudvikling af Sam:Bo". Arbejdsgruppens formål er at afdække behov for elektronisk kommunikation i relation til

beskæftigelsesområdet, socialområdet og børne- og ungeområdet samt juridiske og tekniske udviklingsmuligheder.

Efter afdækning af behov og løsning af juridiske udfordringer afklares muligheder og løsninger for it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation.

7.2. Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur

Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, som giver adgang til tværsektorielle services og samarbejde samt let adgang for borgeren/patienten i hjemmet til at komme i kontakt med sundhedsvæsnet via video- og dataopkobling, indgår både som et indsatsområde i sundhedsaftalen og i aftalen mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner om udrulning af hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Disse initiativer må derfor ses i sammenhæng, hvor en fælles telemedicinsk infrastruktur til understøttelse af hjemmemonitorering til borgere med KOL kan betragtes som et specialtilfælde af et bredere behov for en understøttende telemedicinsk infrastruktur.

Ud fra patientperspektivet, er det afgørende at en fælles understøttende telemedicinsk infrastruktur etableres, så den hverken bliver sektor- eller diagnosespecifik, idet borgeren/patienten er den samme på tværs af sektorer og diagnoser.

Der udarbejdes på den baggrund et projektforslag om etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur mellem kommunerne og regionen. Da projektet indgår som et forudsætningsskabende projekt i forhold til Landsdelsprogrammet for hjemmemonitorering af KOL, referer projektet til Programstyregruppen for landsdelsprogrammet.

Projektet tager udgangspunkt i og indarbejder læring og erfaringer fra:

- Den Digitale Landevej, der netop som resultat har en række kravsbeskrivelser til funktioner i et fælles servicecenter
- Erfaringer fra Tele Care Nord-projektet
- Analyser vedrørende service, logistik og support, der gennemføres som et af de nationale forudsætningsskabende initiativer aftalt for Økonomiaftalen 2016 om udbredelse af hjemmemonitorering af KOL.

7.3. Etablering af fælles servicecenter

Etablering af et fælles servicecenter, som dels kan håndtere logistik ved etablering af udstyr hos borgeren og dels give borgeren og sundhedsprofessionelle nem adgang til bestilling, hjælp og fejlhåndtering, er formuleret som et indsatsområde i både sundhedsaftalen og i aftalen mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner om udrulning af hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Initiativerne skal ses i en sammenhæng, hvor service- og logistikunderstøttelsen af borgere med KOL kan betragtes som et specialtilfælde af et bredere behov for at understøtte telemedicinske løsninger generelt. Dette gælder både i forhold til regionale telemedicinske projekter og i forhold til den kommunale

anvendelse, herunder eksempelvis også support for telemedicinsk sårbehandling (Pleje.net) og telepsykiatrisk ambulant behandling i psykiatrien.

Projektforslag om etablering af et fælles servicecenter mellem kommunerne og regionen udarbejdes. Da projektet indgår som et forudsætningsskabende projekt i forhold til Landsdelsprogrammet for hjemmemonitorering af KOL refererer projektet til Programstyregruppen for landsdelsprogrammet.

Projektet tager udgangspunkt i og indarbejder læring og erfaringer fra initiativerne oplistet i afsnittet "Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur".

7.4. Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis

Det er nævnt som et udviklingsområde i den tværsektorielle strategi at etablere rammer, der gør det muligt at gennemføre en hurtig udvikling og afprøvning af ideer i en kliniknær praksis – i nogle sammenhænge kaldet "fast-track", som i lighed med etablering af infrastruktur kan ses som et forudsætningsskabende initiativ.

Formålet hermed er at bryde de barrierer, som virksomheder og offentlige parter traditionelt møder, når man ønsker at etablere et samarbejde med driftsenheder om gennemførelse af udviklingsaktiviteter og test af nye tiltag i et tværsektorielt set-up.

Initiativet etablerer en aftalemæssig ramme mellem fx sygehuse og kommuner for etablering af et eller flere livinglabs, som er et udviklingsmiljø i driften. Her kan hverdagens eksperter i både sygehuse og kommuner samlet stille deres behov, viden og faciliteter til rådighed for sammen med borgere og virksomheder at udvikle og teste nye velfærdsteknologiske løsninger.

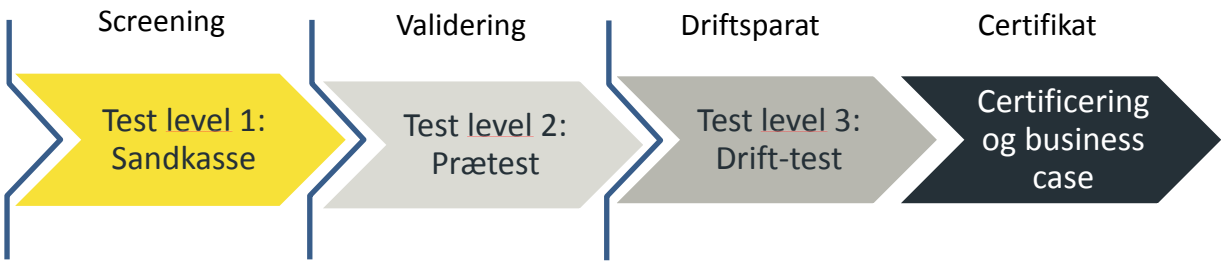
Det skal være muligt at gennemføre tests på forskellige stadier i produktudviklingen – fra test af en prototype i et beskyttet sandkassemiljø til test af den færdige løsning i et driftslignende set-up. Der etableres derfor et test- og demonstrationslaboratorium, der understøtter virksomheder, kommuner og sygehuse, og gør det muligt at teste, at en velfærdsteknologisk løsning lever op til relevante standarder. Dette gælder både standarder relateret til produkternes fysiske udformning, krav til materialer m.v. samt data- og arkitekturstandarder. Dermed bliver det muligt at sikre, at produkterne har en tilstrækkelig modenhed før eventuel implementering i drift eller et livinglab.

To initiativer, som allerede helt eller delvist adresserer det behov, der peges på:

- Én indgang – et initiativ aftalt mellem regering og regionerne, som giver en entydig indgang til regionerne for virksomheder, som ønsker at gennemføre kliniske forsøg inden for telemedicin og velfærdsteknologi.
- I CoLab Denmark tilbyder regionen og foreløbigt syv kommuner både en konceptmæssig ramme og et teknisk understøttende set-up, som samlet etablerer en ramme for, at de mange involverede aktører – leverandører, offentlige organisationer og borgere – i samarbejde kan gennemføre en hurtig udvikling og afprøve ideer i praksis.

Det foreslås, at nye initiativer afventer evaluering af ovennævnte.

Et testmiljø, der gør det muligt at teste på tre niveauer:



7.5. Udbredelse af modne og afprøvede løsninger

Udbredelse af modne og afprøvede løsninger vil skulle tage sit afsæt i initiativer og prioriteringer i de respektive faglige følgegrupper.

Der er med det nationalt aftalte program for udbredelse af hjemmemonitorering til borgere med KOL allerede igangsat initiativer til udrulning af løsning, som indarbejdes i forløbsprogrammet for KOL.

7.6. Styrkelse af forskning og dokumentation

Der er fortsat behov for at styrke forskningen og dokumentationsindsatsen med henblik på at sikre viden om effekterne af anvendelsen af telemedicinske- og velfærdsteknologiske løsninger, så det bliver muligt at etablere den fornødne evidens til at træffe velfunderede beslutninger om indførelse af telemedicinske løsninger.

Kravet om evidens og muligheden for at etablere et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag for indførelse af telemedicinske løsninger debatteres i øjeblikket heftigt. Der er etableret to forskningscentre i Syddanmark, et der støtter op om det somatiske område (CIMT, OUH) og et, der støtter op om det psykiatriske område (Telepsykiatrisk Center) med henblik på forskning og dokumentation.

7.7. Udvikling og organisering af samarbejdet omkring Sundhed.dk

Sundhed.dk indgår som et strategisk element i forhold til at give borgeren/patienten adgang til egne sundhedsdata, ligesom Sundhed.dk er et strategisk komponent til deling af sundhedsdata mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

Udviklingen af Sundhed.dk styres i regi af etablerede samarbejdsfora, og der igangsættes ikke selvstændige initiativer under sundhedsaftalen i relation til Sundhed.dk.

8. Andre indsatsområder

Under andre indsatsområder beskrives de områder, der er valgt på baggrund af kortlægningen på dialogmødet med følgegrupperne samt områder, der efterfølgende er meldt ind til Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin. Indsatsområderne er ikke prioriteret.

8.1. Udbredelse af MedCom-standarder

En MedCom-standard er den tekniske beskrivelse af tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger i det samarbejdende sundhedsvæsen.

Der er udviklet standarder til kommunikation i sundhedsvæsnet mellem sundhedsvæsnets parter, herunder mellem egen læge og sygehuse, egen læge og kommuner og mellem sygehuse og kommuner, og der udvikles nye standarder ved behov.

8.1.1. Hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3

MedCom-standarder er basis for den elektroniske kommunikation i sygehus- hjemmeplejesamarbejdet, og der implementeres i 2016 en ny version (1.0.3) af hjemmepleje-sygehusstandarderne

- Indlæggelsesrapport (XDIS16)
- Plejeforløbsplan (XDIS21)
- Udskrivningsrapport (XDIS18)

De opdaterede standarder skal implementeres i perioden 2. maj 2016 – 1. november 2016.

Følgegruppen for behandling og pleje har nedsat en "Arbejdsgruppe til implementering af hjemmepleje-sygehusstandarder version 1.0.3" til at varetage implementeringen. Arbejdsgruppen består af én repræsentant for hvert sygehus, én kommunal repræsentant for hvert Samordningsforum(SOF)-område i Syddanmark samt en sekretær for Følgegruppen for behandling og pleje samt repræsentanter for Syddansk Sundhedsinnovation Region Syddanmark, der er sekretariat og tovholder.

8.1.2. Ny standard for elektronisk genoptræningsplan (G-GOP)

Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, samt vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning er blevet revideret. Ikrafttrædelsesdato for ny bekendtgørelse og tilhørende vejledning var den 1. januar 2015. Den nye bekendtgørelse foreskriver genoptræningsplaner på flg. Niveauer:

- Genoptræning på alment niveau (kommunerne fordeler på basalt og avanceret niveau)
- Genoptræning på specialiseret niveau
- Rehabilitering på specialiseret niveau

MedCom har i samarbejde med kommunerne og regionerne udarbejdet en ny standard (G-GOP). G-GOP skal implementeres i perioden 2. maj 2016 – 1. august 2016.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering har nedsat en "Arbejdsgruppe til implementering af G-GOP" til at varetage implementeringen. Arbejdsgruppen består af én repræsentant for hvert sygehus, én kommunal repræsentant for hvert Samordningsforum(SOF)-område i Syddanmark, en sekretær for Følgegruppen for behandling og pleje samt repræsentanter for Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark; der er sekretariat og tovholder.

8.1.3. Analyse vedr. anvendelse af MedCom-standarder mellem sygehus og kommune på akut ambulantområdet og ambulantområdet

I forhold til kommunikation om borgeren/patienten mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse, er MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser udbredt til alle regioner og kommuner.

MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser er primært baseret på, at patienten indlægges på stationært afsnit, men en stor del af sygehusbehandlingen foregår ambulant og i sygehusenes Fælles Akut Modtagelser (FAM), hvor patienten kan observeres og behandles i op til 3 døgn uden indlæggelse.

Der kan således opstå et gap i understøttelsen af den beskedbaserede kommunikation mellem kommune og sygehus, når der er tale om en akut ambulant kontakt eller en ambulant kontakt. Problemet oplistes kort i følgende punkter:

- Kommunen får ikke oplysninger om, at borger behandles i FAM-regi uden indlæggelse (mangler indlæggelses- og udskrivelsesadvis).
- Sygehuspersonale i FAM-regi får ikke overblik over aktuelle ydelser og funktionsniveau (mangler indlæggelsesrapport fra kommunen).
- Sygehuspersonale i ambulant regi har ikke en standardiseret meddelelsestype til brug for meddelelse om videre behandling og pleje i kommunalt regi.
- Kommuner har begrænset mulighed for at sende meddelelse med relevante observationer og eventuelle spørgsmål til ambulatoriet forud for et ambulant besøg.

Det indgår som en del af MedCom10-programmet at vurdere behovet for initiativer på akut ambulant- og ambulantområdet på basis af en analyse af området. Analysen gennemføres i regi af MedComs hjemmepleje-sygehusgruppe. Analysen forventes afsluttet ved udgangen af 2016.

På baggrund af analysen kan MedCom iværksætte projekter i forhold til udvikling af nye standarder for akut ambulant- og ambulantområdet.

8.1.4. Henvisning til kommunal forebyggelse

I sundhedsaftalerne 2015-2018 er der fokus på at sende henvisninger fra sygehuse og egen læge til kommunale forebyggelsestilbud samt at sende en epikrise til egen læge, når forløbet i kommunens forebyggelsestilbud afsluttes.

Den elektroniske henvisning anvendes allerede i stort omfang fra den praktiserende læge til sygehusene. Der er uens praksis i kommuner og almen lægepraksis for anvendelse af elektronisk henvisning på relevante kommunale forebyggelsestilbud, og ikke alle regioner understøtter afsendelse af henvisninger til kommunen.

MedCom har igangsat et projekt, der skal understøtte arbejdsgange ved at implementere henholdsvis elektronisk henvisning og epikrise. Projektet forventes afsluttet ved udgangen af 2017. Målsætning for projektet er:

- Videreudvikling og kvalitetssikring af elektronisk henvisning- og epikrise.
- National udbredelse, det vil sige, at alle kommuner, sygehuse og praksis anvender elektronisk henvisning og epikrise i forbindelse med borgeres brug af kommunale forebyggelsestilbud.

Deltagere i projektet er: alle kommuner, alle regioner, alle praktiserende læge, Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsdatastyrelsen, Systemleverandører og Standardiseringsteamet i MedCom.

8.2. Mennesker med kronisk sygdom

Vi bliver ældre og lever længere med kronisk sygdom. Samtidig centraliseres sundhedsvæsnets mest specialiserede ressourcer med det formål at sikre kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse. Fremtidens sundhedsvæsen vil i endnu højere grad basere sig på korte indlæggelser og ambulant behandling. Det stiller krav til det primære og sekundære sundhedsvæsen om samarbejde og koordination af patientforløb. Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og tværsektorielle samarbejde. I det telemedicin tillader tidstro dataudveksling og kommunikation, der muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorerne og aktører. En række større strategiske telemedicinske projekter målrettet patienter med kronisk sygdom, undersøges i disse år for deres potentiale for både patienter, samarbejdet i mellem sundhedsvæsnets aktører og samfundet generelt.

Patienter med kronisk sygdom har ofte kontakt til sundhedsvæsnet. Det tværsektorielle samarbejde om behandling og rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom i Syddanmark er beskrevet i forløbsprogrammer for specifikke sygdomsgrupper. Telemedicinske løsninger indarbejdes i forløbsprogrammerne i takt med stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed og evt. ressourceoptimering.

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. De regionale forløbsprogrammer omhandler indsatsen for mennesker med en specifik kronisk sygdom, men har fokus på og anerkender behovet for flere parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Flere samtidige kroniske sygdomme stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs af sundhedsvæsnets aktører. Fremtidens telemedicinske løsninger skal ligeledes søge at adressere denne problemstilling.

Telemedicinske løsninger har flere strategiske potentialer:

- øge kvaliteten i behandlingsforløbet igennem tættere monitorering af sygdomsudviklingen
- styrke sammenhængende patientforløb igennem øget informations- og datadeling på tværs af sektorerne
- styrke borgerens/patientens mestring og evne til egenomsorg
- reducere antallet af fysiske kontakter igennem egenmonitorering fra borgerens/patientens eget hjem

De 22 syddanske kommuner, Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark og Region Syddanmark vil fortsat bidrage til udviklingen af nye telemedicinske løsninger samt understøtte udviklingen og implementeringen af nationale initiativer.

I forlængelse heraf, er der fokus på det nationale initiativ ”Digital understøttelse af komplekse tværgående forløb (DUKOP)”, som netop adresserer de særlige problemer, som de multisyge møder.

I slutrapporten formuleres visionen som: patienter med komplekse forløb og deres pårørende møder et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor alle involverede i forløbet har digital adgang til oplysning. Hurtig kommunikation om borgerens/patientens samlede situation understøttes ved et fælles digitalt fundament, hvor patienter, pårørende og professionelle samarbejder helhedsorienteret om sundhed og behandling.

Fundamentet udgøres af en række løsninger fra forskellige offentlige og private parter, der virker sammen i et samlet økosystem.

8.3. Kvalitetssikring og dokumentation

I Sundhedsaftalen 2015-2018 har man besluttet at lade den tværsektorielle kvalitetsstrategi fra seneste aftaleperiode bortfalde og i stedet fremover se kvalitet som en integreret del af arbejdet med at udvikle og implementere sundhedsaftalens initiativer og aftaler.

Fokus er rettet mod læring i organisationerne og læringen kan styrkes på tværs ved at supplere med viden, der opnås i andre sammenhænge for eksempel gennem utilsigtede hændelser eller gennem vurderinger af om aftaler mellem sektorerne fungerer som planlagt.

Kvalitetssikring består af monitorering af overholdelse af tidsfrister, måling på kvaliteten af behandling bl.a. med henblik afklaring om valg af behandlingsmetode er den ideelle, patientoplevet kvalitet og nytte- og effektmål i forhold til valg af behandling/tiltag.

Der arbejdes kontinuerligt med at indfri strategien via det fortløbende arbejde i de initiativer, der gennemføres i regi af følgegrupperne. Dette kræver fortsat, at der løbende koordineres på tværs af initiativer, særligt med fokus på kvalitetssikring og dokumentation. Den koordinerende opgavevaretagelse placeres i relation til opgaven. Her fortages ligeledes opfølgning og udmøntning af strategien.

8.4. Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Fælles Medicinkort

I Region Syddanmark har alle sygehuse og praksis taget Fælles Medicinkort (FMK) i brug og alle kommuner forventes at have taget FMK i brug senest 1. august 2016 (hjemmeplejen/plejehjem). I overgangen fra projekt til drift har hver sektor indsatser for korrekt anvendelse af Fælles Medicinkort. Det arbejde, der pågår nu i regi af Fælles Medicinkort, retter sig mod et samarbejde om anvendelsen af Fælles Medicinkort.

FMK er en måde, hvorpå borgere og sundhedspersonale kan få adgang til oplysninger om borgernes medicin. Formålet med medicinkortet er at forhindre fejlmedicinering.

I FMK kan sundhedsfaglige personer, når de har borgeren i aktuel behandling og det er relevant i forbindelse med behandlingen af en borger, se oplysninger om borgerens medicin eller vaccinationer. Sundhedsfaglige personer kan desuden registrere og ændre i oplysningerne. Der er adgang til Fælles Medicinkort gennem lokale it-løsninger med integration af FMK hos henholdsvis praktiserende læger, sygehusene, hjemmeplejen osv.

Samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort
Følgegruppen for behandling af pleje har som en af sine opgaver at udarbejde en samarbejdsaftale om FMK. Det Administrative Kontaktforum har i januar 2016 godkendt kommissorium for en tværsektoriel Fælles Medicinkort-gruppe, der skal hjælpe parterne med de problemer, der ikke kan løses lokalt eller ved at kontakte egen systemleverandør. Fælles Medicinkort-gruppen arbejder tæt sammen med MedCom og Fælles Medicinkort-nøglepersoner fra kommuner, sygehuse, praksis og apoteker i primærsektoren.

National tværsektoriel governance for Fælles Medicinkort
Under den nationale bestyrelse for Sundheds-IT, har den nationale Fælles Medicinkort-styregruppe i juni 2015 godkendt "Ramme og organisation for den tværsektorielle governance for FMK".

Implementering heraf forventes at foregå i efteråret 2016. Den tværsektorielle governance for FMK har fokus på anvendelse og udvikling af den centrale Fælles Medicinkort-løsning, som alle aktører skal bruge/integrere i deres egne systemer (sygehusene, kommunerne, praksissektoren og senere også apotekerne i primærsektoren).

8.5. Tværsektoriel elektronisk svangrejournal

Elektronisk svangre- og vandrejournal er udviklet som pilotprojekt i Shared Care Platformen, og de involverede deltagere i projektet fandt løsningen anvendelig med behov for tilpasninger og videreudvikling ved udrulning i større skala. Imidlertid blev projektet sat i bero ultimo 2015, da der ikke var afsat økonomi til at arbejde videre med projektet. Ligeledes indsendte MedCom et projektforslag til en Regionernes Sundheds-it (RSI) pejlemærkebeskrivelse omkring en digital svangerskabs- og vandrejournal, med det formål at tilvejebringe et beslutningsgrundlag for en digital løsning. Projektforslaget blev nedprioriteret og er derfor ikke en del af MedComs arbejdsprogram for de kommende to år.

Ved beslutning om udvikling af fælles svangre- og vandrejournal i Syddanmark, skal der igangsættes et projekt i forhold til videreudvikling, aftaler og fælles platform.

8.6. Telemedicin på det psykiatriske område

Region Syddanmark er i front i Danmark, når det gælder telemedicin og velfærdsteknologi inden for psykiatriområdet. Regeringen har netop med ”Et stærkere og mere trygt digitalt samfund - Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020” afsat midler til en analyse af Internetpsykiatrien, der behandler patienter via internetbaseret kognitiv terapi og syv andre digitale velfærdsløsninger med henblik eventuel landsdækkende udbredelse. Internetpsykiatrien var oprindeligt et nationalt demonstrationsprojekt i den nationale handlingsplan for telemedicin, men er efterfølgende blevet videreført som et etableret, og i dansk sammenhæng unikt, behandlingstilbud for angst og let til moderat depression.

Et andet eksempel er implementering af moden teknologi på sygehusniveau i form af Telepsykiatrisk Hjemmebehandling. Telepsykiatrisk Hjemmebehandling er et ambulant tilbud i Psykiatrien i Region Syddanmark, som giver patienter mulighed for at modtage psykiatrisk behandling i eget hjem, mens behandleren befinder sig på Psykiatrisygehuset et andet sted i regionen. Behandlingen foregår som videokonference via software, som installeres på borgerens/patientens egen computer eller tablet. Alle psykiatriske afdelinger i regionen har siden april 2015 kunnet tilbyde telepsykiatrisk hjemmebehandling.

8.7. Teleudskrivningskonferencer

Teleudskrivningskonferencer var en del af et af initiativerne i den nationale handlingsplan for telemedicin i forhold til samarbejde mellem voksenpsykiatriske afdelinger og kommunale bosteder for sindslidende. I Region Syddanmark var Odense Kommune med i demonstrationsprojektet, og samarbejdet er fortsat efter projektets afslutning.

Psykiatrien i Region Syddanmark er klar til at udvide brugen af teleudskrivningskonferencer og har holdt oplæg om muligheden i de fleste af regionens psykiatriske samordningsfora. Kommunerne er positive overfor muligheden, flere har vist konkret interesse for samarbejde, og der har indtil videre været afholdt

bilaterale møder med Odense, Kolding, Esbjerg, Varde og Aabenraa kommuner. Der er konkrete planer i Kolding Kommune.

Da der samarbejdes på tværs mellem de psykiatriske afdelinger og flere forskellige kommuner og bosteder, ville det lette udrulningen, hvis den blev foretaget samtidig i regionens kommuner. Det kræver, at der er de nødvendige kompetencer og ressourcer til rådighed i kommunerne.

8.8. Rådgivning via video

Med henvisning til afsnit 7.2 Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, kan man understøtte forskellige behov hos borgerne som giver let adgang for borgeren i hjemmet til at komme i kontakt til sundhedsvæsnet. Rådgivning via video kan være et eksempel herpå.

De digitale services skal opleves integrerede og personlige, så de tilpasses borgerens aktuelle livssituation og behov. Rådgivning via video kan kosteffektivt bidrage til at afklare problemstillinger og dermed undgå tunge arbejdsgange og logistiske forhindringer. På landsplan arbejdes der i flere kommuner og regioner med at identificere de grupper af borgere/patienter, der kunne have gavn af denne indsats, samt definere de indsatser der økonomisk og fagligt kan erstattes med videoløsninger.

Status på området: Der er ikke gennemført eller planlagt pilotprojekter i forhold til rådgivning via video.

8.9. Forebyggende hjemmebesøg via video

Landspolitisk er der en bred opbakning til at åbne op for et mere differentieret forebyggelsestilbud, hvor de forebyggende hjemmebesøg i større omfang målrettes de svageste ældre, samtidig med at den generelle forebyggende indsats opretholdes.

Indenfor de seneste år har der været et særligt fokus på tværsektorielle infrastrukturprojekter med formålet at dele af data og anvende video kommunikation tværsektorielt. Målet er at koble alle digitale mono- og tværsektorielle løsninger oven på infrastrukturen ud fra et defineret behov. Fokus på borgerinddragelse betyder, at det skal være muligt på sigt også at inkludere borgeren/patienten i denne infrastruktur.

En af de prioriterede indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018 består i at øge muligheden for at løfte digitaliseringen til at blive en tilgængelig indgangsport til kommunen via en række støttekomponenter. Dermed inddrages borger i eget forløb og forebyggende samtaler kan understøttes digitalt, da man omkostningseffektivt kan føre borger og forebyggende medarbejder sammen.

Kommunerne arbejder allerede nu for, at borgerens møde med den kommunale service opleves sammenhængende, nært og personligt, uanset om det er via digitale løsninger eller gennem det fysiske møde. Det ligger dermed i tråd med strategierne at klarlægge hvornår og i hvilket omfang det forebyggende møde via video har sin berettigelse. Et videomøde kan give en mere lige adgang til ydelser for borgere, der ikke er i stand til at forlade hjemme fysisk.

Status på området: Der er ikke gennemført eller planlagt pilotprojekter i forhold til forebyggende hjemmebesøg ved anvendelse af videoløsning. Et eventuelt projekt vil have et mono-sektorielt sigte, idet det lovbestemt er en kommunal opgave.

9. Initiativer afledt af Sundhedsaftalen og nationale tiltag

9.1. Landsdelsprogrammet for KOL

Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner har i ØA2016 aftalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019.

Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med, at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

Som led i økonomiaftalen, er der afsat 47 mio. til en række nationale forudsætningsskabende projekter og initiativer, herunder etablering af et sekretariat for den fællesoffentlige porteføljestyregruppe, som nedsættes til at følge udbredelsesprojektet.

Organiseringen af opgaven i landsdelsprogrammet i Syddanmark forudsættes afspejlet i forløbsprogrammer for KOL og forankres i den regionale sundhedsaftale. Desuden skal der som grundlag for landsdækkende udbredelse ske en afklaring af opgaver og ansvar for almen praksis.

Organisering af behandling og indsats ved telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bygger på en række fælles principper om, at sundhedsopgaver skal placeres på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON) og skal forankres i eksisterende drift. Organiseringen bygger på en stafettankegang, hvor der skal være sikkerhed for, at én aktør ikke slipper ansvaret, før en anden har overtaget det aktivt. Organiseringen skal desuden bygge på den overordnede nationale ramme for organisering af behandling og indsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsdatastyrelsens anbefalinger til forløbsprogrammer.

Regionen og kommunerne skal i landsdelsprogrammet aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Fra statslig side er der alene afsat midler til gennemførelse af de forudsætnings-skabende initiativer.

Landsdelsprogrammets opgaveportefølje
Ud fra den overordnede aftale mellem regering, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, er følgende overordnede opgaver forudsat håndteret eller sikret i landsdelsprogrammet:

- Aftale den konkrete opgave- og ansvarsfordeling ved indførelse af hjemmemonitorering af KOL-patienter mellem region, kommuner og almen praksis
- Sikre, at den aftalte opgave- og ansvarsfordeling indarbejdes i forløbsprogrammet for KOL
- Aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, herunder sikre aftale med Praktiserende Lægers Organisation
- Der skal etableres en tværsektoriel model for professionel understøttelse af service og logistik – herunder etablering af fælles servicecentre (input hertil fra et af de forudsætningsskabende projekter)
- Proces for valg/anskaffelse af nødvendig regional og kommunal infrastruktur, herunder fælles infrastruktur og gennemførelse af evt. udbud

- Proces for valg/anskaffelse af telemedicinsk løsning/udstyr til opsamling af data hos borgeren.
- Afrapportering af status til: Det Administrative Kontaktforum/Sundhedskoordinationsudvalget, fællesoffentlig porteføljestyregruppe og Regionernes Sundheds-it.

10. Organisering af det digitale samarbejde

Med indgåelse af aftale om fælles strategi for velfærdsteknologi og telemedicin venter en fælles indsats med at få forvandlet strategien til handling. I erkendelse af den komplekse opgave det er at følge og udmønte strategien oprettes et fælles it-sekretariat. Succeskriteriet er, at vi ved udgangen af aftaleperioden har indfriet strategiens målsætninger og har lagt grundstene til arbejdet med den næste strategi.

10.1. Organisering i forhold til Sundhedsaftalen

Under Det Administrative Kontaktforum er der etableret fem følgegrupper, der skal understøtte forummets arbejde på nogle bestemte områder. Projekter til strategien initieres i følgegrupperne herunder:

- Følgegruppen for Behandling og Pleje
- Følgegruppen for Forebyggelse
- Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering
- Følgegruppen for Opgaveoverdragelse
- Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin

Følgegruppen for Velfærdteknologi og Telemedicin har til opgave at skrive indeværende strategi til understøttelse af det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark.

10.2. Roller og ansvar i forhold til projekter

De ansvarlige for projekterne under Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 er forpligtet til at levere status ind til den samlede koordinering af strategien.

10.3. Fælles it-sekretariat

Det fælles it-sekretariat etableres i erkendelse af, at en tværsektoriel koordinering indenfor it-understøttelse og anvendelse af telemedicin er en central faktor for at skabe sammenhæng og koordinering på tværs af kommuner, region og almen praksis. Syddanmark har været førende inden for tværsektoriel it og telemedicin. En styrkeposition som bl.a. er kommet i kraft af en stærk koordineret indsats. Eksempel herpå er implementeringen af Sam:Bo.

It-sekretariatet er forpligtet på at skabe mening for både den regionale og kommunale opgavevaretagelse. Det fælles it-sekretariats hovedopgave ligger i at sikre tværsektoriel koordinering af fælles projekter hos alle parter, herunder at sikre hver parts selvstændige udviklingsgang. It-sekretariatet varetager også rollen som katalysator på det tværsektorielle område, herunder at tage initiativ til og igangsætte tværsektorielle strategiske projekter.

Derudover består kerneopgaven i følgende:

- Projektkontor(PMO) for strategiens indsatser
    - Opfølgning på projekterne under strategien

    - Ressourcekoordinering
    - Bidrage til udarbejdelsen af business cases og analyser
    - Sparingspartner for indsatserne under strategien
    - Afrapportering på strategiens indsatser til følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin samt Det Administrative Kontaktforum
- Deltagelse i de øvrige følgegrupper som observatør/rådgiver
- Katalysator for udvikling af tværsektorielle projekter i relation til strategiens indsatsområder
- Vidensopsamling
    - Herunder kortlægning og udbredelse
    - Overblik og sparing i forhold til tværsektoriel it-arkitektur
    - Afholdelse af fælles temadage
- Koordinering af test
- Sekretariatsbetjening af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin
    - Herunder koordineringen på tværs af de andre følgegrupper idet opgaven med at definere projekter er beskrevet som en igangværende proces i strategien.

10.4. Fælles referenceramme for projektledelse på tværs

I både kommuner og regionen arbejdes der med udvikling og professionalisering af både projekt- og programledelse og gevinstrealisering. Der er en forventning fra borgerne om, at den offentlige sektor udnytter de teknologiske muligheder og derigennem skaber gevinster for brugerne og for skatteborgerne der, hvor det giver mening.

Løsning af velfærdsopgaverne på tværs af sektorer opleves af mange som en udfordring. Det er nødvendigt at opgive eget perspektiv og forstå hvordan opgaverne ser ud fx fra en anden organisations perspektiv. Det giver ledelsesmæssige udfordringer og udfordrer systemet.

Et af midlerne til at opnå de ønskede mål og resultater for indsatsområderne i Strategien for velfærdsteknologi og telemedicin er at arbejde ud fra nogle overordnede principper for de projekter, der skal løses på tværs af forvaltninger, sektorer og organisationer:

1. Der skal være en fælles erkendelse af en problemstilling eller udfordring, der kun kan løses af parterne i fællesskab
2. Opstilling af en vision for, hvad vi kan gøre i fællesskab
3. Overvejelser om, hvorvidt det giver mening at ansætte en fælles projektleder, der kan sikre fremdrift
4. Etablering af en adræt organisation, der kan bringe projektet fremad og sikre, at ledelsesopbakningen til projektlederen er til stede
5. Sikring af, at projektet har ledelsesopmærksomhed på øverste niveau
6. Anvendelse af risikoanalyser og alternative planer for de risici, der har største mulighed for at indtræffe, og hvor konsekvenserne er mest omfattende
7. Man skal sikre at der kommer input udefra og benytte de støttesystemer der findes, idet tværsektorielle projekter ofte er komplekse og fyldt med paradokser
8. Afsættelse af tid til læring og refleksion undervejs.

Ovenstående otte-trins-plan er et resultat af et toårigt forskningsprojekt udarbejdet af Annemette Digmann, Afdelingschef i Regional Udvikling, Region Midtjylland, som kan anvendes som anbefaling og afsæt for de tværsektorielle indsatsområder i denne strategi (Kilde: Økonomistyring & Informatik – 30. årgang 2014/2015 nr. 3 (s. 237-238)).

Lignende anbefalinger optræder i evalueringsrapporter fra tidligere projekter i IT-Strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014. Rapporter fra både Cowi og Deloittes har ligeledes dokumenteret, at der er et stort behov for at udvikle løsninger, der kan styrke datadeling og kommunikation på tværs af sektorer, fagpersoner og borgere. Rapporterne understreger også at den organisatoriske forankring fortsat er en af de største udfordringer.

10.5. Opfølgning og udmøntning

I Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 har det ikke, med den nye organisering af følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum og tidsperspektivet, på tidspunktet for strategiens tilblivelse, været muligt for følgegrupperne at pege på specifikke projekter til strategien. Følgegrupperne vil først senere i perioden for Sundhedsaftalen 2015-2018 have mulighed for at definere projekter. Der er dog defineret et klart behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament, der kan bruges til at bygge ovenpå og anvendes generisk i flere sammenhænge i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der er tillige et generelt ønske om flere generiske løsninger samt et forslag til oprettelse af en vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger, der kan tilpasses efter behov.

De prioriterede indsatser skal følges i aftaleperioden, herunder effekten af indsatserne. Der skal endvidere ske en opfølgning på indsatserne i et samarbejde mellem kommuner og region. Dette skal blandt andet sikre tværgående videndeling.

Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har ansvaret for opfølgning på strategien. Udmøntning af strategien placeres i det fælles it-sekretariat, som vil varetage den fremadrettede koordinerende indsats.

11. Perspektiver

Der er i disse år tendenser til, at sundhedsvæsnet i højere grad tænkes ud fra et patientperspektiv fremfor et systemperspektiv. Et sundhedsvæsen, der i højere grad indrettes på at understøtte borgernes aktive liv på trods af sygdom.

Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og en lang række andre parter underskrev i april 2015 en fælles erklæring om Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen. På baggrund af den fælles erklæring, foreligger en plan med 33 initiativer, der overordnet set skal medvirke til at indrette sundhedsvæsnet på borgernes præmisser. Som del af denne plan, ligger også en indsats for digitalisering i forhold til at udvikle løsninger, som binder patienterne mindst muligt til behandlingsstedet og giver redskaber til aktivt at mestre sygdom og behandling på egen hånd. Patientperspektivet giver sig også udslag i et stærkere fokus på at sikre borgerens/patientens oplevelse af sammenhængende forløb på tværs af sektorerne. I forlængelse heraf, er der i flere evalueringer af telemedicinske projekter rapporteret en høj tilfredshed hos patienterne, som tilskrives, at de opnår større egenmestring, oplever større tilgængelighed til sundhedsvæsnets ydelser samt sparer tid.

Generelt er den teknologiske udvikling accelererende og udviklingen på markedet for digitalt udstyr giver patienter nye muligheder for selvmonitorering. Dette stiller nye krav til sundhedsvæsnet i mødet med borgeren/patienten. Som en følge heraf, er der både blandt det sundhedsfaglige personale og borgere/patienter en stigende efterspørgsel efter at kunne anvende de nye teknologier. Denne udvikling udfordrer tillige sektorernes evne til at skabe sammenhæng for borgeren/patienten.

Velfærdsteknologi og telemedicin rummer interessante perspektiver for en ny tilgang til at levere sundhedsydelser, som giver borgerne en øget mulighed for at tage hånd om egen sundhed. Samtidig understøtter telemedicin et sammenhængende patientforløb og en øget grad af behandling/monitorering i eget hjem, som leder frem til en udvikling, hvor det offentlige i mindre grad løser velfærdsopgaver for borgerne og i højere grad kommer til at løse opgaverne sammen med borgerne.

12. Andre relaterede strategier og initiativer

- Digitalisering med effekt. National strategi for Digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013 – 2017 (Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)
- Digital velfærd – en lettere hverdag. Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013 – 2020 (Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)
- Lokal og Digital – et sammenhængende Danmark 2016 – 2020 (Kommunernes Landsforening)
- Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment 2011 (Regionernes Sundheds-it)
- Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen 2015 (Danske Regioner i samarbejde med Kommunernes Landsforening og andre parter)
- Et stærkere og mere trygt digitalt samfund - Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020 (Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)
- Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb (DUKOP) – Sammenfattende rapport 2016 (Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)

13. Bilag

Bilag 1: It-strategien 2011-2014 status maj 2016

Status maj 2016

It-strategien

til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014

KKR SYDDANMARK

Region Syddanmark

Indledning

Denne status på it-strategien 2011-2014 tager udgangspunkt i rapporten "Status juni 2014 – It-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014" tilpasset med en statusopdatering fra januar 2016.

Med sundhedsaftalerne 2011 – 2014, de nye aftaleområder og grundaftalen om tværsektoriel anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier og nye nationale it-strategier og initiativer var der behov for en videreudvikling af it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation og på den baggrund blev it-strategien 2011-2014 udformet.

It-strategien 2011-2014 blev lavet på baggrund af Sundhedsaftalen med en visionær og proaktiv udvikling af digitalisering og anvendelse af it og velfærdsteknologi, der omfattede samtlige centrale aktører: de 22 kommuner, regionens sygehuse samt praksisområdet. Strategien havde til formål at bygge videre på allerede opnåede resultater, og på den anden side skitsere indsatsområder og opstille handleplaner for videreudvikling i de kommende år til gavn for borgerne og sundhedsområdets aktører.

Vision om det sammenhængende behandlingsforløb gennem digitalt fællesskab

Den fælles vision om sundhedssamarbejde er blevet understøttet af en fælles vision om it-samarbejde. Anvendelsen af tværsektoriel it og velfærdsteknologi har således målrettet, effektivt og omkostningsbevidst understøttet visionen om det sammenhængende behandlings- og plejeforløb og det digitale fællesskab ved at bidrage til at:

- Sikre at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid og sted på tværs af sektorer
- Skabe kontinuitet og koordinering, så arbejdsgange optimeres
- Understøtte kvaliteten i behandlingsforløbene
- Styrke borgerens/patientens mulighed for at blive en aktiv part i behandlingen og at tage vare på egen sundhed og behandling (patient empowerment)
- Forebygge indlæggelser – og genindlæggelser
- Skabe tryghed for borgeren/patienten i form af entydighed og sammenhæng i forløbet

Med den nye sundhedsaftale 2015-2018 har Det Administrative Kontaktforum (DAK) besluttet, at der til understøttelse af denne udarbejdes en Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin.

Dette er status for de projekter, der er defineret i it-strategien 2011-2014.

Status på de 14 projekter i aftaleperioden 2011-2014

1.1 Sygehus/hjemmeplejestandarder	
Formål:	Formålet med udbredelsesprojektet er at udskifte anvendelsen af korrespondancemeddelelser med de strukturerede MedCom-standarder: • Indlæggelsesrapport • Plejeforløbsplan • Udskrivningsrapport
Succeskriterier:	It-systemerne i den kommunale hjemmepleje og på sygehusene kan håndtere MedCom-standarderne teknisk og organisatorisk.
Status:	Der udvikles løbende nyt på området og Sygehus/hjemmeplejestandarder opdateres til en ny version i 2015/2016 med planlagt teknisk implementering fra 2. maj til 1. november 2016.

1.2 Genoptræningsstandard	
Formål:	At implementere MedComs strukturerede standard for elektronisk genoptræningsplan (DGOP) på sygehuse og i kommuner og dermed udskifte anvendelse af korrespondancemeddelelsen.
Succeskriterier:	• Forsendelse af genoptræningsplaner i den nye strukturerede MedCom-standard udrulles i takt med udrulningen af RSD-Comic version 2.2 til regionens sygehuse. • Kommunerne har tilsvarende implementeret modtagelse af den strukturerede standard.
Status:	DGOP afløses i 2016 af ny genoptræningsplan G-GOP.

1.3 It-understøttelse af fødeplanen	
Formål:	Det overordnede formål med udbredelsesprojektet er at understøtte sundhedsaftalerne og den regionale fødeplan med elektronisk kommunikation til gavn for det gode sammenhængende forløb. Den specifikke målsætning for projektet er at udbrede elektronisk fødselsanmeldelse og korrespondancemeddelelse.
Succeskriterier:	Ved projektets afslutning har fødestederne og kommunerne taget it-systemer i anvendelse og anvender flg. MedCom-standarder elektronisk: fødselsanmeldelse og elektronisk korrespondancemeddelelse i forbindelse med svangre- og fødselsforløb
Status:	Der arbejdes videre med fejlretning i fødselsanmeldelse i Cosmic.

1.4 Telemedicinsk sårvurdering	
Formål:	• At udvikle og udbrede den tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsmodel Telesår til også at omfatte andre patientgrupper – eksempelvis patienter med liggesår og venøse bensår samt eventuelt stomi-patienter og patienter med operationssår. • At udvide samarbejdet med flere relevante sygehusafdelinger og de sidste 2 kommuner, som ikke er med i det randomiserede kliniske studie. • At undersøge om sårdatabasen kan anvendes som internt redskab på såvel sygehus som i kommunen, som internt redskab til eksempelvis det præoperative eller second opinion på sygehuset og til eksempelvis kvalitetsudvikling af egen sårbehandling i kommunen.
Succeskriterier:	• At det randomiserede kliniske studie er gennemført • At der er opstillet en plan for udbredelse både mht. flere patientgrupper, flere sygehusafdelinger og de sidste kommuner
Status:	Projektet er afsluttet pr. 31.08.2015 i overensstemmelse tidsplanen for national udbredelse. Med henblik på øget inklusion, videreføres udbredelsen for restmidlerne frem til 31.08.2016. Går i drift 1. september 2016.

1.5 Videokonference	
Formål:	At understøtte den organisatoriske udbredelse af anvendelsen af det videokonferenceudstyr som forefindes i Region Syddanmark, herunder at: • Understøtte videoudskrivningskonferencer mellem kommunerne og sygehusene • Inspirere til flere anvendelsesmuligheder af videokonferenceudstyr i dagligdagen på sygehusene, i praksis og i kommunerne i regionen • Sikre at det er nemt at komme i gang med videokonference
Succeskriterier:	• Udskrivningskonferencer er en integreret del af Sam:Bo-samarbejdet og understøtter det sammenhængende patientforløb. Det er hurtigt og let at etablere en udskrivningskonference. • På regionens sygehuse er etableret en fast rutine med demonstration af mulighederne omkring brugen af videokonference i forbindelse med de obligatoriske introduktionskurser for nyansatte.
Status:	Projektet er afsluttet.

1.6 Psykiatri og kommunerne	
Formål:	Formålet er at igangsætte en proces hen imod en digitalisering af den tværsektorielle kommunikation mellem de 22 kommuner og det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark. Mulighederne for elektronisk informationsudveksling skal tages i brug i takt med, at de relevante kommunale fagsystemer udvikles til at kunne sende og modtage elektroniske meddelelser. Der skal på hele psykiatriområdet være fokus på den elektroniske kommunikationspraksis og udvikling inden for området, også set i relation til andre it-initiativer både lokalt, regionalt og nationalt.
Succeskriterier:	• At MedCom standarderne er implementeret og taget i brug på det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark og i de kommunale fagsystemer på psykiatriområdet i takt med at systemerne udvikles • For at opfylde succeskriteriet, er det vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning regionalt og kommunalt til projektgennemførelse
Status:	Udviklingen fremadrettet på det psykiatriske område sker parallelt med udvikling på det somatiske område jf. Sundhedsaftalen 2015-2018.

1.7 Kommune/lægepraksis kommunikation	
Formål:	At sikre, at alle 22 kommuners hjemmepleje, sundhedspleje og lægepraksis i Region Syddanmark anvender den elektroniske korrespondance-meddelelse. Desuden indføres genbestilling af lægeordineret medicin via elektronisk receptfornyelse. Derudover skal der arbejdes på at oprette og implementere elektronisk korrespondance-kommunikation mellem lægepraksis og andre afdelinger i kommunerne, hvor der er behov for det, fx på jobcentrene.
Succeskriterier:	• At alle 22 kommuners hjemmepleje, sundhedspleje og lægepraksis anvender den elektroniske korrespondancemeddelelse • At genbestilling af lægeordineret medicin sker via elektronisk receptfornyelse
Status:	Projektet er afsluttet.

1.8 Elektronisk henvisning til forebyggelse	
Formål:	At implementere og udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i forbindelse med henvisning til forebyggelsestilbud
Succeskriterier:	• At alle lægepraksis og sygehuse henviser elektronisk til forebyggelsestilbud inden udgangen af 2012 • At alle kommunale forebyggelsestilbud har implementeret fagsystem /alternativt arbejdsgang med anvendelse af REFHOST til modtagelse af elektroniske henvisninger • At kommuner med fagsystem sender epikriser elektronisk inden udgangen af 2014
Status:	Punkt 1 og 2 er implementeret. De fleste kommunale fagsystemer har ikke implementeret epikrisestandarden, hvorfor de ikke sender epikriser elektronisk.

2.1 Shared Care Platformen	
Formål:	At befordre videndeling og kommunikation mellem parterne i de tre adskilte sektorer inklusiv patienten selv, så behandlere og patienten får et samlet billede af det sammenhængende patientforløb. Desuden at skabe det bedst mulige beslutningsgrundlag for en effektiv og koordineret behandlingsstrategi samt øge behandlingskvaliteten og optimere ressourceindsatsen. Udvikling af Shared Care Platformen blev etableret som et pilotprojekt i it-strategi til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Syddanmark 2011 – 2014. Projektet er skrevet ind i Sundhedsaftalen 2015-2018 med henblik på afprøvning og evt. udbredelse af platformen.
Succeskriterier:	• Platformen skal håndtere de data, som klinikerne har behov for at dele og være så generisk, at den kan udbygges til andre patientgrupper. • Platformen skal integreres i de fagsystemer, som anvendes hos de parter, der samarbejder om patienterne (EPJ, EOJ og lægesystemerne). • Patienter skal have let adgang til egne data og understøttes i at tage del i egen behandling.
Status:	Projektet er i januar 2016 blevet positivt evalueret af CIMT og KMD. Den 1. april 2016 på DAK-mødet meddelte kommunerne, at man ikke længere ønskede at arbejde videre med pilotprojektet. Region Syddanmark har derfor besluttet, at alle pilotprojekterne afsluttes.

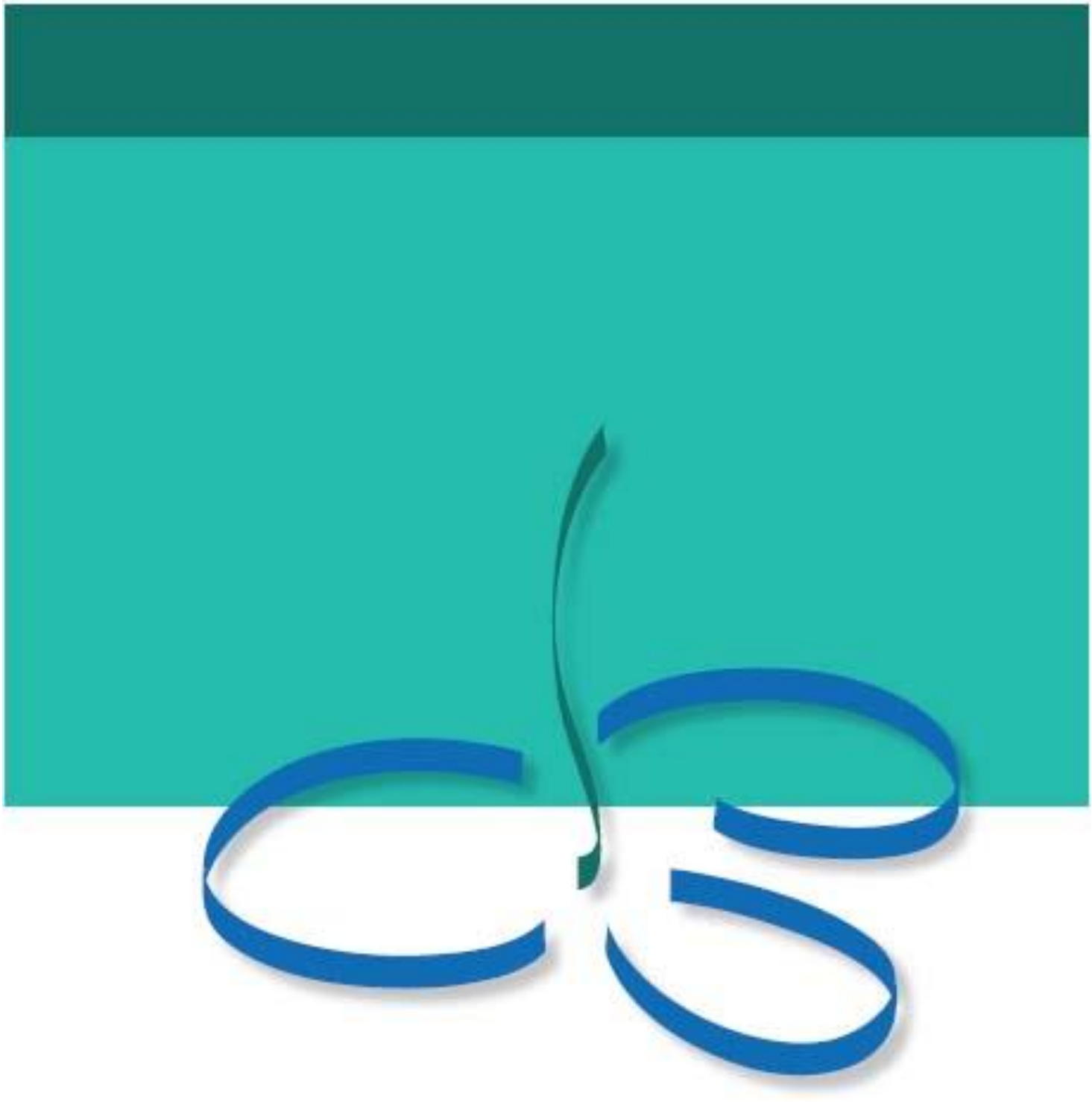
2.2. Sociale institutioner og elektronisk kommunikation	
Formål:	Formålet med projektet er at vise, at MedComs standarder til elektronisk kommunikation kan anvendes af personalet på de sociale institutioner og understøtte samarbejdet mellem disse og de øvrige parter i sundhedssektoren, der allerede kommunikerer digitalt.
Succeskriterier:	At vise, at det kan lade sig gøre teknisk og organisatorisk at kommunikere elektronisk til og fra de sociale institutioner i Region Syddanmark
Status:	Projektet er efter aftale med Socialstaben afsluttet. Det blev aftalt ikke at opstarte nyt udbredelsesprojekt, da et udbud var under vejs. Den udviklede løsning driftes fremadrettet på Holtegården.

2.3 Koordineret ibrugtagning af FMK	
Formål:	Det overordnede formål med FMK er at nedbringe fejlmedicinering samt forbedre kvaliteten af medicinering af borgere/patienter. Det konkrete formål med projektet er at forsøge at sikre en samlet koordinering af anvendelsen af FMK på tværs af sektorer, herunder at sikre udbredelse af anvendelsen af FMK i den kommunale hjemmepleje og andre relevante kommunale enheder i en koordineret proces i takt med at de øvrige parter i sundhedssektoren tager FMK i anvendelse. En pilotafprøvning af FMK-online i perioden indtil FMK integreres i de kommunale fagsystemer for de kommuner, der vil deltage i en afprøvning, vil kunne give erfaringer med den tværsektorielle anvendelse af medicindata.
Succeskriterier:	• At der er igangsat pilotprojekter for FMK-online i kommunerne for afprøvning af mulighederne samt evaluering af anvendelsen primo 2013 • At sikre udbredelse af FMK i kommunerne • At FMK tages i anvendelse i en koordineret proces på tværs af sektorer i takt med at FMK integreres i fagsystemerne
Status:	Projektet er afsluttet.

3.1 It-understøttelse af Sam:Bo-aftalen	
Formål:	At få afdækket behovene for it-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale der trådte i kraft 1. maj 2013. Revidering af Sam:Bo sker i Følgegruppen for Sam:Bo samt i arbejdsgruppen under følgegruppen til afdækning og beskrivelse af de mange forskellige typer af behandlingsforløb.
Succeskriterier:	At den reviderede Sam:Bo-aftale it-understøttes
Status:	Projektet er afsluttet. Ny strategi skal understøtte udvikling og fornyet revision af Sam:Bo-aftalen.

3.2 Rehabiliteringsnotat	
Formål:	At indgå i et nationalt arbejde hos MedCom med formålet at udvikle en kommunikationsstandard for rehabiliteringsdata.
Succeskriterier:	Ikke relevant.
Status:	Projektet var oprindelig et analyseprojekt, men blev afløst af Shared Care platformen.

3.3 Samarbejde om borgernær teknologi	
Formål:	At afdække muligheder for samarbejde om borgernær teknologi på tværs af sektorerne. Herunder borgerens/patientens behov, tekniske muligheder, driftsmæssige forhold, økonomiske forhold og aftaler om samarbejde i øvrigt.
Succeskriterier:	• Mulighed for samarbejde om borgernær teknologi er undersøgt • Samarbejdsscenarier er identificeret • Evt. samarbejde afprøvet i konkret projekt
Status:	Projektet er afsluttet. Intentionerne videreføres i regi af Den Digitale Landevej og CoLab Denmark.



Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

April 2016

Indledning

Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen har fået til opgave at udarbejde en kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge. Kortlægningen indgår som en politisk målsætning i Sundhedsaftalen 2015-18 og er, af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark, prioriteret som en særlig vigtig indsats. Formålet med kortlægningen er, ifølge Sundhedsaftalens pkt. 3.1. og kommissoriet for arbejdsgruppen, at kortlægge omfanget af dårlig mental sundhed blandt børn og unge samt at kortlægge den tilgængelige viden om væsentlige risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed, herunder sociale risikofaktorer. Interessen for kortlægningen udspringer i høj grad af de seneste resultater fra sundhedsprofilen "Hvordan har du det?2013" for Region Syddanmark, hvor der ses en negativ udvikling i mental sundhed, særligt i forhold til unge kvinder og stress [1]. Stress indgår i kortlægningen som en indikator for mental sundhed, men er blot én blandt flere indikatorer, da det tilstræbes at give et mere nuanceret billede af udviklingen i børn og unges mentale sundhedstilstand, end det som tilvejebringes i den regionale sundhedsprofilundersøgelse.

I litteraturen findes en del viden om grundlæggende risikofaktorer eller beskyttende faktorer til henholdsvis god og dårlig mental sundhed, som berøres i kortlægningen. Der er dog behov for mere viden om de konkrete årsager til det udviklingsforløb i børn og unges mentale sundhedstilstand, som vi i nyere tid har været vidne til i Danmark [2]. Derfor vil denne kortlægning, foruden at beskrive forekomst, udvikling og risikofaktorer, også inddrage udvalgte eksperters bud på årsager til de seneste udviklingstendenser i danske børn og unges mentale sundhedstilstand. Afslutningsvist skitseres overordnede anbefalinger til det videre arbejde med mental sundhed blandt børn og unge. I det følgende defineres først begrebet mental sundhed ligesom målgruppen og andre afgræsninger beskrives.

Definition

Mental sundhed er et komplekst begreb. Ofte ses en tendens til at reducere mental sundhed til at handle om fravær af psykiske lidelser og symptomer. Men selvom der ofte er en sammenhæng imellem det at have en psykisk lidelse og dårlig mental sundhed, kan man godt være mentalt sund trods psykisk lidelse, ligesom man kan have dårlig mental sundhed uden at have en psykisk lidelse. Mental sundhed er således (også) kendetegnet ved noget mere, nemlig en række positive tilstande [3]. Den mest anvendte definition af mental sundhed, som er fra WHO, forsøger netop at indfange de positive tilstande, og lyder let omskrevet: *"en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber" [4].* Definitionen rummer to hoveddimensioner 1) oplevelsen af velbefindende, hvor elementer som livsglæde og selvværd er væsentlige og 2) en funktionel dimension, som handler om, hvordan man fungerer og tackler udfordringer i hverdagen. Det at indgå i sociale fællesskaber spiller en væsentlig rolle i begge dimensioner.

Afgrænsninger

I de senere år er der foretaget en række undersøgelser, hvor danske børn og unges mentale sundhedstilstand belyses. I 2014 udgav Vidensråd for Forebyggelse en rapport, som på baggrund af en grundig litteraturgennemgang har sammenfattet eksisterende viden om hyppighed og udvikling i mental

sundhed blandt danske børn og unge i alderen 10-24 år.[1] Desuden giver rapporten en beskrivelse af væsentlige bagvedliggende faktorer, der påvirker den mentale sundhed [2]. Nærværende kortlægning vil i overvejende grad basere sig på denne rapport, og flere passager er taget direkte fra rapporten. Med mindre andet står angivet kan læseren således antage, at specifikke udsagn i denne kortlægning om hyppighed, udvikling og risikofaktorer baserer sig på denne rapport. I lighed med rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse afgrænses målgruppen i denne kortlægning til de 10-24 årige, eftersom den tilgængelige litteratur primært omhandler dette aldersspænd.

Der findes ingen international vedtaget standardmetode til at måle børn og unges mentale sundhedstilstand, og eksisterende undersøgelser benytter sig ofte af forskellige indikatorer til at indfange begrebet. De fleste danske undersøgelser af børn og unges mentale sundhedstilstand har fokuseret på mentale helbredsproblemer, fx psykiske lidelser, symptomer og ensomhed, hvorimod positive mentale egenskaber som fx robusthed endnu ikke monitoreres over tid i en sådan grad, at der er tilgængelige landsdækkende tal for udviklingen [2]. Da denne kortlægning baserer sig på tilgængelige danske undersøgelser, vil der også her primært fokuseres på at beskrive mentale helbredsproblemer fremfor de mere positive aspekter af begrebet mental sundhed. Endvidere vil kortlægningen kun inkludere indikatorer, hvor der er tilgængelig information om udviklingen over en længere årrække, eftersom udviklingstendenser over tid er et centralt fokuspunkt i kortlægningen.

Hyppighed og udvikling i indikatorer for mental sundhed

I det følgende beskrives først en række overordnede udviklingsmønstre i børn og unges mentale sundhed. Herefter følger en uddybning, hvor udvalgte indikatorer for mental sundhed beskrives nærmere.

Hovedtendenser

Betragtes udviklingen i børn og unges mentale sundhed i et samlet perspektiv viser undersøgelser, at der på en lang række centrale indikatorer for mental sundhed har været en negativ udvikling over de seneste 20 år. Forekomsten af selvrapporteret stress er mere end fordoblet blandt unge, og unge kvinder i 16-24 års alderen er den befolkningsgruppe, som er hårdest ramt. Andelen der rapporterer at have høj livstilfredshed er faldet, og der kan konstateres en meget markant stigning i andelen af 11-15 årige, der føler sig presset af skolearbejde. Forekomsten af søvnproblemer af alle slags er steget markant blandt 10-24-årige børn og unge, og visse typer af medicinforbrug, særligt forbrug af medicin mod hovedpine, har været i voldsom stigning i denne periode blandt de 11-15-årige.

Med hensyn til psykiske lidelser, blandt 10-24-årige danske børn og unge, omfatter de væsentligste ændringer forbruget af medicin mod ADHD, som viser en tidobling indenfor de sidste 15 år, en markant stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres med autisme, en fordobling i forekomsten af psykoser de sidste ti år og en markant stigning i selvmordsforsøg blandt unge piger svarende til en

[1] Rapporten bygger på en lang række danske undersøgelser gennem tiden bl.a. Skolebørnsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsens undersøgelse af 11-15 åriges livsstil og sundhedsvaner, SFIs Børn og Unge i Danmark - Velfærd og trivsel, 15-åriges hverdagsliv og udfordringer (børneforløbsundersøgelserne) og den nationale sundhedsprofil/sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. De fleste data er selvrapporterede, men der indgår også registerdata i dele af materialet fra Vidensråd for Forebyggelse.

tredobling af forekomsten. Også emotionelle lidelser, som angst og depression, har vist en stigning i forekomsten af diagnosticerede tilfælde. For flere af de psykiske lidelser er det dog uvist i hvilket omfang, at udviklingen kan tilskrives det øgede fokus, der har været på dette område de seneste år, samt den øgede kapacitet indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, som i sig selv vil kunne forårsage en stigning i antallet af diagnosticerede tilfælde, uden at det nødvendigvis skyldes en egentlig stigning i forekomsten af den enkelte lidelse [2].

Trods den overvejende negative udvikling, ses dog også en positiv udvikling for visse indikatorer, bl.a. er andelen, der jævnligt oplever at blive mobbet i skolen, faldet dramatisk over de seneste 20 år. Endvidere er andelen af børn og unge, som ugentlig oplever at være kede af det eller irritable ligeledes faldende [2].

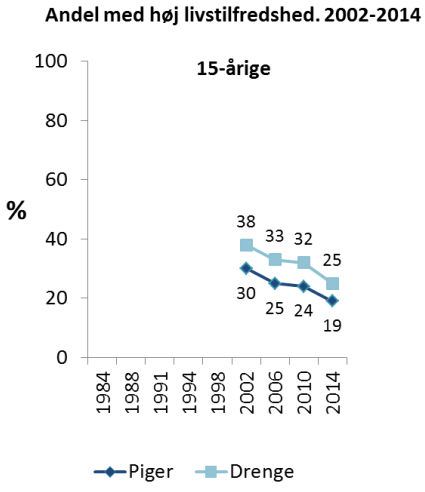
Drenge rapporterer generelt bedre mental sundhed end piger, og kønsforskellene er på nogle af parametrene steget over årene. For de fleste indikatorer er der desuden tale om en væsentlig social ulighed i sundhed, idet børn af forældre med lav socioøkonomisk status generelt har flere trivsels- og helbredsproblemer end børn af forældre med høj socioøkonomisk status. En rapport fra Sundhedsstyrelsen peger på, at den sociale ulighed i sundhed, på en række områder, er øget gennem de seneste årtier [5].

Udvikling i indikatorer

I det følgende gives en kort uddybende beskrivelse af hyppighed og udvikling i udvalgte indikatorer for mental sundhed.

Livstilfredshed

Livstilfredshed er et vigtigt aspekt af børn og unges mentale sundhed, som afspejler det enkelte barns kognitive bedømmelse af eget liv. Livstilfredshed er desuden relateret til en række andre dimensioner af børn og unges mentale sundhed, såsom selvvurderet helbred, selvværd og psykiske ressourcer [2]. I de eksisterende danske undersøgelser rapporterer mellem 31-42 % af danske børn og unge en høj livstilfredshed, hvorimod andelen med decideret lav livstilfredshed ligger indenfor spændet fra 6-20 % afhængig af hvilken undersøgelse, som der tages udgangspunkt i.

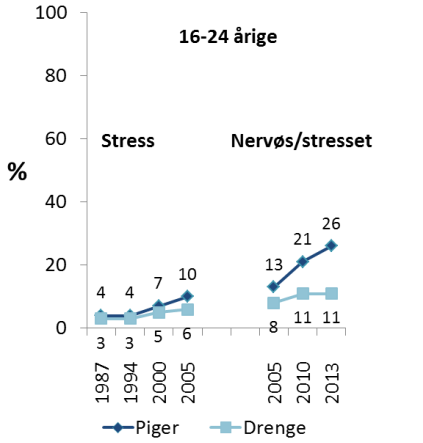


I perioden fra 2002 til 2014 er der ikke sporet ændringer i andelen af børn og unge med lav livstilfredshed. Der er dog sket et fald i andelen med høj livstilfredshed. For 15-årige er andelen med høj livstilfredshed i perioden fra 2002 til 2014 faldet fra 38 % til 25 % for drengene og fra 30 % til 19 % for pigerne. Tilsvarende ændringer ses for de 11- og 13-årige [6]. Generelt gælder det, at flere drenge end piger oplever høj livstilfredshed, og at andelen med lav livstilfredshed er størst blandt børn og unge med forældre med lav socioøkonomisk status [2].

Stress

Stress er en ofte anvendt indikator for mental sundhed. Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed, der kan føre til symptomer som koncentrationsbesvær, træthed, irritabilitet og søvnløshed. Stress kan udløse forskellige sygdomme, men er ikke en sygdom i sig selv [2]. Op imod hvert femte danske barn og ung i 10-24 års alderen føler sig ofte stresset. Mens hver fjerde føler sig stresset mindst én gang om ugen, har mellem 1-8 % af børn og unge denne følelse dagligt. Der er flere piger end drenge, som føler sig stressede. Der er også en tendens til, at forekomsten af stress stiger med alderen. Børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er mere tilbøjelige til at rapportere stress end børn og unge fra familier med højere socioøkonomisk status.

Andel som ofte føler sig stresset (nervøs/stresset) i dagligdagen. 1987-2013



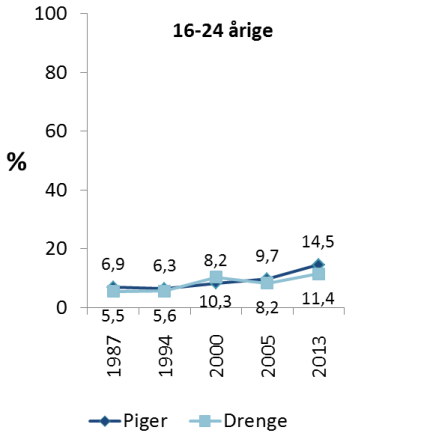
Udviklingen i forekomsten af stress over tid er kun undersøgt blandt unge i alderen 16-24 år. For 16-24 årige er andelen, der ofte føler sig stressede i dagligdagen, steget for pigerne fra ca. 4 % i 1987 til 10 % i 2005 – de tilsvarende tal for drenge viste en mere beskeden stigning fra 3 % til 6 %. I perioden fra 2005 til 2013 er der også tilgængelige udviklingstal for stress, men her blev der anvendt et stressmål, som omhandler både nervøsitet og stress. I perioden er der konstateret en stigning i andelen af piger, der ofte eller meget ofte føler sig nervøse eller stressede, fra ca. 14 % i 2005 til 26 % i 2013 [2].

En blandt mange potentielle årsager til stress er en oplevelse af pres fra skolesystemet. Blandt 15-årige er andelen som føler sig meget eller noget presset af skolearbejdet steget fra ca. 20 % for begge køn i 1994 til henholdsvis 43 % og 34 % for piger og drenge i 2010 [7].

Søvn

Problemer med at falde i søvn, dårlig søvnkvalitet, utilstrækkelig søvn og træthed i løbet af dagen kan skyldes fysiologiske ændringer, som opstår i puberteten, men kan også være forårsaget af andre forhold. Eksempelvis er der en betydelig del af unge, der sover for lidt om natten pga. bekymringer, stressbelastninger og mistrivsel, eller pga. elektroniske medier inden sengetid, uregelmæssige sengetider eller forældres holdninger og vaner. Nedsat søvnmængde kan således potentielt være et udtryk for mistrivselsproblemer, men mangel på søvn og deraf følgende træthed i dagtimerne kan også i sig selv have betydning for den daglige trivsel og for det generelle velbefindende.

Andel som aldrig/næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet. 1987-2013.



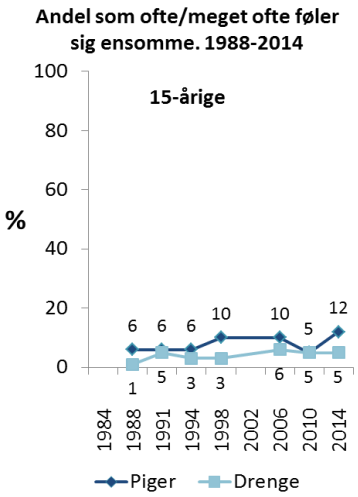
Cirka hver femte 11-årige sover mindre end de officielle anbefalinger[2], mens det blandt de 15-årige gælder for tre ud af fire. Blandt den ældre aldersgruppe på 15-24 år er det ca. hver fjerde, der sover mindre end 7 timer om natten. Andelen af 13-15-årige, der har

[2] Sundhedsstyrelsen anbefaler 9-11 timers søvn pr. nat for de 7-12-årige, og 8-10 times søvn til de 13-18-årige unge. Der er ikke officielle søvnanbefalinger for unge og voksne over 18 år.

problemer med at falde i søvn, er steget fra ca. 18 % i 1984 til ca. 28 % i 2010. Og blandt de 15-årige var det i 1988 ca. 40 % der mindst én gang om ugen var trætte om morgenen, når de skulle i skole, mens tallet i 2014 var steget til ca. 85 % - lignende stigninger ses for de 11-13 årige. Andelen af 16-24-årige, der aldrig eller næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet, er ligeledes steget fra ca. 6 % i 1987 til ca. 13 % i 2013 [8]. Der ses generelt ikke en tydelig social ulighed i forekomsten af søvnproblemer, men der er en større andel af piger end drenge, som rapporterer at være meget generet af træthed [2].

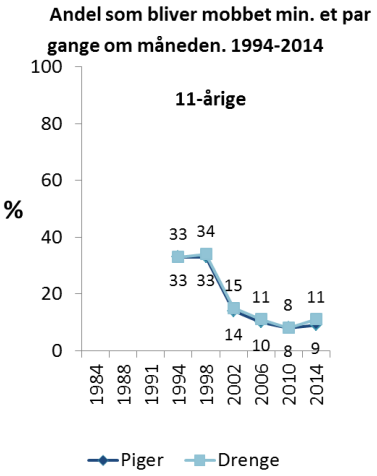
Ensomhed

Blandt store skolebørn føler omkring 5-12 % af drenge og piger sig ensomme i Danmark, mens det for den lidt ældre aldersgruppe (16-20 årige) gælder for ca. 16 % af pigerne og 11 % af drengene. Forekomsten er højest blandt pigerne. De danske undersøgelser viser desuden, at ensomhed bliver mere udtalt med alderen og således stiger gennem barndommen og ind i ungdomslivet. Der ses en tendens til, at følelsen af ensomhed forekommer oftere blandt unge i de laveste socioøkonomiske grupper. Udviklingen i forekomsten af ensomhed blandt børn og unge er undersøgt blandt 11-15-årige. For de 11-årige har forekomsten ikke ændret sig væsentligt i perioden fra 1988 til 2014, men for de 13- og 15-årige elever ses en tendens til en stigning. Eksempelvis angav 6 % af de 15-årige piger i 1988 at de følte sig ensomme, og den tilsvarende andel i 2014 er 12 %. [2] [6].



Mobning

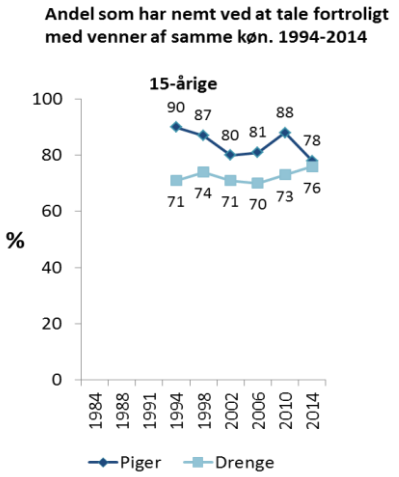
Danske undersøgelser viser, at ca. 7 % af de 11-, 13- og 15-årige skolebørn oplever at blive mobbet på månedligt basis, og at der er flest blandt de 11-årige, som udsættes for mobning - nemlig 10 %. Der er næsten lige mange drenge og piger, som oplever at blive mobbet, og andelen er faldet markant i årene fra 1994 til 2014. Blandt de 11-13 årige oplevede ca. 30 % at blive mobbet mindst et par gange om måneden i 1994, mens den tilsvarende andel ligger mellem 4-11 procent i 2014. For de 15-årige er andelen, der bliver mobbet mindst et par gange om måneden, i samme periode faldet fra ca. 16 % til 4 % [6]. En større dansk undersøgelse peger endvidere på, at mobning er socialt ulige fordelt. Både for andelen af elever, som har oplevet mobning og for andelen af elever, som har mobbet andre, ses den største forekomst blandt de laveste socialgrupper [6].



Fortrolighed med venner og forældre

Tre ud af fire 11-15 årige har venner af samme køn, som de kan tale om problemer med. Andelen stiger lidt med alderen for piger, men derudover er der ingen betydningsfulde forskelle relateret til alder og køn [6]. Andelen af piger, som har nemt ved at tale fortroligt med andre piger, er faldet blandt 13-15 årige siden 1992. Eksempelvis rapporterede 90 % af de 15-årige piger i 1994, at de har nemt ved at tale fortroligt med venner af samme køn mod en andel på 78 % i 2014. Blandt drengene ses ikke nogen ændring.

I forhold til at kommunikere fortroligt eller tillidsfuldt med forældre er der stort set ikke nogen ændring siden 1988. I 1988, såvel som i 2014, angiver omkring 80 % af både drenge og piger i alderen 11-15 år, at de har nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med deres mødre. Tilsvarende angiver ca. 70 % af drengene og ca. 60 % af pigerne i både 1988 og 2014, at de har nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med deres fædre [6]. Endelig tyder undersøgelser på, at fortrolighed med henholdsvis mor, far og bedste ven er hyppigst forekommende i de bedst stillede socioøkonomiske grupper [6].

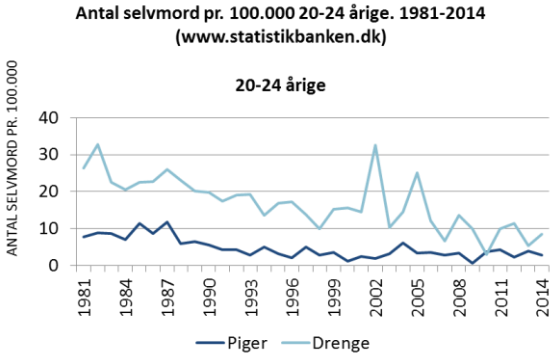


Angst og depression

Forekomsten af emotionelle lidelser blandt børn og unge i Danmark er sparsomt beskrevet, men angst- og depressionsforekomsten angives til at ligge mellem ca. 1,5 % til 4 %. Forekomsten af børn og unge med både affektive lidelser (depression og mani) samt børn og unge med diagnosticerede angstproblemer er stigende, og alderen ved debut er faldende. Undersøgelser har vist, at børn og unge, der vokser op i familier med lavere socioøkonomisk status, oftere har emotionelle lidelser. Ligeledes er der en tydelig kønsforskel, idet piger allerede fra seksårsalderen har en øget forekomst af emotionelle symptomer sammenlignet med drenge. Fra pubertetsalderen og frem er der en klar tendens til, at depression og angst optræder op til næsten fem gange hyppigere hos piger end hos drenge, både hvad angår diagnose og symptomer [2].

Selvmord og selvmordsforsøg

Selvmord er forholdsvis sjældent blandt børn og unge. Der er tre gange så mange selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten er stigende med stigende alder. Antallet af selvmord er faldet med ca. 70 % fra 1980 til 2010, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været ca. 30 selvmord årligt.



Med selvmordsforsøg forholder det sig desværre omvendt. Forekomsten af selvmordsforsøg er større blandt piger end blandt drenge, og i løbet af de sidste årtier har forekomsten været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt piger, hvor antallet af selvmordsforsøg er tredoblet. I en nyere undersøgelse blandt 9-klasseselever angav knap 5 % af drengene og ca. 10 % af pigerne, at de inden for den sidste uge havde haft selvmordstanker. Blandt 16-24-årige rapporterede knap 8 %, at de har forsøgt selvmord. Andelen var markant højere blandt 16-19-årige unge kvinder (12 %) end blandt 20-24-årige kvinder (7 %), og markant højere end blandt unge mænd i tilsvarende aldersgrupper (hhv. 3 % og 4 %). For både selvmord og selvmordsforsøg gælder det, at hyppigheden er størst i de dårligst stillede socioøkonomiske grupper [2].

Risikofaktorer – hvad påvirker den mentale sundhed

Børns helbred er generelt mere sårbart end voksnes, og det gælder både hvad angår biologiske (fx infektioner), fysiske/kemiske (fx kost, bly i luften) og sociale forhold (f.eks. nære emotionelle relationer og miljø for kognitiv udvikling). Konsekvensen af denne øgede sårbarhed kan både være psykiske og somatiske lidelser tidligt og sent i livet [2].

De årsagsmekanismer som er ansvarlige for, at børn og unge i nogle tilfælde udvikler dårlig mental sundhed er yderst komplekse. Foruden biologiske (herunder genetiske) og psykologiske faktorer har også sociale og miljømæssige faktorer en betydning, og de forskellige faktorer påvirker hinanden i et komplekst samspil. Ofte er mange forskellige årsager i spil til et givent symptom (eksempelvis angst), ligesom disse årsager ofte relaterer sig til andre symptomer (eksempelvis depression), og derfor knytter sig til flere forskellige tilstande [2]. Nogle faktorer er svære at påvirke som fx de biologiske. De psykologiske og sociale faktorer ved mental sundhed er i en vis grad mere påvirkelige. De psykologiske faktorer såsom personlighedstræk[3] er til dels genetisk bestemte og til dels dannet på baggrund af sociale faktorer, livsbegivenheder og livsbetingelser i barndommen, og kan først fastlægges efter puberteten [9]. De sociale faktorer, herunder sociale relationer tidligt i livet, er væsentlige i forhold til det grundlæggende velbefindende. Sociale faktorer og livsbegivenheder senere i livet kan ændre en grundlæggende følelse af velbefindende, om end det typisk vil være af en mere kortvarig karakter [4].

Børn og unge reagerer forskelligt, når de udsættes for risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed. Når børn og unge klarer sig godt på trods af, at de udsættes for en række risikofaktorer, tales der om "resiliens", som siger noget om barnets eller den unges robusthed. Denne er ikke statisk, om end en genetisk komponent indgår [2]. Robusthed kan således påvirkes. Det ses eksempelvis ved langvarige søvnproblemer eller for lidt søvn, som kan svække den kognitive og intellektuelle funktionsevne og dermed evnen til at mestre ydre belastninger [2]. Af øvrige væsentlige beskyttende faktorer for udvikling af dårlig mental sundhed kan eksempelvis fremhæves gode forældrerelationer, deltagelse i fællesskaber og positive erfaringer med uddannelse. Nedenstående er en model, som på tværs af psykologiske og sociale faktorer opdeler i henholdsvis beskyttende faktorer og risikofaktorer for dårlig mental sundhed.

[3] Der tales om fem grundlæggende personlighedstræk: ekstroversion/introversion, antagonism/compliance, constraint/impulsivity, emotional dysregulation/emotional stability, unconventionality/closedness to experience.

Model for beskyttende faktorer og risikofaktorer for udvikling af mental sundhed *[10]*

Determinanter for mental sundhed	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Følelse af et socialt tilhørsforhold Gode kommunikationsevner God fysisk sundhed	Lavt selvværd Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer Dårlige familiære relationer Fysisk og psykisk handicap Risikoadfærd Dårlig fysisk sundhed
Socialt niveau	Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i fællesskaber Positive erfaringer med uddannelse	Misbrug og vold Adskillelse og tab Social eksklusion
Strukturelt niveau	Sikre og trygge rammer Godt miljø og gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse Adgang til uddannelse Adgang til sociale støttefunktioner	Voldelige og kriminelle omgivelser Fattigdom Arbejdsløshed Hjemløshed Manglende skolegang Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

Modellen beskriver væsentlige risikofaktorer og beskyttende faktorer for udviklingen af mental sundhed, men der er ikke tale om en udtømmende liste. Viden om grundlæggende risikofaktorer for mental sundhed er i sig selv interessant, men tilbyder ikke umiddelbart en forklaring på den udvikling i danske børn og unges mentale sundhed over de seneste 20 år, som blev beskrevet i forrige afsnit. Desværre mangler der fortsat forskning og viden om de konkrete årsager til dette udviklingsforløb. I det følgende afsnit vil vi alligevel forsøge at nærme os nogle bud på årsagerne hertil ved at inddrage udvalgte eksperter indenfor området.

Bud på årsager til udviklingen i mental sundhed

Første del af kortlægningen viste, at der er sket en udvikling i børn og unges mentale sundhed gennem de seneste årtier. En udvikling der peger på, at børn og unge i Danmark trives dårligere, er mere stressede, sover dårligere og oplever lavere livstilfredshed. En række udvalgte eksperter giver i en artikel fra Politiken fra september 2014 – og refereret nedenfor - deres bud på væsentlige årsager til denne udvikling [11]. Eksperterne fra artiklen har bekræftet, at udsagnene i artiklen korrekt refererer deres bud på de væsentligste årsager.

Det perfekte er det normale

Bjørn Holstein, professor fra Statens Institut for Folkesundhed og en af forskerne bag rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, mener ikke den negative udvikling skyldes, at vi blot har fået mere fokus på det mentale end tidligere, men at det derimod har noget at gøre med samfundsudviklingen. Det er der blandt

flere eksperter enighed om. Blandt andet forklarer ungdomsforsker Jens Christian Nielsen fra Århus Universitet, at de unge oplever, at samfundet stiller store krav til dem om at præstere på alle fronter – uddannelse, netværk og personligt. Derfor stiller de unge også store krav til sig selv, og det perfekte er på mange måder blevet det normale. Bjørn Holstein siger det således: *"De unge accepterer ikke middelvejen. De har alt for høje krav til sig selv."*

Eksperterne peger på en ny "performancekultur", hvor de unge oplever, at det handler om at præsentere sig selv på den bedst tænkelige måde. Selvfremstilling og selvoptimering er centralt ikke bare i forhold til uddannelse, men også i forhold til hvordan man generelt begår sig. Ifølge alle undersøgelser er det pigerne, der er hårdest ramt i forhold til mistrivsel, stress mm. Dette afspejles ifølge eksperterne i, at det også er pigerne, som rammes hårdest af performancekulturen, idet de, ifølge Jens Christian Nielsen, føler et større pres for at få den rigtige uddannelse, det rigtige job, det rigtige ungdomsliv og senere familieliv. Det perfekte gælder også kropsidealet. Psykolog Anna Bjerre fra Girltalk.dk, et online chatmedie for piger, forklarer, at det for pigerne i den forbindelse, let kommer til at handle om at opnå et perfekt udseende, hvilket kan resultere i stress.

Sociale medier forstærker en performancekultur

I sammenhæng med den dominerende performancekultur, samt jagten på det perfekte ydre, spiller de sociale medier en stor rolle, og her er der meget fokus på billeder. Mange unge er, ifølge eksperterne, afhængige af den feedback de får, når andre "liker" eller kommenterer indlæg og billeder. De sociale medier er med til at fremhæve det perfekte og det ekstraordinære som det, der stiles efter, og ifølge Anna Bjerre har de sociale medier *"rykket baren for, hvornår det er en god dag. Det er det først, når der sker noget ekstraordinært. Alle andre dage er grå dage. Hvis man ikke har noget ekstraordinært at opdatere med, opdaterer man ikke. Det er et vilkår, som 15 årige piger skal lære at navigere i."*

Øgede krav – øget sårbarhed

Samtidig med at de unge oplever øgede krav, fra samfundet og fra sig selv, om at præstere på alle fronter, skal de kunne navigere i de mange muligheder, der er tilgængelige i dagens samfund og træffe de rette valg. Det kan give stress, og det øger sårbarheden. Forskningsleder Niels Ulrik Sørensen fra Center for Ungdomsforskning forklarer det således: *"I kombination med et snævert normalitetsideal, hvor perfektion står i centrum, giver det mange unge en oplevelse af at stå på et skrøbeligt fundament. Der er opstået en skrøbelighed hos de unge, hvor de samme slag, som tidligere generationer fik, giver flere blå mærker i dag. Det er sværere at lande og være solid i dag."*

I den forbindelse har forældrene også et ansvar, mener ungdomsforsker Jens Christian Nielsen, idet forældre i dag har en tendens til at lade de unge tro, at de kan blive til hvad som helst, og at alle døre står åbne. De unge, og særligt pigerne, pakkes ofte ind i vat. Psykolog Anna Bjerre forklarer: *"Mange piger forsøger at leve smertefrit. Men det er jo ikke dét, livet nødvendigvis byder dem. Vi skal ikke tage smerten fra dem, men tale mere med dem om, hvad livet byder os, og hvad vi kan forvente af det. De her piger har brug for strategier, så de kan håndtere deres livssituation."*

De unge påtager sig hele ansvaret for deres liv, for at vælge det rette og det perfekte, og dette øger sårbarheden. Der er, ifølge eksperterne, ikke så meget blik for systemet og dets ansvar for udviklingen

blandt de unge. De unge vender det indad, og bebrejder sig selv, hvis de ikke lykkedes, ikke kommer ind på den uddannelse de gerne vil, eller ikke kan få job. Det øgede kravkompleks hænger sammen med en øget individualisering, hvor dét at der, ifølge Bjørn Holstein, er mere fokus på individer, end hvad de kan sammen, skærper kravene til den enkelte.

Anbefalinger

Formålet med denne kortlægning har været at sammenfatte den tilgængelige viden om omfanget af dårlig mental sundhed blandt børn og unge samt at beskrive de væsentligste risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed. Kortlægningen er afgrænset til danske børn og unge i alderen 10-24 år, og baserer sig på et betydeligt antal danske studier, hvoraf de fleste indgår i en tidligere sammenfattende rapport om mental sundhed blandt danske børn og unge fra Vidensråd for Forebyggelse. Kortlægningen tegner et billede af, at der for en lang række centrale indikatorer for mental sundhed har været en negativ udvikling over de seneste 20 år. Børn og unge oplever således bl.a. lavere livstilfredshed, mere stress og nervøsitet og får mindre søvn end tidligere. Desuden ses en stigning i psykiske lidelser som depression, angst og ADHD.

På baggrund af kortlægningen er det arbejdsgruppens vurdering, at der er grundlag for at prioritere et arbejde i retning af at skabe bedre forudsætninger for mental sundhed blandt børn og unge, herunder især at optimere en bred sundhedsfremmende indsats samt have fokus på forebyggelse af psykiske symptomer og lidelser, som eksempelvis angst og depression. Sundhedsstyrelsen har i 2012 udgivet 11 forebyggelsespakker med anbefalinger til forebyggelsesindsatser hovedsagelig målrettet kommunale indsatser. Forebyggelsespakken om mental sundhed indeholder en række anbefalinger til indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge [12]. Der er dog fortsat brug for mere fokus på, hvad der virker, og på indsatser i snitfladerne mellem kommuner og region.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er brug for yderligere viden samt en række afgrænsninger, før konkrete anbefalinger til indsatser kan fastsættes. En afgrænsning kan være i forhold til, hvorvidt der er tale om indsatser af sundhedsfremmende, forebyggende og/eller behandlende karakter, og omhandler således også (mulige) snitflader på tværs af sektorer. Afgrænsninger kan også ske i forhold til særlige målgrupper, indikatorer eller arenaer for indsatser. Afgrænsningerne bør tænkes ind i nedenstående anbefalinger.

På baggrund af erfaringer, diskussioner og viden, i forbindelse med udarbejdelsen af kortlægningen, vil arbejdsgruppen anbefale:

1) at der foretages et litteraturstudie, der har til hensigt at klarlægge både national og international evidensbaseret viden om, hvilke tiltag der har vist sig effektfulde til at fremme eller sikre mental sundhed blandt børn og unge.
2) at der foretages en rundspørge i både kommunalt og regionalt regi i Region Syddanmark med henblik på at opsamle erfaringer med konkrete tiltag, som i praksis vurderes at være effektfulde til at fremme eller sikre mental sundhed. Herunder også beskrive eksisterende indsatser, som foregår på tværs af kommuner og region.

Anbefaling 1 og 2 vil danne udgangspunkt for, at der kan udarbejdes konkrete bud på handlingsorienterede anbefalinger i både en kommunal og regional kontekst og på tværs af såvel kommuner, region og almen praksis. Det anbefales derfor desuden:

3) at det overvejes, om der, på baggrund af anbefaling 1 og 2, bør udarbejdes en strategi for mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Strategien kan have fokus på at sikre videndeling, sammenhæng og koordination på tværs af kommuner, region og almen praksis, samt indeholde konkrete anbefalinger til indsatser evt. afgrænset til særlige målgrupper eller arenaer.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere:

4) at region og kommuner prioriterer at evaluere indsatser indenfor mental sundhed blandt børn og unge. Det anbefales desuden, at region og kommuner i samarbejde med relevante forskningsinstitutioner sigter mod at iværksætte og indgå i forskningsprojekter, der har til formål at øge den tilgængelige viden om hvad der virker, inden for dette område.

Det er vigtigt, at der (fortsat) monitoreres på udviklingen indenfor mental sundhed - både indenfor mentale helbredsproblemer men også de mere positive aspekter af mental sundhed som fx selvværd. I Region Syddanmark indeholder Sundhedsprofilen "Hvordan har du det?" en række indikatorer om mental sundhed som fx et samlet mål for mental sundhed, stress, psykiske lidelser og symptomer samt sociale relationer. Eftersom undersøgelsen gentages hvert fjerde år, er det muligt at følge udviklingen blandt borgere på 16 år og derover over tid. Samtidig arbejdes der på at medtage yderligere spørgsmål i sundhedsprofilen. Flere kommuner anvender endvidere andre forskellige undersøgelser af børn og unges mentale sundhed. Eksempelvis gennemføres der årligt en national måling blandt alle folkeskoleelever i 0.-9. klasse, som måler trivsel i skolen. Det kan overvejes, om der bør ske en mere fælles monitorering og videndeling heraf.

Litteraturliste

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Kristensen PL, Little IG, Gårn A: **Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2013**. In.: Region Syddanmark; 2014.
2. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A: **Børn og unges mentale helbred - Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser**. In., 1. Udgave edn: Vidensråd for Forebyggelse; 2014: 1-184.
3. Borg V, Nexø MA, Kolte IV, Andersen MF: **Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde**. In. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2010.
4. Eplov LF, Lauridsen S: **Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2008.
5. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C: **Ulighed i sundhed – Årsager og Indsatser**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2011.
6. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, red.: **Skolebørnsundersøgelsen 2014**. In.: Statens Institut for Folkesundhed; 2014.
7. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, Nielsen L, Rayce SB, Due P: **Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2011.
8. Jensen HAR, Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K: **Søvn - Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013**. In.: Statens Institut for Folkesundhed; 2015
9. Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, Regier DA: **Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V**. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2006.
10. Barry MM, Jenkins R: **Implementing Mental Health Promotion**: Churchill Livingstone Elsevier; 2007
11. Felholt L: **Eksperter om unges trivsel: Det perfekte er det nye normale**. In: *Politiken.* 27.9.2014.
12. Sundhedsstyrelsen: **Forebyggelsespakke - Mental Sundhed**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2012.

Bilag pkt. 10.1

RAMMEPAPIR

Region Syddanmarks rådgivning om forebyggelse til kommuner i Syddanmark

Dette rammepapir beskriver Region Syddanmarks rådgivning til kommunerne på forebyggelsesområdet under Sundhedsaftalen år 2015-18.

Rammepapiret er udarbejdet af Følgegruppen for forebyggelse med inddragelse af kommunerne, arbejdsgruppen om infektionshygiejnisk rådgivning, samt med afsæt i den temadrøftelse om rådgivningen på forebyggelsesområdet, som fandt sted i Det Administrative Kontaktforum (DAK) d. 1. april 2016. Rammepapiret er godkendt på møde den 15. juni 2016.

Dato: 19. maj 2016

Følgegruppen for forebyggelse

Rammepapir rådgivning om forebyggelse til kommuner i Syddanmark.

Baggrund

Ifølge Sundhedslovens § 119, stk. 3 skal regionsrådet tilbyde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter samme paragraf stk. 1 og 2. Regionens rådgivning af kommunerne vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter.

Historisk set, er der sket en udvikling på forebyggelsesområdet, hvor kommunerne siden kommunalreformen i år 2007 har opnået kompetencer og høj grad af viden til implementering af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker, særligt i forhold til den borgerrettede forebyggelse.

I Sundhedsaftalen år 2015-2018 fremgår det;

- At der udarbejdes aftale mellem kommunerne og regionen om de konkrete rådgivningsaktiviteter, herunder også aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (7.1.6)
- At rådgivningen primært har fokus på større forsknings- og udviklingsprojekter, som kan understøtte sundhedsaftalens strategiske indsatsområder - fx et forskningsprojekt der har til formål at udvikle og afprøve et redskab til effektmåling af patientuddannelse (7.1.4.)
- At rådgivningen skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser - fx kortlægning af mental sundhed (4.2.5)
- At rådgivningen er ramme for udvikling og gennemførelse af forsknings- og udviklingsprojekter, der kan generere nye samarbejdsmåder og viden om forebyggelse - fx nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom (8.4.2)

Mål og pejlemærker

Formålet med aftalen er at sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet på forebyggelsesområdet.

Der er mellem kommuner og region enighed om, at udgangspunktet er, at regionens rådgivning om forebyggelse til kommunerne tilpasses kommunernes behov.

Desuden er der enighed om, at rådgivningen med fordel kan understøtte det samarbejde, der er på forebyggelsesområdet mellem kommuner, almen praksis og sygehusene, særligt når det gælder patientrettet forebyggelse.

Det strategiske pejlemærke for rådgivningen på forebyggelsesområdet er, at den skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser, som allerede er eller fremadrettet bliver prioriteret af Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum.

Regionens rådgivning til kommunerne har særlig vægt på de dele af forebyggelsesarbejdet, som retter sig mod patienter, samt de snitflader, hvor det kan forebygges, at en borger bliver patient, dvs. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser som relaterer sig til livsstil og risikoadfærd.

Rådgivningens indhold
Region Syddanmark tilbyder kommunerne vederlagsfri rådgivning om forebyggelse og sundhedsfremme inden for Sundhedslovens § 119, stk. 3., samt rådgivning mod vederlag, når der er tale om rådgivning der er uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3.

➢ Rådgivning om forebyggelse inden for Sundhedslovens § 119, stk. 3

- Faglig rådgivning fx om patientrettet forebyggelse og patientuddannelse hos mennesker med en eller flere kroniske sygdomme eller forebyggelsesperspektiver på nye sygdomme og behandlinger.

- Rådgivning om brug af sundhedsprofildata, resultater og gennemførelse af analyser, herunder analyser af sundhedsprofildata individuelt for enkeltkommuner.

- Rådgivning om projektudvikling, fundraising, dialog med forsknings / evalueringsinstitutioner om design og evaluering som en faciliterende part i forsknings og udviklingsprojekter.

- Rådgivning om infektionshygiejne som er vederlagsfri. Jf. sundhedsaftalens afsnit 7.1.5 indgås aftale om, hvad der er vederlagsfrit og hvilken rådgivning der kan gives fra sygehusene til kommuner mod vederlag (sidstnævnte er uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3)

- Nye sygdomme, behandlingsformer og medicin fx forebyggelse af den øgede forekomst af depression og forebyggelsestilbud i den forbindelse eller nye infektionsmedicinske sygdomme.

  Opgaveoverdragelse, som er forebyggelsesrelaterede opgaver fx opgaveoverdragelse indenfor patientuddannelse, træningsområdet, forebyggelse af indlæggelser som relaterer sig til livsstil og risikoadfærd. Det kan også være ved ændringer i behandlingsforløb for fx patienter med knæartrose, ryglidelser eller inden operation, hvor ændringen betyder ændrede opgaver for kommunerne og dermed nye typer af forebyggelsestilbud, træningshold o. lign.

➢ Anden rådgivning uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3

Der laves en samlet aftale om infektionshygiejnisk rådgivning, som beskriver og prisfastsætter, hvilke rådgivningsydelser, sygehusene kan levere mod vederlag til kommunerne uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3

Konkret rådgivning på CPR-niveau er en del af det løbende, lokale samarbejde. Denne aftales i regi af de lokale samordningsfora.

Rådgivning i form af kompetenceudvikling og vidensdeling om emner, der ligger ud over forebyggelsesområdet og dermed uden for § 119, stk. 3, ligger i en separat aftale om kompetenceudvikling og vidensdeling, se Sundhedsaftalens afsnit 6.1.6. Det kan være i tilfælde, hvor behandling og opfølgning ofte flyttes til eget hjem fx ved hjemmedialyse, kemoterapi og sygepleje af de borgere, hvor hyppige sygehusbesøg ikke længere er aktuelt. Der indgås særskilt aftale om dette.

Rådgivning om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, som ikke relaterer sig til livsstil og risikoadfærd og dermed uden for § 119, stk. 3, ligger ligeledes i en separat aftale, aftale om forebyggelse af (gen)indlæggelser, se afsnit 7.2.3. i Sundhedsaftalen under det obligatoriske indsatsområde Behandling og pleje.

Rådgivningsformer
Rådgivningen kan udformes som eksempelvis fyraftensmøder, skriftlig information og retningslinjer, netværk mellem region og kommuner, undervisning samt mulighed for individuelt tilrettelagt rådgivning. Rådgivningens konkrete aktivitet og formålet hermed afgør hvilken form der egner sig bedst i forhold til både afsender og modtager.

I relation til de områder der er omfattet af § 119, stk. 3, så tages der udgangspunkt i følgende former for rådgivning;

- Kompetenceudvikling og vidensdeling skriftligt og mundtligt fx i forhold til rådgivning om patientrettet forebyggelse og patientuddannelse, opgaver med forebyggelse i forhold til nye sygdomme og behandlinger, eller opgaver i forbindelse med nye sygdomme, behandlingsformer og medicin.

- Gennemførelse af analyser, herunder analyser af sundhedsprofildata individuelt for enkeltkommuner og rådgivning om brug af data og resultater som bidrag til planlægning af forebyggelsesopgaver.

- Forsknings- og udviklingsprojekter, hvor regionen bidrager som en faciliterende part til facilitering af udviklingsprocesser, projektudvikling, fundraising, dialog med forsknings / evalueringsinstitutioner om design og evaluering af projekterne.

- Faglig rådgivning på specialiseret niveau kan fx være om infektionshygiejne fx rådgivning i form af undervisning, sparring, konkrete individuel rådgivning og deltagelse i møder. Der indgås særskilt aftale mellem region og kommuner om, hvad der rådgives om, med hvilken form, ligesom det aftales et vederlagsfrit grundniveau af ydelser, samt mulighed for betaling for særydelser.

Proces for samarbejde og dialog om rådgivningsaktiviteterne
Rammepapiret er som udgangspunkt gældende i samme periode som den Sundhedsaftalen 2015-2018. Følgegruppen for forebyggelse opdaterer rammepapiret vedr. aftale om infektionshygiejnisk rådgivning, når aftalen foreligger i sin endelige form. Følgegruppen for forebyggelse følger efterspørgsel og behov for rådgivning. Det sker ved, at Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde sender en årlig status for rådgivningsaktiviteterne til Følgegruppen for Forebyggelse som herudfra drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne og giver sine input til Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.

Bilag pkt. 11.1

Kommissorium for programstyregruppe for landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Formål og baggrund:

Regeringen, KL og Danske Regioner har i ØA2016 aftalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019.

Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med, at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

Som led i økonomiaftalen er der afsat 47 mio. til en række nationale forudsætningsskabende projekter og initiativer, herunder etablering af et sekretariat for den fællesoffentlige porteføljestyregruppe, som nedsættes til at følge udbredelsesprojektet.

De nationale forudsætningsskabende projekter er i vidt omfang baseret på de erfaringer, der er høstet ved gennemførelsen af Tele Care Nord projektet.

I aftalen mellem Regeringen, KL og DR er det forudsat, at implementeringsopgaven bliver organiseret i 5 landsdelsprogrammer, der aftalemæssigt knyttes op på sundhedsaftalerne. For hvert landsdelsprogram etableres en programstyregruppe med en regional og kommunal formand.

Landsdelsprogrammet

I henhold til aftalen mellem Regeringen, KL og DR, skal udbredelsen af telemedicin organiseres i et landsdelsprogram, der fastlægger den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem en region, tilhørende kommuner og almen praksis.

Organiseringen af opgaven tager udgangspunkt i forløbsprogrammet for KOL og forankres i den regionale Sundhedsaftale. Desuden skal der som grundlag for udbredelsen ske en afklaring af opgaver og ansvar for almen praksis.

Organisering af behandling og indsats ved telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bygger på en række fælles principper om, at sundhedsopgaver skal placeres på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON) og skal forankres i eksisterende drift. Organiseringen bygger på en stafettankegang, hvor der skal være sikkerhed for, at én aktør ikke slipper ansvaret, før en anden har overtaget det aktivt. Organiseringen skal desuden bygge på den overordnede nationale ramme for organisering af behandling og indsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsdata-styrelsens anbefalinger til forløbsprogrammer

I det omfang, det er nødvendigt at henlægge opgaver til almen praksis, skal der udarbejdes en model herfor.

Region og kommuner skal i landsdelsprogrammet aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Kompetencer

Programstyregruppen rapporterer til følgegruppen for Velfærdsteknologi og telemedicin samt til den fællesoffentlige porteføljestyregruppe for udbredelse af telemedicin til borgere med KOL.

Programstyregruppen kan nedsætte reference- og/eller arbejdsgrupper til at støtte gennemførelsen af programmet.

Programstyregruppen tillægges det overordnede ansvar for at sikre fremdrift og leverancer i de projekter og ændringsprocesser, som indgår i programmets opgaveportefølje.

Oversigt over landsdelsprogrammets opgaveportefølje

Ud fra den overordnede aftale mellem regering, KL og DR er følgene overordnede opgaver forudsat håndteret eller sikret i landsdelsprogrammet:

- Aftale den konkrete opgave- og ansvarsfordeling ved indførelse af hjemmemonitorering af KOL-patienter mellem region, kommuner og almen praksis.
- Sikre, at den aftalte opgave- og ansvarsfordeling indarbejdes i forløbsprogrammet for KOL
- Aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, herunder sikre aftale med PLO.
- Der skal etableres en tværsektoriel model for professionel understøttelse af service og logistik – herunder etablering af fælles servicecentre (input hertil fra et af de forudsætningsskabende projekter)
- Proces for valg/anskaffelse af nødvendig regional og kommunal infrastruktur, herunder fælles infrastruktur og gennemførelse af evt. udbud.
- Proces for valg/anskaffelse af telemedicinsk løsning/udstyr til opsamling af data hos borgeren.
- Afrapportering af status til: DAK/SKU, fællesoffentlig porteføljestyregruppe.

Oversigten over projekter og ændringsprocesser i linjeorganisationerne, som indgår i programmet kan ikke anses for udtømmende og kan blive justeret som programmet skrider frem.

Programstyregruppen har til opgave at:

- Sikre at programmets gevinster realiseres i henhold til gevinstrealiseringsplan.
- Sikre ledelsesmæssig forankring og gode rammer for lokal implementering af det nationale landsprogram i kommuner og på sygehuse.
- Sikre fremdrift og kvalitet i programmet, herunder at afgrænse programmet i forhold til eksisterende projekter og ændringsprocesser samt i nødvendigt omfang igangsætte nye.
- Fungere som bindeled til den nationale porteføljestyregruppe og orientere den nationale porteføljestyregruppe om udvikling og udfordringer i projektet.

- Sikre de driftsmæssige forudsætninger for implementering i driften på sygehuse og i kommuner.
- Bidrage til at understøtte og afsøge muligheder for fortsat udvikling af den telemedicinske samarbejdsmodel med udvidelse af anvendelsesmuligheder til andre patientgrupper.
- Afrapportere status til DAK om udvikling, muligheder, udfordringer og overgang til drift.

Programstyregruppens sammensætning

Ved udpegning af medlemmer til programstyregruppen tilstræbes at alle væsentlige interessenter er repræsenteret, herunder fx at alle sygehusområder er repræsenteret fra enten kommunal eller regional side. Ligeledes tilstræbes at væsentlige interessenter i linjeorganisationerne er repræsenteret herunder Afdeling for tværsektorielt samarbejde og Afdeling for Praksis.

Ovenstående hensyn taler for en koordineret udpegning af medlemmer mellem region og kommuner.

5 kommunale repræsentanter (hvoraf Arne Nicolajsen er udpeget som del af formandsskabet)

5 regionale repræsentanter (hvoraf Peder Jest er udpeget som del af formandsskabet)

1 repræsentant fra PLO

Desuden deltager programlederen i programstyregruppens møder.

Programstyregruppens aktivitet

Programstyregruppen udøver sit arbejde gennem møder. Gruppen forventes at afholde mindst 4 årlige møder, men tilrettelægger i øvrigt mødeaktiviteten under hensyn til programmets gennemførelse.

Formandsskabet bestående af den kommunale og regionale formand udgør forretningsudvalget.

Betjening af programstyregruppen

Programstyregruppen etablerer et sekretariat bestående af 1 fælles programleder, 1. regional projektleder og 1. kommunal projektleder.

NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDS-VÆSENET

VI LØFTER KVALITETEN MED PATIENTEN I CENTRUM

Vi har de seneste 10-15 år oplevet et markant løft i kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Men der er stadig plads til forbedringer. Borgerne skal have en behandling af endnu højere kvalitet, uanset postnummer og uafhængigt af størrelsen af deres pengepung.

Derfor er regeringen, Danske Regioner og KL enige om, at opstille konkrete nationale mål, der sætter en tydelig retning for kvaliteten af det danske sundhedsvæsen. De nationale mål er en ny tilgang til at arbejde med kvalitet. Et skifte væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater til gavn for den enkelte patient.

Sophie Løhde
Sundheds- og ældreminister

Martin Damm
Formand for KL

Bent Hansen
Formand for Danske Regioner

DE NATIONALE MÅL FOR DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN

De nationale mål skal udgøre en drivkraft for det lokale arbejde med kvalitetsforbedringer. Det er dermed de enkelte regioner og kommuners ansvar at forankre de nationale mål til lokalt definerede mål og indsatser.

Sigtet er, at den enkelte læge, sygeplejerske, SOSU-assistent mv. skal have frihed til at tænke højere kvalitet i det daglige arbejde, alt efter hvilke konkrete udfordringer og vilkår, der gør sig gældende lokalt.

Der er et udviklingsperspektiv for de nationale mål, som årligt vil blive drøftet politisk. Ambitionen er, at målene skal afspejle den værdi, kvalitet og resultater sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient. Og at de tilhørende indikatorer i højere grad kommer til at afspejle dette på sigt.

De nationale mål er blot ét element i en større omstilling af kvalitetsarbejdet. I 2016 introduceres bl.a. nye lærings- og kvalitetsteams og et nationalt ledelsesprogram. Herudover er der også enighed om et styrket fokus på systematisk patientinddragelse, bedre brug af sundhedsdata og forsøg med værdibaseret styring.

Alt sammen til gavn for patienterne.

”FORMÅLET MED DE NATIONALE MÅL ER STØRRE LOKALT EJERSKAB TIL KVALITETSARBEJDET. DET ER MEDARBEJDERNE, SOM SKAL SKAL DRIVE FORANDRINGERNE, FOR DE HAR DEN DAGLIGE KONTAKT MED PATIENTERNE”

DE NATIONALE MÅL FOR DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN

Introduktionen af nationale mål betyder, at der skal arbejdes med mål på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

De nationale mål er politisk bestemte, og udtrykker retningen for den ønskede udvikling af det danske sundhedsvæsen.

Der er udvalgt en række **indikatorer**, som konkretiserer de overordnede mål. Indikatorerne gør det muligt for regioner og kommuner at følge målene og tage de initiativer, der skaber den ønskede udvikling.

Lokale mål og indsatser skal forankre de nationale mål i kommuner og regioner og adressere konkrete lokale kvalitetsudfordringer, som skal løfte kvaliteten på syge-huse, plejecentre mv.

NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSNET

BEDRE SAMMEN-HÆNGENDE PATIENT-FORLØB	STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENT-SIKKERHED	BEHANDLING AF HØJ KVALITET	HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	FLERE SUNDE LEVEÅR	MERE EFFEKTIVT SUNDHEDS-VÆSEN
INDIKATORER							
BELÆGNING AKUTTE GENINDLÆGGEL-SER INDEN FOR 30 DAGE VENTETID TIL GENOPTRÆNING SOMATISK FÆRDIGBEHAND-LINGSDAGE PÅ SYGEHUSE AJOURFØRTE MEDICIN-OPLYSNINGER (PRAKTISERENDE LÆGE)	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL/ DIABETES-PATIENT FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT ÆLDRE	5 ÅRS OVERLEVELSE EFTER KRÆFT HJERTE-DØDELIGHED SYGEHUS-ERHVERVEDE INFEKTIONER OVERLEVELSE VED UVENTET HJERTESTOP	OPFYLDELSE AF KVALITETSMÅL I DE KLINISKE KVALITETS-DATABASER INDLAGTE PATIENTER I PSYKIATRIEN, DER BÆLTEFIKSERES	VENTETID TIL PLANLAGT SYGEHUS-OPERATION OG TIL PSYKIATRIEN SOMATISKE/ PSYKIATRISKE PATIENTER UDREDT INDEN FOR 30 DAGE KRÆFTPAKKE-FORLØB GENNEMFØRT INDEN FOR TIDEN	PATIENT-TILFREDSHED PATIENTOPLEVET INDDRAGELSE	MIDDELLEVETID DAGLIG RYGERE I BEFOLKNINGEN	LIGGETID PR. INDLÆGGELSE PRODUKTIVITET PÅ SYGEHUSENE
REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL							

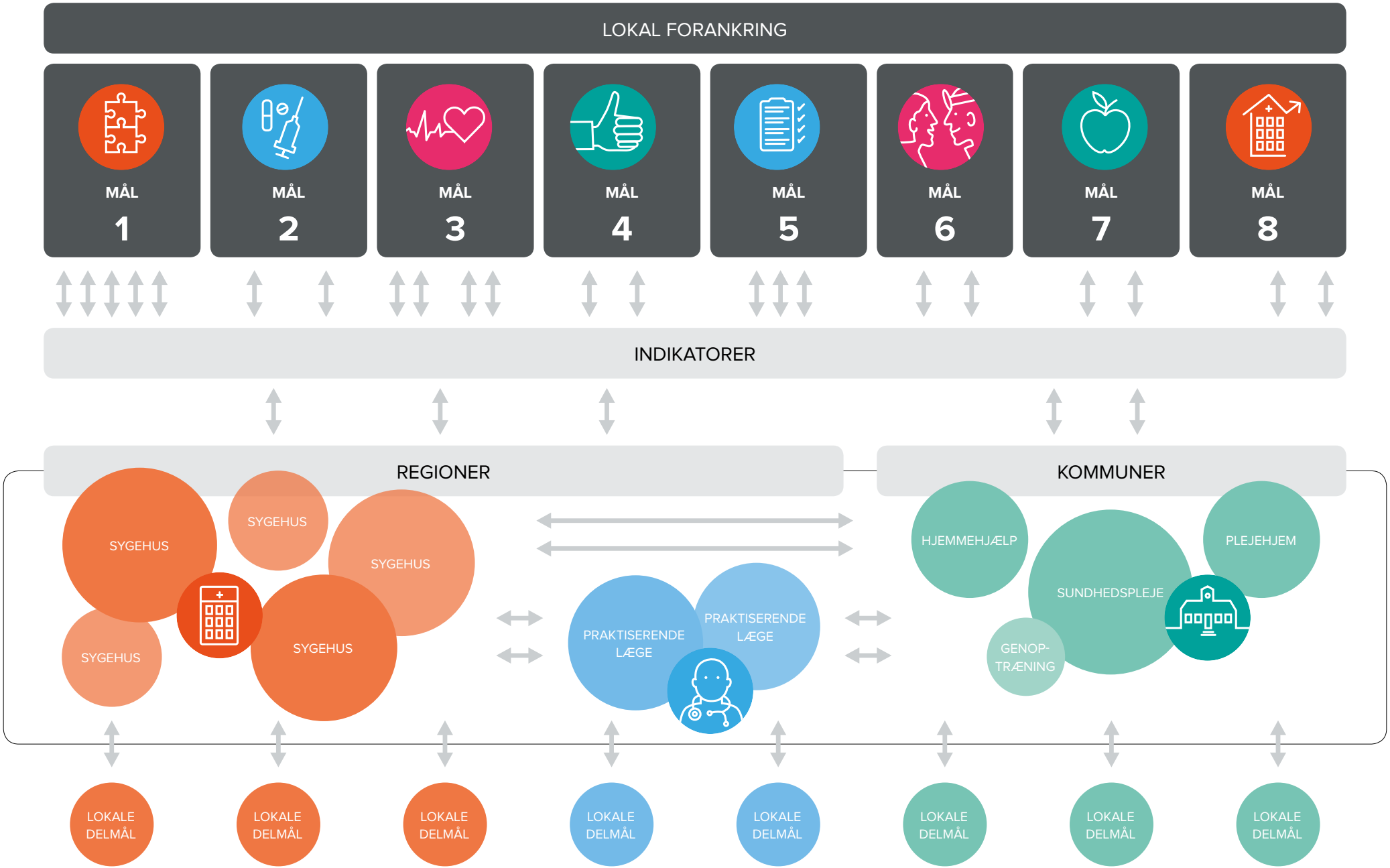
BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB

Den lokale forankring på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og praksissektoren er et helt centralt element i den nye tilgang til kvalitet.

Her skal de nationale mål omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de giver mening, hver dag sundhedspersonalet møder på arbejde.

Der bliver altså en større metodefrihed for personalet, som skal være med til at definere de indsatser, som skal løfte kvaliteten for den enkelte patient.

Det er op til regionsråd og kommunalbestyrelse at sikre, at det sker.


LOKAL FORANKRING
MÅL 1
MÅL 2
MÅL 3
MÅL 4
MÅL 5
MÅL 6
MÅL 7
MÅL 8
INDIKATORER
REGIONER
KOMMUNER
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
PRAKTISERENDE LÆGE
PRAKTISERENDE LÆGE
HJEMMEHJÆLP
SUNDHEDSPLEJE
PLEJEHJEM
GENOP-TRÆNING
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL

UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER

Vi vil løbende følge udviklingen i de nationale mål. Det sker via en trafiklys-markering, hvor den enkelte region eller kommune kan se, hvor de bevæger sig hen i forhold til de nationale mål.

Farven i trafiklyset giver regioner og kommuner et billede af, hvordan deres indsatser har bidraget til udviklingen til sundhedsvæsenet.

Hvert forår vil en statusrapport vise, om indikatorerne – og dermed det danske sundhedsvæsen – har udviklet sig i den ønskede retning.

Statusrapporten vil være udgangspunkt for dialog om udviklingen parterne imellem. Mål og indikatorer kan politisk justeres, hvis det er nødvendigt.

Farverne angiver, hvordan regioner og kommuner har udviklet sig det foregående år, samt hvordan de er placeret ift. gennemsnittet.

De enkelte farver betyder:

- Negativ udvikling og under gennemsnittet
- Enten positiv udvikling og under gennemsnit / negativ udvikling og over gennemsnit
- Positiv udvikling og over gennemsnit

TABEL 1 : Oversigt over farvemarkering af indikatorer, udvikling fra 2014-2015

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
BEDRE SAMMEN-HÆNGENDE PATIENTFORLØB	Belægning (under udvikling)						
	Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, pct.	6,7	5,5	6,6	5,9	6,3	9,1
	Ventetid til genoptæning, median, dage	14	15	13	16	14	13
	Somatisk færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage pr. 1.000 borgere	6,1	3,4	1,8	1,7	15,2	2,0
	Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge), pct. (maj 2015-marts 2016)	12	13	12	11	11	14
STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	Akutte indlæggelser pr. 1.000 KOL-patienter, antal	583	499	534	485	715	613
	Akutte indlæggelser pr. 1.000 diabetes type 2-patienter, antal	374	315	350	303	459	389
	Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), antal	63,5	52,8	55,2	61,0	77,6	61,5
FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENTSIKKERHED	5 års overlevelse efter kræft, pct. (2008-2010 og 2011-2013)	59	59	59	60	61	58
	Hjertedødelighed (2013-2014), dødsfald pr. 100.000 borgere	127	131	122	129	126	132
	Sygehuserhvervede infektioner – bakteriæmier, antal pr. 10.000 risikodøgn	8,0	6,7	7,5	8,9	8,3	7,4
	Sygehuserhvervede infektioner – clostridium difficile, antal pr. 100.000 borgere	66,2	61,2	46,9	58,6	88,5	63,3
	Overlevelse ved uventet hjertestop (under udvikling)						
BEHANDLING AF HØJ KVALITET	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser*	63,5	59,5	67,6	62,9	60,3	59,2
	Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, pct.	5,9	6,0	7,8	6,5	4,8	5,8

Anm.: Alle tal viser udviklingen fra 2014 til 2015 med mindre andet er angivet.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.
* RKKP og Danske Regioner
** Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse
*** Danmarks Statistik
**** Den Nationale Sundhedsprofil

Forsat

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	Gns. erfaret ventetid til sygehusoperation, dage	48	66	39	43	52	46
	Gns. erfaret ventetid til psykiatrien, børn og unge, dage	22	33	19	19	26	23
	Gns. erfaret ventetid til psykiatrien, voksne, dage	25	36	29	21	24	23
	Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, pct. (4. kvt. 2014 og 4. kvt. 2015)	65	59	72	69	55	73
	Psykiatriske patienter udredt inden for fristen, børn og unge, pct. (3.-4. kvt. 2015)	69	38	73	66	52	93
	Psykiatriske patienter udredt inden for fristen, voksne, pct. (3.-4. kvt. 2015)	79	68	85	79	92	60
	Pakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for kræft, pct.	79	76	80	84	78	77
ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	Patienttilfredshed (gnsn. score 1-5)**	4,24	4,29	4,32	4,25	4,21	4,09
	Patientoplevet inddragelse (gnsn. score 1-5)**	3,69	3,76	3,81	3,65	3,70	3,47
FLERE SUNDE LEVEÅR	Middellevetid***	80,6	80,4	81,1	80,8	80,4	79,9
	Daglig rygere, pct. (2013)****	17,0	17,0	17,0	19,2	15,0	18,1
MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage	3,4	4,2	3,3	3,6	3,4	3,1
	Produktivitet på sygehusene, indeks: hele landet = 100 (2014)	100	92	100	101	102	98

Anm.: Alle tal viser udviklingen fra 2014 til 2015 med mindre andet er angivet.

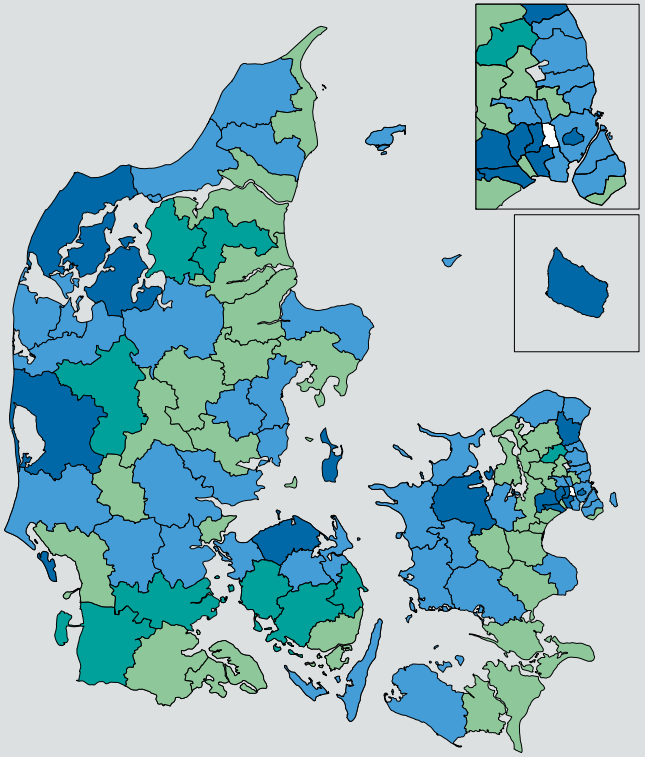
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.
* RKKP og Danske Regioner
** Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse
*** Danmarks Statistik
**** Den Nationale Sundhedsprofil

”DE NATIONALE MÅL ER ET VÆRKTØJ TIL AT SÆTTE PATIENTEN I CENTRUM. MÅL OG RESULTATER, SOM SKABER VÆRDI FOR PATIENTERNE, SKAL VÆRE PEJLEMÆRKER FOR KVALITETS-ARBEJDET.”

EKSEMPLER PÅ INDIKATORER

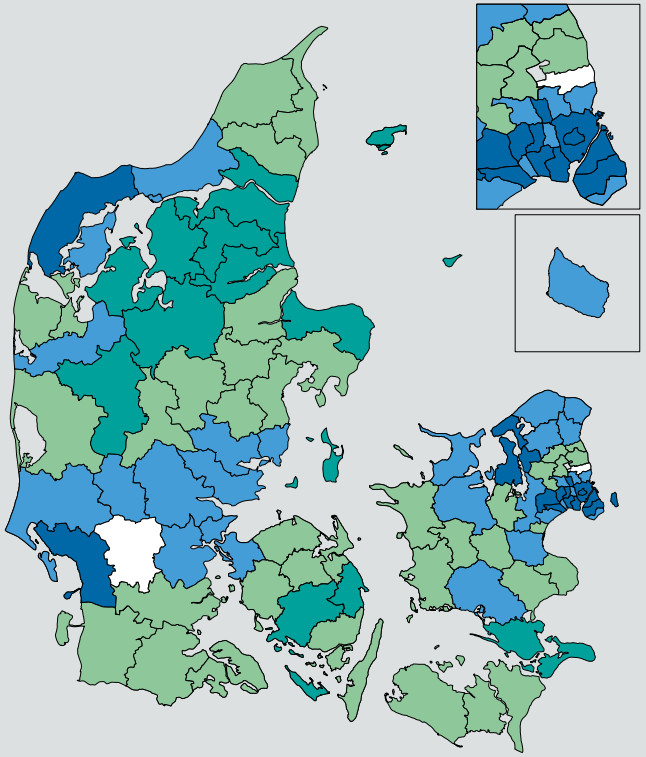
1 : Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

FIGUR 1 : Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), udvikling fra 2014 til 2015, fordelt på kommune



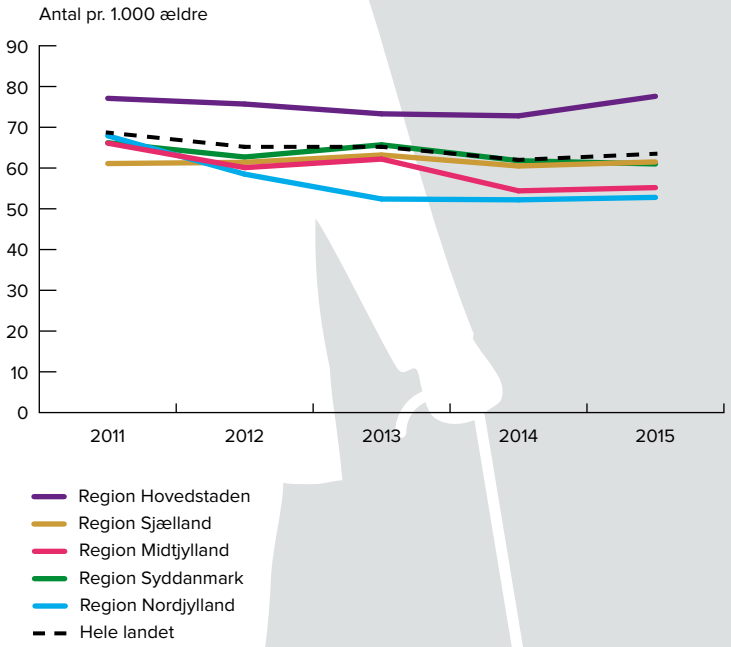
- Betydelig positiv udvikling (Under -10%)
- Positiv udvikling (-10% til -0,01%)
- Neutral udvikling (0%)
- Negativ udvikling (0,01% til 10%)
- Betydelig negativ udvikling (over 10%)

FIGUR 2 : Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), set ift. landsgennemsnittet, fordelt på kommune, 2015



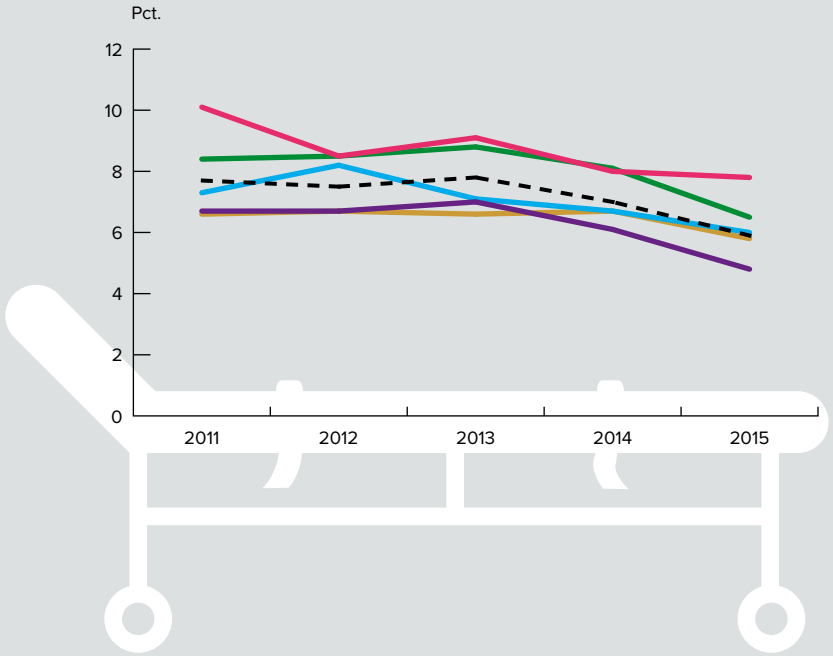
- Under 48 indlæggelser
- 48 til 63,4 indlæggelser
- 63,5 indlæggelser (landsgennemsnit)
- 63,6 til 79 indlæggesler
- Over 79 indlæggelser

FIGUR 3 : Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre, fordelt på regioner



2 : Tvang i psykiatri

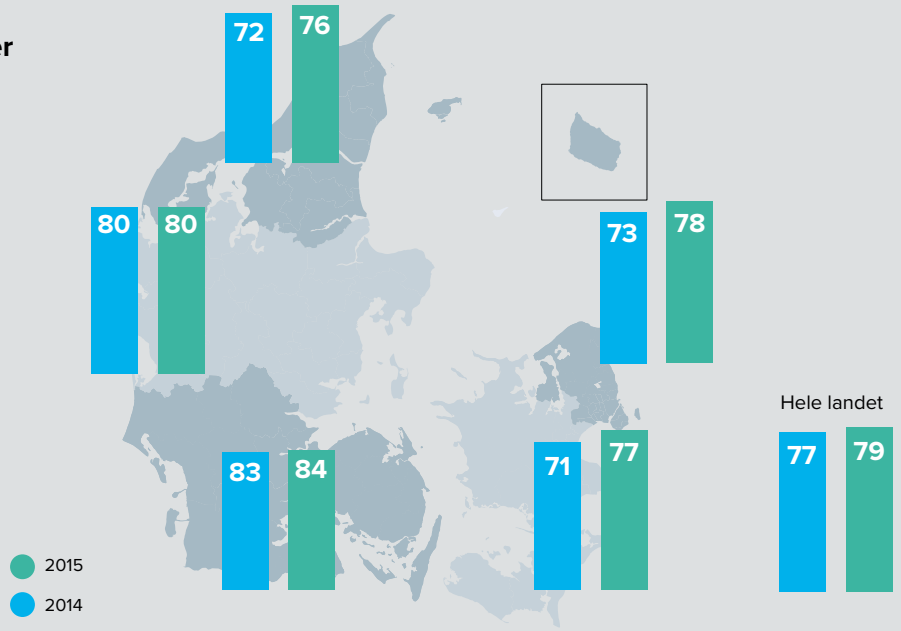
FIGUR 4 : Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres



3 : Kræftpakker

FIGUR 5 : Andel kræftpakke-forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider, pct.

Note: Uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype.



TABEL 2 : Oversigt over kommunernes resultater for udvalgte indikatorer, udvikling 2014-2015

REGION HOVEDSTADEN	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
ALBERTSLUND KOMMUNE	7,7	15	5,8	762	518	89,4	80,4	16,5
ALLERØD KOMMUNE	6,7	11	4,4	582	390	57,4	82,3	9,7
BALLERUP KOMMUNE	4,9	15	13,2	673	431	72,9	79,6	16,7
BORNHOLM KOMMUNE	6,5	19	1,5	690	436	69,3	79,4	15,8
BRØNDBY KOMMUNE	6,4	21	42,9	832	499	96,3	79,1	19,4
DRAGØR KOMMUNE	4,5	15	7,8	593	407	67,9	81,3	12,9
EGEDAL KOMMUNE	4,7	*	30,8	610	402	56,7	81,7	12,8
FREDENSBORG KOMMUNE	9,3	14	10,3	667	459	74,9	81,3	13,8
FREDERIKSBERG KOMMUNE	6,8	21	0,3	777	445	88,5	80	12,4
FREDERIKSSUND KOMMUNE	10,1	13	7,2	757	502	85,6	79,5	14,2
FURESØ KOMMUNE	2,9	9	32,2	561	349	54,8	82	10,6
GENTOFTE KOMMUNE	2,5	11	21,1	592	392	69,6	82,2	10,1
GLADSAXE KOMMUNE	4,9	36	7,9	662	454	74,6	79,5	16,2
GLOSTRUP KOMMUNE	7,6	11	4,5	811	517	84,2	79,9	14,5
GRIBSKOV KOMMUNE	9,6	*	10,2	737	514	74,4	80,3	17,5
HALSNÆS KOMMUNE	10,2	14	8,7	839	553	87,5	79	18,1
HELSINGØR KOMMUNE	9,7	16	9,6	684	454	74,2	80	16,6
HERLEV KOMMUNE	4,8	37**	28,0	710	463	83,0	79,2	16,5
HILLERØD KOMMUNE	10,1	20	13,0	773	480	72,5	81	13,2
HVIDOVRE KOMMUNE	6,1	17	39,4	666	475	89,8	79,7	17,0
HØJE-TAASTRUP KOMMUNE	6,8	*	3,9	828	495	87,1	79,5	18,6
HØRSHOLM KOMMUNE	7,1	12	2,5	611	389	59,3	81,9	10,4
ISHØJ KOMMUNE	7,3	14	1,0	890	601	105,7	78,3	18,8
KØBENHAVN KOMMUNE	6,6	15	12,9	755	467	87,9	78	16,3
LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE	2,6	12	25,0	577	410	63,5	82,3	9,5
RUDERSDAL KOMMUNE	3,0	14	19,5	503	380	58,5	82,4	8,5
RØDOVRE KOMMUNE	4,3	15	30,2	621	433	75,2	79,5	17,1
TÅRNBY KOMMUNE	5,6	13	51,8	704	513	89,6	79,7	16,7
VALLENSBÆK KOMMUNE	6,2	14	21,8	802	466	68,8	80,9	13,7

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION MIDTJYLLAND	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
FAVRSKOV KOMMUNE	8,7	9	0,1	518	371	50,5	81,6	17,8
HEDENSTED KOMMUNE	7,0	11	0,6	541	324	65,5	81,1	17,6
HERNING KOMMUNE	4,0	12	1,3	462	312	43,3	81	16,3
HOLSTEBRO KOMMUNE	4,8	16	0,5	589	382	67,3	80,8	18,5
HORSENS KOMMUNE	8,0	14	0,8	566	391	73,8	80,4	20,7
IKAST-BRANDE KOMMUNE	4,2	14	0,4	490	303	51,4	80,5	19,5
LEMVIG KOMMUNE	5,3	4	1,6	570	375	56,2	79,9	20,7
NORDDJURS KOMMUNE	8,6	13	0,2	499	354	47,5	79,4	19,4
ODDER KOMMUNE	7,3	20	2,1	530	297	64,9	81	16,8
RANDERS KOMMUNE	10,2	13	0,2	599	398	53,3	79,7	18,9
RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE	4,1	11	0,5	513	312	49,0	81	18,2
SAMSØ KOMMUNE	2,7	*	2,2	363	364	42,9	*	22,6
SILKEBORG KOMMUNE	7,6	13	0,4	574	393	59,0	80,7	14,0
SKANDERBORG KOMMUNE	6,2	12	0,1	492	323	57,2	81,6	16,0
SKIVE KOMMUNE	7,4	14	0,3	543	369	44,2	80,3	17,7
STRUER KOMMUNE	5,1	11	0,7	540	311	54,4	80	17,8
SYDDJURS KOMMUNE	8,8	11	0,7	532	376	49,9	81,1	18,3
VIBORG KOMMUNE	8,2	15	0,3	622	373	40,8	80,8	17,3
AARHUS KOMMUNE	5,2	16	5,3	490	324	60,5	80,8	14,7

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION NORDJYLLAND	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
BRØNDERSLEV KOMMUNE	3,7	14	0,7	437	263	55,1	80	16,8
FREDERIKSHAVN KOMMUNE	1,8	11	1,7	470	299	57,2	79,7	19,4
HJØRRING KOMMUNE	2,6	*	0,9	521	316	63,3	80,7	18,2
JAMMERBUGT KOMMUNE	5,4	18	3,8	525	341	63,7	80,1	18,2
LÆSØ KOMMUNE	1,8	8	0,0	416	214	38,1	*	17,9
MARIAGERFJORD KOMMUNE	7,7	19	2,3	491	320	32,7	80,2	19,0
MORSØ KOMMUNE	8,3	15	0,2	637	445	72,6	79,3	20,9
REBILD KOMMUNE	6,6	8	1,3	502	334	36,2	80,9	13,7
THISTED KOMMUNE	8,1	13	0,3	705	423	85,5	79,4	17,9
VESTHIMMERLANDS KOMMUNE	6,2	12	1,4	433	300	30,9	80,5	18,1
AALBORG KOMMUNE	5,8	18	7,1	458	284	45,4	80,2	14,9

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION SJÆLLAND	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
FAXE KOMMUNE	8,5	6**	0,4	558	376	63,4	79,7	17,4
GREVE KOMMUNE	8,4	11	1,9	541	345	64,7	80,3	16,4
GULDBORGSUND KOMMUNE	9,3	15	1,1	646	401	56,0	78,1	18,6
HOLBÆK KOMMUNE	7,8	15	6,3	670	408	75,1	79,8	18,6
KALUNDBORG KOMMUNE	7,9	16	1,1	583	384	61,1	78,9	18,8
KØGE KOMMUNE	9,3	10	7,4	577	373	66,3	80,2	17,3
LEJRE KOMMUNE	7,3	*	2,5	603	384	58,9	81	17,6
LOLLAND KOMMUNE	9,3	13	1,5	636	400	54,6	76,9	23,0
NÆSTVED KOMMUNE	9,5	13	1,3	692	466	66,2	79,6	16,8
ODSHERRED KOMMUNE	7,5	14	1,7	615	378	64,2	78,9	20,1
RINGSTED KOMMUNE	8,5	12	1,2	529	353	57,7	79,8	17,5
ROSKILDE KOMMUNE	8,2	*	0,1	675	415	68,2	80,7	15,0
SLAGELSE KOMMUNE	10,7	17	0,5	660	401	62,7	78,7	20,5
SOLRØD KOMMUNE	7,9	6	2,5	487	311	54,6	80,6	14,0
SORØ KOMMUNE	8,4	11	0,5	591	340	58,3	78,8	16,5
STEVNS KOMMUNE	8,6	*	1,4	518	354	52,6	80,2	18,8
VORDINGBORG KOMMUNE	8,0	10	1,3	521	365	46,1	78,5	20,5

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION SYDDANMARK	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
ASSENS KOMMUNE	6,9	15	2,6	397	268	51,0	80,3	21,0
BILLUND KOMMUNE	7,3	19	0,2	470	279	72,6	80,9	17,1
ESBJERG KOMMUNE	9,3	15	1,3	593	353	84,0	79,6	19,8
FANØ KOMMUNE	6,5	*	3,3	633	208	76,3	*	19,9
FREDERICIA KOMMUNE	2,7	28	1,1	495	325	70,5	79,5	21,8
FAABORG-MIDTFYN KOMMUNE	6,9	19	0,8	384	262	43,7	80,4	19,2
HADERSLEV KOMMUNE	2,2	9	3,7	552	319	49,1	80,3	18,4
KERTEMINDE KOMMUNE	7,5	*	4,1	465	306	55,2	80,5	19,8
KOLDING KOMMUNE	1,7	28	0,9	522	317	76,3	80,5	19,6
LANGELAND KOMMUNE	6,8	16	0,8	473	308	55,5	79,4	24,8
MIDDELFART KOMMUNE	3,6	21	0,5	474	291	67,3	80,8	19,8
NORDFYNS KOMMUNE	7,3	18	9,2	419	279	54,6	79,6	20,2
NYBORG KOMMUNE	6,8	17	3,6	437	284	47,4	80,2	21,4
ODENSE KOMMUNE	7,6	18	1,5	433	273	60,0	79,7	17,5
SVENDBORG KOMMUNE	6,8	19	1,1	418	273	49,1	80,7	20,8
SØNDERBORG KOMMUNE	6,2	9	0,7	510	340	58,7	80,4	17,2
TØNDER KOMMUNE	2,9	27	3,5	480	283	48,3	80,4	20,0
VARDE KOMMUNE	8,9	9	1,0	517	308	63,8	81,2	16,1
VEJEN KOMMUNE	5,4	13	0,2	463	332	63,5	80,3	19,0
VEJLE KOMMUNE	3,9	14	0,8	515	313	67,5	80,6	19,3
ÆRØ KOMMUNE	10,4	14	1,1	417	283	45,5	*	22,9
AABENRAA KOMMUNE	2,3	16	4,0	565	330	51,2	80,1	20,2
HELE LANDET	6,7	14	6,1	583	374	63,5	80,1	17,0

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

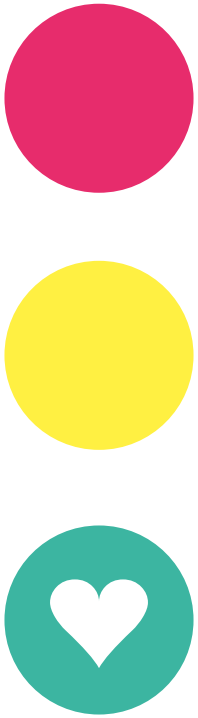
MÅL OG INDIKATORER I FREMTIDEN

De nationale mål og indikatorer skal udvikles med henblik på at skabe aktuel retning for den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet. Mål og indikatorer er derfor dynamiske.

For eksempel kan nogle af målene have en kortere tidsramme og kan justeres løbende i takt med, at der kommer fokus på nye områder, hvor kvaliteten halter.

Det er derfor et udviklingsperspektiv, at mål og indikatorerne på sigt skal have endnu mere fokus på effekt og værdi for patienten.

Der vil for særligt for praksissektoren og den kommunale sektor være fokus på at udvikle nye mål og indikatorer, så der skabes yderligere indsigt i de to sektorers resultater.



NATIONALE MÅL
FOR SUNDHEDSVÆSENET

UDGIVET AF
SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET,
KL OG DANSKE REGIONER

ELKTRONISK PUBLIKATION
ISBN: 978-87-7601-361-5

DESIGN: BGRAPHIC

FOTO: JOHNER

SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET

DANSKE REGIONER

KL

sum.dk · regioner.dk · kl.dk

Bilag pkt. 13.1

Invitation

Efteråret 2016

Sundhedskoordinationsudvalget inviterer til politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker at gøre midtvejsstatus på arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018. For at skabe en god dialog omkring dette arbejde har Sundhedskoordinationsudvalget besluttet at afholde fire politiske møder, hvor hver kommune vil have mulighed for at deltage i ét møde.

Formålet med møderne er i fællesskab at:

- gøre status på samarbejdet i regi af sundhedsaftalen; hvor langt er vi egentlig nået, og er vi på rette vej?
- drøfte fælles udfordringer; er der særlige områder eller indsatser, der kræver noget mere eller ekstra af os?
- finde fælles løsninger; hvordan kan vi hver især bidrage til at komme godt i mål til gavn for borgerne?

Hvem?
- Formænd og næstformænd for kommunale politiske udvalg med ansvar for sundhedsaftaleområdet, samt én embedsmand fra hver kommune
- Medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget
- Formandskabet for PLO Syddanmark
- Medlemmer af Region Syddanmarks Sundhedssamordningsudvalg

Hvor og hvornår?
Tirsdag den 30. august 2016 kl. 14.00-17.30
Sted: Kulturøen, Havnegade 6-10, 5500 Middelfart

Torsdag den 1. september 2016 kl. 14.00-17.30
Sted: Fremtidsfabrikken, Jessens Mole 11, 5700 Svendborg

Fredag den 9. september kl. 9.00-12.30
Sted: Sundhedscenter Kolding, Skovvangen 2a, 6000 Kolding

Onsdag den 14. september kl. 9.00-12.30, Aabenraa
Sted: Aabenraa Rådhus, lokale 412, Skelbækvej 2, 6200 Aabenraa

Tilmelding
Hver kommune bedes indsende én samlet tilmelding. Kommunerne tilmelder sig møderne i prioriteret rækkefølge, således at mødet, kommunen helst deltager i, markeres med tallet 1 og mødet, der passer dårligst, markeres med tallet 4. Af hensyn til processen i midtvejsmøderne, skal der deltage nogenlunde lige mange kommuner i hvert møde. Vi vil forsøge, at tage hensyn til alles 1. prioritet, og I vil få endelig besked, når alle kommuner er tilmeldt.

Tilmelding sker ved at sende en mail til Katrine Dennak på Katrine.Dennak@rsyd.dk.
Skriv gerne et forventet deltagerantal.

Tilmelding skal ske senest den 7. juni 2016

Program

Velkomst og formål med dagen
Velkommen, formålet med dagen og programmet v/Tage Petersen, formand for Sundhedskoordinationsudvalget og Henning Ravn, næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget
Præsentationsrunde v/deltagerne.

Status på arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018
Hvad siger dem, som det hele handler om? Patientperspektiv på arbejdet med Sundhedsaftalen i form af en video om en borger med KOL. I videoen fortæller en borger om sine oplevelser i forbindelse med at deltage i udarbejdelsen af det nye forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark.
Formandskabet i Sundhedskoordinationsudvalget opridser kort historikken for Sundhedsaftalen 2015-2018, fortæller om de særligt prioriterede indsatser, og hvor langt vi er med arbejdet.

Kommunernes arbejde med Sundhedsaftalen 2015-2018
De deltagende kommuner holder et kort oplæg på 10 minutter ud fra følgende spørgsmål:

- Hvordan arbejder I med Sundhedsaftalen i jeres kommune?
- Hvor gør sundhedsaftalen en positiv forskel for kommunens borgere?
- Er der indsatser, hvor det er eller vil være svært at komme i mål og i givet fald hvorfor?

Målet er et fælles billede af status på arbejdet, samt inspiration til det videre arbejde.

Fælles drøftelse og fælles billede af hvor vi er i arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018
Der samles op på kommunernes oplæg, og deltagerne skaber sig et fælles billede af, hvor sundhedsaftalen særligt gør en positiv forskel for borgerne, men også hvor der er udfordringer, som evt. kræver en særlig eller ekstra indsats fremadrettet. Det drøftes, hvad det kræver at komme i mål – både for den enkelte sektor, men ikke mindst i fællesskab.
Seancen vil være en kombination af plenum- og gruppedrøftelser.

Afrunding og tak for i dag
Formandskabet i Sundhedskoordinationsudvalget samler op på dagen og orienterer om det videre arbejde.

Chefrådgiver Sten Kock-Hansen, Ledelsesakademiet, Region Syddanmark er proceskonsulent på møderne.

Kontaktpersoner:

Katrine Dennak, Tværsektorielt Samarbejde
Katrine.Dennak@rsyd.dk
Telefon. 51709731

eller

Christina Ryborg, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
cetr@vejen.dk
Telefon. 40281307

Bilag pkt. 14.1

Status på de prioriterede indsatser i sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskoordinationsudvalget udvalgte i februar 2015 en række særligt prioriterede indsatser i sundhedsaftalen. Disse indsatser er:

- Videreudvikling af SAM:BO, samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning
- Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom
- Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin
- Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- Samarbejdsaftale om Fælles Medicin Kort (FMK)
- Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

Videreudvikling af SAM:BO

SAM:BO er en samarbejdsaftale om borger- og patientforløb i forhold til indlæggelse og udskrivning. Aftalen gælder for samarbejdet imellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Formålet er at sikre ens regler imellem alle parter og at lette arbejdsgangene for personalet. Aftalen skal være med til at skabe et bedre samarbejde mellem parterne til glæde for patienterne, så de får et bedre og mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Hensigten er nu at udvide og videreudvikle SAM:BO med afsæt i de metoder og den måde SAM:BO anvendes på i dag. Målet er, at aftalen også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus og hjemmepleje, og fx også gælde børn- og ungeområdet og det psykiatriske område. Det stiller bl.a. krav til den elektroniske kommunikation. Arbejdet er påbegyndt, og der er nedsat en arbejdsgruppe, der i første omgang skal afdække de juridiske og tekniske muligheder og begrænsninger i forhold til videreudvikling af SAM:BO.

Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

Der skal i aftaleperioden indgås en ny aftale om mennesker med kronisk sygdom. Til det arbejde er der udarbejdet en generisk model, som Det administrative Kontaktforum har godkendt som ramme for udarbejdelse af nye patientforløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme i Region Syddanmark. Endvidere er det besluttet, at der skal udarbejdes patientforløbsprogrammer for følgende sygdomsgrupper:

- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)
- Diabetes
- Kronisk rygsygdom
- Leddegigt
- Depression
- Kronisk hjertekarsygdom

Arbejdet indledes med udvikling af et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL, som skal erstatte det eksisterende fra 2010. Forløbsprogrammet skal beskrive den samlede behandlingsindsats på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis med det formål at sikre rettidig kommunikation samt et velfungerende samarbejde mellem fagprofessionelle, og herigennem øge behandlingskvalitet og sammenhæng for patienten. Forløbsprogrammet udarbejdes i samarbejde med patienter og pårørende samt sundhedsprofessionelle fra både sygehuse, kommuner og almen praksis. Det forventes, at Sundhedskoordinationsudvalget kan præsenteres for et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL, samt en plan for udviklingen af de øvrige forløbsprogrammer i starten af 2017.

Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin

Samarbejdet om velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte borgerens uafhængighed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom det skal fremme kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnet. Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse, og Det administrative Kontaktforum har besluttet, at den nye strategi skal tage afsæt i IT-strategien for 2011-2014, som revideres efter den nye sundhedsaftale. Strategiens formål er at understøtte sundhedsaftalens indsatser, herunder særligt de seks prioriterede områder. Det er i første omgang ikke målet at igangsætte nye initiativer, fokus skal være på udvikling af igangværende projekter indenfor velfærdsteknologi og telemedicin, fx understøttelse af forløbsprogrammer for KOL, videreudvikling af SAM:BO samt udbredelse og koordineret ibrugtagning af det fælles medicinkort. Strategien forventes godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i oktober 2016.

Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse opgaver, som foregår i én sektor helt eller delvist kan varetages af en anden, både ud fra et hensyn til patientens forløb og ud fra et formål om at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Der skal udarbejdes *en generisk model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse*. Som grundlag herfor er der foretaget en afdækning af erfaringer med opgaveoverdragelse og samarbejdsaftaler om sundhedsopgaver både i Region Syddanmark og i de øvrige regioner. Endvidere er der indhentet bud på relevante opgaver for opgaveoverdragelse blandt kommuner, sygehusenheder (både somatik og psykiatri) og PLO-Syd.

Med udgangspunkt i de indkomne forslag, og som et led i udarbejdelsen af modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, har Det administrative Kontaktforum godkendt, at udvalgte opgaver inden for Intravenøst (IV)-behandlingsregimet undersøges nærmere for deres potentiale for overdragelse. IV-behandlingsregimet er valgt, da både sygehuse, kommuner og almen praksis har meldt tilbage, at bl.a. IV-behandling med antibiotika rummer potentiale for overdragelse. Ydermere eksisterer allerede enkeltaftaler mellem de fire somatiske sygehusenheder og flere af de 22 kommuner, som med fordel kunne formaliseres i en regional samarbejdsaftale.

Med udgangspunkt i den eksisterende erfaring inden for IV-behandlingsregimet samt under hensynstagen til overlap med andre behandlingsformer, skal følgende opgaver afdækkes for deres potentiale for overdragelse:

- IV-behandling med antibiotika
- IV-behandling med tynde væsker
- Parenteral ernæring
- Blodtransfusion

Det Administrative Kontraktforum har i foråret 2016 godkendt, at der tages udgangspunkt i ovennævnte opgaver i forhold til at kvalificere de kriterier, der skal indeholdes i modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Når dette arbejde er fuldendt præsenteres Det Administrative Kontaktforum for et udkast til en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.

Samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort

Fælles Medicinkort (FMK) skal sikre, at alle parter får adgang til at dele den samme information om aktuel lægeordineret lægemiddelbehandling, så der ideelt set ikke skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdaterede medicinlister. Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal følge og understøtte implementeringen af FMK på tværs af sektorer. Kommissoriet er godkendt i Det Administrative Kontaktforum i januar 2016, og i løbet af 2016 skal det vurderes, hvorvidt der skal igangsættes et arbejde omkring udarbejdelse af en samarbejdsaftale for FMK.

Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

Den regionale sundhedsprofil "Hvordan har du det?2013" og andre undersøgelser har peget på dårligere trivsel hos unge og særligt unge kvinder. Der udarbejdes en kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge, som kan give en mere nuanceret beskrivelse af omfang og udvikling på området. Derudover vil kortlægningen inddrage eksperters bud på årsager til udviklingen i mental sundhed blandt børn og unge, samt komme med anbefalinger til det videre arbejde med mental sundhed. Kortlægningen forventes at blive præsenteret for Sundhedskoordinationsudvalget i august 2016.

Bilag pkt. 14.2

PROGRAM

Midtvejsmøde om Sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker at gøre midtvejsstatus på arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018. For at skabe en god dialog omkring dette arbejde har Sundhedskoordinationsudvalget besluttet at invitere Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget til et fællesmøde. Desuden vil der i løbet af efteråret 2016 blive afholdt politiske møder med kommunerne i regionen.

På mødet ønskes en fælles drøftelse af, hvordan det går med implementeringen af Sundhedsaftalen med et særligt fokus på de prioriterede indsatser. Sundhedskoordinationsudvalget ønsker at høre Patientinddragelsesudvalgets og Praksisplanudvalgets perspektiver på indsatserne og samarbejdet.

Hvor og hvornår?

Tirsdag d. 16. august kl. 15-16

Lokale: UserLab (hallen)
Syddansk Sundhedsinnovation
Forskerparken 10G, 5230 Odense M

Tilmelding sker via den udsendte kalenderinvitation. Er der spørgsmål kan henvendelse rettes til Dorthe Knudsen via e-mail: Dorthe.knudsen@rsyd.dk

Dagsorden

Velkomst og formål med mødet v/Tage Petersen, formand for Sundhedskoordinationsudvalget og Henning Ravn, næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget

Status på arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-18

- Hvad siger dem det hele handler om? Patientperspektiv på arbejdet med Sundhedsaftalen i form af en video om en borger med KOL. I videoen fortæller en borger om sine oplevelser i forbindelse med at deltage i udarbejdelsen af det nye forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark.
- Formandsskabet i Sundhedskoordinationsudvalget giver en kort status på arbejdet med Sundhedsaftalen.
- Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget giver et bud på, hvor de ser de største potentialer for, at de hver især kan understøtte arbejdet med Sundhedsaftalen.

Fælles drøftelse af hvor vi er i arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-18

Med afsæt i de forskellige udvalgs oplæg drøftes i fællesskab, hvordan det går med implementeringen af Sundhedsaftalen. Hvor går det godt? Hvor er der udfordringer? Og hvad kræver det at komme i mål?

Tak for i dag v/Tage Petersen, formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Bilag pkt. 16.1

Afdeling: Tværsektorielt Samarbejde

Journal nr.: 16/12315
Dato: 18. maj 2016

Kontaktperson: Katrine Dennak eller Anders Fournaise
E-mail: katrine.dennak@rsyd.dk
Telefon: 51709731 / 2482 4315

Det Administrative Kontaktforums strategiske bemærkninger til Satspuljeprojektforslag 2016-2019

Generelle bemærkninger til alle projekterne:

Formanden for Det Administrative Kontaktforum: Klart mål med projektet og hvordan sætter vi mål på, at forandringen er en succes.

Odense Kommune:

- Projekterne bør prioriteres med udgangspunkt i det allerede igangsatte arbejde under Sundhedsaftalen 2015-18. Udvælgelsen af de enkelte projekter bærer præg af, at det ikke er alle SOF'er, der har haft lige stor indsigt i, hvad der foregår på det administrative niveau i sundhedsaftaleregi. SOF-OUH har fravalgt et projekt der havde til formål at kortlægge potentialerne ved overdragelse af IV-behandling med antibiotika, fordi man er bekendt med, at følgegruppen for opgaveoverdragelse er i gang med at nedsætte en arbejdsgruppe med samme formål.
- I forlængelse heraf synes det at være problematisk, at der ingen koordinering har været mellem SOF'erne. Det er heraf vanskeligt for dem at vide, hvad der spilles ind med fra andre SOF'er. Måske var der projekter, som andre kommunerne kunne se sig ind i, eller der er projekter, der med fordel kan slås sammen. Det fremgår ikke tydeligt af processen, hvorvidt det kan lade sig gøre nu.

Odense Universitetshospital:
Inddrage erfaringer, værktøjer, indgåede aftaler m.m. fra igangværende og tidligere projekter.
Koble projekter der er sammenlignelige og som supplerer hinanden.
Brug eksisterende værktøjer og aftaler, eks. Shared Care, MedCom standarder og Sam:Bo

Vejen Kommune:
Med den ændrede specialisering og den ændrede sygehusstruktur med Supersygehus, specialsygehuse ect., der giver stor værdi i forhold til lige ret til specialiserede individuel behandling for borgere/patienter, bør projekter og indsatser i fremtiden tænkes i dette perspektiv og ikke kun i forhold til "nærmeste sygehus – optageområde".

Projekttitel: Ingen titel endnu

SOF Sønderjylland

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SHS Grete Kirketerp, mail: Grete.Kirketerp@rsyd.dk, tlf.: 20 23 25 77
Direktør Social & Sundhed Aabenraa Kommune, Jakob Christian Kyndal, mail: jck@aabenraa.dk
tlf.: 20119250

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

*Sydvestjysk Sygehus:*Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:
Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:
Ansøgningens indledning præsenterer rigtig fint hovedresultaterne fra ACCESS-projektet. Det fremgår dog ikke særlig tydeligt hvad indholdet/indsatsen var i dette projekt og hvilke elementer af ACCESS-projektet, der fortsættes i det nye projekt der søges midler til. Det foreslås derfor at gøre dette mere tydeligt i den endelige ansøgning.

Af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af satspuljen fremgår det, at ansøgningerne skal indeholde en beskrivelse af, hvordan projektet skal implementeres og forankres i driften efter projektperiodens ophør, hvilket der med fordel kan knyttes nogle ord til i ansøgningen.

Projektet har nogle rigtig gode og konkrete delmål. Ift. delmål 7 (fælles kommunikationsværktøj) kan det overvejes at tænke allerede eksisterende regionale kommunikationsplatforme/-projekter ind i nærværende projekt med henblik på at operationalisere disse i praksis og gøre dem brugbare i det konkrete projekt.

Bemærkninger fra Middelfart Kommune:
Budgettet er ikke beskrevet, men det indgår som et forslag, at der skal anvendes midler fra puljen til at kompetenceudvikle hjemmehjælpere i tidlig opsporing. Det kunne overvejes, om ikke den udgift kunne finansieres af kommunernes driftsbudgetter.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Kommunikationsværktøj kunne være Shared Care platformen. Redskabet til identificering og tidlig opsporing af funktionstab og sygdom kunne være Geri kufferten, derfor evt. koble det sammen med

projektet ”Geri-kuffert”.
Svaghed, at der skal forhandles med PLO. Budget skal udarbejdes hvis projektet går videre.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Odense Kommune har svært ved at tilslutte sig projektet, da det ikke fremgår tydeligt af projektbeskrivelsen, hvordan man vil sikre sig nok volumen i populationsgruppen.
En af hovedkonklusioner fra ACCESS-projektet fra 2012-15 var, at der er færre i målgruppen end forventet. Projektbeskrivelse burde heraf forholde sig til, hvordan man vil komme omkring den udfordring i et projekt, der bygger på ACCESS.
Er der ikke udarbejdet en styrkeberegning bør det anbefales, at der udarbejdes en for den (nye) målgruppe.
Det bør uddybes, hvad der menes med en robust model for samarbejdet.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
Det er meget positivt, at projektet har fokus på tidlig opsporing og indsats.
Der tænkes udvikling af redskaber til tidlig opsporing af sygdom, som allerede kan anvendes ved de forebyggende hjemmebesøg i kommunerne. Det betyder, at der er i projektet er fokus på både den primære forebyggelse og den tertiære forebyggelse.
I Vejen kommune har vi gennem flere arbejdet med implementering af redskaber og organisering i relation til tidlig opsporing af sygdom men der mangler viden om hvilke organisatoriske faktorer der har betydning for effekten af indsatsen. I den forbindelse meget interesseret i at høre om de erfaringer og viden som fremkommer via projektets resultater.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Intravenøs antibiotisk behandling af patienter i hjemmet efter indlæggelse

SOF Lillebælt

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SLB Helle Adolfsen, mail: Helle.Adolfsen@rsyd.dk
Sundhedschef Middelfart Kommune Lis Huge, mail: Lis.Huge@Middelfart.dk

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Delvis og måske mest på akutpladser og i plejecentre
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Potentialet for replikation er stort, da der er et stort antal borgere i målgruppe
Odense Universitetshospital: ja, spec. Ifm opgaveoverdragelse
Odense Kommune: Odense Kommune kan ikke tilslutte sig projektet, da det allerede er et arbejde, der pågår i regi af Sundhedsaftalen 2015-18.
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Projektet til udbredelse af IV-behandling i eget hjem har potentiale til at danne grundlag for vigtig viden og erfaringer, som med fordel kan anvendes til at udvikle en model for samarbejdsaftale og fremgangsmåde til implementering af indsatsen i regionens øvrige SOF'er.

I regi af SOF-SVS er der allerede gjort mange gode erfaringer med at iv-antibiotika behandling i eget hjem og vi stiller os gerne til rådighed med viden og sparring i forhold til dette projekt. Projektet vil udgøre et rigtig godt tilbud, der kan være af stor værdi for patienterne.

I den endelige ansøgning anbefales det at knytte nogle ord til, hvordan driften af indsatsen tænkes efter projektperiodens ophør – herunder, hvordan der skabes et system, der er rustet til personaleudskiftning og den løbende faglige ajourføring indenfor området. Hvordan tænkes organisering af indsatsen og oplæring af personale?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune:
Det fremgår ikke tydeligt, hvordan patienterne/borgerne bliver inddraget i projektet.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Foreslår mindre fokus på at forbedre sygehusets driftssituation, mere fokus på patienterne.
Sandsynliggøre, at en væsentlig del af målgruppen kan behandles i hjemmet.
Væsentligt overlap til arbejdet i følgegruppen for opgaveoverdragelse. Risiko for, at projektet kan

komplicere dette arbejde.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Projektet ønsker at undersøge potentialer, barrierer, økonomi og jura ved overdragelse af intravenøs antibiotisk behandling fra sygehus kommune. Det er præcis den opgave, som følgegruppen for opgaveoverdragelse skal håndtere i udarbejdelsen af en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Det blev på DAK-mødet d. 1.4.16 besluttet, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der netop skal kortlægge IV-behandlings (herunder IV med antibiotika) potentiale for overdragelse.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
60 % af Vejen Kommunes indlæggelser foregår i regi af SOF Lillebælt. Hvis Vejen Kommune ikke er en del af projektet vil kommunen ikke være klædt på til at kunne hjem tage patienter/borgere til iv. antibiotika behandling, hvilket jo er målet med projektet. Vejen Kommune har derfor et stort ønske om at blive en del af projektet.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Hotline og udskrivelseskoordinator i FAM

SOF Lillebælt

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SLB Helle Adolfsen - Helle.Adolfsen@rsyd.dk
Sundhedschef Middelfart Kommune Lis Huge – Lis.Huge@Middelfart.dk

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja, men også bredere
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Interessant udvikling i det borgerfokus, der ligger i "lægmands-epikrisen"
Odense Universitetshospital:
Odense Kommune: **-**
Vejen kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Projektets delindsats vedr. udskrivningskoordinatorer er tænkt lidt anderledes end SOF-SVS' Sambossadører, dog med samme tema som omdrejningspunkt – hvilket viser, at der er tale om et rigtigt relevant indsatsområde på tværs af SOF'er. Det kan overvejes, om det vil give god mening at skabe et erfaringsudvekslings- og videndelingnetværk på området?

Det kan være rigtigt spændende at tænke ind i projektet hvorvidt samarbejdsmodellen "Det murstensløse sygehus" kan tænkes bredere end kun at omfatte SLB, således at regionens patienter vil opleve en ensartet tilgængelighed, kvalitet og patientrettigheder på tværs af sygehusenheder. Kan modellen gøres mere generisk af hensyn til lighedsprincippet? Og kan dette projekt give input og skabe et erfaringsgrundlag hertil?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune :
Meget udgiftstungt pga. timer til speciallægedækning af hotline. Det kan have betydning for, om ordningen vil fortsætte efter projektperioden.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Er det realistisk, at geriateren skal besvare hotline opkald fra hjemmeplejen?
Kobles evt. sammen med projektet "Den bedste overlevering"

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Odense Kommune har vanskeligt ved at vurdere, om man kan tilslutte sig projektet. Der er behov for en afklaring samt præcisering af, hvem den præcise målgruppe for projektet er.

- Det fremgår ikke tydeligt af projektbeskrivelsen, hvorvidt det er en patient, der er kendt i kommunerne i forvejen. Såfremt det er en kendt patient, kan der stilles spørgsmålstegn ved, om det ikke er noget, som SAM:BO bør kunne håndtere? Der er nedsat en arbejdsgruppe under Følgegruppen for behandling og pleje der har til formål at videreudvikle SAM:BO.
- Projektbeskrivelsen bør forholde sig til, hvor det lægefaglige ansvar skal placeres.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
Projektet bygge på nogle gode principper som kan understøtte et sammenhængende forløb for borgerne og samtidig sikre at de får det rette tilbud hvad enden det er regionalt eller kommunalt regi. Det skal dog bemærkes at det giver nogen udfordring for Vejen kommune at 40 % af borgerne i Vejen kommune benytter SVS og de faglige medarbejdere skal derfor arbejde med forskellige projekter alt efter om borgeren benytter den ene eller anden sygehusenhed. Vi har derfor et stort ønske om at erfaringerne fra de forskellige samles til en fælles løsning for Region Syddanmark forankret i SAMBO regi.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Patienten i fokus – på tværs af sektorer. Det Virtuelle Tværsektorielle Samarbejde (VTS)

SOF OUH

Kontaktpersoner:
Odense Kommune Jan Lindegaard, Email: jerl@odense.dk, tlf.: 63753000/21604002
Direktør OUH Judith Mølgaard, OUH, Email: Judith.moelgaard@rsyd.dk, tlf.: 21792596

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja, pt. med hjertesvigt, DM og KOL men også en bredere målgruppe
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Fokus på velfærdsteknologisk afprøvning i større skala og på tværs af sektorer.
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: **-**
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Det Virtuelle Tværsektorielle Samarbejde udgør et rigtigt spændende projekt, der har fokus på tilgængelighed og tværsektoriel sparring.

Projektansøgningen kan evt. kvalificeres yderligere ved at specificere og beskrive nærmere hvad det virtuelle aspekt af projektet helt konkret tilfører til tværsektorielle samarbejde – og hvordan dette vil komme patienten til gode i sidste ende? Hvilke behov kan de virtuelle skærme opfylde, og hvilke problemstillinger kan afklares på denne måde, som ikke kan afklares via telefonopkald?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune:
Ingen bemærkninger

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Faciliteten vil blive brugt af både patienter og personale i primær og sekundær.
Praktiserende læger har givet udtryk for, at de kan se sig selv i det virtuelle samarbejde.
Budget skal udarbejdes hvis projektet går videre.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Fra Odense Kommunes side er der stor interesse for dette projekt, da det forsøger at imødekomme en relevant og tværgående problemstilling.
Det fremgår ikke af projektbeskrivelsen, hvilke kommuner der ønsker at indgå. Det bør være tydeligt, inden projektbeskrivelsen sendes til Sundhedsstyrelsen.

Bemærkninger fra Vejen Kommune: Ingen kommentarer *Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:* Ingen kommentarer

Projekttitel: GERI kufferten – et værktøj til "Styrket sammenhæng for de svageste ældre"

SOF OUH

Kontaktpersoner:
Odense Kommune Jan Lindegaard, Email: jerl@odense.dk, tlf.: 63753000/21604002
Direktør OUH Judith Mølgaard, OUH, Email: Judith.moelgaard@rsyd.dk, tlf.: 21792596

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: **-**
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:
Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
GERI-kufferten udgør et rigtigt spændende projekt med ambitiøse målsætninger ift. brugen af velfærdsteknologiske løsninger til vurdering og behandling af de svageste ældre.

Der er allerede meget evidens og systematiske erfaringer tilgængelige på det telemedicinske og velfærdsteknologiske område, og en puljeansøgning kan med fordel tage afsæt i denne viden.

I projektansøgningen kan der med fordel også reflekteres over, hvordan det sikres, at de velfærdsteknologiske løsninger holdes up-to-date i en senere driftssituation. Vil der eksempelvis være mulighed for at anvende borgerens eget måle- og IT-udstyr?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune :
Fokus på afprøvning af velfærdsteknologi i praksis mellem sektorer og i flere forskellige kommuner af forskellig størrelse og med forskellige rammebetingelser øger muligheden for replikation.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Præcisere det opsporingsværktøj den faste hjælper skal benytte og som skal foranledige, at hjælperen tager kontakt til akutsygeplejersken.
Budget skal udarbejdes hvis projektet går videre.
Kobles evt. sammen med projektet ACCESS.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Odense Kommune har vanskeligt ved at vurdere om man kan tilslutte sig projektet, da det for

nuværende bygger på Shared Care Platformen, hvis fremtid er usikker.
Projektbeskrivelsen bør derfor forholde sig mere detaljeret til, hvilke muligheder der er, hvis Shared Care Platformen lukkes ned.
En klar fordel ved projektet er, at almen praksis allerede synes at være commited til projektet
Det fremstår dog ikke tydeligt i projektbeskrivelsen, hvem der er ansvarlig for at handle på prøvesvar.

Bemærkninger Fra Vejen Kommune:
Ingen kommentarer

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Danmarks bedste overlevering – det gode forløb

SOF SVS

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SVS Susanne Lauth, mail:Susanne.Lauth@rsyd.dk, tlf. 5116 7089
Direktør Arne Nikolajsen Esbjerg Kommune, mail: arni@esbjergkommune.dk, Tlf. 76 16 32 51

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus:
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus:
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: har vanskeligt ved at bakke op om projektet, da formålet synes ukoordineret ift. en af de prioriterede indsatser i regi af Sundhedsaftalen 2015-18 (videreudvikling af SAM:BO).
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Middelfart Kommune :
Udgiftstungt projekt pga. lønudgifter til personale, der ansættes på tværs. Kan evt. gøre det vanskeligt at fortsætte efter projektperiodens ophør.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Kald det ikke en Sam:Bossadører! Forklar hvad Sam:Bo er.
Kobles evt. sammen med projektet "Hotline og udskr. koordinator".

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Hvis og såfremt det fortsat er et projekt, man ønsker at prioritere, bør alle kommunerne være involveret i projektet. Det har netop været et af succeskriterierne bag SAM:BO – at *alle* kommuner i Region Syddanmark er med.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
Der er fin kontinuitet i projektet i forhold til tidligere indsatser i SOF SVS. Samarbejdet mellem region og kommune har bidraget til udvikling af et bedre samarbejde via.

Vejen Kommune har meldt positivt ind til deltagelse i projektet. Projektet vil blive fulgt tæt og der er fokus på kvalitet og effekt af de indsatser der sættes i gang.
Det er positivt, hvis de praktiserende læger vil indgå som en tæt samarbejdspartner i projektet. Det vil

betyde noget for kvaliteten omkring såvel indlæggelser (forebyggelse), men ikke mindst at få fokus på udvikling af hensigtsmæssige udskrivelser.

Det er naturligvis en udfordring, at kun 40 % af Vejen Kommunes indlæggelser af borgere foregår i SOF SVS Regi. Det skal dog bemærkes at det giver nogen udfordring for Vejen kommune at 60 % af borgerne i Vejen kommune benytter Sygehus Lillebælt og de faglige medarbejdere skal derfor arbejde med forskellige projekter alt efter om borgeren benytter den ene eller anden sygehusenhed. Vi har derfor et stort ønske om at erfaringerne fra de forskellige samles til en fælles løsning for Region Syddanmark forankret i SAMBO regi.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Bilag pkt. 16.2

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Udarbejdet af: Katrine Dennak, Christina Ryborg & Anders Fournaise
Journal nr.: 16/12315
E-mail: katrine.dennak@rsyd.dk
Dato: 18. maj 2016
Telefon: 51709731

Resuméer af projektforslag til Satspuljen 2016-19 ”Styrket sammenhæng for de svageste ældre”

Lokale samordningsfora SHS
Projekt: (Ingen titel)
De fire Sønderjyske kommuner, Tønder, Aabenraa, Haderslev og Sønderborg har i samarbejde med Sygehus Sønderjylland og de praktiserende læger gennemført ACCESS projektet i perioden 2012-2015. ACCESS projektet afdækkede en række områder, som kræver yderligere undersøgelse, for at finde frem til robuste modeller for det fremtidige tværsektorielle samarbejde. Modellen skal sikre tidlig opsporing af sygdom samt hurtig og relevant diagnostik og intervention, således at hospitalsindlæggelse, hvis muligt, erstattes med et tilbud, der i højere grad imødekommer den svage ældre medicinske patients individuelle behov i borgerens nærmiljø.

Lokale samordningsfora SLB
Projekt: ”Intravenøs antibiotisk behandling af patienter i hjemmet efter en indlæggelse”.
Vejle, Kolding, Fredericia og Middelfart kommune og Sygehus Lillebælt har i samarbejde beskrevet projektet, som har til formål at undersøge potentialer og barrierer, når intravenøs antibiotisk behandling flyttes fra sygehus til det primære sundhedsvæsen. Formålet er ligeledes at give patienterne muligheden for at modtage en del af behandlingen i deres nærmiljø, vante omgivelser, øge patient/borger tilfredshed og reducere antallet af genindlæggelser efter IV-behandling med antibiotika.

Projekt: ”Hotline og udskrivelseskoordinatorer i FAM”
Fredericia, Middelfart, Kolding og Vejle kommune har i samarbejde med Akutafdelingen og Medicinsk Afdeling på Kolding og Fredericia sygehus udarbejdet projektforslaget, som har særligt fokus på at sikre sammenhængende behandlings- og plejeforløb for den akutte patient mellem Fælles Akut Modtagelse og kommunernes akutteam/hjemmepleje. Projektet har to ben:

1) Udskrivelseskoordinering, hvor sygeplejersker, ansat på sygehuset, med særlig viden om de samarbejdende kommuner og direkte adgang til deres hjemmesygepleje/akut teams/visitation skal øge kvaliteten i udskrivelsen med det formål at reducere antallet af genindlæggelser.
2) Hotline og medicinfokus, hvor der i regi af FAM etableres en ”hotline” telefon (dag og aften), som kommunernes hjemmesygeplejer og akut teams kan benytte ved behov for spørgsmål og rådgivning om videre behandling af udskrevne patienter. Hotlinen betjenes af en speciallæge med viden om den ældre medicinske patient.

Lokale samordningsfora OUH
Projekt: ”Patienten i fokus – på tværs af sektorer. Det Virtuelle Tværsektorielle Samarbejde (VTS)”
Endokrinologisk Afdeling M på OUH har gennemført pilotprojektet ”Det Virtuelle Ambulatorium” og ønsker at udbygge projektet til en model, der styrker kompetencerne på tværs af primær- og sekundærsektoren. Projektet har til formål at

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

Systemet tænkes i første omgang brugt i hjemmeplejen, hvor hjemmesygeplejen via sin smartphone eller tablet kan opkoble sig fra patientens hjem og søge råd og vejledning hos en læge eller sygeplejerske i det virtuelle ambulatorie, eksempelvis efter udskrivelse af en patient. Den

praktiserende læge vil også kunne afholde virtuelle møde og få sparring og vejledning fra speciallæger på sygehuset.

Projekt: ”GERI Kufferten – et værktøj til styrket sammenhæng for de svageste ældre”
I 2013-14 gennemførte OUH Svendborg og Svendborg kommune en undersøgelse, som viste at akut korttidsindlagte (<48t) ældre (+70), som i forvejen er kendt af hjemmesygeplejen, har et tydeligt stigende hjemmeplejeforbrug på 35 % fra tolv måneder før til dagen for akutindlæggelse. Ydermere er behovet for hjemmepleje uændret (41 %) seks måneder efter den akutte indlæggelse. På den baggrund er der med støtte fra Digitaliseringsstyrelsen iværksat et udviklings- og demonstrations projekt, som dels skal opbygge og teste en telemedicinsk ”Point of Care” løsning: GERI-kufferten, og dels teste overførsel af POC resultaterne til en tværsektoriel IT platform, der kan tilgås af såvel borger, egen læge, hjemmepleje og sygehus sektoren. GERI-kufferten skal anvendes af den kommunale hjemmesygepleje i borgerens hjem, med det formål at sikre tidlig opsporing og sammenhæng i vurdering og behandling af de svageste ældre, herunder forebygge akutte indlæggelser, samt kvalificere monitoreringen af svækkede ældre, der hurtigt udskrives fra FAM eller en anden sygehusafdeling. Odense Universitetshospital (OUH), og Svendborg, Faaborg-Midtfyn, Nordfyn og Kerteminde kommune ønsker at afprøve og få erfaring med forskellig organisatorisk forankring af GERI-kufferten.

Lokale samordningsfora SVS
Projektet ”Danmarks bedste overlevering – det gode forløb”
Esbjerg, Varde, Vejen, Fanø og Billund kommune har sammen med Sydvestjysk Sygehus udviklet et projektforslag, som har til formål at sikre tryghed, kontinuitet og faglig kvalitet i patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Dette ved at:

- etablere tværsektorielle koordinatorer, som skal sikre overgangene mellem indlæggelse og udskrivelse og omvendt
- muliggøre øget tværsektoriel sparring og monitorering af patientforløb i FAM, sengeafdelinger og med kommunerne omkring genoptræning, pleje og behandling under indlæggelse og efter udskrivelse
- screene patienters funktionsevne ved udskrivelse
- understøtte en god udskrivelse i samarbejde med patient og pårørende
- geriatrisk udredning i FAM med mulighed for kontakt til geriater under hele forløbet samt i op til 72 timer efter udskrivelse.

Projektet skal ses som en videreudvikling og konkret udmøntning af dele af SAM:BO aftalen.

18. maj 2016

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
IT-understøttelse og elektronisk kommunikation					
Revision af forløbene for Sam:Bo	Igangværende. Forløbene har været i høring fra den 15. februar til den 29. marts 2016. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene.		DAK: 21. september 2016		Der skal udarbejdes en plan for reimplementering, herunder tages stilling til økonomi forbundet dermed.
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmesygepleje	Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.				Følgegruppen følger status på arbejdet.
Audit/evaluering af Sam:Bo	Fokus på er pt. på revision af Sam:Bo forløbene. Opgaven med audit/evaluering er derfor sat på standby.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Videreudvikling af Sam:Bo	Der er nedsat en arbejds-gruppe, der arbejder med mulighederne i forhold videreudviklingen af Sam:Bo. Gruppen har udarbejdet en tids- og procesplan til indstilling i DAK og SKU.	Milepæl 1: Udarbejdelse af tids- og procesplan Milepæl 2: Afholdelse af workshops Milepæl 3: Formulering af samarbejdsforløb Milepæl 4: Juridisk afdækning og elektronisk understøttelse af samarbejdsforløb. Milepæl 5: Implementering	DAK: 15. juni 2016 SKU: 16. august 2016		Der arbejdes frem imod at implementeringsprocessen kan opstartes i første halvår 2017.
Implementering af nye sygehus-hjemmeplejestandarder	Der er nedsat en arbejds-gruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som træder i kraft 11. maj 2016.				Arbejdsgruppen nedlægges med udgangen af 2016.
Samarbejde/samarbejdsaftaler					
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Der er nedsat en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbind-else med implementering-en af FMK.				Følgegruppen modtager løbende status fra gruppen.
Samarbejdsaftale om FMK	Afventer. Følgegruppen har fokus på, at aftalen skal udarbejdes.				

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid	Samarbejdsaftalen er revideret og godkendt.				
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Aftalen skal redaktionelt redigeres. Arbejdet forventes igangsat i efteråret 2016.				
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Aftalen skal revideres. Følgegruppen har fokus på dette.				
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der er i gang med at udarbejde en ny samarbejdsaftale med udgangspunkt i den nye bekendtgørelse for området.		DAK: 21. september 2016 SKU: 25. oktober 2016		
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der skal gennemgå aftalen med udgangspunkt i sundhedsaftalen, målgruppespecifikke aftaler og Sam:Bo.				Resultatet af gruppens arbejde forelægges følgegruppen den 6. juni 2016.

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familie-ambulatoriet	Aftalen skal redaktionelt redigeres. Arbejdet forventes igangsat i efteråret 2016.				
Aftaler under implementering					
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Samarbejdsaftalen skal evalueres primo 2017.				Følgegruppen forelægges en evalueringsplan mod udgangen af 2016.
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne.				Følgegruppen forelægges en status på møde den 18. august 2016.
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	Under implementering.				
Demens					
Revision af aftalen vedr. mennesker med demens	Der er udarbejdet en ændret tværsektoriel re-tningslinje fra området, som betyder, at aftalen skal revideres. Arbejdet af-venter den nationale handlingsplan for demens.				

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Under implementering. Forløbet afprøves i 2016 for sygeplejersker og evalueres ved udgangen af året. Som en del af evalueringen skal det vurderes, om målgruppen skal udvides til også at omhandle terapeuter mv.				Følgegruppen forelægges en status på møde den 18. august 2016.
Demenssyd.dk	Følgegruppen besluttede på møde den 5. februar, at siden skal nedlægges. Beslutningen blev taget på baggrund af tal for brugen samt udgifter til drift og vedligehold.				
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor indvandrere er underrepræsenterede på demensenhederne.				Resultatet forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.
Andet					
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Der er gennemført en nyudpegning af gruppen i foråret 2016.				Følgegruppen forelægges en årlig status. Dette sker første gang ultimo 2016.

18. maj 2016

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Patientoplevet kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientop-levet kvalitet.				Følgegruppen forelægges en status på møde den 18. august 2016.
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Den tidligere UTH-gruppe er nedlagt. Center for Kvalitet har fået til opgave at revidere den regionale vejledning. Endvidere overvejes det, hvorvidt der skal afholdes en årlig temadag.				
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftale-perioden.				

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

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

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
Kortlægning af mental sundhed	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i DAK 15. juni 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	
Nye rammer for kronisk sygdom	Arbejdsgruppen er i gang med at udvikle forløbsprogram for KOL. Der er afholdt tre workshops 3/2, 8/3 og 27/4.	**1. juni 2016** Følgegruppen behandler høringsudkast og mødes med arbejdsgruppen. **25. aug. 2016** Følgegruppen behandler plan for implementering og evaluering af forløbsprogram for KOL. **12. okt.– 16. nov. 2016** er høringsperiode.	**21. sep. 2016** DAK behandler høringsudgaven. **1. kvartal 2017** DAK behandler evaluering af udvikling af programmet, samt tidsplan for udvikling af de øvrige programmer. SKU behandler forløbsprogram og orienteres om implementeringsplan.	**1. kvartal 2017** Forløbsprogram for KOL klar til implementering i SOF'er.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		13. dec 2016 Følgegruppen for forebyggelse behandler forløbsløbsprogrammet			
Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Arbejdsgruppen har afholdt første møde og har afleveret en detaljeret tids- og handleplan til følgegruppen.		**23. november 2016** behandler DAK aftalen.		Arbejdsgruppen giver desuden input til Rammepapiret om regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse.
Drift af sundhedsprofil-undersøgelsen	Arbejdsgruppen følger tidsplan for sundhedsprofilen 2017. Arbejdsgruppen drøfter i august 2016 det endelige skemas udformning, herunder regionale ekstraspørgsmål for den syddanske profil.				Næste profil gennemføres i 2017. Resultaterne forventes offentliggjort i 1. kvartal 2018.
Monitorering af strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Kommissoriet er godkendt og medlemmer udpeget.		**3. kvartal 2016** DAK præsenteres for et revideret oplæg til monitorering af strategien.		Tre grupper arbejder med implementering af strategien. Følgegruppen vurderer opgaven inden forventet afslutning i 4. kvartal 2016 med henblik på stillingtagen til, om arbejdet med implementering af strategien fortsættes og i så fald hvordan.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				
Livsstilsguide i praksis jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	**1. kvartal 2016** er nyudviklet sundhedspædagogisk model testet. **2. kvartal 2016** er der inddragelse af patienter og sundhedsprofessionelle i udvikling og afprøvning af model og koncept for uddannelse			**1. kvartal 2017** kan konceptet implementeres i SOF'er.	
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner			Behandles i DAK 15. juni 2016		2. kvartal 2016
Udvikling af model for henvisning af patienter med knæartrose.	Implementeringsgruppen for genoptræning og rehabilitering har udarbejdet forslag til kommissorium. Følgegruppen har bedt om			Arbejdsgruppen afslutter opgaven ved udgangen af juni måned 2016. Modellen forventes klar til implementering i 4. kvartal 2016	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	en præcisering af arbejdsgruppens forslag til leverancer og opgaver, og igangsætter derefter udpegning af arbejdsgruppemedlemmer.				

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

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

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af aftaleskabeloner for samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring.	Udarbejdelse af materiale til tværsektoriel understøttelse af indsatsen, inkl. aftaleudkast, igangsættes primo juni 2016.		Materiale forventes at være klar til forelæggelse på DAK-mødet den 23. november 2016.	December 2016.	
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen forventes igangsat i juni 2016.		Materiale forventes at være klar til forelæggelse for DAK i marts 2017.	April kvartal 2017.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.					
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, forventes igangsat i september 2016		Evalueringsramme forventes at være klar til forelæggelse for DAK primo 2017.		
Implementering af G-GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-platform pauseres i et år, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger. I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og		Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge ved udgangen af marts 2017.		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	tilhørende korrespondan-cemeddelelse , bl.a. ved at: -sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet				
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen forventes at fortsætte ind i 2017.		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i efteråret 2016.		Forventes at være klar til forelæggelse på DAK-mødet den 23. november 2016.		

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

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

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	For nuværende undersøges fire opgaver inden for IV-behandlingsregimet (antibiotika, væske, parenteral ernæring og blodtransfusion) for deres potentiale for overdragelse. Resultaterne og erfaringerne skal anvendes i udviklingen og kvalificeringen af modellen. Arbejdsgruppen afrapporterer ift. antibiotika d. 20. august 2016 og væske d. 25. oktober 2016. Resultaterne vil danne baggrund for et	M1 1. september 2016: Følgegruppen behandler udkast til modellen M2 23. november 2016: DAK behandler 1. udkast til modellen. M3 1.kvartal 2017: Følgegruppen kvalificerer 2. udkast til modellen. M4 2.kvartal 2017: DAK behandler udkast med henblik på endelige godkendelse af modellen for planlagt og aftalt	Modellen førstegangsbehandles på DAK d. 23.november 2016		

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	første udkast til modellen, der skal præsenteret på DAK d. 23. november 2016.	opgaveoverdragelse. M5 2.kvartal 2017 SKU behandler modellen med henblik på endelig godkendelse og efterfølgende ibrugtagen.			
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Aftalen er til juridisk vurdering i KL og afventer endelig godkendelse af formandskabet i SKU			Så snart godkendelsen foreligger.	
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse, næste gang d. 21. september 2016 (DAK) og 25. oktober 2016 (SKU).

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

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

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Journal nr.:
Dato: 18/5 2016

Udarbejdet af: Anders Fournaise og Cæcilie Lumby (Odense Kommune)
E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk
Telefon: 2482 4315

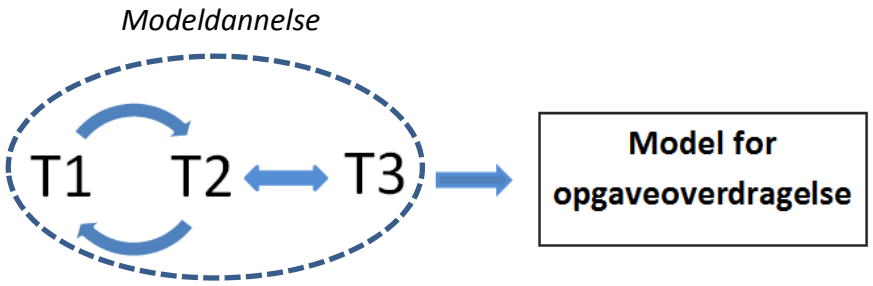
Notat

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har som en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 fået til opgave at udarbejde en model, som kan anvendes til at planlægge og aftale fremtidige overdragelser af sundhedsopgaver mellem region, kommuner og almen praksis. Modellen skal være med til at sikre sammenhæng, patientsikkerhed og kvalitet når det politisk besluttes, at en sundhedsopgave skal overdrages fra en aktør til en anden.

I nedenstående giver følgegruppen for opgaveoverdragelse et overblik over den planlagte udviklingsproces samt en status for det nuværende arbejde.

Proces for udvikling af model

Udviklingen af modellen vil ske igennem et kontinuerligt arbejde med følgende tre trin.



Figur: Arbejdsproces for udvikling af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Trin 1: Erfaringsopsamling og kortlægning af viden om planlægning og overdragelse af opgaver
Der er i Region Syddanmark og i andre regioner, allerede gjort erfaringer med planlægning og overdragelse af sundhedsopgaver af forskellig karakter. Derfor har følgegruppen, iværksat en systematisk afdækning af disse, som inddrages i det videre arbejde med udvikling af en generisk model.

Trin 2: Overblik over opgaver med vurderet potentiale for overdragelse
Følgegruppen vægter gennemsigtighed og en fællesforståelsesramme højt i det fremadrettede arbejde. Der er i løbet af oktober måned 2015, fra sygehuse, kommune og almen praksis, indhentet forslag til hvilke opgaver, der vurderes at have potentiale for overdragelse. Følgegruppen har efterfølgende behandlet de indkomne forslag, med henblik på at udarbejde en fælles tværsektoriel prioriteret liste over opgaver, som med fordel kan undersøges nærmere for deres potentiale for overdragelse, nærmere beskrevet i det følgende afsnit. Det er i den sammenhæng vigtigt at pointere, at følgegruppen ikke har mandat til at beslutte om en opgave skal overdrages fra en sektor til en anden, men udelukkende har til opgave at kvalificere det vidensgrundlag som det politiske system beslutter på baggrund af.

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.:
Dato: 16-11-2015

Udarbejdet af: Anders Fournaise og Cæcilie Lumby (Odense Kommune)
E-mail: Anders.Fournaise@rsyd.dk
Telefon: 2482 4315

Trin 3: Erfaringer med at planlægge og aftale overdragelse af opgaver
Det er følgegruppens opfattelse, at den bedste model til at planlægge og aftale fremtidige opgaveoverdragelser, udvikles igennem erfaringer og arbejdet med konkret at planlægge og aftale overdragelser af opgaver. Derfor ønsker følgegruppen løbende at afprøve modellen på udvalgte opgaver fra den i T2 prioriterede liste og de i T1 indsamlede erfaringer. En sådan afprøvning kan kun sættes i gang efter godkendelse af Det administrative Kontaktforum.

Følgegruppen anskuer udviklingen af modellen som et kontinuerligt arbejde, der vil strække sig over den nuværende sundhedsaftaleperiode. Det er intentionen løbende at arbejde med alle tre trin, for at kunne justere modellen.

Overblik over opgaver med potentiale for overdragelse

Proces for indhentning af overblik over opgaver med potentiale for overdragelse
Følgegruppen for opgaveoverdragelse besluttede på sit første møde d. 23. september 2015, at indhente et overblik over hvilke opgaver sygehuse, kommuner og almen praksis vurderer, har særligt potentiale for overdragelse fra en aktør til en anden. Overblikkets formål er, jf. ovenstående procesplan, at identificere et mindre antal opgaver, som både primær- og sekundærsektoren vurderer af særlige relevans eller potentiale for overdragelse.
Medio oktober blev regionens sygehuse (somatik og psykiatri), de 22 kommuner og de praktiserende læger i Region Syddanmark, hver især bedt om at bidrage med input til overblikket. Nedenfor ses et sektorspecifikt resume af de indkomne forslag.

Input fra regionens sygehusenheder
Regionens fire somatiske sygehusender har alle bidraget med input. Odense Universitetshospital peger på otte opgaver med potentiale for overdragelse, alle fra sygehus til kommune. Det større antal opgaver fra OUH, skal ses i lyset af sygehusets specialefunktioner. Sygehus Lillebælt peger på fire opgaver, mens Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland hver peger på en opgave med potentiale for overdragelse (se tabel 1, bilag 1). Psykiatri Sygehusene har i en fælles tilbagemelding angivet, at de ikke umiddelbart har opgaver som de vurderer, er af potentiale for overdragelse.

Alle fire sygehusenheder peger på, at intravenøs behandling med eks. antibiotika for flere patientgruppe, med fordel vil kunne foregå i patientens eget hjem i et samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje.
Det noteres, at der allerede i dag på flere sygehuse indgås enkeltaftaler om hjemmesygepleje administreret IV behandling, men at der et behov for en formel samarbejdsaftale.

Input fra de 22 kommuner:
11 ud af de 22 adspurgte kommuner har besvaret anmodningen fra følgegruppen. Ud af de 11 besvarelser har 7 kommuner bidraget med inputs, 3 kommuner har ikke kunne byde ind med opgaver. I tabel 2, bilag 1, findes et overblik over kommunernes besvarelser og input.

5 ud af de 7 kommuner, der har bidraget med inputs, peger på intravenøs behandling, som en opgave der har potentiale for overdragelse fra sygehus til kommune.

Det noteres ligeledes, at IV behandling allerede i dag foregår på enkeltaftale i nogle kommuner, men det fremhæves, at der er behov for en formel samarbejdsaftale på området.

Input fra almen praksis
PLO-syd har drøftet opgaver med potentiale for overdragelse. Der er ikke entydig konsensus om opgavernes egnethed til overdragelse fra almen praksis til andre aktører, men det er et udgangspunkt for dialog.

Samtaler med stress-ramte
Samtaler med stress-ramte fylder meget i almen praksis og er stigende i prævalens. Samtalerne er tidskrævende, og støttende samtaler kunne ofte godt ligge i andet regi. Der er her tale om samtaler, som ikke altid opfylder kriterier for psykologsamtale. Udfordringen ved at overdrage til ikke-lægefagligt personale, er risikoen for at overse somatisk sygdom, da disse patienter ofte har en del kropslige symptomer. Patienterne er desuden ofte sygemeldte og samtaler med deres praktiserende læge i den forbindelse.

Andre opgaver
Af lignende karakter og problemstilling med ovenstående er samtaler med belastede unge.
Endvidere peges på bedre muligheder for transport af patienter til lægen - ledsagelse. Specielt i forhold til sygebesøg over længere afstand, hvor lægen bruger lang tid på transport.
Der opleves ligeledes et potentiale for blodprøvetagning i eget hjem, herunder akutte blodprøver. Denne mulighed eksisterer allerede flere steder i regionen, og der arbejdes for en regional samarbejdsaftale om blodprøvetagning i eget hjem, dog ikke akutte for blodprøver.

Følgegruppens videre arbejde

Med udgangspunkt i de indkomne forslag, og som et led i udarbejdelsen af modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, har Det administrative Kontaktforum godkendt, at følgegruppen undersøger udvalgte opgaver inden for IV-behandlingsregimet nærmere for deres potentiale for overdragelse. IV-behandlingsregimet er valgt da både sygehuse, kommuner og almen praksis har meldt tilbage, at bl.a. IV-behandling med antibiotika rummer potentiale for overdragelse. Ydermere er følgegruppen blevet gjort opmærksom på, at der allerede eksisterer enkeltaftaler mellem de fire somatiske sygehusenheder og flere af de 22 kommuner, som med fordel kunne formaliseres i en regional samarbejdsaftale.

Som led i udviklingen af modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse indhenter følgegruppen løbende erfaringer med opgaveoverdragelse fra vores egen og andre regioner. Erfaringer med IV-behandling blev drøftet på mødet i følgegruppen d. 1. marts 2016. Flere af de øvrige regioner arbejder på at formalisere samarbejdet om IV-behandling med eksempelvis antibiotika og væske. Der er indtil nu kun indgået lokale samarbejdsaftaler på området, en af de primære årsager hertil er, at det er svært at estimere størrelsen på stikprøven for hvem IV-behandling i eget hjem er relevant. Gennemførte projekter tyder dog på, at der ikke er tale om en stor gruppe. Sydvestjysk Sygehus og Varde kommune gennemførte fra marts 2014 til marts 2015 et projekt med IV-behandling med antibiotika. På 12 mdr. blev der gennemført 30 IV-behandlinger med antibiotika i eget hjem, fordelt på 25 cpr. numre. Der var forskel på behandlingsvarigheden, som svingede fra 2 – 27 døgn, med 1-4 besøg per døgn. I Region Midtjylland gennemførte man i perioden marts 2011 – august 2013 et

projekt mellem Regionshospitalet i Viborg og Viborg, Silkeborg og Skive Kommune. Her tilbød man både behandling med antibiotika og isotoniske væsker. I alt modtog 360 patienter i perioden IV-behandling med antibiotika eller isotonisk væske i eget hjem.

Jf. overblikket over de indkomne forslag, rummer de fleste tilbagemeldinger fra alle tre sektorer tilkendegivelse om potentiale for overdragelse af opgaver indenfor IV-behandlingsregimet. Følgegruppen har været særligt opmærksom på, at IV-behandling kan rumme mange former for behandling. Med udgangspunkt i den eksisterende erfaring inden for IV-behandlingsregimet samt under hensynstagen til overlap med andre behandlingsformer, vil følgegruppen afdække følgende opgaver for deres potentiale for overdragelse:

- IV-behandling med antibiotika
- IV-behandling med tynde væsker
- Parenteral ernæring
- Blodtransfusion.

Når følgegruppen med udgangspunkt i opgaverne har kvalificeret de kriterier, som skal i modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, præsenteres Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget for et beslutningsgrundlag for evt. udarbejdelse af en samarbejdsaftale og overdragelse.

Der er ingen lovmæssige forbud mod delegation af de fire former for IV-behandling. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog i forhold til IV-behandling med antibiotika, at behandlingen startes op i sygehusregi pga. risikoen for anafylaksis chok, og at behandlingsansvaret forbliver hos den ordinerende sygehuslæge.

Følgegruppens arbejde indtil nu har vakt både begejstring og bekymring. Følgegruppen ønsker med denne tilbagemelding at gøre den planlagt proces endnu mere gennemsigtig samt understrege, at intentionen og følgegruppens ophav er at udvikle en model for fremtidig planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, som skal sikre sammenhæng, patientsikkerhed og kvalitet når det politisk er besluttet, at en opgave skal overdrages fra en sektor til en anden.

Det administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget orienteres på hvert møde om status for arbejdet med udviklingen af den generiske model. Referaterne kan findes på Region Syddanmarks hjemmeside.

Bilag 1: Overblik over indkomne forslag fra sygehuse og kommuner

Tabel 1: Indkomne forslag fra regionens sygehuse

OUH	SLB	SVS	SHS
IV behandling	IV behandling	IV behandling	IV behandling
Parenteral indgift	Blodprøvetagning hos egen læge		
Forberedelse til undersøgelse	Svar på histologi		
Skift af PEG sonde	Patientskoler		
Heparin præoperativt			
Skylning af port, kath./gripper			
Kemoterapi			
Immunglobulin			

Tabel 2: Indkomne forslag fra de syddanske kommuner

	Antal opgaver	Hvilke opgaver	Har svaret, ingen opgaver	Udskydelse	Intet svar
Odense	3	- Genoptræning - Patientskoler - IV-behandling			
Faaborg Midtfyn	5	- IV-behandling - Obstipation - Cystit - Pneumoni - INR			
Assens			X		
Nyborg				X (24.11)	
Svendborg	5	- IV-behandling - Rammedelegation af væskebehandling - Rammedelegation af blodprøvetagning - Lymfeødem behandling til kvinder med brystkræft - Trænings som præoperativ intervention			
Middelfart					X
Langeland					X
Ærø					X
Nordfyns					X
Kerteminde	8	- P-dialyse og respirationsbehandlinger - Nedtagning af kemo-pumpe - IV-behandling - Parenteral ernæring - Sårbehandling med VACC - Sondekost - Behandling af patienter med			

		tracheostomi - Opgaver hos palliative patienter			
Billund	3	- Blodtransfusion - IV-væskebehandling - IV-antibiotika			
Esbjerg					X
Fanø					X
Fredericia	2	- Abstinensbehandling - Benzo-nedtrapning			
Haderslev	9	- DÆMP – luftvejsinfektion - Monitorering af KOL - Limning af småskader - IV-behandling - Afslutning af kemobehandling i eget hjem - Diabetesskole - KOL patientskole - Genoptræning, specialiseret vs. Almen - Genoptræning på kræftområdet			
Sønderborg					X
Tønder			X		
Varde					X
Vejen					X
Aabenraa			X		
Vejle					X
Kolding					X
Total	**35**		**3**	**1**	**11**

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Følgegruppen er i færd med at udarbejde en liste over relevante monitoreringsindikatorer. Der er nedsat en underarbejdsgruppe, som skal se på, hvorledes der kan indhentes data i.f.t. de seks prioriterede indsatsområder. Desuden har følgegruppen selv besluttet, at der skal monitoreres på følgende indikatorer:	Forslag til monitorerings-indikatorer forventes udarbejdet i løbet af sommeren 2016.	Forslag til monitorerings-indikatorer forventes fremlagt for DAK i mødet den 21. september.	-	Den første ledelsesinformationsrapport forventes fremsendt i 4. kvartal 2016 og herefter løbende hvert kvartal.

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	• Uhensigtsmæssige genindlæggelser • Forebyggelige indlæggelser • Færdigbehandlede patienter				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

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

Afdeling: Velfærdsteknologi og telemedicin
Journal nr.:
Dato: 18. april 2016

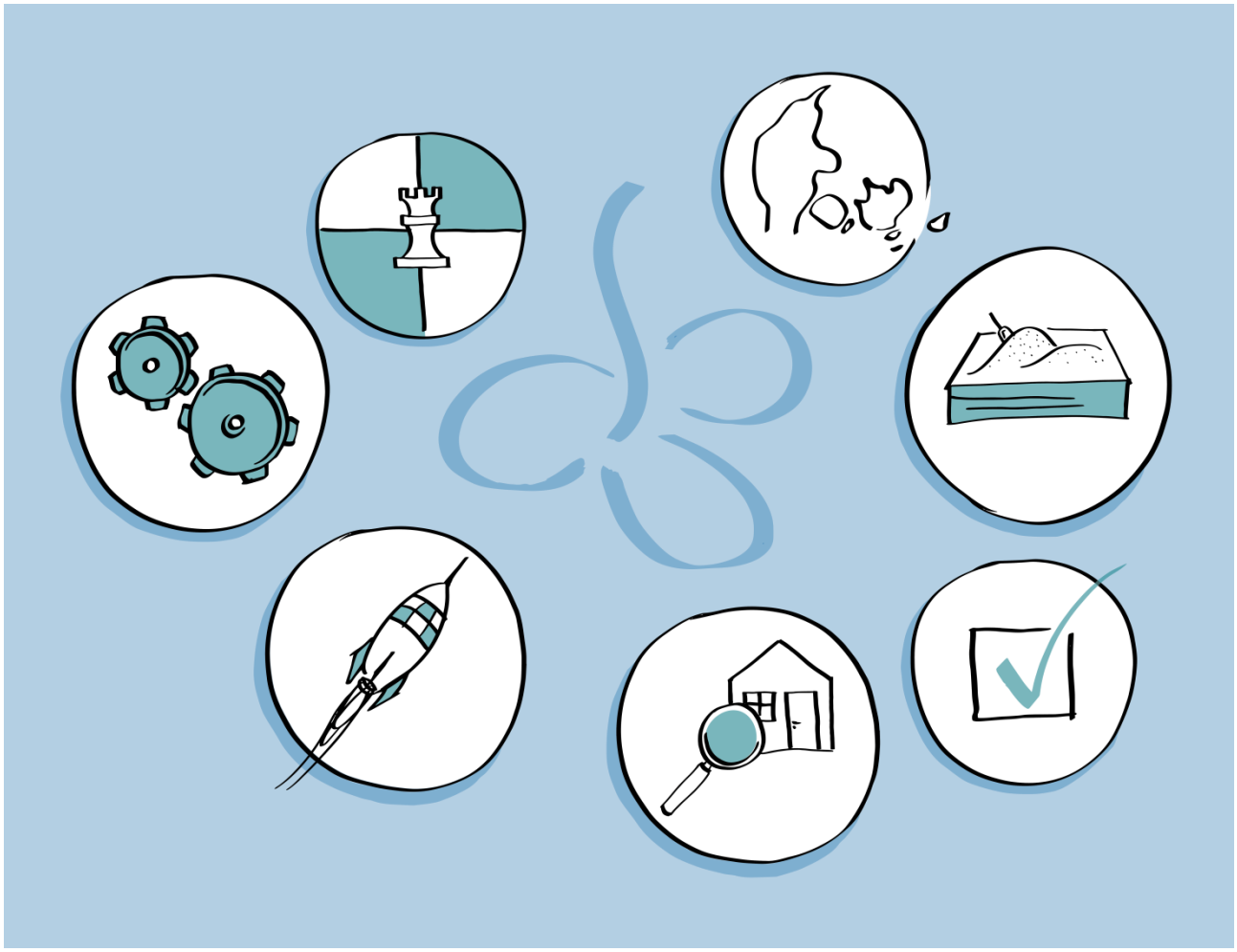
Udarbejdet af: Susanne Pedersen
E-mail: Susanne.Pedersen@rsyd.dk
Telefon: 29201422

Region Syddanmark

Procesplan for udarbejdelse af Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin version 1.2

Nr.	Opgave	Indhold	Dato/periode
1	Godkendelse af proces i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	Procesplan, kommissorier, brev til følgegrupperne om udpegning af deltagere til Redaktionsgruppen	Uge 8 26. februar 2016
2	Følgegruppen udarbejder status til møde i DAK den 1. april 2016	Deadline den 8. marts 2016	8. marts 2016
3	Invitation til møde med de øvrige følgegrupper	Invitation til de øvrige følgegrupper om dialog om de enkelte følgegruppers behov for teknisk understøttelse af de prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018 og udpegning af deltagere til arbejdsgruppen for udarbejdelse af strategi for velfærdsteknologi og telemedicin. Brevet vedlægges disposition for strategi. Mødet afholdes den 6. april 2016.	7. marts 2016
4	Dagsorden til møde med de øvrige følgegrupper	Udsendelse af dagsorden til møde. Overvejelser om deltagere til Arbejdsgruppen – kommissorium vedlægges Tilbagemelding om deltagelse senest den 30. marts 2016	15. marts 2016
5	Møde i DAK	1. april 2016	1. april 2016
6	Møde med de øvrige følgegrupper	Kortlægning af de prioriterede områder og afklaring af behov for digital understøttelse (evt. ved hjælp af facilitator)	6. april 2016
7	Godkendelse af ny disposition i Følgegruppen	Godkendelse af ny disposition udarbejdet på baggrund af møde med Følgegrupper den 6.april 2016	18. april 2016
8	Afrapportering til møde i SKU den 10. maj 2016	Udarbejdelse af status til møde i SKU	20. april 2016

9	Sekretariatet udarbejder 1. udkast til strategi	Sekretariatet udarbejder 1. udkast til strategien. De øvrige følgegrupper og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat stiller sig til rådighed ved behov for afklaring og uddybning af strategien,	19. april 2016 – 9. maj 2016
10	Møde i SKU	10. maj 2016	10. maj 2016
11	Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	Godkendelse af indholdet Møde	18. maj 2016
12	Sekretariatet korrigerer udkast til strategi	Udkast korrigeres efter følgegruppens beslutninger	18. maj 2016
13	Følgegruppen udarbejder status og sender 1. udkast til møde i DAK den 15. juni 2016	Status og 1. udkast Deadline 19. maj 2016 kl. 08.00	18. maj 2016
14	Varsling af høring til høringsparter	Høringsparter varsles om høringsperiode 20. juni – 4. august 2016	19. maj 2016
15	Møde i DAK	15. juni 2016	15. juni 2016
16	Sekretariatet indarbejder kommentarer fra DAK		16. juni – 20. juni 2016
17	Sekretariatet sender strategien i høring		20. juni 2016
18	Høring	Høringsperiode 20. juni – 4. august 2016	4. august 2016
19	Sekretariatet udarbejder 2. udkast på baggrund af kommentarer fra høring		4. august – 9. august 2016
20	Internt review af strategien i følgegruppen	Møde i Følgegruppen	9. august – 15. august 2016 17. august 2016
21	Følgegruppen udarbejder status og sender 2. udkast til møde i DAK den 21. september 2016	Deadline 26. august 2016 kl. 08.00	25. august 2016
22	Møde i DAK 21. september 2016: Godkendelse af strategi		21. september 2016
23	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 25. oktober 2016 til formandskabet i DAK		26. september 2016 – 7. oktober 2016
24	Følgegruppen udarbejder sagsfremstilling til behandling af strategi i SKU den 25. oktober 2016	Deadline 13. oktober 2016	13. oktober 2016
25	Møde i SKU	25. oktober 2016	25. oktober 2016



Strategi

for Velfærdsteknologi og Telemedicin – det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark

2015-2018

KKR SYDDANMARK

Region Syddanmark

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin - det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i perioden 2015-2018.

Udgivet af Region Syddanmark
Syddansk Sundhedsinnovation
Sprog: dansk
[dato]
Format: pdf

Illustrationen på forsiden: Billedet er en gengivelse af spiren, der optræder udenpå Sundhedsaftalen 2015-2018. På billedet her er den omkranset af vigtige elementer, der indgår i Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin. Skakbrikken repræsenterer strategien i sig selv, Danmarkskortet står for den nationale strategi og landsdækkende projekter. Sandkassen illustrerer et testmiljø, flueben i en tjek-boks er kvalitetssikringen, huset med forstørrelsesglas står for hjemmemonitorering, raketten er udbredelse og tandhjulene er en metafor for standarder.

Indhold

1. Forord 5
   1.1. Historisk perspektivering 5
   1.2. Proces for udarbejdelse af strategien 5
2. Baggrund for Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018 6
3. Status på It-strategien 2011-2014 7
4. Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018 8
   4.1. Formål 8
   4.2. Opbygning 9
   4.3. Afgrænsning 9
5. Det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark 9
6. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle digitale samarbejde 10
   6.1. Forskellige teknologier til forskellige behov 10
   6.2. Rette data til rette instans på rette tid 10
   6.3. Fælles ramme for telemedicin 11
   6.4. Anvendelse af nationale it-standarder 11
7. Forudsætningsskabende indsatsområder 12
   7.1. Videreudvikling af Sam:Bo 12
   7.2. Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur 13
   7.3. Etablering af fælles servicecenter 13
   7.4. Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis 14
   7.5. Udbredelse af modne og afprøvede løsninger 15
   7.6. Styrkelse af forskning og dokumentation 15
   7.7. Udvikling og organisering af samarbejdet omkring Sundhed.dk 15
8. Andre indsatsområder 15
   8.1. Udbredelse af MedCom-standarder 15
      8.1.1. Hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3 16
      8.1.2. Ny standard for elektronisk genoptræningsplan (G-GOP) 16
      8.1.3. Analyse vedr. anvendelse af MedCom-standarder mellem sygehus og kommune på akut ambulantområdet og ambulantområdet 16
      8.1.4. Henvisning til kommunal forebyggelse 17
   8.2. Mennesker med kronisk sygdom 18
   8.3. Kvalitetssikring og dokumentation 19
   8.4. Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Fælles Medicinkort 19
   8.5. Tværsektoriel elektronisk svangrejournal 20
   8.6. Telemedicin på det psykiatriske område 20
   8.7. Teleudskrivningskonferencer 20
   8.8. Rådgivning via video 21
   8.9. Forebyggende hjemmebesøg via video 21

9. Initiativer afledt af Sundhedsaftalen og nationale tiltag 22
9.1. Landsdelsprogrammet for KOL 22
10. Organisering af det digitale samarbejde 23
10.1. Organisering i forhold til Sundhedsaftalen 23
10.2. Roller og ansvar i forhold til projekter 23
10.3. Fælles it-sekretariat 23
10.4. Fælles referenceramme for projektledelse på tværs 24
10.5. Opfølgning og udmøntning 25
11. Perspektiver 25
12. Andre relaterede strategier og initiativer 26
13. Bilag 26

1. Forord

1.1. Historisk perspektivering

Syddanmarks styrkeposition på det velfærdsteknologiske område skal udnyttes, og med Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin er der skabt et grundlag for et fortsat visionært og proaktivt samarbejde omkring udvikling af det velfærdsteknologiske og telemedicinske område blandt de 22 kommuner, regionens sygehuse og praksisområdet.

I Syddanmark er vi nået langt med digitalisering af vores sundhedsvæsen, hvilket i stort omfang kan tilskrives vores færdigheder i at samarbejde på tværs af sektorer. Et samlet blik på alle tre sundhedsaftaler vidner om en målrettet vision for at skabe et fælles fundament og en fælles kultur, der vægter det menneskelige aspekt i digitaliseringsprocessen. Det gælder på det organisatoriske plan, såvel som på det operationelle. Den første it-strategi (2007-2010) blev udarbejdet med det formål digitalt at understøtte aftaleområderne samt samarbejdet generelt, hvilket i 2007 startede etableringen af et formaliseret digitalt fællesskab mellem kommuner, sygehuse og lægepraksis om det sammenhængende borger - og patientforløb i Syddanmark.

Under Sundhedsaftalen 2011-2014 opstod behovet for en videreudvikling af it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation, da man indgik grundaftalen om tværsektoriel anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier samt nye nationale it-strategier og initiativer. Arbejdet udmøntede sig i "It-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014".

Med tredje generation af sundhedsaftalen, der løber fra 2015-2018, har det digitale sundhedssamarbejde i form af velfærdsteknologi og telemedicin fået et helt centralt fokus. Blandt målene for de tværgående temaer i den administrative del af sundhedsaftalens implementeringsplan er Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin – det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark. Denne strategi afløser den tidligere It-strategi.

1.2. Proces for udarbejdelse af strategien

Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin blev udpeget af Det Administrative Kontaktforum den 28. august 2015 og har til opgave at udarbejde en strategi for velfærdsteknologi og telemedicin til digital understøttelse af de prioriterede indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018. Følgegruppens medlemmer består af:

- Inge Bendixen, Konst. Vice-direktør Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, formand
- Irene Ravn Rossavik, Leder af Carecenter & Borgerrettet forebyggelse, Esbjerg Kommune, formand
- Claus Færch, Afdelingschef Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark
- Bente Christensen, Projektleder telesundhed-televelfærd, Kolding Kommune
- Svend Holm Henriksen, Chefkonsulent Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark, sekretær
- Britt Saarup Kronbøge, Projektleder, Esbjerg Kommune, sekretær

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 bærer præg af, at det med den nye organisering af følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum og de tidsmæssige rammer for opgaven ikke har

været muligt for følgegrupperne at pege på specifikke projekter til strategien. Følgegrupperne vil først senere i perioden for Sundhedsaftalen 2015-2018 have mulighed for at definere projekter, hvorfor der i strategien ikke optræder specifikke projekter indenfor alle områder. Det betyder at indeværende strategi bliver en rammesættende strategi.

På et dialogmøde med de øvrige følgegrupper er der foretaget en kortlægning i forhold til de prioriterede områder i Sundhedsaftalen 2015-2018. Kortlægningen viste ikke behov for konkrete projekter på nuværende tidspunkt, men et klart behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament, der kan bruges til at bygge ovenpå og anvendes i flere sammenhænge i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der var tillige et generelt ønske om flere generiske og modulerbare løsninger, samt et forslag til oprettelse og fælles anvendelse af en vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger, der kan tilpasses efter behov. Her tænkes etablering af et fælles tilgængeligt telemedicinsk landkort.

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin relaterer sig til de to fællesoffentlige strategier. Disse strategier overvejer mulighederne i at fremme digitalisering for derved at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen og bevare fremtidens velfærd.

- Digitalisering med effekt (National strategi for Digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013 – 2017)
- Digital velfærd – en lettere hverdag (Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013 – 2020)

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin *forventes godkendt politisk i Sundhedskoordinationsudvalget den 25. oktober 2016*. Strategien sendes i høring hos [*høringsparter udpeges af Det Administrative Kontaktforum på mødet den 15. juni 2016] fra den 20. juni 2016 til 4. august 2016*.

2. Baggrund for Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018

Sundhedsvæsnet undergår konstant forandringer og står kontinuerligt overfor store udfordringer. Den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder, samtidig med et stigende antal kronisk syge og øget forventningspres om god behandling og service. Fremtidens sundhedsvæsen vil i endnu højere grad basere sig på korte indlæggelser og ambulant behandling, hvilket stiller krav til det tværsektorielle samarbejde.

Anvendelsen af velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte det gode liv for mennesker med en kronisk sygdom og ældre medborgere. Således vil flere kunne tage ansvar for eget liv og tage vare på egen sundhed og egenomsorg, hvorved presset på den offentlige sektor mindskes. Borgere og patienter skal støttes til at mestre egen situation og få – eller længst muligt fastholde – et selvstændigt, aktivt og produktivt liv uafhængigt af hjælp. Teknologien skal tænkes ind i forhold til inddragelse af borgere/patienters pårørende, hvor det giver mening og er muligt.

Et stigende antal borgere/patienter indgår i et eller flere behandlings- og plejeforløb, hvor mange informationer overføres ved sektor- og specialeskift. I takt med den stadigt øgede specialisering og centralisering, vil dette blive endnu mere udbredt og derved også udfordret i fremtiden.

Velfærdsteknologi og telemedicin kan bidrage til at binde sundhedsvæsnet sammen ved at sikre, at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid på tværs af sygehuse, lægepraksis og kommuner. Dokumentation tilstræbes at ske tidstro, så der ikke opstår

unødvendig ventetid. Tilgængeligheden af data skal forefindes synkront/asynkront, afhængig af hvad der bedst understøtter borgerens/patientens forløb. Desuden skal adgang til og brug af velfærdsteknologi og telemedicin være nemt tilgængelig for såvel sundhedspersonalet som for borgeren/patienten og de pårørende. Dette kræver et tæt digitalt fællesskab, der indebærer en stærk og åben strategi, en stærk it-infrastruktur, modulerbare generiske it-løsninger, fælles aftale om åbne snitflader og konkrete samarbejdsaftaler med afsæt i Sundhedsaftalens visioner. Samarbejdsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb, Sam:Bo, er et godt eksempel på, at it og elektronisk kommunikation kan understøtte veldefinerede aftaler om organisatorisk samarbejde. Der er således i de senere år skabt et stærkt fundament for samarbejdet i Syddanmark. Dette samarbejde skal fortsat udbygges.

Velfærdsteknologi er, sammen med prioritering og rehabilitering, et af 3 bærende principper for sundhedsaftalen. Parterne bag sundhedsaftalen er enige om, at anvendelse og udvikling af tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte sundhedsaftalens vision, mål og indsatser ved at:

- Bidrage til veltilrettelagte og sammenhængende patientforløb ved at understøtte, at den relevante information om borgeren/patienten er tilgængelig for de rette parter på det rette tidspunkt, sted og måde. Sundhedsvæsnet skal fremtræde samlet og transparent for både borger/patient og personale
- Styrke borgerens/patientens mulighed for at engagere og motivere sig i eget forløb og tage vare på egen sundhed og behandling
- Understøtte kvalitet i patientforløbet
- Understøtte en effektiv administration, så personalets andel af tid til behandling og pleje optimeres
- Bidrage til at undgå forebyggelige (gen)indlæggelser, undgå fejlmedicinering og reducere unødige hjemmebesøg og sygehusbehandling.

Under punkt 7 indgår en kort liste med "Forudsætningsskabende indsatsområder", som indbefatter de prioriterede områder. Vi er nu så langt i det digitale sundhedssamarbejde, at der er behov for at kigge på de grundlæggende ting, for at kunne opfylde de identificerede behov for at komme videre, herunder et fælles servicecenter og en fælles infrastruktur.

Afsnit 8 er "Andre indsatsområder", som ligger latent i arbejdet med det digitaliserede tværsektorielle sundhedssamarbejde. Afsnit 9 er "Initiativer afledt af Sundhedsaftalen" og rummer p.t. Landsdelsprogrammet for KOL, men der kan komme flere projekter til i aftaleperioden frem til 2018.

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin afspejler behovet for digital understøttelse af indsatsområderne på tidspunktet for strategiens udarbejdelse.

3. Status på It-strategien 2011-2014

It-strategien for 2011-2014 indeholdt en handleplan med 14 projekter. Ved gennemgang af projekterne, viser status at syv er afsluttet. I forhold til MedCom-standarderne for kommune-sygehus samarbejdet, kører projekterne videre i nye spor, idet der nationalt er besluttet nye/opdaterede standarder. I forhold til it-understøttelse af Sam:Bo-aftalen, arbejdes der videre med disse i henhold til Sundhedsaftalen 2015-2018. Herunder indgår den elektroniske kommunikation mellem de 22 kommuner og psykiatrisygehuset parallelt med de somatiske sygehuse i forhold til udvikling. It-understøttelse af fødeplanen har udestående

rettelser i Cosmic, som der arbejdes videre med. Vedrørende Shared Care Platform afsluttes pilotprojekterne og Rehabiliteringsnotat er midlertidigt sat i bero. Se nedenstående oversigt og Bilag 1.

Oversigt over projekter i it-strategien 2011-2014 – status maj 2016

Udbredelsesprojekter	
MedCom's strukturerede standarder til sygehus-hjemmepleje-kommunikation	Opdateres til ny version 2016
MedCom's strukturerede standard til genoptræningsplan	Afløses af G-GOP i 2016
It-understøttelse af fødeplanen	Der arbejdes videre med fejlretning i fødselsanmeldelse i Cosmic
Telemedicinsk sårbehandling	Overgår til ordinær drift 1. september 2016
Videokonference	Afsluttet
Elektronisk kommunikation mellem de 22 kommuner og psykiatrisygehuset	Udvikling sker parallelt med udvikling på det somatiske område
Korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis	Afsluttet
Elektronisk henvisning til forebyggelse	Afsluttet
Pilotprojekter	
Shared Care Platform	Pilotprojekterne afsluttes
Sociale institutioner og elektronisk kommunikation	Afsluttet
Koordineret ibrugtagning af Fælles Medicinkort	Afsluttet
Foranalyseprojekter	
It-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale	Afsluttet (ny strategi skal understøtte udvikling og revision)
Rehabiliteringsnotat	Sat i bero
Samarbejde om borgernær teknologi	Afsluttet

4. Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015 – 2018

4.1. Formål

Samarbejdet om velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte borgerens/patientens uafhængighed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsnet lettere, ligesom det skal fremme kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorgrænser.

Sundhedsaftalen 2015-18 sætter retningen for, hvordan region og kommuner sammen kan håndtere udfordringer relateret til, at:

- Vi får stadig flere ældre medborgere/patienter – og stadig flere borgere/patienter med kronisk sygdom
- Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig mere behandling til flere

- Borgerens/patientens ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige dagligdag før, under og efter deres egen eller pårørendes behandling
- Det økonomiske råderum er stærkt begrænset – også for sundhedsvæsnet
- Vi får stadig flere psykisk sårbare

Visionen for de velfærdsteknologiske og telemedicinske områder i Syddanmark er, at disse skal være en del af den daglige drift, når det er effektivt, og når det kan føre til, at borgeren/patienten oplever større selvstændighed.

Parterne bag sundhedsaftalen er enige om, at anvendelse og udvikling af tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte sundhedsaftalens vision og indsatser. For telemedicin gælder, at telemedicin skal gøres til en del af den daglige drift. Endvidere at vi udvikler og anvender telemedicinske løsninger som håndterer samtidige forløb og indsatser i hjemmet og som inddrager borgeren/patienten.

4.2. Opbygning

Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin er bygget op omkring Sundhedsaftalen 2015-2018. De valgte områder på Dialogmødet med Følgegrupperne danner grundlag for valg af prioriterede indsatser fra Sundhedsaftalen 2015-2018. De prioriterede indsatser indgår i de beskrevne områder i strategien under forudsætningsskabende indsatsområder og initiativer afledt af Sundhedsaftalen og nationale tiltag.

Strategien er rammesættende for arbejdet med den fælles infrastruktur i Syddanmark i forhold til de gældende nationale standarder. Strategien beskriver endvidere de opgaver, der i fællesskab skal løses i forhold til Landsdelsprogrammet for KOL.

4.3. Afgrænsning

Strategien har fokus på det tværsektorielle samarbejde og behovet for kommunikation af kliniske data på tværs af sektorerne og skal tydeliggøre rammerne for udvikling, udbredelse og anvendelse af telemedicin i Syddanmark. Dette skal ske under hensyntagen til og samstemt med nationale initiativer, herunder de samtidige bestræbelser på at etablere en national, generisk modulerbar platform, således at it-arkitekturen bliver tilpas fleksibel og åben. Samtidig skal strategien understøtte en konsolidering af nuværende og kommende projekter, som er eller viser sig modne til udbredelse i Syddanmark. Strategien skal understøtte en effektiv varetagelse af relevante sundhedsfaglige behov og give mennesker mulighed for i stigende udstrækning at tage ansvar for egen sundhed og aktivt indgå i samarbejde for at opnå større uafhængighed. Strategien skal også have fokus på at styrke et effektivt samspil mellem forskellige aktører i sundhedsvæsnet, så forløb bliver så optimale og transparente som muligt.

De strategiske indsatser i strategien retter sig i sidste ende til målgruppen, der består af henholdsvis borgeren/patienten og det sundhedsfaglige personale. For at skabe bedst mulige vilkår, er det vigtigt yderligere at have fokus på det sundhedsfaglige personales ændrede rolle med behov for ny selvforståelse og nye kompetencer til implementering. Her skal der være et øget fokus på evnen til at indgå i nye former for relationer med borger/patient. Det sundhedsfaglige personale skal være i stand til at anvende teknologien og skabe det rigtige match for modtageren i forhold til de tilgængelige løsninger med støtte fra de Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

5. Det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark

Historisk set har kommuner, sygehuse og praktiserende læger i Syddanmark samarbejdet om digitaliseringen af de sammenhængende patientforløb i forhold til at understøtte borgeren/patienten i mødet med sundhedsvæsnet.

Grundlaget for det digitale samarbejde er en klar arbejdsfordeling mellem almen praksis, kommuner og sygehuse, der i et gensidigt forpligtende samspil sikrer borgerens/patientens optimale forløb gennem sundhedsvæsnet.

Nationale standarder og samarbejdsaftaler ligger til grund for samarbejdet, herunder Sam:Bo, hvor der er skabt gode resultater, som der kan bygges videre på.

6. Principper og forudsætninger for det tværsektorielle digitale samarbejde

For at få det tværsektorielle digitale samarbejde til at lykkes, er der en række forudsætninger og principper, der skal aftales. Rammen for it-understøttelsen af de mange tværsektorielle indsatsområder er udover Sundhedsaftalen, både regionale og nationale strategier og aftaler på området.

6.1. Forskellige teknologier til forskellige behov

Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse af det sammenhængende patientforløb:

- Den meddelelsesbaserede kommunikation mellem it-systemer er helt basal. Her sendes data fra et it-system til et andet i et aftalt format. Data skal kun indtastes én gang og kan genbruges. Samtidig overdrages behandlingsansvaret, som fx ved henvisninger og genoptræningsplaner.
- Opslagsløsninger, hvor data stilles til rådighed for opslag fra andre behandlere, som fx Fælles Medicinkort og E-journalen. Her kan man få adgang til data fra fx en anden sektor/en anden part. Data ligger kun et sted som alle parter tilgår. Data vil altid være opdaterede.
- Fælles platforme med journalinformation, som er fælles for og kan benyttes af al relevant sundhedspersonale uanset sektor.
- Telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger, som giver mulighed for behandling på afstand - evt. i borgerens/patientens eget hjem med involvering af borgeren/patienten i egen behandling og dermed understøttelse af borgerens/patientens mulighed for egenomsorg

Det er det faglige samarbejde, borgerens/patientens behov og behovet og mulighederne for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger og – teknologier, der konkret tages i anvendelse. Endvidere skal gældende lovgivning altid overholdes.

6.2. Rette data til rette instans på rette tid

Et grundprincip i elektronisk kommunikation og samarbejde er, at der i kraft af digitaliseringen skabes mulighed for, at relevante data kan deles med rette instans hurtigt og let. Det digitale samarbejde bygger således på aftaler om behandlings- og plejesamarbejde parterne imellem.

I Sundhedsaftalen har parterne forpligtiget sig til at arbejde for, at data kun registreres én gang uanset hvor i sundhedssektoren, data opstår. Data skal deles, også på tværs af sektorer,– og dobbeltregistrering skal undgås. Data skal desuden kun deles elektronisk fra én part til en anden én gang. Det er vigtigt, at den enkelte organisation sikrer, at delte data fra en anden organisation fordeles indenfor egen organisation, så

de samme data ikke unødigt skal deles flere gange med det resultat, at datatrafikken bliver kompleks eller besværliggøres.

Det er desuden vigtigt at sikre, at afsenderen af data let kan adressere sin forsendelse. En entydig adressering er en forudsætning for, at kommunikationen sker let og uden fejl. Anvendelsen af Sundhedsvæsnets organisationsregister (SOR) danner grundlaget for den elektroniske adressering. Dette adresseres i nationale initiativer.

6.3. Fælles ramme for telemedicin

Arbejdet med velfærdsteknologi og telemedicin er i et stadie, hvor der er behov for at tænke i generiske løsninger og at tænke velfærdsteknologi og telemedicin sammen med den ordinære drift; med andre ord skal der sigtes imod bæredygtige rammebetingelser for udvikling og implementering af telemedicinske løsninger. Det gælder især i forhold til:

- Forløbsprogrammer
- Inddragelse af borgerens eget udstyr
- Uddannelse

Strategien for Velfærdsteknologi og Telemedicin er derfor rammesættende for området i indeværende aftaleperiode. Som konsekvens heraf er der defineret et behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament for det fremtidige arbejde med velfærdsteknologi og telemedicin. De øvrige følgegrupper nedsat under sundhedsaftalen er ansvarlige for at tænke it-understøttelse ind, hvor det er relevant.

For at sikre, at behov og muligheder for den digitale understøttelse af projekter afdækkes, er det vigtigt, at denne allerede i analysefasen indtænkes i projektet. Dermed integreres den understøttende digitale løsning i driften og ikke som et separat lag.

Strategien for Velfærdsteknologi og Telemedicin er rammesættende for understøttelse af det digitale samarbejde og med en fælles organisering i forhold til opfølgning og udmøntning, sikres den koordinerende indsats i takt med at projekterne bliver initialiseret.

6.4. Anvendelse af nationale it-standarder

På nationalt plan arbejdes der med støttesystemer, for at lette adgangen til borgerens/patientens information og dermed sikre, at rette data deles med rette instans på rette tid.

Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner er enige om, at telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL skal basere sig på gældende national telemedicinsk infrastruktur og referencearkitekturer, herunder it-standarder anbefalet heri. Infrastrukturen består af en række komponenter, herunder databasen for Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH-databasen) og tekniske services på den Nationale Serviceplatform (NSP), der skal sikre, at data kan opsamles lokalt samt deles og integreres med relevante fagsystemer i regioner, kommuner og almen praksis. Opsamling og deling af data og integration til fagsystemer baserer sig på afprøvede standarder og standardiserede snitflader. Det er herudover op til den enkelte region og kommune at beslutte, hvilken bruger- og medarbejderrettet telemedicinsk løsning der ønskes lokalt.

Set ud fra patientperspektivet samt almene samfundsøkonomiske hensyn, må det anses for en bunden opgave netop at bidrage til at sikre, at de mange initiativer på tværs at sektorer og organisationer støtter hinanden, skaber synergi og trækker i samme retning.

Set i lyset af det digitale sundhedssamarbejde, er det vigtigt at indtænke det tværsektorielle perspektiv hvor det giver mening i forhold til borgeren/patienten ud fra LEON-princippet. Telemedicin må også ses som et væsentligt element i det løbende samarbejde mellem regionen, kommunerne og praktiserende læger om at sikre sammenhængende tværsektorielle patientforløb.

Tilsvarende kan man lægge samme betragtning på de nationale initiativer vedrørende Patient Registreret Outcome (PRO), idet opsamling af strukturerede data, også indgår i de telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering. Igen må fordringen være, at man af hensyn til patientperspektivet samtænker løsninger på tværs af både sektorer og sygdomsområder og løfter sig væk fra en traditionel søjletænkning. Det kan for eksempel anvendes i forløbsprogrammer for KOL, hjerte, etc.

Danske Regioner har udarbejdet en vision for brug af sundhedsdata, "Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment" og Kommunernes Landsforening står bag strategien "Lokal og Digital – et sammenhængende Danmark". Brugen af data skal gøre sundhedsvæsnet stærkere og mere sammenhængende. Når sundhedsprofessionelle formår at indsamle og udnytte data hensigtsmæssigt, udvikles sundhedsvæsnet til gavn for borgerne.

For at imødekomme den generiske tilgang til området, skal de nationale it-standarder indtænkes i alle relevante projekter.

7. Forudsætningsskabende indsatsområder

Forudsætningsskabende indsatsområder er områder, der skal danne grundlag for fælles tiltag til løsninger i forhold til it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde. Fælles perspektiver for digitaliseringens mål, implementering og principper må hvile på enighed om forudsætninger for økonomi og samarbejde.

7.1. Videreudvikling af Sam:Bo

Samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb (Sam:Bo) er et af de gode eksempler på, at samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorer bidrager til sammenhæng for patienter og pårørende i forhold til indlæggelse og udskrivning. Aftalen er udviklet på det somatiske område og er tillige implementeret på det psykiatriske område, så der i forhold til sygehus- og hjemmeplejesamarbejdet er ligestilling for somatiske og det psykiatriske område.

Sam:Bo er i 2013 udviklet med aftale om kommunikation på det ambulante og det akut ambulante område med anvendelse af den eksisterende elektroniske kommunikation.

Sam:Bo skal videreudvikles, så principperne herfra også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus- og hjemmeplejesamarbejdet. Det betyder bl.a., at den elektroniske kommunikation også skal understøtte samarbejdet med beskæftigelses-, social- og sundheds-, og børne- og ungeforvaltningen. Sektorerne har ansvar for at sikre den interne koordination og kommunikation.

Følgegruppen for behandling og pleje har i 2016 nedsat "Arbejdsgruppe til videreudvikling af Sam:Bo". Arbejdsgruppens formål er at afdække behov for elektronisk kommunikation i relation til

beskæftigelsesområdet, socialområdet og børne- og ungeområdet samt juridiske og tekniske udviklingsmuligheder.

Efter afdækning af behov og løsning af juridiske udfordringer afklares muligheder og løsninger for it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation.

7.2. Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur

Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, som giver adgang til tværsektorielle services og samarbejde samt let adgang for borgeren/patienten i hjemmet til at komme i kontakt med sundhedsvæsnet via video- og dataopkobling, indgår både som et indsatsområde i sundhedsaftalen og i aftalen mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner om udrulning af hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Disse initiativer må derfor ses i sammenhæng, hvor en fælles telemedicinsk infrastruktur til understøttelse af hjemmemonitorering til borgere med KOL kan betragtes som et specialtilfælde af et bredere behov for en understøttende telemedicinsk infrastruktur.

Ud fra patientperspektivet, er det afgørende at en fælles understøttende telemedicinsk infrastruktur etableres, så den hverken bliver sektor- eller diagnosespecifik, idet borgeren/patienten er den samme på tværs af sektorer og diagnoser.

Der udarbejdes på den baggrund et projektforslag om etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur mellem kommunerne og regionen. Da projektet indgår som et forudsætningsskabende projekt i forhold til Landsdelsprogrammet for hjemmemonitorering af KOL, referer projektet til Programstyregruppen for landsdelsprogrammet.

Projektet tager udgangspunkt i og indarbejder læring og erfaringer fra:

- Den Digitale Landevej, der netop som resultat har en række kravsbeskrivelser til funktioner i et fælles servicecenter
- Erfaringer fra Tele Care Nord-projektet
- Analyser vedrørende service, logistik og support, der gennemføres som et af de nationale forudsætningsskabende initiativer aftalt for Økonomiaftalen 2016 om udbredelse af hjemmemonitorering af KOL.

7.3. Etablering af fælles servicecenter

Etablering af et fælles servicecenter, som dels kan håndtere logistik ved etablering af udstyr hos borgeren og dels give borgeren og sundhedsprofessionelle nem adgang til bestilling, hjælp og fejlhåndtering, er formuleret som et indsatsområde i både sundhedsaftalen og i aftalen mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner om udrulning af hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Initiativerne skal ses i en sammenhæng, hvor service- og logistikunderstøttelsen af borgere med KOL kan betragtes som et specialtilfælde af et bredere behov for at understøtte telemedicinske løsninger generelt. Dette gælder både i forhold til regionale telemedicinske projekter og i forhold til den kommunale

anvendelse, herunder eksempelvis også support for telemedicinsk sårbehandling (Pleje.net) og telepsykiatrisk ambulant behandling i psykiatrien.

Projektforslag om etablering af et fælles servicecenter mellem kommunerne og regionen udarbejdes. Da projektet indgår som et forudsætningsskabende projekt i forhold til Landsdelsprogrammet for hjemmemonitorering af KOL refererer projektet til Programstyregruppen for landsdelsprogrammet.

Projektet tager udgangspunkt i og indarbejder læring og erfaringer fra initiativerne oplistet i afsnittet "Etablering af fælles telemedicinsk infrastruktur".

7.4. Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis

Det er nævnt som et udviklingsområde i den tværsektorielle strategi at etablere rammer, der gør det muligt at gennemføre en hurtig udvikling og afprøvning af ideer i en kliniknær praksis – i nogle sammenhænge kaldet "fast-track", som i lighed med etablering af infrastruktur kan ses som et forudsætningsskabende initiativ.

Formålet hermed er at bryde de barrierer, som virksomheder og offentlige parter traditionelt møder, når man ønsker at etablere et samarbejde med driftsenheder om gennemførelse af udviklingsaktiviteter og test af nye tiltag i et tværsektorielt set-up.

Initiativet etablerer en aftalemæssig ramme mellem fx sygehuse og kommuner for etablering af et eller flere livinglabs, som er et udviklingsmiljø i driften. Her kan hverdagens eksperter i både sygehuse og kommuner samlet stille deres behov, viden og faciliteter til rådighed for sammen med borgere og virksomheder at udvikle og teste nye velfærdsteknologiske løsninger.

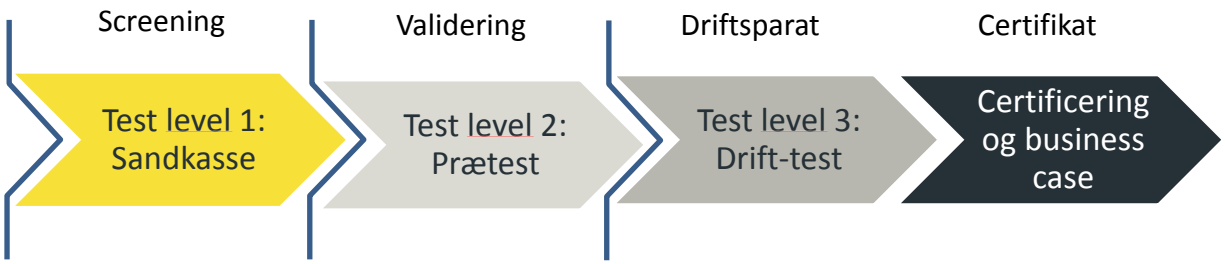
Det skal være muligt at gennemføre tests på forskellige stadier i produktudviklingen – fra test af en prototype i et beskyttet sandkassemiljø til test af den færdige løsning i et driftslignende set-up. Der etableres derfor et test- og demonstrationslaboratorium, der understøtter virksomheder, kommuner og sygehuse, og gør det muligt at teste, at en velfærdsteknologisk løsning lever op til relevante standarder. Dette gælder både standarder relateret til produkternes fysiske udformning, krav til materialer m.v. samt data- og arkitekturstandarder. Dermed bliver det muligt at sikre, at produkterne har en tilstrækkelig modenhed før eventuel implementering i drift eller et livinglab.

To initiativer, som allerede helt eller delvist adresserer det behov, der peges på:

- Én indgang – et initiativ aftalt mellem regering og regionerne, som giver en entydig indgang til regionerne for virksomheder, som ønsker at gennemføre kliniske forsøg inden for telemedicin og velfærdsteknologi.
- I CoLab Denmark tilbyder regionen og foreløbigt syv kommuner både en konceptmæssig ramme og et teknisk understøttende set-up, som samlet etablerer en ramme for, at de mange involverede aktører – leverandører, offentlige organisationer og borgere – i samarbejde kan gennemføre en hurtig udvikling og afprøve ideer i praksis.

Det foreslås, at nye initiativer afventer evaluering af ovennævnte.

Et testmiljø, der gør det muligt at teste på tre niveauer:



7.5. Udbredelse af modne og afprøvede løsninger

Udbredelse af modne og afprøvede løsninger vil skulle tage sit afsæt i initiativer og prioriteringer i de respektive faglige følgegrupper.

Der er med det nationalt aftalte program for udbredelse af hjemmemonitorering til borgere med KOL allerede igangsat initiativer til udrulning af løsning, som indarbejdes i forløbsprogrammet for KOL.

7.6. Styrkelse af forskning og dokumentation

Der er fortsat behov for at styrke forskningen og dokumentationsindsatsen med henblik på at sikre viden om effekterne af anvendelsen af telemedicinske- og velfærdsteknologiske løsninger, så det bliver muligt at etablere den fornødne evidens til at træffe velfunderede beslutninger om indførelse af telemedicinske løsninger.

Kravet om evidens og muligheden for at etablere et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag for indførelse af telemedicinske løsninger debatteres i øjeblikket heftigt. Der er etableret to forskningscentre i Syddanmark, et der støtter op om det somatiske område (CIMT, OUH) og et, der støtter op om det psykiatriske område (Telepsykiatrisk Center) med henblik på forskning og dokumentation.

7.7. Udvikling og organisering af samarbejdet omkring Sundhed.dk

Sundhed.dk indgår som et strategisk element i forhold til at give borgeren/patienten adgang til egne sundhedsdata, ligesom Sundhed.dk er et strategisk komponent til deling af sundhedsdata mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

Udviklingen af Sundhed.dk styres i regi af etablerede samarbejdsfora, og der igangsættes ikke selvstændige initiativer under sundhedsaftalen i relation til Sundhed.dk.

8. Andre indsatsområder

Under andre indsatsområder beskrives de områder, der er valgt på baggrund af kortlægningen på dialogmødet med følgegrupperne samt områder, der efterfølgende er meldt ind til Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin. Indsatsområderne er ikke prioriteret.

8.1. Udbredelse af MedCom-standarder

En MedCom-standard er den tekniske beskrivelse af tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger i det samarbejdende sundhedsvæsen.

Der er udviklet standarder til kommunikation i sundhedsvæsnet mellem sundhedsvæsnets parter, herunder mellem egen læge og sygehuse, egen læge og kommuner og mellem sygehuse og kommuner, og der udvikles nye standarder ved behov.

8.1.1. Hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3

MedCom-standarder er basis for den elektroniske kommunikation i sygehus- hjemmeplejesamarbejdet, og der implementeres i 2016 en ny version (1.0.3) af hjemmepleje-sygehusstandarderne

- Indlæggelsesrapport (XDIS16)
- Plejeforløbsplan (XDIS21)
- Udskrivningsrapport (XDIS18)

De opdaterede standarder skal implementeres i perioden 2. maj 2016 – 1. november 2016.

Følgegruppen for behandling og pleje har nedsat en "Arbejdsgruppe til implementering af hjemmepleje-sygehusstandarder version 1.0.3" til at varetage implementeringen. Arbejdsgruppen består af én repræsentant for hvert sygehus, én kommunal repræsentant for hvert Samordningsforum(SOF)-område i Syddanmark samt en sekretær for Følgegruppen for behandling og pleje samt repræsentanter for Syddansk Sundhedsinnovation Region Syddanmark, der er sekretariat og tovholder.

8.1.2. Ny standard for elektronisk genoptræningsplan (G-GOP)

Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, samt vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning er blevet revideret. Ikrafttrædelsesdato for ny bekendtgørelse og tilhørende vejledning var den 1. januar 2015. Den nye bekendtgørelse foreskriver genoptræningsplaner på flg. Niveauer:

- Genoptræning på alment niveau (kommunerne fordeler på basalt og avanceret niveau)
- Genoptræning på specialiseret niveau
- Rehabilitering på specialiseret niveau

MedCom har i samarbejde med kommunerne og regionerne udarbejdet en ny standard (G-GOP). G-GOP skal implementeres i perioden 2. maj 2016 – 1. august 2016.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering har nedsat en "Arbejdsgruppe til implementering af G-GOP" til at varetage implementeringen. Arbejdsgruppen består af én repræsentant for hvert sygehus, én kommunal repræsentant for hvert Samordningsforum(SOF)-område i Syddanmark, en sekretær for Følgegruppen for behandling og pleje samt repræsentanter for Syddansk Sundhedsinnovation, Region Syddanmark; der er sekretariat og tovholder.

8.1.3. Analyse vedr. anvendelse af MedCom-standarder mellem sygehus og kommune på akut ambulantområdet og ambulantområdet

I forhold til kommunikation om borgeren/patienten mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse, er MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser udbredt til alle regioner og kommuner.

MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser er primært baseret på, at patienten indlægges på stationært afsnit, men en stor del af sygehusbehandlingen foregår ambulant og i sygehusenes Fælles Akut Modtagelser (FAM), hvor patienten kan observeres og behandles i op til 3 døgn uden indlæggelse.

Der kan således opstå et gap i understøttelsen af den beskedbaserede kommunikation mellem kommune og sygehus, når der er tale om en akut ambulant kontakt eller en ambulant kontakt. Problemet oplistes kort i følgende punkter:

- Kommunen får ikke oplysninger om, at borger behandles i FAM-regi uden indlæggelse (mangler indlæggelses- og udskrivelsesadvis).
- Sygehuspersonale i FAM-regi får ikke overblik over aktuelle ydelser og funktionsniveau (mangler indlæggelsesrapport fra kommunen).
- Sygehuspersonale i ambulant regi har ikke en standardiseret meddelelsestype til brug for meddelelse om videre behandling og pleje i kommunalt regi.
- Kommuner har begrænset mulighed for at sende meddelelse med relevante observationer og eventuelle spørgsmål til ambulatoriet forud for et ambulant besøg.

Det indgår som en del af MedCom10-programmet at vurdere behovet for initiativer på akut ambulant- og ambulantområdet på basis af en analyse af området. Analysen gennemføres i regi af MedComs hjemmepleje-sygehusgruppe. Analysen forventes afsluttet ved udgangen af 2016.

På baggrund af analysen kan MedCom iværksætte projekter i forhold til udvikling af nye standarder for akut ambulant- og ambulantområdet.

8.1.4. Henvisning til kommunal forebyggelse

I sundhedsaftalerne 2015-2018 er der fokus på at sende henvisninger fra sygehuse og egen læge til kommunale forebyggelsestilbud samt at sende en epikrise til egen læge, når forløbet i kommunens forebyggelsestilbud afsluttes.

Den elektroniske henvisning anvendes allerede i stort omfang fra den praktiserende læge til sygehusene. Der er uens praksis i kommuner og almen lægepraksis for anvendelse af elektronisk henvisning på relevante kommunale forebyggelsestilbud, og ikke alle regioner understøtter afsendelse af henvisninger til kommunen.

MedCom har igangsat et projekt, der skal understøtte arbejdsgange ved at implementere henholdsvis elektronisk henvisning og epikrise. Projektet forventes afsluttet ved udgangen af 2017. Målsætning for projektet er:

- Videreudvikling og kvalitetssikring af elektronisk henvisning- og epikrise.
- National udbredelse, det vil sige, at alle kommuner, sygehuse og praksis anvender elektronisk henvisning og epikrise i forbindelse med borgeres brug af kommunale forebyggelsestilbud.

Deltagere i projektet er: alle kommuner, alle regioner, alle praktiserende læge, Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsdatastyrelsen, Systemleverandører og Standardiseringsteamet i MedCom.

8.2. Mennesker med kronisk sygdom

Vi bliver ældre og lever længere med kronisk sygdom. Samtidig centraliseres sundhedsvæsnets mest specialiserede ressourcer med det formål at sikre kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse. Fremtidens sundhedsvæsen vil i endnu højere grad basere sig på korte indlæggelser og ambulant behandling. Det stiller krav til det primære og sekundære sundhedsvæsen om samarbejde og koordination af patientforløb. Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og tværsektorielle samarbejde. I det telemedicin tillader tidstro dataudveksling og kommunikation, der muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorerne og aktører. En række større strategiske telemedicinske projekter målrettet patienter med kronisk sygdom, undersøges i disse år for deres potentiale for både patienter, samarbejdet i mellem sundhedsvæsnets aktører og samfundet generelt.

Patienter med kronisk sygdom har ofte kontakt til sundhedsvæsnet. Det tværsektorielle samarbejde om behandling og rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom i Syddanmark er beskrevet i forløbsprogrammer for specifikke sygdomsgrupper. Telemedicinske løsninger indarbejdes i forløbsprogrammerne i takt med stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed og evt. ressourceoptimering.

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. De regionale forløbsprogrammer omhandler indsatsen for mennesker med en specifik kronisk sygdom, men har fokus på og anerkender behovet for flere parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Flere samtidige kroniske sygdomme stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs af sundhedsvæsnets aktører. Fremtidens telemedicinske løsninger skal ligeledes søge at adressere denne problemstilling.

Telemedicinske løsninger har flere strategiske potentialer:

- øge kvaliteten i behandlingsforløbet igennem tættere monitorering af sygdomsudviklingen
- styrke sammenhængende patientforløb igennem øget informations- og datadeling på tværs af sektorerne
- styrke borgerens/patientens mestring og evne til egenomsorg
- reducere antallet af fysiske kontakter igennem egenmonitorering fra borgerens/patientens eget hjem

De 22 syddanske kommuner, Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark og Region Syddanmark vil fortsat bidrage til udviklingen af nye telemedicinske løsninger samt understøtte udviklingen og implementeringen af nationale initiativer.

I forlængelse heraf, er der fokus på det nationale initiativ ”Digital understøttelse af komplekse tværgående forløb (DUKOP)”, som netop adresserer de særlige problemer, som de multisyge møder.

I slutrapporten formuleres visionen som: patienter med komplekse forløb og deres pårørende møder et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor alle involverede i forløbet har digital adgang til oplysning. Hurtig kommunikation om borgerens/patientens samlede situation understøttes ved et fælles digitalt fundament, hvor patienter, pårørende og professionelle samarbejder helhedsorienteret om sundhed og behandling.

Fundamentet udgøres af en række løsninger fra forskellige offentlige og private parter, der virker sammen i et samlet økosystem.

8.3. Kvalitetssikring og dokumentation

I Sundhedsaftalen 2015-2018 har man besluttet at lade den tværsektorielle kvalitetsstrategi fra seneste aftaleperiode bortfalde og i stedet fremover se kvalitet som en integreret del af arbejdet med at udvikle og implementere sundhedsaftalens initiativer og aftaler.

Fokus er rettet mod læring i organisationerne og læringen kan styrkes på tværs ved at supplere med viden, der opnås i andre sammenhænge for eksempel gennem utilsigtede hændelser eller gennem vurderinger af om aftaler mellem sektorerne fungerer som planlagt.

Kvalitetssikring består af monitorering af overholdelse af tidsfrister, måling på kvaliteten af behandling bl.a. med henblik afklaring om valg af behandlingsmetode er den ideelle, patientoplevet kvalitet og nytte- og effektmål i forhold til valg af behandling/tiltag.

Der arbejdes kontinuerligt med at indfri strategien via det fortløbende arbejde i de initiativer, der gennemføres i regi af følgegrupperne. Dette kræver fortsat, at der løbende koordineres på tværs af initiativer, særligt med fokus på kvalitetssikring og dokumentation. Den koordinerende opgavevaretagelse placeres i relation til opgaven. Her fortages ligeledes opfølgning og udmøntning af strategien.

8.4. Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Fælles Medicinkort

I Region Syddanmark har alle sygehuse og praksis taget Fælles Medicinkort (FMK) i brug og alle kommuner forventes at have taget FMK i brug senest 1. august 2016 (hjemmeplejen/plejehjem). I overgangen fra projekt til drift har hver sektor indsatser for korrekt anvendelse af Fælles Medicinkort. Det arbejde, der pågår nu i regi af Fælles Medicinkort, retter sig mod et samarbejde om anvendelsen af Fælles Medicinkort.

FMK er en måde, hvorpå borgere og sundhedspersonale kan få adgang til oplysninger om borgernes medicin. Formålet med medicinkortet er at forhindre fejlmedicinering.

I FMK kan sundhedsfaglige personer, når de har borgeren i aktuel behandling og det er relevant i forbindelse med behandlingen af en borger, se oplysninger om borgerens medicin eller vaccinationer. Sundhedsfaglige personer kan desuden registrere og ændre i oplysningerne. Der er adgang til Fælles Medicinkort gennem lokale it-løsninger med integration af FMK hos henholdsvis praktiserende læger, sygehusene, hjemmeplejen osv.

Samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort
Følgegruppen for behandling af pleje har som en af sine opgaver at udarbejde en samarbejdsaftale om FMK. Det Administrative Kontaktforum har i januar 2016 godkendt kommissorium for en tværsektoriel Fælles Medicinkort-gruppe, der skal hjælpe parterne med de problemer, der ikke kan løses lokalt eller ved at kontakte egen systemleverandør. Fælles Medicinkort-gruppen arbejder tæt sammen med MedCom og Fælles Medicinkort-nøglepersoner fra kommuner, sygehuse, praksis og apoteker i primærsektoren.

National tværsektoriel governance for Fælles Medicinkort
Under den nationale bestyrelse for Sundheds-IT, har den nationale Fælles Medicinkort-styregruppe i juni 2015 godkendt "Ramme og organisation for den tværsektorielle governance for FMK".

Implementering heraf forventes at foregå i efteråret 2016. Den tværsektorielle governance for FMK har fokus på anvendelse og udvikling af den centrale Fælles Medicinkort-løsning, som alle aktører skal bruge/integrere i deres egne systemer (sygehusene, kommunerne, praksissektoren og senere også apotekerne i primærsektoren).

8.5. Tværsektoriel elektronisk svangrejournal

Elektronisk svangre- og vandrejournal er udviklet som pilotprojekt i Shared Care Platformen, og de involverede deltagere i projektet fandt løsningen anvendelig med behov for tilpasninger og videreudvikling ved udrulning i større skala. Imidlertid blev projektet sat i bero ultimo 2015, da der ikke var afsat økonomi til at arbejde videre med projektet. Ligeledes indsendte MedCom et projektforslag til en Regionernes Sundheds-it (RSI) pejlemærkebeskrivelse omkring en digital svangerskabs- og vandrejournal, med det formål at tilvejebringe et beslutningsgrundlag for en digital løsning. Projektforslaget blev nedprioriteret og er derfor ikke en del af MedComs arbejdsprogram for de kommende to år.

Ved beslutning om udvikling af fælles svangre- og vandrejournal i Syddanmark, skal der igangsættes et projekt i forhold til videreudvikling, aftaler og fælles platform.

8.6. Telemedicin på det psykiatriske område

Region Syddanmark er i front i Danmark, når det gælder telemedicin og velfærdsteknologi inden for psykiatriområdet. Regeringen har netop med ”Et stærkere og mere trygt digitalt samfund - Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020” afsat midler til en analyse af Internetpsykiatrien, der behandler patienter via internetbaseret kognitiv terapi og syv andre digitale velfærdsløsninger med henblik eventuel landsdækkende udbredelse. Internetpsykiatrien var oprindeligt et nationalt demonstrationsprojekt i den nationale handlingsplan for telemedicin, men er efterfølgende blevet videreført som et etableret, og i dansk sammenhæng unikt, behandlingstilbud for angst og let til moderat depression.

Et andet eksempel er implementering af moden teknologi på sygehusniveau i form af Telepsykiatrisk Hjemmebehandling. Telepsykiatrisk Hjemmebehandling er et ambulant tilbud i Psykiatrien i Region Syddanmark, som giver patienter mulighed for at modtage psykiatrisk behandling i eget hjem, mens behandleren befinder sig på Psykiatrisygehuset et andet sted i regionen. Behandlingen foregår som videokonference via software, som installeres på borgerens/patientens egen computer eller tablet. Alle psykiatriske afdelinger i regionen har siden april 2015 kunnet tilbyde telepsykiatrisk hjemmebehandling.

8.7. Teleudskrivningskonferencer

Teleudskrivningskonferencer var en del af et af initiativerne i den nationale handlingsplan for telemedicin i forhold til samarbejde mellem voksenpsykiatriske afdelinger og kommunale bosteder for sindslidende. I Region Syddanmark var Odense Kommune med i demonstrationsprojektet, og samarbejdet er fortsat efter projektets afslutning.

Psykiatrien i Region Syddanmark er klar til at udvide brugen af teleudskrivningskonferencer og har holdt oplæg om muligheden i de fleste af regionens psykiatriske samordningsfora. Kommunerne er positive overfor muligheden, flere har vist konkret interesse for samarbejde, og der har indtil videre været afholdt

bilaterale møder med Odense, Kolding, Esbjerg, Varde og Aabenraa kommuner. Der er konkrete planer i Kolding Kommune.

Da der samarbejdes på tværs mellem de psykiatriske afdelinger og flere forskellige kommuner og bosteder, ville det lette udrulningen, hvis den blev foretaget samtidig i regionens kommuner. Det kræver, at der er de nødvendige kompetencer og ressourcer til rådighed i kommunerne.

8.8. Rådgivning via video

Med henvisning til afsnit 7.2 Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, kan man understøtte forskellige behov hos borgerne som giver let adgang for borgeren i hjemmet til at komme i kontakt til sundhedsvæsnet. Rådgivning via video kan være et eksempel herpå.

De digitale services skal opleves integrerede og personlige, så de tilpasses borgerens aktuelle livssituation og behov. Rådgivning via video kan kosteffektivt bidrage til at afklare problemstillinger og dermed undgå tunge arbejdsgange og logistiske forhindringer. På landsplan arbejdes der i flere kommuner og regioner med at identificere de grupper af borgere/patienter, der kunne have gavn af denne indsats, samt definere de indsatser der økonomisk og fagligt kan erstattes med videoløsninger.

Status på området: Der er ikke gennemført eller planlagt pilotprojekter i forhold til rådgivning via video.

8.9. Forebyggende hjemmebesøg via video

Landspolitisk er der en bred opbakning til at åbne op for et mere differentieret forebyggelsestilbud, hvor de forebyggende hjemmebesøg i større omfang målrettes de svageste ældre, samtidig med at den generelle forebyggende indsats opretholdes.

Indenfor de seneste år har der været et særligt fokus på tværsektorielle infrastrukturprojekter med formålet at dele af data og anvende video kommunikation tværsektorielt. Målet er at koble alle digitale mono- og tværsektorielle løsninger oven på infrastrukturen ud fra et defineret behov. Fokus på borgerinddragelse betyder, at det skal være muligt på sigt også at inkludere borgeren/patienten i denne infrastruktur.

En af de prioriterede indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018 består i at øge muligheden for at løfte digitaliseringen til at blive en tilgængelig indgangsport til kommunen via en række støttekomponenter. Dermed inddrages borger i eget forløb og forebyggende samtaler kan understøttes digitalt, da man omkostningseffektivt kan føre borger og forebyggende medarbejder sammen.

Kommunerne arbejder allerede nu for, at borgerens møde med den kommunale service opleves sammenhængende, nært og personligt, uanset om det er via digitale løsninger eller gennem det fysiske møde. Det ligger dermed i tråd med strategierne at klarlægge hvornår og i hvilket omfang det forebyggende møde via video har sin berettigelse. Et videomøde kan give en mere lige adgang til ydelser for borgere, der ikke er i stand til at forlade hjemme fysisk.

Status på området: Der er ikke gennemført eller planlagt pilotprojekter i forhold til forebyggende hjemmebesøg ved anvendelse af videoløsning. Et eventuelt projekt vil have et mono-sektorielt sigte, idet det lovbestemt er en kommunal opgave.

9. Initiativer afledt af Sundhedsaftalen og nationale tiltag

9.1. Landsdelsprogrammet for KOL

Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner har i ØA2016 aftalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019.

Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med, at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

Som led i økonomiaftalen, er der afsat 47 mio. til en række nationale forudsætningsskabende projekter og initiativer, herunder etablering af et sekretariat for den fællesoffentlige porteføljestyregruppe, som nedsættes til at følge udbredelsesprojektet.

Organiseringen af opgaven i landsdelsprogrammet i Syddanmark forudsættes afspejlet i forløbsprogrammer for KOL og forankres i den regionale sundhedsaftale. Desuden skal der som grundlag for landsdækkende udbredelse ske en afklaring af opgaver og ansvar for almen praksis.

Organisering af behandling og indsats ved telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bygger på en række fælles principper om, at sundhedsopgaver skal placeres på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON) og skal forankres i eksisterende drift. Organiseringen bygger på en stafettankegang, hvor der skal være sikkerhed for, at én aktør ikke slipper ansvaret, før en anden har overtaget det aktivt. Organiseringen skal desuden bygge på den overordnede nationale ramme for organisering af behandling og indsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsdatastyrelsens anbefalinger til forløbsprogrammer.

Regionen og kommunerne skal i landsdelsprogrammet aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Fra statslig side er der alene afsat midler til gennemførelse af de forudsætnings-skabende initiativer.

Landsdelsprogrammets opgaveportefølje
Ud fra den overordnede aftale mellem regering, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, er følgende overordnede opgaver forudsat håndteret eller sikret i landsdelsprogrammet:

- Aftale den konkrete opgave- og ansvarsfordeling ved indførelse af hjemmemonitorering af KOL-patienter mellem region, kommuner og almen praksis
- Sikre, at den aftalte opgave- og ansvarsfordeling indarbejdes i forløbsprogrammet for KOL
- Aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, herunder sikre aftale med Praktiserende Lægers Organisation
- Der skal etableres en tværsektoriel model for professionel understøttelse af service og logistik – herunder etablering af fælles servicecentre (input hertil fra et af de forudsætningsskabende projekter)
- Proces for valg/anskaffelse af nødvendig regional og kommunal infrastruktur, herunder fælles infrastruktur og gennemførelse af evt. udbud

- Proces for valg/anskaffelse af telemedicinsk løsning/udstyr til opsamling af data hos borgeren.
- Afrapportering af status til: Det Administrative Kontaktforum/Sundhedskoordinationsudvalget, fællesoffentlig porteføljestyregruppe og Regionernes Sundheds-it.

10. Organisering af det digitale samarbejde

Med indgåelse af aftale om fælles strategi for velfærdsteknologi og telemedicin venter en fælles indsats med at få forvandlet strategien til handling. I erkendelse af den komplekse opgave det er at følge og udmønte strategien oprettes et fælles it-sekretariat. Succeskriteriet er, at vi ved udgangen af aftaleperioden har indfriet strategiens målsætninger og har lagt grundstene til arbejdet med den næste strategi.

10.1. Organisering i forhold til Sundhedsaftalen

Under Det Administrative Kontaktforum er der etableret fem følgegrupper, der skal understøtte forummets arbejde på nogle bestemte områder. Projekter til strategien initieres i følgegrupperne herunder:

- Følgegruppen for Behandling og Pleje
- Følgegruppen for Forebyggelse
- Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering
- Følgegruppen for Opgaveoverdragelse
- Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin

Følgegruppen for Velfærdteknologi og Telemedicin har til opgave at skrive indeværende strategi til understøttelse af det digitale sundhedssamarbejde i Syddanmark.

10.2. Roller og ansvar i forhold til projekter

De ansvarlige for projekterne under Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 er forpligtet til at levere status ind til den samlede koordinering af strategien.

10.3. Fælles it-sekretariat

Det fælles it-sekretariat etableres i erkendelse af, at en tværsektoriel koordinering indenfor it-understøttelse og anvendelse af telemedicin er en central faktor for at skabe sammenhæng og koordinering på tværs af kommuner, region og almen praksis. Syddanmark har været førende inden for tværsektoriel it og telemedicin. En styrkeposition som bl.a. er kommet i kraft af en stærk koordineret indsats. Eksempel herpå er implementeringen af Sam:Bo.

It-sekretariatet er forpligtet på at skabe mening for både den regionale og kommunale opgavevaretagelse. Det fælles it-sekretariats hovedopgave ligger i at sikre tværsektoriel koordinering af fælles projekter hos alle parter, herunder at sikre hver parts selvstændige udviklingsgang. It-sekretariatet varetager også rollen som katalysator på det tværsektorielle område, herunder at tage initiativ til og igangsætte tværsektorielle strategiske projekter.

Derudover består kerneopgaven i følgende:

- Projektkontor(PMO) for strategiens indsatser
    - Opfølgning på projekterne under strategien

    - Ressourcekoordinering
    - Bidrage til udarbejdelsen af business cases og analyser
    - Sparingspartner for indsatserne under strategien
    - Afrapportering på strategiens indsatser til følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin samt Det Administrative Kontaktforum
- Deltagelse i de øvrige følgegrupper som observatør/rådgiver
- Katalysator for udvikling af tværsektorielle projekter i relation til strategiens indsatsområder
- Vidensopsamling
    - Herunder kortlægning og udbredelse
    - Overblik og sparing i forhold til tværsektoriel it-arkitektur
    - Afholdelse af fælles temadage
- Koordinering af test
- Sekretariatsbetjening af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin
    - Herunder koordineringen på tværs af de andre følgegrupper idet opgaven med at definere projekter er beskrevet som en igangværende proces i strategien.

10.4. Fælles referenceramme for projektledelse på tværs

I både kommuner og regionen arbejdes der med udvikling og professionalisering af både projekt- og programledelse og gevinstrealisering. Der er en forventning fra borgerne om, at den offentlige sektor udnytter de teknologiske muligheder og derigennem skaber gevinster for brugerne og for skatteborgerne der, hvor det giver mening.

Løsning af velfærdsopgaverne på tværs af sektorer opleves af mange som en udfordring. Det er nødvendigt at opgive eget perspektiv og forstå hvordan opgaverne ser ud fx fra en anden organisations perspektiv. Det giver ledelsesmæssige udfordringer og udfordrer systemet.

Et af midlerne til at opnå de ønskede mål og resultater for indsatsområderne i Strategien for velfærdsteknologi og telemedicin er at arbejde ud fra nogle overordnede principper for de projekter, der skal løses på tværs af forvaltninger, sektorer og organisationer:

1. Der skal være en fælles erkendelse af en problemstilling eller udfordring, der kun kan løses af parterne i fællesskab
2. Opstilling af en vision for, hvad vi kan gøre i fællesskab
3. Overvejelser om, hvorvidt det giver mening at ansætte en fælles projektleder, der kan sikre fremdrift
4. Etablering af en adræt organisation, der kan bringe projektet fremad og sikre, at ledelsesopbakningen til projektlederen er til stede
5. Sikring af, at projektet har ledelsesopmærksomhed på øverste niveau
6. Anvendelse af risikoanalyser og alternative planer for de risici, der har største mulighed for at indtræffe, og hvor konsekvenserne er mest omfattende
7. Man skal sikre at der kommer input udefra og benytte de støttesystemer der findes, idet tværsektorielle projekter ofte er komplekse og fyldt med paradokser
8. Afsættelse af tid til læring og refleksion undervejs.

Ovenstående otte-trins-plan er et resultat af et toårigt forskningsprojekt udarbejdet af Annemette Digmann, Afdelingschef i Regional Udvikling, Region Midtjylland, som kan anvendes som anbefaling og afsæt for de tværsektorielle indsatsområder i denne strategi (Kilde: Økonomistyring & Informatik – 30. årgang 2014/2015 nr. 3 (s. 237-238)).

Lignende anbefalinger optræder i evalueringsrapporter fra tidligere projekter i IT-Strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014. Rapporter fra både Cowi og Deloittes har ligeledes dokumenteret, at der er et stort behov for at udvikle løsninger, der kan styrke datadeling og kommunikation på tværs af sektorer, fagpersoner og borgere. Rapporterne understreger også at den organisatoriske forankring fortsat er en af de største udfordringer.

10.5. Opfølgning og udmøntning

I Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin 2015-2018 har det ikke, med den nye organisering af følgegrupper under Det Administrative Kontaktforum og tidsperspektivet, på tidspunktet for strategiens tilblivelse, været muligt for følgegrupperne at pege på specifikke projekter til strategien. Følgegrupperne vil først senere i perioden for Sundhedsaftalen 2015-2018 have mulighed for at definere projekter. Der er dog defineret et klart behov for, at der bliver skabt et samlet driftsunderstøttende fundament, der kan bruges til at bygge ovenpå og anvendes generisk i flere sammenhænge i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der er tillige et generelt ønske om flere generiske løsninger samt et forslag til oprettelse af en vidensbank til kortlægning af eksisterende løsninger, der kan tilpasses efter behov.

De prioriterede indsatser skal følges i aftaleperioden, herunder effekten af indsatserne. Der skal endvidere ske en opfølgning på indsatserne i et samarbejde mellem kommuner og region. Dette skal blandt andet sikre tværgående videndeling.

Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har ansvaret for opfølgning på strategien. Udmøntning af strategien placeres i det fælles it-sekretariat, som vil varetage den fremadrettede koordinerende indsats.

11. Perspektiver

Der er i disse år tendenser til, at sundhedsvæsnet i højere grad tænkes ud fra et patientperspektiv fremfor et systemperspektiv. Et sundhedsvæsen, der i højere grad indrettes på at understøtte borgernes aktive liv på trods af sygdom.

Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og en lang række andre parter underskrev i april 2015 en fælles erklæring om Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen. På baggrund af den fælles erklæring, foreligger en plan med 33 initiativer, der overordnet set skal medvirke til at indrette sundhedsvæsnet på borgernes præmisser. Som del af denne plan, ligger også en indsats for digitalisering i forhold til at udvikle løsninger, som binder patienterne mindst muligt til behandlingsstedet og giver redskaber til aktivt at mestre sygdom og behandling på egen hånd. Patientperspektivet giver sig også udslag i et stærkere fokus på at sikre borgerens/patientens oplevelse af sammenhængende forløb på tværs af sektorerne. I forlængelse heraf, er der i flere evalueringer af telemedicinske projekter rapporteret en høj tilfredshed hos patienterne, som tilskrives, at de opnår større egenmestring, oplever større tilgængelighed til sundhedsvæsnets ydelser samt sparer tid.

Generelt er den teknologiske udvikling accelererende og udviklingen på markedet for digitalt udstyr giver patienter nye muligheder for selvmonitorering. Dette stiller nye krav til sundhedsvæsnet i mødet med borgeren/patienten. Som en følge heraf, er der både blandt det sundhedsfaglige personale og borgere/patienter en stigende efterspørgsel efter at kunne anvende de nye teknologier. Denne udvikling udfordrer tillige sektorernes evne til at skabe sammenhæng for borgeren/patienten.

Velfærdsteknologi og telemedicin rummer interessante perspektiver for en ny tilgang til at levere sundhedsydelser, som giver borgerne en øget mulighed for at tage hånd om egen sundhed. Samtidig understøtter telemedicin et sammenhængende patientforløb og en øget grad af behandling/monitorering i eget hjem, som leder frem til en udvikling, hvor det offentlige i mindre grad løser velfærdsopgaver for borgerne og i højere grad kommer til at løse opgaverne sammen med borgerne.

12. Andre relaterede strategier og initiativer

- Digitalisering med effekt. National strategi for Digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013 – 2017 (Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)
- Digital velfærd – en lettere hverdag. Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013 – 2020 (Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)
- Lokal og Digital – et sammenhængende Danmark 2016 – 2020 (Kommunernes Landsforening)
- Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment 2011 (Regionernes Sundheds-it)
- Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen 2015 (Danske Regioner i samarbejde med Kommunernes Landsforening og andre parter)
- Et stærkere og mere trygt digitalt samfund - Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020 (Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)
- Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb (DUKOP) – Sammenfattende rapport 2016 (Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner)

13. Bilag

Bilag 1: It-strategien 2011-2014 status maj 2016

Status maj 2016

It-strategien

til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014

KKR SYDDANMARK

Region Syddanmark

Indledning

Denne status på it-strategien 2011-2014 tager udgangspunkt i rapporten "Status juni 2014 – It-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark 2011-2014" tilpasset med en statusopdatering fra januar 2016.

Med sundhedsaftalerne 2011 – 2014, de nye aftaleområder og grundaftalen om tværsektoriel anvendelse af it, telemedicin og velfærdsteknologier og nye nationale it-strategier og initiativer var der behov for en videreudvikling af it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation og på den baggrund blev it-strategien 2011-2014 udformet.

It-strategien 2011-2014 blev lavet på baggrund af Sundhedsaftalen med en visionær og proaktiv udvikling af digitalisering og anvendelse af it og velfærdsteknologi, der omfattede samtlige centrale aktører: de 22 kommuner, regionens sygehuse samt praksisområdet. Strategien havde til formål at bygge videre på allerede opnåede resultater, og på den anden side skitsere indsatsområder og opstille handleplaner for videreudvikling i de kommende år til gavn for borgerne og sundhedsområdets aktører.

Vision om det sammenhængende behandlingsforløb gennem digitalt fællesskab

Den fælles vision om sundhedssamarbejde er blevet understøttet af en fælles vision om it-samarbejde. Anvendelsen af tværsektoriel it og velfærdsteknologi har således målrettet, effektivt og omkostningsbevidst understøttet visionen om det sammenhængende behandlings- og plejeforløb og det digitale fællesskab ved at bidrage til at:

- Sikre at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid og sted på tværs af sektorer
- Skabe kontinuitet og koordinering, så arbejdsgange optimeres
- Understøtte kvaliteten i behandlingsforløbene
- Styrke borgerens/patientens mulighed for at blive en aktiv part i behandlingen og at tage vare på egen sundhed og behandling (patient empowerment)
- Forebygge indlæggelser – og genindlæggelser
- Skabe tryghed for borgeren/patienten i form af entydighed og sammenhæng i forløbet

Med den nye sundhedsaftale 2015-2018 har Det Administrative Kontaktforum (DAK) besluttet, at der til understøttelse af denne udarbejdes en Strategi for Velfærdsteknologi og Telemedicin.

Dette er status for de projekter, der er defineret i it-strategien 2011-2014.

Status på de 14 projekter i aftaleperioden 2011-2014

1.1 Sygehus/hjemmeplejestandarder	
Formål:	Formålet med udbredelsesprojektet er at udskifte anvendelsen af korrespondancemeddelelser med de strukturerede MedCom-standarder: • Indlæggelsesrapport • Plejeforløbsplan • Udskrivningsrapport
Succeskriterier:	It-systemerne i den kommunale hjemmepleje og på sygehusene kan håndtere MedCom-standarderne teknisk og organisatorisk.
Status:	Der udvikles løbende nyt på området og Sygehus/hjemmeplejestandarder opdateres til en ny version i 2015/2016 med planlagt teknisk implementering fra 2. maj til 1. november 2016.

1.2 Genoptræningsstandard	
Formål:	At implementere MedComs strukturerede standard for elektronisk genoptræningsplan (DGOP) på sygehuse og i kommuner og dermed udskifte anvendelse af korrespondancemeddelelsen.
Succeskriterier:	• Forsendelse af genoptræningsplaner i den nye strukturerede MedCom-standard udrulles i takt med udrulningen af RSD-Comic version 2.2 til regionens sygehuse. • Kommunerne har tilsvarende implementeret modtagelse af den strukturerede standard.
Status:	DGOP afløses i 2016 af ny genoptræningsplan G-GOP.

1.3 It-understøttelse af fødeplanen	
Formål:	Det overordnede formål med udbredelsesprojektet er at understøtte sundhedsaftalerne og den regionale fødeplan med elektronisk kommunikation til gavn for det gode sammenhængende forløb. Den specifikke målsætning for projektet er at udbrede elektronisk fødselsanmeldelse og korrespondancemeddelelse.
Succeskriterier:	Ved projektets afslutning har fødestederne og kommunerne taget it-systemer i anvendelse og anvender flg. MedCom-standarder elektronisk: fødselsanmeldelse og elektronisk korrespondancemeddelelse i forbindelse med svangre- og fødselsforløb
Status:	Der arbejdes videre med fejlretning i fødselsanmeldelse i Cosmic.

1.4 Telemedicinsk sårvurdering	
Formål:	• At udvikle og udbrede den tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsmodel Telesår til også at omfatte andre patientgrupper – eksempelvis patienter med liggesår og venøse bensår samt eventuelt stomi-patienter og patienter med operationssår. • At udvide samarbejdet med flere relevante sygehusafdelinger og de sidste 2 kommuner, som ikke er med i det randomiserede kliniske studie. • At undersøge om sårdatabasen kan anvendes som internt redskab på såvel sygehus som i kommunen, som internt redskab til eksempelvis det præoperative eller second opinion på sygehuset og til eksempelvis kvalitetsudvikling af egen sårbehandling i kommunen.
Succeskriterier:	• At det randomiserede kliniske studie er gennemført • At der er opstillet en plan for udbredelse både mht. flere patientgrupper, flere sygehusafdelinger og de sidste kommuner
Status:	Projektet er afsluttet pr. 31.08.2015 i overensstemmelse tidsplanen for national udbredelse. Med henblik på øget inklusion, videreføres udbredelsen for restmidlerne frem til 31.08.2016. Går i drift 1. september 2016.

1.5 Videokonference	
Formål:	At understøtte den organisatoriske udbredelse af anvendelsen af det videokonferenceudstyr som forefindes i Region Syddanmark, herunder at: • Understøtte videoudskrivningskonferencer mellem kommunerne og sygehusene • Inspirere til flere anvendelsesmuligheder af videokonferenceudstyr i dagligdagen på sygehusene, i praksis og i kommunerne i regionen • Sikre at det er nemt at komme i gang med videokonference
Succeskriterier:	• Udskrivningskonferencer er en integreret del af Sam:Bo-samarbejdet og understøtter det sammenhængende patientforløb. Det er hurtigt og let at etablere en udskrivningskonference. • På regionens sygehuse er etableret en fast rutine med demonstration af mulighederne omkring brugen af videokonference i forbindelse med de obligatoriske introduktionskurser for nyansatte.
Status:	Projektet er afsluttet.

1.6 Psykiatri og kommunerne	
Formål:	Formålet er at igangsætte en proces hen imod en digitalisering af den tværsektorielle kommunikation mellem de 22 kommuner og det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark. Mulighederne for elektronisk informationsudveksling skal tages i brug i takt med, at de relevante kommunale fagsystemer udvikles til at kunne sende og modtage elektroniske meddelelser. Der skal på hele psykiatriområdet være fokus på den elektroniske kommunikationspraksis og udvikling inden for området, også set i relation til andre it-initiativer både lokalt, regionalt og nationalt.
Succeskriterier:	• At MedCom standarderne er implementeret og taget i brug på det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark og i de kommunale fagsystemer på psykiatriområdet i takt med at systemerne udvikles • For at opfylde succeskriteriet, er det vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning regionalt og kommunalt til projektgennemførelse
Status:	Udviklingen fremadrettet på det psykiatriske område sker parallelt med udvikling på det somatiske område jf. Sundhedsaftalen 2015-2018.

1.7 Kommune/lægepraksis kommunikation	
Formål:	At sikre, at alle 22 kommuners hjemmepleje, sundhedspleje og lægepraksis i Region Syddanmark anvender den elektroniske korrespondance-meddelelse. Desuden indføres genbestilling af lægeordineret medicin via elektronisk receptfornyelse. Derudover skal der arbejdes på at oprette og implementere elektronisk korrespondance-kommunikation mellem lægepraksis og andre afdelinger i kommunerne, hvor der er behov for det, fx på jobcentrene.
Succeskriterier:	• At alle 22 kommuners hjemmepleje, sundhedspleje og lægepraksis anvender den elektroniske korrespondancemeddelelse • At genbestilling af lægeordineret medicin sker via elektronisk receptfornyelse
Status:	Projektet er afsluttet.

1.8 Elektronisk henvisning til forebyggelse	
Formål:	At implementere og udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i forbindelse med henvisning til forebyggelsestilbud
Succeskriterier:	• At alle lægepraksis og sygehuse henviser elektronisk til forebyggelsestilbud inden udgangen af 2012 • At alle kommunale forebyggelsestilbud har implementeret fagsystem /alternativt arbejdsgang med anvendelse af REFHOST til modtagelse af elektroniske henvisninger • At kommuner med fagsystem sender epikriser elektronisk inden udgangen af 2014
Status:	Punkt 1 og 2 er implementeret. De fleste kommunale fagsystemer har ikke implementeret epikrisestandarden, hvorfor de ikke sender epikriser elektronisk.

2.1 Shared Care Platformen	
Formål:	At befordre videndeling og kommunikation mellem parterne i de tre adskilte sektorer inklusiv patienten selv, så behandlere og patienten får et samlet billede af det sammenhængende patientforløb. Desuden at skabe det bedst mulige beslutningsgrundlag for en effektiv og koordineret behandlingsstrategi samt øge behandlingskvaliteten og optimere ressourceindsatsen. Udvikling af Shared Care Platformen blev etableret som et pilotprojekt i it-strategi til understøttelse af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praksissektoren i Syddanmark 2011 – 2014. Projektet er skrevet ind i Sundhedsaftalen 2015-2018 med henblik på afprøvning og evt. udbredelse af platformen.
Succeskriterier:	• Platformen skal håndtere de data, som klinikerne har behov for at dele og være så generisk, at den kan udbygges til andre patientgrupper. • Platformen skal integreres i de fagsystemer, som anvendes hos de parter, der samarbejder om patienterne (EPJ, EOJ og lægesystemerne). • Patienter skal have let adgang til egne data og understøttes i at tage del i egen behandling.
Status:	Projektet er i januar 2016 blevet positivt evalueret af CIMT og KMD. Den 1. april 2016 på DAK-mødet meddelte kommunerne, at man ikke længere ønskede at arbejde videre med pilotprojektet. Region Syddanmark har derfor besluttet, at alle pilotprojekterne afsluttes.

2.2. Sociale institutioner og elektronisk kommunikation	
Formål:	Formålet med projektet er at vise, at MedComs standarder til elektronisk kommunikation kan anvendes af personalet på de sociale institutioner og understøtte samarbejdet mellem disse og de øvrige parter i sundhedssektoren, der allerede kommunikerer digitalt.
Succeskriterier:	At vise, at det kan lade sig gøre teknisk og organisatorisk at kommunikere elektronisk til og fra de sociale institutioner i Region Syddanmark
Status:	Projektet er efter aftale med Socialstaben afsluttet. Det blev aftalt ikke at opstarte nyt udbredelsesprojekt, da et udbud var under vejs. Den udviklede løsning driftes fremadrettet på Holtegården.

2.3 Koordineret ibrugtagning af FMK	
Formål:	Det overordnede formål med FMK er at nedbringe fejlmedicinering samt forbedre kvaliteten af medicinering af borgere/patienter. Det konkrete formål med projektet er at forsøge at sikre en samlet koordinering af anvendelsen af FMK på tværs af sektorer, herunder at sikre udbredelse af anvendelsen af FMK i den kommunale hjemmepleje og andre relevante kommunale enheder i en koordineret proces i takt med at de øvrige parter i sundhedssektoren tager FMK i anvendelse. En pilotafprøvning af FMK-online i perioden indtil FMK integreres i de kommunale fagsystemer for de kommuner, der vil deltage i en afprøvning, vil kunne give erfaringer med den tværsektorielle anvendelse af medicindata.
Succeskriterier:	• At der er igangsat pilotprojekter for FMK-online i kommunerne for afprøvning af mulighederne samt evaluering af anvendelsen primo 2013 • At sikre udbredelse af FMK i kommunerne • At FMK tages i anvendelse i en koordineret proces på tværs af sektorer i takt med at FMK integreres i fagsystemerne
Status:	Projektet er afsluttet.

3.1 It-understøttelse af Sam:Bo-aftalen	
Formål:	At få afdækket behovene for it-understøttelse af den reviderede Sam:Bo-aftale der trådte i kraft 1. maj 2013. Revidering af Sam:Bo sker i Følgegruppen for Sam:Bo samt i arbejdsgruppen under følgegruppen til afdækning og beskrivelse af de mange forskellige typer af behandlingsforløb.
Succeskriterier:	At den reviderede Sam:Bo-aftale it-understøttes
Status:	Projektet er afsluttet. Ny strategi skal understøtte udvikling og fornyet revision af Sam:Bo-aftalen.

3.2 Rehabiliteringsnotat	
Formål:	At indgå i et nationalt arbejde hos MedCom med formålet at udvikle en kommunikationsstandard for rehabiliteringsdata.
Succeskriterier:	Ikke relevant.
Status:	Projektet var oprindelig et analyseprojekt, men blev afløst af Shared Care platformen.

3.3 Samarbejde om borgernær teknologi	
Formål:	At afdække muligheder for samarbejde om borgernær teknologi på tværs af sektorerne. Herunder borgerens/patientens behov, tekniske muligheder, driftsmæssige forhold, økonomiske forhold og aftaler om samarbejde i øvrigt.
Succeskriterier:	• Mulighed for samarbejde om borgernær teknologi er undersøgt • Samarbejdsscenarier er identificeret • Evt. samarbejde afprøvet i konkret projekt
Status:	Projektet er afsluttet. Intentionerne videreføres i regi af Den Digitale Landevej og CoLab Denmark.

Område: Sundhed
Afdeling: Tværsektorielt Sundhedssamarbejde
Journal nr.:
Dato: 6. juni 2016
Udarbejdet af: Christine Lund Momme
E-mail: clm@rsyd.dk
Telefon: 76631318

Videreudvikling af Sam:Bo tankegangen i relation til arbejdsmarkedsområdet

Arbejdsgruppen har bestået af:

- Birthe Mette Pedersen, Programchef, Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark (Regional medformand)
- Inger-Marie Hansen, Leder, Forebyggelse og Visitation, Faaborg-Midtfyn Kommune (kommunal medformand)
- Susanne Skade, Teamleder, Aabenraa kommune
- Mette Petersen Christensen, Afdelingsleder, Handicap- og psykiatriområdet, Sønderborg kommune
- Signe Vestergaard Duedal, Råds- og direktionssekretariatet, Region Syddanmark
- Troels Hjortebjerg Pedersen Enheden for Informationssikkerhed, Region Syddanmark
- Ann Kristin Granli, jurist, Sønderborg kommune
- Pernille Thomsen, Systemadministrator, Faaborg-Midtfyn kommune
- Susanne Heinrich, IT Konsulent, Klinisk IT, Psykiatrien, Region Syddanmark
- Linette Krell, Klinisk IT- konsulent, Afdelingen for Sundheds-IT, Sydvestjysk Sygehus
- Hanne Gustafsson, IT-koordinator, IKT afdelingen, Sygehus Lillebælt
- Jesper Nissen, Faglig konsulent, Fredericia kommune
- Dorthe Brænder Liliendal, Sundhedsfaglig konsulent, Faaborg-Midtfyn kommune (kommunal medsekretær)
- Christine Lund Momme, Specialkonsulent, Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark, (regional medsekretær)
- Karen Nyman, Myndighedschef, Ældre- og handicapforvaltning, Odense kommune
- Susanne Pedersen, Konsulent, Velfærdsteknologi og telemedicin, Region Syddanmark

Beskrivelse af processen for arbejdsgruppens afklaring af behovet for videreudvikling af SAM:BO

Der har været afholdt to møder i arbejdsgruppen. På det første møde blev mulighederne for videreudvikling af Sam:Bo i forhold til henholdsvis beskæftigelsesområdet, socialområdet og børn- og ungeområdet drøftet, jf. de områder, der er udpeget i Sundhedsaftalen 2015-2018 i forbindelse med videreudviklingen af Sam:Bo. Arbejdsgruppen kunne efter den indledende drøftelse konkludere, at det ikke er helt entydigt, hvorledes en tilgang til videreudviklingen af Sam:Bo skal gribes an. Arbejdsgruppen var dog enige i vurderingen af, arbejdsmarkedsområdet/jobcentret vil være det mest hensigtsmæssige område at undersøge indledningsvist.

Der har igennem de seneste år været et øget fokus på arbejdsmarkedsområdet med gennemførslen af en række store nationale reformer (Beskæftigelsesreformen, Reform af førtidspension og fleksjob, Kontakthjælpsreformen, Sygedagpengereformen). Det er reformer, der i høj grad påvirker kommunernes arbejde på arbejdsmarkedsområdet samt den enkelte borger, som står uden for arbejdsmarkedet eller er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet. En stor del af borgernes forløb går på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommune.

Begrundelsen for arbejdsgruppens fokus på arbejdsmarkedsområdet er bl.a., at forløbene kan være problemfyldte for både involverede fagprofessionelle og patienter/pårørende. Det skyldes blandt andet manglende aftaler og forventningsafstemning mellem de involverede parter. Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at indgåelsen af handlingsanvisende og elektronisk understøttende aftaler om, hvem der gør hvad og hvornår, som alle parter er enige i at arbejde efter og overholde, vil kunne støtte op omkring den enkelte borgers forløb på tværs af sektorer. Det er forventningen, at arbejdet vil skabe en langt større grad af flow og sammenhæng i nogle patient-/borgerforløb, som i dag er både tidsmæssigt og processuelt udfordrede. Endvidere vil patient-/borgergruppen forventeligt have stor positiv effekt af disse mere strømlignede forløb.

Derudover har arbejdsgruppen inddraget følgende overvejelser i udvælgelsen af arbejdsmarkedsområdet:

- Målgruppen er 18-65-årige, dvs. at der er tale om en potentielt stor målgruppe, som kan få glæde af udviklingen
- Videreudviklingen af Sam:Bo i forhold til arbejdsmarkedsområdet vil gælde for både somatiske og psykiatriske forløb
- Området er præget af meget korte tidsfrister for informationsflowet på tværs af sektorer og med en elektronisk understøttet samarbejdsaftale for området, vil fristerne lettere kunne overholdes

Arbejdsgruppen foreslår, i forlængelse af ovenstående, at der i første omgang ses nærmere på følgende forløb:

- Sygedagpenge
- Ressourceforløb
- Kontanthjælpsmodtagere

I forbindelse med fire patientkategorier, herunder:

- Patienter med kræft.
- Patienter med sygdomme i bevægeapparatet.
- Patienter med hjerneskade.
- Patienter med en psykisk sygdom.

Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo lægger op til, at der i første omgang foretages en grundig afdækning af områdets potentiale med udgangspunkt i den eksisterende Sam:Bo aftale. Det betyder, at arbejdsgruppen foreslår, at der iværksættes en proces med en kortlægning af de kommunale IT-systemer og disses muligheder for at kommunikere med hinanden og med sygehus-/praksissystemer. Derudover skal det undersøges, om det giver mening at foretage den opdeling i forløb, som arbejdsgruppen stiller forslag om, samt om det vil medføre juridiske problemstillinger med en sådan strømlinet, elektronisk understøttet udveksling af data i givne borger-/patientforløb.

Når de indledende undersøgelser er tilendebragt, vil resultaterne blive nedfældet i et samlet notat, som forelægges DAK og SKU til beslutning om det videre arbejde. Notatet vil således belyse udviklingsmuligheder og udfordringer i relation til borger-/patientforløb samt jura, IT og ressourcetræk/økonomi forbundet med et evt. videre arbejde, før dette igangsættes.

Nedenstående tids –og procesplan skitserer de opgaver, arbejdsgruppen for nuværende har identificeret samt tidsfrister for disse. Endvidere er der udarbejdet et udkast til budget for det tværsektorielle arbejde, der skal pågå frem til årsskiftet 2016/2017.

Tidsplan for videreudvikling af Sam:Bo tankegangen i relation til arbejdsmarkedsområdet

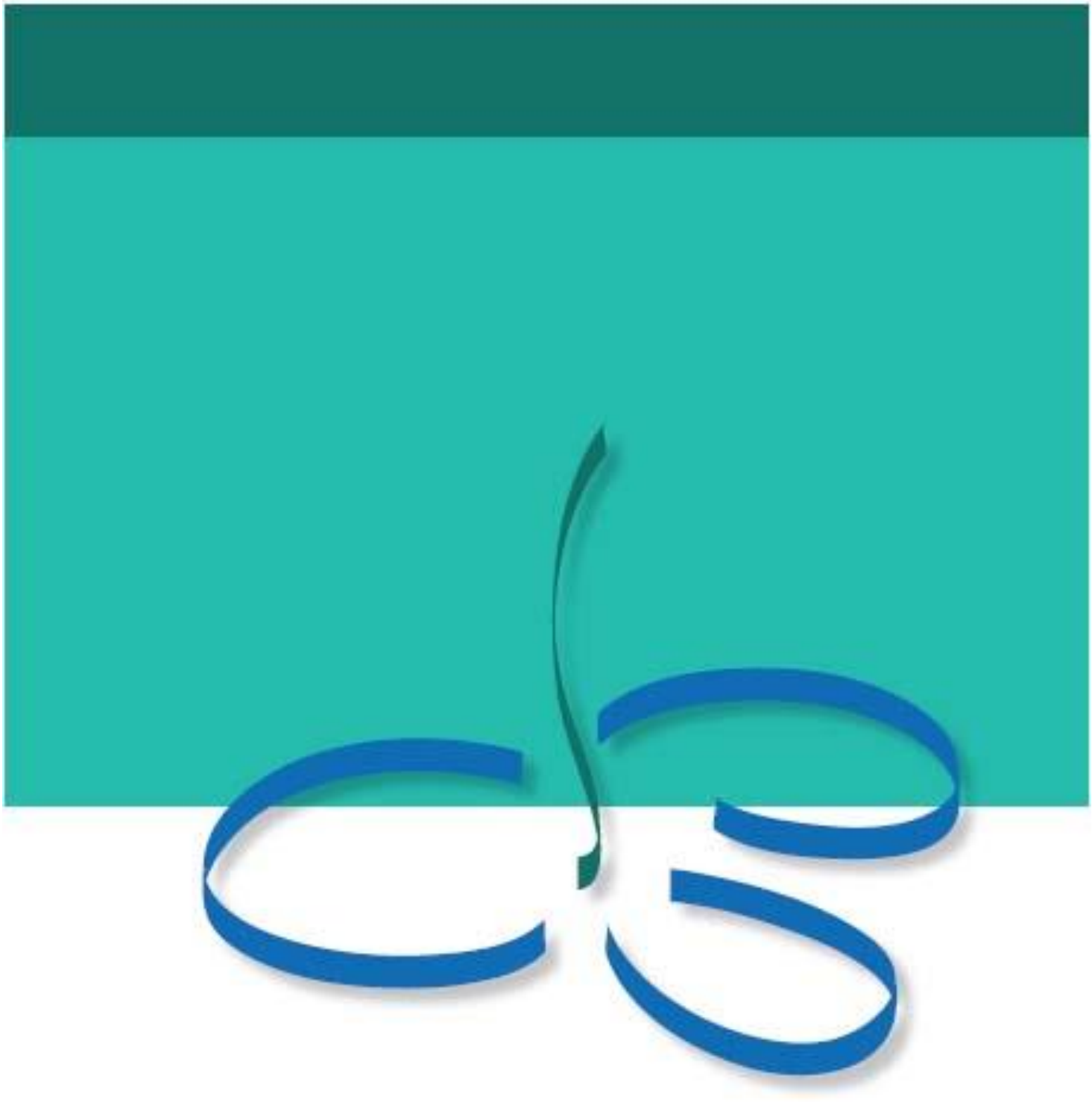
Proces	Tidspunkt	Opgave	Forum
Godkendelse af tids- og proces-plan i Sundhedskoordinations-udvalget	16. august 2016	Sundhedskoordinationsudvalget behandler den efterspurgte tids- og procesplan på møde den 16. august 2016.	Sundhedskoordinationsudvalget
Kortlægning af IT infrastrukturen	August 2016	Alle kommuner adspørges om IT-landskab på arbejdsmarkeds-området og det afdækkes, hvilke kommunikationsmuligheder de kommunale IT-systemer har til de regionale.	Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo.
Indhentning/udarbejdelse af patientcases	August 2016	Der indhentes patientcases for patienter i de udvalgte kategorier, som skal danne udgangspunkt for drøftelser i workshops med relevante implicerede fagpersoner samt evt. patienter/pårørende	Det udvidede sekretariat for Arbejdsgruppen vedr. videre-udvikling af Sam:Bo samt kvalificering hos formandskab.
Workshops	September-	Afholdelse af 1-2 workshops med relevante nøglepersoner for hhv.	Arbejdsgruppen samt inviterede

	oktober 2016	kommuner, somatiske sygehuse og psykiatrien samt evt. patienter og pårørende. Workshops har til formål at kortlægge borgerens vej gennem systemet med henblik på at identificere og beskrive: • Hvad er der behov for at kommunikere tværsektorielt om? • Hvorfor er der det behov? • Hvornår skal kommunikationen finde sted? • Hvordan skal kommunikationen finde sted? • Snitflader for patienter/pårørende?	repræsentanter fra relevante områder og sektorer. Derudover påtænkes også at invitere patient-/pårørenderepræsen-tanter.
Opsamling og sammenskrivning af informationer opsamlet undervejs	Oktober – november 2016	Sideløbende med at der afholdes workshops, samles de indhentede informationer sammen til et notat, der beskriver muligheder, behov, udfordringer, ressourcetræk og økonomi.	Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo.
Sideløbende juridisk og IT-teknisk vurdering af opsamlingsnotat	Oktober 2016	Der foretages en juridisk og IT-teknisk gennemgang og kvalificering af opsamlingsnotatet.	Jurister og IT-teknikere repræ-senteret i arbejdsgruppen evt. suppleret af andre relevante vidanspersoner.
Vurdering, behandling og godkendelse af opsamlings-notatet	November-december 2016	Notatet forelægges såvel Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo som Følgegruppen for behandling og pleje med henblik på kvalificering og godkendelse forud for behandling i DAK og SKU.	Arbejdsgruppen vedr. videre-udvikling af Sam:Bo samt Følgegruppen for behandling og pleje.
Behandling af opsamlingsnotat vedr. udbredelse af Sam:Bo til arbejdsmarkedsområdet	Januar - februar 2017	Notatet forelægges såvel DAK som SKU med henblik på beslut-ning om videre proces i relation til udbredelsen af Sam:Bo tanke-gangen. Notatet vil skitsere muligheder og udfordringer samt for-ventninger til ressourcetræk og økonomi.	Det Administrative Kontaktforum samt Sundhedskoordinations-udvalget.
Den videre proces herfra afhænger af beslutning i DAK og SKU. *Beslutter man at gå videre, ser processen ud som følger:*			
Udvikling af Samarbejdsaftale på arbejdsmarkedsområdet	Marts - april 2017	På baggrund af indkomne input fra workshops udarbejdes Samarbejdsaftalen for arbejdsmarkedsområdet.	Arbejdsgruppen vedr. videre-udvikling af Sam:Bo.
Juridisk kvalificering af udkast til Samarbejdsaftale for	Marts - april 2017	Der foretages en juridisk gennemgang af udkastet til samarbejds-aftale med henblik på at sikre, at forslaget til fremtidigt samarbejde	Arbejdsgruppen vedr. videre-udvikling af Sam:Bo

arbejdsmarkedsområdet		er juridisk korrekt.	
Høringsudkast til Samarbejdsaftale på arbejdsmarkedsområdet behandles i DAK og SKU	Maj – juni 2017	Høringsudkast behandles i DAK og SKU, før det udsendes til relevante høringsparter.	Det Administrative Kontaktforum og i Sundhedskoordinations-udvalget
Høring af udkast til Samarbejds-aftale på arbejdsmarkedsområdet	Juni-juli 2017	Samarbejdsaftale på arbejdsmarkedsområdet sendes i høring hos alle relevante høringsparter.	Relevante høringsparter
Tilretning af Samarbejdsaftale på arbejdsmarkedsområdet.	August 2017	Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo tilretter samarbejdsaftalen på baggrund af indkomne høringssvar.	Arbejdsgruppen vedr. videreudvikling af Sam:Bo
Godkendelse af endelig Sam-arbejdsaftale på arbejdsmarkeds-området	September – oktober 2017	Samarbejdsaftalen skal endeligt godkendes i relevante fora.	Følgegruppen for behandling og pleje, Det Administrative Kontaktforum, Sundhedskoordi-nationsudvalget
Den endeligt godkendte Samarbejdsaftale implementeres	Oktober – december 2017	Den færdige Samarbejdsaftale for arbejdsmarkedsområdet implementeres via relevante fora (SOF og P-SOF, KLU)	SOF, P-SOF, KLU mv.

Økonomi

Budget for det indledningsvise arbejde med videreudvikling af Sam:Bo tankegangen i relation til arbejdsmarkedsområdet forventes at beløbe sig til 70.000 kr., hvilket vil dække udgifter til de 1 - 2 workshops, som planlægges afholdt i efteråret 2016.



Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

April 2016

Indledning

Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen har fået til opgave at udarbejde en kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge. Kortlægningen indgår som en politisk målsætning i Sundhedsaftalen 2015-18 og er, af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark, prioriteret som en særlig vigtig indsats. Formålet med kortlægningen er, ifølge Sundhedsaftalens pkt. 3.1. og kommissoriet for arbejdsgruppen, at kortlægge omfanget af dårlig mental sundhed blandt børn og unge samt at kortlægge den tilgængelige viden om væsentlige risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed, herunder sociale risikofaktorer. Interessen for kortlægningen udspringer i høj grad af de seneste resultater fra sundhedsprofilen "Hvordan har du det?2013" for Region Syddanmark, hvor der ses en negativ udvikling i mental sundhed, særligt i forhold til unge kvinder og stress [1]. Stress indgår i kortlægningen som en indikator for mental sundhed, men er blot én blandt flere indikatorer, da det tilstræbes at give et mere nuanceret billede af udviklingen i børn og unges mentale sundhedstilstand, end det som tilvejebringes i den regionale sundhedsprofilundersøgelse.

I litteraturen findes en del viden om grundlæggende risikofaktorer eller beskyttende faktorer til henholdsvis god og dårlig mental sundhed, som berøres i kortlægningen. Der er dog behov for mere viden om de konkrete årsager til det udviklingsforløb i børn og unges mentale sundhedstilstand, som vi i nyere tid har været vidne til i Danmark [2]. Derfor vil denne kortlægning, foruden at beskrive forekomst, udvikling og risikofaktorer, også inddrage udvalgte eksperters bud på årsager til de seneste udviklingstendenser i danske børn og unges mentale sundhedstilstand. Afslutningsvist skitseres overordnede anbefalinger til det videre arbejde med mental sundhed blandt børn og unge. I det følgende defineres først begrebet mental sundhed ligesom målgruppen og andre afgræsninger beskrives.

Definition

Mental sundhed er et komplekst begreb. Ofte ses en tendens til at reducere mental sundhed til at handle om fravær af psykiske lidelser og symptomer. Men selvom der ofte er en sammenhæng imellem det at have en psykisk lidelse og dårlig mental sundhed, kan man godt være mentalt sund trods psykisk lidelse, ligesom man kan have dårlig mental sundhed uden at have en psykisk lidelse. Mental sundhed er således (også) kendetegnet ved noget mere, nemlig en række positive tilstande [3]. Den mest anvendte definition af mental sundhed, som er fra WHO, forsøger netop at indfange de positive tilstande, og lyder let omskrevet: *"en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber" [4].* Definitionen rummer to hoveddimensioner 1) oplevelsen af velbefindende, hvor elementer som livsglæde og selvværd er væsentlige og 2) en funktionel dimension, som handler om, hvordan man fungerer og tackler udfordringer i hverdagen. Det at indgå i sociale fællesskaber spiller en væsentlig rolle i begge dimensioner.

Afgrænsninger

I de senere år er der foretaget en række undersøgelser, hvor danske børn og unges mentale sundhedstilstand belyses. I 2014 udgav Vidensråd for Forebyggelse en rapport, som på baggrund af en grundig litteraturgennemgang har sammenfattet eksisterende viden om hyppighed og udvikling i mental

sundhed blandt danske børn og unge i alderen 10-24 år.[1] Desuden giver rapporten en beskrivelse af væsentlige bagvedliggende faktorer, der påvirker den mentale sundhed [2]. Nærværende kortlægning vil i overvejende grad basere sig på denne rapport, og flere passager er taget direkte fra rapporten. Med mindre andet står angivet kan læseren således antage, at specifikke udsagn i denne kortlægning om hyppighed, udvikling og risikofaktorer baserer sig på denne rapport. I lighed med rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse afgrænses målgruppen i denne kortlægning til de 10-24 årige, eftersom den tilgængelige litteratur primært omhandler dette aldersspænd.

Der findes ingen international vedtaget standardmetode til at måle børn og unges mentale sundhedstilstand, og eksisterende undersøgelser benytter sig ofte af forskellige indikatorer til at indfange begrebet. De fleste danske undersøgelser af børn og unges mentale sundhedstilstand har fokuseret på mentale helbredsproblemer, fx psykiske lidelser, symptomer og ensomhed, hvorimod positive mentale egenskaber som fx robusthed endnu ikke monitoreres over tid i en sådan grad, at der er tilgængelige landsdækkende tal for udviklingen [2]. Da denne kortlægning baserer sig på tilgængelige danske undersøgelser, vil der også her primært fokuseres på at beskrive mentale helbredsproblemer fremfor de mere positive aspekter af begrebet mental sundhed. Endvidere vil kortlægningen kun inkludere indikatorer, hvor der er tilgængelig information om udviklingen over en længere årrække, eftersom udviklingstendenser over tid er et centralt fokuspunkt i kortlægningen.

Hyppighed og udvikling i indikatorer for mental sundhed

I det følgende beskrives først en række overordnede udviklingsmønstre i børn og unges mentale sundhed. Herefter følger en uddybning, hvor udvalgte indikatorer for mental sundhed beskrives nærmere.

Hovedtendenser

Betragtes udviklingen i børn og unges mentale sundhed i et samlet perspektiv viser undersøgelser, at der på en lang række centrale indikatorer for mental sundhed har været en negativ udvikling over de seneste 20 år. Forekomsten af selvrapporteret stress er mere end fordoblet blandt unge, og unge kvinder i 16-24 års alderen er den befolkningsgruppe, som er hårdest ramt. Andelen der rapporterer at have høj livstilfredshed er faldet, og der kan konstateres en meget markant stigning i andelen af 11-15 årige, der føler sig presset af skolearbejde. Forekomsten af søvnproblemer af alle slags er steget markant blandt 10-24-årige børn og unge, og visse typer af medicinforbrug, særligt forbrug af medicin mod hovedpine, har været i voldsom stigning i denne periode blandt de 11-15-årige.

Med hensyn til psykiske lidelser, blandt 10-24-årige danske børn og unge, omfatter de væsentligste ændringer forbruget af medicin mod ADHD, som viser en tidobling indenfor de sidste 15 år, en markant stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres med autisme, en fordobling i forekomsten af psykoser de sidste ti år og en markant stigning i selvmordsforsøg blandt unge piger svarende til en

[1] Rapporten bygger på en lang række danske undersøgelser gennem tiden bl.a. Skolebørnsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsens undersøgelse af 11-15 åriges livsstil og sundhedsvaner, SFIs Børn og Unge i Danmark - Velfærd og trivsel, 15-åriges hverdagsliv og udfordringer (børneforløbsundersøgelserne) og den nationale sundhedsprofil/sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. De fleste data er selvrapporterede, men der indgår også registerdata i dele af materialet fra Vidensråd for Forebyggelse.

tredobling af forekomsten. Også emotionelle lidelser, som angst og depression, har vist en stigning i forekomsten af diagnosticerede tilfælde. For flere af de psykiske lidelser er det dog uvist i hvilket omfang, at udviklingen kan tilskrives det øgede fokus, der har været på dette område de seneste år, samt den øgede kapacitet indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, som i sig selv vil kunne forårsage en stigning i antallet af diagnosticerede tilfælde, uden at det nødvendigvis skyldes en egentlig stigning i forekomsten af den enkelte lidelse [2].

Trods den overvejende negative udvikling, ses dog også en positiv udvikling for visse indikatorer, bl.a. er andelen, der jævnligt oplever at blive mobbet i skolen, faldet dramatisk over de seneste 20 år. Endvidere er andelen af børn og unge, som ugentlig oplever at være kede af det eller irritable ligeledes faldende [2].

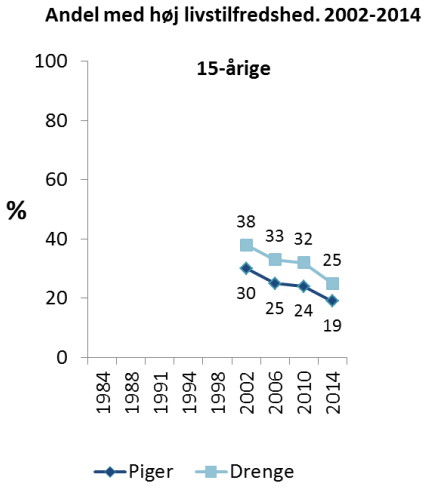
Drenge rapporterer generelt bedre mental sundhed end piger, og kønsforskellene er på nogle af parametrene steget over årene. For de fleste indikatorer er der desuden tale om en væsentlig social ulighed i sundhed, idet børn af forældre med lav socioøkonomisk status generelt har flere trivsels- og helbredsproblemer end børn af forældre med høj socioøkonomisk status. En rapport fra Sundhedsstyrelsen peger på, at den sociale ulighed i sundhed, på en række områder, er øget gennem de seneste årtier [5].

Udvikling i indikatorer

I det følgende gives en kort uddybende beskrivelse af hyppighed og udvikling i udvalgte indikatorer for mental sundhed.

Livstilfredshed

Livstilfredshed er et vigtigt aspekt af børn og unges mentale sundhed, som afspejler det enkelte barns kognitive bedømmelse af eget liv. Livstilfredshed er desuden relateret til en række andre dimensioner af børn og unges mentale sundhed, såsom selvvurderet helbred, selvværd og psykiske ressourcer [2]. I de eksisterende danske undersøgelser rapporterer mellem 31-42 % af danske børn og unge en høj livstilfredshed, hvorimod andelen med decideret lav livstilfredshed ligger indenfor spændet fra 6-20 % afhængig af hvilken undersøgelse, som der tages udgangspunkt i.

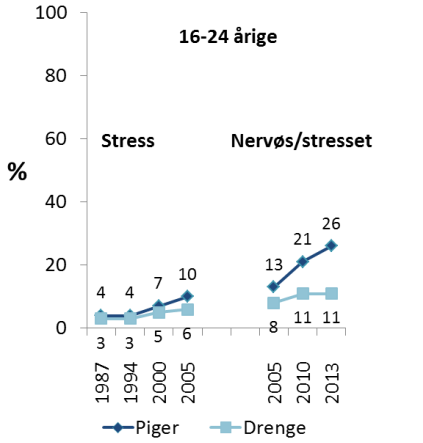


I perioden fra 2002 til 2014 er der ikke sporet ændringer i andelen af børn og unge med lav livstilfredshed. Der er dog sket et fald i andelen med høj livstilfredshed. For 15-årige er andelen med høj livstilfredshed i perioden fra 2002 til 2014 faldet fra 38 % til 25 % for drengene og fra 30 % til 19 % for pigerne. Tilsvarende ændringer ses for de 11- og 13-årige [6]. Generelt gælder det, at flere drenge end piger oplever høj livstilfredshed, og at andelen med lav livstilfredshed er størst blandt børn og unge med forældre med lav socioøkonomisk status [2].

Stress

Stress er en ofte anvendt indikator for mental sundhed. Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed, der kan føre til symptomer som koncentrationsbesvær, træthed, irritabilitet og søvnløshed. Stress kan udløse forskellige sygdomme, men er ikke en sygdom i sig selv [2]. Op imod hvert femte danske barn og ung i 10-24 års alderen føler sig ofte stresset. Mens hver fjerde føler sig stresset mindst én gang om ugen, har mellem 1-8 % af børn og unge denne følelse dagligt. Der er flere piger end drenge, som føler sig stressede. Der er også en tendens til, at forekomsten af stress stiger med alderen. Børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er mere tilbøjelige til at rapportere stress end børn og unge fra familier med højere socioøkonomisk status.

Andel som ofte føler sig stresset (nervøs/stresset) i dagligdagen. 1987-2013



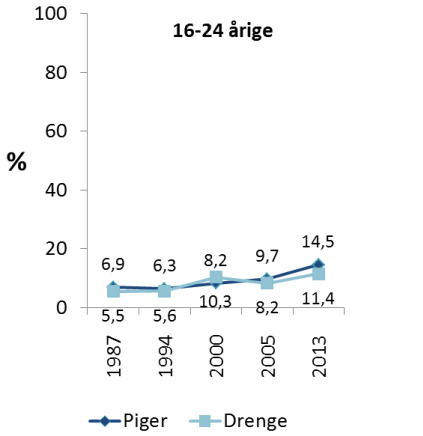
Udviklingen i forekomsten af stress over tid er kun undersøgt blandt unge i alderen 16-24 år. For 16-24 årige er andelen, der ofte føler sig stressede i dagligdagen, steget for pigerne fra ca. 4 % i 1987 til 10 % i 2005 – de tilsvarende tal for drenge viste en mere beskeden stigning fra 3 % til 6 %. I perioden fra 2005 til 2013 er der også tilgængelige udviklingstal for stress, men her blev der anvendt et stressmål, som omhandler både nervøsitet og stress. I perioden er der konstateret en stigning i andelen af piger, der ofte eller meget ofte føler sig nervøse eller stressede, fra ca. 14 % i 2005 til 26 % i 2013 [2].

En blandt mange potentielle årsager til stress er en oplevelse af pres fra skolesystemet. Blandt 15-årige er andelen som føler sig meget eller noget presset af skolearbejdet steget fra ca. 20 % for begge køn i 1994 til henholdsvis 43 % og 34 % for piger og drenge i 2010 [7].

Søvn

Problemer med at falde i søvn, dårlig søvnkvalitet, utilstrækkelig søvn og træthed i løbet af dagen kan skyldes fysiologiske ændringer, som opstår i puberteten, men kan også være forårsaget af andre forhold. Eksempelvis er der en betydelig del af unge, der sover for lidt om natten pga. bekymringer, stressbelastninger og mistrivsel, eller pga. elektroniske medier inden sengetid, uregelmæssige sengetider eller forældres holdninger og vaner. Nedsat søvnmængde kan således potentielt være et udtryk for mistrivselsproblemer, men mangel på søvn og deraf følgende træthed i dagtimerne kan også i sig selv have betydning for den daglige trivsel og for det generelle velbefindende.

Andel som aldrig/næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet. 1987-2013.



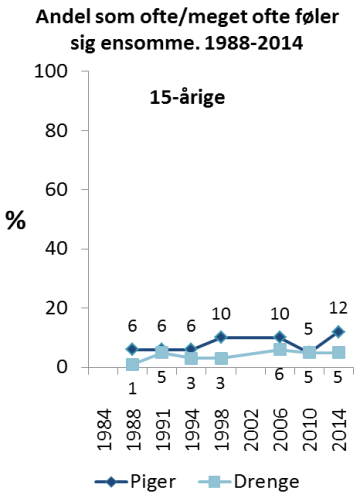
Cirka hver femte 11-årige sover mindre end de officielle anbefalinger[2], mens det blandt de 15-årige gælder for tre ud af fire. Blandt den ældre aldersgruppe på 15-24 år er det ca. hver fjerde, der sover mindre end 7 timer om natten. Andelen af 13-15-årige, der har

[2] Sundhedsstyrelsen anbefaler 9-11 timers søvn pr. nat for de 7-12-årige, og 8-10 times søvn til de 13-18-årige unge. Der er ikke officielle søvnanbefalinger for unge og voksne over 18 år.

problemer med at falde i søvn, er steget fra ca. 18 % i 1984 til ca. 28 % i 2010. Og blandt de 15-årige var det i 1988 ca. 40 % der mindst én gang om ugen var trætte om morgenen, når de skulle i skole, mens tallet i 2014 var steget til ca. 85 % - lignende stigninger ses for de 11-13 årige. Andelen af 16-24-årige, der aldrig eller næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet, er ligeledes steget fra ca. 6 % i 1987 til ca. 13 % i 2013 [8]. Der ses generelt ikke en tydelig social ulighed i forekomsten af søvnproblemer, men der er en større andel af piger end drenge, som rapporterer at være meget generet af træthed [2].

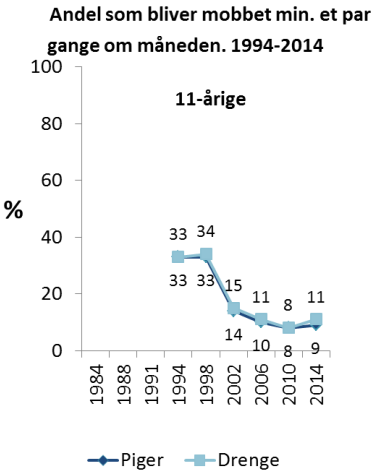
Ensomhed

Blandt store skolebørn føler omkring 5-12 % af drenge og piger sig ensomme i Danmark, mens det for den lidt ældre aldersgruppe (16-20 årige) gælder for ca. 16 % af pigerne og 11 % af drengene. Forekomsten er højest blandt pigerne. De danske undersøgelser viser desuden, at ensomhed bliver mere udtalt med alderen og således stiger gennem barndommen og ind i ungdomslivet. Der ses en tendens til, at følelsen af ensomhed forekommer oftere blandt unge i de laveste socioøkonomiske grupper. Udviklingen i forekomsten af ensomhed blandt børn og unge er undersøgt blandt 11-15-årige. For de 11-årige har forekomsten ikke ændret sig væsentligt i perioden fra 1988 til 2014, men for de 13- og 15-årige elever ses en tendens til en stigning. Eksempelvis angav 6 % af de 15-årige piger i 1988 at de følte sig ensomme, og den tilsvarende andel i 2014 er 12 %. [2] [6].



Mobning

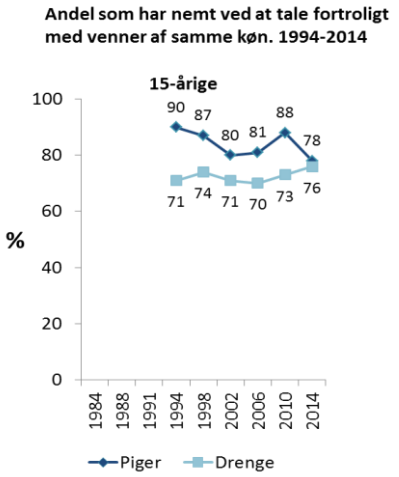
Danske undersøgelser viser, at ca. 7 % af de 11-, 13- og 15-årige skolebørn oplever at blive mobbet på månedligt basis, og at der er flest blandt de 11-årige, som udsættes for mobning - nemlig 10 %. Der er næsten lige mange drenge og piger, som oplever at blive mobbet, og andelen er faldet markant i årene fra 1994 til 2014. Blandt de 11-13 årige oplevede ca. 30 % at blive mobbet mindst et par gange om måneden i 1994, mens den tilsvarende andel ligger mellem 4-11 procent i 2014. For de 15-årige er andelen, der bliver mobbet mindst et par gange om måneden, i samme periode faldet fra ca. 16 % til 4 % [6]. En større dansk undersøgelse peger endvidere på, at mobning er socialt ulige fordelt. Både for andelen af elever, som har oplevet mobning og for andelen af elever, som har mobbet andre, ses den største forekomst blandt de laveste socialgrupper [6].



Fortrolighed med venner og forældre

Tre ud af fire 11-15 årige har venner af samme køn, som de kan tale om problemer med. Andelen stiger lidt med alderen for piger, men derudover er der ingen betydningsfulde forskelle relateret til alder og køn [6]. Andelen af piger, som har nemt ved at tale fortroligt med andre piger, er faldet blandt 13-15 årige siden 1992. Eksempelvis rapporterede 90 % af de 15-årige piger i 1994, at de har nemt ved at tale fortroligt med venner af samme køn mod en andel på 78 % i 2014. Blandt drengene ses ikke nogen ændring.

I forhold til at kommunikere fortroligt eller tillidsfuldt med forældre er der stort set ikke nogen ændring siden 1988. I 1988, såvel som i 2014, angiver omkring 80 % af både drenge og piger i alderen 11-15 år, at de har nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med deres mødre. Tilsvarende angiver ca. 70 % af drengene og ca. 60 % af pigerne i både 1988 og 2014, at de har nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med deres fædre [6]. Endelig tyder undersøgelser på, at fortrolighed med henholdsvis mor, far og bedste ven er hyppigst forekommende i de bedst stillede socioøkonomiske grupper [6].

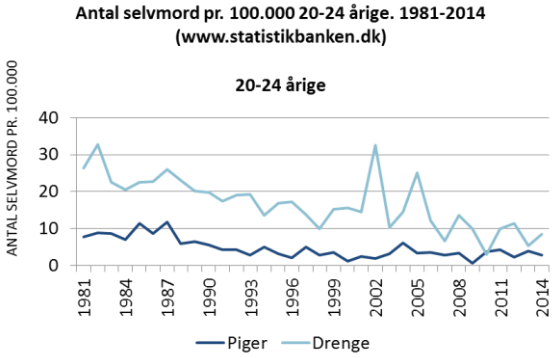


Angst og depression

Forekomsten af emotionelle lidelser blandt børn og unge i Danmark er sparsomt beskrevet, men angst- og depressionsforekomsten angives til at ligge mellem ca. 1,5 % til 4 %. Forekomsten af børn og unge med både affektive lidelser (depression og mani) samt børn og unge med diagnosticerede angstproblemer er stigende, og alderen ved debut er faldende. Undersøgelser har vist, at børn og unge, der vokser op i familier med lavere socioøkonomisk status, oftere har emotionelle lidelser. Ligeledes er der en tydelig kønsforskel, idet piger allerede fra seksårsalderen har en øget forekomst af emotionelle symptomer sammenlignet med drenge. Fra pubertetsalderen og frem er der en klar tendens til, at depression og angst optræder op til næsten fem gange hyppigere hos piger end hos drenge, både hvad angår diagnose og symptomer [2].

Selvmord og selvmordsforsøg

Selvmord er forholdsvis sjældent blandt børn og unge. Der er tre gange så mange selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten er stigende med stigende alder. Antallet af selvmord er faldet med ca. 70 % fra 1980 til 2010, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været ca. 30 selvmord årligt.



Med selvmordsforsøg forholder det sig desværre omvendt. Forekomsten af selvmordsforsøg er større blandt piger end blandt drenge, og i løbet af de sidste årtier har forekomsten været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt piger, hvor antallet af selvmordsforsøg er tredoblet. I en nyere undersøgelse blandt 9-klasseselever angav knap 5 % af drengene og ca. 10 % af pigerne, at de inden for den sidste uge havde haft selvmordstanker. Blandt 16-24-årige rapporterede knap 8 %, at de har forsøgt selvmord. Andelen var markant højere blandt 16-19-årige unge kvinder (12 %) end blandt 20-24-årige kvinder (7 %), og markant højere end blandt unge mænd i tilsvarende aldersgrupper (hhv. 3 % og 4 %). For både selvmord og selvmordsforsøg gælder det, at hyppigheden er størst i de dårligst stillede socioøkonomiske grupper [2].

Risikofaktorer – hvad påvirker den mentale sundhed

Børns helbred er generelt mere sårbart end voksnes, og det gælder både hvad angår biologiske (fx infektioner), fysiske/kemiske (fx kost, bly i luften) og sociale forhold (f.eks. nære emotionelle relationer og miljø for kognitiv udvikling). Konsekvensen af denne øgede sårbarhed kan både være psykiske og somatiske lidelser tidligt og sent i livet [2].

De årsagsmekanismer som er ansvarlige for, at børn og unge i nogle tilfælde udvikler dårlig mental sundhed er yderst komplekse. Foruden biologiske (herunder genetiske) og psykologiske faktorer har også sociale og miljømæssige faktorer en betydning, og de forskellige faktorer påvirker hinanden i et komplekst samspil. Ofte er mange forskellige årsager i spil til et givent symptom (eksempelvis angst), ligesom disse årsager ofte relaterer sig til andre symptomer (eksempelvis depression), og derfor knytter sig til flere forskellige tilstande [2]. Nogle faktorer er svære at påvirke som fx de biologiske. De psykologiske og sociale faktorer ved mental sundhed er i en vis grad mere påvirkelige. De psykologiske faktorer såsom personlighedstræk[3] er til dels genetisk bestemte og til dels dannet på baggrund af sociale faktorer, livsbegivenheder og livsbetingelser i barndommen, og kan først fastlægges efter puberteten [9]. De sociale faktorer, herunder sociale relationer tidligt i livet, er væsentlige i forhold til det grundlæggende velbefindende. Sociale faktorer og livsbegivenheder senere i livet kan ændre en grundlæggende følelse af velbefindende, om end det typisk vil være af en mere kortvarig karakter [4].

Børn og unge reagerer forskelligt, når de udsættes for risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed. Når børn og unge klarer sig godt på trods af, at de udsættes for en række risikofaktorer, tales der om "resiliens", som siger noget om barnets eller den unges robusthed. Denne er ikke statisk, om end en genetisk komponent indgår [2]. Robusthed kan således påvirkes. Det ses eksempelvis ved langvarige søvnproblemer eller for lidt søvn, som kan svække den kognitive og intellektuelle funktionsevne og dermed evnen til at mestre ydre belastninger [2]. Af øvrige væsentlige beskyttende faktorer for udvikling af dårlig mental sundhed kan eksempelvis fremhæves gode forældrerelationer, deltagelse i fællesskaber og positive erfaringer med uddannelse. Nedenstående er en model, som på tværs af psykologiske og sociale faktorer opdeler i henholdsvis beskyttende faktorer og risikofaktorer for dårlig mental sundhed.

[3] Der tales om fem grundlæggende personlighedstræk: ekstroversion/introversion, antagonism/compliance, constraint/impulsivity, emotional dysregulation/emotional stability, unconventionality/closedness to experience.

Model for beskyttende faktorer og risikofaktorer for udvikling af mental sundhed *[10]*

Determinanter for mental sundhed	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Følelse af et socialt tilhørsforhold Gode kommunikationsevner God fysisk sundhed	Lavt selvværd Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer Dårlige familiære relationer Fysisk og psykisk handicap Risikoadfærd Dårlig fysisk sundhed
Socialt niveau	Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i fællesskaber Positive erfaringer med uddannelse	Misbrug og vold Adskillelse og tab Social eksklusion
Strukturelt niveau	Sikre og trygge rammer Godt miljø og gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse Adgang til uddannelse Adgang til sociale støttefunktioner	Voldelige og kriminelle omgivelser Fattigdom Arbejdsløshed Hjemløshed Manglende skolegang Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

Modellen beskriver væsentlige risikofaktorer og beskyttende faktorer for udviklingen af mental sundhed, men der er ikke tale om en udtømmende liste. Viden om grundlæggende risikofaktorer for mental sundhed er i sig selv interessant, men tilbyder ikke umiddelbart en forklaring på den udvikling i danske børn og unges mentale sundhed over de seneste 20 år, som blev beskrevet i forrige afsnit. Desværre mangler der fortsat forskning og viden om de konkrete årsager til dette udviklingsforløb. I det følgende afsnit vil vi alligevel forsøge at nærme os nogle bud på årsagerne hertil ved at inddrage udvalgte eksperter indenfor området.

Bud på årsager til udviklingen i mental sundhed

Første del af kortlægningen viste, at der er sket en udvikling i børn og unges mentale sundhed gennem de seneste årtier. En udvikling der peger på, at børn og unge i Danmark trives dårligere, er mere stressede, sover dårligere og oplever lavere livstilfredshed. En række udvalgte eksperter giver i en artikel fra Politiken fra september 2014 – og refereret nedenfor - deres bud på væsentlige årsager til denne udvikling [11]. Eksperterne fra artiklen har bekræftet, at udsagnene i artiklen korrekt refererer deres bud på de væsentligste årsager.

Det perfekte er det normale

Bjørn Holstein, professor fra Statens Institut for Folkesundhed og en af forskerne bag rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, mener ikke den negative udvikling skyldes, at vi blot har fået mere fokus på det mentale end tidligere, men at det derimod har noget at gøre med samfundsudviklingen. Det er der blandt

flere eksperter enighed om. Blandt andet forklarer ungdomsforsker Jens Christian Nielsen fra Århus Universitet, at de unge oplever, at samfundet stiller store krav til dem om at præstere på alle fronter – uddannelse, netværk og personligt. Derfor stiller de unge også store krav til sig selv, og det perfekte er på mange måder blevet det normale. Bjørn Holstein siger det således: *"De unge accepterer ikke middelvejen. De har alt for høje krav til sig selv."*

Eksperterne peger på en ny "performancekultur", hvor de unge oplever, at det handler om at præsentere sig selv på den bedst tænkelige måde. Selvfremstilling og selvoptimering er centralt ikke bare i forhold til uddannelse, men også i forhold til hvordan man generelt begår sig. Ifølge alle undersøgelser er det pigerne, der er hårdest ramt i forhold til mistrivsel, stress mm. Dette afspejles ifølge eksperterne i, at det også er pigerne, som rammes hårdest af performancekulturen, idet de, ifølge Jens Christian Nielsen, føler et større pres for at få den rigtige uddannelse, det rigtige job, det rigtige ungdomsliv og senere familieliv. Det perfekte gælder også kropsidealet. Psykolog Anna Bjerre fra Girltalk.dk, et online chatmedie for piger, forklarer, at det for pigerne i den forbindelse, let kommer til at handle om at opnå et perfekt udseende, hvilket kan resultere i stress.

Sociale medier forstærker en performancekultur

I sammenhæng med den dominerende performancekultur, samt jagten på det perfekte ydre, spiller de sociale medier en stor rolle, og her er der meget fokus på billeder. Mange unge er, ifølge eksperterne, afhængige af den feedback de får, når andre "liker" eller kommenterer indlæg og billeder. De sociale medier er med til at fremhæve det perfekte og det ekstraordinære som det, der stiles efter, og ifølge Anna Bjerre har de sociale medier *"rykket baren for, hvornår det er en god dag. Det er det først, når der sker noget ekstraordinært. Alle andre dage er grå dage. Hvis man ikke har noget ekstraordinært at opdatere med, opdaterer man ikke. Det er et vilkår, som 15 årige piger skal lære at navigere i."*

Øgede krav – øget sårbarhed

Samtidig med at de unge oplever øgede krav, fra samfundet og fra sig selv, om at præstere på alle fronter, skal de kunne navigere i de mange muligheder, der er tilgængelige i dagens samfund og træffe de rette valg. Det kan give stress, og det øger sårbarheden. Forskningsleder Niels Ulrik Sørensen fra Center for Ungdomsforskning forklarer det således: *"I kombination med et snævert normalitetsideal, hvor perfektion står i centrum, giver det mange unge en oplevelse af at stå på et skrøbeligt fundament. Der er opstået en skrøbelighed hos de unge, hvor de samme slag, som tidligere generationer fik, giver flere blå mærker i dag. Det er sværere at lande og være solid i dag."*

I den forbindelse har forældrene også et ansvar, mener ungdomsforsker Jens Christian Nielsen, idet forældre i dag har en tendens til at lade de unge tro, at de kan blive til hvad som helst, og at alle døre står åbne. De unge, og særligt pigerne, pakkes ofte ind i vat. Psykolog Anna Bjerre forklarer: *"Mange piger forsøger at leve smertefrit. Men det er jo ikke dét, livet nødvendigvis byder dem. Vi skal ikke tage smerten fra dem, men tale mere med dem om, hvad livet byder os, og hvad vi kan forvente af det. De her piger har brug for strategier, så de kan håndtere deres livssituation."*

De unge påtager sig hele ansvaret for deres liv, for at vælge det rette og det perfekte, og dette øger sårbarheden. Der er, ifølge eksperterne, ikke så meget blik for systemet og dets ansvar for udviklingen

blandt de unge. De unge vender det indad, og bebrejder sig selv, hvis de ikke lykkedes, ikke kommer ind på den uddannelse de gerne vil, eller ikke kan få job. Det øgede kravkompleks hænger sammen med en øget individualisering, hvor dét at der, ifølge Bjørn Holstein, er mere fokus på individer, end hvad de kan sammen, skærper kravene til den enkelte.

Anbefalinger

Formålet med denne kortlægning har været at sammenfatte den tilgængelige viden om omfanget af dårlig mental sundhed blandt børn og unge samt at beskrive de væsentligste risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed. Kortlægningen er afgrænset til danske børn og unge i alderen 10-24 år, og baserer sig på et betydeligt antal danske studier, hvoraf de fleste indgår i en tidligere sammenfattende rapport om mental sundhed blandt danske børn og unge fra Vidensråd for Forebyggelse. Kortlægningen tegner et billede af, at der for en lang række centrale indikatorer for mental sundhed har været en negativ udvikling over de seneste 20 år. Børn og unge oplever således bl.a. lavere livstilfredshed, mere stress og nervøsitet og får mindre søvn end tidligere. Desuden ses en stigning i psykiske lidelser som depression, angst og ADHD.

På baggrund af kortlægningen er det arbejdsgruppens vurdering, at der er grundlag for at prioritere et arbejde i retning af at skabe bedre forudsætninger for mental sundhed blandt børn og unge, herunder især at optimere en bred sundhedsfremmende indsats samt have fokus på forebyggelse af psykiske symptomer og lidelser, som eksempelvis angst og depression. Sundhedsstyrelsen har i 2012 udgivet 11 forebyggelsespakker med anbefalinger til forebyggelsesindsatser hovedsagelig målrettet kommunale indsatser. Forebyggelsespakken om mental sundhed indeholder en række anbefalinger til indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge [12]. Der er dog fortsat brug for mere fokus på, hvad der virker, og på indsatser i snitfladerne mellem kommuner og region.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er brug for yderligere viden samt en række afgrænsninger, før konkrete anbefalinger til indsatser kan fastsættes. En afgrænsning kan være i forhold til, hvorvidt der er tale om indsatser af sundhedsfremmende, forebyggende og/eller behandlende karakter, og omhandler således også (mulige) snitflader på tværs af sektorer. Afgrænsninger kan også ske i forhold til særlige målgrupper, indikatorer eller arenaer for indsatser. Afgrænsningerne bør tænkes ind i nedenstående anbefalinger.

På baggrund af erfaringer, diskussioner og viden, i forbindelse med udarbejdelsen af kortlægningen, vil arbejdsgruppen anbefale:

1) at der foretages et litteraturstudie, der har til hensigt at klarlægge både national og international evidensbaseret viden om, hvilke tiltag der har vist sig effektfulde til at fremme eller sikre mental sundhed blandt børn og unge.
2) at der foretages en rundspørge i både kommunalt og regionalt regi i Region Syddanmark med henblik på at opsamle erfaringer med konkrete tiltag, som i praksis vurderes at være effektfulde til at fremme eller sikre mental sundhed. Herunder også beskrive eksisterende indsatser, som foregår på tværs af kommuner og region.

Anbefaling 1 og 2 vil danne udgangspunkt for, at der kan udarbejdes konkrete bud på handlingsorienterede anbefalinger i både en kommunal og regional kontekst og på tværs af såvel kommuner, region og almen praksis. Det anbefales derfor desuden:

3) at det overvejes, om der, på baggrund af anbefaling 1 og 2, bør udarbejdes en strategi for mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Strategien kan have fokus på at sikre videndeling, sammenhæng og koordination på tværs af kommuner, region og almen praksis, samt indeholde konkrete anbefalinger til indsatser evt. afgrænset til særlige målgrupper eller arenaer.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere:

4) at region og kommuner prioriterer at evaluere indsatser indenfor mental sundhed blandt børn og unge. Det anbefales desuden, at region og kommuner i samarbejde med relevante forskningsinstitutioner sigter mod at iværksætte og indgå i forskningsprojekter, der har til formål at øge den tilgængelige viden om hvad der virker, inden for dette område.

Det er vigtigt, at der (fortsat) monitoreres på udviklingen indenfor mental sundhed - både indenfor mentale helbredsproblemer men også de mere positive aspekter af mental sundhed som fx selvværd. I Region Syddanmark indeholder Sundhedsprofilen "Hvordan har du det?" en række indikatorer om mental sundhed som fx et samlet mål for mental sundhed, stress, psykiske lidelser og symptomer samt sociale relationer. Eftersom undersøgelsen gentages hvert fjerde år, er det muligt at følge udviklingen blandt borgere på 16 år og derover over tid. Samtidig arbejdes der på at medtage yderligere spørgsmål i sundhedsprofilen. Flere kommuner anvender endvidere andre forskellige undersøgelser af børn og unges mentale sundhed. Eksempelvis gennemføres der årligt en national måling blandt alle folkeskoleelever i 0.-9. klasse, som måler trivsel i skolen. Det kan overvejes, om der bør ske en mere fælles monitorering og videndeling heraf.

Litteraturliste

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Kristensen PL, Little IG, Gårn A: **Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2013**. In.: Region Syddanmark; 2014.
2. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A: **Børn og unges mentale helbred - Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser**. In., 1. Udgave edn: Vidensråd for Forebyggelse; 2014: 1-184.
3. Borg V, Nexø MA, Kolte IV, Andersen MF: **Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde**. In. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2010.
4. Eplov LF, Lauridsen S: **Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2008.
5. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C: **Ulighed i sundhed – Årsager og Indsatser**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2011.
6. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, red.: **Skolebørnsundersøgelsen 2014**. In.: Statens Institut for Folkesundhed; 2014.
7. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, Nielsen L, Rayce SB, Due P: **Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2011.
8. Jensen HAR, Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K: **Søvn - Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013**. In.: Statens Institut for Folkesundhed; 2015
9. Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, Regier DA: **Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V**. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2006.
10. Barry MM, Jenkins R: **Implementing Mental Health Promotion**: Churchill Livingstone Elsevier; 2007
11. Felholt L: **Eksperter om unges trivsel: Det perfekte er det nye normale**. In: *Politiken.* 27.9.2014.
12. Sundhedsstyrelsen: **Forebyggelsespakke - Mental Sundhed**. In.: Sundhedsstyrelsen; 2012.

Evaluering af Spor 18 –
Åben anonym rådgivning til unge borgere 18+

Resume og konklusion

Det fremgår af Byrådets budgetforlig fra september 2015, at det åbne rådgivningstilbud Spor18 skal evalueres. Sundheds- og Forebyggelsesudvalget besluttede et kommissorium for evalueringen på deres møde den 22. februar 2016. I rapporten besvares de 2 første dele af kommissoriet og der gives en uddybende evaluering i forhold til de målsætninger, der var opstillet ved etablering af Spor18.

Opsamling på besvarelse af kommissoriets punkt 1 om evaluering af Rådgivningsdelen.

Målet var at afdække om de unge trives bedre og er kommet videre efter rådgivningsforløbet.

Dette er belyst ved 6 brugerinterviews, der kan findes på de sidste sider i rapporten.
Fælles for alle interviews er at brugerne angiver at de trives bedre og at de er kommet videre med det, de henvendte sig med.

Eksempelvis siger brugerne

- *"Tanker og følelser er blevet mere overskuelige, man kender sig selv bedre, ved hvad man står for, hvorfor man tænker, handler og føler som man gør – lettere at arbejde med sig selv."*
- *"Fået vejledning til at tackle familieproblemer. Får hjælp ift. uddannelsesvalg/oversigt – også i samarbejde med uu vejleder."*
- *"Har tit følt livet meningsløst, men gennem samtaler i Spor18, er det blevet nemmere at få hverdagen til at fungere samt mobilisere indre styrke og balance, kender mig selv bedre – mere tiltro til mig selv. Har også arbejdet med sociale kompetencer. Tror, der ville have været brug for psykiatrisk hjælp, hvis der ikke havde været et tilbud i SPOR18."*
- *"Havde ikke været samme sted i dag, hvis jeg ikke havde fået hjælp i Spor18. Er blevet bedre til at tackle udfordringer, mærke egne grænser og hvad der er godt for mig. Er færdiguddannet bygningsmaler, men ønsker ikke at fortsætte i det erhverv. Er pt. Sygemeldt, det var for hårdt at være jobsøgende."*
- *"Har fået et mere positivt livssyn, hvilket har hjulpet mig ift. Uddannelse. Er i gang med HG og har lige søgt elevplads, er lettet over at vide, hvilken vej jeg gerne vil."*
- *"Fuldførte HF, arbejdede med dette som mål i Mental topform kursus, fik støtte og redskaber her til at holde fast og gennemføre. Har nu arbejde i butik, stort skridt i forhold til det sociale, det går godt."*

Flere har fået genskabt tiltroen til systemet, hvilket er godt udgangspunkt for fremtiden. Gennem kontakt med SPOR18 har de fået hjælp til at takle udfordringerne der, hvor de var. Enten ved samtaler eller ved råd og vejledning, navigering i den sociale vejviser til at få det rigtige med på vejen. Dermed har der været tale om en forholdsvis billig ydelse i forhold til hvad der kunne være sket, hvis uddannelsen var droppet, psykiatrien kontaktet, lærepladsen droppet eller hvad der ellers var i spil.

Disse unge på kanten får den rette støtte og vejledning i tide og dermed investeres der før det sker og helt andre indsatser skal i spil.

Opsamling af besvarelse af kommissoriets punkt 2 om evaluering i sammenhæng med forebyggelse af frafald på uddannelsesstederne

Målet var at afdække om SPOR18 afspejler uddannelsesstedernes behov i relation til at forebygge frafald som følge af unges mentale mistrivsel.

I rapporten er dette belyst via afsnit, hvor uddannelsesledere og andre strategiske samarbejdspartnere har forholdt sig til målsætningen om, hvorvidt SPOR18 er tilgængeligt og dermed appellerer til målgruppen, både når det gælder fysisk tilgængelighed som de trygge rammer. Endvidere kan det ligeledes ses i interviewdelen. Det har dog været vanskeligt for de interviewede at forholde sig direkte til spørgsmålet om, hvorvidt det har forebygget frafald. Det kan imidlertid ses at i sammenligning med perioden før SPOR18 opleves det som en betydelig forbedring og en sikring af, at problemer fanges, inden de bliver for store og kræver mere indgribende foranstaltninger.

Det fremhæves som væsentligt at der ikke er visitation på tilbuddet, hvilket medfører at det er lettere tilgængeligt. Hvilket også medvirker til at indsatsen bliver tidligere, da der ikke ventes på en diagnose, men i stedet handles inden denne evt. måtte komme. Før SPOR18 var der mange unge over 18 år, der ikke havde noget tilbud eller steder at søge hjælp. Nedenfor er fremhævet hovedbudskaberne.

- Spor 18's tilstedeværelse på skolen og i området hvor de unge færdes sikrer tilgængelighed og kan derved bidrage til at forebygge, at mistrivselsudfordringer udvikler sig, da flere unge end ellers bliver hjulpet i en tidlig fase.

- Det faktum, at Spor 18 ikke kræver visitation kan bidrage til at mistrivselsudfordringer ikke udvikler sig, da flere unge end ellers bliver hjulpet

- For de skoler, der ikke har deres eget tilbud til unge med mistrivsel, er Spor 18 det eneste reelle tilbud - bortset fra ungepræsten – som såvel de unge med mistrivsel og personalet på skolerne kan overskue at benytte. Eksisterende alternativer som fx egen læge opleves som omstændeligt og som "et større skridt" at tage.
- Spor 18's gruppeforløb sikrer et relevant tilbud for de unge med mistrivsel ud over den individuelle rådgivning
- Spor 18's tilstedeværelse i det åbne rådgivningsrum i Study Support Centeret bidrager til at skabe åbenhed omkring psykisk sårbarhed, da det bidrager til at ligestille udfordringer med mental trivsel med øvrige udfordringer, som der rådgives om i Study Support Centeret
- Spor 18's medarbejdere er meget lydhøre og tilpasser deres aktiviteter efter uddannelses-institutionernes behov

Den samlede konklusion efter besvarelse af de 2 første dele af kommissoriet er i korte træk, at de unge trives bedre og er kommet videre efter rådgivningsforløbet. Endvidere er det sandsynligt, at tiltaget forebygger frafald på uddannelsesstederne, men det er vanskeligt for de interviewede at besvare dette spørgsmål præcist.

Indhold

Baggrund 5
Beskrivelse af åben anonym rådgivning 18+ 6
Formål 6
Målgruppe 6
Personale i rådgivningen 6
Arbejdsopgaver, aktiviteter og netværk i rådgivningen 6
Datagrundlag og metode 8
Datagrundlag for analyse af de unges oplevelse af Spor 18 8
Datagrundlag for analyse af uddannelsesinstitutionernes oplevelse af Spor 18 8
Uddannelsesinstitutionernes samarbejde med Spor 18 9
Indledning 9
Tilgængelighed og forebyggelse 9
Styrket åbenhed omkring psykisk sårbarhed og tidlig opsporing 11
Fleksibilitet i Spor 18 12
Udbredelse af kendskab til tilbud og erfaringer vedrørende mental sundhed 12
Udbyggelse af netværks- og relationsdannelse med frivillige organisationer og andre forvaltninger 13
Interviews med brugere 14

Baggrund

I forbindelse med at "projekt 24 timer" (den nuværende "Ungekontakt") overgik til drift, blev målgruppen ændret fra 13 – 23 år til 13 – 17 år. Denne ændring blev foretaget for at tilpasse rådgivningen til B&U forvaltningens målgruppe. I projektperioden var der et stigende antal unge fra 18 – 23 år med tegn på mistrivsel. Derfor blev der blandt samarbejdspartnere, ungdomsuddannelserne, UU, jobcenteret og SSP udtrykt bekymring med ændringen i målgruppen, da der ikke eksisterer et alternativ til "24 timer" i Vejle Kommune for målgruppen.

Sundhedscenter Vejle og Team Sundhedsfremme og Forebyggelse tog i forlængelse heraf i sommeren 2014 initiativ til at etablere en åben anonym rådgivning til unge borgere 18+ med mental mistrivsel. Mental mistrivsel er særligt kendetegnende for 16 – 34 årige i Vejle Kommune jf. Sundhedsprofil 2013 og har bl.a. indflydelse på frafald i ungdomsuddannelserne, sygemeldinger og svage sociale netværk. Rådgivningen fungerer som tidlig opsporing og forebyggelse af mental mistrivsel og forebyggelse af alvorligere psykiske sygdomme. Rådgivningen tager udgangspunkt i at styrke borgerens empowerment og handlekompetencer, styrke netværksdannelsen blandt sårbare unge og give faktuel viden om andre tilbud i Vejle Kommune. Målet hermed er, at styrke den unges psykiske robusthed til at mestre sin aktuelle og fremtidige livssituation.

Det blev besluttet som en del af budgetforliget fra september 2015, at det åbne rådgivningstilbud Spor 18 skal evalueres. Sundheds- og Forebyggelsesudvalget godkendte på møde 22. februar 2016 kommissorium og tidsplan for evalueringen. Udvalget besluttede yderligere, at evalueringen skulle udvides med en evaluering af kapacitet i forhold til målgruppen og opgaven. Evalueringen skal anvendes som en del af Sundheds- og Forebyggelsesudvalgets beslutningsgrundlag vedrørende omfang af SPOR 18 ved budgetforhandlingerne 2016.

Evalueringens del 2 forventes at foreligge i september 2016. Derefter samles de to dele og Byrådet får den samlede evaluering.

Beskrivelse af åben anonym rådgivning 18+

Formål

Åben anonym rådgivning til borgere 18+ med psykisk sårbarhed er gratis. Det er et mål, at tilbuddet skal være let tilgængeligt og fleksibelt. Der er arbejdet for, at alle relevante afdelinger, institutioner, professionelle og borgere får bedre overblik og kendskab til relevante tilbud i kommunen

Formålet med rådgivningen er yderligere:

- At styrke tidlig opsporing og forebyggelse, sådan at tegn på mental mistrivsel blandt unge ikke udvikler sig senere til alvorlig psykisk sygdom.
- At styrke psykisk robusthed, fællesskab og netværksdannelse blandt sårbare unge
- At styrke åbenhed omkring psykisk sårbarhed jf. Sundhedspolitikken
- At styrke unges handlekompetencer til tidligt at kunne registrere og handle på mistrivsel hos sig selv og andre.
- At medvirke til, at forebyggelsesindsatsen i forhold til mental sundhed går på tværs af forvaltninger og sektorer og derved styrke indsats og samarbejde.
- At sikre samlet kendskab til tilbud og erfaringer fra diverse projekter og indsatser, der omhandler mental sundhed, der foregår i kommunen, opsamles og udbredes. Derved forankres og kvalificeres Vejle Kommunes forebyggelsesindsatser og tilbud indenfor mental sundhed yderligere.
- At udbygge netværks- og relationsdannelse med frivillige organisationer og andre forvaltninger

Målgruppe

Målgruppen er borgere 18 år+, der bor i Vejle kommune. Tilbuddet henvender sig primært til borgere med livskriser, trivselsproblemer og lettere mentale mistrivselstilstande. Ved behandlingskrævende intervention henviser rådgiverne til eksisterende behandlingstilbud, eksempelvis akuttilbud, opsøgende teams, egen læge m.m. I en eventuel ventetid kan der ydes støttende samtaler i rådgivningen.

Personale i rådgivningen

Rådgivningen er bemandet med sundhedsfagligt uddannet personale, inklusiv en psykolog. De har blandt andet erfaring fra psykiatrien, rådgivningserfaring, kognitiv adfærdsterapeutisk efteruddannelse og er instruktører i Psykisk Førstehjælp. Alle er ansat på deltid.

Det samlede budget er på ca. 800.000 kr. årligt, inklusiv en 1 årig bevilling på 300.000 kr. der fortrinsvis anvendes til kompetenceudvikling af undervisere og andet relevant personale på uddannelsessteder, produktionsskoler m.m.

Arbejdsopgaver, aktiviteter og netværk i rådgivningen

Der er følgende arbejdsopgaver, aktiviteter og netværk i rådgivningen:

Individuel rådgivning: Personligt fremmøde, sms, eller mail, der gives støttende samtaler. Pårørende er velkomne efter aftale med den unge.

Gruppetilbud mestringsforløb og forbedring af handlekompetencer: Rådgivningstilbuddet starter med individuel kontakt. Ved behov etableres der løbende grupper, hvor der arbejdes med at udvide handlekompetence i forhold til at tackle mental mistrivsel i hverdagen. Formålet er, at skabe et netværk og fællesskab blandt sårbare unge, styrke mestringsevne, empowerment og udbrede viden om, hvor man kan få hjælp. Formen veksler mellem erfaringsudveksling, øvelser til at styrke psykisk robusthed, og oplæg om emner valgt af de unge.

Videnspredning og oplysning: Rådgiverne tilbyder vidensoplæg om tidlige tegn på mental mistrivsel og styrkelsen af mental sundhed og trivsel blandt elever under uddannelse

Social vejviser: Der er udarbejdet et netværkskort, der er en "social vejviser" som skaber overblik over Vejle Kommunes tilbud omhandlende mental sundhed.

Samskabelse og partnerskaber: Rådgivningen vil medvirke til at facilitere samskabelse mellem frivillige organisationer, private virksomheder, brugernetværk og andre grupper i civilsamfundet. Omdrejningspunktet er oprettelsen af aktiviteter og initiativer, der vurderes værdiskabende af de unge selv i forhold til at styrke mental sundhed. Disse deltagere skal sidde med i rådgivningens sparringsgruppe og virke som sparringspartnere for rådgivningen.

Netværk: Udbygning og vedligeholdelse af faglige netværk, der omhandler mental sundhed, fx Sundby og kommunale netværk.

Psykisk førstehjælp: Rådgiverne har uddannelsen som instruktør i Psykisk førstehjælp, udviklet af PsykiatriFonden og TrygFonden, og tilbyder et 2-dages(12-timers) kursus til alle interesserede borgere og medarbejdere i Vejle Kommune.

Sparringsgruppen i den anonyme rådgivning
Til rådgivningen er etableret en sparringsgruppe bredt sammensat på tværs af sektorer og forvaltninger og med inddragelse af repræsentanter fra civilsamfundet. Formålet med sparringsgruppen er, at fremme vidensniveauet, kendskab til og samarbejdet omkring tilbud og indsatser i forhold til mental sundhed på tværs af forvaltninger og faggrupper.

Kompetenceudvikling af undervisere og andet relevant personale
Det indgår som en del af opgaven i 2016 at sikre kompetenceudvikling af ovennævnte, således at flere på uddannelsesstederne m.m. bliver i stand til selv at spotte mental mistrivsel og handle på det.

Nedenstående figur illustrerer Spor 18's arbejdsopgaver aktiviteter og netværk

Datagrundlag og metode

Evalueringen af Spor 18 er gennemført af to konsulenter. Således har en nyansat medarbejder i Sundhedsafdelingen gennemført evalueringen af Spor 18's tilbud i forhold til de unges perspektiv (Mål 1). I forhold til uddannelsesinstitutioners oplevelse af tilbuddene i Spor 18 i forhold til Mål 2 er evalueringen gennemført af konsulent i Digitaliserings- og Analyseafdelingen i Økonomi-, Arbejdsmarkeds- og Sundhedsforvaltningen. Begge evaluatorer har ikke forudgående kendskab til Spor 18.

Evalueringen bygger på oplysninger fra medarbejderne omkring Spor 18 samt dagsordenspunkter og notater vedrørende tilbuddet.

Her udover er der indsamlet og analyseret nedenstående materiale.

Datagrundlag for analyse af de unges oplevelse af Spor 18

- Kvantitativ måling gennemført efter gruppeforløb
- Kvalitative interviews med 6 unge

Datagrundlag for analyse af uddannelsesinstitutionernes oplevelse af Spor 18

For at kunne redegøre for uddannelsesinstitutionernes oplevelse af Spor 18 (Mål 2), er Spor 18's mest centrale samarbejdspartnere på uddannelsesinstitutionerne interviewet. Samarbejdet med uddannelsesinstitutionerne foregår dels via Sundhedstyrelsens satspuljeprojekt "Mental Sundhed", som alle de interviewede samarbejdspartnere deltager i. Her udover gennemfører Spor 18's medarbejdere kompetenceudviklingsaktiviteter på skolerne, som ikke er finansieret af satspuljeprojektet, ligesom Spor 18's medarbejdere er i dialog med uddannelsesinstitutionerne om elever, som henvises til Spor 18's åbne rådgivningstilbud.

Spor 18 har en aftale om fast tilstedeværelse på to uddannelsesinstitutioner, Vejle Produktions- og Uddannelsescenter og Study Support Center på Campus Vejle, hvor eleverne kan komme og få rådgivning. Spor 18 kan træffes fysisk på Study Support Centeret 2 gange om ugen og kan benyttes af alle i Vejle Kommune. Der er nyligt lavet en aftale hvor det afprøves at have åben rådgivningstid på Vejle produktionsskole, Sandagergård.
De fleste henvendelser er på mail via spor´18 hjemmeside. Samtalerne foregår både på Study Support Centeret, dog primært i Sundhedshusets lokaler.

Nedenstående er oplistet de personer, som er vurderet at være Spor 18's mest centrale samarbejdspartnere på uddannelsesområdet:

- Interview med leder af Datariet Jens Ole Jørgensen
- Interview med leder af Vejle Produktions- og Uddannelsescenter (VPU) Hans Christian Norlyk
- Interview med uddannelsesvejleder Kjeld Petersen fra Study support centret på Campus Vejle
- Interview med leder Pia Ranck af Social- og Sundhedsskolen og kommunal mentor på Social- og Sundhedsskolen Jeanette Jensen
- Interview med Skolehjemsleder Gert Kaimson

Der kommer løbende henvendelser fra andre ungdomsuddannelser end de ovenfor omtalte, hvorfor Spor 18's medarbejdere vurderer, at der er et behov for et tættere samarbejde med øvrige uddannelsesinstitutioner for unge I Vejle Kommune. Men på grund af større efterspørgsel på rådgivning i det åbne anonyme rådgivningstilbud end forventet, har det af ressourcemæssige årsager endnu ikke været muligt at få opstartet fast samarbejde med flere institutioner end de i ovenstående skema beskrevne.

Uddannelsesinstitutionernes samarbejde med Spor 18

Indledning

Formålene med etableringen af Spor 18 er skitseret indledningsvist i evalueringen. I dette afsnit beskrives uddannelsesinstitutionernes vurdering af, hvorvidt Spor 18 bidrager til opfyldelse af mål 2. Det er ikke alle Spor 18's formål, som det er relevant, at uddannelsesinstitutionerne vurderer målopfyldelsen af, ligesom at der er nogle formål, hvor de kun i begrænset omfang kan vurdere målopfyldelsen.

I nedenstående vil målopfyldelsen i forhold til følgende mål blive beskrevet:

- Spor 18 skal være let tilgængeligt tilbud
- Spor 18 skal styrke tidlig opsporing og forebyggelse, sådan at tegn på mental mistrivsel blandt unge ikke udvikler sig senere til alvorlig psykisk sygdom
- Spor 18 skal styrke åbenhed omkring psykisk sårbarhed jf. Sundhedspolitikken
- Spor 18 skal være et fleksibelt tilbud
- Spor 18 skal sikre samlet kendskab til tilbud og erfaringer fra diverse projekter og indsatser, der omhandler mental sundhed, der foregår i kommunen, opsamles og udbredes
- Spor 18 skal udbygge netværks- og relationsdannelse med frivillige organisationer og andre forvaltninger

Beskrivelsen af målopfyldelsen i forhold til målet om, at styrke tidlig opsporing og forebyggelse, sådan at tegn på mental mistrivsel blandt unge ikke udvikler sig senere til alvorlig psykisk sygdom, bliver i nedenstående analyse delt op. Således beskrives tidlig opsporing og forebyggelse for sig. Yderligere bliver uddannelsesinstitutioners vurdering af målopfyldelsen i forhold til tidlig opsporing koblet sammen uddannelsesinstitutionernes vurdering af målet om, at Spor 18 skal styrke åbenhed omkring psykisk sårbarhed. Årsagen til dette er, at Spor 18 ikke har den daglige kontakt med eleverne på skolerne og dermed ikke har muligheden for selv at spotte elever med mistrivsel. Når repræsentanter fra uddannelsesinstitutionerne bliver spurgt til målopfyldelsen i forhold til tidlig opsporing, er det derfor overvejende Spor 18's kompetenceudviklingsaktiviteter for lærere og elever de henviser til i forhold til både styrket åbenhed omkring psykisk sygdom og tidlig opsporing.

Adspurgt til Spor 18's målopfyldelse i forhold til forebyggelse kæder interviewpersonerne overvejende tilgængelighed sammen med muligheden for at forebygge, at mistrivsel udvikler sig til psykisk sygdom. Dette kan ses som et udtryk for, at interviewpersonerne vurderer, at hvis flere unge med mistrivsel får hjælp, får de det forhåbentlig bedre, hvorved at deres mistrivsel ikke senere udvikler sig til psykisk sygdom. Målopfyldelsen i forhold til tilgængelighed og forebyggelse beskrives derfor i nedenstående afsnit samlet.

Tilgængelighed og forebyggelse

Da Spor 18 blev etableret var det et mål, at tilbuddet skulle være let tilgængeligt, og at tilbuddet skal styrke tidlig opsporing og forebyggelse. Som der redegøres for i ovenstående, beskrives tilgængelighed og forebyggelse i dette afsnit samlet.

Erfaringerne fra interviewpersonerne er, at Spor 18 i høj grad lever op målsætningen om tilgængelighed. For flere af interviewpersonerne er det afgørende, at Spor 18's medarbejdere fysisk er tilgængelige, der hvor de unge færdes i forvejen. Dette bidrager ifølge interviewpersonerne til, at rådgivningen for eleverne kommer til at foregå i trygge rammer, hvilket igen bidrager til, at man får fat i flere unge med mistrivsel, end man ellers ville have gjort. Især forstanderen for VPU understreger, at de trygge rammer er vigtige. Spor 18 har i marts i år lavet en aftale(en prøveperiode over 1/2 år) med VPU, hvor Spor 18's medarbejdere kommer ud og rådgiver på VPU hver 14. dag. Det er forstanderen for VPU's vurdering, at flere af hans elever ikke vil kunne overskue at skulle ned i byen for at modtage rådgivningen, hvorfor han vurderer, at Spor 18 får fat i flere unge med mistrivsel hurtigere ved at komme ud på skolen.

Ligeledes nævner flere interviewpersoner i forhold til målet om tilgængelighed det faktum, at der ikke er visitation til Spor 18 som en stor gevinst i forhold til tilbuddets tilgængelighed. Lederen af Datariet kalder Spor 18 for et "blødere tilbud" i forhold til andre tilbud til målgruppen, eksempelvis i psykiatrien. Det, at der ikke er krav til, hvorfor man henvender sig, gør ifølge lederen af Datariet at det er nemt at bruge Spor 18, hvis personalet på institutionen vurderer, at der er behov for det. I den etablerede psykiatri har lederen af Datariet flere gange oplevet, at hans medarbejdere er blevet afvist, hvis de er kørt hen med ung, som de har vurderet har akut behov for psykiatrisk hjælp, fordi personalet i psykiatrien vurderede, at den unge ikke opfyldte psykiatriens visitationskrav. Sådanne situationer er ifølge lederen af Datariet aldrig forekommet i samarbejdet med Spor 18, som tager alle unge ind uanset, om udfordringerne er store eller små. Ligesom at medarbejderne ifølge ham altid hjælper konstruktivt videre, hvis de ikke kan løse problemet selv.

I forhold til målet om forebyggelse af, at mistrivsel udvikler sig til psykisk sygdom, fortæller lederen af Study Support Centeret om tiden før Spor 18 blev etableret. Børn og Ungeforvaltningen overtog ifølge ham satspuljeprojektet "projekt 24 timer" (den nuværende "Ungekontakt"), da projektet overgik til drift. Målgruppen blev tilpasset Børn og Ungeforvaltningens målgruppe, således at der ikke længere var et tilbud til unge med mistrivsel på 18+. I perioden herefter var vejlederne i Study Support Centeret ifølge ham ofte rådvilde i forhold til eleverne på 18+, der viste tegn på mistrivsel, da vejlederne i Study Support Centeret ikke har kompetencerne til at hjælpe disse elever. Derfor var der dengang ifølge ham elever med mistrivsel, som ikke fik den hjælp, som vejlederne vurderede, at de havde behov for.

Ifølge lederen af Study Support Centeret og flere andre af interviewpersonerne, er der for mange unge reelt ikke andre alternativer til Spor 18, som de unge kan overskue at opsøge. Det at benytte eksisterende alternativer til Spor 18 som fx at gå til egen læge kan ifølge interviewpersonerne for nogle elever føles som et stort skridt, hvorimod Spor 18 føles som et lille skridt. Ligeledes nævner flere interviewpersoner, at det også for de ansatte er mere uoverskueligt, hvis de skal hjælpe elever videre til fx egen læge eller psykolog. Lederen af Skolehjemmet vurderer, at hvis tilbud som Spor 18 ikke fandtes, og hans ansatte var nødt til at skulle have fat i elevernes hjemkommuner for at finde ud af, hvilke tilbud, der eksisterer til unge, der mistrives i deres hjemkommune, ville de ikke have ressourcerne til at hjælpe alle unge med mistrivsel videre.

Det er dog ikke alle interviewpersonerne, som ser Spor 18 som eneste mulighed for, at unge med mistrivsel kan få hjælp i form af personlig rådgivning. På Social- og sundhedsskolen er der tilknyttet en kommunal mentor, som er ansat af Jobcenteret i Vejle Kommune, men som har arbejdsplads fuld tid på Social- og sundhedsskolen. Den kommunale mentors opgave er, at hjælpe de unge med udfordringer ud over det faglige, herunder udfordringer med mental mistrivsel. I forhold til opgaven med at tage hånd om og hjælpe unge med mistrivsel videre, føler den kommunale mentor på Social- og Sundhedsskolen sig lige så godt klædt på som medarbejderne i Spor 18. Når hun alligevel nogle gange henviser elever fra Social- og Sundhedsskolen, er det oftest enten af ressourcemæssige årsager, da hun ikke selv har mulighed for at tage dem ind, eller fordi at hun ikke kan få etableret en relation til eleven, der gør, at hun kan hjælpe vedkommende.

Lederen af Social- og Sundhedsskolen og den kommunale mentor på skolen vurderer, at Spor 18's gruppetilbud til de unge supplerer mentorordningens tilbud i forhold til at forebygge at unge med mistrivsels udfordringer ikke udvikler sig yderligere. Ifølge den kommunale mentor giver gruppetilbuddet en ekstra dimension i støtten til unge med mistrivsel, da de får erkendelse af, at de ikke er de eneste, der har udfordringer med mental mistrivsel.

Leder af Skolehjemmet fortæller, at når personalet på Skolehjemmet henviser de unge med mistrivel til Spor 18, er det dels når de ikke længere vurderer, at de selv har kompetencerne til at hjælpe den unge videre, og dels af ressourcemæssige årsager når det bliver for tidskrævende at hjælpe den unge videre. Skolehjemmets ansatte henviser også til ungepræsten, når de henviser de unge videre afhængigt af, hvilket tilbud den unge selv ønsker at benytte.

Hovedbudskaber i forhold til tilgængelighed og tidlig opsporing:

- Spor 18's tilstedeværelse på skolen og i området hvor de unge færdes sikrer tilgængelighed og kan derved bidrage til at forebygge, at mistrivselsudfordringer udvikler sig, da flere unge end ellers bliver hjulpet
- Det faktum, at Spor 18 ikke kræver visitation sikrer tilgængelighed og kan derved bidrage til at mistrivselsudfordringer ikke udvikler sig, da flere unge end ellers bliver hjulpet
- For de skoler, der ikke har deres eget tilbud til unge med mistrivsel, er Spor 18 det eneste reelle tilbud - bortset fra ungepræsten – som såvel de unge med mistrivsel og personalet på skolerne kan overskue at benytte. Eksisterende alternativer som fx egen læge opleves som omstændeligt og som "et større skridt" at tage
- Spor 18's gruppeforløb sikrer et relevant tilbud for de unge med mistrivsel ud over den individuelle rådgivning

Styrket åbenhed omkring psykisk sårbarhed og tidlig opsporing

Det var et mål, da Spor 18 blev etableret, at tilbuddet skulle arbejde for styrket åbenhed omkring psykisk sårbarhed som et element i udmøntningen af Vejle Kommunes sundhedspolitik. Som beskrevet i indledningen bliver målopfyldelsen i forhold til styrket åbenhed omkring psykisk sårbarhed analyseret sammen med målet om tidlig opsporing, da interviewpersonerne adspurgt til målopfyldelsen på de to mål overvejende henviser til Spor 18's kompetenceudviklingsaktiviteter for lærere og elever i forhold til både målet om styrket åbenhed omkring psykisk sygdom og tidlig opsporing.

Lederen af Datariet fortæller, at alle eleverne på Datariet i regi af satspuljeprojektet "Mental sundhed" har deltaget i et "mestringsforløb" gennemført af Spor 18' medarbejdere med fokus på mental trivsel. I kraft af at kurset var for alle eleverne, bidrog det til at sætte fokus på og skabe åbenhed om, at psykisk mistrivsel er en del af nogle unges hverdag.

Ligeledes har lederen af Skolehjemmet oplevet, at der via Spor 18's kompetenceudviklingsaktiviteter for de unge skabes tid og rum til at få i talesat unges udfordringer med mistrivsel, hvilket efter hans vurdering bidrager til tidlig opsporing og til at skabe større åbenhed omkring mental mistrivsel. Lederen af Skolehjemmet nævner et konkret eksempel, hvor en elev et par uger efter, at Spor 18 havde afholdt et arrangement for eleverne og de ansatte på skolen om mental mistrivsel, havde opsøgt en af de ansatte og fortalt, at han havde det dårligt psykisk. Dette havde ført til, at elevens forældre blev kontaktet, og der blev taget hånd om hans udfordringer. Det er lederen for Skolehjemmets vurdering, at arrangementet med Spor 18 var afgørende for, at det for eleven blev muligt at sætte ord på, og at det blev legalt for ham at komme og sige det.

Social- og Sundhedsskolen har desuden via satspuljeprojektet "Mental sundhed" arbejdet sammen med Spor 18's medarbejdere om kompetenceudvikling af lærere og og skal igang med at undervise elever i forhold til emner omkring mental mistrivsel. Her er det lederen af Social- og Sundhedsskolen og den kommunale mentors vurdering, at dette bidrager til tidlig opsporing og styrket åbenhed omkring psykisk sygdom ved, at der kommer mere fokus på emnet mental mistrivsel blandt lærerne i forhold til at spotte eleverne, som mistrives og eleverne i forhold til at være opmærksomme på hinanden.

Lederen af Study Support Centeret peger på de fysiske rammer i Study Support Centeret, hvor Spor 18 to gange ugentligt har træffetid som bidragende til at styrke åbenhed omkring psykisk sårbarhed. Spor 18 har mulighed for at benytte et aflukket lokale i Study Support Centeret, men som udgangspunkt foregår deres rådgivning i samme åbne rum, som hvor den øvrige rådgivning i Study Support Centeret om fx studieretning eller privat økonomi foregår. Dette bidrager ifølge lederen af Study Support Centeret til af afstigmatisere det at have mentale udfordringer, da det ifølge ham signalerer til de unge, at det at have brug for hjælp til at håndtere mentale udfordringer ikke er værre end at have brug for hjælp til at håndtere valg af studieretning eller rod i privatøkonomien.

Hovedbudskaber vedrørende styrket åbenhed omkring psykisk sårbarhed:

- Spor 18's kompetenceudviklingsaktiviteter for elever og ansatte bidrager til at skabe åbenhed omkring psykisk sårbarhed, da det øger opmærksomheden omkring emnet og bidrager til, at de unge får lettere ved at tale om psykisk sårbarhed
- Spor 18's kompetenceudviklingsaktiviteter for elever og ansatte bidrager til at sikre tidlig opsporing, da lærerne får større fokus på at spotte elever med mistrivsel, og eleverne bliver mere opmærksomme på at handle på egen og kammeraternes mistrivsel
- Spor 18's tilstedeværelse i det åbne rådgivningsrum i Study Support Centeret bidrager til at skabe åbenhed omkring psykisk sårbarhed, da det bidrager til at ligestille udfordringer med mental trivsel med øvrige udfordringer, som der rådgives om i Study Support Centeret

Fleksibilitet i Spor 18

Det var et mål, da Spor 18 blev etableret, at det skulle være et fleksibelt tilbud. Denne målsætning vurderer alle interviewpersonerne, at Spor 18 lever op til. Interviewpersonerne, som alle er involveret i satspuljeprojektet "Mental Sundhed", mener dog, at det kan være vanskeligt at adskille, hvad der er Spor 18's aktiviteter, og hvilke aktiviteter der hører under satspulje projektet "Mental sundhed". Ifølge dem er det de samme personer, der indgår, og de samme formål, som understøttes.

Forstanderen for VPU vurderer, at nogle af de kurser, som blev holdt i regi af "Mental sundhed" var for overordnede og for lidt praksisnære for hans medarbejdere. Da han har svært ved at adskille aktiviteterne, som i gangsættes henholdsvis i regi af "Mental Sundhed" og Spor 18, har det derfor været vigtigt for ham med dialog med Spor 18's medarbejdere om VPU's behov i forhold til den forestående kompetenceudvikling om angst og stress, som gennemføres i regi af Spor 18 i april i år. Det er hans vurdering, at Spor 18's medarbejdere i denne dialog har været meget lydhøre og fleksible, og han har gode forhåbninger til udbyttet af den forestående kompetenceudvikling.

Lederen af Datariet har gode erfaringer med aktiviteterne igangsat i regi af satspuljeprojektet "Mental sundhed". Bl.a. nævner han, at der blev afholdt mestringskurser for alle Datariets elever om mental sundhed, ligesom at der blev afholdt en workshop for lærerne i kraft af satspuljeprojektet. Det er hans vurdering at samarbejdet med Spor 18 i satspuljeprojektet har bidraget til at opbygge kendskab og tillid til Spor 18's medarbejdere. Dette samarbejde ansporer ifølge ham til videre samarbejde omkring unge med mistrivsel uden for satspuljeprojektet som fx det forestående kompetenceudvikling af Datariets medarbejdere, som Spor 18 gennemfører i april i år. Det er lederen for Datariets vurdering, at ligegyldigt om samarbejdet drejer sig om aktiviteter vedrørende satspuljeprojektet eller andre aktiviteter, er Spor 18's medarbejdere opsøgende i forhold til at lave aktiviteter, der opfylder Datariets behov for at understøtte deres elever med mistrivsel, hvilket for ham er et udtryk for medarbejderne i Spor 18's fleksibilitet. Ligeledes udtrykker han stor tilfredshed med institutionens udbytte af deltagelse i aktiviteterne.

I tråd med dette vurderer lederen af Social- og Sundhedsskolen, at Spor 18's medarbejdere har været lydhøre overfor at tilrettelægge kompetenceudvikling for målgruppen af lærere på Social- og Sundhesskolen, som i forvejen har en del kendskab til forskellige former for mental mistrivsel.

Hovedbudskaber vedrørende fleksibilitet:

- Spor 18's medarbejdere er meget lydhøre og tilpasser deres aktiviteter efter uddannelses-institutionernes behov

Udbredelse af kendskab til tilbud og erfaringer vedrørende mental sundhed

Yderligere et mål, da Spor 18 blev etableret, var at sikre samlet kendskab til tilbud og erfaringer fra diverse projekter og indsatser, der omhandler mental sundhed, der foregår i kommunen, opsamles og udbredes. Derved forankres og kvalificeres Vejle Kommunes forebyggelsesindsatser og tilbud indenfor mental sundhed yderligere.

Det er begrænset, hvor meget repræsentanterne for uddannelsesinstitutionerne kan bidrage med i vurderingen af Spor 18's målopfyldelse på dette mål. Flere af interview personerne peger dog på, at "den sociale vejviser", som Spor 18 har udarbejdet og introduceret til institutionerne, er et godt redskab til at skabe overblik over lokale tilbud og aktiviteter til psykisk sårbare og deres pårørende. Den kommunale mentor på Social- og sundhedsskolen fortæller, at hun bruger "Den sociale vejviser" meget, og at hun herigennem har fået større kendskab til fx Psyk Info's tilbud til målgruppen og derfor benytter sig mere af det.

Hovedbudskab vedrørende udbredelse af kendskab til tilbud og erfaringer vedrørende mental sundhed:

- Den sociale vejviser udarbejdet af Spor 18 er et godt redskab til at skabe overblik over lokale tilbud og aktiviteter til psykisk sårbare og deres pårørende

Udbyggelse af netværks- og relationsdannelse med frivillige organisationer og andre forvaltninger

Et mål for Spor 18 ved etableringen var, at tilbuddet skulle bidrage til at udbygge netværks- og relationsdannelse med frivillige organisationer og andre forvaltninger. Det er kun en enkelt interviewperson på uddannelsesinstitutionerne, som kan bidrage til vurderingen af Spor 18's målopfyldelse af dette mål. Således fortæller lederen af Datariet, at en af Spor 18's medarbejdere har kontaktet ham med henblik på at sikre et lokale på skolen til den frivillige organisation "Ventilen", der arbejder for at hjælpe ensomme unge af med deres ensomhed. Dette var han meget positiv overfor, da han gerne ser, at skolens lokaler bliver brugt udover skolens mødetider, ligesom han vurderer, at flere af eleverne på skolen kan have gavn af tilbuddet.

Hovedbudskab vedrørende udbyggelse af netværks- og relationsdannelse med frivillige organisationer og andre forvaltninger:

- Der er i et tilfælde etableret samarbejde mellem en institution og en frivillig organisation på foranledning af Spor 18

Dette var essensen af interviews af uddannelseslederne på ungdomsuddannelserne. Nu følger interview af de unge som er en del af målopfyldelsen af Mål 1 i kommissoriet.

Interview med brugere

Marts – April 2016

Der er gennemført 6 interviews med unge som har været i kontakt med SPOR18

Køn/alder: Mand (B:?)(P:19) (J:23)

Kvinde (N:25) (NT:22) (H:21)

1. ***Hvad havde du brug for hjælp til, da du kontaktede Spor18?***

   B: Havde det dårligt, er vokset op i dysfunktionelt hjem, havde tankemylder, var devaluerende, havde uro. Havde overværet seksuelt overgreb i hjemmet, sov dårligt, var bekymret for søskende. Havde tidligere gået i Headspace i anden kommune, kontaktede Vejle kommune for at blive henvist til lignende tilbud.

   P: Havde brækket et ben og var påvirket psykisk af dette, havde familieproblemer, var i tvivl om fremtidsplaner – usikkerhed omkring uddannelse mv.

   N: Havde brug for hjælp til at finde mig selv og til at komme tilbage på sporet igen. Var trist. Mor havde hørt om det nystartede tilbud, var med helt fra starten.

   J: Havde svært at være sammen med mange nye mennesker – gav udfordringer på studiet. Har tidligere haft depression – ville forebygge forværring gennem samtaler i Spor18

   NT: Var trist og havde lavt selvværd pga. somatisk lidelse

   H: var afsluttet i børne- og ungdomspsykiatrien med angst problematik, havde brug for fortsat støtte

2. ***Hvordan var det at have samtaler i Spor18?***

   B: Det var givende i forhold til aktuelle problemstillinger - det var ikke dybe psykologsamtaler, men der blev givet strategier til at håndtere senfølger af tidligere traumer. Følte stort engagement fra rådgivere, oplevede at få positiv hjælp fra en voksen.

   P: Det lettede meget, har været vant til at klare alt selv, derfor rart at have en at vende problemer med. At få lettet hjertet.

   N: Det er rart at have samtaler med nogle, der kan se tingene udefra og ikke er personligt indblandet. Fik redskaber til at leve i nuet, frem for hele tiden at ville se fremad. Tage tingene, som de kommer.

   J: Det er hårdt at have samtaler, specielt i starten, der blev åbnet for et gammelt sår, men var nødt til at få arbejdet med nogle problemområder for at kunne håndteret dem – hjælper at få delt det med andre.

   NT: Det var rigtig godt for mig, fik det hurtigt bedre af samtalerne.

H: Jeg fik gennem netværkskort et billede af, at jeg havde et større netværk end jeg troede. Igennem kurset redskaber til at spejle sig i andre samt identificere angstniveau og mulige redskaber(afledningsstrategier, bruger stadig disse redskaber)

3. ***Hvilke redskaber/hjælp/støtte/muligheder som I talte om i rådgivningen, virkede meningsfulde for dig?***

B: Brugte meget visuelle redskaber – hvilket gav overblik over egen tankeverden, en form for kognitiv terapi. Arbejdede med vrede – i trafiksignalet – fik redskaber til at forblive i det grønne felt. Fik struktur på tanker. Bruger stadig "trafiksignalet".

P: Føler, at rådgiver virkelig er der for at hjælpe, har bl.a. hjulpet med henvisning til psykiatrien, samt fulgt med til 1. samtale. Meget forskellige samtaleemner vendes alt efter aktuelle behov, hjælp ift. uddannelse, Borgerservice etc. Et problem af gangen. Har ikke familiært netværk at trække på.

N: Har brugt/bruger en del redskaber fra Mental topform kursus – f.eks. husk på positive oplevelser i løbet af dagen, motion, vejrtrækningsøvelser, ses stadig med socialt netværk fra kursusgruppen

J: Anvender såvel samtale, men også mere visuelle billeder i Spor18. Har fået redskaber med til at tackle svære situationer – forbereder sig mentalt på svære situationer.

NT: Fik gode redskaber med, som jeg stadig anvender – f.eks. at huske på 3 positive ting, der er sket hver dag samt huske på de gode relationer i mit netværk, de mennesker som holder af mig og vil støtte mig.

4. ***Hvad gjorde du så efter samtalen?***

P: mere gejst til at kæmpe videre efter samtale med rådgiver – virker motiverende

5. ***Er du begyndt at gøre noget andet, end det du har gjort tidligere, efter du fik rådgivning?***

B: Tanker og følelser er blevet mere overskuelige, man kender sig selv bedre, ved hvad man står for, hvorfor man tænker, handler og føler som man gør – lettere at arbejde med sig selv. Svært og barskt søskendeforhold – følte sig som en dårlig storebror. Arbejder stadig med at være en god bror. Søvnproblemer pga. tankemylder

P: Fået vejledning til at tackle familieproblemer. Får hjælp ift. uddannelsesvalg/oversigt – også i samarbejde med uu vejleder.
Ser mere lyst på alting, var tidligere meget negativt indstillet. Samtalerne har gjort mig mere positivt indstillet, fordi jeg nu har en at dele problemerne med, en at læsse af på.

N: Er blevet bedre til at være i nuet, få det bedste ud af dagen i stedet for hele tiden at se fremad mod noget andet.

J: Det er svært at sige, men tror, at omgivelserne kan mærke en positiv udvikling hos mig

H: Hjælp til at identificere angsten, hvor kommer den fra, er den reel? Det hjælper

6. ***Har du fået mere tiltro til dig selv (self efficacy) og til at du kan klare dine problemer, og blive i uddannelse/job?***

B: Har tit følt livet meningsløst, men gennem samtaler i Spor18, er det blevet nemmere at få hverdagen til at fungere samt mobilisere indre styrke og balance, kender mig selv bedre – mere tiltro til mig selv. Har også arbejdet med sociale kompetencer. Tror, der ville have været brug for psykiatrisk hjælp, hvis der ikke havde været et tilbud i SPOR18.

N: Jeg har udviklet mig med alderen. Havde ikke været samme sted i dag, hvis jeg ikke havde fået hjælp i Spor18. Er blevet bedre til at tackle udfordringer, mærke egne grænser og hvad der er godt for mig. Er færdiguddannet bygningsmaler, men ønsker ikke at fortsætte i det erhverv. Er pt. Sygemeldt, det var for hårdt at være jobsøgende. Er meget opmærksom på, hvordan jeg har det, vil undgå stress, kan mærke at det har været godt at være sygemeldt. Skal snart i gang igen, der er tale om at få en mentor, vil sparre med denne om fremtidig erhverv samt rammer for trivsel

J: har fået mere ro indeni, kan bedre være blandt mange mennesker nu. Vil gerne tro på, at jeg har fået redskaber til at tackle situationer bedre – slås bl.a. med tankemylder. Har formået at holde fast i studiet, selvom det har været hårdt, er meget glad for det. Ved at jeg skal fortsætte på et studie i en anden by til sommer

P: Har altid selv taget hånd om og ansvar for tingene, det er uændret.

NT: Har fået et mere positivt livssyn, hvilket har hjulpet mig ift. Uddannelse. Er i gang med HG og har lige søgt elevplads, er lettet over at vide, hvilken vej jeg gerne vil.

H: Fuldførte HF, arbejdede med dette som mål i Mental topform kursus, fik støtte og redskaber her til at holde fast og gennemføre. Har nu arbejde i butik, stort skridt i forhold til det sociale, det går godt.

7. ***Har du fået nye kontakter, netværk/venner, efter du har været i rådgivningen? - fx på uddannelsen eller andre sociale sammenhænge?***

B: Det sociale er stadig en udfordring, arbejder stadig for at udvide netværk – pt. Gennem TUBA.

P: Er blevet bedre til at åbne op og tale med fremmede. Taler nu med mange flere på skolen. Havde tidligere svært ved at tale med andre. Men i forlængelse af samtalerne, er jeg blevet bedre til at åbne op og det har gjort det nemmere at åbne op for samtale med andre også.

N: Ja gennem Mental topform kursus – ses stadig med 5 fra gruppen i Frivillighedshuset. Har fået særlig en god veninde, som jeg taler meget åbent med. Har bl.a. fået hjælp gennem Mormor tilbud – bl.a. aflastning fra hjemmet etc.
Har tidligere været socialt udfordret – har ikke haft tætte veninder, mest voksenkontakt i folkeskolen. Ikke haft gode veninder på teknisk skole.

J: er ikke socialt anlagt, men har det ok på holdet

NT: Er blevet mere opmærksom på, hvilke gode relationer, jeg har i mit netværk og har fået sorteret ud i mindre gode relationer.

H: Ses stadig med 4 piger fra Mental topform kursus hver 14 dag. Er dog stadig socialt udfordret

8. Hvis du er begyndt at hænge ud med andre, hvad laver I så sammen?

N: hygger sammen, støtter hinanden i at holde fast i de gode redskaber fra mental topform

9. Kan I tale om ting, der er svært for jer i jeres hverdag?

P: ja, men nogle ting er bedre at tale med rådgiver om.

10. Har du forslag til noget, der kunne gøres anderledes/andre tiltag?

B: Dyrt med behandling hos fx psykolog – kunne være fint at etablere et sådan tilbud til unge i forlængelse af Spor18 rådgivning, kunne tilbydes mere dybdegående behandling – i et mere økonomisk tilbud. Mange unge går rundt derude med tunge problemstillinger.

P: Vil gerne, at det er en selvfølge, at rådgiver f.eks. kan tage med til møder i psykiatrien, kommunen etc. Var ikke selv kommet af sted til f.eks. Psykiatrien uden rådgivers støtte. Godt at professionelle samarbejdspartnere samarbejder/taler sammen for at koordinere støtte, f.eks. Spor18 og UU vejleder – ift. Skole, fremadrettet uddannelse.

N: Godt at have muligheden for at komme i Frivillighedshuset efter afsluttet Mental topforms kursus. Godt fortsat at mødes, have et netværk og støtte hinanden.

J: svært at skifte rådgiver undervejs, man opbygger tillid til sin rådgiver og åbner sig, det kan virke uoverskueligt at åbne sig for en ny.

11. Hvad var det vigtigste, du tog med dig derfra?

B: Har gennem en anerkendende tilgang lært at se sig selv som mønsterbryder, at forstå at jeg klarer det godt, fået synliggjort egne ressourcer – øget selvværd. Evnen til at give sig selv en "mental krammer". Styrke til at kæmpe videre.

P: Har fået tiltro til systemet igen, har tidligere følt sig svigtet. Har fået en bedre hverdag af at kunne "læsse af" til samtalerne.

N: At være til stede i nuet, at fokusere på mine egne følelser frem for hele tiden at please andre, lære at sige fra.

J: mere selvtillid og overskud til at rumme mennesker omkring mig

NT: Har fået et mere positivt livssyn

H: Fået forståelse for, at jeg ikke er den eneste unge, der har det svært. Man kan godt føle sig lidt alene i verden med sine problemer.

RAMMEPAPIR

Region Syddanmarks rådgivning om forebyggelse til kommuner i Syddanmark

Dette rammepapir beskriver Region Syddanmarks rådgivning til kommunerne på forebyggelsesområdet under Sundhedsaftalen år 2015-18.

Rammepapiret er udarbejdet af Følgegruppen for forebyggelse med inddragelse af kommunerne, arbejdsgruppen om infektionshygiejnisk rådgivning, samt med afsæt i den temadrøftelse om rådgivningen på forebyggelsesområdet, som fandt sted i Det Administrative Kontaktforum (DAK) d. 1. april 2016. Rammepapiret er godkendt på møde den 15. juni 2016.

Dato: 19. maj 2016

Følgegruppen for forebyggelse

Rammepapir rådgivning om forebyggelse til kommuner i Syddanmark.

Baggrund

Ifølge Sundhedslovens § 119, stk. 3 skal regionsrådet tilbyde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter samme paragraf stk. 1 og 2. Regionens rådgivning af kommunerne vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter.

Historisk set, er der sket en udvikling på forebyggelsesområdet, hvor kommunerne siden kommunalreformen i år 2007 har opnået kompetencer og høj grad af viden til implementering af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker, særligt i forhold til den borgerrettede forebyggelse.

I Sundhedsaftalen år 2015-2018 fremgår det;

- At der udarbejdes aftale mellem kommunerne og regionen om de konkrete rådgivningsaktiviteter, herunder også aftale om infektionshygiejnisk rådgivning (7.1.6)
- At rådgivningen primært har fokus på større forsknings- og udviklingsprojekter, som kan understøtte sundhedsaftalens strategiske indsatsområder - fx et forskningsprojekt der har til formål at udvikle og afprøve et redskab til effektmåling af patientuddannelse (7.1.4.)
- At rådgivningen skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser - fx kortlægning af mental sundhed (4.2.5)
- At rådgivningen er ramme for udvikling og gennemførelse af forsknings- og udviklingsprojekter, der kan generere nye samarbejdsmåder og viden om forebyggelse - fx nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom (8.4.2)

Mål og pejlemærker

Formålet med aftalen er at sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet på forebyggelsesområdet.

Der er mellem kommuner og region enighed om, at udgangspunktet er, at regionens rådgivning om forebyggelse til kommunerne tilpasses kommunernes behov.

Desuden er der enighed om, at rådgivningen med fordel kan understøtte det samarbejde, der er på forebyggelsesområdet mellem kommuner, almen praksis og sygehusene, særligt når det gælder patientrettet forebyggelse.

Det strategiske pejlemærke for rådgivningen på forebyggelsesområdet er, at den skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser, som allerede er eller fremadrettet bliver prioriteret af Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum.

Regionens rådgivning til kommunerne har særlig vægt på de dele af forebyggelsesarbejdet, som retter sig mod patienter, samt de snitflader, hvor det kan forebygges, at en borger bliver patient, dvs. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser som relaterer sig til livsstil og risikoadfærd.

Rådgivningens indhold
Region Syddanmark tilbyder kommunerne vederlagsfri rådgivning om forebyggelse og sundhedsfremme inden for Sundhedslovens § 119, stk. 3., samt rådgivning mod vederlag, når der er tale om rådgivning der er uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3.

➢ Rådgivning om forebyggelse inden for Sundhedslovens § 119, stk. 3

- Faglig rådgivning fx om patientrettet forebyggelse og patientuddannelse hos mennesker med en eller flere kroniske sygdomme eller forebyggelsesperspektiver på nye sygdomme og behandlinger.

- Rådgivning om brug af sundhedsprofildata, resultater og gennemførelse af analyser, herunder analyser af sundhedsprofildata individuelt for enkeltkommuner.

- Rådgivning om projektudvikling, fundraising, dialog med forsknings / evalueringsinstitutioner om design og evaluering som en faciliterende part i forsknings og udviklingsprojekter.

- Rådgivning om infektionshygiejne som er vederlagsfri. Jf. sundhedsaftalens afsnit 7.1.5 indgås aftale om, hvad der er vederlagsfrit og hvilken rådgivning der kan gives fra sygehusene til kommuner mod vederlag (sidstnævnte er uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3)

- Nye sygdomme, behandlingsformer og medicin fx forebyggelse af den øgede forekomst af depression og forebyggelsestilbud i den forbindelse eller nye infektionsmedicinske sygdomme.

  Opgaveoverdragelse, som er forebyggelsesrelaterede opgaver fx opgaveoverdragelse indenfor patientuddannelse, træningsområdet, forebyggelse af indlæggelser som relaterer sig til livsstil og risikoadfærd. Det kan også være ved ændringer i behandlingsforløb for fx patienter med knæartrose, ryglidelser eller inden operation, hvor ændringen betyder ændrede opgaver for kommunerne og dermed nye typer af forebyggelsestilbud, træningshold o. lign.

➢ Anden rådgivning uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3

Der laves en samlet aftale om infektionshygiejnisk rådgivning, som beskriver og prisfastsætter, hvilke rådgivningsydelser, sygehusene kan levere mod vederlag til kommunerne uden for Sundhedslovens § 119, stk. 3

Konkret rådgivning på CPR-niveau er en del af det løbende, lokale samarbejde. Denne aftales i regi af de lokale samordningsfora.

Rådgivning i form af kompetenceudvikling og vidensdeling om emner, der ligger ud over forebyggelsesområdet og dermed uden for § 119, stk. 3, ligger i en separat aftale om kompetenceudvikling og vidensdeling, se Sundhedsaftalens afsnit 6.1.6. Det kan være i tilfælde, hvor behandling og opfølgning ofte flyttes til eget hjem fx ved hjemmedialyse, kemoterapi og sygepleje af de borgere, hvor hyppige sygehusbesøg ikke længere er aktuelt. Der indgås særskilt aftale om dette.

Rådgivning om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, som ikke relaterer sig til livsstil og risikoadfærd og dermed uden for § 119, stk. 3, ligger ligeledes i en separat aftale, aftale om forebyggelse af (gen)indlæggelser, se afsnit 7.2.3. i Sundhedsaftalen under det obligatoriske indsatsområde Behandling og pleje.

Rådgivningsformer
Rådgivningen kan udformes som eksempelvis fyraftensmøder, skriftlig information og retningslinjer, netværk mellem region og kommuner, undervisning samt mulighed for individuelt tilrettelagt rådgivning. Rådgivningens konkrete aktivitet og formålet hermed afgør hvilken form der egner sig bedst i forhold til både afsender og modtager.

I relation til de områder der er omfattet af § 119, stk. 3, så tages der udgangspunkt i følgende former for rådgivning;

- Kompetenceudvikling og vidensdeling skriftligt og mundtligt fx i forhold til rådgivning om patientrettet forebyggelse og patientuddannelse, opgaver med forebyggelse i forhold til nye sygdomme og behandlinger, eller opgaver i forbindelse med nye sygdomme, behandlingsformer og medicin.

- Gennemførelse af analyser, herunder analyser af sundhedsprofildata individuelt for enkeltkommuner og rådgivning om brug af data og resultater som bidrag til planlægning af forebyggelsesopgaver.

- Forsknings- og udviklingsprojekter, hvor regionen bidrager som en faciliterende part til facilitering af udviklingsprocesser, projektudvikling, fundraising, dialog med forsknings / evalueringsinstitutioner om design og evaluering af projekterne.

- Faglig rådgivning på specialiseret niveau kan fx være om infektionshygiejne fx rådgivning i form af undervisning, sparring, konkrete individuel rådgivning og deltagelse i møder. Der indgås særskilt aftale mellem region og kommuner om, hvad der rådgives om, med hvilken form, ligesom det aftales et vederlagsfrit grundniveau af ydelser, samt mulighed for betaling for særydelser.

Proces for samarbejde og dialog om rådgivningsaktiviteterne
Rammepapiret er som udgangspunkt gældende i samme periode som den Sundhedsaftalen 2015-2018. Følgegruppen for forebyggelse opdaterer rammepapiret vedr. aftale om infektionshygiejnisk rådgivning, når aftalen foreligger i sin endelige form. Følgegruppen for forebyggelse følger efterspørgsel og behov for rådgivning. Det sker ved, at Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde sender en årlig status for rådgivningsaktiviteterne til Følgegruppen for Forebyggelse som herudfra drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne og giver sine input til Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.

Kommissorium for programstyregruppe for landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Formål og baggrund:

Regeringen, KL og Danske Regioner har i ØA2016 aftalt at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019.

Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med, at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

Som led i økonomiaftalen er der afsat 47 mio. til en række nationale forudsætningsskabende projekter og initiativer, herunder etablering af et sekretariat for den fællesoffentlige porteføljestyregruppe, som nedsættes til at følge udbredelsesprojektet.

De nationale forudsætningsskabende projekter er i vidt omfang baseret på de erfaringer, der er høstet ved gennemførelsen af Tele Care Nord projektet.

I aftalen mellem Regeringen, KL og DR er det forudsat, at implementeringsopgaven bliver organiseret i 5 landsdelsprogrammer, der aftalemæssigt knyttes op på sundhedsaftalerne. For hvert landsdelsprogram etableres en programstyregruppe med en regional og kommunal formand.

Landsdelsprogrammet

I henhold til aftalen mellem Regeringen, KL og DR, skal udbredelsen af telemedicin organiseres i et landsdelsprogram, der fastlægger den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem en region, tilhørende kommuner og almen praksis.

Organiseringen af opgaven tager udgangspunkt i forløbsprogrammet for KOL og forankres i den regionale Sundhedsaftale. Desuden skal der som grundlag for udbredelsen ske en afklaring af opgaver og ansvar for almen praksis.

Organisering af behandling og indsats ved telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bygger på en række fælles principper om, at sundhedsopgaver skal placeres på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON) og skal forankres i eksisterende drift. Organiseringen bygger på en stafettankegang, hvor der skal være sikkerhed for, at én aktør ikke slipper ansvaret, før en anden har overtaget det aktivt. Organiseringen skal desuden bygge på den overordnede nationale ramme for organisering af behandling og indsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsdata-styrelsens anbefalinger til forløbsprogrammer

I det omfang, det er nødvendigt at henlægge opgaver til almen praksis, skal der udarbejdes en model herfor.

Region og kommuner skal i landsdelsprogrammet aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Kompetencer

Programstyregruppen rapporterer til følgegruppen for Velfærdsteknologi og telemedicin samt til den fællesoffentlige porteføljestyregruppe for udbredelse af telemedicin til borgere med KOL.

Programstyregruppen kan nedsætte reference- og/eller arbejdsgrupper til at støtte gennemførelsen af programmet.

Programstyregruppen tillægges det overordnede ansvar for at sikre fremdrift og leverancer i de projekter og ændringsprocesser, som indgår i programmets opgaveportefølje.

Oversigt over landsdelsprogrammets opgaveportefølje

Ud fra den overordnede aftale mellem regering, KL og DR er følgene overordnede opgaver forudsat håndteret eller sikret i landsdelsprogrammet:

- Aftale den konkrete opgave- og ansvarsfordeling ved indførelse af hjemmemonitorering af KOL-patienter mellem region, kommuner og almen praksis.
- Sikre, at den aftalte opgave- og ansvarsfordeling indarbejdes i forløbsprogrammet for KOL
- Aftale den konkrete fordeling af den lokale finansiering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, herunder sikre aftale med PLO.
- Der skal etableres en tværsektoriel model for professionel understøttelse af service og logistik – herunder etablering af fælles servicecentre (input hertil fra et af de forudsætningsskabende projekter)
- Proces for valg/anskaffelse af nødvendig regional og kommunal infrastruktur, herunder fælles infrastruktur og gennemførelse af evt. udbud.
- Proces for valg/anskaffelse af telemedicinsk løsning/udstyr til opsamling af data hos borgeren.
- Afrapportering af status til: DAK/SKU, fællesoffentlig porteføljestyregruppe.

Oversigten over projekter og ændringsprocesser i linjeorganisationerne, som indgår i programmet kan ikke anses for udtømmende og kan blive justeret som programmet skrider frem.

Programstyregruppen har til opgave at:

- Sikre at programmets gevinster realiseres i henhold til gevinstrealiseringsplan.
- Sikre ledelsesmæssig forankring og gode rammer for lokal implementering af det nationale landsprogram i kommuner og på sygehuse.
- Sikre fremdrift og kvalitet i programmet, herunder at afgrænse programmet i forhold til eksisterende projekter og ændringsprocesser samt i nødvendigt omfang igangsætte nye.
- Fungere som bindeled til den nationale porteføljestyregruppe og orientere den nationale porteføljestyregruppe om udvikling og udfordringer i projektet.

- Sikre de driftsmæssige forudsætninger for implementering i driften på sygehuse og i kommuner.
- Bidrage til at understøtte og afsøge muligheder for fortsat udvikling af den telemedicinske samarbejdsmodel med udvidelse af anvendelsesmuligheder til andre patientgrupper.
- Afrapportere status til DAK om udvikling, muligheder, udfordringer og overgang til drift.

Programstyregruppens sammensætning

Ved udpegning af medlemmer til programstyregruppen tilstræbes at alle væsentlige interessenter er repræsenteret, herunder fx at alle sygehusområder er repræsenteret fra enten kommunal eller regional side. Ligeledes tilstræbes at væsentlige interessenter i linjeorganisationerne er repræsenteret herunder Afdeling for tværsektorielt samarbejde og Afdeling for Praksis.

Ovenstående hensyn taler for en koordineret udpegning af medlemmer mellem region og kommuner.

5 kommunale repræsentanter (hvoraf Arne Nicolajsen er udpeget som del af formandsskabet)

5 regionale repræsentanter (hvoraf Peder Jest er udpeget som del af formandsskabet)

1 repræsentant fra PLO

Desuden deltager programlederen i programstyregruppens møder.

Programstyregruppens aktivitet

Programstyregruppen udøver sit arbejde gennem møder. Gruppen forventes at afholde mindst 4 årlige møder, men tilrettelægger i øvrigt mødeaktiviteten under hensyn til programmets gennemførelse.

Formandsskabet bestående af den kommunale og regionale formand udgør forretningsudvalget.

Betjening af programstyregruppen

Programstyregruppen etablerer et sekretariat bestående af 1 fælles programleder, 1. regional projektleder og 1. kommunal projektleder.

NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDS-VÆSENET

VI LØFTER KVALITETEN MED PATIENTEN I CENTRUM

Vi har de seneste 10-15 år oplevet et markant løft i kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Men der er stadig plads til forbedringer. Borgerne skal have en behandling af endnu højere kvalitet, uanset postnummer og uafhængigt af størrelsen af deres pengepung.

Derfor er regeringen, Danske Regioner og KL enige om, at opstille konkrete nationale mål, der sætter en tydelig retning for kvaliteten af det danske sundhedsvæsen. De nationale mål er en ny tilgang til at arbejde med kvalitet. Et skifte væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater til gavn for den enkelte patient.

Sophie Løhde
Sundheds- og ældreminister

Martin Damm
Formand for KL

Bent Hansen
Formand for Danske Regioner

DE NATIONALE MÅL FOR DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN

De nationale mål skal udgøre en drivkraft for det lokale arbejde med kvalitetsforbedringer. Det er dermed de enkelte regioner og kommuners ansvar at forankre de nationale mål til lokalt definerede mål og indsatser.

Sigtet er, at den enkelte læge, sygeplejerske, SOSU-assistent mv. skal have frihed til at tænke højere kvalitet i det daglige arbejde, alt efter hvilke konkrete udfordringer og vilkår, der gør sig gældende lokalt.

Der er et udviklingsperspektiv for de nationale mål, som årligt vil blive drøftet politisk. Ambitionen er, at målene skal afspejle den værdi, kvalitet og resultater sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient. Og at de tilhørende indikatorer i højere grad kommer til at afspejle dette på sigt.

De nationale mål er blot ét element i en større omstilling af kvalitetsarbejdet. I 2016 introduceres bl.a. nye lærings- og kvalitetsteams og et nationalt ledelsesprogram. Herudover er der også enighed om et styrket fokus på systematisk patientinddragelse, bedre brug af sundhedsdata og forsøg med værdibaseret styring.

Alt sammen til gavn for patienterne.

”FORMÅLET MED DE NATIONALE MÅL ER STØRRE LOKALT EJERSKAB TIL KVALITETSARBEJDET. DET ER MEDARBEJDERNE, SOM SKAL SKAL DRIVE FORANDRINGERNE, FOR DE HAR DEN DAGLIGE KONTAKT MED PATIENTERNE”

DE NATIONALE MÅL FOR DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN

Introduktionen af nationale mål betyder, at der skal arbejdes med mål på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

De nationale mål er politisk bestemte, og udtrykker retningen for den ønskede udvikling af det danske sundhedsvæsen.

Der er udvalgt en række **indikatorer**, som konkretiserer de overordnede mål. Indikatorerne gør det muligt for regioner og kommuner at følge målene og tage de initiativer, der skaber den ønskede udvikling.

Lokale mål og indsatser skal forankre de nationale mål i kommuner og regioner og adressere konkrete lokale kvalitetsudfordringer, som skal løfte kvaliteten på syge-huse, plejecentre mv.

NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSNET

BEDRE SAMMEN-HÆNGENDE PATIENT-FORLØB	STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENT-SIKKERHED	BEHANDLING AF HØJ KVALITET	HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	FLERE SUNDE LEVEÅR	MERE EFFEKTIVT SUNDHEDS-VÆSEN
INDIKATORER							
BELÆGNING AKUTTE GENINDLÆGGEL-SER INDEN FOR 30 DAGE VENTETID TIL GENOPTRÆNING SOMATISK FÆRDIGBEHAND-LINGSDAGE PÅ SYGEHUSE AJOURFØRTE MEDICIN-OPLYSNINGER (PRAKTISERENDE LÆGE)	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL/ DIABETES-PATIENT FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT ÆLDRE	5 ÅRS OVERLEVELSE EFTER KRÆFT HJERTE-DØDELIGHED SYGEHUS-ERHVERVEDE INFEKTIONER OVERLEVELSE VED UVENTET HJERTESTOP	OPFYLDELSE AF KVALITETSMÅL I DE KLINISKE KVALITETS-DATABASER INDLAGTE PATIENTER I PSYKIATRIEN, DER BÆLTEFIKSERES	VENTETID TIL PLANLAGT SYGEHUS-OPERATION OG TIL PSYKIATRIEN SOMATISKE/ PSYKIATRISKE PATIENTER UDREDT INDEN FOR 30 DAGE KRÆFTPAKKE-FORLØB GENNEMFØRT INDEN FOR TIDEN	PATIENT-TILFREDSHED PATIENTOPLEVET INDDRAGELSE	MIDDELLEVETID DAGLIG RYGERE I BEFOLKNINGEN	LIGGETID PR. INDLÆGGELSE PRODUKTIVITET PÅ SYGEHUSENE
REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL							

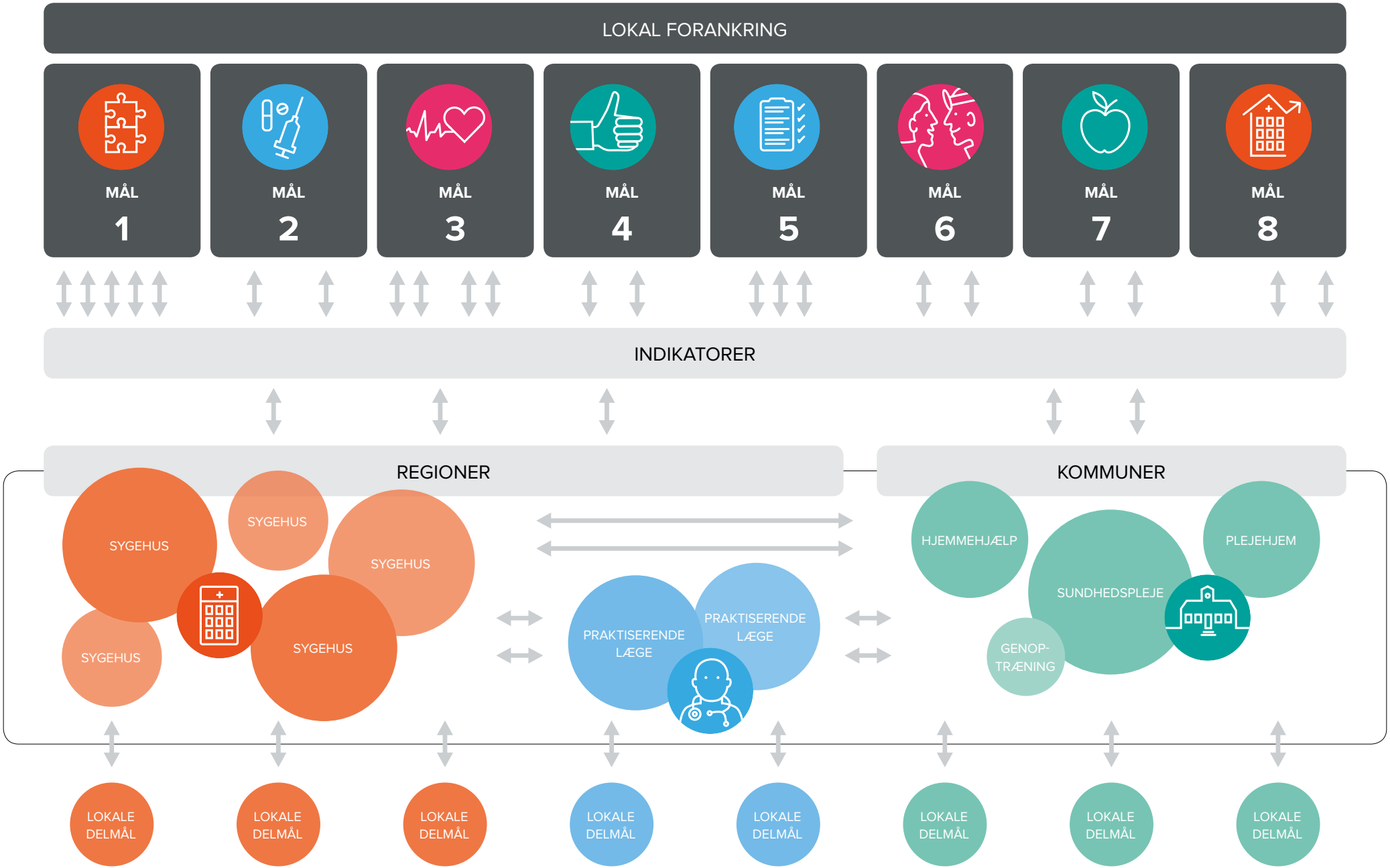
BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB

Den lokale forankring på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og praksissektoren er et helt centralt element i den nye tilgang til kvalitet.

Her skal de nationale mål omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de giver mening, hver dag sundhedspersonalet møder på arbejde.

Der bliver altså en større metodefrihed for personalet, som skal være med til at definere de indsatser, som skal løfte kvaliteten for den enkelte patient.

Det er op til regionsråd og kommunalbestyrelse at sikre, at det sker.


LOKAL FORANKRING
MÅL 1
MÅL 2
MÅL 3
MÅL 4
MÅL 5
MÅL 6
MÅL 7
MÅL 8
INDIKATORER
REGIONER
KOMMUNER
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
PRAKTISERENDE LÆGE
PRAKTISERENDE LÆGE
HJEMMEHJÆLP
SUNDHEDSPLEJE
PLEJEHJEM
GENOP-TRÆNING
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL

UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER

Vi vil løbende følge udviklingen i de nationale mål. Det sker via en trafiklys-markering, hvor den enkelte region eller kommune kan se, hvor de bevæger sig hen i forhold til de nationale mål.

Farven i trafiklyset giver regioner og kommuner et billede af, hvordan deres indsatser har bidraget til udviklingen til sundhedsvæsenet.

Hvert forår vil en statusrapport vise, om indikatorerne – og dermed det danske sundhedsvæsen – har udviklet sig i den ønskede retning.

Statusrapporten vil være udgangspunkt for dialog om udviklingen parterne imellem. Mål og indikatorer kan politisk justeres, hvis det er nødvendigt.

Farverne angiver, hvordan regioner og kommuner har udviklet sig det foregående år, samt hvordan de er placeret ift. gennemsnittet.

De enkelte farver betyder:

- Negativ udvikling og under gennemsnittet
- Enten positiv udvikling og under gennemsnit / negativ udvikling og over gennemsnit
- Positiv udvikling og over gennemsnit

TABEL 1 : Oversigt over farvemarkering af indikatorer, udvikling fra 2014-2015

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
BEDRE SAMMEN-HÆNGENDE PATIENTFORLØB	Belægning (under udvikling)						
	Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, pct.	6,7	5,5	6,6	5,9	6,3	9,1
	Ventetid til genoptæning, median, dage	14	15	13	16	14	13
	Somatisk færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage pr. 1.000 borgere	6,1	3,4	1,8	1,7	15,2	2,0
	Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge), pct. (maj 2015-marts 2016)	12	13	12	11	11	14
STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	Akutte indlæggelser pr. 1.000 KOL-patienter, antal	583	499	534	485	715	613
	Akutte indlæggelser pr. 1.000 diabetes type 2-patienter, antal	374	315	350	303	459	389
	Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), antal	63,5	52,8	55,2	61,0	77,6	61,5
FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENTSIKKERHED	5 års overlevelse efter kræft, pct. (2008-2010 og 2011-2013)	59	59	59	60	61	58
	Hjertedødelighed (2013-2014), dødsfald pr. 100.000 borgere	127	131	122	129	126	132
	Sygehuserhvervede infektioner – bakteriæmier, antal pr. 10.000 risikodøgn	8,0	6,7	7,5	8,9	8,3	7,4
	Sygehuserhvervede infektioner – clostridium difficile, antal pr. 100.000 borgere	66,2	61,2	46,9	58,6	88,5	63,3
	Overlevelse ved uventet hjertestop (under udvikling)						
BEHANDLING AF HØJ KVALITET	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser*	63,5	59,5	67,6	62,9	60,3	59,2
	Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, pct.	5,9	6,0	7,8	6,5	4,8	5,8

Anm.: Alle tal viser udviklingen fra 2014 til 2015 med mindre andet er angivet.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.
* RKKP og Danske Regioner
** Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse
*** Danmarks Statistik
**** Den Nationale Sundhedsprofil

Forsat

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	Gns. erfaret ventetid til sygehusoperation, dage	48	66	39	43	52	46
	Gns. erfaret ventetid til psykiatrien, børn og unge, dage	22	33	19	19	26	23
	Gns. erfaret ventetid til psykiatrien, voksne, dage	25	36	29	21	24	23
	Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, pct. (4. kvt. 2014 og 4. kvt. 2015)	65	59	72	69	55	73
	Psykiatriske patienter udredt inden for fristen, børn og unge, pct. (3.-4. kvt. 2015)	69	38	73	66	52	93
	Psykiatriske patienter udredt inden for fristen, voksne, pct. (3.-4. kvt. 2015)	79	68	85	79	92	60
	Pakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for kræft, pct.	79	76	80	84	78	77
ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	Patienttilfredshed (gnsn. score 1-5)**	4,24	4,29	4,32	4,25	4,21	4,09
	Patientoplevet inddragelse (gnsn. score 1-5)**	3,69	3,76	3,81	3,65	3,70	3,47
FLERE SUNDE LEVEÅR	Middellevetid***	80,6	80,4	81,1	80,8	80,4	79,9
	Daglig rygere, pct. (2013)****	17,0	17,0	17,0	19,2	15,0	18,1
MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage	3,4	4,2	3,3	3,6	3,4	3,1
	Produktivitet på sygehusene, indeks: hele landet = 100 (2014)	100	92	100	101	102	98

Anm.: Alle tal viser udviklingen fra 2014 til 2015 med mindre andet er angivet.

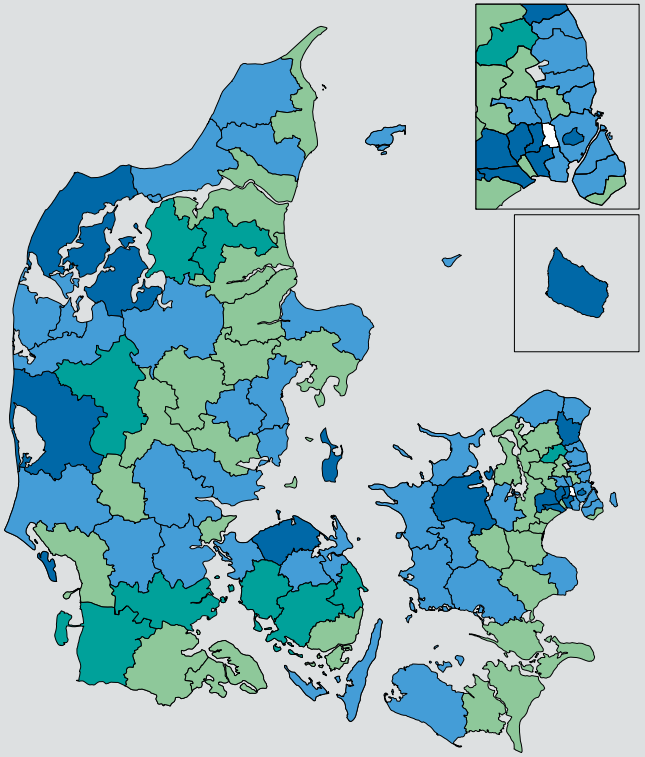
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.
* RKKP og Danske Regioner
** Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse
*** Danmarks Statistik
**** Den Nationale Sundhedsprofil

”DE NATIONALE MÅL ER ET VÆRKTØJ TIL AT SÆTTE PATIENTEN I CENTRUM. MÅL OG RESULTATER, SOM SKABER VÆRDI FOR PATIENTERNE, SKAL VÆRE PEJLEMÆRKER FOR KVALITETS-ARBEJDET.”

EKSEMPLER PÅ INDIKATORER

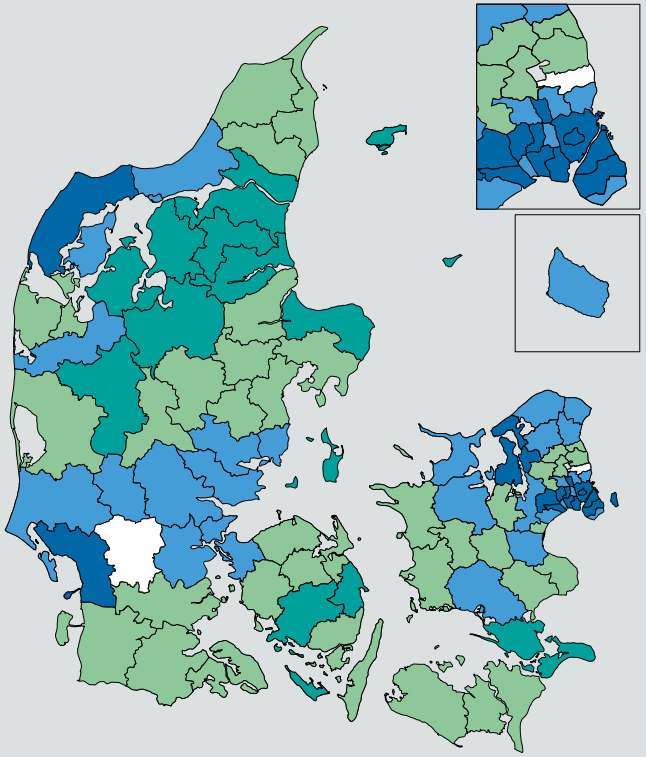
1 : Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

FIGUR 1 : Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), udvikling fra 2014 til 2015, fordelt på kommune



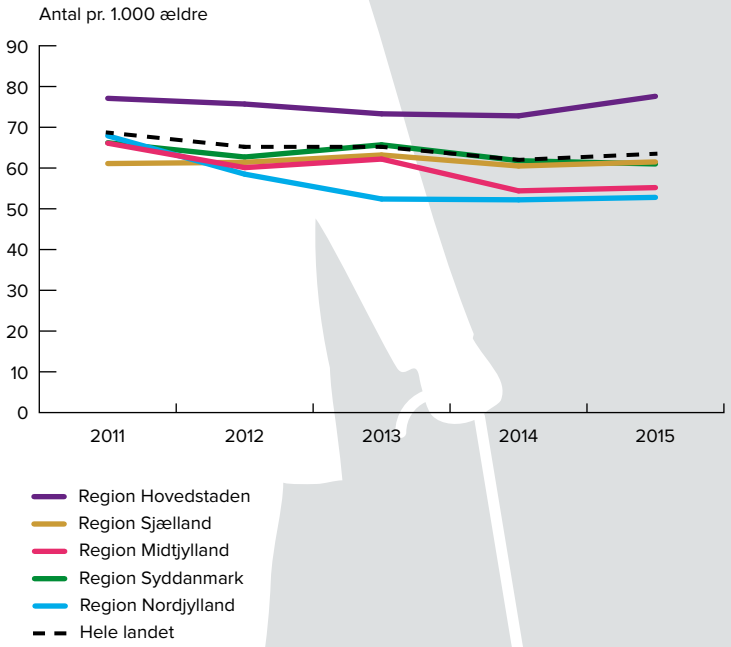
- Betydelig positiv udvikling (Under -10%)
- Positiv udvikling (-10% til -0,01%)
- Neutral udvikling (0%)
- Negativ udvikling (0,01% til 10%)
- Betydelig negativ udvikling (over 10%)

FIGUR 2 : Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), set ift. landsgennemsnittet, fordelt på kommune, 2015



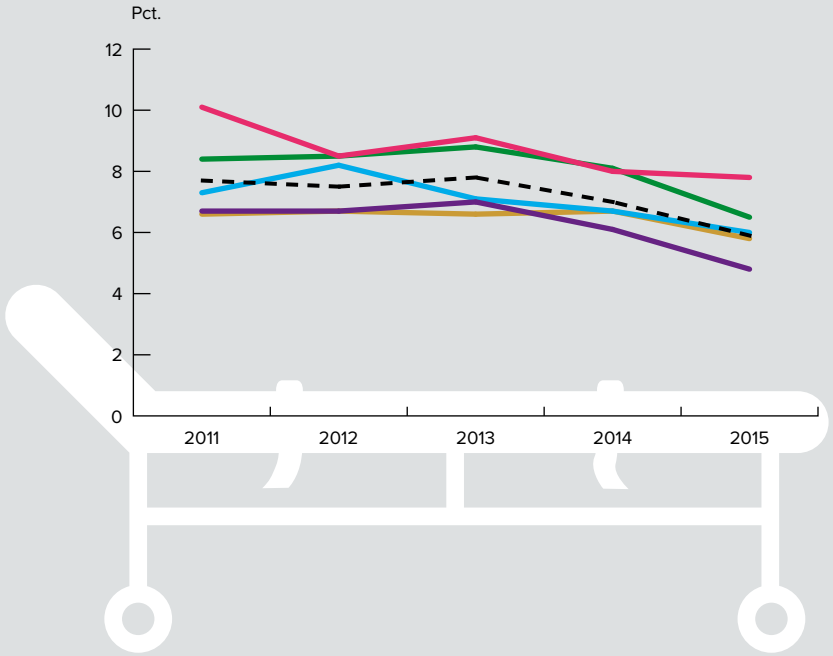
- Under 48 indlæggelser
- 48 til 63,4 indlæggelser
- 63,5 indlæggelser (landsgennemsnit)
- 63,6 til 79 indlæggesler
- Over 79 indlæggelser

FIGUR 3 : Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre, fordelt på regioner



2 : Tvang i psykiatri

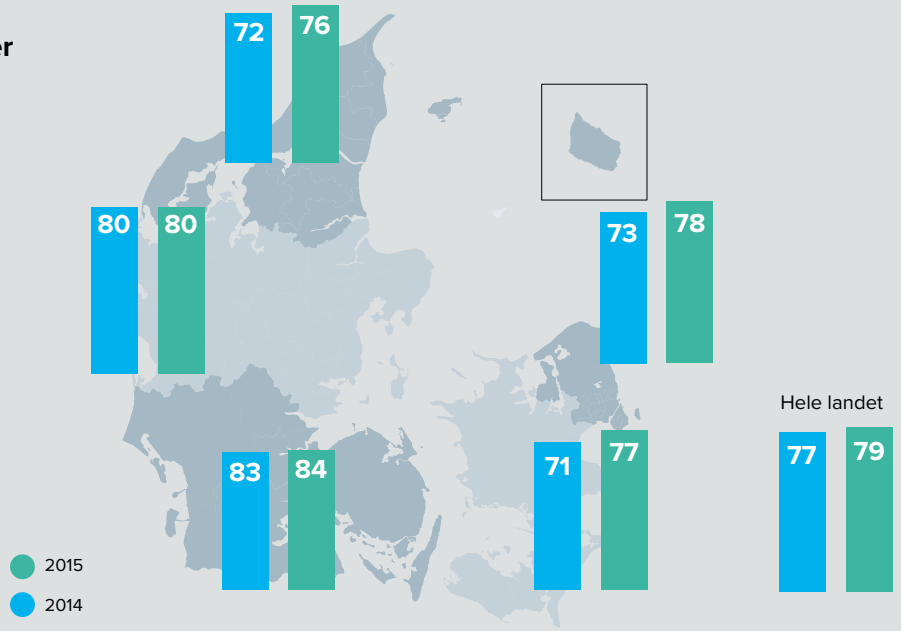
FIGUR 4 : Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres



3 : Kræftpakker

FIGUR 5 : Andel kræftpakke-forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider, pct.

Note: Uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype.



TABEL 2 : Oversigt over kommunernes resultater for udvalgte indikatorer, udvikling 2014-2015

REGION HOVEDSTADEN	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
ALBERTSLUND KOMMUNE	7,7	15	5,8	762	518	89,4	80,4	16,5
ALLERØD KOMMUNE	6,7	11	4,4	582	390	57,4	82,3	9,7
BALLERUP KOMMUNE	4,9	15	13,2	673	431	72,9	79,6	16,7
BORNHOLM KOMMUNE	6,5	19	1,5	690	436	69,3	79,4	15,8
BRØNDBY KOMMUNE	6,4	21	42,9	832	499	96,3	79,1	19,4
DRAGØR KOMMUNE	4,5	15	7,8	593	407	67,9	81,3	12,9
EGEDAL KOMMUNE	4,7	*	30,8	610	402	56,7	81,7	12,8
FREDENSBORG KOMMUNE	9,3	14	10,3	667	459	74,9	81,3	13,8
FREDERIKSBERG KOMMUNE	6,8	21	0,3	777	445	88,5	80	12,4
FREDERIKSSUND KOMMUNE	10,1	13	7,2	757	502	85,6	79,5	14,2
FURESØ KOMMUNE	2,9	9	32,2	561	349	54,8	82	10,6
GENTOFTE KOMMUNE	2,5	11	21,1	592	392	69,6	82,2	10,1
GLADSAXE KOMMUNE	4,9	36	7,9	662	454	74,6	79,5	16,2
GLOSTRUP KOMMUNE	7,6	11	4,5	811	517	84,2	79,9	14,5
GRIBSKOV KOMMUNE	9,6	*	10,2	737	514	74,4	80,3	17,5
HALSNÆS KOMMUNE	10,2	14	8,7	839	553	87,5	79	18,1
HELSINGØR KOMMUNE	9,7	16	9,6	684	454	74,2	80	16,6
HERLEV KOMMUNE	4,8	37**	28,0	710	463	83,0	79,2	16,5
HILLERØD KOMMUNE	10,1	20	13,0	773	480	72,5	81	13,2
HVIDOVRE KOMMUNE	6,1	17	39,4	666	475	89,8	79,7	17,0
HØJE-TAASTRUP KOMMUNE	6,8	*	3,9	828	495	87,1	79,5	18,6
HØRSHOLM KOMMUNE	7,1	12	2,5	611	389	59,3	81,9	10,4
ISHØJ KOMMUNE	7,3	14	1,0	890	601	105,7	78,3	18,8
KØBENHAVN KOMMUNE	6,6	15	12,9	755	467	87,9	78	16,3
LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE	2,6	12	25,0	577	410	63,5	82,3	9,5
RUDERSDAL KOMMUNE	3,0	14	19,5	503	380	58,5	82,4	8,5
RØDOVRE KOMMUNE	4,3	15	30,2	621	433	75,2	79,5	17,1
TÅRNBY KOMMUNE	5,6	13	51,8	704	513	89,6	79,7	16,7
VALLENSBÆK KOMMUNE	6,2	14	21,8	802	466	68,8	80,9	13,7

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION MIDTJYLLAND	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
FAVRSKOV KOMMUNE	8,7	9	0,1	518	371	50,5	81,6	17,8
HEDENSTED KOMMUNE	7,0	11	0,6	541	324	65,5	81,1	17,6
HERNING KOMMUNE	4,0	12	1,3	462	312	43,3	81	16,3
HOLSTEBRO KOMMUNE	4,8	16	0,5	589	382	67,3	80,8	18,5
HORSENS KOMMUNE	8,0	14	0,8	566	391	73,8	80,4	20,7
IKAST-BRANDE KOMMUNE	4,2	14	0,4	490	303	51,4	80,5	19,5
LEMVIG KOMMUNE	5,3	4	1,6	570	375	56,2	79,9	20,7
NORDDJURS KOMMUNE	8,6	13	0,2	499	354	47,5	79,4	19,4
ODDER KOMMUNE	7,3	20	2,1	530	297	64,9	81	16,8
RANDERS KOMMUNE	10,2	13	0,2	599	398	53,3	79,7	18,9
RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE	4,1	11	0,5	513	312	49,0	81	18,2
SAMSØ KOMMUNE	2,7	*	2,2	363	364	42,9	*	22,6
SILKEBORG KOMMUNE	7,6	13	0,4	574	393	59,0	80,7	14,0
SKANDERBORG KOMMUNE	6,2	12	0,1	492	323	57,2	81,6	16,0
SKIVE KOMMUNE	7,4	14	0,3	543	369	44,2	80,3	17,7
STRUER KOMMUNE	5,1	11	0,7	540	311	54,4	80	17,8
SYDDJURS KOMMUNE	8,8	11	0,7	532	376	49,9	81,1	18,3
VIBORG KOMMUNE	8,2	15	0,3	622	373	40,8	80,8	17,3
AARHUS KOMMUNE	5,2	16	5,3	490	324	60,5	80,8	14,7

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION NORDJYLLAND	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
BRØNDERSLEV KOMMUNE	3,7	14	0,7	437	263	55,1	80	16,8
FREDERIKSHAVN KOMMUNE	1,8	11	1,7	470	299	57,2	79,7	19,4
HJØRRING KOMMUNE	2,6	*	0,9	521	316	63,3	80,7	18,2
JAMMERBUGT KOMMUNE	5,4	18	3,8	525	341	63,7	80,1	18,2
LÆSØ KOMMUNE	1,8	8	0,0	416	214	38,1	*	17,9
MARIAGERFJORD KOMMUNE	7,7	19	2,3	491	320	32,7	80,2	19,0
MORSØ KOMMUNE	8,3	15	0,2	637	445	72,6	79,3	20,9
REBILD KOMMUNE	6,6	8	1,3	502	334	36,2	80,9	13,7
THISTED KOMMUNE	8,1	13	0,3	705	423	85,5	79,4	17,9
VESTHIMMERLANDS KOMMUNE	6,2	12	1,4	433	300	30,9	80,5	18,1
AALBORG KOMMUNE	5,8	18	7,1	458	284	45,4	80,2	14,9

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION SJÆLLAND	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
FAXE KOMMUNE	8,5	6**	0,4	558	376	63,4	79,7	17,4
GREVE KOMMUNE	8,4	11	1,9	541	345	64,7	80,3	16,4
GULDBORGSUND KOMMUNE	9,3	15	1,1	646	401	56,0	78,1	18,6
HOLBÆK KOMMUNE	7,8	15	6,3	670	408	75,1	79,8	18,6
KALUNDBORG KOMMUNE	7,9	16	1,1	583	384	61,1	78,9	18,8
KØGE KOMMUNE	9,3	10	7,4	577	373	66,3	80,2	17,3
LEJRE KOMMUNE	7,3	*	2,5	603	384	58,9	81	17,6
LOLLAND KOMMUNE	9,3	13	1,5	636	400	54,6	76,9	23,0
NÆSTVED KOMMUNE	9,5	13	1,3	692	466	66,2	79,6	16,8
ODSHERRED KOMMUNE	7,5	14	1,7	615	378	64,2	78,9	20,1
RINGSTED KOMMUNE	8,5	12	1,2	529	353	57,7	79,8	17,5
ROSKILDE KOMMUNE	8,2	*	0,1	675	415	68,2	80,7	15,0
SLAGELSE KOMMUNE	10,7	17	0,5	660	401	62,7	78,7	20,5
SOLRØD KOMMUNE	7,9	6	2,5	487	311	54,6	80,6	14,0
SORØ KOMMUNE	8,4	11	0,5	591	340	58,3	78,8	16,5
STEVNS KOMMUNE	8,6	*	1,4	518	354	52,6	80,2	18,8
VORDINGBORG KOMMUNE	8,0	10	1,3	521	365	46,1	78,5	20,5

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

Forsat

REGION SYDDANMARK	AKUTTE GEN-INDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, MEDIAN, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE, PR. 1.000 BORGERE	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. KOL-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	AKUTTE IND-LÆGGELSER PR. DIABETES-PATIENT, ANTAL PR. 1.000 PATIENTER	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER FOR ÆLDRE, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE	MIDDEL-LEVETID	DAGLIG RYGERE, PCT.
ASSENS KOMMUNE	6,9	15	2,6	397	268	51,0	80,3	21,0
BILLUND KOMMUNE	7,3	19	0,2	470	279	72,6	80,9	17,1
ESBJERG KOMMUNE	9,3	15	1,3	593	353	84,0	79,6	19,8
FANØ KOMMUNE	6,5	*	3,3	633	208	76,3	*	19,9
FREDERICIA KOMMUNE	2,7	28	1,1	495	325	70,5	79,5	21,8
FAABORG-MIDTFYN KOMMUNE	6,9	19	0,8	384	262	43,7	80,4	19,2
HADERSLEV KOMMUNE	2,2	9	3,7	552	319	49,1	80,3	18,4
KERTEMINDE KOMMUNE	7,5	*	4,1	465	306	55,2	80,5	19,8
KOLDING KOMMUNE	1,7	28	0,9	522	317	76,3	80,5	19,6
LANGELAND KOMMUNE	6,8	16	0,8	473	308	55,5	79,4	24,8
MIDDELFART KOMMUNE	3,6	21	0,5	474	291	67,3	80,8	19,8
NORDFYNS KOMMUNE	7,3	18	9,2	419	279	54,6	79,6	20,2
NYBORG KOMMUNE	6,8	17	3,6	437	284	47,4	80,2	21,4
ODENSE KOMMUNE	7,6	18	1,5	433	273	60,0	79,7	17,5
SVENDBORG KOMMUNE	6,8	19	1,1	418	273	49,1	80,7	20,8
SØNDERBORG KOMMUNE	6,2	9	0,7	510	340	58,7	80,4	17,2
TØNDER KOMMUNE	2,9	27	3,5	480	283	48,3	80,4	20,0
VARDE KOMMUNE	8,9	9	1,0	517	308	63,8	81,2	16,1
VEJEN KOMMUNE	5,4	13	0,2	463	332	63,5	80,3	19,0
VEJLE KOMMUNE	3,9	14	0,8	515	313	67,5	80,6	19,3
ÆRØ KOMMUNE	10,4	14	1,1	417	283	45,5	*	22,9
AABENRAA KOMMUNE	2,3	16	4,0	565	330	51,2	80,1	20,2
HELE LANDET	6,7	14	6,1	583	374	63,5	80,1	17,0

* Data mangler
** Farvemærkning er alene i forhold til placering i forhold til landsgennemsnittet grundet manglende data året før

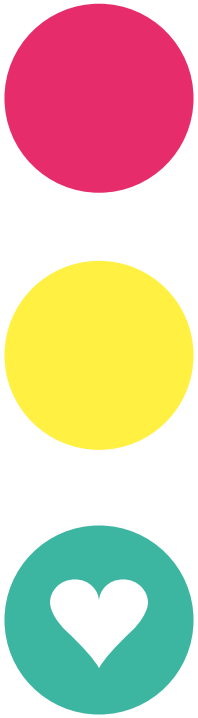
MÅL OG INDIKATORER I FREMTIDEN

De nationale mål og indikatorer skal udvikles med henblik på at skabe aktuel retning for den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet. Mål og indikatorer er derfor dynamiske.

For eksempel kan nogle af målene have en kortere tidsramme og kan justeres løbende i takt med, at der kommer fokus på nye områder, hvor kvaliteten halter.

Det er derfor et udviklingsperspektiv, at mål og indikatorerne på sigt skal have endnu mere fokus på effekt og værdi for patienten.

Der vil for særligt for praksissektoren og den kommunale sektor være fokus på at udvikle nye mål og indikatorer, så der skabes yderligere indsigt i de to sektorers resultater.



NATIONALE MÅL
FOR SUNDHEDSVÆSENET

UDGIVET AF
SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET,
KL OG DANSKE REGIONER

ELKTRONISK PUBLIKATION
ISBN: 978-87-7601-361-5

DESIGN: BGRAPHIC

FOTO: JOHNER

SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET

DANSKE REGIONER

KL

sum.dk · regioner.dk · kl.dk

Invitation

Efteråret 2016

Sundhedskoordinationsudvalget inviterer til politiske midtvejsmøder om Sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker at gøre midtvejsstatus på arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018. For at skabe en god dialog omkring dette arbejde har Sundhedskoordinationsudvalget besluttet at afholde fire politiske møder, hvor hver kommune vil have mulighed for at deltage i ét møde.

Formålet med møderne er i fællesskab at:

- gøre status på samarbejdet i regi af sundhedsaftalen; hvor langt er vi egentlig nået, og er vi på rette vej?
- drøfte fælles udfordringer; er der særlige områder eller indsatser, der kræver noget mere eller ekstra af os?
- finde fælles løsninger; hvordan kan vi hver især bidrage til at komme godt i mål til gavn for borgerne?

Hvem?
- Formænd og næstformænd for kommunale politiske udvalg med ansvar for sundhedsaftaleområdet, samt én embedsmand fra hver kommune
- Medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget
- Formandskabet for PLO Syddanmark
- Medlemmer af Region Syddanmarks Sundhedssamordningsudvalg

Hvor og hvornår?
Tirsdag den 30. august 2016 kl. 14.00-17.30
Sted: Kulturøen, Havnegade 6-10, 5500 Middelfart

Torsdag den 1. september 2016 kl. 14.00-17.30
Sted: Fremtidsfabrikken, Jessens Mole 11, 5700 Svendborg

Fredag den 9. september kl. 9.00-12.30
Sted: Sundhedscenter Kolding, Skovvangen 2a, 6000 Kolding

Onsdag den 14. september kl. 9.00-12.30, Aabenraa
Sted: Aabenraa Rådhus, lokale 412, Skelbækvej 2, 6200 Aabenraa

Tilmelding
Hver kommune bedes indsende én samlet tilmelding. Kommunerne tilmelder sig møderne i prioriteret rækkefølge, således at mødet, kommunen helst deltager i, markeres med tallet 1 og mødet, der passer dårligst, markeres med tallet 4. Af hensyn til processen i midtvejsmøderne, skal der deltage nogenlunde lige mange kommuner i hvert møde. Vi vil forsøge, at tage hensyn til alles 1. prioritet, og I vil få endelig besked, når alle kommuner er tilmeldt.

Tilmelding sker ved at sende en mail til Katrine Dennak på Katrine.Dennak@rsyd.dk.
Skriv gerne et forventet deltagerantal.

Tilmelding skal ske senest den 7. juni 2016

Program

Velkomst og formål med dagen
Velkommen, formålet med dagen og programmet v/Tage Petersen, formand for Sundhedskoordinationsudvalget og Henning Ravn, næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget
Præsentationsrunde v/deltagerne.

Status på arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018
Hvad siger dem, som det hele handler om? Patientperspektiv på arbejdet med Sundhedsaftalen i form af en video om en borger med KOL. I videoen fortæller en borger om sine oplevelser i forbindelse med at deltage i udarbejdelsen af det nye forløbsprogram for mennesker med KOL i Region Syddanmark.
Formandskabet i Sundhedskoordinationsudvalget opridser kort historikken for Sundhedsaftalen 2015-2018, fortæller om de særligt prioriterede indsatser, og hvor langt vi er med arbejdet.

Kommunernes arbejde med Sundhedsaftalen 2015-2018
De deltagende kommuner holder et kort oplæg på 10 minutter ud fra følgende spørgsmål:

- Hvordan arbejder I med Sundhedsaftalen i jeres kommune?
- Hvor gør sundhedsaftalen en positiv forskel for kommunens borgere?
- Er der indsatser, hvor det er eller vil være svært at komme i mål og i givet fald hvorfor?

Målet er et fælles billede af status på arbejdet, samt inspiration til det videre arbejde.

Fælles drøftelse og fælles billede af hvor vi er i arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018
Der samles op på kommunernes oplæg, og deltagerne skaber sig et fælles billede af, hvor sundhedsaftalen særligt gør en positiv forskel for borgerne, men også hvor der er udfordringer, som evt. kræver en særlig eller ekstra indsats fremadrettet. Det drøftes, hvad det kræver at komme i mål – både for den enkelte sektor, men ikke mindst i fællesskab.
Seancen vil være en kombination af plenum- og gruppedrøftelser.

Afrunding og tak for i dag
Formandskabet i Sundhedskoordinationsudvalget samler op på dagen og orienterer om det videre arbejde.

Chefrådgiver Sten Kock-Hansen, Ledelsesakademiet, Region Syddanmark er proceskonsulent på møderne.

Kontaktpersoner:

Katrine Dennak, Tværsektorielt Samarbejde
Katrine.Dennak@rsyd.dk
Telefon. 51709731

eller

Christina Ryborg, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
cetr@vejen.dk
Telefon. 40281307

Status på de prioriterede indsatser i sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedskoordinationsudvalget udvalgte i februar 2015 en række særligt prioriterede indsatser i sundhedsaftalen. Disse indsatser er:

- Videreudvikling af SAM:BO, samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning
- Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom
- Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin
- Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse
- Samarbejdsaftale om Fælles Medicin Kort (FMK)
- Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

Videreudvikling af SAM:BO

SAM:BO er en samarbejdsaftale om borger- og patientforløb i forhold til indlæggelse og udskrivning. Aftalen gælder for samarbejdet imellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Formålet er at sikre ens regler imellem alle parter og at lette arbejdsgangene for personalet. Aftalen skal være med til at skabe et bedre samarbejde mellem parterne til glæde for patienterne, så de får et bedre og mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Hensigten er nu at udvide og videreudvikle SAM:BO med afsæt i de metoder og den måde SAM:BO anvendes på i dag. Målet er, at aftalen også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus og hjemmepleje, og fx også gælde børn- og ungeområdet og det psykiatriske område. Det stiller bl.a. krav til den elektroniske kommunikation. Arbejdet er påbegyndt, og der er nedsat en arbejdsgruppe, der i første omgang skal afdække de juridiske og tekniske muligheder og begrænsninger i forhold til videreudvikling af SAM:BO.

Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

Der skal i aftaleperioden indgås en ny aftale om mennesker med kronisk sygdom. Til det arbejde er der udarbejdet en generisk model, som Det administrative Kontaktforum har godkendt som ramme for udarbejdelse af nye patientforløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme i Region Syddanmark. Endvidere er det besluttet, at der skal udarbejdes patientforløbsprogrammer for følgende sygdomsgrupper:

- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)
- Diabetes
- Kronisk rygsygdom
- Leddegigt
- Depression
- Kronisk hjertekarsygdom

Arbejdet indledes med udvikling af et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL, som skal erstatte det eksisterende fra 2010. Forløbsprogrammet skal beskrive den samlede behandlingsindsats på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis med det formål at sikre rettidig kommunikation samt et velfungerende samarbejde mellem fagprofessionelle, og herigennem øge behandlingskvalitet og sammenhæng for patienten. Forløbsprogrammet udarbejdes i samarbejde med patienter og pårørende samt sundhedsprofessionelle fra både sygehuse, kommuner og almen praksis. Det forventes, at Sundhedskoordinationsudvalget kan præsenteres for et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL, samt en plan for udviklingen af de øvrige forløbsprogrammer i starten af 2017.

Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin

Samarbejdet om velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte borgerens uafhængighed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom det skal fremme kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnet. Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse, og Det administrative Kontaktforum har besluttet, at den nye strategi skal tage afsæt i IT-strategien for 2011-2014, som revideres efter den nye sundhedsaftale. Strategiens formål er at understøtte sundhedsaftalens indsatser, herunder særligt de seks prioriterede områder. Det er i første omgang ikke målet at igangsætte nye initiativer, fokus skal være på udvikling af igangværende projekter indenfor velfærdsteknologi og telemedicin, fx understøttelse af forløbsprogrammer for KOL, videreudvikling af SAM:BO samt udbredelse og koordineret ibrugtagning af det fælles medicinkort. Strategien forventes godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i oktober 2016.

Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse opgaver, som foregår i én sektor helt eller delvist kan varetages af en anden, både ud fra et hensyn til patientens forløb og ud fra et formål om at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Der skal udarbejdes *en generisk model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse*. Som grundlag herfor er der foretaget en afdækning af erfaringer med opgaveoverdragelse og samarbejdsaftaler om sundhedsopgaver både i Region Syddanmark og i de øvrige regioner. Endvidere er der indhentet bud på relevante opgaver for opgaveoverdragelse blandt kommuner, sygehusenheder (både somatik og psykiatri) og PLO-Syd.

Med udgangspunkt i de indkomne forslag, og som et led i udarbejdelsen af modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, har Det administrative Kontaktforum godkendt, at udvalgte opgaver inden for Intravenøst (IV)-behandlingsregimet undersøges nærmere for deres potentiale for overdragelse. IV-behandlingsregimet er valgt, da både sygehuse, kommuner og almen praksis har meldt tilbage, at bl.a. IV-behandling med antibiotika rummer potentiale for overdragelse. Ydermere eksisterer allerede enkeltaftaler mellem de fire somatiske sygehusenheder og flere af de 22 kommuner, som med fordel kunne formaliseres i en regional samarbejdsaftale.

Med udgangspunkt i den eksisterende erfaring inden for IV-behandlingsregimet samt under hensynstagen til overlap med andre behandlingsformer, skal følgende opgaver afdækkes for deres potentiale for overdragelse:

- IV-behandling med antibiotika
- IV-behandling med tynde væsker
- Parenteral ernæring
- Blodtransfusion

Det Administrative Kontraktforum har i foråret 2016 godkendt, at der tages udgangspunkt i ovennævnte opgaver i forhold til at kvalificere de kriterier, der skal indeholdes i modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Når dette arbejde er fuldendt præsenteres Det Administrative Kontaktforum for et udkast til en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.

Samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort

Fælles Medicinkort (FMK) skal sikre, at alle parter får adgang til at dele den samme information om aktuel lægeordineret lægemiddelbehandling, så der ideelt set ikke skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdaterede medicinlister. Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal følge og understøtte implementeringen af FMK på tværs af sektorer. Kommissoriet er godkendt i Det Administrative Kontaktforum i januar 2016, og i løbet af 2016 skal det vurderes, hvorvidt der skal igangsættes et arbejde omkring udarbejdelse af en samarbejdsaftale for FMK.

Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge

Den regionale sundhedsprofil "Hvordan har du det?2013" og andre undersøgelser har peget på dårligere trivsel hos unge og særligt unge kvinder. Der udarbejdes en kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge, som kan give en mere nuanceret beskrivelse af omfang og udvikling på området. Derudover vil kortlægningen inddrage eksperters bud på årsager til udviklingen i mental sundhed blandt børn og unge, samt komme med anbefalinger til det videre arbejde med mental sundhed. Kortlægningen forventes at blive præsenteret for Sundhedskoordinationsudvalget i august 2016.

NOTAT

Midler til almen praksis

Dato: 29. april 2016

Sags ID: SAG-2014-06270
Dok. ID: 2189995

E-mail: TITF@kl.dk
Direkte: 3370 3113

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Midler til almen praksis				
Samlet pulje	2016	2017	2018	2019
I alt	**310**	**362**	**475**	**395**
Hovedstaden	96	113	148	123
Sjælland	46	53	70	58
Syddanmark	67	79	103	86
Midtjylland	69	81	106	88
Nordjylland	32	37	49	40

Lungesatsning	2016	2017	2018	2019
I alt	**17**	**30**	**28**	**33**
Hovedstaden	5,28	9,33	8,70	10,26
Sjælland	2,50	4,41	4,11	4,85
Syddanmark	3,69	6,5163	6,08	7,17
Midtjylland	3,79	6,68	6,24	7,35
Nordjylland	1,74	3,07	2,86	3,37

Forløbsplaner	2016	2017	2018	2019
I alt	**53**	**112**	**127**	**142**
Hovedstaden	16,48	34,82	39,48	44,14
Sjælland	7,79	16,46	18,66	20,87
Syddanmark	11,51	24,33	27,59	30,84
Midtjylland	11,81	24,95	28,30	31,64
Nordjylland	5,42	11,44	12,98	14,51

Plejehjemslæger	2016	2017	2018	2019
I alt	**40**	**20**	**20**	**20**
Hovedstaden	12,43	6,22	6,22	6,22
Sjælland	5,88	2,94	2,94	2,94
Syddanmark	8,69	4,34	4,34	4,34
Midtjylland	8,91	4,46	4,46	4,46
Nordjylland	4,09	2,04	2,04	2,04

Decentrale midler	2016	2017	2018	2019
I alt	**200**	**200**	**200**	**200**
Hovedstaden	62,17	62,17	62,17	62,17
Sjælland	29,39	29,39	29,39	29,39
Syddanmark	43,44	43,44	43,44	43,44
Midtjylland	44,56	44,56	44,56	44,56
Nordjylland	20,43	20,43	20,43	20,43

Ovenstående beregninger er lavet på baggrund af den kommunale bloktil-skudsnøgle. Såfremt der ved udmøntning fastlægges en anden fordeling vil andelene ændre sig.

Region Syddanmark

Afdeling: Tværsektorielt Samarbejde

Journal nr.: 16/12315
Dato: 18. maj 2016

Kontaktperson: Katrine Dennak eller Anders Fournaise
E-mail: katrine.dennak@rsyd.dk
Telefon: 51709731 / 2482 4315

Det Administrative Kontaktforums strategiske bemærkninger til Satspuljeprojektforslag 2016-2019

Generelle bemærkninger til alle projekterne:

Formanden for Det Administrative Kontaktforum: Klart mål med projektet og hvordan sætter vi mål på, at forandringen er en succes.

Odense Kommune:

- Projekterne bør prioriteres med udgangspunkt i det allerede igangsatte arbejde under Sundhedsaftalen 2015-18. Udvælgelsen af de enkelte projekter bærer præg af, at det ikke er alle SOF'er, der har haft lige stor indsigt i, hvad der foregår på det administrative niveau i sundhedsaftaleregi. SOF-OUH har fravalgt et projekt der havde til formål at kortlægge potentialerne ved overdragelse af IV-behandling med antibiotika, fordi man er bekendt med, at følgegruppen for opgaveoverdragelse er i gang med at nedsætte en arbejdsgruppe med samme formål.
- I forlængelse heraf synes det at være problematisk, at der ingen koordinering har været mellem SOF'erne. Det er heraf vanskeligt for dem at vide, hvad der spilles ind med fra andre SOF'er. Måske var der projekter, som andre kommunerne kunne se sig ind i, eller der er projekter, der med fordel kan slås sammen. Det fremgår ikke tydeligt af processen, hvorvidt det kan lade sig gøre nu.

Odense Universitetshospital:
Inddrage erfaringer, værktøjer, indgåede aftaler m.m. fra igangværende og tidligere projekter.
Koble projekter der er sammenlignelige og som supplerer hinanden.
Brug eksisterende værktøjer og aftaler, eks. Shared Care, MedCom standarder og Sam:Bo

Vejen Kommune:
Med den ændrede specialisering og den ændrede sygehusstruktur med Supersygehus, specialsygehuse ect., der giver stor værdi i forhold til lige ret til specialiserede individuel behandling for borgere/patienter, bør projekter og indsatser i fremtiden tænkes i dette perspektiv og ikke kun i forhold til "nærmeste sygehus – optageområde".

Projekttitel: Ingen titel endnu

SOF Sønderjylland

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SHS Grete Kirketerp, mail: Grete.Kirketerp@rsyd.dk, tlf.: 20 23 25 77
Direktør Social & Sundhed Aabenraa Kommune, Jakob Christian Kyndal, mail: jck@aabenraa.dk
tlf.: 20119250

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

*Sydvestjysk Sygehus:*Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:
Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:
Ansøgningens indledning præsenterer rigtig fint hovedresultaterne fra ACCESS-projektet. Det fremgår dog ikke særlig tydeligt hvad indholdet/indsatsen var i dette projekt og hvilke elementer af ACCESS-projektet, der fortsættes i det nye projekt der søges midler til. Det foreslås derfor at gøre dette mere tydeligt i den endelige ansøgning.

Af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af satspuljen fremgår det, at ansøgningerne skal indeholde en beskrivelse af, hvordan projektet skal implementeres og forankres i driften efter projektperiodens ophør, hvilket der med fordel kan knyttes nogle ord til i ansøgningen.

Projektet har nogle rigtig gode og konkrete delmål. Ift. delmål 7 (fælles kommunikationsværktøj) kan det overvejes at tænke allerede eksisterende regionale kommunikationsplatforme/-projekter ind i nærværende projekt med henblik på at operationalisere disse i praksis og gøre dem brugbare i det konkrete projekt.

Bemærkninger fra Middelfart Kommune:
Budgettet er ikke beskrevet, men det indgår som et forslag, at der skal anvendes midler fra puljen til at kompetenceudvikle hjemmehjælpere i tidlig opsporing. Det kunne overvejes, om ikke den udgift kunne finansieres af kommunernes driftsbudgetter.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Kommunikationsværktøj kunne være Shared Care platformen. Redskabet til identificering og tidlig opsporing af funktionstab og sygdom kunne være Geri kufferten, derfor evt. koble det sammen med

projektet ”Geri-kuffert”.
Svaghed, at der skal forhandles med PLO. Budget skal udarbejdes hvis projektet går videre.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Odense Kommune har svært ved at tilslutte sig projektet, da det ikke fremgår tydeligt af projektbeskrivelsen, hvordan man vil sikre sig nok volumen i populationsgruppen.
En af hovedkonklusioner fra ACCESS-projektet fra 2012-15 var, at der er færre i målgruppen end forventet. Projektbeskrivelse burde heraf forholde sig til, hvordan man vil komme omkring den udfordring i et projekt, der bygger på ACCESS.
Er der ikke udarbejdet en styrkeberegning bør det anbefales, at der udarbejdes en for den (nye) målgruppe.
Det bør uddybes, hvad der menes med en robust model for samarbejdet.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
Det er meget positivt, at projektet har fokus på tidlig opsporing og indsats.
Der tænkes udvikling af redskaber til tidlig opsporing af sygdom, som allerede kan anvendes ved de forebyggende hjemmebesøg i kommunerne. Det betyder, at der er i projektet er fokus på både den primære forebyggelse og den tertiære forebyggelse.
I Vejen kommune har vi gennem flere arbejdet med implementering af redskaber og organisering i relation til tidlig opsporing af sygdom men der mangler viden om hvilke organisatoriske faktorer der har betydning for effekten af indsatsen. I den forbindelse meget interesseret i at høre om de erfaringer og viden som fremkommer via projektets resultater.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Intravenøs antibiotisk behandling af patienter i hjemmet efter indlæggelse

SOF Lillebælt

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SLB Helle Adolfsen, mail: Helle.Adolfsen@rsyd.dk
Sundhedschef Middelfart Kommune Lis Huge, mail: Lis.Huge@Middelfart.dk

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Delvis og måske mest på akutpladser og i plejecentre
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Potentialet for replikation er stort, da der er et stort antal borgere i målgruppe
Odense Universitetshospital: ja, spec. Ifm opgaveoverdragelse
Odense Kommune: Odense Kommune kan ikke tilslutte sig projektet, da det allerede er et arbejde, der pågår i regi af Sundhedsaftalen 2015-18.
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Projektet til udbredelse af IV-behandling i eget hjem har potentiale til at danne grundlag for vigtig viden og erfaringer, som med fordel kan anvendes til at udvikle en model for samarbejdsaftale og fremgangsmåde til implementering af indsatsen i regionens øvrige SOF'er.

I regi af SOF-SVS er der allerede gjort mange gode erfaringer med at iv-antibiotika behandling i eget hjem og vi stiller os gerne til rådighed med viden og sparring i forhold til dette projekt. Projektet vil udgøre et rigtig godt tilbud, der kan være af stor værdi for patienterne.

I den endelige ansøgning anbefales det at knytte nogle ord til, hvordan driften af indsatsen tænkes efter projektperiodens ophør – herunder, hvordan der skabes et system, der er rustet til personaleudskiftning og den løbende faglige ajourføring indenfor området. Hvordan tænkes organisering af indsatsen og oplæring af personale?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune:
Det fremgår ikke tydeligt, hvordan patienterne/borgerne bliver inddraget i projektet.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Foreslår mindre fokus på at forbedre sygehusets driftssituation, mere fokus på patienterne.
Sandsynliggøre, at en væsentlig del af målgruppen kan behandles i hjemmet.
Væsentligt overlap til arbejdet i følgegruppen for opgaveoverdragelse. Risiko for, at projektet kan

komplicere dette arbejde.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Projektet ønsker at undersøge potentialer, barrierer, økonomi og jura ved overdragelse af intravenøs antibiotisk behandling fra sygehus kommune. Det er præcis den opgave, som følgegruppen for opgaveoverdragelse skal håndtere i udarbejdelsen af en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Det blev på DAK-mødet d. 1.4.16 besluttet, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der netop skal kortlægge IV-behandlings (herunder IV med antibiotika) potentiale for overdragelse.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
60 % af Vejen Kommunes indlæggelser foregår i regi af SOF Lillebælt. Hvis Vejen Kommune ikke er en del af projektet vil kommunen ikke være klædt på til at kunne hjem tage patienter/borgere til iv. antibiotika behandling, hvilket jo er målet med projektet. Vejen Kommune har derfor et stort ønske om at blive en del af projektet.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Hotline og udskrivelseskoordinator i FAM

SOF Lillebælt

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SLB Helle Adolfsen - Helle.Adolfsen@rsyd.dk
Sundhedschef Middelfart Kommune Lis Huge – Lis.Huge@Middelfart.dk

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja, men også bredere
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Interessant udvikling i det borgerfokus, der ligger i "lægmands-epikrisen"
Odense Universitetshospital:
Odense Kommune: **-**
Vejen kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Projektets delindsats vedr. udskrivningskoordinatorer er tænkt lidt anderledes end SOF-SVS' Sambossadører, dog med samme tema som omdrejningspunkt – hvilket viser, at der er tale om et rigtigt relevant indsatsområde på tværs af SOF'er. Det kan overvejes, om det vil give god mening at skabe et erfaringsudvekslings- og videndelingnetværk på området?

Det kan være rigtigt spændende at tænke ind i projektet hvorvidt samarbejdsmodellen "Det murstensløse sygehus" kan tænkes bredere end kun at omfatte SLB, således at regionens patienter vil opleve en ensartet tilgængelighed, kvalitet og patientrettigheder på tværs af sygehusenheder. Kan modellen gøres mere generisk af hensyn til lighedsprincippet? Og kan dette projekt give input og skabe et erfaringsgrundlag hertil?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune :
Meget udgiftstungt pga. timer til speciallægedækning af hotline. Det kan have betydning for, om ordningen vil fortsætte efter projektperioden.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Er det realistisk, at geriateren skal besvare hotline opkald fra hjemmeplejen?
Kobles evt. sammen med projektet "Den bedste overlevering"

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Odense Kommune har vanskeligt ved at vurdere, om man kan tilslutte sig projektet. Der er behov for en afklaring samt præcisering af, hvem den præcise målgruppe for projektet er.

- Det fremgår ikke tydeligt af projektbeskrivelsen, hvorvidt det er en patient, der er kendt i kommunerne i forvejen. Såfremt det er en kendt patient, kan der stilles spørgsmålstegn ved, om det ikke er noget, som SAM:BO bør kunne håndtere? Der er nedsat en arbejdsgruppe under Følgegruppen for behandling og pleje der har til formål at videreudvikle SAM:BO.
- Projektbeskrivelsen bør forholde sig til, hvor det lægefaglige ansvar skal placeres.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
Projektet bygge på nogle gode principper som kan understøtte et sammenhængende forløb for borgerne og samtidig sikre at de får det rette tilbud hvad enden det er regionalt eller kommunalt regi. Det skal dog bemærkes at det giver nogen udfordring for Vejen kommune at 40 % af borgerne i Vejen kommune benytter SVS og de faglige medarbejdere skal derfor arbejde med forskellige projekter alt efter om borgeren benytter den ene eller anden sygehusenhed. Vi har derfor et stort ønske om at erfaringerne fra de forskellige samles til en fælles løsning for Region Syddanmark forankret i SAMBO regi.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Patienten i fokus – på tværs af sektorer. Det Virtuelle Tværsektorielle Samarbejde (VTS)

SOF OUH

Kontaktpersoner:
Odense Kommune Jan Lindegaard, Email: jerl@odense.dk, tlf.: 63753000/21604002
Direktør OUH Judith Mølgaard, OUH, Email: Judith.moelgaard@rsyd.dk, tlf.: 21792596

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja, pt. med hjertesvigt, DM og KOL men også en bredere målgruppe
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Fokus på velfærdsteknologisk afprøvning i større skala og på tværs af sektorer.
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: **-**
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
Det Virtuelle Tværsektorielle Samarbejde udgør et rigtigt spændende projekt, der har fokus på tilgængelighed og tværsektoriel sparring.

Projektansøgningen kan evt. kvalificeres yderligere ved at specificere og beskrive nærmere hvad det virtuelle aspekt af projektet helt konkret tilfører til tværsektorielle samarbejde – og hvordan dette vil komme patienten til gode i sidste ende? Hvilke behov kan de virtuelle skærme opfylde, og hvilke problemstillinger kan afklares på denne måde, som ikke kan afklares via telefonopkald?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune:
Ingen bemærkninger

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Faciliteten vil blive brugt af både patienter og personale i primær og sekundær.
Praktiserende læger har givet udtryk for, at de kan se sig selv i det virtuelle samarbejde.
Budget skal udarbejdes hvis projektet går videre.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Fra Odense Kommunes side er der stor interesse for dette projekt, da det forsøger at imødekomme en relevant og tværgående problemstilling.
Det fremgår ikke af projektbeskrivelsen, hvilke kommuner der ønsker at indgå. Det bør være tydeligt, inden projektbeskrivelsen sendes til Sundhedsstyrelsen.

Bemærkninger fra Vejen Kommune: Ingen kommentarer *Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:* Ingen kommentarer

Projekttitel: GERI kufferten – et værktøj til "Styrket sammenhæng for de svageste ældre"

SOF OUH

Kontaktpersoner:
Odense Kommune Jan Lindegaard, Email: jerl@odense.dk, tlf.: 63753000/21604002
Direktør OUH Judith Mølgaard, OUH, Email: Judith.moelgaard@rsyd.dk, tlf.: 21792596

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: **-**
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus: Ja
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:
Bemærkninger fra Sydvestjysk Sygehus:
GERI-kufferten udgør et rigtigt spændende projekt med ambitiøse målsætninger ift. brugen af velfærdsteknologiske løsninger til vurdering og behandling af de svageste ældre.

Der er allerede meget evidens og systematiske erfaringer tilgængelige på det telemedicinske og velfærdsteknologiske område, og en puljeansøgning kan med fordel tage afsæt i denne viden.

I projektansøgningen kan der med fordel også reflekteres over, hvordan det sikres, at de velfærdsteknologiske løsninger holdes up-to-date i en senere driftssituation. Vil der eksempelvis være mulighed for at anvende borgerens eget måle- og IT-udstyr?

Bemærkninger fra Middelfart Kommune :
Fokus på afprøvning af velfærdsteknologi i praksis mellem sektorer og i flere forskellige kommuner af forskellig størrelse og med forskellige rammebetingelser øger muligheden for replikation.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Præcisere det opsporingsværktøj den faste hjælper skal benytte og som skal foranledige, at hjælperen tager kontakt til akutsygeplejersken.
Budget skal udarbejdes hvis projektet går videre.
Kobles evt. sammen med projektet ACCESS.

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Odense Kommune har vanskeligt ved at vurdere om man kan tilslutte sig projektet, da det for

nuværende bygger på Shared Care Platformen, hvis fremtid er usikker.
Projektbeskrivelsen bør derfor forholde sig mere detaljeret til, hvilke muligheder der er, hvis Shared Care Platformen lukkes ned.
En klar fordel ved projektet er, at almen praksis allerede synes at være commited til projektet
Det fremstår dog ikke tydeligt i projektbeskrivelsen, hvem der er ansvarlig for at handle på prøvesvar.

Bemærkninger Fra Vejen Kommune:
Ingen kommentarer

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Projekttitel: Danmarks bedste overlevering – det gode forløb

SOF SVS

Kontaktpersoner:
Sygeplejefaglig direktør SVS Susanne Lauth, mail:Susanne.Lauth@rsyd.dk, tlf. 5116 7089
Direktør Arne Nikolajsen Esbjerg Kommune, mail: arni@esbjergkommune.dk, Tlf. 76 16 32 51

Falder projektet indenfor satspuljens rammer? (Ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus:
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: -
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Er projektet i overensstemmelse med prioriteringen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Syddanmark? (ja/nej - kommentarer)

Sydvestjysk Sygehus:
Middelfart Kommune: Ja
Odense Universitetshospital: Ja
Odense Kommune: har vanskeligt ved at bakke op om projektet, da formålet synes ukoordineret ift. en af de prioriterede indsatser i regi af Sundhedsaftalen 2015-18 (videreudvikling af SAM:BO).
Vejen Kommune: Ja
Sygehus Lillebælt: Ja

Evt. strategiske bemærkninger til projektbeskrivelsen:

Bemærkninger fra Middelfart Kommune :
Udgiftstungt projekt pga. lønudgifter til personale, der ansættes på tværs. Kan evt. gøre det vanskeligt at fortsætte efter projektperiodens ophør.

Bemærkninger fra Odense Universitetshospital:
Kald det ikke en Sam:Bossadører! Forklar hvad Sam:Bo er.
Kobles evt. sammen med projektet "Hotline og udskr. koordinator".

Bemærkninger fra Odense Kommune:
Hvis og såfremt det fortsat er et projekt, man ønsker at prioritere, bør alle kommunerne være involveret i projektet. Det har netop været et af succeskriterierne bag SAM:BO – at *alle* kommuner i Region Syddanmark er med.

Bemærkninger fra Vejen Kommune:
Der er fin kontinuitet i projektet i forhold til tidligere indsatser i SOF SVS. Samarbejdet mellem region og kommune har bidraget til udvikling af et bedre samarbejde via.

Vejen Kommune har meldt positivt ind til deltagelse i projektet. Projektet vil blive fulgt tæt og der er fokus på kvalitet og effekt af de indsatser der sættes i gang.
Det er positivt, hvis de praktiserende læger vil indgå som en tæt samarbejdspartner i projektet. Det vil

betyde noget for kvaliteten omkring såvel indlæggelser (forebyggelse), men ikke mindst at få fokus på udvikling af hensigtsmæssige udskrivelser.

Det er naturligvis en udfordring, at kun 40 % af Vejen Kommunes indlæggelser af borgere foregår i SOF SVS Regi. Det skal dog bemærkes at det giver nogen udfordring for Vejen kommune at 60 % af borgerne i Vejen kommune benytter Sygehus Lillebælt og de faglige medarbejdere skal derfor arbejde med forskellige projekter alt efter om borgeren benytter den ene eller anden sygehusenhed. Vi har derfor et stort ønske om at erfaringerne fra de forskellige samles til en fælles løsning for Region Syddanmark forankret i SAMBO regi.

Bemærkninger fra Sygehus Lillebælt:
Ingen kommentarer

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.: 16/12315
Dato: 18. maj 2016

Udarbejdet af: Katrine Dennak, Christina Ryborg & Anders Fournaise
E-mail: katrine.dennak@rsyd.dk
Telefon: 51709731

Resuméer af projektforslag til Satspuljen 2016-19 ”Styrket sammenhæng for de svageste ældre”

Lokale samordningsfora SHS
Projekt: (Ingen titel)
De fire Sønderjyske kommuner, Tønder, Aabenraa, Haderslev og Sønderborg har i samarbejde med Sygehus Sønderjylland og de praktiserende læger gennemført ACCESS projektet i perioden 2012-2015. ACCESS projektet afdækkede en række områder, som kræver yderligere undersøgelse, for at finde frem til robuste modeller for det fremtidige tværsektorielle samarbejde. Modellen skal sikre tidlig opsporing af sygdom samt hurtig og relevant diagnostik og intervention, således at hospitalsindlæggelse, hvis muligt, erstattes med et tilbud, der i højere grad imødekommer den svage ældre medicinske patients individuelle behov i borgerens nærmiljø.

Lokale samordningsfora SLB
Projekt: ”Intravenøs antibiotisk behandling af patienter i hjemmet efter en indlæggelse”.
Vejle, Kolding, Fredericia og Middelfart kommune og Sygehus Lillebælt har i samarbejde beskrevet projektet, som har til formål at undersøge potentialer og barrierer, når intravenøs antibiotisk behandling flyttes fra sygehus til det primære sundhedsvæsen. Formålet er ligeledes at give patienterne muligheden for at modtage en del af behandlingen i deres nærmiljø, vante omgivelser, øge patient/borger tilfredshed og reducere antallet af genindlæggelser efter IV-behandling med antibiotika.

Projekt: ”Hotline og udskrivelseskoordinatorer i FAM”
Fredericia, Middelfart, Kolding og Vejle kommune har i samarbejde med Akutafdelingen og Medicinsk Afdeling på Kolding og Fredericia sygehus udarbejdet projektforslaget, som har særligt fokus på at sikre sammenhængende behandlings- og plejeforløb for den akutte patient mellem Fælles Akut Modtagelse og kommunernes akutteam/hjemmepleje. Projektet har to ben:

1) Udskrivelseskoordinering, hvor sygeplejersker, ansat på sygehuset, med særlig viden om de samarbejdende kommuner og direkte adgang til deres hjemmesygepleje/akut teams/visitation skal øge kvaliteten i udskrivelsen med det formål at reducere antallet af genindlæggelser.
2) Hotline og medicinfokus, hvor der i regi af FAM etableres en ”hotline” telefon (dag og aften), som kommunernes hjemmesygeplejer og akut teams kan benytte ved behov for spørgsmål og rådgivning om videre behandling af udskrevne patienter. Hotlinen betjenes af en speciallæge med viden om den ældre medicinske patient.

Lokale samordningsfora OUH
Projekt: ”Patienten i fokus – på tværs af sektorer. Det Virtuelle Tværsektorielle Samarbejde (VTS)”
Endokrinologisk Afdeling M på OUH har gennemført pilotprojektet ”Det Virtuelle Ambulatorium” og ønsker at udbygge projektet til en model, der styrker kompetencerne på tværs af primær- og sekundærsektoren. Projektet har til formål at

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

Systemet tænkes i første omgang brugt i hjemmeplejen, hvor hjemmesygeplejen via sin smartphone eller tablet kan opkoble sig fra patientens hjem og søge råd og vejledning hos en læge eller sygeplejerske i det virtuelle ambulatorie, eksempelvis efter udskrivelse af en patient. Den

praktiserende læge vil også kunne afholde virtuelle møde og få sparring og vejledning fra speciallæger på sygehuset.

Projekt: ”GERI Kufferten – et værktøj til styrket sammenhæng for de svageste ældre”
I 2013-14 gennemførte OUH Svendborg og Svendborg kommune en undersøgelse, som viste at akut korttidsindlagte (<48t) ældre (+70), som i forvejen er kendt af hjemmesygeplejen, har et tydeligt stigende hjemmeplejeforbrug på 35 % fra tolv måneder før til dagen for akutindlæggelse. Ydermere er behovet for hjemmepleje uændret (41 %) seks måneder efter den akutte indlæggelse. På den baggrund er der med støtte fra Digitaliseringsstyrelsen iværksat et udviklings- og demonstrations projekt, som dels skal opbygge og teste en telemedicinsk ”Point of Care” løsning: GERI-kufferten, og dels teste overførsel af POC resultaterne til en tværsektoriel IT platform, der kan tilgås af såvel borger, egen læge, hjemmepleje og sygehus sektoren. GERI-kufferten skal anvendes af den kommunale hjemmesygepleje i borgerens hjem, med det formål at sikre tidlig opsporing og sammenhæng i vurdering og behandling af de svageste ældre, herunder forebygge akutte indlæggelser, samt kvalificere monitoreringen af svækkede ældre, der hurtigt udskrives fra FAM eller en anden sygehusafdeling. Odense Universitetshospital (OUH), og Svendborg, Faaborg-Midtfyn, Nordfyn og Kerteminde kommune ønsker at afprøve og få erfaring med forskellig organisatorisk forankring af GERI-kufferten.

Lokale samordningsfora SVS
Projektet ”Danmarks bedste overlevering – det gode forløb”
Esbjerg, Varde, Vejen, Fanø og Billund kommune har sammen med Sydvestjysk Sygehus udviklet et projektforslag, som har til formål at sikre tryghed, kontinuitet og faglig kvalitet i patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Dette ved at:

- etablere tværsektorielle koordinatorer, som skal sikre overgangene mellem indlæggelse og udskrivelse og omvendt
- muliggøre øget tværsektoriel sparring og monitorering af patientforløb i FAM, sengeafdelinger og med kommunerne omkring genoptræning, pleje og behandling under indlæggelse og efter udskrivelse
- screene patienters funktionsevne ved udskrivelse
- understøtte en god udskrivelse i samarbejde med patient og pårørende
- geriatrisk udredning i FAM med mulighed for kontakt til geriater under hele forløbet samt i op til 72 timer efter udskrivelse.

Projektet skal ses som en videreudvikling og konkret udmøntning af dele af SAM:BO aftalen.

KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner

– sammen om borgernes sundhedsvæsen 2025

INDLEDNING

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

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

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

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

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

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

BORGERENS MØDE MED DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

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

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

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

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

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

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

HVAD BETYDER DET KONKRET?

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

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

FORBEDRET SUNDHED FOR ALLE SYDDANSKERE

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

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

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

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

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

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

BØRN OG UNGES LIVSSTIL

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

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

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

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

"Igennem et aktivt samarbejde om sundhed og forebyggelse er antallet af syddanske børn og unge[1], som lever uhensigtsmæssigt i forhold til KRAM[2] faktorerne og i forhold til mental sundhed, reduceret med 50 pct. i 2025"

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

[1] Defineret som børn og unge mellem 0 og 29 år.
[2] KRAM faktorerne: Kost, rygning, alkohol, motion.

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

BORGERE I RISIKO FOR ELLER MED PSYKISKE LIDELSER

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

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

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

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

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

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

BORGERE I RISIKO FOR ELLER MED KRONISK SYGDOM

I 2015 levede hver femte voksne dansker med en af de mest udbredte kroniske sygdomme[3], og ca. 15 pct. af dem lever med to eller flere kroniske sygdomme og betegnes derved som multisyge kronikere. Mennesker med kronisk sygdom er i meget forskellig grad belastet af deres sygdom. Fælles for mange er dog, at de på grund af deres sygdom lever med nedsat livskvalitet og risiko for forværring af deres sundhedstilstand generelt. Det betyder også, at risiko for at være på kanten af eller uden for arbejdsmarkedet er forhøjet blandt kronikere. En særligt sårbar gruppe er multisyge ældre, som er i risiko for en væsentlig forringet livskvalitet og som i stigende grad belaster sundhedsvæsenets ressourcer.

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

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

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

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

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

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

VIRKEMIDLER OG UDVIKLINGSRETNING

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

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

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

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

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

- **Borgeren som ansvarlig og ligeværdig aktør.** Ændring af den rolle borgere spiller i egen forebyggelse, behandlings-, trænings- og rehabiliteringsforløb har store potentialer både i forhold til at forbedre effekten for den enkelte, sundhedsvæsenets resultater og udvikling af mere omkostningseffektive løsninger. Vi skal videreudvikle samspillet med borgeren med særligt fokus på, at borgeren bliver mødt på samme måde på tværs af sektorer og på tværs af faggrupper. Og vi skal bruge borgernes oplevelser som en ressource til at identificere, hvor systemet ikke hænger sammen. Det vil kræve dialog med vores samarbejdspartnere på sundhedsområdet og i nogle kommuner kræve en opkvalificering i forhold til sundhedsfaglig indsigt blandt personale på eksempelvis beskæftigelsesområdet.

- **Styrkelse af tidlig opsporing og nytænkning af forebyggelsesindsatser.** Der skal sættes fokus på den tidlige opsporing af sundhedsmæssig risikoadfærd, og på at sundhed i højere grad indarbejdes i andre sammenhænge end de traditionelle sundhedsfaglige områder, i særlig grad som en del af børn og unges læring samt i den arbejdsmarkedsrettede indsats. Sundheds- og forebyggelsesindsatser skal skabes i samspil med borgerne og være en naturlig del af borgernes hverdag der, hvor borgerne er.

- **Effektfulde helheder og øget viden om de indsatser, vi anvender.** Effektfulde helheder på tværs af forvaltninger og sektorer udgør en af nøglerne til at lykkes med vores ambitiøse mål. Vi vil i samarbejde på tværs af kommuner, og gerne på tværs af sektorer, udvikle fælles værktøjer, som kan sikre, at vi arbejder og måler ensartet på effekten af vores indsatser. Samtidig med at vi opbygger bedre viden, vil vi også være bedre til at sætte den viden, vi trods alt har, i spil. Vi forpligter os dermed i fællesskab til at hæve vidensniveauet for sundhedsindsatserne, der anvendes i Syddanmark og sikre et højt fagligt niveau på tværs af kommunerne.

- **Nye roller og ansvarsfordeling mellem sektorer.** Der er behov for at komme videre i dialogen om at finde den rette balance for, hvilke tilbud der bedst gives i hjemmet, hvilke tilbud der skal være i borgerens nærmiljø, og hvilke behandlingsformer der kræver, at borgeren møder op på sygehuset. Vi vil som kommuner forpligte os til at gå proaktivt ind i dialogen om placering af opgaver ud fra borgerens synsvinkel. Det kræver en åben dialog og et tæt, tillidsfuldt og forpligtende tværsektorielt samarbejde i regionen. Vi vil herunder arbejde for et mere forpligtende samarbejde med almen praksis i forhold til de borgernære sundhedsopgaver. Hvis målene om et forbedret tværsektorielt samspil skal nås til fulde, kræver det dog, at der også nationalt kommer nærmere afklaring af opgavefordelingen, så det sikres, at økonomien hænger sammen med, hvem der løser hvilke opgaver.

- **Øget samarbejde på tværs af kommuner.** Borgeren vil ofte ønske et sundhedstilbud tæt på egen bopæl. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at alle kommuner behøver at have samme tilbud. Der skal være åbenhed for at indgå i tættere samarbejde på tværs af kommuner ud fra en borgervinkel om, hvordan opgaverne bedst løftes. Der kan for eksempel samarbejdes om kvalitetsudvikling og velfærdsteknologiske løsninger på tværs af kommunerne. Opgaverne kan løses forskelligt, men vi forpligter os til, at alle borgere – uanset hvor de bor – får sundhedsindsatser af høj faglig kvalitet.

- **Sammenhængende borgerforløb.** Borgerne skal føle sig trygge og i princippet ikke mærke, når fx et behandlingsforløb skifter fra sygehus til kommune. Vi vil igennem et tæt samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet arbejde på, at borgerne oplever mere sammenhængende, effektive og fleksible forløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker, ressourcer og behov.

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

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

KKR Syddanmarks vision for sundhedsvæsenet i 2025

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

KKR Syddanmarks mål for sundhedsvæsenet i 2025

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

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

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

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

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

Virkemidler for at lykkes med den fælles vision

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

Standardbrev

Ved henvendelse fra sygehus ved udskrivning af borger, hvor behandleransvaret forsat er hos sygehuset.

Dato: xx.xx.2016

Fra

Xx Kommune

Kommunevej xx

9999 Kommunekøbing

Til:

Xx Sygehus.

Sygehusvej 123

9999 Sygehuskøbing

Afd.:

I forbindelse med udskrivning af borger Jens Jensen, CPR xx.xx.xx-9999.

Vi oplyser, at vi i forbindelse med udskrivning af overnævnte borger gerne vil tilbyde sygeplejefaglig bistand i det vi forudsætter, at der sker betaling for løn og materialer i forbindelse hermed. I modsat fald må sygehuset henvise borgeren til ambulant behandling i regionalt regi.

Venlig hilsen

Xx Kommune

Arbejdsgrupper nedsat i regi af Sundhedsaftalen 2015-18

Senest opdateret: 8. juni 2016

Følgegruppen for Behandling og Pleje

- Michael Skriver Hansen, Sønderborg Kommune (formand)
- Birthe Mette Pedersen, Region Syddanmark (formand)
- Gitte Laursen, Nordfyns Kommune
- Charlotte Rosenkrantz Josefsen, Region Syddanmark
- Henriette Moos Prokopek, Sønderborg Kommune (sekretær)
- Christine Lund Monne, Region Syddanmark (sekretær)

Arbejdsgruppe vedr. casekatalog for behandlingsredskaber og hjælpemidler

- Hanne Finsen, Nyborg kommune
- Rigmor Kathrine Jensen, Varde Kommune
- Bettina Schmidt Fischer, Kolding Kommune
- Susanne Skade, Aabenraa Kommune
- Jette Wensien, Region Syddanmark
- Marianne Thomsen, Region Syddanmark
- Joan Granerud, Region Syddanmark
- Kirsten Jones, Region Syddanmark
- Pernille Thomsen, Region Syddanmark
- Arne Vesth Pedersen, Region Syddanmark

Tværsektoriel arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i Region Syddanmark

- Anders Meinert Pedersen, Region Syddanmark
- John Zachariassen, Tønder Kommune
- Irmgard Birkegaard, Kerteminde Kommune
- Jane Ørkeby Gregersen, Odense Kommune
- Margit Thomsen, Varde Kommune
- Birte Schelde, Vejle Kommune
- Lene Wermuth, Demensklinik Fyn
- Søren Jakobsen, Svendborg Kommune
- Harald Floer, Sygehus Sønderjylland
- Krzysztof Mateusz Siwiec, Region Syddanmark
- Jan Nielsen, praktiserende læge og praksiskoordinator, Region Syddanmark
- Else Kargo Hvid, Alzheimerforeningen Trekantsområdet
- Sisse Øhrberg Thrane, Tønder Kommune
- Annette Vestergaard Weng, Region Syddanmark

Underarbejdsgruppe til undersøgelse af underrepræsentation af etniske minoriteter på demensområdet

- Dorthe Nielsen, Indvandremedicinsk Klinik
- Annette Lolk, Demensenhed OUH
- Agnethe Bak, Almen praksis (f.eks. som praksiskonsulent)
- Jenny Havn, Odense Kommune
- Else Kargo Hvid, Alzheimer foreningen
- Azra Hasanbegovic, Sundhedsplanlægning (sekretariatsbetjener)

Arbejdsgruppe for hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.

- Brita Langvad, Haderslev Kommune
- Dagny Tøstersen, Billund Kommune
- Pernille Thomsen, Fåborg-Midtfyn Kommune
- Jette Wensien, Region Syddanmark
- Tove Larsen, Region Syddanmark
- Dorte Dræby Ladegaard, Region Syddanmark
- Linette Krell, Region Syddanmark
- Susanne Heinrich, Region Syddanmark
- Linda Kromann, Region Syddanmark
- Christine Lund Momme, Region Syddanmark
- Susanne Pedersen, Region Syddanmark
- Anne Nygaard Hansen, Vejen Kommune
- Bente Veller, Region Syddanmark
- Karin Agger, Vejle Kommune

Arbejdsgruppe vedr. understøttelse af FMK i alle sektorer.

- Lisbeth Windeballe, Kerteminde Kommune
- Rikke Larsen, Esbjerg Kommune
- Bjarke Thyregod Petersen, Region Syddanmark
- Christian Rosendal, PLO Syd
- Michael Bobak, Langeskov Apotek
- Lenike Gilhøj Vemmelund, Region Syddanmark
- Christina Ryborg, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
- Bente Overgaard Larsen, Region Syddanmark

Arbejdsgruppe, der skal udarbejde ny permanent samarbejdsaftale vedr. respirationsinsufficiens

- Lasse Grue, Odense Kommune
- Birthe Mette Pedersen, Region Syddanmark
- Jan Funder, Region Syddanmark
- Esben Fuglsig, Region Syddanmark
- Torben Krone, Odense Kommune
- Christine Lund Monne (sekretær)
- Dorte Sylvestersen, Region Syddanmark
- Niels Grimstrup, Region Syddanmark
- Ole Granlie, Region Syddanmark
- Cæcilie Lumby, Odense Kommune (sekretær)
- Gitte Makne, Fredericia Kommune
- Mette Ruben, Esbjerg Kommune
- Bente Mortensen, Vejle Kommune
- Dennis Nielsen, Sønderborg Kommune

Arbejdsgruppe vedr. videreudvikling af SAM:BO

- Birthe Mette Pedersen, Region Syddanmark (Regional medformand)
- Inger-Marie Hansen, Faaborg-Midtfyn Kommune (kommunal medformand)
- Susanne Skade, Aabenraa kommune
- Mette Petersen Christensen, Sønderborg kommune
- Signe Vestergaard Duedal, Region Syddanmark
- Troels Hjortebjerg Pedersen, Region Syddanmark
- Ann Kristin Granli, Sønderborg kommune
- Pernille Thomsen, Faaborg-Midtfyn kommune
- Susanne Heinrich, Region Syddanmark
- Linette Krell, Region Syddanmark
- Hanne Gustafsson, Region Syddanmark
- Dorthe Brænder Liliendal, Faaborg-Midtfyn kommune (kommunal medsekretær)

- Christine Lund Momme, Region Syddanmark, (regional medsekretær)

Hurtigt arbejdende arbejdsgruppe vedr. samarbejdsaftalen for det psykiatriske område

- Birthe Navntoft, Region Syddanmark
- Christine Lund Momme, Region Syddanmark
- Henriette Prokopek, Sønderborg Kommune

Følgegruppen for Forebyggelse

- Lis Huge, Middelfart Kommune (formand)
- Helle Adolphsen, Region Syddanmark (formand)
- Birthe Navntoft, Region Syddanmark
- Karen Skønager, Tønder Kommune
- Line Brinch Christensen, Middelfart Kommune (sekretær)
- Birgitte Lund Møller, Region Syddanmark(sekretær)

Arbejdsgruppe for infektionshygiejnisk rådgivning.

- Anna Høimark, Esbjerg Kommune
- Birgitte Sachmann, Fredericia Kommune
- Charlotte Frost Larsen, Tønder Kommune
- Steffen Strøbæk, Region Syddanmark
- Helle Vibeke Andersen, Region Syddanmark
- Kirsten Ditmer, Region Syddanmark
- Susanne Bergholdt Buhl, Odense Kommune
- Julie Stenvang, Odense Kommune (sekretær)

Arbejdsgruppe vedr. kortlægning af mental sundhed

- Flemming Lassen, Nordfyns Kommune
- Anette Andersen Krogh, Sønderborg Kommune
- Mai Sønderby, Varde Kommune
- Lone Hede Bisgaard Kristensen, Kolding Kommune
- Anja Trudslev, Odense Kommune
- Lene Schramm Petersen, Vejen Kommune
- Rupatharany Tharmakulasingam, Tønder Kommune
- Anne Vagner Moesgaard, Region Syddanmark
- Peter Lund Kristensen, Region Syddanmark
- Susanne Vangsgaard, Region Syddanmark

Arbejdsgruppe vedr. drift af sundhedsprofilundersøgelsen

- Flemming Lassen, Nordfyns Kommune
- Anette Andersen Krogh, Sønderborg Kommune
- Mai Sønderby, Varde Kommune
- Lone Hede Bisgaard Kristensen, Kolding Kommune
- Anja Trudslev, Odense Kommune
- Lene Schramm Petersen, Vejen Kommune
- Rupatharany Tharmakulasingam, Tønder Kommune
- Anne Vagner Moesgaard, Region Syddanmark
- Peter Lund Kristensen, Region Syddanmark
- Susanne Vangsgaard, Region Syddanmark

Arbejdsgruppen vedr. konference Ulighed i Sundhed som led i implementering af strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse

Monitorering af strategi for forebyggelse af livsstilsygdomme hos mennesker med sindslidelser

- Marit Nielsen-Mann, Vejle Kommune
- Dorthe Høj Nielsen, Region Syddanmark
- Peter Lund Kristensen, Region Syddanmark
- Anne Vagner Moesgaard, Region Syddanmark
- Repræsentant fra somatikken

Styregruppen og projektgruppen vedr. livsstilsguider i praksis

Styregruppen:

- Birthe Navntoft, Region Syddanmark
- Anette Pedersen, Region Syddanmark
- Marit Nielsen-Man, Vejle Kommune
- Ingrid Willaing, Steno Diabetes Center
- Karen Margrete Nielsen, Depressionsforeningen
- Birgitte Lund Møller, Region Syddanmark
- Dorthe Høj Nielsen, Region Syddanmark

Projektgruppen

- Dorthe Høj Nielsen, Region Syddanmark
- Birgitte Lund Møller, Region Syddanmark
- Regitze Anne Suarbrey Pals, Steno Diabetes Center
- Nana Folmann Hempler, Steno Diabetes Center
- Mathilde Kihl Kellermann, Nyborg
- Lisbeth Rotwitt, Aabenraa Kommune
- Irene Ravn Rossavik, Esbjerg Kommune
- Lene Schmidt Christiansen, Region Syddanmark
- Dorthe Mundbjerg, Region Syddanmark
- Anne Holm Nyland, Landsforeningen SIND
- Gitte Schrøder, Vejle Kommune
- Kirsten Hansen, Bedre Psykiatri og Psykiatrisk Dialogforum i Region Syddanmark

Arbejdsgruppe for udvikling af aftale om nye rammer for samarbejdet om mennesker med en kronisk sygdom

- Birthe Mette Petersen, Region Syddanmark
- Ulrik Skyum Christensen, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Jan Erik Henriksen, Region Syddanmark
- Asger Krogager Kjellerup, Region Syddanmark
- Anne-Mette Rotwitt, praktiserende læge
- Susanen Krysiak, Lægeforeningen
- Anette Frahm, Billund Kommune
- Karen Vibeke Andersen, Nyborg Kommune
- Kurt Æbelø, Region Syddanmark
- Anette Filtenborg, Varde Kommune

Arbejdsgruppe vedr. implementering af den kliniske retningslinje vedr. knæartrose

Ikke nedsat endnu

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

- Sten Dokkedal, Faaborg-Midtfyn Kommune (formand)
- Susanne Lauth, Region Syddanmark (formand)
- Jan Lindegaard, Odense Kommune
- Ole Ryttov, Region Syddanmark

- Ulrik Skyum Christensen, Faaborg-Midtfyn Kommune (sekretær)
- Arne Vest Pedersen, Region Syddanmark (sekretær)

Arbejdsgruppe for implementering af G-GOP.

- Merete Nielsen, Sønderborg Kommune
- Dagny Tøstersen, Billund Kommune
- Karin Agger, Vejle Kommune
- Sven Rode, Tønder Kommune
- Susanne Pedersen, Syddansk Sundhedsinnovation
- Lene Kjellstrøm, Odense Kommune
- Stefan Termansen, Region Syddanmark
- Berit Tange, Region Syddanmark
- Bodil Faurskov, Region Syddanmark
- Torben Kjær, Region Syddanmark
- Linette Krell, Region Syddanmark
- Susanne Pedersen, Region Syddanmark
- Linda Justi, Region Syddanmark
- Arne Vesth Pedersen, Region Syddanmark

Implementeringsgruppe til forløbsprogrammer for rehabilitering og palliation på kræftområdet

- Birthe Mette Pedersen, Region Syddanmark
- Kathrine Biltoft Hansen, Varde Kommune
- Arne Vest Pedersen, Region Syddanmark
- Michael Metzsch, Aabenraa Kommune
- Bjarne Thyssen, Odense Kommune
- Rikke Bagge Skou, Region Syddanmark
- Alice Skaarup Jepsen, Region Syddanmark
- Svend Holm Henriksen, Region Syddanmark
- Merete Bech Poulsen, Region Syddanmark
- Jytte Møller, Praktiserende læge
- Susanne Juul, Kræftens Bekæmpelse,

Stående arbejdsgruppe til understøttelse af følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

- Asger Kudahl, Odense Kommune
- Helle Mousing, Kolding Kommune
- Lone Lander Stie, psykiatrien i Region Syddanmark
- Marianne Gjerstrup Thomsen, Region Syddanmark
- Anne Lise Zilmer, Region Syddanmark
- Niels Espensen, Region Syddanmark
- Arne Vest Pedersen, Region Syddanmark
- Ulrik Skyrum Christensen, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Thomas Rosen, Region Syddanmark (inddrages ad hoc)

Ekspertgruppe til genoptræningsplaner for psykiatriske patienter

- Cammille Larsson, Svendborg Kommune
- Anne Mette Dalgaard, Tønder Kommune
- Inga Hedegaard,
- Bodil Faurschou, Region Syddanmark
- Lone Katballe, Region Syddanmark
- Lone Lander Stie, Region Syddanmark
- Arne Vest Pedersen, Region Syddanmark
- Ulrik Skyum Christensen, Faaborg-Midtfyn Kommune

Implementeringsgruppe til samarbejdsaftale for borgere med psykiatrisk lidelse og samtidig stof- eller

alkoholmisbrug

- Kirsten Hansen, Bedre Psykiatri
- Torbjørn Halvorsen, SIND
- Mireille Lacroix, PLO
- Tommy Neesgaard, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Vibeke Kyhl Haugaard, Aabenraa Kommune
- Inge Birkemose, Region Syddanmark
- Gert Muntzberg, Svendborg Kommune
- Gitte Fisker, Kolding Kommune
- Jens Kjer Nielsen, Esbjerg Kommune
- Hanne Svenningsen, Region Syddanmark
- Birgitte Rosenberg, Region Syddanmark
- Ole Ryttov, Region Syddanmark
- Klaus Muller-Nielsen, Region Syddanmark
- Tommy Arnløv Jørgensen, Region Syddanmark
- Britt Krull, Region Syddanmark
- Annette Vestergaard Weng, Region Syddanmark
- Daniella Andersen Wellejus, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Tove Tørnes, Fælleskommunalt Socialsekretariat

Arbejdsgruppe for samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

- Ole Ryttov, Region Syddanmark
- Ane Møller Berring, Odense Kommune
- Bjarne Thyssen, Odense Kommune
- Mette Strunge Dubert, Svendborg Kommune
- Niels Ravn, Haderslev Kommune
- Pia Maria Nielsen, Varde Kommune
- Agnethe Bak Jensen, praksiskonsulent
- Marianne Lauritzen, leder af CETT
- Anna Marie Erbs, leder af RCT-Jylland
- Elsebeth Stenager, Region Syddanmark
- Morten Sodemann, Region Syddanmark
- Berit Matzen, Region Syddanmark
- Birthe Navntoft, Region Syddanmark

Følgegruppen for Opgaveoverdragelse

- Jan Lindegaard, Odense Kommune (formand)
- Judith Mølgaard, Region Syddanmark (formand)
- Anette Toftegaard, Haderslev Kommune
- Kurt Æbelø, Region Syddanmark
- Ditte Churruca, PLO
- Cæcilie Lumby, Odense Kommune (sekretær)
- Anders Fournaise, Sundhedssamarbejde og kvalitet (sekretær)

Arbejdsgruppen for afdækning af IV-behandlings potentiale for opgaveoverdragelse

- Kirsten Damgaard Bisgaard, Region Syddanmark
- Niels Dieter Röck, Region Syddanmark
- Joan Granerud, Region Syddanmark
- Helene Schaldemose Billeschou, Region Syddanmark
- Lene Annette Norborg, Odense Kommune
- Karin Østergaard Christensen, Vejle Kommune
- Michael Aundal, Aabenraa Kommune
- Ditte Churruca, PLO Syddanmark

Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin

- Irene Ravn Rossavik, Esbjerg Kommune (formand)

- Inge Bendixen, Region Syddanmark (formand)
- Lone Christensen, Kolding Kommune
- Claus Færch, Region Syddanmark
- Britt Kronbøge, Esbjerg Kommune (sekretær)
- Svend Holm Henriksen, Region Syddanmark (sekretær)

Programstyregruppe for udbredelsen af hjemmemonitorering af KOL
Ikke nedsat endnu

Følgegruppen for Effekt, Økonomi og Kvalitet

- Michael Maaløe, Vejen Kommune (formand)
- Charlotte Rosenkrantz Josefsen, Psykiatrien (formand)
- Allan Vittrup Pedersen, Odense Kommune
- Jan Funder, Region Syddanmark
- Morten Jessen-Hansen, Aabenraa Kommune (sekretær)
- Annette Vestergaard Weng, Region Syddanmark (sekretær)