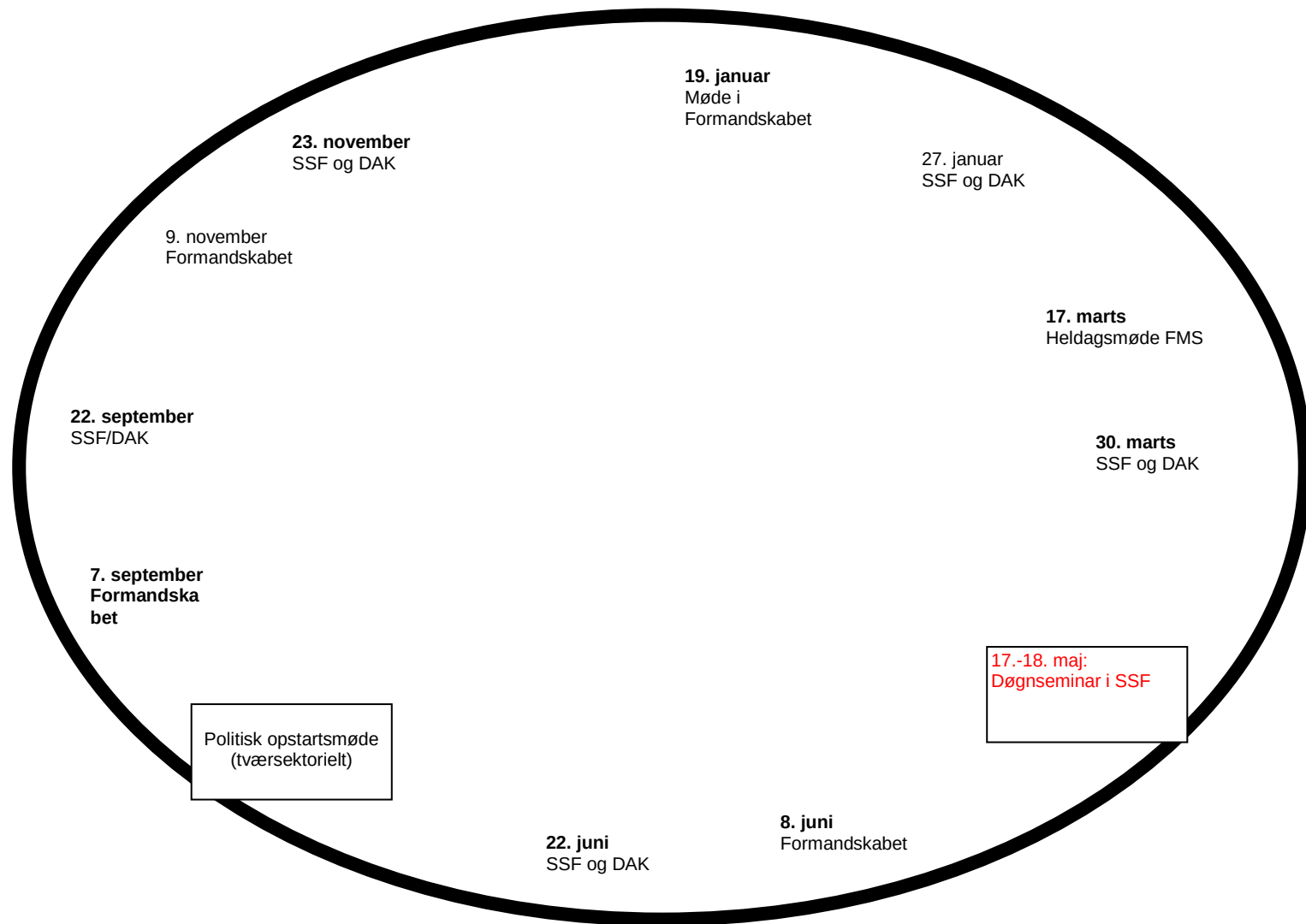


Årshjul for 2017



Mødeplan for 2017

Møder i Formandskabet	Møder i SSF og DAK	Temaer/punkter SSF	Temaer/punkter DAK
19. januar	27. januar		
17. marts	30. marts	De nye retningslinjer for akutfunktioner Planlægning af strategisk døgnsseminar Drøftelse af visionen for den nye sundhedsaftale Opfølgning på kommunernes behandling af visionspapiret	Drøftelse af sundhedspolitiske udfordringer
	17.-18. maj (SSF)	Evt. drøftelse af det nationale udspil til det nære sundhedsvæsen Evt. drøftelse af samarbejde vedr. de nye retningslinjer for akutfunktioner Drøftelser forud for det politiske opstartsmøde Strategiske drøftelser på udvalgte emner	
8. juni	22. juni	Opfølgning på døgnsseminaret Opfølgning på politisk opstartsmøde	
7. september	22. september		Opfølgning på det politiske opstartsmøde
9. november	23. november (evt. udvidet DAK-møde)		Proces for den administrative del af sundhedsaftalen igangsættes



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

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

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

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

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

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen d. 10. august 2016 og behandlet af Følgegruppen for Opgaveoverdragelse d. 22/12 2016.

Opdrag:

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har anmodet alle kommuner, sygehusenheder (både somatik og psykiatri) og PLO-Syd om at bidrage til et overblik over hvilke opgaver, som vurderes at have potentiale for overdragelse. Overblikkets formål har været, at identificere hvilke opgaver som både primær- og sekundærsektoren vurderer af særlige relevans eller med potentiale for overdragelse.

Størstedelen af de parter, der har svaret har vurderet, at IV-behandling med antibiotika har et særligt potentiale for opgaveoverdragelse, hvorfor Følgegruppen for opgaveoverdragelse (DAK) har udvalgt opgaven til nærmere gennemgang med det formål at kvalificere modellen igennem hypotetisk overdragelse.

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

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

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for afdækning af IV-behandling med antibiotikas potentiale for opgaveoverdragelse

Lene Anette Norberg, Socialoverlæge, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejersker, Fredericia Kommune
Helene Schaldemose, AC-fulmægtig, Sydvestjysk Sygehus
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Cæcilie Lumby (medsekretær), Konsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE**Titel for opgaveoverdragelse**

IV-behandling med antibiotika i eget hjem.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter mulighed for at færdiggøre behandling med IV-antibiotika i eget hjem.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Behandling med IV-antibiotika foregår i dag primært på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter går hjem mellem behandlinger og går hjem, nogle timer, mellem hver infusion. Andre modtager IV-antibiotika ambulant, hvor de møder ind 2 -4 gange i døgnet til planlagt infusion. Der er også enkelte kommuner, som indgår aftale om konkret delegation, hvilket muliggør at patienter kan færdiggøre behandlingen i eget hjem. I de tilfælde, hvor opgaven løses i eget hjem, er det en forudsætning, at patienterne startes op og modtager mindst to IV-behandlinger på sygehuset inden de sendes hjem.

Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen, om end den udføres på sygehuset eller under delegation i eget hjem.

Når lægen har ordineret behandling med IV-antibiotika, har sygeplejersken typisk til opgave at håndtere medicinbehandlingen. Flertallet af præparater fås i lukkede systemer, der blandes på sengestuen. De resterende præparater blandes under udsugning i et medicinrum. Efter blanding af medicinen, afspritning mv. jf. instruks, påbegyndes antibiotikabehandlingen. Efter endt behandling sættes prop på, og venflon gennemskyllles.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige infektionsmedicinske problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold i aflastningspladser.

Eksempler på patientforløb:

- Pseudomonas infektioner
- Erysipelas infektioner
- UVI infektioner (særligt borgere fra plejehjem, evt. demente)
- Abces behandling (lunge)
- Endocardit patienter
- Ostit patienter

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

For at kunne færdiggøre IV-behandling i eget hjem, skal patienten være stabil og vurderet lægefagligt egnet. Borgerens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og hjemmesygeplejen.

Inklusion og eksklusionskriterier

Det er et krav, at de antibiotiske præparater, som skal anvendes til IV- behandling i eget hjem, kan blandes i lukkede systemer. Præparater, der ikke kan det, ekskluderes.

Patienter skal startes op i behandlingen på syghuset og have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse.

Mulige udfordringer vedr. målgruppen

Det kan være en udfordring for nogle kommuner, hvis behandlingen med IV-antibiotika skal gives 4xdgl. Det vil kræve døgnbemanding med sygeplejersker, som kan give infusionen. Samtidig er det ikke hensigtsmæssigt at begrænse behandlingen til de patienter, som modtager behandlingen ≤3xdgl., da det kan medføre negative konsekvenser, i forhold til at sikre patienter den mest optimale behandling. Problemstillingen bør drøftes administrativ/politisk i forbindelse med indgåelse af en samarbejdsaftale.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Sundhedsstyrelsen har i 2014 udgivet anbefalinger for "[kvalitet i kommunale akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje](#)". Anbefalingerne beskriver IV-behandling som en indsats, der udgør en særlig patientsikkerhedsmæssig risiko, og der skal derfor være særlig opmærksomhed på organiseringen af samarbejdet herom.

IV-behandling med antibiotika er ikke en rutineopgave i den kommunale hjemmesygepleje, men kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer. Sundhedsstyrelsen påpeger, at der skal udarbejdes instrukser for, hvordan patienten skal modtages, og behandlingen videreføres i eget hjem. Sundhedsstyrelsen anbefaler, på grund af risikoen for allergiske reaktioner, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, samt at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge. Sundhedsstyrelsen har ligeledes udgivet en "[vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin](#)".

Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen primo 2017 udgiver kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som ventes at indeholde krav om kvalitetsstandarder for IV-behandling antibiotika.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har tidligere afdækket erfaringer med IV-behandling med antibiotika i egen og øvrige regioner og kommuner. Nedenstående er et resume heraf.

Region Midt

IV opgaveoverdragelse mellem Regionshospitalet Viborg og kommunerne i Viborg klanen. En projektperiode der løb fra 1.3.11-15.8.13. Det blev involveret knap 360 patienter, med mange besøg/forløb i et.

Konkret IV behandling

IV isotoniske væsker i hjemmet eller på en akut/midlertidig plads i kommunen

IV antibiotika x gange dagligt i x antal dage i hjemmet eller på akut/midlertidige pladser

Målgruppen

Dehydrerede patienter/borgere

Patienter med infektion

Efter 6 måneder blev målgruppen udvidet til at inkludere alle infektionspatienter.

Konsekvenser for hospitalet

Sygehuset har fortsat udgiften til medicin, selvom patienten er udskrevet, for at patienten ikke skal få unødige udgifter ift. at forblive indlagt. Medmindre behandlingen startes op af egen læge.

Da målgruppen blev udvidet, var det sygehuset, der stod for oplæring/undervisning inde for specialet.

Konsekvenser for kommunen

I Viborg Kommune var der et akutteam med 9 sygeplejersker (mange kom fra en stilling på sygehuset), der i første omgang varetog opgaven. Forventningen var/er, at opgaven med tiden skulle overgå til hjemmesygeplejerskerne efter endt oplæring.

Skive Kommune kom senere med i projektet. 1.10.13 blev der oprettet 3 akutpladser i kommunen, blandt andet for at støtte op om projektet.

Det er væsentligt dyrere for kommunerne at indkøbe sygeplejeartikler, der anvendes til IV behandling. Begge kommuner kan ud fra deres plejesystemer konstatere, at det er meget lidt ekstra tid, der er bevilliget til pleje af de patienter, der har fået IV i hjemmet.

Konsekvenser for borgeren

Udskrev sygehuset patienten til fortsat behandling i eget hjem, blev der givet medicin med borgeren hjem uden ekstra udgifter. Er det egen læge der sætter behandlingen i gang, skal borgeren selv betale for medicinen.

Ingen borgere har været involveret i en utilsigtet hændelse.

Forudsætning for succes

Kompetenceudvikling af personalet, der skal varetage opgaven, i kommunen.

Kompetencerne skal erhverves INDEN opgaven overdrages.

God relation, tæt kontakt og fleksible kommunikationsveje mellem sygehusafdelingen og kommunen.

Klar ansvarsfordeling

En tryghed for sygehuset, når de kunne udskrive patienten til et akutteam i kommunen (Viborg havde i starten opgaven placeret i et akutteam bestående af 9 sygeplejersker).

God og tydelig kommunikation til alle involverede afdelinger/enheder INDEN overdragelse.

Medarbejdernes vilje og tro på projektet.

Økonomi

Kommunerne sparer ikke penge ved at afkorte indlæggelsen.

Sygehuset har sparet sengedage.
Stort spænd i kommunernes samlede forbrug.

Erfaringer fra projektet

Prøvehandling er en god innovativ tankegang, der styrker modet til at prøve noget nyt.

Region Syddanmark

Kvalitetsforbedringsprojekt mellem Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune. IV antibiotikabehandling i hjemmet.

Målgruppen

Stabile og kognitivt velfungerende patienter, som ud fra lægefaglig vurdering ikke har brug for observation i forbindelse med behandlingen.

Patienter over 12 år

Vist sig at være meget syge og ofte kronisk syge og terminale patienter, der indgik i projektet.

Der blev i projektperioden ordineret IV antibiotikabehandling 30 gange (25 cpr. Numre)

Økonomi

SVS finansierer udgifterne til IV-behandlingen

Varde Kommune finansierer udgifterne til sygeplejerskerne i Akutfunktionen, primært løn- og transportudgifter

Forudsætninger for succes

Kompetente sygeplejersker i en akutfunktion

Dialogen og respekten for hinandens opgaver er afgørende for at fastholde det gode samarbejde

Det tværfaglige fokus og den organisatoriske kvalitet er afgørende for succes.

Klare arbejdsgange

Erfaringer fra projektet

Alle er enige om, at behandlingen bør foregå i hjemmet i stedet for på sygehuset.

Alle har følt sig velinformeret

Remedierne fra sygehuset skal gives i lukkede systemer

Håndtering af affald

På forhånd skal det aftales, hvordan nye præparater kan tilføjes

Samarbejde mellem Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland

Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland har indgået aftale om, at Sønderborg kommunes hjemmesygepleje kan varetage IV-behandling i borgernes eget hjem. I en 17 måneders periode, fra januar 2015 – marts 2016, har kommunens hjemmesygepleje i gennemsnit haft 30 borgere i behandling i eget hjem per måned. Borgerne har i gennemsnit modtaget 16 behandlinger, hvilket svarer til en behandlingsvarighed på 4-5 dage afhængig af om borgeren har modtaget infusionen tre eller fire gange om dagen.

Region Sjælland

Regionen har ikke decideret viden vedr. IV-behandling i eget hjem. Roskilde og Greve Kommune har dog indgået i et tværsektorielt projekt om akutpladser. Projektet indeholdt bl.a. delegation ift. IV-behandling. Greve Kommune udgik undervejs i projektet. Projektet er afsluttet, og akutpladserne i Roskilde Kommune er ændret til tryghedspladser, der blandt andet har til formål at forebygge indlæggelser. Erfaringer fra projektet kan ikke overføres, da formålet med projektet har været at udforme akutpladser i kommunen og ikke på overdragelse af IV-behandling som opgave.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende venflon (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse med det ordinerede antibiotika til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling. Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt omkring udskrivelsen med intravenøst antibiotika behandling
- At anvende SAM:BO aftalen ved udskrivelse
- At ordinere og dokumentere IV-antibiotika behandling i FMK
- At medsende oplysninger på behandlende afdeling
- At medsende alle relevante remedier, der skal bruges til at udføre behandlingen
- At medsende eller henvise til, hvilke instrukser der skal anvendes for indgift
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at varetage den intravenøse antibiotika behandling i borgerens eget hjem eller på en kommunal klinik. Ud fra den udarbejdede behandlingsplan samt en kommunal instruks for håndtering af intravenøs antibiotikabehandling har den kommunale sygeplejerske til opgave at give patienten den intravenøse antibiotikabehandling.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at følge op på opgaveoverdragelsen.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Nej, der er ikke forbud mod delegation af IV-behandling med antibiotika. Lovgrundlaget er nærmere præciseret nedenfor.

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

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

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

Behandling med receptpligtige lægemidler, herunder antibiotika, er jf. autorisationslovens § 74 stk. 2. forbeholdt lægefaglig virksomhed. En sundhedsperson kan dog, efter autorisationslovens § 17, anvende medhjælp, som, under delegation, kan udføre behandlingsopgaver forbeholdt andre professioner. Der er i lovgivningen ikke forbud mod delegation af IV-behandling med antibiotika, og en hjemmesygeplejerske vil dermed, under sygehuslægens delegation, kunne udføre opgaven i patientens eget hjem.

Af § 3 BEK nr. 1219 af 11. december 2009 fremgår det, at den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til, og har modtaget instruks i, at udføre opgaven. Der er i

lovgivningen ikke et krav om at delegation, af en forbeholdt virksomhed, skal delegeres til en anden autoriseret sundhedsprofessionel. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at lægeordnede behandlingsopgaver, som IV-behandling med antibiotika, ved delegering til hjemmesygeplejen, udføres af autoriserede sundhedspersoner. Af ovenstående bekendtgørelse fremgår det endvidere, af § 3 stk. 2, at den autoriserede sundhedsperson i fornødent omfang skal føre tilsyn med medhjælperens udførelse af virksomheden. I forbindelse med rammedelegation af IV-behandling med antibiotika til den kommunale hjemmesygepleje, vil det ansvar påhvile ledelsen på sygehuset og i den kommunale hjemmesygepleje (ultimativt regionsrådet og kommunalbestyrelsen), som også er forpligtigede til at sikre, at der foreligger en instruks for fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af den delegerede virksomhed, og at medhjælperen er instrueret og oplært heri, jf. § 4 BEK nr. 1219 af 11. december 2009. Ledelsen i hjemmesygeplejen har det overordnede ansvar for, at hjemmesygeplejersken har de nødvendige kvalifikationer og kompetencer til at agere medhjælper og udføre opgaven. Hvis ledelsen vurderer, at hjemmesygeplejen ikke har ansat personale, der besidder de fornødne kompetencer til at varetage opgaven, skal de gøre den ordinerende læge opmærksom herpå. Den ordinerende læge vil på den baggrund være forpligtiget til at vurdere om yderligere instruks vil gøre hjemmesygeplejen i stand til at varetage opgaven, eller om patienten skal indlægges eller forblive indlagt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, på grund af risikoen for allergiske reaktioner, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, samt at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge. Alle sundhedspersoner skal, jf. autorisationslovens § 17, udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed, herunder ved benyttelsen af medhjælper m.v. Som beskrevet ovenfor er ansvaret under delegation delt mellem region og kommune. Den udførende hjemmesygeplejerske er som medhjælper omfattet af autorisationsloven og ikke uden ansvar.

Som udgangspunkt skal opgaven udføres i overensstemmelse med lægens ordination, den foreliggende instruks og god klinisk praksis. Hertil kommer krav om journalføring og dokumentation. Alle autoriserede sundhedspersoner er, jf. § 5 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, forpligtet til at føre journal. IV-behandling med antibiotika udført under delegation skal journalføres, og her er det, jf. § 5 stk. 3 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, ledelsen i hjemmeplejen der har ansvaret for at behandlingen dokumenteres. Rammerne er nærmere specificeret i Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser. Skulle der forekomme klagesager i forbindelse med IV-behandling med antibiotika udført under delegation, er det Disciplinærnævnet, som behandler og træffer afgørelse om sundhedspersoners faglige virksomhed. Udgangspunktet er autorisationslovens ansvarsbestemmelser §§ 17, 73 og 75. Sundhedsstyrelsen kan endvidere fratage sundhedspersoner deres autorisation eller indskrænke deres virksomhedsområde.

SIKKERHED

Arbejds miljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere nåle og medicinsk affald som følge af behandling fx med IV-antibiotika. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald (infusionsslange, mini-bag, medicinbeholder m.m.) ifm. behandling af IV-antibiotika i eget hjem. Det kan kasseres som alm. dagrenovation uden at skille dropslangen fra mini-bag'en. Til den skarpe studs anvendes en gul beholder til medicinsk affald, som kan afleveres på et apotek efter endt behandling.

Remedier og tekniske aspekter

Regionen medsender det nødvendige udstyr og medicin, der skal til, for at varetage behandlingen i eget hjem, behandlingsperioden ud.

Kommunen stiller med handsker og adrenalin.

Ovenstående præciseres nærmere i en eventuel samarbejdsaftale.

Hygiejne

I henhold til den gældende [vejledning om hjemmesygepleje](#) er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til IV-behandling med antibiotika, som ikke kan løses af en hjemmesygeplejerske. Men om tidligere nævnt kan der være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med IV-antibiotika. Er dette tilfældet bør den ordinerede sygehusafdeling og den kommunale hjemmesygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Med det rette samarbejdsaftalegrundlag og organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at færdiggøre behandlingen med IV-antibiotika i eget hjem.

Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen besidder de nødvendige kompetencer og er i stand til at opstarte behandling med adrenalin i tilfælde af anafylaktisk chok.

Ved at færdiggøre behandlingen i eget hjem, er der ligeledes mulighed for at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvaret indebærer:

- At ordinere relevant antibiotika behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At etablere en 24/7 hotline som hjemmesygeplejen kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har praktiserende læge ansvaret.

Det nærmere ansvar i forhold til delegation er beskrevet i afsnittet om jura og er nærmere præciseret i bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal have kompetencer indenfor følgende områder:

- Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning og interaktioner
- Kendskab til og primær behandling af allergiske reaktioner herunder anafylaktisk chock
- Pleje af venflon
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit
- Genoplivningskompetencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at ovenstående områder er en del af den sygeplejefaglige grunduddannelse. Arbejdsgruppen finder det dog nødvendigt at påpege, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencen, da mange kommunale sygeplejersker ikke har håndteret IV-behandling med antibiotika siden de var under uddannelse.

Videredelegation

Opgaven må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient samt upåagtet af, om patienten har været indlagt før.

Patientforløbene vil med overdragelsen af behandlingsopgaven blive optimeret ved meget korte indlæggelser og hurtige udskrivelser til eget hjem til fortsat IV-behandling.

Ved at patienten forbliver i eget hjem, eller får en relativ kort indlæggelse, vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil med IV-behandling i eget hjem undgå konfusion, og samtidig vil dennes funktions- og aktivitetsniveauet ikke blive reduceret på samme måde som ved en indlæggelse.

Dette gælder for såvel de ældre og/eller svage patienter, der helst vil undgå indlæggelse, men ligeledes for de erhvervsaktive borgere, der får mulighed for en behandling, der i højere grad vil kunne understøtte en fastholdelse i arbejde under behandlingen.

Erfaringer fra tidligere projekter viser, at det afgørende for patienten er, at de i forløbet føler sig velinformeret fra sygehuset om, hvordan forløbet i hjemmet vil foregå. Det har været afgørende for

den positive vurdering af forløbet, at patienten oplevede, at der var et godt samarbejde mellem sygehuset og hjemmesygeplejen.

Patientens økonomi

IV-behandlingen i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset udleverer den ordinerede antibiotika i forhold til behandlingens hyppighed og varighed.

Det skal dog gøres opmærksom på, at i de tilfælde, hvor kommunerne vælger at tilbyde behandlingen på en bestemt lokation (fx et sundhedshus), kan patienten få udgifter til transport.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Erfaringer fra projekter og lokale samarbejdsaftaler i egen og andre regioner viser, at det er svært at estimere et præcist antal forventede patienter for hvem det er relevant at modtage IV-behandling med antibiotika i eget hjem. Arbejdsgruppen vurderer, at antallet af patienter vil stige som sygehusafdelingerne får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis.

I forbindelse med denne faglige vurdering af IV-antibiotikas potentiale for opgaveoverdragelse har arbejdsgruppen adspurgt to sygehusenheder om deres forventninger til antallet af patienter.

Odense Universitetshospital vurderer, at det vil være relevant for patienter på flere afdelinger at kunne færdiggøre deres behandling med IV-antibiotika i eget hjem. Hovedsagligt drejer det sig om patienter i langvarig antibiotikabehandling. Det er umiddelbart svært at skabe sig et kvantitativt overblik, men det bemærkes, at der ofte er tale om få patienter fra den enkelte afdeling.

	Antal patienter pr. år	Antal behandlinger/pt.
Afd. F – Øre-næse-halskirurgisk	6	60
Afd. Q - Infektionsmedicinsk	206	11
Afd. J – Lungemedicinsk	2	85-99
Afd. A - Kirurgisk	8-10	3-9

Sygehus Sønderjylland har allerede i dag en lokal samarbejdsaftale med Sønderborg og Haderslev Kommune om færdiggørelse af IV-antibiotika i eget hjem. I perioden d. 1. januar 2015 – d. 31. maj 2016 har Sygehus Sønderjylland i gennemsnit udskrevet 30 patienter om måned til færdiggørelse af behandling med IV-antibiotika i eget hjem i Sønderborg Kommune. I gennemsnit modtog hver patient 16 behandlinger.

Som nævnt viser erfaringerne fra projekter og lokale samarbejdsaftaler, at der er stor variation i

antallet af patienter, som modtager IV-behandling i eget hjem. Derfor skal nedenstående data fra samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg kommune, tolkes med forsigtighed ift. generaliserbarheden til andre kommuner. I nedenstående tabel er data fra Sønderborg kommune ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af morgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre.

Estimeret antal patienter pr. kommune pr. år:

	Patienter pr. år
Aabenraa	284
Assens	199
Billund	128
Esbjerg	558
Faaborg-Midtfyn	247
Fanø	16
Fredericia	245
Haderslev	270
Kerteminde	115
Kolding	442
Langeland	61
Middelfart	183
Nordfyns	141
Nyborg	154
Odense	959
Svendborg	281
Sønderborg	360
Tønder	183
Varde	243
Vejen	207
Vejle	541
Ærø	30

Udgifter og omkostninger

Sygehus Sønderjylland har på baggrund af deres aftale med Sønderborg og Haderslev kommune forsøgt at opstille et regnestykke for behandling af patienter i eget hjem:

Færdiggørelse af behandling i eget hjem:

Hjemmesygeplejerskerne afsætter 1 time pr. behandling inkl. transport a 356 kr. Dertil kommer en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, handsker mm. Et behandlingsforløb består gennemsnitligt af 16 behandlinger, og dermed lyder regnestykket for kommunale udgift forbundet med færdiggørelse af behandlingen i eget hjem på:

$$((16 \times 356 \text{ kr.}) + 356) = \underline{6.052 \text{ kr. pr. patientforløb}}$$

Hertil kommer sygehusets udgifter til remedier og medicin. Sygehus Sønderjylland medsender medicin, slangesæt, 100 ml NaCL, 2 stk. 10 ml NaCl skyl. Udgiften til materialer og medicin varierer alt efter, hvilket præparat der skal gives.

Patient med erysipelas	Materiale	46,49 kr. pr. indgift
	Medicin (Dicloris + Benzylpencillin)	743,84 kr. pr. forløb
Patient med stafylokok	Materiale	156,61 kr. pr. indgift
	Medicin (Dalacin)	2.505,76 kr. pr. forløb
Patient med pneumoni	Materiale	66,99 kr. pr. indgift
	Medicin (Tazocin)	1.071,84 kr. pr. forløb

Tager man gennemsnittet af ovenstående, vil sygehusets udgift til behandling med IV-antibiotika i eget hjem være:

$((90,03 \times 16) + 1.140,48) = 1.230,51$ kr. pr. patientforløb

Hertil kommer udgiften til evt. diagnosticering af patienten, anlæggelse af venflon og opstart af behandlingen på sygehuset, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle11	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					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af Sam:Bo	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har set på mulighederne for videreudvikling af Sam:Bo. Arbejdsgruppen har foreslået, at der i første omgang sættes fokus på arbejdsmarkedsområdet. Der er udarbejdet en tids- og procesplan, som blev behandlet i DAK den 15. juni 2016. DAK besluttede, at der i stedet skal startes med socialpsykiatrien frem for arbejdsmarkedsområdet, da det forventes at være mindre komplekst. Der vil derfor blive igangsat et arbejde med en ny tids- og procesplan med fokus på socialpsykiatrien.	25-03-17: Endelig materiale sendes til Følgegruppen for behandling og pleje til godkendelse.	21-11-16: DAK orienteres om tidsplan for arbejdet på møde. 22-06-17: Oplæg til behandling i DAK		
Samarbejdsaftale om FMK	Fælles Medicinkort – Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen. Følgegruppen for behandling og pleje har endvidere anmodet den tværsektorielle FMK-gruppe om at formulere et kommissorium for udarbejdelse af en samarbejdsaftale om FMK.		27-01-17: Følgegruppen anbefaler overfor DAK, at arbejdet med FMK følges tæt, og der ikke pt. udarbejdes en samarbejdsaftale.		
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Der er nedsat en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK og kommer med forslag til kommissorium for samarbejdsaftale om FMK.	Løbende status (ikke fast interval - efter behov)			Følgegruppen modtager løbende status fra gruppen.
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen.				
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	DAK godkendte den 19. marts 2015, at implementeringen af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og kommuner omkring borgere, der modtager eller har behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje, blev påbegyndt med udgangspunkt i MedCom-standarden indlæggel-sesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. Implementeringen er påbegyndt den 1. december 2015, og der er udpeget nøglepersoner for kommunerne. Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper 15-08-2017: Status på følgegruppemøde			

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
Revision af forløbene for Sam:Bo (Somatik og psykiatri)	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet et oplæg til revision af SAMBO forløbene. Forløbene har været i høring fra den 15. februar til den 29. marts 2016. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene, og som aktuelt er ved at udarbejde et endeligt oplæg til godkendelse i DAK.	21-02-17: Oplæg til godkendelse i følgegruppen.	30-03-17: DAK.	Forløbene forventes implementeret i 2. kvartal 2017.	
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	National Handlingsplan for 2012-15 er implementeret. Der kommer en evaluering af arbejdet fra KORA primo 2017. På kommende møde behandler DAK ny national handlingsplan, hvor planen introduceres herunder særligt områder som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. På januarmøde i DAK behandles national udmøntningsplan for handlingsplan. Forventet behandling på KLF marts/april 2017.	21-02-17: Status på arbejdet med ny national handlingsplan. Forventeligt herefter årlig status.	23-11-16: Orientering om ny handlingsplan på DAK. 27-01-17: Orientering vedr. Kora-rapport om gl. handlingsplan på DAK. National udmøntningsplan for ny handlingsplan.		
Audit/evaluering af Sam:Bo	Fokus er pt. på revision af Sam:Bo forløbene. Opgaven med audit/evaluering er derfor sat på standby pga. juridiske aspekter.	21-02-17: Sag på følgegruppemøde vedr. indstilling om, at opgaven udgår af opgaveporteføljen.	30-03-17: DAK.		
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, men hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	Løbende afrapportering til følgegruppen helårligt (sensommer)			
Revision af aftalen vedr. mennesker med demens	Der er udarbejdet en ændret tværsektoriel retningslinje for området, som betyder, at aftalen skal revideres. Arbejdet har afventet den nationale handlingsplan for demens, som netop er offentliggjort.	Løbende afrapportering fra tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. demens - adhoc.	30-03-17: DAK forelægges en status på arbejdet i gruppen herunder status på arbejdet med revision af aftalen vedr. demens.		
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor indvandrere er underrepræsenterede på demensenhederne.	21-02-17: Resultatet forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.			Arbejdsgruppen afrapporterer til Demensarbejdsgruppen på møde den 13. dec. 2016.
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.	21-02-2017: Endelig status på afvikling af kurset.			
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹¹	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
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Det Administrative Kontaktforum besluttede den 25. september 2013, at der som optakt til arbejdet med sundhedsaftalerne 2015-2018 skulle udarbejdes en fælles regional samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug. Aftalens formål er at styrke samarbejdet og sikre bedre kvalitet, koordination og sammenhæng i forløb for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse.	04-04-17: Status på arbejdet samt drøftelse af opgaven.			Den implementeres frem mod 2018 sammen med Sundhedsstyrelsens koordinerende indsatsplaner Der er en arbejdsgruppe, der følger op på tværs af region og 22 kommuner. På PSOF niveau har der været nedsat 6 lokale implementeringsgrupper.
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje. Der er truffet DAK-formandsbeslutning om, at arbejdet kan igangsættes.	21-02-17: Orientering om status på arbejdet. Evt. formandsgodkendelse af revideret vejledning.	30-03-17: Revideret vejledning forelægges til godkendelse i DAK.		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der skal tilrettelægges en revision af aftalen.	21-02-17: Godkendelse af kommissorium og tidsplan	30-03-17: Godkendelse af kommissorium og tidsplan i DAK.		Der er vis kontaktudvalget (SOF-sekretærer og repræs. Fra Praksisafd.) lavet aftale om, at SOF'erne giver en tilbagemelding på omfanget af den revision, der er behov for.
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16 og er godkendt i Regionsrådet 28-11-16.	Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (dec.)		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Sundhedsøkonomi laver udmelding vedr. økonomi til sygehusene og kommunerne (Jan og Esben). Der nedsættes en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.	
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Der er en række opmærksomhedspunkter i forhold til revisionen af samarbejdsaftalen. Der skal tilrettelægges en revision af aftalen.	21-02-17: Der udarbejdes et kommissorium for revisionen.	30-03-17: Godkendelse af kommissorium og tidsplan i DAK.		
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Følgegruppen godkendte et kommissorium for arbejdsgruppen, der skal revidere samarbejdsaftalen på mødet 18-08-16. Revisionen af aftalen skal ske med udgangspunkt i den gennemgang af aftalen, der er forelagt følgegruppen den 06-06-16.	21-02-17: Oplæg til godkendelse i følgegruppen.	30-03-17: Godkendelse af aftalen i DAK.		
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Samarbejdsaftalen skal evalueres primo 2017.				
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via de psykiatriske SOF'er. Status indhentes i foråret 2017.	04-04-2017: Status på arbejdet med implementering af aftalen.	22-06-17: Status på arbejdet med implementering af aftalen DAK.		

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ^[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om sårbare gravide	I Sundhedsaftalen 2015-2018 står der beskrevet under afsnittet om aftaler om specifikke målgrupper (afsnit 8.1), at der med inddragelse af socialfaglige kompetencer skal indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. Der er, efter flere henvendelser til Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat og sekretariatet for Følgegruppen for Behandling og Pleje, udarbejdet et baggrundsnotat, der beskriver de driftsmæssige problemstillinger forbundet med svangreomsorgen for de sårbare gravide. DAK har godkendt kommissorium for arbejdet 21-09-16.				
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet	Aftalen skal redaktionelt redigeres. Kommissoriet for dette arbejde blev godkendt af følgegruppen den 18. august 2016.	Kommissorium formandsgodkendes i følgegruppen	27-01-17: Oplæg til kommissorium og tidsplan		
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016.				Alle kommuner i hele landet kan modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Haderslev Kommune kan sende i version 1.0.3 fra sidst på dagen den 22. september 2016, Sønderborg Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 efter opgradering af deres system den 11.-12. oktober 2016, og Odense Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 den 1. november 2016. De øvrige kommuner i Syddanmark er klar til at sende i version 1.0.3. Arbejdsgruppen forventes nedlagt med udgangen af 2016.
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

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

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

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					
Arbejdsgruppen: Nye rammer for kronisk sygdom (Prioriteret indsatsområde)	Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer, forløber planmæssigt.	KOL - Se næste kolonne Diabetes - Medio december: Samarbejdsaftale indgås med ViBIS - D. 31/1 2017: Første workshop - D. 17/3 2017: Anden workshop	KOL - D. 27/1 2017: DAK behandler det endelige forløbsprogram, implementeringsplan og kommunikationspakke. - D. 28/2 2017: SKU behandler forløbsprogram, implementeringsplan og kommunikationspakke. Diabetes Det forventes at DAK kan præsenteres for en høringsversion til forløbsprogrammet for mennesker med diabetes d. 22/9 2017, og at DAK og SKU kan behandle det endelige forløbsprogram primo 2018.	KOL Forløbsprogrammet for mennesker med KOL er klar til implementering efter SKU's godkendelse primo 2017. Arbejdsgruppen har forberedt en informationspakke til SOF'erne m.fl., som kan anvendes i forbindelse med implementering og lokal behandling af forløbsprogrammet. Diabetes Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo 2018	
Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Regional rammeaftale blev godkendt i DAK 23. november 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår.

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
Arbejdsgruppe: Drift af sundhedsprofilundersøgelsen	Ultimo december Spørgeskemaet er endeligt sat op og trykt, og webskemaet er sat op og afprøvet. Følgebreve er udarbejdet. Skemaet består af 52 nationale spørgsmål og 36 regionale spørgsmål, heraf 14 nye spørgsmål om fx selvværd, angst og depression, medicinforbrug, alternativ behandling og sociale medier. Der er fokus på koordinering med de øvrige regioner, Sundhedsstyrelsen og SIF, samt kommunikation.	Ej relevant	27. januar 2017: Spørgeskemaet sendes til orientering i DAK	Ej relevant	6. januar Kommunerne modtager en kommunepakke med det endelige spørgeskema samt al kommunikationsmateriale 3. februar 2017 Spørgeskemaet rammer borgernes e-boks (80%) og postkasser (20%). Primo 2018 Resultaterne offentliggøres i marts/april.
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark"	Arbejdsgruppen arbejder på et revideret oplæg. Sideløbende drøfter følgegruppen om og evt. hvorledes monitoreringsopgaver kan løftes af en tværgående arbejdsgruppe i regi af Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant	30. marts 2017: DAK forventes at kunne præsenteres for et revideret oplæg til monitorering af strategien.	2. kvartal 2017 og frem: Nye monitoreringstiltag forventes igangsat	

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
Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Projektet forløber planmæssigt, jf. tidsplanen. Feb.-marts 2017: Fire decentrale leder-orienteringsmøder afholdes. Møderne er målrettet kursisternes nærmeste leder og skal understøtte den lokale implementering af de sundhedspædagogiske værktøjer. Feb. 2017: Fem yderligere kursushold er klar til at blive afholdt i foråret 2017			PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	En evaluering af 1. runde kursusforløb er foretaget og hovedbudskaberne er indarbejdet i en midtvejsrapport af 23. sept. 2016 og fremsendt til orientering i følgegruppen på møde den 3. oktober 2016.
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes		27. jan 2017 Materialet behandles i Det Administrative Kontaktforum.	1. kvartal 2017 Materialet forventes at kunne udsendes til (P)SOFerne efter godkendelse i Det Administrative Kontaktforum	

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	DAK godkendte d. 23. nov 2016, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som undersøger mulighederne for en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Følgegruppen har igangsat arbejdet med at udarbejde kommissorium og tidsplan.	Ej relevant			
Øvrig opgaveportefølge					
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Dette kvalificeres yderligere i samarbejde mellem følgegruppen og repræsentanter i kommunalt og regionalt regi. Drøftelsen af rammepapiret fortsættes på næstkommende følgegruppemøde.	Ej relevant	30. marts 2017. Rammepapiret behandles i DAK.	2. kvartal 2017 Aftalen forventes klar til implementering.	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven om afdækning af kommunale erfaringer ligger i forlængelse af kortlægningen af mental sundhed. Mental sundhed er et prioriteret indsatsområde. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark.		27. jan 2017 Behandling i DAK		Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling (behandlet under pkt. 9). Afdækningen giver således anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med 1. Ny aftale for børn og unge (sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (sundhedsaftalen pkt 6.1.6.)

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

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

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



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



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
palliation på kræftområdet.	it-plattform 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 tilhørende korrespondancemeddelelse, 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	marts 2017	22. juni 2017.		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk	Den fortsatte indsats retter sig primært mod		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		



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

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse aftales på baggrund af en temadrøftelse på DAKs møde d. 27/1 2017.	M1 27. januar 2017 DAK beslutter ramme modellens anvendelse på baggrund af en temadrøftelse. M2 28. februar 2017 SKU behandler modellen og har en temadrøftelse om opgaveoverdragelse	Den af DAK godkendte model behandles på SKU mødet d. 28/2 2017. Modellens anvendelse aftales på baggrund af temadrøftelser i DAK (27/1) og SKU (28/2) og en ramme herfor præsenteres for SKU i forbindelse med den endelige behandling af modellen.		

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
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9, Forretningsudvalget d. 14/9 og Regionsrådet d. 23/9.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Endvidere er sygehuse og kommuner instrueret i, at de skal opsig de eksisterende samarbejdsaftaler.	Følgegruppen for opgaveoverdragelse vil forud for mødet i DAK d. 30/3, indhente en status på hvor mange nye samarbejdsaftaler der er indgået mellem sygehuse og kommuner.
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse. I perioden d. 1/7–31/12 2016 har 8 patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I første halvdel af 2016 modtog syv patienter behandling i eget



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
					hjem.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Følgegruppen har udarbejdet første bud på en ledelsesinformationsrapport i forhold til de seks prioriterede indsatsområder.	Forslag til monitoreringsindikatorer m.m. er godkendt af Det Administrative Kontaktforum i mødet den 21. september 2016.	Den første ledelsesinformationsrapport præsenteres for Det Administrative Kontaktforum i mødet den 27. januar 2017 og herefter løbende hvert halve år.		
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har i samarbejde med Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering besluttet at bede Center for Kvalitet om at give et bud på et projekt,		Sagen fremlægges for DAK i mødet den 30. marts 2017. Sagen kan eventuelt fremlægges tidligere for Det Administrative Kontaktforums formandskab - så snart		



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
	som skal undersøge, hvorfor der så store forskelle på antallet af udarbejdede genoptræningsplaner.		følgegrupperne selv har haft lejlighed til at vurdere det bud på opgaven, der fremsendes fra Center for Kvalitet.		
SPOT-projektet	Opgaven er overdraget til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt. Der skal nedsættes en underarbejdsgruppe, som arbejder videre med projektet.		SPOT-rapporten præsenteres for Det Administrative Kontaktforum den 27. januar 2017 og det forventes godkendt, at SPOT tages i anvendelse på KOL-forløbsprogrammet.		

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL	Det planlagte programstyregruppemøde i november blev aflyst. Der har været møde i formandskabet for programstyregruppen, hvor processen for det syddanske landsdelsprogram har været drøftet. Næste programstyregruppemøde afholdes 2. februar 2017. Her vil udkast til programgrundlag blive	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen

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
	forelagt.				
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der har været afholdt et fælles dialogmøde på tværs af følgegrupperne med det formål at identificere behovet for it-understøttelse. Resultatet af dialogmødet blev at Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin afventer de øvrige følgegruppers arbejde, idet der på nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Temadrøftelse i DAK	Temadrøftelsen blev afholdt på mødet i DAK den 23. november 2016. På baggrund af drøftelserne blev følgende besluttet: - Følgegruppen har til opgave at beskrive konkrete faglige områder, hvor man har et		Følgegruppens formandskab og sekretariat mødes i starten af det nye år for at tilrettelægge en proces for følgegruppens kommende opgaver (afledt af temadrøftelsen)		



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
	ønske eller et behov for øget deling af informationer, som kan optimeres ved it-understøttelse - Disse ønsker og behov skal holdes op imod de løsninger, vi har i dag - SOF'erne skal komme med input til følgegruppen ift. ovenstående - Følgegruppen skal med svangreområdet som case beskrive mulighederne for it-understøttelse af svangreområdet				



RAMMEPAPIR med tids- og procesplan for sundhedsaftalen 2019-2022 i Syddanmark

Rammer

Dette papir beskriver rammerne for arbejdet med sundhedsaftalen 2019-2022, herunder en tids- og procesplan. Arbejdet igangsættes – i lighed med sidste gang - ca. 1½ år inden endelig indsendelse til Sundhedsstyrelsen. Dette bl.a. for at sikre en høj grad af politisk involvering, ejerskab og prioritering af indsatserne.

I nedenstående udkast til tids- og procesplan vil det derfor være det nuværende Sundhedskoordinationsudvalg, der igangsætter processen og arbejdet, mens det vil være det nyvalgte Sundhedskoordinationsudvalg, der afslutter det.

Følgende præmisser knytter sig til tids- og procesplanen for sundhedsaftalearbejdet:

Det politiske spor

1. **Visionen** i den politiske aftale fungerer fortsat og kan med hensyn til indholdet i store dele videreføres i den kommende sundhedsaftale. Det betyder, at der i tids- og procesplanen er lagt kort tid ind til visionsdelen. Arbejdet vil mestendels bestå af en lettere opdatering og gennemskrivning.
2. Det blev tydeligt på midtvejsmøderne, at den **politiske involvering og det politiske ejerskab** skal udvikles i forhold til sundhedsaftalearbejdet.

a. Udviklingsaftalen: Afsnittene om mål og udviklingsinitiativer i den nuværende politiske aftale har ikke helt fungeret efter hensigten. Og på de politiske midtvejsmøder er der endvidere fremsat ønske om færre mål. Derfor fornyes udviklingsdelen ved, at der arbejdes med et antal sundhedspolitiske udfordringer. Sundhedskoordinationsudvalget starter med at drøfte 10-15 bredt formulerede sundhedspolitiske udfordringer, som undervejs frem mod 2019 reduceres og konkretiseres til tre-fem. En sundhedspolitisk udfordring kan fx være tobak, den ældre medicinske patient eller multisyge, og udfordringerne kan udvikles med afsæt i de politiske papirer om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som er kommet inden for de sidste par år. I den første halvdel af 2017 beskrives de sundhedspolitiske udfordringer, og i sidste halvdel af samme år beskrives forslag til konkrete indsatser i forhold til udfordringerne. I 2018 vælger det nye sundhedskoordinationsudvalg de endelige tre-fem indsatser, og disse følger Sundhedskoordinationsudvalget fremdriften i gennem hele aftaleperioden fra 2019-2022.

b. Den politiske organisering: For yderligere at styrke det politiske ejerskab og engagement, kan det nye Sundhedskoordinationsudvalg i februar 2018 drøfte, om man ønsker at udvikle den politiske organisering om sundhedsaftalen. Det kan fx være ved, at der under Sundhedskoordinationsudvalget nedsættes fire lokale politiske mødefora, hvor kommunale og regionale politikere kan mødes halv- eller helårligt for at følge fremdrift og drøfte aktuelle tværsektorielle politiske problemstillinger. Modellen kendes fra Nordjylland.

3. **Borgerinddragelsen** i forbindelse med udarbejdelsen af aftalen styrkes ved, at ud over involvering af Patientinddragelsesudvalget inddrages borgere direkte i arbejdet. Det sker ved den politiske opstarts-



konference i juni 2017 og ved følgegruppernes kick-off-møde i starten af oktober 2017. Borgerne inviteres til at give input til konkrete indsatser, dels i forhold til de sundhedspolitiske indsatsområder, som på det tidspunkt vil være reduceret til fem, dels i forhold til de temaer og hovedspor for den administrative aftale, som Det Administrative Kontaktforum har lagt fast i dets møde den 22. september 2017.

Patientinddragelsesudvalgets inviteres til årlige fællesmøder med Sundhedskoordinationsudvalget (som finder sted i maj måned i både 2017 og i 2018) anvendes til også at drøfte sundhedsaftalearbejdet, ligesom Patientinddragelsesudvalget deltager i den politiske opstartskonference i juni 2017.

Det administrative spor

4. De faglige **indsatsområder** i den administrative aftale (forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering og genoptræning) fortsætter ind i den nye aftale. Indsatsområderne giver en fornuftig opdeling af de indsatser, som sundhedsaftalearbejdet rummer, hvorfor det giver mening, at fortsætte med dem. Ene- ste forhindring kan være, at Sundhedsstyrelsen i vejledningen indarbejder et antal konkrete indsatsom- råder, som bliver obligatoriske. Dette forventes dog at kunne håndteres skrive-teknisk.

Dog skal det afklares, hvordan opgaveoverdragelse, tværsektoriel it og telemedicin samt temaer om kvalitet, økonomi og effekt indarbejdes i den administrative del af sundhedsaftalen.

5. Det er indarbejdet i tids- og procesplanen, at den administrative organisering drøftes. Det gælder bl.a. om organiseringen med **følgegrupper** fortsætter og om det skal drøftes, om **de lokale samordningsfora** indenfor somatik og psykiatri kan lægges sammen.
6. En væsentlig drøftelse er at afklare, hvordan indsatsområderne i **den administrative del** skal beskrives. Der vil være indsatser fra den nuværende aftale, der ikke er færdiggjorte, og indsatser, som fra national side gøres obligatoriske via bekendtgørelse og vejledning eller via fx økonomiaftaler og lignende. Hertil kommer nye indsatser, som bl.a. følger af de fem sundhedspolitiske prioriteringer. En model kan være at gøre det på samme måde, som i den nuværende aftale, hvor alle indsatser er beskrevet (88 i alt), mens en anden kan være, at indsatser beskrives mere overordnet og som forslag på en liste, som Det Administrative Kontaktforum løbende kan prioritere fra. Porteføljestyringsoversigten kan her være det praktiske redskab, der sikrer fremdrift og fokus i følgegruppernes arbejde.

Sundhedsaftalens sammensætning

I lighed med den nuværende sundhedsaftale vil den kommende aftale dermed bestå af:

- Sundhedsaftalens politiske del som rummer den politiske vision og de 3-5 særlige indsatser, som er politiske udvalgte.
- Sundhedsaftalens administrative del, herunder de otte nationale mål og en beskrivelse af den admini- strative organisering.



Tids- og procesplan

Under forudsætning af ovenstående, følger her tids- og procesplanen:

Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
2017			
27. januar		DAK: Drøftelse af udkast til ramme- papir, inkl. tids- og procesplan for ny sundhedsaftale Drøftelse af udkast til ramme- program for politisk opstarts- konference	Udkast til rammepapir med tids- og procesplan for ny sundhedsaftale Udkast til rammeprogram for politisk opstartskonfe- rence
28. februar	SKU: Godkendelse af udkast til ram- me, inkl. tids- og procesplan, for ny sundhedsaftale Godkendelse af rammeprogram for politisk opstartskonference, inkl. forslag til deltagerkreds m.v.		Færdigt rammepapir med tids- og procesplan Færdigt rammeprogram for politisk opstartskonference
30. marts		DAK: Drøftelse af 15-20 sundheds- politiske udfordringer, som skal indgå i den politiske del	Færdigt udkast til papir med sundhedspolitiske udfordringer
April	Parallelt i kommuner og region: Politiske konferencer/møder som forberedelse til sundhedsaftale- arbejdet		
9. maj	SKU: Drøftelse af visionen for den nye sundhedsaftale Drøftelse og reduktion af liste med sundhedspolitiske udfor- dringer til 10 Forberedelse af politisk opstarts- konference, herunder deltagerli- ste og øvrige materialer Fællesmøde med Patientinddra- gelsesudvalget		Liste med 10 sundhedspoli- tiske udfordringer
2. juni (forslag)	Politisk opstartskonference: 1/2 dags konference, hvor revi- deret vision for sundhedsaftalen drøftes og de 10 sundhedspoliti- ske udfordringer præsenteres og der udvælges fem, der skal ar- bejdes videre med. Borgere samt patientinddragel- sesudvalget inviteres til deltagel- se		Input til revision af vision Liste med fem sundhedspo- litiske udfordringer, der skal arbejdes videre med



Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
22. juni		DAK: Opfølgning på politisk konference Beslutning om rammeprogram for DAKs halvdags temadag i september	Input til opsamling på politisk konference, inklusiv input til revision af vision og endeligt papir om de fem sundhedspolitiske udfordringer Rammeprogram for halvdags temadag i september
15. august	SKU: Opfølgning på politisk konference Godkendelse af revideret politisk vision for sundhedsaftalen Godkendelse af papiret med de fem sundhedspolitiske udfordringer, som DAK og følgegrupper skal udfolde mere i det administrative spor		Godkendt opsamling på politisk konference Godkendt vision Godkendt papir med fem sundhedspolitiske udfordringer
22. september		DAK: Ordinært DAK-møde udvides med 2 timer til temamøde om tilrettelæggelsen af processen for den administrative aftale, herunder hovedspor eller temaer i den administrative aftale	Godkendt liste med bestillinger og leverancer til følgegrupperne og koordinationsgruppen for udarbejdelsen af den administrative aftale
Primo oktober		Følgegrupperne: Fælles kick-off-møde om proces og forventninger til følgegruppernes produktion. Borgere inviteres til at give input til konkrete indsatser	
Oktober-november		Følgegrupperne: Udarbejdelse af udkast til indhold i administrativ aftale og udarbejdelse af indsatser til de fem sundhedspolitiske udfordringer	Udkast til indhold i administrativ aftale og beskrivelser af indsatser til de fem sundhedspolitiske udfordringer
December-januar		Redaktionsgruppen: Skrive første udkast til sundhedsaftale	Første udkast til sundhedsaftale



Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
19. december	Nuværende SKU: Status for arbejdet med sundhedsaftalen Drøftelse af overleveringspapir til det nye SKU, herunder vedr. organisering og de fem sundhedspolitiske udfordringer Godkendelse af rammeprogram for fire geografisk fordelte politiske møder i foråret		Overleveringspapir til det nye SKU Rammeprogram for politiske møder i foråret
2018			
Januar		DAK: Drøftelse af oplæg til indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer, som skal indgå i drøftelserne på de fire politiske møder Drøftelse af udkast til program for de fire politiske møder	Oplæg til indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer Udkast til program for de fire politiske møder
Februar	Det nyvalgte SKU: Orientering om arbejdet med sundhedsaftalen 2019-22, herunder drøftelse af det gamle SKUs overleveringspapir Godkendelse af oplæg til indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer, som skal indgå i drøftelserne på de fire politiske møder Godkendelse af program og materialer til de fire politiske møder		Oplæg til projekter vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer Program for fire politiske møder
Ultimo februar		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af første udkast til sundhedsaftale	Input til andet udkast til sundhedsaftale
Marts		Redaktionsgruppen: Skrive andet udkast til sundhedsaftale	Andet udkast til sundhedsaftale



Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
Marts-april	Fire politiske møder (som kan være afprøvningen af den nye politiske organisering under SKU): Præsentation af konturerne af den nye sundhedsaftale Præsentation og drøftelse af indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer, hvorunder kommuner, sygehuse og almen praksis også tilkendegiver interesse i at indgå i en eller flere indsatser/projekter		Tilkendegivelser om deltagelse i indsatser om de fem sundhedspolitiske udfordringer
Ultimo april		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af andet udkast til sundhedsaftale og opsamling på de fire politiske møder	Input til høringsversion af sundhedsaftale Udkast til opsamling på de fire politiske møder
Maj	SKU: Opsamling på de fire politiske møder. Drøftelse af udkast til samlet sundhedsaftale, som sendes i høring. Fællesmøde med Patientinddragelsesudvalget		Opsamling på de fire politiske møder Høringsudkast til sundhedsaftale
Juni-august	Kommuner, region m.fl.: Høring af udkast til sundhedsaftale		
September-oktober		Redaktionsgruppen: Indarbejdelse af høringssvar i sundhedsaftalen	Udkast til færdig sundhedsaftale
November		DAK: Drøftelse af udkast til færdig sundhedsaftale	Udkast til færdig sundhedsaftale
December	SKU: Godkendelse af færdig sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale til politisk behandling i Kommunalbestyrelser og Regionsråd
December-Januar 2019	Kommunalbestyrelser og Regionsråd: Politisk godkendelse af sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale
2019			
Januar		Indsendelse til Sundhedsstyrelsens godkendelse	



Udkast til rammeprogram for det politiske opstartsmøde for Sundhedsaftalen 2019-2022

Et styrket tværsektorielt samarbejde er en nødvendighed for at sikre fortsat udvikling, kvalitet og effektivitet i det syddanske sundhedsvæsen. Fremtidens nære sundhedsvæsen skal derfor i endnu højere grad bero på tæt samarbejde om opgaveløsning på tværs af sektorerne. Her spiller sundhedsaftalen, som den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommune og almen praksis, en afgørende rolle.

Formålet med det politiske opstartsmøde er at igangsætte udviklingen af Sundhedsaftalen 2019-2021. Det sker dels ved at drøfte den politiske vision for den kommende Sundhedsaftale samt ved at identificere væsentlige sundhedspolitiske udfordringer, som vi i Syddanmark vil adresseres i den kommende sundhedsaftaleperiode.

Deltagere:

Der inviteres formænd og næstformænd for kommunale politiske udvalg med ansvar for sundhedsaftaleområdet, medlemmer af Region Syddanmarks Sundhedssamordningsudvalg og Psykiatri- og socialudvalget, formand og næstformand for PLO Syddanmark, formandskabet i Kommunekontaktrådet (KKR) samt ledende embedsmænd i kommuner og regionen. Herudover deltager Patientinddragelsesudvalget samt inviterede borgere og pårørende.

Program:

Opstartsmødet vil bestå oplæg i plenum kombineret med drøftelser i mindre grupper. Mødet kan indholdsmæssigt deles i to:

Del 1: Drøftelse af politisk vision

Den politiske visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 skal justeres og opdateres ift. aktuelle politiske ønsker og prioriteringer.

Del 2: Sundhedspolitiske udfordringer

Drøftelse og udvælgelse af de fem sundhedspolitiske udfordringer, som skal adresseres i den næste sundhedsaftaleperiode.

Dato:

D. 2. juni eller d. 7. juni 2017 kl.: 13.00-16.00

Finansiering:

Det foreslås, at udgiften til afholdelse af det politiske opstartsmøde deles mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

Ledelsesinformation for SKU og DAK i Region Syddanmark

1. Videreudvikling af SAM:BO

Sundhedsaftalens parter vil blandt andet måles på om vi lykkes med implementeringen af SAM:BO på det psykiatriske område.

Af nedenstående tabel 1 fremgår volumen af kommunikationen med psykiatrien, idet vi antager, at øget kommunikation er udtryk for øget anvendelse af SAM:BO, selv om vi er klar over, at det ikke siger noget om kvaliteten i kommunikationen for patienterne eller de to sektorer. Øget kommunikation på tværs af sektorer er dog en vigtig forudsætning for sammenhængende patientforløb, og dermed noget, som parterne på sundhedsområdet ønsker at fremme.

Hvis en borger får ydelser i kommunen ved indlæggelse på sygehus, sender kommunen en *indlæggelsesrapport* til sygehusafdelingen. Kommunen har mulighed for at sende *indlæggelsesrapport* automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis samt mulighed for at sende en opdateret indlæggelsesrapport efterfølgende.

Korrespondancerne er udtryk for volumen af spørgsmål og svar der udveksles mellem kommunen og sygehuset i psykiatrien. Antal afsendte korrespondance er den kommunikation der sendes fra sygehuset til kommunerne og antallet af modtagne er de korrespondancer kommunerne sender til sygehuset i psykiatrien.

Tabel 1 – Antal indlæggelsesrapporter og korrespondancekommunikation

Antal (2016)	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Modtagne indlæggelsesrapporter	325	251	269	284	279	355	310	299	319	322	323
Afsendte korrespondancer	1.898	1.711	1.833	1.772	2.020	2.135	1.595	1.883	2.040	1.971	1.995
Modtagne korrespondancer	795	717	712	740	827	835	652	748	754	884	797

2. Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

I sundhedsaftaleregion er det aftalt, at der er behov for fælles viden om patienter med kroniske sygdomme. For at følge udviklingen i tværgående borgerforløb for kronikere er det nødvendigt med en kronikermarkør i sundhedsvæsenet, så de rette forløb på tværs af sektorerne kan følges.

Indtil en sådan markør foreligger, er vi begrænset til at se på udviklingen i antallet af diagnoser for kronikere, der modtager behandling på sygehus. Blandt de kroniske diagnoser er udvalgt diabetikere (diabetes1) og KOL-patienter. Diabetikere er en diagnose i vækst der fylder mere i begge sektorer, mens KOL-patienterne med deres tyngde er ansvarlige for et meget stort ressourcetræk i sektorerne.

Tabel 2 – Antal unikke diabetespatienter (diabetes1) pr. 1.000 indbyggere

<i>Pr. 1.000 indbyggere</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Middelfart	7,6	8,2	9,0	8,9	8,8	9,4
Assens	6,3	6,8	6,6	6,5	6,4	6,5
Faaborg-Midtfyn	8,7	8,8	9,6	10,3	10,5	10,0
Kerteminde	8,8	7,8	8,3	9,0	9,8	9,9
Nyborg	14,8	17,6	15,8	16,4	15,5	15,6
Odense	6,6	7,2	7,2	7,3	7,1	7,2
Svendborg	12,1	13,6	14,4	15,6	16,7	16,2
Nordfyns	6,6	7,3	7,7	6,6	6,9	7,1
Langeland	13,2	15,5	16,9	18,5	20,1	18,3
Ærø	12,6	10,4	9,8	11,6	13,0	13,5
Haderslev	6,4	7,6	8,8	9,7	9,4	8,6
Billund	9,3	7,6	6,4	5,9	6,5	6,6
Sønderborg	6,4	6,9	7,8	8,7	8,7	9,1
Tønder	5,8	6,6	7,5	7,6	8,3	8,8
Esbjerg	7,5	7,4	7,1	7,4	7,4	8,1
Fanø	8,7	10,3	9,5	8,0	8,6	8,6
Varde	6,0	5,4	5,6	5,6	5,1	5,6
Vejen	6,8	6,2	6,0	6,2	5,9	6,2
Aabenraa	6,6	7,7	8,4	8,9	8,4	9,4
Fredericia	18,3	17,8	16,1	15,9	15,6	15,0
Kolding	10,0	9,9	8,9	8,2	8,2	9,1
Vejle	8,6	9,2	8,9	8,4	7,9	7,2
Region Syddanmark	8,4	8,8	8,8	8,9	8,9	9,0

Tabel 3 – Antal unikke KOL-patienter pr. 1.000 indbyggere

<i>Pr. 1.000 indbyggere</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Middelfart	4,6	4,6	5,2	5,5	4,9	5,1
Assens	4,4	4,4	4,6	4,7	5,7	5,4
Faaborg-Midtfyn	4,6	4,5	5,0	5,4	5,0	4,9
Kerteminde	4,5	5,0	5,5	5,2	5,0	5,3
Nyborg	4,2	4,6	6,1	6,5	6,4	6,0
Odense	4,4	4,3	4,3	4,1	3,9	3,8
Svendborg	5,1	5,1	5,1	5,8	5,7	5,6
Nordfyns	5,2	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6
Langeland	6,7	6,5	7,5	8,2	8,0	8,8
Ærø	5,5	3,6	4,2	5,2	6,1	5,6
Haderslev	4,2	4,5	4,7	4,8	4,0	4,9
Billund	5,2	6,0	6,4	6,3	6,1	5,6
Sønderborg	3,5	3,6	3,7	4,0	3,9	4,6
Tønder	3,7	3,8	4,3	4,5	3,8	5,2
Esbjerg	6,0	6,0	6,0	5,8	5,7	6,1
Fanø	5,9	5,0	6,2	5,6	6,1	8,9
Varde	5,0	5,4	5,3	5,0	5,1	4,9
Vejen	4,5	4,9	5,2	4,8	4,9	4,7
Aabenraa	2,9	3,3	4,3	4,2	4,2	5,3
Fredericia	5,1	5,3	5,7	5,8	5,4	5,4
Kolding	4,4	4,8	3,9	4,2	4,1	4,6
Vejle	3,4	2,8	2,7	3,5	3,5	3,7
Region Syddanmark	4,5	4,5	4,7	4,8	4,7	4,9

3. Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

SKU har godkendt en model for opgaveoverdragelse og de opgaver, der på sigt skal overdrages. I disse vil blive præsenteret i ledelsesinformationsrapporten i overensstemmelse med modellens elementer for opgaveoverdragelse.

På nuværende tidspunkt er der ikke overdraget opgaver i henhold til den nye model, hvorfor der ikke er data under dette punkt.

4. Samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort

Samarbejdsaftalen om Fælles MedicinKort (FMK) er aftalt som del af den fælles IT-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde.

I opfølgningen på anvendelse af FMK tages der udgangspunkt i andelen af *ajourførte* medicin kort, altså den procentdel af FMK der er ajourført som konsekvens af ændringer i patientens medicin. Tallene for ajourførte FMK'er er opdelt på henholdsvis ambulante kontakter og indlæggelser. Måltallet for de ambulante kontakter er 62% mens det for indlæggelserne er 90%.

Når FMK er ajourført, er der tale om et øjebliksbillede, der indikerer at kortet på pågældende tidspunkt var opdateret. Antallet af involverede parter i en borgers FMK gør, at nedestående procentsatser formentlig vil være lavere ved en løbende gennemgang af samtlige FMK'er.

Tabel 4 – Procentandel ajourførte ambulante FMK (2016)

Ajourførte FMK - Ambulant	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober
Sygehus Sønderjylland	34%	34%	36%	34%	38%	53%
Odense Universitetshospital	15%	17%	21%	24%	32%	41%
Psykiatrien Region Syddanmark	52%	52%	49%	55%	56%	61%
Sydvestjysk Sygehus	64%	65%	65%	66%	66%	65%
Sygehus Lillebælt	40%	40%	38%	45%	53%	50%
Friklinikken Region Syddanmark	26%	27%	27%	30%	30%	29%

Tabel 5 – Procentandel ajourførte stationær FMK (2016)

Ajourførte FMK - Indlæggelse	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober
Sygehus Sønderjylland	63%	61%	66%	65%	66%	71%
Odense Universitetshospital	72%	71%	76%	73%	74%	77%
Psykiatrien Region Syddanmark	86%	86%	87%	87%	89%	85%
Sydvestjysk Sygehus	81%	77%	76%	80%	84%	82%
Sygehus Lillebælt	80%	81%	85%	83%	83%	84%

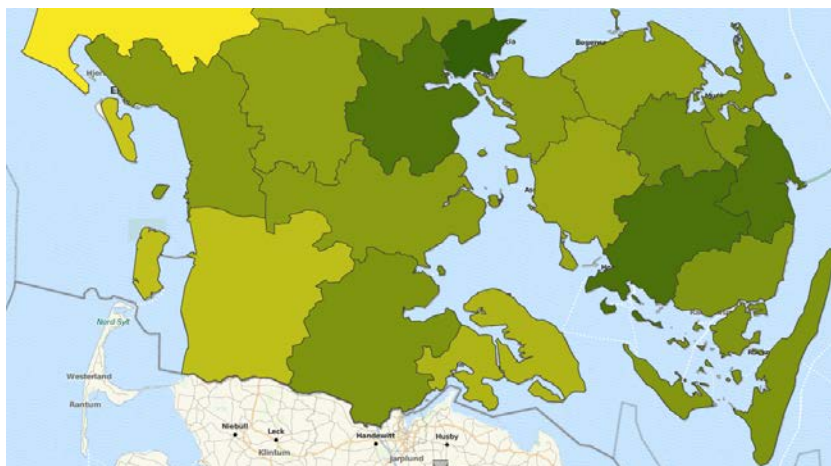
5. Kortlægning af mental sundhed

Som en del af den aftalte kortlægning af den mentale sundhed i Region Syddanmark er der taget udgangspunkt i sundhedsprofilen, der udføres hvert fjerde år i Region Syddanmark.

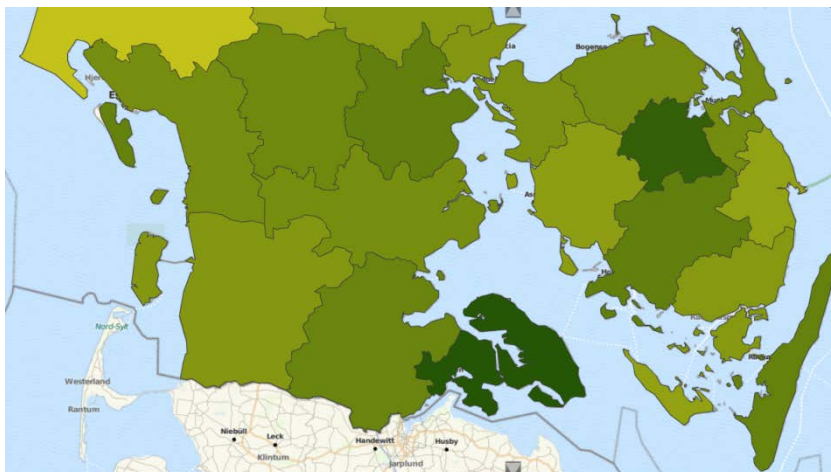
Konkret er spørgsmålet vedrørende dårligt mentalt helbred udvalgt som en indikation af, om vi er lykkedes med at nedbringe andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred.

I afdækningen af det mentale helbred blandt børn og unge arbejdes der på at anvende data fra skolesundhed.dk som en indikation for børns og unges mentale helbred i Region Syddanmark.

Billede 2 – Andel med dårligt mentalt helbred 2013 (6,4 – 14,2 %)



Billede 3 – Andel med dårligt mentalt helbred i 2010 (7,2 – 13,4 %)



Tabel 6 – Andel med dårligt mentalt helbred i procent

Kommune	2010	2013
Assens	9,3%	10,1%
Billund	8,7%	9,2%
Esbjerg	10,2%	10,8%
Fanø	10,9%	8,3%
Fredericia	9,7%	14,2%
Faaborg-Midtfyn	11,0%	13,2%
Haderslev	10,2%	10,7%
Kerteminde	10,3%	11,1%
Kolding	11,0%	13,0%
Langeland	10,9%	11,2%
Middelfart	10,0%	10,7%
Nordfyns	10,2%	10,5%
Nyborg	9,1%	13,0%
Odense	12,8%	11,7%
Svendborg	9,6%	11,1%
Sønderborg	13,4%	9,3%
Tønder	9,7%	8,7%
Varde	7,2%	6,4%
Vejen	10,5%	10,5%
Vejle	9,6%	11,1%
Ærø	9,1%	11,0%
Aabenraa	10,7%	11,2%

**Tværsektorielt forløbsprogram
for mennesker med KOL**
– samarbejde og kommunikation

FORSLAG

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2017
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og træder i kraft den 28.02.2017.

Emneord

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, forløbsprogram, forebyggelse,
rehabilitering, tidlig opsporing

FORSLAG

Version 1.0
August 2016

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-55-4

Forord

FORSLAG

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	6
	FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING	
2	Borgerrettet forebyggelse i kommunen	10
	Kommunen	10
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud	11
3	Tidlig opsporing af KOL	12
	Almen praksis	13
	Kommunen	14
	Sygehuset	14
	RISIKOVURDERING	
4	Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset	15
	Vurdering af rette behandler	16
	Vurdering af behov for rehabilitering	19
	Vurdering af behov for særlig støtte	19
	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
5	Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset	21
	Almen praksis	22
	Sygehuset	22
6	Borgerens kontakt til apoteket	23
	Medicinsamtale på apotek	23
	Tjek på inhalation	23
	Apotekets tilbagemelding	23
	Medicintilskud og henstandsordning	24
7	Opfølgning og årskontrol i almen praksis	25
8	Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet	27
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	27
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	28
	Sygehusets ansvar ved iltbehandling	28
9	Genoptræning og træning i kommunen eller på sygehuset	29
	Sygehuset	29
	Kommunen	30
	Almen praksis	31

Indholdsfortegnelse

	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
10	Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen.	32
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen	32
	Afklarende samtale i kommunen	32
	Afslutning på samlet forløb	33
11	Sygdomsmestring i kommunen	34
	Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	34
	Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	34
12	Rygestop i kommunen	35
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rygestop i kommunen	35
13	Ernæringsindsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	36
	Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis.	36
	Ernæringsindsats i kommunen	36
14	Kommunens, almen praksis' og sygehusets ansvar for borgere med eksacerbationer	37
	Det tværsektorielle ansvar for styrkelse af borgerens mestringsevne	37
	Opfølgning på eksacerbationer.	37
15	Indlæggelse på sygehuset.	38
	Almen praksis	38
	Kommunen	38
	Sygehuset.	38
	Indsats for ældre patienter med KOL.	38
16	Udskrivelse fra sygehuset	40
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	40
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	41
	Indsats for særligt svækkede ældre patienter med KOL.	41
17	Plejeindsats i kommunen	42
	Forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats	42
	Håndtering af medicin og iltapparatur	43
	Forebyggelse af eksacerbationer	43
18	Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	44
	Litteratur	45
	Bilag 1 – Hvem er rette behandler?	46
	Bilag 2 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud	47
	Bilag 3 – Befordring	48

1 | Introduktion

Baggrund

Siden Sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket hen over årene.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i Syddanmark vedtaget som en del af en overordnet kronikerstrategi. Sammen med forløbsprogrammer for borgere med type 2-diabetes, hjertekarsygdom og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for borgere med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats for mennesker med KOL i Syddanmark har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom¹, nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL², anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL³ samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom⁴.

Desuden er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af Sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorer og kommunikation i sektorovergange, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste Sundhedsaftale for perioden 2015-18 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgers hverdagsliv, således at indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte. De overordnede målsætninger i Sundhedsaftalen er et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng.

På den baggrund er det prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015-18, at der skal udarbejdes nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt er der udviklet og vedtaget en **generisk model**, som sætter rammen for udvikling af de nye forløbsprogrammer, hvoraf forløbsprogrammet for mennesker med KOL er det første af seks.

Formål med forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med KOL. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af borgere og deres pårørende. Programmet er fagligt fundet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS



¹ Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

² Sundhedsstyrelsen (2014) – NKR for rehabilitering af patienter med KOL.

³ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

⁴ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).



Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med KOL i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Komorbiditet og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med KOL, men anerkender behovet for behandlings- og rehabiliteringsindsatser ift. flere samtidige sygdomme. Det stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har også fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse ved behov skal igangsætte indsatser parallelt ifm. behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med KOL.

Målgruppe for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere med KOL uanset sygdommens sværhedsgrad samt borgere i risiko for at udvikle KOL. Borgere med KOL har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herfter. Derfor er det borgerens individuelle

situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle de 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset.

Forløbsprogrammet henvender sig til sundhedsprofessionelle og ledere i kommuner, almen praksis, på sygehuse og apoteker, der i deres arbejde er i kontakt med borgere med KOL. Det gælder både sundhedsprofessionelle, der har borgere med KOL som en primær målgruppe, og sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med KOL som led i deres arbejde.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud, indlæggelser på sygehus etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med KOL

Afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing er mindre handlingsanvisende end resten af forløbsprogrammet og kræver derfor en lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

Inddragelse af borgere og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere og pårørende inddrages i hele forløbet. Inddragelse af borgeres viden og ressourcer, både i udvikling af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb, kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed⁵. Den enkelte har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, i hvilket omfang en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver borgerens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicinen tages rigtigt, behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser dokumenterer således på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance)^{6, 7}

Desuden kan inddragelse medvirke til at reducere overbehandling som fx brug af antibiotika til behandling af infektioner i øvre luftveje^{8, 9} samt sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt^{10, 11}. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages, i højere grad vælger mindre indgribende behandling⁶.

Ved behandling af borgere med KOL er inddragelse særlig relevant, dels fordi KOL er en kronisk og fremadskridende sygdom, som borgeren lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af KOL foretages af borgeren selv eller dennes pårørende i eget hjem. Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse, giver det derfor god mening at tilstræbe, at borgere med KOL og deres pårørende så vidt muligt er med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling, pleje og hvilke understøttende tiltag de vil modtage. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsestilbud som rygestop og træning, eller valg af medicinsk behandling, hvor der findes flere forskellige typer behandling med god effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på borgerens hverdag.

⁵ Freil M & Knudsen JL (2009) Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

⁶ Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

⁷ Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

⁸ Blyer K & Hulton L. (2015) College students, shared decision making, and the appropriate use of antibiotics for respiratory tract infections: A systematic literature review. Journal of American College Health. 64(4):334-41.

⁹ Coxeter P, et al (2015) Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Systematic Review. 12(11):48-56.

¹⁰ Buhse S et al. (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116.

¹¹ LeBlanc A et al. (2015) Encounter Decision Aid vs. Clinical Decision Support or Usual Care to Support Patient-Centered Treatment Decisions in Osteoporosis: The Osteoporosis Choice Randomized Trial II. PLoS One. May 26;10(5):e0128063.

Det vil ofte også være relevant at give borgere og pårørende indflydelse på, hvordan behandlings- og rehabiliteringsforløb tilrettelægges, så de passer bedst muligt til den enkelte borgers liv og dagligdag.

Sundhedsprofessionelle og borgere har ikke altid samme opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om på givne tidspunkter i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Det kan være svært at modtage og reagere på information, hvis borgeren ikke synes, det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage borgere og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet. Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra borgere og pårørende.

Udviklingen af forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet er udviklet på baggrund af systematisk inddragelse af mennesker med KOL, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner. Programmet er blevet til på baggrund af tre workshops, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle har været i dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering af mennesker med KOL.

Dette forløbsprogram er det første i Syddanmark, der bygger på en struktureret organisatorisk brugerinddragelsesproces. Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter et skarpt fokus på områder, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle oplever det største behov for at styrke indsatsen. Blandt disse nøgleområder er kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/pårørende samt systematisk inddragelse i eget forløb.

Telemedicin

Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og tværsektorielle samarbejde om mennesker med KOL.

Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorerne og aktører.

Flere sygehuse og kommuner tilbyder i dag eksempelvis træning, tryghedsopkald og opfølgning efter udskrivelse via videokommunikation. Sådanne lokale initiativer kan fortsat anvendes og bør lokalt indarbejdes som en del af de arbejdsgange, forløbsprogrammet beskriver.

En række nationale telemedicinske projekter målrettet mennesker med KOL undersøges i disse år for deres potentiale for både patienter, samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører og samfundet generelt. Forløbsprogrammet skal i løbet af de næste år opdateres i henhold til den nationale udbredelse af telemedicin for mennesker med KOL.

Telemedicinske løsninger indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed og evt. ressourceoptimering.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan, som findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer forløbsprogrammet løbende for at afdække dets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget én gang om året.

Forløbsprogrammet opdateres på baggrund af monitoreringens resultater, og når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med KOL. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

Kommunerne har ansvaret for at skabe rammer, der giver borgerne mulighed for en sund levevis og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud jf. Sundhedslovens § 119 stk. 1-2. Regionen har ansvaret for at tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt at rådgive kommuner om deres indsats jf. Sundhedslovens § 119 stk. 3.

Kommunen

Den væsentligste årsag til KOL i Danmark er tobaksrygning. Ca. 85% af alle KOL-tilfælde kan tilskrives tobaksrygning, og op mod halvdelen af alle rygere vil med tiden udvikle KOL. KOL forekommer også hos mennesker, der aldrig har røget, men som gennem deres erhverv har været udsat for luftvejsirritanter (fx røg, damp og støv). Kommunal borgerrettet forebyggelse af KOL kræver derfor særligt fokus på tobaksrygning og erhvervsrelaterede luftvejsirritanter.

Tobaksrygning

Kommunerne bør først og fremmest – under rammerne af en kommunal tobakspolitik – sikre indsatser, der følger grundniveauet i **Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak** og går på tværs af kommunale forvaltningsområder. Indsatserne kan planlægges og

gennemføres i et samarbejde med borgere, andre kommuner samt ikke-kommunale aktører som frivillige organisationer, apoteker m.v.

Kommunale tobaksindsatser kan udvikles og igangsættes lokalt og i sammenhæng med nationale indsatser og kampagner.

Det anbefales, at kommunerne i samarbejde med Region Syddanmark har fokus på en tidlig tobaksindsats. Det kan fx omfatte intervention til gravide og barslende ved jordmorderkonsultationer, hjemmebesøg til nybagte forældre, besøg hos skoletandplejen m.v. Endvidere anbefales et samarbejde med de praktiserende læger om rådgivning og henvisning til kommunale rygestoptilbud blandt nydiagnosticerede patienter med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen har udviklet materiale, som kan inspirere og understøtte arbejdet med **sygdomsforebyggelse på sygehuse og i almen praksis**.

Erhvervsrelaterede luftvejsirritanter

Mennesker, som udvikler KOL pga. erhvervsrelaterede luftvejsirritanter i form af røg, damp og støv på jobbet, arbejder især i landbruget og i byggeindustrien.



Formålet med kommunernes tobaksindsats er at:

- Skabe og understøtte indendørs og udendørs røgfri miljøer, kulturer og fællesskaber med særlig opmærksomhed på børn og unge
- Forebygge rygestart eksempelvis gennem systematisk undervisning i folkeskolen og målrettede indsatser på udvalgte ungdomsuddannelser
- Fremme rygestop med indsatser som information, kampagner, rådgivning, opsøgende rekruttering, specifikke rygestoptilbud og løbende dialog og samarbejde med praktiserende læger og sygehuse



Når kommunerne udfører opsporingsinitiativer, fx i forbindelse med nationale kampagner eller lignende, kan de med fordel have opmærksomhed på både rygning og erhvervsrelaterede luftvejsirriteranter. Dette gælder for både kommunale og private arbejdspladser.

Henvi sning fra almen praksis og sygehus et til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne tilbyder gratis rygestopkurser og forløb, som borgere selv kan tilmelde sig. Kommunale rygestopkurser fremgår af www.sundhed.dk. Nationale tilbud som Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk) er eksempler på andre let-tilgængelige og gratis tilbud om rygestop.

Det kræver motivation og ressourcer at opsøge og tilmelde sig et rygestopkursus. Det kan derfor være en hjælp for nogle borgere, hvis sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehus et efter aftale med borgeren henviser til rygestop i kommunen.

Henvi sningen fra sygehus et og almen praksis sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2).

Henvi sningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at informere om kommunens tilbud og lave en aftale med borgeren om et rygestopforløb.

Kommunale frontmedarbejdere kan ligeledes henvise til rygestoptilbud. Henvi sningen kan eksempelvis ske gennem en korrespondance-meddelelse eller via telefon.

Det er vigtigt, at rygere, der er motiveret for at holde op med at ryge, tilbydes hjælp til rygestop. For mennesker med KOL kan afstand og transport til et rygestoptilbud være en barriere for deltagelse. Flextrafik, samarbejde på tværs af kommunerne og fleksible tilbud, herunder digitale rygestoptilbud, kan øge mulighederne for deltagelse og gennemførelse.

3 | Tidlig opsporing af KOL

Forløbsprogrammet afventer den endelige udgave af kap. 2 i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

Det er vigtigt at opspore og reagere på KOL så tidligt som muligt for at reducere det progredierende tab af lungefunktion, der kendetegner sygdommen. Sundhedsprofessionelle på sygehuse, i kommuner og almen praksis samt borgeren selv har et fælles ansvar for, at diagnosen stilles tidligst muligt.

Sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på tidlige symptomer og risikofaktorer for KOL. Ved begrundet mistanke om KOL skal sundhedsprofessionelle i alle sektorer iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på diagnosticering, også selvom kontakten vedrører noget andet.



Tidlige symptomer og risikofaktorer er bl.a.:

Tidlige symptomer på KOL

- Åndenød ved fysisk anstrengelse
- Hoste med og uden slim
- Hvæsende eller pibende vejrtrækning
- Gentagne langvarige forkølelser
- Hyppige luftvejsinfektioner
- Tilstedeværelse af lungekræft, hjertesygdom, osteoporose eller astma

Risikofaktorer

- Rygning
- Erhvervsrelaterede luftvejsirritanter*
- Uden- og indendørs luftforurening

* Risikoerhverv og typer af erhvervsmæssig eksponering er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

Tidlig opsporing retter sig mod borgere over 35 år, der enten ryger, er erhvervsmæssigt eksponeret for luftvejsirritanter og har ét eller flere lugesymptomer. Borgere i risiko for at udvikle KOL skal tilbydes lungefunktionsundersøgelse ved spirometri. For hver gang man tester fem personer i risikogruppen, finder man gennemsnitligt én ny KOL patient.

Lungefunktionsundersøgelsen skal udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for initial og diagnostisk spirometri¹².



Initial spirometri

Initial spirometri benyttes til tidlig identifikation af mulig KOL. Spirometrien skal være sensitiv nok til ikke at overse mulige tilfælde af KOL.

Diagnostisk spirometri

Diagnostisk spirometri udføres med henblik på endelig diagnose og omfatter måling af FEV₁ og FVC før og efter inhalation af bronkodilatator. Herefter foretages en vurdering af hvorvidt patienten har KOL, astma eller ACOS.

FEV₁ = Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund, FVC = Forceret VitalCapacitet, ACOS = Astma Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome.

Proceduren for udførelse af initial og diagnostisk spirometri er nærmere præciseret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL (2015).

¹² Sundhedsstyrelsen (2015) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

I forbindelse med kommunale opsporingsinitiativer anvendes initial spirometri. Ved mistanke om KOL skal kommunen anbefale borgeren at tage kontakt til egen læge med henblik på diagnostisk spirometri og udredning. Udredning og diagnosticering er nærmere beskrevet i afsnit 5.

Almen praksis

Almen praksis er en vigtig aktør i forbindelse med tidlig opsporing. Borgere, som henvender sig af anden årsag, men har tidlige symptomer på KOL, skal tilbydes opportunistisk spirometri.



Opportunistisk spirometri

Opportunistisk spirometri henviser til, at borgere tilbydes initial eller diagnostisk spirometri i almen praksis, når de kommer til en konsultation og er i risikogruppen dvs. er over 35 år, enten ryger, er erhvervs-mæssigt eksponeret for luftvejsirritanter eller har et eller flere lungesymptomer (hoste, åndenød, hvæsende og pibende vejrtrækning).

Personer over 35 år, som ryger eller er ansat i risikoerhverv, og hvor spirometri ikke har tydet på KOL, tilbydes spirometri med højst to års interval. Hvis borgerens erhverv er en betydelende risikofaktor for udvikling af KOL, skal den praktiserende læge overveje henvisning til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital eller Sydvestjysk Sygehus og anmeldelse til Arbejdstilsynet.

Det anbefales, at den praktiserende læge i henhold til Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning "KOL i almen praksis" registrerer og følger op på borgerens aktuelle rygestatus i den elektroniske patientjournal¹³. Den praktiserende læge skal adressere uhen-sigtsmæssig livsstilsadfærd og styrke patientens motivation til at bryde den samt tilbyde intervention, råd og vejledning¹⁴. Den praktiserende læge kan overveje at bruge formidlings-redskaber, der understøtter borgerens rygestop fx lungealder¹⁵. Der er evidens for, at kort rådgivning givet af en læge i forbindelse med spirometri har effekt på rygestop (brief intervention)¹⁶.

Initial spirometri ved praksispersonale kan anvendes, men resultatet skal altid vurderes af en læge. Ved mistanke om KOL udføres diagnostisk spirometri, eller borgeren henvises til diagnostisk spirometri på sygehuset.



Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler metoden "Very Brief Advice" (VBA) i forbindelse med henvisning til kommunale rygestoptilbud.

1. Ryger du?
2. Ved du, at rådgivning og medicin til at gennemføre rygestoppet øger dine chancer for succes?
3. Kender du til kommunens rygestoptilbud?

Very Brief Advice metoden

– på Lægeforeningens hjemmeside findes et kort [e-læringskursus i VBA metoden](#).

¹³ Dansk Selskab for Almen Medicin (2008) – **KOL i almen praksis**.

¹⁴ Dansk Selskab for Almen Medicin (1999) – **Den motiverende samtale**.

¹⁵ Parks, G. et al. (2008) Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *British Medical Journal* 336(7644):578-600.

¹⁶ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis**.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvise til kommunale forebyggelsestilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at informere om kommunens forebyggelsestilbud og lave en aftale med borgeren om det videre forløb. Kommunens forebyggelsestilbud kan omfatte rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol.

Kommunen

Det anbefales, at kommunerne, almen praksis og sygehusene i samarbejde organiserer og tilbyder opsporingsinitiativer (initial spirometri) fx i forbindelse med lundedage. Spirometri skal udføres af sundhedsprofessionelle, som er uddannet til at udføre lungefunktionsundersøgelse. Borgere, som identificeres med nedsat lungefunktion eller med mistanke om KOL, anbefales at henvende sig til egen læge for at få lungefunktionsmålingen gentaget og eventuelt påbegynde diagnostisk udredning, afsnit 5.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud. Opsporingsinitiativer kan fx afvikles på kommunens sundhedscentre, arbejdspladser og i udvalgte boligområder. Organiseringen af opsporingsinitiativer kan med fordel drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg.

Kommunen skal være opmærksom på opsporing af borgere med KOL i forbindelse med gennemførelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for borgere med anden kronisk sygdom.

Borgere uden regelmæssig kontakt til det etablerede sundhedsvæsen er i risiko for ikke at blive udredt og sat i behandling. Det anbefales derfor, at kommunerne tilbyder initial spirometri til borgere tilknyttet arbejdsmarkedsområdet, væresteder og forsorgshjem, og at borgeren ved mistanke om KOL hjælpes med kontakt til almen praksis. Kommunerne skal sikre, at dette udføres af sundhedsprofessionelle med de rette kompetencer og det rette apparatur, således at der sikres kvalitet i opsporingen og et fornødent grundlag for den efterfølgende kontakt til almen praksis.

Sygehuset

Ved indlæggelse og ambulant behandling skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd, herunder tobaksrygning og alkoholforbrug. Sygehuset skal overfor patienten påpege, når uhensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen og sikre hjælp i form af en henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fx rygestopkurser. Den behandlingsansvarlige læge bør desuden yde en kort systematisk rygestoprådgivning, idet der er evidens for, at dette har effekt på rygestop (brief intervention)¹⁷.

Sygehuset skal ligeledes tilbyde patienter med uhensigtsmæssig livsstil, der påvirker den generelle helbredstilstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder og efter aftale med patienten henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

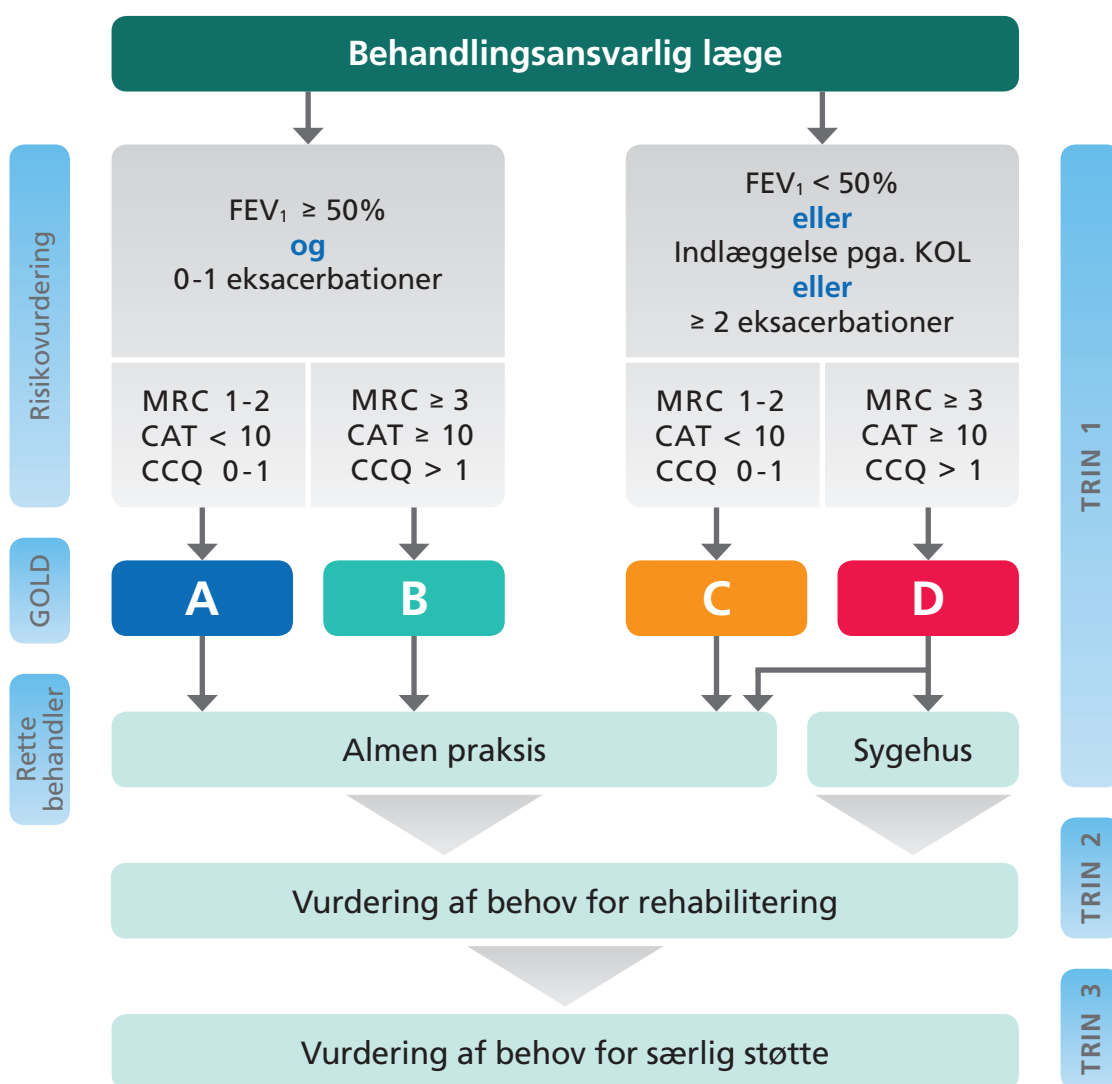
¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis.**

4 | Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset

Alle forløb for patienter med KOL indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler, som enten vil være patientens praktiserende læge (primært) eller en sygehuslæge. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om patienten har behov for rehabilitering og særlig støtte i sit forløb.

Det er afgørende, at den behandlingsansvarlige læge følger udviklingen i patientens sygdom og livssituation, således at rette behandler, behovet for rehabilitering og behovet for særlig støtte vurderes løbende.

Processen er skitseret i figuren og beskrevet i detaljer nedenfor.



Trin i den løbende risikovurdering

FORSLAG

Vurdering af rette behandler

Den behandlingsansvarlige læge skal vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler for borgeren med den aktuelle sygdomspræsentation.

Det sker med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier udarbejdet af Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterierne), der følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL¹⁸.



GOLD-stadie	Rette behandler (vejledende)
A	Behandles som udgangspunkt i almen praksis.
B	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
C	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
D	Behandles enten i almen praksis med mulighed for speciallægevurdering ved behov eller er tilknyttet et sygehusambulatorium.

Vurdering af rette behandler for borgere med KOL ud fra GOLD-kriterierne¹⁹

Vurderingen sker på baggrund af mindst tre parametre i forbindelse med den kliniske diagnosticering og stadietinddeling:

1) Graden af lungefunktionsnedsættelsen (FEV₁) i forhold til den forventede værdi

Graden af nedsættelsen af lungefunktionen (FEV₁) i forhold til den forventede værdi anvendes til stadietinddeling af borgerens KOL.



GRAD	Graden af lungefunktionsnedsættelsen (FEV ₁) ift. den forventede værdi
Mild	FEV ₁ ≥ 80% af forventet værdi
Moderat	50% ≤ FEV ₁ < 80% af forventet værdi
Svær	30% ≤ FEV ₁ < 50% af forventet værdi
Meget svær	FEV ₁ < 30% af forventet værdi

Stadietinddeling af KOL bedømt ud fra lungefunktionsundersøgelse vha. diagnostisk spirometri.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

¹⁹ Dansk Lungemedicinsk Selskab (2012) – **Danske KOL-Guidelines.**

2) Omfanget af borgerens symptomer bedømt vha. standardiserede spørgeskemaer

Omfanget af borgerens symptomer vurderes primært ud fra den standardiserede skala MRC

(Medical Research Councils dyspnea scale) evt. suppleret med CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test), findes på www.catestonline.org/ eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).



GRAD	Graden af åndenød relateret til aktivitet
1	Jeg får kun åndenød, når jeg anstrenger mig meget
2	Jeg får kun åndenød, når jeg skynder mig eller går op ad en lille bakke
3	Jeg går langsommere end andre på min alder pga. min åndenød, eller jeg er nødt til at stoppe op for at få vejret, når jeg går frem og tilbage (i min egen hastighed)
4	Jeg stopper for at få vejret efter ca. 100 m eller efter få minutters gang på stedet
5	Jeg har for meget åndenød til at forlade mit hjem, eller jeg får åndenød, når jeg tager mit tøj på og af.
MRC (Medical Research Councils dyspnea scale)	

3) Hyppighed af eksacerbationer

Lægen vurderer hyppigheden af eksacerbationer²⁰ ved anamneseoptagelse gennem dialog med patienten og pårørende. De kliniske tegn på eksacerbation er øget forekomst af åndenød, hoste, ophostning af slim og purulent ekspektorat.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at to-tre af disse fire symptomer normalt vil være tilstrækkeligt til at definere en eksacerbation. Det anbefales desuden at inddrage vurdering af funktions-evne, BMI/ernæringstilstand og tilstedeværelsen af komorbiditeter i den samlede initiale vurdering²¹.

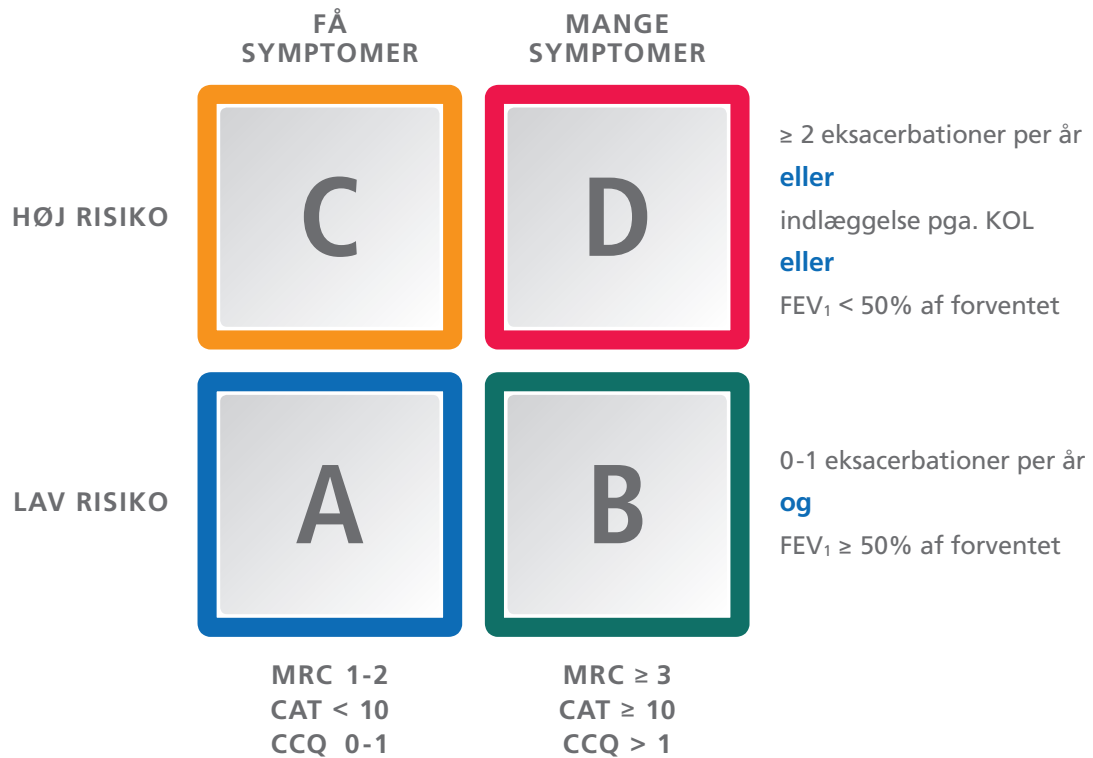
²⁰ Eksacerbation er en akut forværring af patientens respiratoriske symptomer, som er udover dag til dag-variationen, og som kræver medicinsk behandling eller indlæggelse.

²¹ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

På baggrund af resultatet af undersøgelserne af de tre dimensioner kan borgerens sygdom placeres i stadie A-D i henhold til GOLD-kriterierne, se figuren nedenfor.

Det er vigtigt at bemærke, at borgeren kan placeres i gruppe C eller D (høj risiko) på baggrund af eller kombination af:

- $FEV_1 < 50\%$ af forventet værdi
- Hyppige eksacerbationer, ≥ 2 det forgangne år



Stadieinddeling af KOL i undergrupper A-D på baggrund af FEV_1 i % af forventet værdi, hyppighed af eksacerbationer og indlæggelser samt symptomer bedømt vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale) eller CAT-spørgeskema (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).

Vurdering af behov for rehabilitering

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal i dialog med patienten vurdere patientens behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med borgeren finde frem til det rigtige rehabiliteringstilbud.

Rehabilitering af borgere med KOL omfatter som udgangspunkt forebyggelsestilbud som:

- Afklarende samtale
- Sygdomsmestring
- Tobaksafvænning (rygestop)
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Afslutning på samlet tilbud

Sundhedsstyrelsen (2016). Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Heraf fremgår også evt. kriterier for deltagelse i tilbuddene. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på de kommunale rehabiliteringstilbud.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgere kan have behov for parallelle indsatser. Det stiller krav til koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør. Henvisning til kommunernes rehabiliteringstilbud sker via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget, og kommunen tager kontakt til borgeren med henblik på at aftale tid til en afklarende samtale.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle borgere har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for borgerens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at borgere tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved KOL.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller komme og gå, i takt med at sygdommen forværres og stabiliseres igen. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med borgeren og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Klassifikation af KOL efter GOLD-kriterier
- Kort anamnese, herunder:
 - resultat af objektive undersøgelser (FEV₁*, MRC** m.fl.)
 - komorbiditet
 - komplikationer
 - rygestatus
- Relevante sociale oplysninger
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Behov for særlig støtte
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler
- Testresultater (fx CAT*** eller andre)

* FEV₁ – Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund

** MRC – Medical Research Councils dyspnea scale

*** CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test



Nedenstående er eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om patienten har brug for særlig støtte:

- Borgere med flere kroniske sygdomme
- Borgere med et misbrug
- Borgere med en psykiatrisk diagnose
- Borgere med demens
- Borgere, der er ensomme og uden socialt netværk
- Borgere med et stort behov for tryk
- Borgere med en socialt belastet baggrund
- Borgere, der har meget svære økonomiske vilkår
- Borgere med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå det danske sprog
- Borgere, der er iltbrugere – specielt i starten af behandling

Sundhedsstyrelsen²² anbefaler, at borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination med henblik på at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination foregår både på sygehuset og i kommunen.

Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med KOL gennem en kontaktpersonordning eller forløbskoordinerende funktion.

Forløbskoordinationen på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at koordinere indkaldelser, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Dialog med patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i lungeambulatorier
- Dialog med kommunen ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats

Sygehuset skal primært yde særlig støtte til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet evt. i samarbejde med kommunen.

Det er op til den enkelte kommune at gå i dialog med borgere med behov for særlig støtte og ud fra denne dialog tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte borgers livssituation og behov. Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i [Serviceloven](#), [Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats](#) samt [Sundhedsloven](#).

Borgere, som af egen læge eller på sygehuset vurderes at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med borgeren vil afdække dennes behov og muligheder. Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Henvisning skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunen kvitterer for modtagelsen af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter borgeren for en dialog om dennes behov mv.

Kommunen skal desuden være opmærksom på, at pårørende til borgere med KOL kan have behov for særlig støtte fx i form af afløsning eller aflastning til ægtefælle eller andre nære pårørende, jf. [Servicelovens](#) § 84, stk. 1-2.

²² Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

KOL diagnosticeres som udgangspunkt i almen praksis eller alternativt på et af sygehusene. Diagnosen stilles ved anamnese og diagnostisk spirometri i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger²³. Uanset hvor diagnosen stilles, skal der tages hensyn til evt. komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering. Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge. Derfor er det vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og sikrer sig, at patienten opnår forståelse for sygdommen og den nye livssituation, herunder hvordan eksacerbationer håndteres (jf. afsnit 14). Dette øger trygheden og patientens mulighed for at kunne tage hånd om sin situation.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende er oplært i medicinhåndtering. Apotekerne kan også bistå heri og har nationalt aftalt ydelser som **"Tjek på inhalation (TPI)"** og **"Medicinsamtale"**, der er gratis for alle patienter med astma og KOL, se afsnit 6. Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret korrekt inhalationsteknik og medicinhåndtering.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal ved diagnositidspunktet vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb (bilag 1), patientens behov for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 2) samt behov for særlig støtte.

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, der ryger, om rygestop.



Kommunikationspakke for nydiagnosticerede patienter

Det er vigtigt at tilpasse dialogen til den enkelte patient og pårørende. Der er i forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med KOL i Syddanmark udviklet en tværsektoriel kommunikationspakke, som den sundhedsprofessionelle kan anvende for at sikre sammenhæng i den samlede kommunikation med nydiagnosticerede patienter og pårørende i begyndelsen af deres sygdomsforløb.

Kommunikationspakken beskriver, hvilke emner en nydiagnosticeret patient med KOL typisk har brug for dialog om, og den giver bud på, i hvilken sektor kommunikationen kan finde sted. Endelig giver kommunikationspakken også forslag til, hvordan patienten og pårørende kan inddrages i at tilpasse kommunikationen bedst muligt.

Kommunikationspakken findes på Region Syddanmarks hjemmeside:
www.rsyd.dk/kronisksygdom

²³ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

Såfremt patienten ønsker det, kan den behandlingsansvarlige læge henvise til kommunale rygestopkurser og kan med fordel også selv yde kort systematisk rygestoprådgivning. Der er evidens for, at kort rådgivning givet af en læge har effekt på rygestop (brief intervention)²⁴.

Henvisning til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Borgeren kan også selv henvende sig til kommunen eller benytte sig af et nationalt rygestoptilbud, fx Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) eller e-kvit (www.e-kvit.dk).

Almen praksis

Ved mistanke om KOL udføres diagnostisk spirometri. Undersøgelsen kan udføres af uddannet praksispersonale²⁵, men resultatet skal altid vurderes af den behandlingsansvarlige læge. Alternativt kan patienten henvises til udredning på sygehuset. Når patienter diagnosticeres med KOL, kodes alle kontakter, som vedrører KOL med ICPC-koden R95, ligesom diagnosen registreres som kronisk diagnose.

Patienter med KOL har ofte behov for en bred vifte af forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører og nogle gange parallelt.

Egen læge er som udgangspunkt tovholder for patientforløbet og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Bidrage til og løbende revidere behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge

I visse situationer er sygehuset tovholder for patientforløbet. Det gælder dels en tovholderrolle for selve behandlingsforløbet, når en borger i en periode følges i et lungemedicinsk ambulatorium, dels en tovholderrolle for patientens samlede plan og forløb, når patienten er iltbruger og derfor har en løbende kontakt til sygehuset.

Sygehuset

Almen praksis kan henvise patienter til udredning for KOL på et lungemedicinsk ambulatorium på et af regionens sygehuse. Når en patient er udredt og diagnosticeret med KOL kodes ICD-10 DJ440-DJ449.

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af udredningen via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard "**det gode ambulantnotat/epikrise**" og følger den **tværregionale retningslinje for epikriser og ambulante notater**.



Patienterne anbefaler

- Inddrag mig og mine pårørende i at fastlægge en plan for min samlede behandling og rehabilitering
- Sig tingene, som de er – tal med os om, hvordan sygdommen vil påvirke vores liv
- Tilpas hvad du siger, og hvor meget du siger til mig og mine pårørende. Spørg fx hvad vi har mest brug for at vide lige nu, og hvad vi gerne vil vente med information om. Spørg om vi har behov for en opfølgende konsultation, hvor jeg og min egen læge kan tale mere om sygdommen og dens konsekvenser, og gerne sammen med mine pårørende
- Fortæl hvad jeg selv kan gøre, fx hvor jeg kan få hjælp til rygestop og kan finde mere information
- Kommunikér til mig og mine pårørende, hvem der har behandlingsansvaret – særligt i forbindelse med de perioder, hvor jeg har kontakt med både sygehuset og almen praksis

²⁴ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis**.

²⁵ Dansk Selskab for Almen Medicin har udviklet et **E-læringskursus i spirometri**.

6 | Borgerens kontakt til apoteket

Apotekerne skal, jf. Bekendtgørelsen om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, yde relevant og nødvendig information og rådgivning om lægemidler tilpasset borgerens behov. Herudover skal apotekerne tilbyde to specifikke ydelser, som er relevante for borgere med KOL: **"Medicinsamtale"** og **"Tjek på inhalation"**. Der kræves ikke henvisning til ydelserne, og de er begge gratis for borgeren.

Medicinsamtale på apotek

Apotekerne tilbyder borgere en **medicinsamtale**, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom – herunder KOL – inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Medicinsamtalen har fokus på borgerens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter højere grad af medicinfterlevelse (compliance).

Borgere i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt²⁶. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside ligger en **særlig blanket**, som lægen kan bruge i forbindelse med henvisning til medicinsamtalen. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det i bemærkningsfeltet på recepten, når recepten oprettes på Fælles Medicinkort (FMK). Desuden kan kommunen opfordre borgeren til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Tjek på inhalation

Apoteket tilbyder borgere med KOL, der kommer på apoteket og henter ordineret medicin, en samtale, der fokuserer på brugen af inhalationsmedicin – **"Tjek på inhalation"** (TPI). Ydelsen tilbydes borgere, der skal have en ny type inhalator for første gang, eller hvis apoteket afdækker, at der hos borgere, der har brugt medicinen flere gange, kan være behov for et tjek af inhalationsteknikken. Ydelsen tager udgangspunkt i en systematisk gennemgang af inhalationsteknik samt en rådgivning om borgerens egen teknik.

Borgeren kan selv henvende sig og bede apotekspersonalet om en gennemgang af inhalationsteknikken og anvendelsen af medicin. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen anbefale patienten at henvende sig på apoteket. Lægen kan også anføre "TPI" i bemærkningsfeltet på recepten, når en recept på inhalationsmedicin oprettes på FMK.

Apotekets tilbagemelding

Apoteket kan, med borgerens samtykke, informere egen læge om gennemførelse af medicinsamtalen eller tjek på inhalation. Apotekerne anbefales at anvende en korrespondancemeddelelse.

²⁶ Bekendtgørelse nr. 924 af 21/07/2015. **Medicinsamtale på apotek.**



FORSLAG

Medicintilskud og henstandsordning

Borgere med kronisk sygdom har ofte store udgifter til medicin, men er berettiget til medicintilskud, jf. Sundhedslovens § 146. Tilskuddet varierer i størrelse og træder i kraft fra en årlig udgift på 925 kr. i tilskudspriser (2015-priser). Udgør den årlige udgift mere end 17.738 kr. (21.831 kr., hvis borgeren er under 18 år) i tilskudspriser, er borgeren berettiget til 100% medicintilskud. Det svarer til en maksimal årlig udgift for borgeren på ca. 3.800 kr. forudsat, at borgeren altid køber den billigste medicin. Tilskudsberettigede borgere tildeles automatisk kronikertilskuddet på apoteket.

Borgere, som forventer at nå grænsen for 100% medicintilskud, kan få en henstandsordning, hvor borgeren månedligt betaler 320 kr. (2015-priser) til apoteket. På den måde kan borgeren undgå store medicinudgifter i starten af et tilskudsår.

Apoteket skal vejlede borgere med kronisk sygdom om muligheden for en henstandsordning.

7 | Opfølgning og årskontrol i almen praksis

Almen praksis skal tilbyde patienter med KOL regelmæssig opfølgning og årskontrol. Hyppigheden af opfølgende konsultationer afhænger af symptomer, behandling og patientens individuelle behov.

Den praktiserende læge vurderer sammen med patienten behovet og hyppigheden af opfølgninger. Som udgangspunkt udføres en årskontrol. Følgende tabel er vejledende herfor.

GOLD-stadie		Vejl. interval for kontrol	Aktør
A	Lav risiko – få symptomer	12-24 mdr.	Almen praksis
B	Lav risiko – mange symptomer	12 mdr.*	Almen praksis
C	Høj risiko – få symptomer	3-12 mdr.*	Almen praksis
D	Høj risiko – mange symptomer	3-6 mdr.	Almen praksis eller lungemedicinsk ambulatorium

* Patienter bør henvises til lungemedicinsk ambulatorium eller speciallæge ved behov²⁷

Årskontrollen honoreres med ydelse 0120 (Aftalt specifik forebyggelsesindsats) og foregår i konsultationen, men kan også udføres i hjemmet, hvis sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. En nærmere beskrivelse af ydelsens anvendelse findes i ["Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser"](#).

Hvis der er tale om ældre, alvorligt syge patienter eller patienter med komplicerede forløb, har lægen mulighed for – sammen med den kommunale sygepleje – at lave en opfølgning og koordination i hjemmet eller i konsultationen, fx efter indlæggelse.

Formål med at følge patienter med KOL

Formålet med at følge patienter med KOL regelmæssigt er at understøtte og medvirke til at fastholde opnåede adfærdsændringer og dermed forebygge sygdommens progression, herunder især motivere til/fastholde rygestop, kontrollere korrekt og hensigtsmæssig brug af medicin og sikre, at den iværksatte rehabiliteringsindsats vedligeholdes²⁸. Endvidere er det vigtigt at have en løbende dialog med patienten og evt. pårørende om, hvordan eksacerbationer forebygges og håndteres, og hvilke symptomer patienten skal reagere på (jf. afsnit 14).

²⁷ Dansk Lungemedicinsk Selskab (2012) – [Danske KOL-Guidelines](#).

²⁸ Dansk Selskab for Almen Medicin (2008) – [KOL i almen praksis](#).



Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Den praktiserende læge kan desuden udføre opsøgende hjemmebesøg for ældre skrøbelige patienter (ydelsesnummer 0121) én gang årligt. Her har lægen mulighed for at adressere patientens samlede sygdomsbillede og livssituation samt at lægge en plan²⁹ i dialog med patienten.

Den praktiserende læge er som udgangspunkt tovholder for hele forløbet for de fleste patienter med KOL og skal ved opfølgninger og års-

kontrol inddrage patienten og pårørende ved at spørge ind til patientens situation og oplevelse af egen sygdom. På den baggrund skal lægen inddrage patienten og pårørende i beslutninger om at justere behandlingsmål og -plan. Det indebærer en vurdering af, hvem der er den rette behandler (bilag 1), behovet for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 2) og behovet for særlig støtte.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvisne til kommunernes tilbud via MedCom-standard "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Korrekt medicin håndtering er et vigtigt element i behandlingsindsatsen. Apotekerne har nationalt aftalt ydelser som **"Tjek på inhalation (TPI)"** og **"Medicinsamtale"**, der er gratis for alle patienter med astma og KOL, se afsnit 6. Den praktiserende læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret korrekt inhalationsteknik og medicin håndtering. Lægen kan også anføre "TPI" i bemærkningsfeltet på recepten, når en recept på inhalationsmedicin oprettes på FMK.



Patienterne anbefaler

- Fortæl mig, hvad du skriver i henvisninger på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform så jeg kan tage det med mig
 - Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
 - Tal med mig om, at det er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag, og så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
 - Tal med mine pårørende om, hvordan de kan bidrage med praktisk hjælp i dagligdagen og behandlingen
 - Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion mv. – fx i kommunerne
 - Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
 - Hvis jeg skal overveje noget til næste konsultation eller årskontrol, så skriv det ned til mig på et kort
 - Aftal med mig, hvordan jeg og evt. mine pårørende involveres i min behandling
 - Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være
- Det motiverer mig til at møde op

²⁹ Regionernes Lønnings- og Taksnævn og Praktiserende Lægers Organisation (2014)
– Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser.

8 | Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sygehuset skal anvende MedCom-standarden "kommunehenviisning" (REF01) (bilag 2), når der henvises til kommunale tilbud. Når kommunen har modtaget henviisningen fra sygehuset, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding til sygehuset om, at henviisningen er modtaget. Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kunne være relevante.

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. En god intern planlægning mellem afdelingerne – og gerne i samråd med patient og pårørende – skaber tryghed og belaster patienten og ofte også sygehuset mindre.

Af boksen til højre fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienten på sygehuset, som kan være vigtige at kommunikere videre til kommunen.



Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen:

- Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivelse
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten:
Hvad er drøftet med patienten, fx sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, KOL-kuffert mv.
- Instruktion i anvendelsen af inhalationsmedicin, devices, PEP-fløjte m.m.
- Er patienten henvist til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Når relevant og muligt formidles et kontaktpunkt i kommunen til patienten
- Komorbiditet, misbrug og smerter
- Psykiske problemstillinger: angst og accept af sygdom
- Lungefunktion (FEV₁) og gentagne eksacerbationer
- Vurdering af graden af åndenød vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale), jf. afsnit 4.1
- Er patienten iltbruger
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus/miljømæssige udfordringer
- Saturation, hvis der er særlige udfordringer
- Ernæringstilstand med opmærksomhed på utilsigtet vægttab

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandling/kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard **det gode ambulante notat/epikrise**. Det anbefales, at sygehuset bearbejder og kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb. Det videre forløb og behandlingsplanen skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på. Der er ikke i alle tilfælde behov for fremsendelse af notater, der ikke rummer væsentlig ny information.

Patienter med KOL kan opleve perioder med forværring af sygdommen, som kræver øget kontakt til sygehuset i form af ambulant behandling eller indlæggelse. Sådanne perioder stiller krav til øget samarbejde og kommunikation fra sygehuset for, at almen praksis bedst muligt kan varetage rollen som tovholder for patientens forløb.

Sygehusets ansvar ved iltbehandling

Sygehuset skal vurdere borgerens behov for iltbehandling i eget hjem. Ved behov indgår sygehuset aftale med en ekstern iltleverandør, som sørger for at levere og installere udstyret. Sygehuset skal sikre, at patienten får tilstrækkelig instruktion og oplæring i anvendelse af apparaturet, herunder eksempelvis at iltleverandøren gøres ansvarlig for denne opgave. Det anbefales desuden, at sygehuset informerer om, hvem der leverer og installerer apparatet, hvornår det forventes leveret, hvem der kan kontaktes ved behov mv.

Iltbehandling i eget hjem kræver regelmæssig kontrol på lungemedicinsk afdeling/ambulatorium med det formål at vurdere, om der stadig er behov for behandlingen, og om den skal justeres.



Patienterne anbefaler

- Fortæl mig, hvad du skriver i henvisninger på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform så jeg kan tage det med mig
- Spørg mig hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan forværringer af min sygdom forebygges og håndteres
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud).
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoriebesøg, så skriv det ned til mig på et kort
- Aftal med mig, hvordan jeg og mine pårørende involveres i min behandling

9 | Genoptræning og træning i kommunen eller på sygehuset



Med dette forløbsprogram

overtager de syddanske kommuner ansvaret for den specialiserede genoptræning af mennesker med KOL fra Region Syddanmarks sygehusenheder. Kommunerne skal have indarbejdet den specialiserede genoptræning i deres tilbud om fysisk træning senest den 1. januar 2018.

Funktionsevnen hos mennesker med KOL falder typisk i takt med sygdommens udvikling og særligt i forbindelse med en eksacerbation. Derfor har mennesker med KOL ofte på et tidspunkt i deres sygdomsforløb behov for et tilbud om fysisk træning. Målet er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere, eller at borgeren opnår bedst mulig funktionsevne.

Nedenfor findes en kort oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med KOL og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til [Sundhedsloven](#) og [Serviceloven](#).

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus ([BEK nr. 1088 af 06/10/2014](#)).

Endvidere er Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser i Syddanmark gældende. Heraf fremgår at:

- Kommunen skal igangsætte genoptræningsforløbet inden for 14 kalenderdage efter modtagelse af en genoptræningsplan.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet tidligere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.



Sygehuset

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)

Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)

Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om borgeren efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standardens GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil.

Genoptræningsplanen kan med fordel udskrives og udleveres til patienten.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til borgerens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Borgere, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde træning til borgere, som har brug for en individuel træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til borgerens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til borgere med KOL med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

Kommunerne skal i forbindelse med overtagelsen af sygehusenes ansvar for genoptræning efter ambulant behandling eller indlæggelse, sikre at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Sygehuse og kommuner skal i overgangsperioden for overtagelsen af den specialiserede patientuddannelse viden- dele og erfaringsudveksle således, at patienter modtager et tilsvarende tilbud om fysisk træning.

KOL er en kronisk sygdom, og sygdommens sværhedsgrad og indflydelse på borgerens funktionsniveau og hverdagsliv ændrer sig med tiden. Det anbefales derfor, at borgere med KOL har mulighed for at deltage i tilbud om fysisk træning flere gange, når det er relevant.

Kommunen kan i dialog med borgeren og evt. pårørende på eget initiativ iværksætte tilbud om fysisk træning for en borger uden henvisning fra sygehus eller almen praksis.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. borgers deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved at undersøge muligheden for, at borgeren kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen, hvis borgeren har ønske herom (fx af geografiske hensyn). Kommunen bør desuden være i dialog med borgeren om vedvarende træningsmuligheder, herunder fx egentræning og deltagelse i lokale motionstilbud, netværksgrupper og patientforeningstilbud.



Almen praksis

Kommunale forebyggelsestilbud (Sundhedslovens §119)	Almen praksis kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvisning sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunen vil herefter indkalde borgeren til en afklarende samtale.
Udarbejdelse af genoptræningsplan (Sundhedslovens §5)	Almen praksis kan henvise patienten til ambulant sygehusbehandling med henblik på udarbejdelse af en genoptræningsplan. Henvisning sker via MedCom-standarden "sygehushenvisning" (REF01) (bilag 2)..
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Almen praksis kan henvise til genoptræning i patientens bopælskommune. Henvisning sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

10 | Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen

Kommunerne skal tilrettelægge forebyggelsestilbud til mennesker med KOL³⁰. Forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke borgerens egenomsorg og mestring af sygdommen, bidrage til en hensigtsmæssig livsstil og at forbedre borgerens fysiske kapacitet og funktionsniveau. Tilbuddene skal derigennem bidrage til at bremse forværring af sygdommen.

Forebyggelsestilbuddene til mennesker med KOL omfatter fx elementer af sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning og en ernæringsindsats (afsnit 9-13).



Sundhedsstyrelsens **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom** anvendes ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Henvi sning fra almen praksis og sygehus et til forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehus et henvi sner til kommunens forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2). Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

I flere syddanske kommuner kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i forebyggelsestilbud uden forudgående henvi sning fra egen læge eller sygehus et.

Afklarende samtale i kommunen

Forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvi sningen fra egen læge eller sygehus et kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre borgeren opmærksom på muligheden for at tage et familiemedlem eller en ven med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter borgeren i at prioritere de tilbud, som borgeren har størst behov for. Den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på både at inddrage kommunale indsatser og aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

For at afdække borgerens behov, bør den afklarende samtale omhandle ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. borgerens funktionsevne, hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

³⁰ Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**.

Den afklarende samtale indleder et forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser, herunder fx en socialfaglig indsats eller en beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgernes motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces i retning af at indlære nye adfærdsmønstre.

Afslutning på samlet forløb

Kommunen bør sikre en systematisk opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud, herunder systematisk drøfte behovet for opfølgning. Opfølgningen kan fx ske i forbindelse med en afsluttende samtale. Efter et afsluttet forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgers praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvissende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

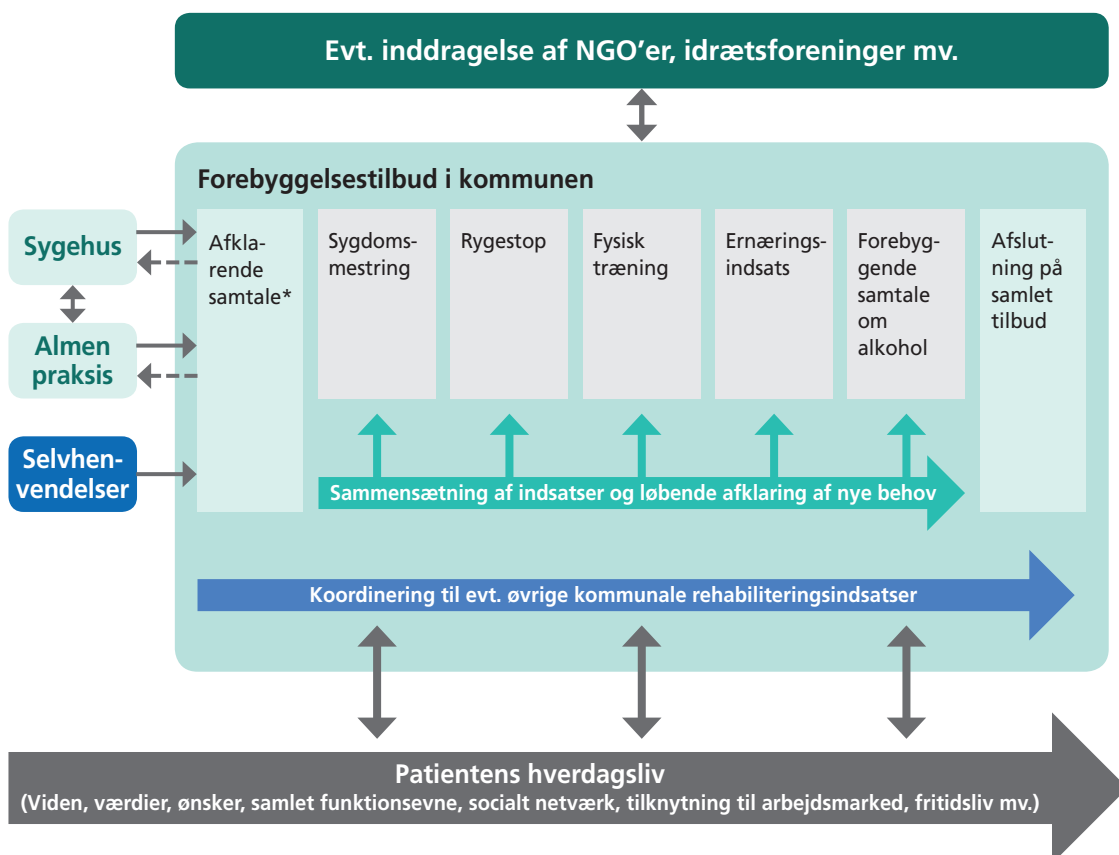


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale

11 | Sygdomsmestring i kommunen



Med dette forløbsprogram

overtager de syddanske kommuner ansvaret for al sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med KOL fra sygehusene i Region Syddanmark. Kommunerne skal have indarbejdet den specialiserede patientuddannelse i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2018.

Kommunerne skal etablere strukturerede forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet borgere med KOL. Tilbuddet har til formål at styrke borgerens egenomsorg, sådan, at borgerens helbred og livskvalitet forbedres.



Sygdomsmestring referer til

en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen [...] kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret.

Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret og gruppebaseret forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer.

Tilbuddet skal give borgeren kendskab til sygdommens karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation. Tilbuddet skal tillige give borgeren praktisk viden og kompetencer til at mestre sygdommen og livet med KOL med fokus på betydningen af rygestop og håndteringen af eksacerbationer.

Tilbuddet skal samtidig have fokus på livsstilsændringer og psyko-sociale forhold, herunder også arbejdsmæssige forhold.

Selv om undervisningen er struktureret og gruppebaseret, bør der tages udgangspunkt i deltagernes hverdagsliv og problemstillinger. På den måde bliver undervisningen håndgribelig, konkret og meningskabende for deltagere.

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes borgerens deltagelse i forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlingskompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og hverdagslivet.

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud. En særlig udfordring kan være kompetencer indenfor sygdom og medicin. Hvis kommunen ikke har disse kompetencer til rådighed, anbefales det, at kommunen samarbejder med fx en lungemedicinsk afdeling eller almen praksis herom. Samarbejdet kan indeholde kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i kommunen eller aftale om, at sundhedsprofessionelle fra almen praksis eller sygehuset bruges som underviser i dele af tilbuddet.

Henvi sning til kommunale forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal det ske via MedCom-standard en "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2).

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

12 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til borgere med KOL. Formålet er at understøtte borgerens rygestop, således at sygdomsudviklingen forsinkes og graden af symptomer reduceres. Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk).

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Tilbuddet kan være såvel individuelt som holdbaseret alt efter borgerens præferencer.

Borgere kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

Efter et afsluttet rygestopforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før borgeren fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at borgere med KOL kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes rygestoptilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.



13 | Ernæringsindsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen, at mennesker med KOL oprettholder en god ernæringstilstand og en hensigtsmæssig vægt³¹. Overvægt, uplanlagt vægttab og undervægt er selvstændige risikofaktorer for øget sygelighed og dødelighed, uafhængigt af graden af lungefunktionsnedsættelse³².

Det er et fælles ansvar for almen praksis og sygehuset løbende at kontrollere og registrere vægten hos mennesker med KOL og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov. Kommunerne bør desuden være opmærksomme på undervægt og uplanlagte vægttab hos borgere med KOL.

Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis

Sygehuset skal ernæringsscreene patienter med KOL ved indlæggelse og udskrivelse samt udrede patienter i risiko for osteoporose.

Patienter, der er undervægtige, oplever et uplanlagt vægttab eller er overvægtige bør ved behov, af egen læge eller af sygehuslægen, henvises til individuel diætbehandling eller kostvejledning.

Egen læge eller sygehuslægen kan ordinere ernæringspræparater til patienter med KOL, der er alvorligt syge eller så svækkede, at de ikke kan synke eller optage almindelig kost. De nærmere regler for tilskud til ernæringspræparater findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Ernæringsindsats i kommunen

Kommunerne skal etablere tilbud om kostvejledning og diætbehandling til borgere med KOL, der har behov for en særlig støtte til at håndtere mad og måltider. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og være enten individuelt eller holdbaseret.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Egen læge og sygehuslægen kan henvise til kommunens tilbud via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

³¹ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

³² Hallin, R. et al. (2007) Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory Medicine*; 101(9): 1954-1960.

14 | Kommunens, almen praksis' og sygehusets ansvar for borgere med eksacerbationer

De fleste borgere med KOL rammes af eksacerbationer én eller flere gange i løbet af deres liv med sygdommen. I forbindelse med eksacerbationer oplever mange borgere og deres pårørende bekymring, utryghed og angst, ligesom frygt for nye eksacerbationer kan fylde meget i hverdagen.

Sundhedsprofessionelle i kommuner, almen praksis og på sygehuse har et ansvar for at:

1. Forebygge eksacerbationer ved at bidrage til at styrke borgerens mestringsevne
2. Bidrage til at dæmpe graden af utryghed og angst, når de er i kontakt med en borger i forbindelse med en eksacerbation

Det tværsektorielle ansvar for styrkelse af borgerens mestringsevne

Det er et fælles ansvar at bidrage til at styrke borgerens evne til at forebygge og håndtere eksacerbationer.

Dette skal særligt foregå i følgende situationer:

- Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset (jf. afsnit 5)
- Opfølgning og årskontrol i almen praksis (jf. afsnit 7)
- Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet (jf. afsnit 8)
- Forebyggelsestilbud om sygdomsmestring i kommunen (jf. afsnit 11)
- Udskrivelse fra sygehuset (jf. afsnit 16)
- Plejeindsatsen i kommunen (jf. afsnit 17)

Sundhedsprofessionelle skal med udgangspunkt i borgerens erfaringer og behov indgå i dialog om symptomer og redskaber til at undgå panik, forebyggende og symptomdæmpende medicin, teknikker til at lette vejtrækningen samt evt. om de konsekvenser, som eksacerbationer kan have for den faste behandling. Der bør også være en dialog om, hvem borgeren og dennes pårørende kan kontakte i bestemte situationer afhængigt af eksacerbationens sværhedsgrad (fx kommunens sygepleje eller kommunale akutteams, egen læge/vagtlæge, alarm 1-1-2) samt hvordan man forbereder pårørende/sit netværk på eksacerbationer og håndtering af dem.

Opfølgning på eksacerbationer

Når en sundhedsprofessionel er i kontakt med en borger i forbindelse med en eksacerbation, har den sundhedsprofessionelle ansvaret for at vurdere behovet for opfølgning, herunder give informationen videre til rette aktør. Opfølgningen vil typisk ske hos egen læge, hvis det er et behandlingsanliggende, og kommunen, hvis det drejer sig om rehabilitering.

I nogle tilfælde er den akutte forværring opstået i forbindelse med ændrede begivenheder i borgerens liv, der kan medføre en psykisk påvirkning og medvirke til at fremprovokere utryghed og angst. I en sådan situation er det særligt vigtigt, at den sundhedsprofessionelle overvejer, om borgeren har behov for særlig støtte til at gennemføre eller igangsætte et behandlingsforløb eller kommunalt rehabiliteringsforløb.

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med KOL indlægges på sygehuset, sker det primært akut og undtagelsesvist elektivt. Det er som oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM).

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæge kan elektronisk henvise patienter med KOL til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standardens "sygehushenvisning" (REF01).

Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Sygehuset

Når en patient er indlagt og samtidig er tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx for ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise borgeren til yderligere undersøgelser inden udskrivelse og informere almen praksis herom via epikrisen.

Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Indsats for ældre patienter med KOL

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med KOL. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

DÆMP

Indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet på følgende måde:

Plejeforløbsplanen til kommunen

- Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen - feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja"
- Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder", skrives i feltet "Viden og udvikling":
"DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..."
(fx stort funktionstab)

Epikrisen til den praktiserende læge

I epikrisen til patientens praktiserende læge noteres at:

"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."



På baggrund af ovenstående vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation eller et opfølgende hjemmebesøg³³, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.



Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for information om – jeg har måske ikke det samme behov som andre patienter
- Informer løbende mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Tag tidligt i indlæggelsesforløbet initiativ til en dialog med mig om, hvad der sker, når jeg skal udskrives
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig og mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson

³³ Der kan i kontakten til den praktiserende læge henvises til [§2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse](#).

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelse er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. Den sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivelsesrapporten.



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Særlig opmærksomhed på utilsigtet vægttab
Psykosociale forhold	Psyriske problemstillinger; angst og manglende accept af sygdommen
Respiration og cirkulation	• Lungfunktion (FEV₁) og gentagne eksacerbationer • Vurdering af graden af åndenød vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale), jf. afsnit 4.1 • Er patienten iltbruger • Rygestatus/miljømæssige udfordringer • Saturation, hvis der er særlige udfordringer • Instruktion i anvendelsen af inhalationsmedicin, devices, PEP-fløjte m.m.
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet, misbrug og smerter
Viden og udvikling	• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning • Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: • hvad er drøftet med patienten, eksempelvis: rygestop, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, telemedicinske tilbud m.m. • er patienten informere om og henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygeplejefaglige problemområder i udskrivelsesrapporten af særlig relevans for patienter med KOL.

Inden udskrivelse skal patientens behov og motivation for rehabilitering vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende. Sygehuslægen kan elektronisk henvise til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud via MEDCOM standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Når kommunen har modtaget henvisningen, sendes der en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget og kommunen tager kontakt til borgeren for at vurdere hvilket tilbud, der er mest egnet i den givne situation. Kommunen informerer ligeledes egen læge om borgerens opstart i rehabiliteringstilbuddet.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelse har ændret sig, således at der er behov for en koordineret indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en udskrivesepikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard "den gode epikrise". Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er

derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt og senest tredje hverdag efter udskrivelsen sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen.

Indsats for særligt svækkede ældre patienter med KOL

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats mellem kommunen og den praktiserende læge for svækkede ældre medicinske patienter med KOL. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive:

"Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at aftale tidspunktet for det **opfølgende hjemmebesøg**.



Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold, fx:
 - hvem der tager imod mig derhjemme
 - hvem jeg skal kontakte med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, en lungemedicinsk afdeling eller kommunen)
 - hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad skal der kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
 - min iltbehandling og mit iltapparat
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan jeg kan forebygge og håndtere forværringer af min sygdom

17 | Plejeindsats i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå borgere med KOL i at håndtere livet med kronisk sygdom.

Plejesektorens særlige opgave er:

1. At bidrage til at forebygge gradvise forværringer af sygdommen og understøtte den samlede plejeindsats
2. At bidrage til borgerens håndtering af medicin og iltapparatur
3. At bidrage til at forebygge eksacerbationer

De involverede dele af plejesektoren er fx hjemmeplejen, sygeplejen, trænedede terapeuter og visitationen.

Forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats

Personalet bør følge borgerens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og borgerens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Ændret sygdomsmønster med hyppigere symptomer og evt. eksacerbationer
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end KOL
- Forringet almen ernæringstilstand
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med borgeren igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at borgeren bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau. I denne situation bør der søges en dialog med borgerens egen læge via en korrespondancemeddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende borgerens situation.

Sygeplejen bør være opmærksomme på muligheden for at anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg borger eller et kompliceret forløb.



Patienter og pårørende anbefaler

- Inddrag mig og mine pårørende i at fastlægge en plan for min pleje og rehabilitering
- Sæt fokus på mine mål for rehabiliteringsforløbet og det, som er vigtigt for mig nu
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i kommunale patientuddannelses tilbud
- Lav en aftale med mig om, hvilket personale jeg evt. må kontakte i kommunen, hvis jeg bliver utryk under akutte forværringer af min KOL.



Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Håndtering af medicin og iltapparatur

Personalet kan med fordel bidrage til, at borgere med KOL håndterer og indtager deres medicin korrekt, således at borgeren opnår en højere grad af medicinefterlevelse (compliance). Ved behov kan personalet desuden foreslå borgeren at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinhåndtering (jf. afsnit 6). Personalet bør desuden understøtte borgerens anvendelse af iltapparatur i eget hjem.

Forebyggelse af eksacerbationer

Personalet skal indgå i en dialog med borgeren og evt. pårørende om, hvordan eksacerbationer forebygges og håndteres, og hvilke symptomer, borgeren skal reagere på (jf. afsnit 14). Der bør også være en dialog om, hvem borgeren kan kontakte ifm. en eksacerbation, herunder om sygeplejen, et kommunalt akutteam eller andre kan kontaktes i situationer, der ikke kræver akut lægelig assistance.

18 | Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Flere patienter lever i dag længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for kvaliteten af hele patientforløbet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats³⁴. Endvidere er der behov for, i højere grad end før, at have fokus på palliation hos patienter med andre sygdomme end kræft. Palliation skal indtænkes i hele patientforløbet.

Patienter med KOL skal opleve en sammenhængende palliativ indsats. Det stiller krav til kommunikation, fleksibilitet, koordinering, kontinuitet og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at koordinere forløbet er en fælles opgave, der skal løses af sygehuset, almen praksis, kommunen og evt. hospice i samarbejde med borger og pårørende.

Med det formål at styrke samarbejdet om den palliative indsats i Syddanmark har region, kommuner og almen praksis indgået en samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Aftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation især med fokus på sektorovergange i det palliative forløb.

I forbindelse med iværksættelse og koordinering af en palliativ indsats for patienter med KOL henvises til denne. Aftalen findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

³⁴ Sundhedsstyrelsen (2011) – [Anbefalinger for den palliative indsats](#).

Litteratur

Sundhedsstyrelsen 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, København

<https://sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/kommunale-forebyggelsestilbud>

Sundhedsstyrelsen 2015, Sygdomsforebyggelse i almen praksis og på sygehuse, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/regioner/sygdomsforebyggelse-i-almen-praksis-og-paa-sygehuse>

Sundhedsstyrelsen 2015, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-kol>

Sundhedsstyrelsen 2014, National Klinisk Retningslinje: Rehabilitering af patienter med KOL, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/nkr-rehabilitering-af-kol>

Dansk Lungemedicinsk Selskab 2012, Danske KOL-Guidelines

<http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012.html>

Sundhedsstyrelsen 2012, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, København

<http://www.sst.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCF19.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2012, Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, København

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>

Sundhedsstyrelsen 2011, Anbefalinger for den palliative indsats, København

<http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2011, Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis, København

<http://www.sst.dk/~media/991FEEAC113D407BAAD609E2926F4A04.ashx>

Dansk Selskab for Almen Medicin 2008, KOL i almen praksis, Viby J.

http://www.dsam.dk/flx/kliniske_vejledninger/kol_i_almen_praksis/

BILAG 1

Hvem er rette behandler – almen praksis eller sygehuset?

Den behandlingsansvarlige læge – enten patientens praktiserende læge (primært) eller en sygehuslæge – skal vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler for patienten med den aktuelle sygdomspræsentation. Det sker med udgangspunkt i Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterierne). Processen er nærmere beskrevet i afsnit 4.

På baggrund af resultatet af undersøgelserne af de tre dimensioner inddeles patienten i stadier i henhold til GOLD-kriterierne.

Det er vigtigt at bemærke, at patienten kan placeres i gruppe C eller D (høj risiko) på baggrund af eller kombination af:

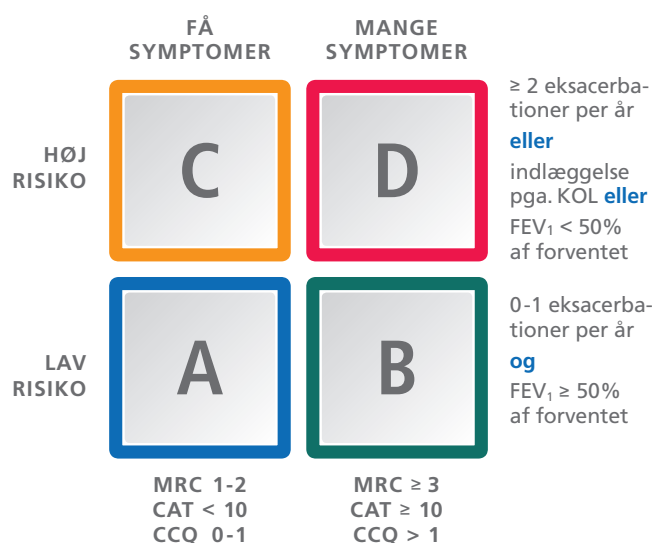
- $FEV_1 < 50\%$ af forventet værdig
- Hyppige eksacerbationer, ≥ 2 det forgangne år

GOLD-stadie	Rette behandler (vejledende)
A	Behandles som udgangspunkt i almen praksis.
B	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
C	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
D	Behandles enten i almen praksis med mulighed for speciallægevurdering ved behov eller er tilknyttet et sygehusambulatorium.

Vurdering af rette behandler for borgere med KOL ud fra GOLD-kriterierne¹⁹

Vurderingen sker på baggrund af mindst tre parametre i forbindelse med den kliniske diagnosticering og stadiinddeling:

1. Graden af lungefunktionsnedsættelse (FEV_1) i forhold til den forventede værdi
2. Omfanget af borgerens symptomer bedømt vha. standardiserede spørgeskemaer
3. Hyppighed af eksacerbationer



Stadiinddeling af KOL i undergrupper A-D på baggrund af FEV_1 i % af forventet værdi, hyppighed af eksacerbationer og indlæggelser samt symptomer bedømt vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale) eller CAT-spørgeskema (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).

FORSLAG

BILAG 2

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

Henvisning til kommunernes forebyggelses-tilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01).

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbage-melding om, at henvisningen er modtaget, og kommunen tager kontakt til borgeren.

Ved afslutning af det samlede forløb sendes et afslutningsnotat til egen læge og til sygehuset, når denne er afsender på henvisningen.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Klassifikation af KOL efter GOLD-kriterier
- Kort anamnese, herunder:
 - resultat af objektive undersøgelser (FEV₁*, MRC** m.fl.)
 - komorbiditet
 - komplikationer
 - rygestatus
- Relevante sociale oplysninger
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Behov for særlig støtte
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler
- Testresultater (fx CAT*** eller andre)

* FEV₁ – Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund

** MRC – Medical Research Councils dyspnea scale

*** CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test

På www.borger.dk kan borgere og pårørende læse mere om deres muligheder for at få arrangeret og/eller refunderet udgifter til transport til praktiserende læge, speciallæge og sygehus samt til genoptræning og andre forebyggelses-tilbud i kommunen.

Transport til og fra kommunale rehabiliteringstilbud, speciallæge eller egen læge

Som hovedregel skal borgere selv sørge for at komme til og fra kommunale forebyggelse- og rehabiliteringstilbud samt behandling hos egen læge og speciallæge. Der er dog en række undtagelser, hvor borgere har ret til at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret. Borgers rettigheder til at blive transporteret er nærmere beskrevet på www.borger.dk.

Ved spørgsmål om transport til og fra behandling hos egen læge, speciallæge samt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen kan borgeren eller pårørende kontakte kommunerne på nedenstående telefonnumre.

Transport til og fra behandling og kontroller på sygehuset

For spørgsmål om transport til og fra sygehus skal borgeren kontakte sygehuset.

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog en række undtagelser, hvor patienter har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til behandling på sygehuset. Patienters rettigheder til befordring i forbindelse med sygehusbehandling er nærmere beskrevet på [Region Syddanmarks hjemmeside](http://Region.Syddanmarks.hjemmeside).

Har patienten ret til siddende transport til og fra sygehusbehandling, kan transport bestilles på **tlf. 7011 3111**. På dette nummer kan der også stilles spørgsmål om befordringsgodtgørelse til og fra sygehuset.



For spørgsmål om transport kan man kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre

Assens	6474 7474	Nordfyns	6482 8282
Billund	7213 1500	Nyborg	6333 7000
Esbjerg	7616 1616	Odense	7873 3998
Fanø	7666 0660	Svendborg	6223 3000
Fredericia	7210 7000	Sønderborg	8872 6400
Faaborg-Midtfyn	7253 0530	Tønder	7492 9292
Haderslev	7434 3434	Varde	7994 6800
Kerteminde	6515 1515	Vejen	7996 5000
Kolding	7979 7979	Vejle	7681 0000
Langeland	6351 6000	Ærø	6352 5000
Middelfart	8888 5500	Aabenraa	7376 7676



FORSLAG

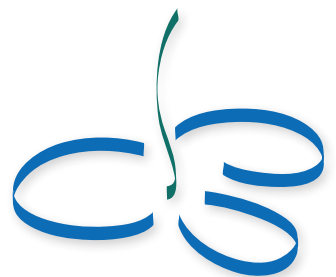
FORSLAG





Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram
for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og trådt i kraft den 28. februar 2017

Emneord

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, forløbsprogram, forebyggelse,
rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0

Februar 2017

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-58-5

Indholdsfortegnelse

	Introduktion	4
DEL 1	Anbefalinger og tjeklister	5
	Kommunikationstemaer på diagnosetidspunktet	5
	Kommunikationstemaer i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen	5
	Patientens tjekliste til kommunikation	8
DEL 2	Tilpasset kommunikation	9
	Timing af kommunikationen	9
	Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte	10

Introduktion

Baggrund

Kommunikation mellem patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og sundhedspersonalet er et vigtigt element i alle faser af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For at patienterne kan få det optimale udbytte ud af deres behandling er det afgørende, at de får den viden og information de har behov for, og at sundhedspersonalet får den nødvendige viden og indblik i den enkeltes behov og livssituation.

Studier har vist, at patienter med kroniske sygdomme har markante udfordringer, når de kommunikerer med sundhedspersonalet. Blandt andet oplever omkring hver femte, at det er vanskeligt at have gode samtaler med lægen og få stillet de spørgsmål, man som patient sidder med. Det gælder især for multi-syge, hvis forløb ofte er mere komplekse end hos andre patienter¹.

Der er behov for at systematisere dialogen med patienter og pårørende i sygdomsforløbet, fx ved diagnosticering af KOL.

Formål med kommunikationspakken

Pointen med at systematisere kommunikationen er at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltsituationer, hvor patienter og pårørende oplever en mangelfuld kommunikation. Denne kommunikationspakke beskriver indhold og koordinering af kommunikation med patienter med KOL og deres pårørende.

Udviklingsprocessen bag kommunikationspakken

Kommunikationspakken er udarbejdet på baggrund af inddragelse af patienter med KOL, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner ifm. udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL².

Patienter og pårørende gav udtryk for, at de ved diagnosetidspunktet ikke havde fået tilstrækkelig information, og at det havde medvirket til bekymringer. Usikkerhed om, hvor de kunne få svar på deres spørgsmål, forstærkede sådanne bekymringer. De savnede desuden overensstemmelse og bedre koordinering mellem sektorerne ift., hvad der informeres om hvornår og af hvem. Flere patienter gav desuden udtryk for, at de savnede tydeligere information om de næste skridt i deres forløb, herunder fx hvilken rolle lungemedicinske ambulatorier og egen læge m.fl. spiller i forløbet.

Kommunikationspakken er bygget op i to dele. Først gives anbefalinger til kommunikation på diagnosetidspunktet og i den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Dernæst gives råd og vejledning til, hvordan sundhedsprofessionelle kan tilpasse kommunikationen til den enkelte patients behov.

KLIK PÅ DE BLÅ HYPERLINKS



¹ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

² Region Syddanmark (2017). Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation. www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom

1 | Anbefalinger og tjeklister

Kommunikationstemaer på diagnosetidspunktet



Rygestop

Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter

Sygdomsforståelse

Sygdommens opståen og progression, håndtering af eksacerbationer

Medicinhåndtering

Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger

Henvisning til, hvor patienter kan hente yderligere viden

Hjemmesider og apps med info og aktiviteter, fx tilbud i kommunerne, Lungeforeningen, frivillige sociale foreninger.

Ansvar for at formidle informationerne påhviler den læge, der stiller diagnosen. Kommunikationen på diagnosetidspunktet skal være individuelt tilpasset den enkelte patients behov og ressourcer.



Kommunikationstemaer i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen

SYGEHUS

- **Rygestop**
Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter
- **Psykisk rehabilitering**
Bekymringer og angst, fx ved eksacerbationer, accept, psykisk mestring, tryghed
- **Træning**
Trænings gavnlige effekter, fysisk aktivitet i hverdagen
- **Ernæring**
Kostens betydning, den rette kost, kost i hverdagen
- **Medicinhåndtering**
Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger
- **Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud**
Tilbud i egen kommune, afklarende samtale i kommunen om deltagelse
- **Teknologi**
Internetbaseret viden, apps, teknologi i rehabilitering som fx KOL-kuffert
- **Iltapparat**
Teknisk anvendelse, levering af ilt, effekt i hverdagen

ALMEN PRAKSIS

- **Rygestop**
Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter
- **Psykisk rehabilitering**
Bekymringer og angst, fx ved eksacerbationer, accept, psykisk mestring, tryghed
- **Træning**
Trænings gavnlige effekter, fysisk aktivitet i hverdagen
- **Ernæring**
Kostens betydning, den rette kost, kost i hverdagen
- **Medicinhåndtering**
Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger
- **Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud**
Tilbud i egen kommune, afklarende samtale i kommunen om deltagelse
- **Teknologi**
Internetbaseret viden, apps, teknologi i rehabilitering som fx KOL-kuffert

KOMMUNE

- **Rygestop**
Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter
- **Psykisk rehabilitering**
Bekymringer og angst, fx ved eksacerbationer, accept, psykisk mestring, tryghed
- **Træning**
Trænings gavnlige effekter, fysisk aktivitet i hverdagen
- **Ernæring**
Kostens betydning, den rette kost, kost i hverdagen
- **Medicinhåndtering**
Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger
- **Teknologi**
Internetbaseret viden, apps, teknologi i rehabilitering som fx KOL-kuffert
- **Lokale tilbud** (fitnesscentre, patientforeninger, selvhjælpsgrupper mv.)
Lokale tilbud som fx fitnesscentre, gå-grupper, lokalgrupper i Lungeforeningen mv.
- **At leve med KOL**
Sygdomsmestring mv.

Patientens tjekliste til kommunikation

Nedenstående tjekliste kan printes ud til patienter og pårørende med det formål at skabe overblik over relevant viden for dem.



	Rygestop Du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved din sygdom. Du får mulighed for at deltage i aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop. Der findes en oversigt over din kommunes rygestopstilbud på www.sundhed.dk .
	Tryghed Du og dine pårørende ved, hvad I skal gøre når du har akutte forværringer med åndenød.
	Viden om KOL Du og dine pårørende forstår sygdommen KOL og hvordan den udvikler sig. I ved, hvad I skal gøre, når du har akutte forværringer med åndenød.
	Træning og bevægelse Du og dine pårørende ved, hvor vigtig træning er for din livskvalitet, din fysiske formåen og din søvn. I har fået inspiration til, hvordan I får bevægelse ind i jeres hverdag. I kender til kommunens tilbud om træning.
	Mad Du og dine pårørende opnår viden om den rette mad og madens gavnlige effekter for din livskvalitet, din fysiske formåen og for sygdommen. I har fået inspiration til, hvordan I bedst kan tilrettelægge en hverdag med den rette mad.
	Håndtering af medicin Du får gode medicinvaner, f.eks. korrekt teknik til at suge medicin ind. Du og dine pårørende ved, hvordan medicinen virker og hvilke bivirkninger, den kan have.
	Andre tilbud Du og dine pårørende ved, hvor I kan finde mere information og aktiviteter, f.eks. tilbud i kommunerne, Lungeforeningen og frivillige sociale foreninger.
	Iltapparat Du og dine pårørende ved, hvordan iltapparatet virker og hvordan og hvornår ilt leveres. I ved, hvor vigtigt ilt er for din livskvalitet, din fysiske formåen og din søvn.

2 | Tilpasset kommunikation

Timing af kommunikationen

Undersøgelser³ viser, at det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det. Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet.

Det er en traditionel opfattelse, at nydiagnosticerede patienter gennemgår en emotionel krise, som sundhedsprofessionelle er nødt til at tage hensyn til ved at vente med at give detaljeret information, indtil det pågældende menneske kan rumme det.

Undersøgelser konkluderer imidlertid, at de fleste nydiagnosticerede patienters behov snarere er information på et tidligt tidspunkt, både som hjælp til at gøre situationen forståelig, og som en nødvendig forudsætning for at patienterne kan inddrages i beslutninger og tilrettelæggelse deres eget forløb.

Det påpeges i øvrigt, at individets "rute til diagnosen" er en vigtig faktor. Mennesker, hvor diagnosen er kommet pludseligt og uventet i forbindelse med rutineundersøgelser, har stærkt forskellige emotionelle reaktioner, som der må tages hensyn til i timingen af information – men også disse mennesker udtrykte i undersøgelsen et ønske om mere og tidligere information⁴.

En række studier⁵ peger på, at sygdomsforståelse udvikles i faser over en længere periode, hvilket underbygger tanken om, at kommunikation må times, så patienter modtager den relevante information på det tidspunkt, hvor de er mest modtagelige.

³ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

⁴ Peel E et al (2004). Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Education & Counseling*, 53(3):269-75.

⁵ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

I behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med kroniske sygdomme er det væsentligt at være opmærksom på den enkelte patients evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne viden til handling.

Undersøgelser har indikeret, at en betydelig del af patienter med kronisk sygdom har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation samt kommunikere med sundhedspersonalet⁶.

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksomt på, at begrænsede sundhedskompetencer ofte er forbundet med skam hos patienten. Patienter i denne situation vil ofte søge at dække over deres manglende evner til at forstå og efterleve information fra sundhedspersonalet⁷. Derfor kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at få indblik i patientens situation og tilrette budskaberne herefter.

Samtidig kan patienter med lave sundhedskompetencer have sværere ved at beskrive deres sygehistorie og forklare årsagen til, at de opsøger sundhedsvæsenet, ligesom de i mange tilfælde heller ikke får stillet de relevante spørgsmål⁸.

For sundhedspersonalet er det væsentligt at være opmærksom på dette i dialogen med patienterne samt i udviklingen af informationsmateriale. Nedenfor er forslag til indsatser, der kan være med til at forbedre muligheden for, at færre patienter har vanskeligt ved at læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Skriftlig kommunikation

Med hensyn til skriftligt materiale bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten udformes således, at den svarer til læsefærdigheder på 5.-6.-klasesniveau – uanset målgruppen. Samtidig bør teksten tilpasses målgruppens kulturelle kontekst, og der bør anvendes almindelige ord og korte sætninger⁹.

Der er dog en hårfin grænse for, hvor simpel en tekst må være, idet man også herved risikerer at fratage læseren muligheden for at få adgang til komplet og præcis information. En løsning på dette kan være at tilbyde information på flere detaljeringsniveauer.

Mundtlig kommunikation

Litteraturen peger på en række tiltag, der kan sikre en mere udbytterig mundtlig kommunikation mellem patienter/pårørende og sundhedspersonalet. Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, begrænse informationsmængden og bruge billeder til at illustrere budskabet¹⁰.

Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået¹¹. Endeligt kan der benyttes tolke for at imødekomme sprogbarrierer blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

⁶ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, Region Midtjylland

⁷ Barker DW et al (1996). The health care experience of patients with low health literacy. Arch Fam Med 5(6): 329-34.

⁸ Williams MV et al (2002). The role of Health Literacy in patient-Physician Communication. Family Medicine 34(5): 383-9.

⁹ Madsen MH et al (2009). Health Literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen

¹⁰ DeWalt DA et al (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.

¹¹ Tamura-Lis W (2013). Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.

Kompetenceudvikling af patienter og pårørende

Patientuddannelse er for mange patienter med kronisk sygdom en oplagt arena til at forbedre sundhedskompetencerne. I mange kommuner findes der tilbud om sygdomsmestring målrettet patienter med KOL. Det anbefales derfor, at der i tilbuddene systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne patienternes færdigheder i at læse og forstå sundhedsinformation samt i at kommunikere med sundhedspersonalet. Således kan patienter med kronisk sygdom blandt andet blive bedre til at stille de rette spørgsmål til sundhedspersonalet og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt.

Metoder til brugerinddragelse

På mange specialeområder findes der pt. forskellige behandlinger, som kan anvendes undervejs i et behandlingsforløb. Nogle af disse behandlinger har begrænset effekt eller kun effekt på nogle patienter. Andre lægemidler har god effekt, men kan medføre alvorlige bivirkninger eller gribe meget forstyrrende ind i patienternes liv. Når patienter skal være med til at træffe et valg om, hvorvidt de vil modtage sådanne behandlinger, er det derfor særligt presserende at sikre, at valget træffes på et informeret grundlag, og er i overensstemmelse med det, patienten ønsker at opnå med behandlingen.

Fælles beslutningstagning (på engelsk: 'shared decision making') er en kommunikationsform, der tager udgangspunkt i en opfattelse af sundhedsprofessionelle og patienter som ligeværdige parter. Metoden foreskriver en struktur for samtalen mellem behandler og patient, hvor begge parter deltager aktivt i beslutningsprocessen, deler deres viden om sygdom og behandling, forklarer hinanden hvilken behandling de foretrækker og når til enighed om, hvilken behandling patienten skal have¹².

Blandt forskere på området er der konsensus om, at fælles beslutningstagning er særligt anvendelig til at sikre, at patienters præferencer for behandling kommer frem i samtalen, og at patienter informeres om behandlings effekt, bivirkninger, fordele og ulemper, så de kan være med til at træffe beslutninger om deres behandling på et informeret grundlag¹³. For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne behandlingsmuligheder har man inden for mange specialeområder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer (på engelsk: 'decision aids').

Beslutningsstøtteværktøjer kan ligne traditionelle informationsmaterialer til patienter, men adskiller sig ved at være udviklet på baggrund af patienters udtrykte behov for information. Værktøjerne giver evidensbaseret information om de tilgængelige behandlingsmuligheder og deres effekter, bivirkninger og andre fordele eller ulemper. Desuden vejleder beslutningsstøtteværktøjerne patienter til at overveje, hvordan de vægter fordele, ulemper og evt. usikkerhed om behandlingsresultatet¹⁴.

¹² Charles C et al (1997). Shared Decision Making in the Clinical Encounter: what does it mean? (or it takes two to tango). *Social Science & Medicine*; 44(5): 681-692

¹³ Edwards A, Elwyn G (eds): *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice*. Oxford University Press, 2009, 2nd edition.

¹⁴ Volk RJ, et al (2013). Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G: Ten years of the International Patient Decision Aid Standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids. *BMC: Medical Informatics and Decision Making*

Videnskabelige undersøgelser, der sammenligner brug af beslutningsstøtteværktøjer med almindelige konsultationer, viser, at patienter som anvender beslutningsstøtteværktøjer:

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger
- Er mere aktive i beslutningsprocessen
- Er mere tilfredse med beslutningerne
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker
- I højere grad vælger en konservativ behandling (fx livsstilsændringer) eller mindre omfattende operative indgreb
- Ikke oplever mere angst og bekymring i deres behandlingsforløb, end patienter som informeres på traditionel vis¹⁵

Enkelte undersøgelser viser desuden, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer kan medvirke til, at patienterne i højere grad følger klinikernes anvisninger for behandling, altså bedre compliance og mestring^{16, 17}. Der er desuden fundet positiv effekt på enkelte kliniske behandlingsudfald, eksempelvis bedre livskvalitet^{18, 19}, og bedre blodsukkerkontrol hos diabetespatienter²⁰.

Brug af beslutningsstøtteværktøjer kan dog øge tidsforbruget i konsultationer. Et systematisk review viste at tidsforbruget varierede fra 8 minutter kortere til 23 minutter længere end almindelige konsultationer med en median tidsforøgelse på 2,55 minutter²¹.

Der findes – så vidt vides – endnu ikke danske beslutningsstøtteværktøjer specifikt til KOL-patienter, men der findes udenlandske beslutningsstøtteværktøjer, som måske kan tilpasses en dansk kontekst²².

I forbindelse med udmøntningen af Sundhedsstyrelsens pulje til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, har Regionshospitalet Viborg modtaget penge til at udvikle et værktøj til KOL-patienter med fokus på valg ifm. indlæggelse, behandlingsniveau og palliation.

Desuden har Sundhedsstyrelsen bevilliget penge til udvikling af andre beslutningsstøtteværktøjer, som måske – med tilpasning til KOL-patienters specifikke behov og eksisterende kommunale/regionale behandlings- og rehabiliteringsindsatser på KOL-området – kunne være relevante at drage inspiration fra. Projekterne forventes afsluttet med udgangen af 2017, og først herefter vil resultaterne samt evt. selve beslutningsstøtteværktøjerne være tilgængelige til generel udbredelse²³.

¹⁵ Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

¹⁶ Perestelo-Pérez L et al (2015) Effect of the statin choice encounter decision aid in Spanish patients with type 2 diabetes: A randomized trial. Patient Educ Couns, 0738-3991(15)30068-9.

¹⁷ Bellows J et al (2014) Use of IndiGO individualized clinical guidelines in primary care. J Am Med Inform Assoc 21, s. 432–437.

¹⁸ Kennedy et al (2004) A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. Gut, 53(11) s. 1639-45.

¹⁹ Richardson G et al (2004) Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease. J Health Serv Res Policy, 11(4), s. 225-30.

²⁰ Buhse S et al (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open, 13(11), s. 009116.

²¹ Stacey D et al (2004) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

²² <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-7-12>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797156>

²³ Fuld liste over projekter der har modtaget midler fra Sundhedsstyrelsen findes her:
https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2016/udvikling-af-beslutningsstoette_vaerktoejer

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer²⁴. Heri findes en dansk version af IPDAS' kvalitetskriterier for beslutningsstøtteværktøjer, som beskriver hvordan sådanne værktøjer bør udvikles, og hvilke elementer de bør indeholde, hvis de skal kunne leve op til principperne i Fælles beslutningstagning og have de effekter, der er fundet i videnskabelige undersøgelser.

Desuden indeholder kataloget en dansk oversættelse af et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til behandlingsvalg, hvor der endnu ikke findes specifikke beslutningsstøtteværktøjer. Patient og sundhedspersonale kan så sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og sammen overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

²⁴ Inspirationskataloget kan downloades her:
<http://danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog>



Implementeringsplan for tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

Indledning

Region Syddanmark og de 22 kommuner har primo 2017 vedtaget et nyt forløbsprogram for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver sygehusenes, almen praksis' og kommunernes opgaver og roller i samarbejdet og kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL. Programmet er fagligt funderet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

Det nye forløbsprogram er udviklet i tæt samarbejde med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Dette har bevirket et stærkt fokus på tværsektorielt samarbejde og kommunikation, og hvordan vi mere systematisk kan inddrage patient og pårørende heri.

Forløbsprogrammet skal sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj og ensartet kvalitet, hvor patienter og pårørende i vid udstrækning inddrages i deres eget forløb. Forløbsprogrammet skal ligeledes sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale rehabiliteringstilbud og indlæggelser på sygehus). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer. Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med KOL.

Formål og mål for implementeringen

Formålet med forløbsprogrammet er at sikre:

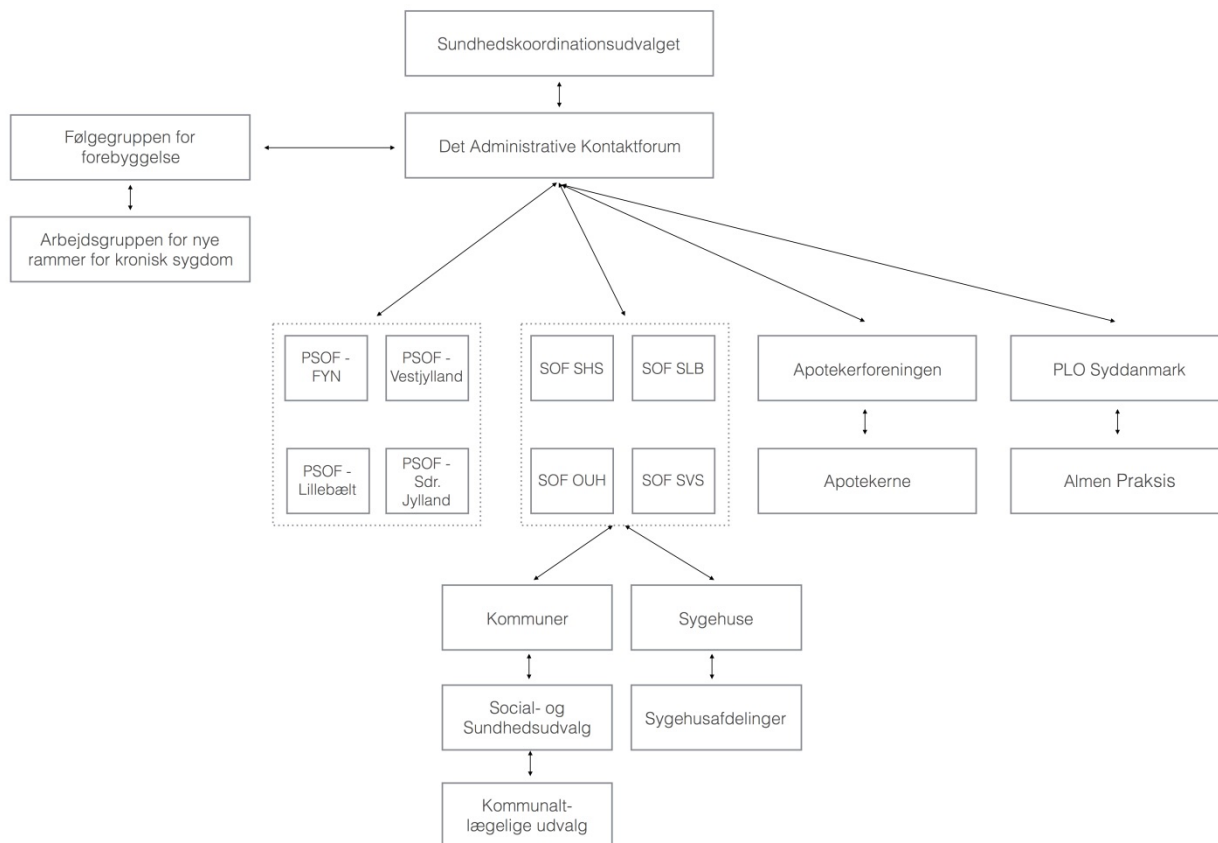
- Høj ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats
- Sammenhængende forløb
- Inddragelse af patienter og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målet med implementeringen er at sikre, at:

- alle relevante medarbejdere i den primære og sekundære sundhedssektor kender til forløbsprogrammet og dets funktion

- forløbsprogrammet indarbejdes i de enkelte aktørers procedure og instrukser
- forløbsprogrammet anvendes systematisk i det daglige tværsektorielle samarbejde

Kommunikationsveje i implementeringen



Implementeringsmetoden – ansvar og roller

Sundhedskordinationsudvalget (SKU) godkender forløbsprogrammet og er ansvarlig for den løbende monitorering.

Det Administrative Kontaktforum (DAK) er ansvarlig for implementeringen af forløbsprogrammet.

Følgegruppen for Forebyggelse er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde halvårlige status til SKU og DAK.

De lokale samordningsfora (SOF) (somatik) koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehusenheder, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af implementeringen forslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert SOF.

Der udarbejdes i regi af hvert SOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplan herfor. Der skal være en særlig opmærksomhed på at sikre kompetenceudvikling og aftaler om flytningen af den sygdomsspecifikke



patientuddannelse og den specialiserede genoptræning fra sygehus til kommune. SOF understøttes i implementeringsarbejdet af Følgegruppen for Forebyggelse, som indledningsvist udarbejder en generisk sagsfremstilling til brug i relevante fora samt fælles informationsmateriale og film til brug ved oplæring af personale.

De lokale Samordningsfora (Psykiatri) forholder sig til forløbsprogrammet og justerer lokale samarbejdsaftaler og procedurer i henhold hertil.

Sygehusene: Sygehusledelserne er ansvarlige for at forløbsprogrammet implementeres på regionens sygehuse. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer.

Kommunerne: De kommunale ledelser er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres i alle relevante afdelinger. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer. Kommunerne har et særligt ansvar ift. at overtage den sygdomsspecifikke patientuddannelse og specialiserede genoptræning fra sygehusene senest per 1/1 2018. Kommunerne er ansvarlige for eventuelt at dagsordenssætte forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg.

Endvidere dagsordenssættes forløbsprogrammet på de lokale Kommunalt Lægeligeudvalg med det formål at implementere programmet i det lokale samarbejde mellem kommunen og almen praksis. Følgegruppen for forebyggelse udarbejder en generisk sagsfremstilling til begge.

Apotekerforeningen: Informerer apotekerne i Region Syddanmark om forløbsprogrammet.

PLO Syddanmark: Informerer deres medlemmer om forløbsprogrammet. Region Syddanmark informerer også de praktiserende læger igennem nyhedsbrevet "Praksisnyt". De regionale praksis- og datakonsulenter kan ligeledes bidrage med råd og vejledning i anvendelsen af forløbsprogrammet.

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med KOL implementeres på sygehuse, i kommuner og almen praksis i perioden andet kvartal 2017 til andet kvartal 2018. Implementeringen koordineres af de lokale samordningsfora. Efter implementeringsperioden udføres en evaluering af implementeringsgraden. Denne drøftes i de lokale samordningsfora med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter. I fjerde kvartal 2018 udføres en monitorering af forløbsprogrammets effekter, jf. monitoreringsplanen, som fremgår sidst i dette dokument.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

	Dato
<u>Administrativ behandling og politisk godkendelse</u>	
Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	13/12 2016
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	27/1 2017
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	28/2 2017
<u>Tilrettelæggelse af lokal implementering</u>	
SOF dagsordenssætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan, herunder flytning af den specialiserede patientuddannelse og genoptræning	2. kv. 2017
PSOF forholder sig til forløbsprogrammets arbejdsgange og justerer procedure i henhold hertil	
Kommunerne dagsordenssætter evt. forløbsprogrammet på Social- og Sundhedsudvalgene samt KLU	
Apotekerforeningen orienterer deres medlemmer om forløbsprogrammet	
PLO Syddanmark orienterer, i samarbejde med Region Syddanmark, deres medlemmer om forløbsprogrammet	
<u>Flytning af den specialiserede patientuddannelse og genoptræning</u>	
Den specialiserede patientuddannelse og genoptræning er indarbejdet i de kommunale forebyggelsestilbud	1/1 2018

Kompetenceudvikling

Ledelsesakademiet i Region Syddanmark har afsat midler til tværsektoriel kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle for at styrke brugerinddragelse og implementering af forløbsprogrammet. Ledelsesakademiet planlægger og afholder kompetenceudviklingen efter nærmere dialog med relevante fagpersoner på sygehuse, i kommuner og almen praksis.

I forløbsprogrammet er der to hovedområder, hvor der skal arbejdes med målrettet kompetenceudvikling:

1. Inddragelse og samarbejde med patienter og pårørende

For at sætte fokus på det essentielle ift. inddragelse af og samarbejde med patienter vil der være to målgrupper:

- o *Ledere på sygehuse, i kommuner og almen praksis*, der har ansvar for patienter i et KOL – forløb. Lederne skal understøtte organisering og kultur.
- o *Medarbejdere på sygehuse, i kommuner og almen praksis*, der arbejder med patienter med KOL. Fokus vil her være på at blive bedre i hverdagen til at inddrage, lytte til og kommunikere med patienter og pårørende.

Kompetenceudviklingen vil for ledere foregå på tværs af regionen, og have et omfang på ½ dag, og for medarbejderne vil det foregå omkring de enkelte SOF'er, og vil have et omfang på 2 dage med en hjemmeopgave mellem de to undervisningsdage.

2. Specialiseret patientuddannelse og genoptræning i kommunerne

I forbindelse med flytning af den specialiserede patientuddannelse og genoptræning kan Ledelsesakademiet bistå SOF'erne med facilitering og planlægning af kompetenceudvikling. Behovet for løbende kompetenceudvikling efter flytning skal afklares lokalt i de enkelte SOF.

Der pågår endvidere overvejelser om oprettelse af et tværsektorielt forum, som skal medvirke til at sikre en ensartet implementering af forløbsprogrammet, herunder bl.a. udarbejdelse af instrukser, anbefalinger og opfølgning på forløbsprogrammet.

Monitorering

Forløbsprogrammets implementering og effekt monitoreres løbende af Følgegruppen for Forebyggelse, som halvårligt orienterer Sundhedskoordinationsudvalget herom.

Monitoreringsmodellen sammensættes af to sæt indikatorer:

1. Indikatorer der belyser, i hvor høj grad programmet er implementeret
2. Indikatorer der belyser, om implementering af programmet har den tilsigtede effekt

Det nye forløbsprogram har særlig fokus på samarbejde og kommunikation, dvs. især på den del af indsatsen, der skal sikre sammenhæng i patientforløbet og medinddragelse af patienter og pårørende. Krav og forventninger til kvaliteten af den fagspecifikke indsats findes i de enkelte aktørers retningslinjer og instrukser - ansvaret for kvalitetsopfølgning ligger hos den respektive ledelse. Derfor lægges der op til, at forløbsprogrammet monitoreres gennem målinger, der begrænser sig til belysning af den organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Monitoreringen vil ske på baggrund af eksisterende registerdata og tværsektoriel dataindsamling på kvalitative og kvantitative indikatorer.

Eksisterende registerdata

Der eksisterer kun få registerdata, som belyser implementering og effekt af forløbsprogrammet:

Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (Dr.KOL)

- frekvensen af akutte genindlæggelser

Rygestopbasen

- antal afholdte rygestopkurser

- antal/frekvens af rygere

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

- patientoplevede kvalitet vedr. tværsektorielt samarbejde om udskrivelse



Tværasektorielle indikatorer:

Udtræk af registerdata suppleres med én årlig spørgeskemaundersøgelse, som skal afdække implementeringsgraden på følgende indikatorer:

- Antal henvisninger/henvendelser om rygestopkursus modtaget i hver kommune
- Antal gennemførte rygestopforløb
- Antal modtagne genoptræningsplaner
- Procentdel gennemførte genoptræningsforløb
- Antal modtagne henvisninger til forebyggelsestilbud
- Procentdel gennemførte forebyggelsestilbud
- Antal gennemførte forløb med kostvejledning

Endvidere indsamles data til monitorering fra patienter med KOL og deres pårørende via. spørgeskemaet SPOT, der specifikt er udviklet til brug i tværasektorielle patientforløb.

Laminat/folder-knæartrose-almen praksis

SIDE 1

Baggrund

De Nationale Kliniske Retningslinjer og Faglige Visitationsretningslinjer for Knæartrose (2012), anbefaler at al undersøgelse og behandling indledes i almen praksis og bør starte med patientinformation, smertebehandling, rådgivning om fysisk træning og om evt. vægttab.

Diagnose:

Diagnosen knæartrose bør stilles klinisk ud fra en samlet vurdering af risikofaktorer, symptomer og objektive fund:

Symptomer:

- Knæ smerter
- Igangsætningsledstivhed
- Nedsat fysisk funktion

Objektive fund:

- Bevægeindskrænkning
- Krepitation
- Øget ledomfang
- Fejlstilling
- Muskelsvaghed

Risikofaktorer:

- Alder over 40 år
- Overvægt
- Tidligere ledskaade
- Hårdt fysisk arbejde/fritid
- Arv

Differentialdiagnostisk

Overvej om eventuelle ekstra-artikulære årsager (myoser, tendinit, bursit) kan være den væsentligste smertekilde.

Degenerative meniskforandringer er hyppige ved knæledsartrose.

Vigtige differentialdiagnoser er artrit, arteriosclerose, neurit, ischias og referred pain (smerter fra ryg eller hofte kan opleves som knæ smerter).

Evt. paraklinisk undersøgelse ved mistanke om systemisk sygdom: CRP, leukocytter og eventuelt serum-urat og reumaprøver.

Billeddiagnostik

Overensstemmelsen mellem røntgenfund og oplevede symptomer er lav. Der kan gå 10-15 år fra symptomdebut til at forandringer kan ses på røntgen. Røntgen er først indiceret forud for henvisning til ortopædkirurg og ved differentialdiagnostiske overvejelser. MR-scanning har ingen plads i diagnostik af knæledsartrose.

SIDE 2

BEHANDLING

1. Patientuddannelse og patientinformation

Individuelle egenomsorgsstrategier aftales med patienten, herunder relevante mål vedr. smertebehandling, fysisk træning, hensigtsmæssige aktivitetsændringer og evt. vægttab.

2. Smertebehandling

Analgetikabehandling skal være i relevant dosis ud fra gældende generelle retningslinjer.

Som altid i smertebehandling ved kroniske sygdomme drejer det sig om en balancegang mellem effekt og bivirkning og ved knæartrose med det yderligere perspektiv, at sygdommen ofte har en

varighed i størrelsesordenen 20-30 år. Anvendelse af steroid- og antiinflammatorisk behandling er forbundet med særlige bivirkninger og tilrådes derfor ikke som længerevarende behandling.

3. Vurdering

Såfremt patientens kliniske tilstand er af en sådan sværhedsgrad, at behandling i primærsektoren må anses for udsigtsløs, henvises direkte til sygehus.

4. Træning

Træning ved mild og moderat knæartrose kan være konditions- og styrketræning til at mindske smerter og bedre den fysiske funktion. For at opnå effekt på smerter og fysisk funktion, anbefales det, at træningen udføres 2-3 gange om ugen i mindst 6 uger. Det anbefales, at hjemme- og selvtræning altid starter med et superviseret forløb.

Træning ved svær artrose foregår på samme måde som ved mild og moderat artrose og er typisk forsøgt gennemført forud for indsættelse af nyt knæ.

Superviseret træning kan tilbydes hos fysioterapeuter, som er specialuddannede i artrosebehandling (se www.sundhed.dk) eller i kommunalt sundhedscenter (se afsnit 5 nedenfor).

5. Vægttab

Vægttab anbefales ved overvægt ($BMI \geq 28$). Overvægtige anbefales et vægttab på $> 5\%$ af kropsvægten for at mindske smerter og bedre den fysiske funktion. Vægttabet skal vedligeholdes for at bevare effekten.

Superviseret vægttab tilbydes i nogle kommunale sundhedscentre (se afsnit 5 nedenfor).

6. Henvisning til kommunalt tilbud

Patientuddannelse og træning samt forløb om vægttab tilbydes i nogle kommunale sundhedscentre (se www.sundhed.dk og henvisning sker elektronisk via MedCom-standarden REF01). Henvisning på grundlag af stratificering efter sygdommens sværhedsgrad og egenomsorgsevne.

7. Henvisning til sygehus

Patienten henvises til vurdering hos ortopædkirurg med henblik på operation ved følgende kriterier (ikke alle af nedenstående kriterier skal være opfyldt):

1. Behandling i primærsektoren har ikke givet en tilfredsstillende effekt ift. smerte- og funktionsniveau.
2. Mekanisk blokering af knæets bevægelse.
3. Svær eller tiltagende fejlstilling af knæet (smerter vil ofte være henvisningskriteriet).
4. Svær instabilitet.
5. Svær extensionsdefekt der stadig er til stede efter gennemført fysioterapi.
6. Hvis der af andre årsager ønskes vurdering ved ortopædkirurg.

Patienter der falder indenfor punkterne 2-6 henvises direkte uden forudgående tiltag i primærsektoren.

Følgende skal fremgå ved henvisning til sygehus

Kort anamnese og objektive fund

Patientens funktionsniveau

Beskrivelse af den gennemførte behandling i almen praksis og supplerende basisbeh. i primærsektoren, samt effekten heraf

Resultat af røntgenundersøgelse

At patienten er indstillet på eventuel operativ behandling

Opdateret FMK

Patientens sociale status og evt. verserende forsikringssag

NB: Sekundærsektoren har mulighed for at afvise henvisninger, som ikke opfylder ovennævnte.

ICPC

L90.

Opfyldes de diagnostiske kriterier ikke, kan man overveje kode L15: Symptom/klage fra knæ.

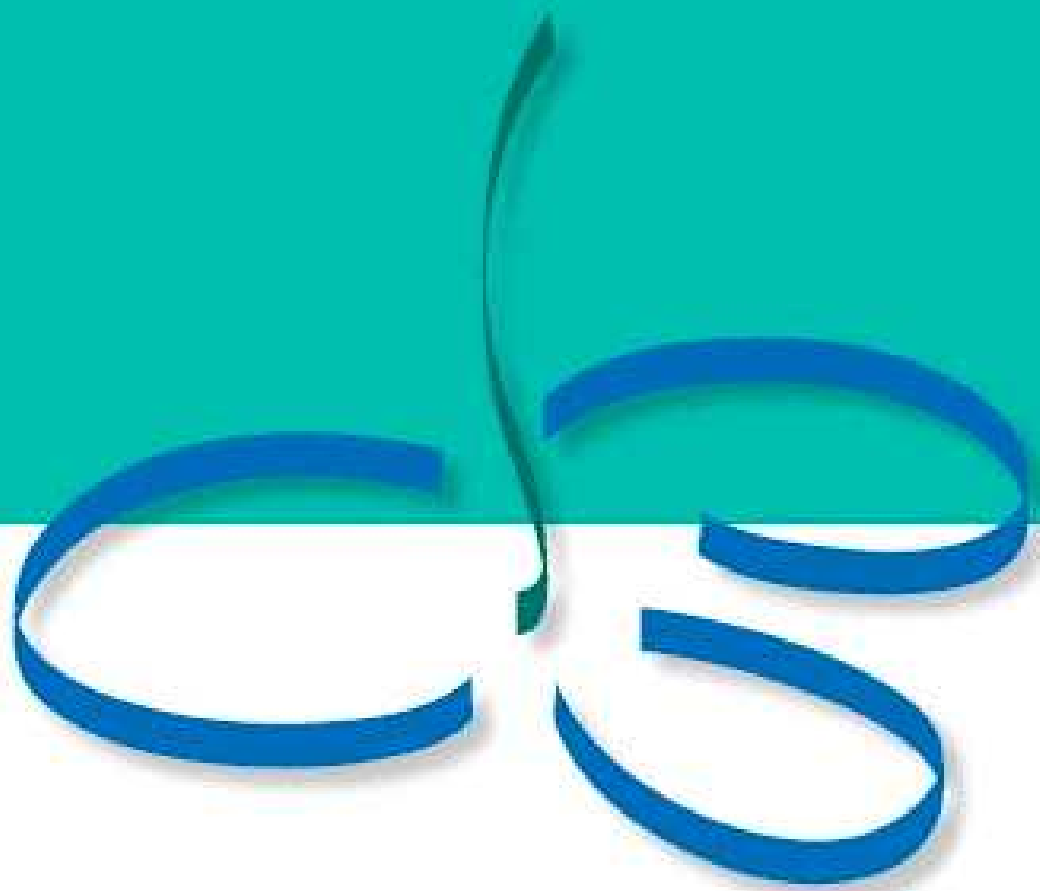
Links (kommer i den elektroniske version på sundhed.dk)

[Faglige visitationsretningslinjer vedr. knæartrose - Sundhedsstyrelsen.](#)

[Knæartrose på Lægehåndbogen.](#)

[Slidgigt i knæet på Patienthåndbogen.](#)

[Lægehåndbogen om Knæledspunktur.](#)



Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark

Afdækning

Følgegruppen for forebyggelse

December 2016



Indhold

Baggrund og læsevejledning.....	3
Formål.....	3
Målgruppe	3
Typer af indsatser	3
Metode & forbehold.....	4
Svaretagelse.....	4
Indsatser og erfaringer	5
Kommunale indsatser og erfaringer	5
Overordnet status for kommunernes arbejde med forebyggelsespakken anbefalinger om mental sundhed	5
Opfylder kommunen forebyggelsespakken anbefalinger om mental sundhed på udviklingsniveau?	6
Særligt effektfulde eller vigtige kommunale indsatser.....	7
Regionale indsatser.....	9
Særligt effektfulde eller vigtige regionale indsatser.....	11
Sammenfatning af regionale og kommunale indsatser.....	11
Elementer i indsatser, der fremmer mental sundhed	12
Regionalt-kommunalt samarbejde: Er der områder, hvor tiltag kan understøtte eller fremme kommuner og regionens arbejde med børn og unges mentale sundhed?	13
Kommunale input	13
Regionale input.....	14
Sammenfatning.....	15
Kilder	16

Bilag

De nævnte bilag findes i det separate dokument ” Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark. Bilag”:

Bilag 1 : Sammenfatning af kommunale svar ang. særligt effektfulde indsatser

Bilag 2: Sammenfatning af regionale indsatser, der understøtter de kommunale indsatser, nævnt i forebyggelsespakken om mental sundhed

Bilag 3. Sammenfatning af regionale svar ang. særligt effektfulde indsatser

Redaktion: Susanne Vangsgaard, Konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
 Line Brinch Christensen, Sundhedsplanlægger, Middelfart Kommune.

Tak til: Kommuner, sygehuse og psykiatri i Region Syddanmark for deres bidrag.

Baggrund og læsevejledning

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark har prioriteret mental sundhed blandt børn og unge, som en særlig vigtig indsats, jævnfør Sundhedsaftalens afsnit 4.2.5.

På den baggrund har en arbejdsgruppe under Følgegruppe for forebyggelse lavet en *kortlægning af forekomst og sammenhænge vedr. mental sundhed blandt børn og unge*¹. I forlængelse heraf har Sundhedskoordinationsudvalget besluttet (d. 16. august 2016), at det skal afdækkes, hvilke tilbud og initiativer, der allerede i dag findes i regionen og de syddanske kommuner. Afdækningen skal indgå som beslutningsgrundlag for det videre arbejde med mental sundhed i regi af Sundhedsaftalen 2015-2018.

Nærværende afdækning kan med fordel læses sammen med de to rapporter ”*Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*” (Vidensråd for forebyggelse, 2014) og rapporten ”*Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*” (Center for sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016).

De tre ovennævnte rapporter giver sammen med nærværende afdækning samt forebyggelsespakken om mental sundhed et godt udgangspunkt for det videre arbejde med mental sundhed hos børn og unge. Forebyggelsespakken om mental sundhed er under opdatering, og forventes offentliggjort i løbet af 2017².

Formål

Det overordnede formål med afdækningen af kommunernes og regionens tilbud og indsatser på området er at undersøge, hvorvidt der er brug for fælles mål eller indsatser i Region Syddanmark.

Afdækningen skal

- give et **opdateret overblik** over de syddanske kommuners arbejde med implementering af forebyggelsespakken om mental sundhed på børne- og ungeområdet,
- give et overblik over regionale indsatser, der kan understøtte kommunernes arbejde med implementeringen af forebyggelsespakken
- samle erfaringer med **konkrete tiltag, som i praksis vurderes at være effektfulde** til at fremme eller sikre mental sundhed hos børn og unge.
- **identificere områder, hvor et eventuelt regionalt / kommunalt samarbejde kan understøtte** arbejdet med at fremme mental sundhed og forebygge dårlig mental trivsel.

Målgruppe

Afdækningen gælder børn og unge fra 0- 24 år.

Typer af indsatser

Afdækningen omfatter indsatser af forebyggende, sundhedsfremmende og til dels behandlende karakter ift at fremme eller sikre mental sundhed. Indsatser af delvis behandlende karakter kan bl.a. omfatte tilbud, hvor der både indgår forebyggende elementer (ift forværring) og rådgivning og vejledning.

¹ Se bilag under regionsyddanmark.dk/wm488972#punktnavn3

² Mundtlig kommunikation: Oplæg på SST-konferencen ”Mental sundhed i Danmark – hvordan fremmes trivslen?” d. 23. nov 2016 v. Enhedschef Jette Juul Bruun, Sundhedsstyrelsen.

Metode & forbehold

Følgegruppe for forebyggelse har stået for den praktiske gennemførelse af afdækningen, som retter sig mod alle regionens kommuner, samt regionens sygehuse og psykiatri.

Der blev gennemført en mindre pilotafdækning i tre kommuner mhp at tilpasse afdækningens omfang og form, og på baggrund af erfaringer herfra blev det endelige spørgeskema til kommunerne udformet.. Spørgeskemaet omfattede spørgsmål vedrørende den overordnede status for kommunens arbejde med forebyggelsespakkernes anbefalinger om mental sundhed, og i hvor høj grad kommunen selv vurderer, at de lever op til de enkelte anbefalinger på udviklingsniveau. Derudover blev kommunerne bedt om at beskrive 1-3 indsatser, der vurderes særligt effektfulde eller vigtige i forhold til at fremme mental sundhed, eller forebygge dårlig mental trivsel blandt børn og unge i kommunen, samt give eksempler på områder, hvor regionale tiltag kan understøtte eller fremme kommunens arbejde med børn og unges mentale sundhed?

Regionens sygehuse og psykiatri er blevet bedt om at beskrive indsatser og tilbud der understøtter de indsatser der er beskrevet i forebyggelsespakken på henholdsvis grund- og udviklingsniveau. Ligesom kommunerne er de blevet bedt om at beskrive 1-3 indsatser, der vurderes særligt effektfulde samt give eksempler på områder, hvor samarbejdet med kommunerne kan fremmes.

Da kommuner og regionale instanser ikke er bedt om at opliste samtlige initiativer i eget regi, kan afdækningen ikke anvendes til at konkludere noget absolut om hvor mange sygehuse eller kommuner, der udbyder et konkret tilbud eller initiativ. Afdækningen kan først og fremmest give en indikation af omfanget for kommunernes, sygehusenes og psykiatriens arbejde på området, samt tjene som gensidig inspiration.

Afdækningen er gennemført i oktober-november 2016.

Svaredeltagelse

21 af 22 kommuner har returneret svar. Ikke alle kommuner har svaret på alle spørgsmål, og der er derfor varierende svarprocent i de enkelte spørgsmål.

Alle sygehuse i regionen og Psykiatrien har svaret, men også her er det ikke alle spørgsmål, der er besvaret.

Indsatser og erfaringer

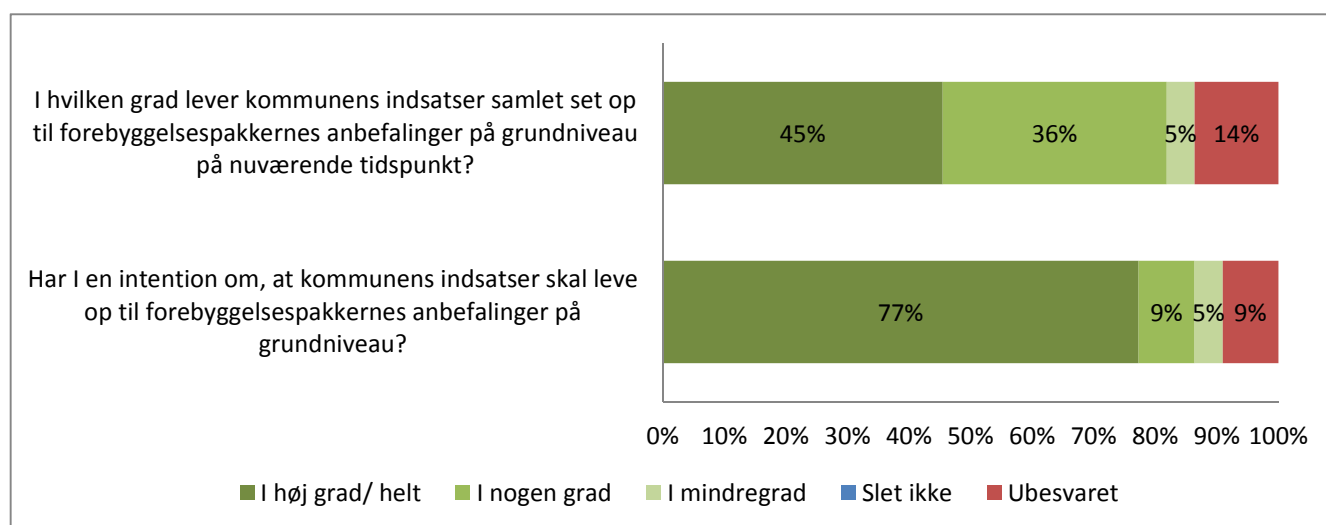
Kommunale indsatser og erfaringer

I afdækningen er anvendt fire spørgsmål fra den nationale kortlægning af kommunernes arbejde med implementering af forebyggelsespakkerne³, som senest blev gennemført i 2015. Det er dermed, i nogen grad, muligt at sammenholde kommunernes svar med tidligere status. I denne afdækning spørges kun til anbefalinger, som retter sig mod børn og unge, hvorfor sammenligningen bør ske med forbehold.

Overordnet status for kommunernes arbejde med forebyggelsespakkens anbefalinger om mental sundhed

Grundniveau

I alt svarer 81 % af kommunerne, at de i høj grad eller nogen grad lever op til forebyggelsespakkernes anbefalinger om mental sundhed på grundniveau, heraf svarer 45 % at de 'helt eller i høj grad' lever op til anbefalingerne (Figur 1). Dermed ser det ud til, at andelen af kommuner, som arbejder aktivt med forebyggelsespakken, er stigende; I 2013 svarede 14 % af kommunerne, at de opfyldt grundniveauets anbefalinger helt eller i høj grad, og 2015 var det tal 29 % (Center for Interventionsforskning et al, Syddansk Universitet, 2015).



Figur 1: Kommunernes arbejde med forebyggelsespakkens anbefalinger på grundniveau. 100 % svarer til Region Syddanmarks 22 kommuner.

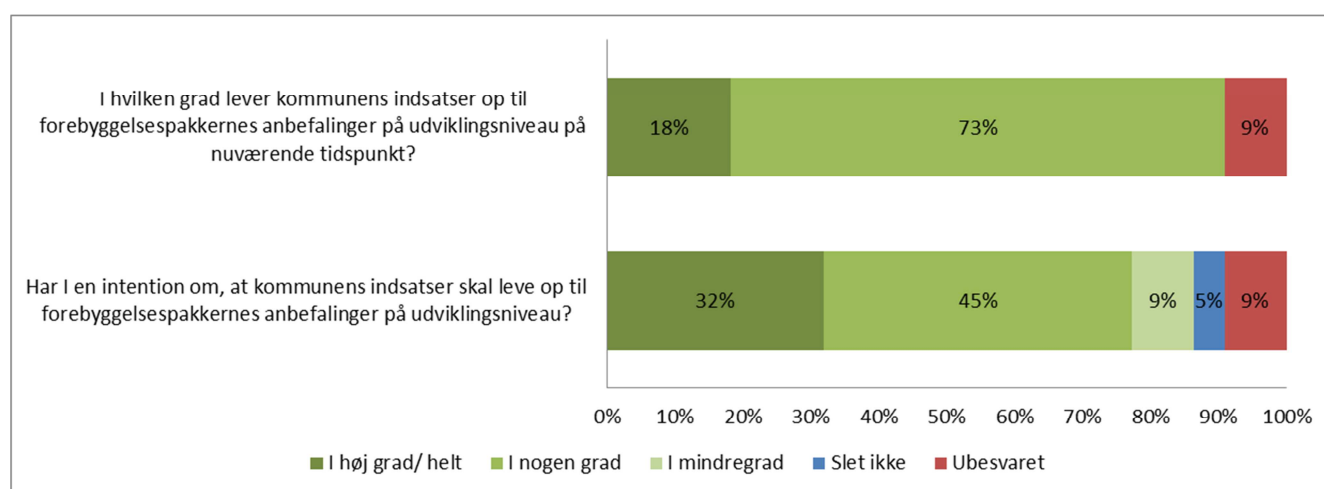
Den samme udvikling gør sig gældende for intentionen om at leve op til anbefalingerne om mental sundhed på grundniveau. I 2013 anførte 59 % af kommunerne, at de havde intention om at leve op til anbefalingerne på grundniveau fra forebyggelsespakken om mental sundhed (Center for Interventionsforskning et al, Syddansk Universitet 2015). I 2015 var dette tal steget til 69 % og i denne afdækning svarer 77 % af kommunerne, at de i høj grad eller helt har intention om at efterleve anbefalingerne.

³ [Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.](#)

Udviklingsniveau

I afdækningen svarer 18 % af kommunerne, at de helt eller i høj grad lever op til forebyggelsespakkens anbefalinger på udviklingsniveau, mens 68 % svarer at de i nogen grad lever op til anbefalingerne (figur 2). I de nationale kortlægninger i 2013 og 2015 svarede henholdsvis 9 og 18 % af kommunerne, at de 'helt eller i høj grad' lever op til anbefalingerne (Center for Interventionsforskning et al, Syddansk Universitet, 2015).

På samme måde som på grundniveau ses en fortsat stigning i andelen af kommuner, som har intention om at leve op til anbefalingerne på udviklingsniveau. I denne afdækning svarer 32 %, at de i høj grad eller helt har intention om at efterleve anbefalingerne. Det er en fortsat stigning i forhold til 2013, hvor denne andel var 17 % og 2015, hvor det var 22 %.



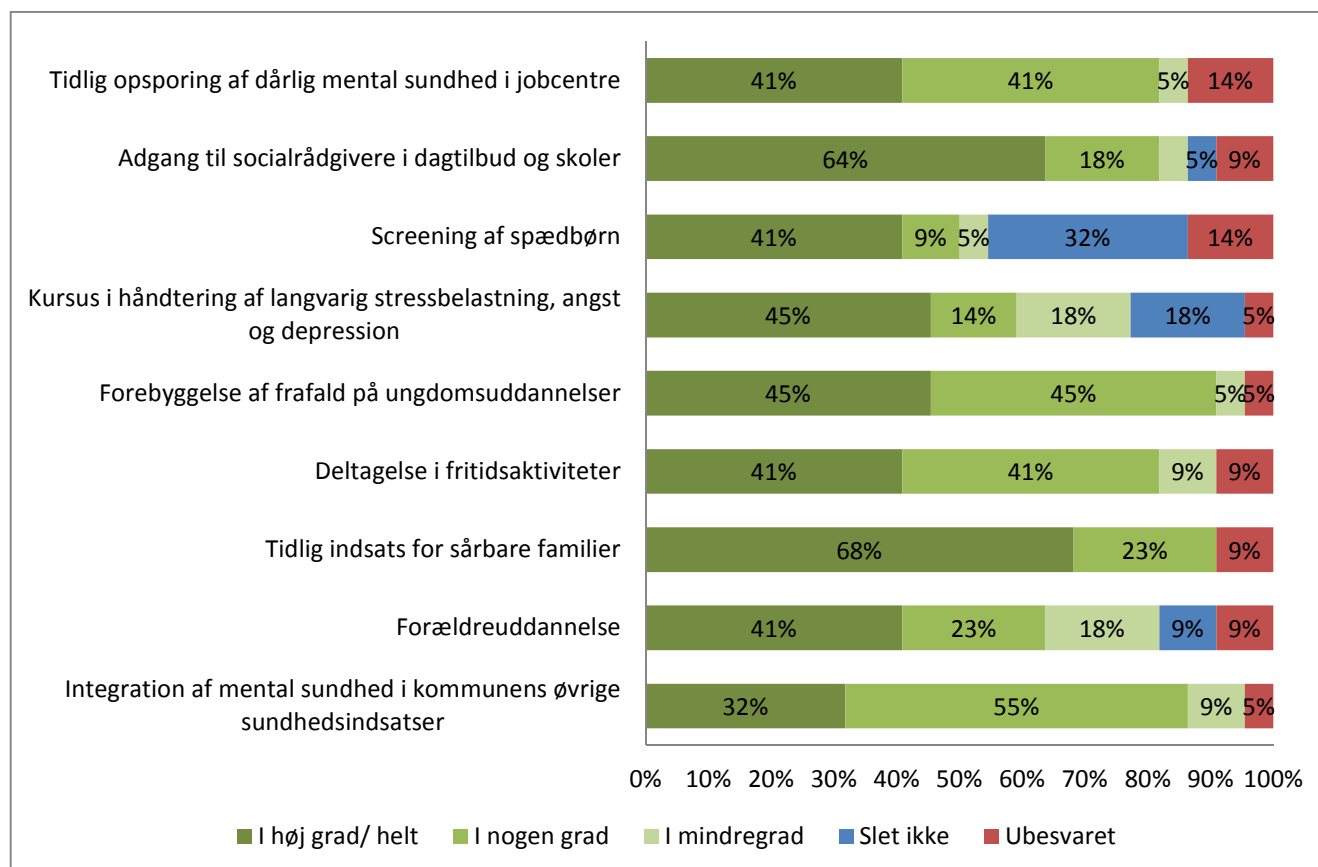
Figur 2: Kommunernes arbejde med forebyggelsespakkens anbefalinger på udviklingsniveau. 100 % svarer til Region Syddanmarks 22 kommuner.

Opfylder kommunen forebyggelsespakkens anbefalinger om mental sundhed på udviklingsniveau?

Det varierer, i hvor høj grad kommunerne vurderer, at de opfylder de enkelte anbefalinger på udviklingsniveau. Flest kommuner angiver, at de helt eller i høj grad lever op til anbefalingerne om 'adgang til socialrådgiver i dagtilbud og skoler' samt 'tidlig indsats for sårbare familier'.

'Screening af spædbørn' er den anbefaling, som flest kommuner angiver, at de 'slet ikke' opfylder. Flere kommuner begrundet dette med, at det værktøj, som anbefales i forebyggelsespakken (Screeningsmetoden PUF) endnu ikke er færdigudviklet⁴.

⁴ I Forebyggelsespakken om mental sundhed er angivet, at værktøjet forventes færdigt i sommeren 2015. Sundhedsstyrelsen bekræfter pr. mail, at værktøjet ikke er færdigudviklet pr 16. december 2016.



Figur 3: Kommunernes arbejde med forebyggelsespakken anbefalinger på udviklingsniveau. Den fulde tekst fra anbefalingerne kan ses i forebyggelsespakken om mental sundhed. 100 % svarer til Region Syddanmarks 22 kommuner.

Særligt effektfulde eller vigtige kommunale indsatser

Kommunerne blev i afdækningen bedt om at beskrive 1-3 indsatser, som de vurderer er særlig effektfulde eller vigtige i forhold til at fremme mental sundhed, eller forebygge dårlig mental trivsel blandt børn og unge i kommunen. Da kommunerne blev bedt om at prioritere og fremhæve de indsatser, som de selv finder vigtigst, er bilag 1⁵ ikke en komplet oversigt over arbejdet med mental sundhed i Region Syddanmarks kommuner, men alene en oversigt, over de indsatser kommunerne selv fremhæver som særligt gode.

Som det fremgår, har enkelte kommuner valgt at indsende flere indsatser end efterspurgt. Da afdækningen og dermed kommunernes bidrag tjener et vidensdelings og inspirationsformål snarere end stringent forskning, har følgegruppen valgt, at videreformidle alle de indsendte indsatser.

Sammenfatning af karakteristika ved kommunernes fremhævede indsatser:

- **Aldersgrupper**

De indsendte indsatser fordeler sig nogenlunde ligeligt over aldersspektret lige fra indsatser målrettet spædbørn og forældre (20 % af indsatserne), småbørn (under 10 %), skolebørn (ca. 25 %) og unge (ca. 25 %). For endnu ca. 25 % af indsatserne er angivet brede aldersgrupper som "børn og unge" eller "0-18", mens et par indsatser retter sig mod alle "borgere". Flertallet af indsatser retter sig således mod skolebørn og unge, og færrest indsatser retter sig særligt mod småbørn i dagtilbudsalderen.

⁵ Se det separate dokument "Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark. Bilag"

- **Type af indsatser**

Cirka 1/3 af indsatserne kan beskrives som generel forebyggelse, mens de øvrige 2/3-dele er deciderede tilbud eller indsatser rettet mod en afgrænset målgruppe, eksempelvis sårbare personer, unge forældre, personer med overvægt, angst, sorg, lettere psykiske problemer, selvmordsproblematikker, risiko for at droppe ud af uddannelse, misbrug eller psykisk sygdom hos forældre.

- **Projekt eller drift**

Langt størstedelen af de fremhævede indsatser er implementeret i driften (33). Tolv indsatser angives som projekter, tre er under implementering og tre indsatser er uden angivelse.

- **Indsatsernes baggrund**

Hovedparten af indsatserne (33) har i én eller anden grad baggrund i specifikke metoder eller lignende. Det er dog ikke ud fra materialet muligt at vurdere om metoderne underbygges af videnskabelig evidens. For enkelte indsatser er det angivet, at indsatsen ikke har baggrund i specifikke metoder (3), eller at indsatsen har baggrund i lovgivning (1). For en række indsatser er det ikke klart angivet (12).

- **Evaluerings**

For mere end 2/3 af indsatserne (30) er det angivet, at der foretages evaluering i en eller anden form. Typen af evaluering omfatter både interne evalueringer af indsatsen, deltagernes evaluering af eget udbytte og større evalueringer foretaget af andre instanser end kommunen selv, fx Komiteen for sundhedsoplysning. For syv indsatser er det angivet, at der ikke foretages evaluering, mens det er uklart for de resterende 14 indsatser.

Regionale indsatser

Sygehusene og Psykiatrien i Region Syddanmark er blevet spurgt til, i hvilken grad de har indsatser, der understøtter kommunale indsatser, som de er beskrevet i forebyggelsespakken om mental sundhed. I bilag 2 fremgår det, hvordan de regionale aktører har svaret i forhold til henholdsvis grund- og udviklingsniveauet. Nedenfor følger en sammenfatning opdelt på målgrupper.

Småbørn og forældre

Alle gravide tilbydes forældre- og fødselsforberedelse med fokus på at forberede til forældreskab herunder også de psykiske og sociale aspekter. På regionens sygehuse samarbejdes der med kommunerne om sårbare gravide, ligesom der er etableret familieambulatorier.

Sygehusene samarbejder med den kommunale sundhedspleje omkring gravide og nyfødte ved mistanke om mistrivsel. Det kan fx være ved formodet risiko for efterfødselsreaktioner eller andre sociale faktorer, som kan vanskeliggøre en optimal start. Børn af sårbare forældre observeres, og der er løbende kontakt med hjemkommunen. På fx OUH screenes børn med særlige behov og følges op til 7-årsalderen, ligesom fx SHS har fokus på par med traumatiske fødselsforløb, som tilbydes opfølgende efterfødselssamtale ved behov.

Familieambulatorierne er et tilbud til gravide, hvor den gravide eller hendes partner har et aktuelt risikoforbrug af alkohol, rusmidler eller medicin under graviditeten, eller hvis de indenfor 2 år før graviditeten har haft et risikoforbrug. Tilbuddet kan fortsættes efter fødslen, og der er tilbud om børneundersøgelse ved børnelæge og psykolog, som kan følge barnet frem til skolealderen. Der samarbejdes tæt med kommunale aktører omkring forældrene. Et andet eksempel inden for regionens tilbud til målgruppen er, at der på Sygehus Lillebælt er etableret forældre- og fædregrupper på neonatalafdelingen.

Børn i dagtilbud

Børn kan, ved kommunal registreret mistrivsel hos barnet, tilbydes en udredning på sygehuset. Men det er først ved indlæggelse, at der etableres et samarbejde med kommunen. Der kan bl.a. følge tilbud om psykolog eller fysioterapeut. På flere sygehuse er der socialrådgivere ansat for at opnå en god og glidende overgang til kommunalt regi, ligesom der på SLB kan etableres netværksmøder ved opmærksomhed på særlige problemstillinger.

Der er på sygehuse i regionen etableret tilbud til behandling af overvægtige børn og unge, i samarbejde med kommunerne, hvor der i høj grad anlægges et helhedssyn, der inddrager konsekvenserne ved overvægt i forhold til barnets trivsel.

Af andre særlige tilbud kan nævnes, at på SVS observeres udsatte børn, som har været indlagt flere gange, af et pædagogisk team.

På SLB er der oprettet astma- og diabeteskoler, som har til hensigt at lære barnet/forældrene at leve et så normalt hverdagsliv som muligt, på trods af sygdom. OUH er på vej med et lignende initiativ.

Børn og unge i skole og ungdomsuddannelser

På flere sygehuse er der socialrådgivere ansat for at opnå en god og glidende overgang til kommunalt regi, ligesom der kan etableres netværksmøder ved opmærksomhed på særlige problemstillinger.

Børn kan, ved kommunal registreret mistrivsel hos barnet, tilbydes tværfaglige forløb, der oftest foretages ambulant, men som i særlige tilfælde kan være indlæggelse. Der kan bl.a. følge tilbud om psykolog eller fysioterapeut.

Af andre særlige tilbud kan nævnes, at på SVS observeres udsatte børn, som har været indlagt flere gange, af et pædagogisk team.

Projekt "Støtte i opvæksten" er et gruppetilbud til børn og unge i alderen 10-14 år på SHS, der har mindst en forælder med psykisk sygdom og evt. samtidig misbrugsproblematik. Forældrene vil løbende blive inddraget i forbindelse med barnets/den unges deltagelse i forløbet.

I forhold til selvmordstruede børn og unge indberettes til hjemkommune, ligesom der samarbejdes på tværs af somatiske og psykiatrisk sygehus. Psykiatrisygehuset samarbejder desuden med kommunerne om behandlingskæder for at sikre opmærksomhed på børn og unge, som ikke nødvendigvis er kendte i psykiatrien, men har behov for midlertidig støtte og hjælp.

På Børne- og ungeklinikken på SHS er der fokus på unge, der indlægges med funktionelle lidelser fx hovedpine, men hvor der kan være tegn på dårlig mental sundhed. Der tilbydes samtale med psykolog.

Der er på sygehuse i regionen etableret tilbud til behandling af overvægtige børn og unge, i samarbejde med kommunerne, hvor der i høj grad anlægges et helhedssyn, der inddrager konsekvenserne ved overvægt i forhold til barnets trivsel.

Der findes forskellige rådgivningstilbud i Psykiatrien. Mindhelper er en portal om mental sundhed, hvor børn og unge kan få hjælp i forbindelse med tidlige psykiske vanskeligheder, selvskade mm. Mindapp er en hjemmeside i psykiatrien med anmeldelser af apps til forebyggelse, behandling indenfor psykiske lidelser samt mental sundhed.

Headspace er et privat non-profit, anonymt og gratis rådgivningstilbud til de 12-25 årige, som har brug for hjælp før problemer med mistrivsel bliver for store. Regionen støtter driften af initiativet og stiller to medarbejdere til rådighed med hver 8 timer pr. uge. Desuden er PsykInfo et tilbud til alle borgere i Region om åben rådgivning, også pårørende og fagprofessionelle.

Psykiatrien samarbejder med Odense og Esbjerg kommuner om et projekt, der har til formål at hjælpe børn og unge tilbage i skole, uddannelse eller job, hvis de pga. mistrivsel og fx skoleangst har fravær. Der er tale om et satspuljeprojekt.

Desuden har Psykiatrien etableret et tværgående projekt med kommunerne og Headspace-centrene om unge med hashmisbrug/psykoser, hvor de unge hjælpes til at få hverdagen til at fungere.

Psykiatrien tilbyder psykoedukation til børn og unge med psykisk syge forældre.

Særligt for unge på ungdomsuddannelser

Psykiatrien har iværksat projekt "Psykisk sundhed og mestring hos unge under uddannelse", som tilbyder uddannelse af personale, der dagligt har kontakt med unge på ungdomsuddannelser, produktionsskoler og lignende. Formålet er at skabe dialog om psykisk sundhed og trivsel på det konkrete uddannelsessted.

Særligt effektfulde eller vigtige regionale indsatser

Som bud på særlige effektfulde regionale indsatser fremhæves bl.a. forløb i trivselsteamet på Børne- og ungeklinikken, Sygehus Sønderjylland, hvor børn og unge der mistrives, indgår i forløb, hvor det tværfaglige personale består af psykolog, fysioterapeut, sygeplejerske og pædagoger og eventuelt en diætist og ergoterapeut. Klinikken har også tværfaglige forløb for børn og unge, der indlægges med funktionelle lidelser fx hovedpine, hvor disse tilses af et smerteteam bestående af psykolog, fysioterapeut, sygeplejerske og pædagoger. I øvrigt har afdelingen også en indsats i forhold til børn og unge med selvskadende adfærd. Her indkaldes den unge og hele familien til en samtale, hvorefter der tages kontakt til kommunen.

I Psykiatrien fremhæves samarbejdet med Headspace, som er et rådgivningstilbud til børn og unge i alderen 12-25 år under Det Sociale Netværk. Formålet er at hjælpe børn og unge tilbage på deres livsspor, før problemerne vokser sig store. Det er besluttet, at gøre samarbejdet permanent og Psykiatrien stiller bl.a. to medarbejdere til rådighed i 8 timer pr. uge for hver.

Projekt "Psykisk sundhed og mestring hos unge under uddannelse", har til formål at skabe dialog om psykisk sundhed og trivsel på det konkrete uddannelsessted. Det sker ved at uddanne undervisere, mentorer, studievejledere, ledere og øvrige medarbejdere, der dagligt har kontakt med unge under uddannelse på ungdomsuddannelser, produktionsskoler og lignende. Indsatsen er blevet permanentgjort som følge af gode resultater.

Desuden er der i Psykiatrien etableret et satspuljeprosjekt med Odense og Esbjerg Kommune, hvor børn og unge, der pga. psykiske eller sociale udfordringer har vanskeligt ved at passe skole, ungdomsuddannelse eller job, hjælpes tilbage hertil efter kontakt med Psykiatrien. Indsatsen er endnu ikke evalueret.

Odense Universitets Hospital fremhæver indsatser i forbindelse med selvmord og misbrug, som særligt vigtige og effektfulde.

Sammenfatning af regionale og kommunale indsatser

Både i kommunalt og regionalt regi er der en række fremhævede indsatser rettet mod spædbørn/forældre og skolebørn/unge, men færre indsatser rettet mod småbørn/børn i dagtilbud. Det er bemærkelsesværdigt, da meget tyder på, at netop tidlige indsatser, herunder i dagtilbuddene, kan have vidtrækkende effekt på en række centrale udviklings- og trivselsparametre (Vidensråd for forebyggelse, 2014).

Det er positivt, at flertallet af de fremhævede indsatser har baggrund i teori eller specifikke metoder. I litteraturgennemgangen af indsatser, der fremmer mental sundhed hos børn og unge, fremhæves netop, at teoretisk forankrede indsatser har større effekt, end ikke-teoretisk forankrede indsatser. Hvilket teoretisk grundlag der anvendes, ser ud til at have mindre betydning, når blot det teoretiske grundlag er gennemgående for hele indsatsen (Center for Sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016).

At langt hovedparten af indsatserne er implementeret i driften, og at der, i mere eller mindre grad, foretages evalueringer er ligeledes positivt.

Elementer i indsatser, der fremmer mental sundhed

Det meste af den sammenfattende litteratur på området retter sig mod aldersgruppen skolebørn og unge. Således også de to nyere rapporter, som blev nævnt i indledningen; "*Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*" (Vidensråd for forebyggelse, 2014) og "*Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*" (Center for sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016).

I rapporten fra Center for sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet fremhæves en række væsentlige elementer, som bør indgå i indsatser for at fremme børns trivsel, herunder:

- Der skal sættes ind tidligt for at få det bedste resultat
- Der skal bruges indsatser, som er teoretisk forankrede, men det er mindre afgørende, hvilket teoretisk grundlag, der er tale om.
- Skoleindsatser har en effekt på børn og unges trivsel, hvis de omfatter hele skolens liv.
- Generelle indsatser bør kombineres med indsatser til børn og unge, som har brug for mere støtte
- Man skal evaluere systematisk på indsatserne

Selv om disse overordnede fællesstræk er baseret på litteratur om større børn, kan pointerne om "tidlig indsats", "teoretisk forankring", "helhedsindsatser", "kombination af generelle og specifikke indsatser" samt "systematisk evaluering", formodentlig udbredes til også at gælde for indsatser målrettet yngre børn. Rapporten kan således bidrage med viden til kommuner og andre aktører, der gerne vil udvikle indsatser for børn og unges mentale sundhed, baseret på et kvalificeret vidensgrundlag.

Regionalt-kommunalt samarbejde: Er der områder, hvor tiltag kan understøtte eller fremme kommuner og regionens arbejde med børn og unges mentale sundhed?

Kommunale input

Syv kommuner har peget på områder, hvor (regionale) tiltag kan understøtte eller fremme kommunens arbejde med børn og unges mentale sundhed. Hovedparten af forslagene fremhæver et ønske om **tættere, mere systematisk og rettidigt samarbejde** på tværs mellem de kommunale myndigheder og tilbud på den ene side, og på den anden side såvel somatiske som psykiatriske tilbud i regionen, særligt i forhold til overgange mellem kommunalt og regionalt regi.

- **Systematisk overlevering af viden** fra kommunalt regi til børnepsykiatrisk afdeling. *"Der er her ofte udarbejdet en børnefaglig undersøgelse og pågået et langvarigt samarbejde inden henvisningen." (Faaborg Midtfyn)*
- **Bedre samarbejde** omkring børn og unge, der har været indlagt *"hvor problematikkerne drejer sig om mental sundhed eks. overvægtige, encoprese, "cuttere", selvmordstruede osv." (Assens)*
- **"En optimering af samarbejdet** med børne- og ungepsykiatrien vil være ønskværdigt, sådan at vi i højere grad sammen kan støtte barnet/den unge. Det der er med til at vanskeliggøre det er, at psykiatrien afviser barnet/den unge, hvor der ikke er tale om egentlige psykiatriske diagnoser, og så bliver det ofte en kommunal opgave at finde et behandlingstilbud til barnet/den unge." (Middelfart)
- *"Det er en god ide at få udviklet **forløbsprogrammer for samarbejde** mellem region og kommune specielt i forhold til børn og unge der bliver henvist til lokalpsykiatrien". (Vejen)*
- *"Børn og Familieafdelingen oplever **udfordringer i forbindelse med udskrivning/koordinering** fra regionale tilbud. Erfaringer viser, at Familieafdelingen kan blive telefonisk kontaktet med ønske om deltagelse i udskrivningsmøder med få timers varsel. Region og Borger har ønske om anbringelses tilbud eller støtte i eget hjem. Dette serviceniveau kan ikke imødekommes. Opfordring og henstilling er derfor, at Regionen iværksætter fokus på rettidig dialog med Kommunens sagsbehandler mhp. eventuelle støtte foranstaltninger til barnet/familien jf. Servicelovens regler." (Nordfyns)*

To kommuner foreslår **nye samarbejdsområder**

- *"Mere **systematisk samarbejde** omkring sårbare mødre allerede i graviditeten – ikke kun i forbindelse med misbrug." (Assens)*
- *"Måske særligt i forhold til unge og ungdomsuddannelserne." (Svendborg)*

En enkelt kommune fremhæver behovet for **mere viden om evidens**

- *"På baggrund af Skolesundhedsprofilundersøgelsen i Varde Kommune tegner der sig desværre et billede af at flere og flere piger mistrives, føler sig ensomme, har alt forhøje forventninger til sig selv og udfordret på deres selvværd. Desværre er det ikke kun en lokal tendens men også en national tendens. Der mangler forskning på området ift. **hvilke indsatser der virker** og hvilke indsatser kan forebygge udviklingen i mistrivslen." (Varde)*

Regionale input

De regionale sygehuse og Psykiatriens kommentarer omkring samarbejdet med kommunerne handler oftest om områder, hvor samarbejdet ønskes udbygget, men også enkelte områder, hvor der ønskes nyt samarbejde. Hovedparten af forslagene fremhæver et ønske om **tættere, mere ensartet og rettidigt samarbejde** på tværs af både somatiske og psykiatriske tilbud i regionen på den ene side og kommunerne på den anden side, særligt i forhold til overgange mellem kommunalt og regionalt regi.

Styrket vidensdeling, koordination, og mere rettidigt samarbejde

- Udvidet samarbejde i forbindelse med **børn, der indlægges flere gange**, hvor der er psykiske eller sociale udfordringer.
- I forhold til en tidlig indsats for sårbare familier nævner Sygehus Sønderjylland, at det vil være hensigtsmæssigt at etablere **et tværsektorielt team omkring de sårbare børn**.
- *"Det er relevant at **styrke det kommunale/regionale samarbejde**, da vi oplever en stigning af unge med hovedpine/smerter"* (Sygehus Sønderjylland)
- I forbindelse med underretning og netværksmøder for unge patienter, fx på ungdomsuddannelser, nævner Sygehus Lillebælt desuden, at der mangler en **kommunal koordinator**.
- *"På Børneafdelingen ved vi ikke hvilke indsatser, der er sat i værk fra kommunens side. Ofte har vi børnene i lange forløb, uden at kommunen **gør brug af de oplysninger, der ligger fra børneafdelingens side**."* (Sygehus Lillebælt)
- Ligeledes nævner to sygehuse at samarbejdet omkring børn og unge, der har forsøgt selvmord, med fordel kan udbygges, og at der ønskes en **hurtig kommunal opfølgning** på børn og unge, som har forsøgt selvmord (Sygehus Lillebælt og Sydvestjysk Sygehus).

Mere ensartet samarbejde

- I forbindelse med udsatte gravide eller udsatte forældre, som visiteres til fx omsorgskonsultationer eller familieambulatorie savnes et **mere ensartet samarbejde med kommunerne**. *"Det er en udfordring med deres forskellighed"* (Sygehus Sønderjylland)
- Det nævnes af flere sygehuse, at de kommunale indsatsers **forskellighed kan være en udfordring**. Ifølge Sygehus Lillebælt gør det det vanskeligt at navigere i, og der opstår en usikkerhed om indsatsen samlet set er optimal.

Udvidet samarbejde

- *"At der laves et udbygget samarbejde mellem **kommunernes efterfødselsreaktionsgrupper og regionernes tilbud om opfølgende efterfødselssamtale**."* (Sygehus Sønderjylland)
- På samme måde oplever Sygehus Lillebælt, at samarbejdet med fordel kunne udbygges i forbindelse med deres **forældre- og fædregrupper på neonatalafdelingen** og i forhold til de astma- og diabetesskoler, der er oprettet for børn og unge.

Sammenfatning

Som nævnt indledningsvist er afdækningen ikke udtømmende, men en indikation af niveauet for og udviklingen i arbejdet med mental sundhed i regionen, samt eksempler på de tiltag som kommuner, sygehuse og psykiatri finder særligt vigtige. På baggrund af de indkomne svar kan følgende pointer fremhæves:

- Et flertal af kommunerne efterlever i høj grad eller i nogen grad anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, og den positive udvikling i forhold til 2013 og 2015 ser ud til at fortsætte.
- Aldersgruppen ca. 1-5 år (dagtilbud/førskole) er relativt underrepræsenterede i forhold til antallet af tilbud og indsatser, som retter sig specifikt mod denne målgruppe, sammenlignet med antallet af indsatser, der retter sig mod yngre og ældre aldersgrupper.
- Både kommuner og region efterlyser et tættere og mere rettidigt gensidigt samarbejde. Kommunerne efterlyser endvidere mere systematik i samarbejdet, og de regionale sygehuse og psykiatrien fremhæver ønsker om mere ensartethed i samarbejdet med kommunerne.
- Nogle af de beskrevne værdifulde indsatser kan muligvis med fordel udvides til at gælde andre målgrupper eller et bredere felt af samarbejdende aktører.

Kilder

Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen, Følgegruppe for forebyggelse, Region Syddanmark, 2016. *Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge*⁶.

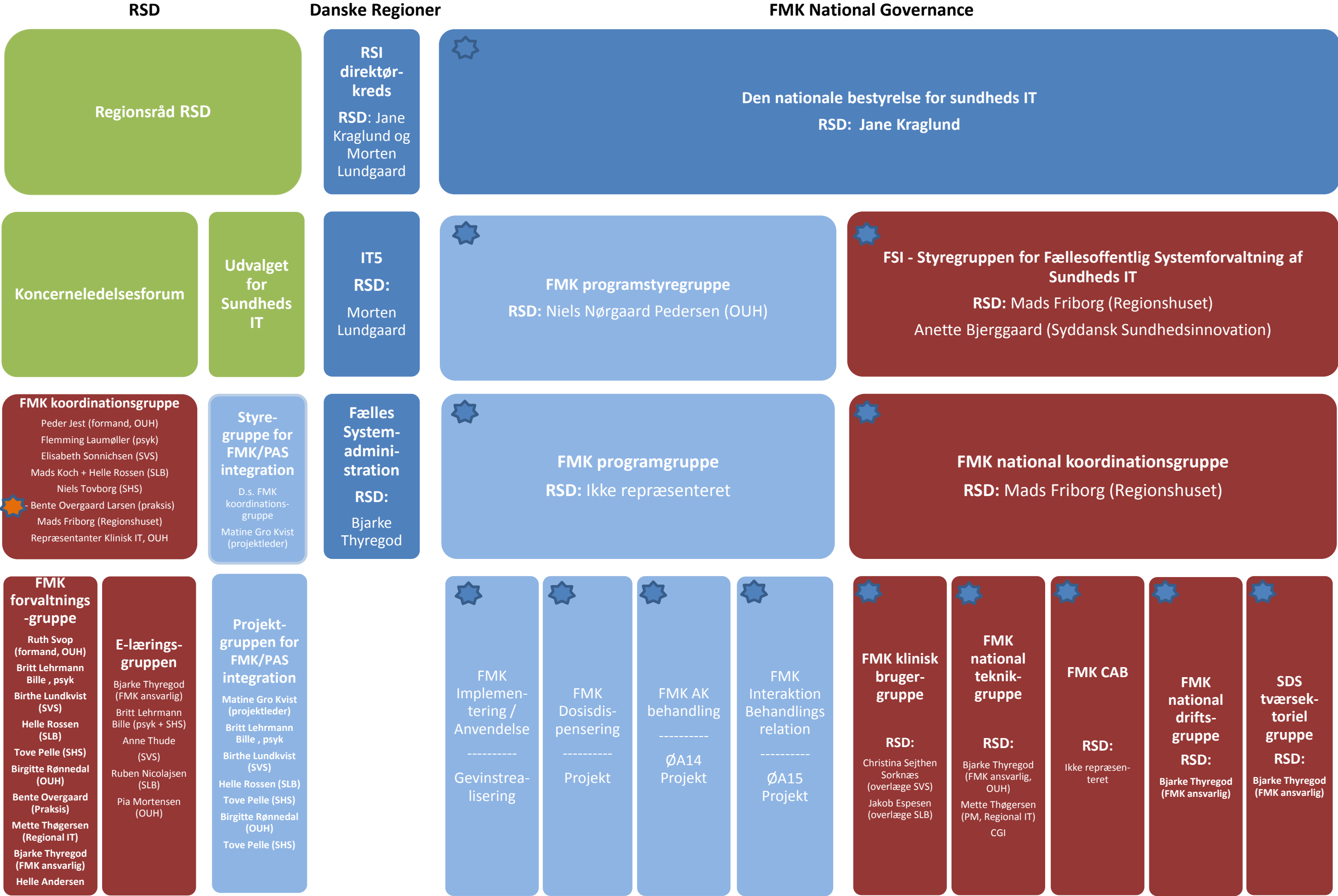
Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed og Syddanske Universitet, 2015. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.

Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet, 2016. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser.

Vidensråd for Forebyggelse. Redaktion 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. København. 2014:1-184.

⁶ Se [regionsyddanmark.dk/wm488972#punktnavn3_under "bilag"](https://regionsyddanmark.dk/wm488972#punktnavn3_under_bilag)

Oversigt over FMK organiseringen september 2016



HVORDAN HAR DU DET?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom
blandt unge og voksne i Region Syddanmark 2017



Udfyld venligst spørgeskemaet
og brug vedlagte svarkuvert.

Du kan også springe turen til postkassen over
ved at svare via internettet på **www.svar2017.dk**



Se præmierne på
www.rsyd.dk/hvordanhardudet


Region Syddanmark

Oplysninger om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge sundhed og sygelighed hos borgerne i Region Syddanmark. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

Det er en del af en landsdækkende undersøgelse, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, som så beskriver sundhedstilstanden i Danmark. Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen.

Du kan også udfylde skemaet på internettet ved at gå ind på **www.svar2017.dk**. Du finder dit brugernavn og din adgangskode i følgebrevet, som du fik tilsendt sammen med dette spørgeskema.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelser i Region Syddanmark trækkes der lod om tre pengepræmier på henholdsvis **6.000 kr.**, **4.000 kr.** og **2.000 kr.**, **to iPad mini** samt **40 x 2 biografbilletter**. Vinderne får direkte besked pr. brev. Præmierne er skattefrie.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi supplerende oplysninger om f.eks. lægebesøg og indlæggelser på sygehus fra offentlige databaser.

Dine svar behandles fortroligt. Alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Syddanmark er dataansvarlig, og undersøgelsen udføres af Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset, Damhaven 12, 7100 Vejle

Nummeret på forsiden er med for, at vi kan holde rede på, hvem der har svaret. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor påmindelser til alle, vi ikke har modtaget svar fra.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås ved henvendelse til Region Syddanmark på telefonnummer **40 24 08 40** eller på e-mail **sundhedsprofil@rsyd.dk**.

Sådan udfylder du skemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **tynd filtpen**. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke som vist i nedenstående eksempler.

	Rigtigt	Forkert
Sæt et tydeligt X.	☐ ☒	☐ ✓ ☐
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraves den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	☒ ☐	☒ → ☒
Tal skrives i felterne.	2	2
Tal rettes ved helt at skrive det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	1 ⁴	1 ⁴

Køn og alder

1. Er du:

Mand	☐	Kvinde	☐
------	--------------------------	--------	--------------------------

2. Hvornår er du født?

Dag	Måned	År

Helbred og trivsel

3. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	☐
Vældig godt	☐
Godt	☐
Mindre godt	☐
Dårligt	☐

4. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
<u>Lettere aktiviteter</u> , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	☐	☐	☐
At gå <u>flere</u> etager op ad trapper	☐	☐	☐

5. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har været begrænset i hvilken <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	☐	☐	☐	☐	☐

6. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	☐	☐	☐	☐	☐

7. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)	
Slet ikke	☐
Lidt	☐
Noget	☐
En hel del	☐
Virkelig meget	☐

8. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger...

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig rolig og afslappet?	☐	☐	☐	☐	☐
har du været fuld af energi?	☐	☐	☐	☐	☐
har du følt dig trist til mode?	☐	☐	☐	☐	☐

9. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét X)	
Hele tiden	☐
Det meste af tiden	☐
Noget af tiden	☐
Lidt af tiden	☐
På intet tidspunkt	☐

10. Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?

(Kun ét X)

Meget dårlig	☐
Dårlig	☐
Hverken god eller dårlig	☐
God	☐
Særdeles god	☐

11. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af følgende ting?

Hvis spørgsmålet ikke er aktuelt for dig, bedes du svare "Ikke aktuelt". Du bedes eksempelvis svare "Ikke aktuelt" i spørgsmålet "Forholdet til din partner", hvis du ikke har haft en partner inden for de seneste 12 måneder.

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, lidt	Ja, meget	Ikke aktuelt
Din økonomi	☐	☐	☐	☐
Din boligsituation	☐	☐	☐	☐
Din arbejdssituation	☐	☐	☐	☐
Forholdet til din partner	☐	☐	☐	☐
Forholdet til familie eller venner	☐	☐	☐	☐
Sygdom hos dig selv	☐	☐	☐	☐
Sygdom hos din partner, familie eller nære venner	☐	☐	☐	☐
Dødsfald tæt på	☐	☐	☐	☐
Ensomhed	☐	☐	☐	☐
Andre belastninger	☐	☐	☐	☐

Hvis andre belastninger, skriv hvilke: _____

12. Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du:

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Haft problemer med at acceptere din krops udseende?	☐	☐	☐	☐	☐
Oplevet at være utilfreds med dig selv?	☐	☐	☐	☐	☐
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som andre har til dig?	☐	☐	☐	☐	☐
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som du har til dig selv?	☐	☐	☐	☐	☐

Dagligdagens stress

13. Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for de seneste 4 uger. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt dig nervøs og "stressed"?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritationsmomenter?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at du havde styr på tingene?	☐	☐	☐	☐	☐
Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	☐	☐	☐	☐	☐

Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

14. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	☐	☐	☐
Træthed	☐	☐	☐
Hovedpine	☐	☐	☐
Søvnbesvær, søvnproblemer	☐	☐	☐
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	☐	☐	☐
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	☐	☐	☐

15. Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Slet ikke	Flere dage	Mere end halvdelen af dagene	Næsten hver dag
Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt	☐	☐	☐	☐
Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunnet styre din bekymring	☐	☐	☐	☐
Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting	☐	☐	☐	☐
Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	☐	☐	☐	☐

16. Nedenfor følger nogle spørgsmål om knæproblemer. Hvis du tænker på dine knæ, har du så ...

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Haft smerter, været øm/irriteret eller oplevet ledstivhed i eller omkring dine knæ de fleste dage i mindst én måned indenfor de sidste 12 måneder?	☐	☐
Nogensinde haft en skade i det ene eller begge dine knæ, som gjorde, at du opsøgte læge?	☐	☐
Nogensinde fået foretaget en operation i det ene eller begge dine knæ?	☐	☐

Medicin

17. Har du inden for de seneste 14 dage taget receptpligtig medicin og/eller håndkøbsmedicin (inklusive naturlægemidler) for nedenstående gener?

(Sæt gerne flere X i hver linje)	Ja, recept-medicin	Ja, håndkøbsmedicin (inkl. naturlægemidler)	Nej, ingen af delene
Migræne eller hovedpine	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i knæ	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i øvrige muskler, knogler og led	☐	☐	☐
Søvnproblemer	☐	☐	☐
Nervøsitet, uro eller angst	☐	☐	☐
Nedtrykthed eller depression	☐	☐	☐
Allergi (allergisk snue, høfeber)	☐	☐	☐
Astma	☐	☐	☐

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

18. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder.

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

19. For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?
				Ja Nej
(Sæt mindst ét X i hver linje)				
Astma	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Allergi (ikke astma)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Sukkersyge (diabetes)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Forhøjet blodtryk	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Blodprop i hjertet	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Hjertekrampe (angina pectoris)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Slidgigt	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Leddegigt	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Knogleskørhed (osteoporose)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Kræft	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Migræne eller hyppig hovedpine	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har været <u>mindre end 6 måneder</u>	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Psykisk lidelse af <u>mere end 6 måneders</u> varighed	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Grå stær	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	☐	☐	☐ →	☐ ☐

Rygning

20. Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)

	(Kun ét X)	
Ja, hver dag	☐	
Ja, mindst én gang om ugen	☐ →	Gå til spørgsmål 22
Ja, sjældnere end hver uge	☐ →	Gå til spørgsmål 22
Nej, jeg er holdt op	☐ →	Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg har aldrig røget	☐ →	Gå til spørgsmål 26

21. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?*(Skriv antal)*

Antal cigaretter	
Antal cerutter	
Antal cigarer	
Antal pibestop	

22. Vil du gerne holde op med at ryge?*(Kun ét X)*

Nej	☐	→ Gå til spørgsmål 24
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	☐	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	☐	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	☐	

23. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det (f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

24. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

Skriv alder		år
-------------	----------------------	----

*Spørgsmål 25 er kun til personer, der er holdt op med at ryge. Andre bedes gå til spørgsmål 26.***25. Hvornår holdt du op med at ryge?**

Skriv årstal	
--------------	----------------------

26. Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	☐
1 – 5 timer om dagen	☐
½ – 1 time om dagen	☐
Mindre end ½ time om dagen	☐
0 timer	☐

27. Bor du sammen med nogen, der ryger?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

28. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, dagligt eller næsten dagligt	Ja, ugentligt	Ja, men sjældnere end hver uge	Nej, aldrig
☐	☐	☐	☐

E-cigaretter

29. Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	☐
Ja, mindst én gang om ugen	☐
Ja, sjældnere end hver uge	☐
Nej, men jeg har brugt dem tidligere	☐
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	☐
Nej, jeg har aldrig brugt dem	☐

Alkohol

30. Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

Ja	☐
Nej	☐ → Gå til spørgsmål 41

31. Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

+

+

32. Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Ja

☐

Nej

☐

33. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja

☐

Nej

☐

34. Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja

☐

Nej

☐

35. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag

2 dage

3 dage

4 dage

5 dage

6 dage

7 dage

☐☐☐☐☐☐☐

36. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

☐

Nej

☐

37. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

Antal genstande			
	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkoholsodavand
Mandag			
Tirsdag			
Onsdag			
Torsdag			
Fredag			
Lørdag			
Søndag			

1 genstand =

- 1 almindelig øl
- 1 glas rød-/hvidvin
- 1 glas hedvin
- 1 drink/cocktail
- 1 snaps/shot
- 1 alkoholsodavand
- 1 alkoholcider

1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
 1 flaske hedvin = 10 genstande
 1 flaske spiritus = 20 genstande

+

+

38. Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	☐
Ugentligt	☐
Månedligt	☐
Sjældent	☐
Aldrig	☐

39. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

40. Vil du vurdere, at dit alkoholforbrug er skadeligt for dit helbred?

(Kun ét X)

Ja, meget ☐	Ja, lidt ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐
------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Kost

Sæt X ved de svar, som passer bedst til dine kostvaner.

41. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	☐	☐	☐	☐	☐
Minarine eller plantemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Fedt	☐	☐	☐	☐	☐
Spiser brød uden fedtstof på	☐	☐	☐	☐	☐

42. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	☐	☐	☐	☐	☐
Fiskepålæg	☐	☐	☐	☐	☐
Æg	☐	☐	☐	☐	☐
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	☐	☐	☐	☐	☐

43. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	☐	☐	☐	☐	☐
Fjerkræ (f.eks. kylling, kalkun, and)	☐	☐	☐	☐	☐
Fisk	☐	☐	☐	☐	☐
Grøntsags- eller vegetarretter	☐	☐	☐	☐	☐

44. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	☐	☐	☐	☐	☐
Andre rå grøntsager	☐	☐	☐	☐	☐
Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	☐	☐	☐	☐	☐

45. Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Plantemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Smør, Kærgården og lignende	☐	☐	☐	☐	☐
Fedt/palmin	☐	☐	☐	☐	☐
Olivenolie	☐	☐	☐	☐	☐
Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	☐	☐	☐	☐	☐
Rapsolie, madolie, salatolie	☐	☐	☐	☐	☐
Laver mad uden fedtstof	☐	☐	☐	☐	☐
Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her				☐	

46. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos

(Kun ét X)

Mere end

6 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>dagen</u>	3-4 om <u>dagen</u>	1-2 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>ugen</u>	3-4 om <u>ugen</u>	1-2 om <u>ugen</u>	Ingen
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

47. Hvor ofte drikker eller spiser du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>måned</u>	Sjældnere /aldrig
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>med</u> sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>uden</u> sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kager, chokolade, is, slik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Snacks (chips, popcorn m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

48. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

(Kun ét X)	Meget sunde	Sunde	Nogenlunde sunde	Usunde	Meget usunde
	☐	☐	☐	☐	☐

49. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)	Ja	Nej	Ved ikke
	☐	☐	☐

Bevægelse i dagligdagen

Fysisk aktivitet i fritiden

De følgende tre spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i din fritid og ved transport (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse).

50. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)?

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen:

	timer og		minutter pr. uge
----------------------	----------	----------------------	------------------

51. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil).

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen:

	timer og		minutter pr. uge
----------------------	----------	----------------------	------------------

52. Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige, passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

(Kun ét X)

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	☐
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	☐
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	☐
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	☐

Stillesiddende tid

53. På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af de følgende situationer? *Du skal tænke på din samlede siddetid og fordele den på de angivne kategorier.*

(Udfyld alle felter)	På en hverdag/arbejdsdag		
	Timer	og	minutter
Transport (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)			
Arbejde/skole/uddannelse (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)			
Fritid: ved skærm (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)			
Fritid: andet (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)			

54. Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?

(Kun ét X)

Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse	☐ →	Gå til spørgsmål 57
Bil	☐	
Bus	☐	
Tog	☐	
Knallert, scooter, motorcykel	☐	
Elcykel	☐	
Cykel	☐	
Jeg går	☐	
Andet	☐	

55. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?
Medregn kun den ene vej. Afrund til nærmeste hele kilometer.

Skriv antal kilometer:		Km
------------------------	----------------------	----

56. Hvordan vil du generelt beskrive din fysiske aktivitet i dit arbejde eller i din uddannelse?

(Kun ét X)

Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse	☐
Mest stående eller gående arbejde, som ellers ikke kræver fysisk anstrengelse	☐
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	☐
Tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende	☐

57. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Sociale medier

De næste fire spørgsmål handler om din brug af sociale medier via mobiltelefon, tablet, computer og lignende.

58. Hvor ofte benytter du sociale medier (Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Snapchat eller lignende)?

(Kun ét X)

Flere gange dagligt	☐	
Dagligt	☐	
Ugentligt	☐	
Månedligt eller sjældnere	☐	
Aldrig	☐ →	Gå til spørgsmål 62

59. Tænk på en typisk hverdag, hvor du benytter sociale medier. Hvor stor en del af dagen bruger du samlet set herpå?

(Kun ét X)

0-½ time	½-1 time	1-2 timer	2-3 timer	Mere end 3 timer
☐	☐	☐	☐	☐

60. I hvilken grad tænker du generelt på, hvordan dine venner og bekendte vil reagere på de statusopdateringer, billeder eller beskeder, som du deler på de sociale medier - eksempelvis i form af kommentarer eller likes?

(Kun ét X)

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

61. Hvor ofte sker det, at dine venner eller bekendte deler en besked, et billede eller en statusopdatering på de sociale medier, som gør:

(Sæt ét X i hver linje)	Meget ofte	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig
At du føler, at dine venner generelt har det bedre end dig	☐	☐	☐	☐	☐
At du bliver glad	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler dig forkert eller udenfor	☐	☐	☐	☐	☐
At du bliver inspireret	☐	☐	☐	☐	☐
At du bliver irriteret	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler dig tæt knyttet til dine venner	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler ligegyldighed	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler dig udstillet eller mobbet	☐	☐	☐	☐	☐

Søvn

62. Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Kun ét kryds)

Ja, som regel	☐	→ Gå til spørgsmål 64
Ja, men ikke tit nok	☐	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	☐	

63. Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Gerne flere X)

Kommer for sent i seng på grund af opgaver relateret til arbejde eller uddannelse, f.eks. besvare mails eller forberedelse til næste dag	☐
Kommer for sent i seng på grund af huslige gøremål, f.eks. ordne vasketøj eller rydde op	☐
Kommer for sent i seng på grund af underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv	☐
På grund af natarbejde eller skiftende arbejdstider	☐
Tanker og bekymringer relateret til arbejde	☐
Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer	☐
Forstyrrelse fra eller brug af mobiltelefon efter at du har lagt dig til at sove, f.eks. til at tjekke nyheder eller beskeder	☐
Egen sygdom eller lidelse	☐
Toiletbesøg	☐
Forstyrrelser fra mindre børn i husstanden	☐
Støj fra andre i boligen (f.eks. snorken, fjernsyn m.m.)	☐
Støjgener fra f.eks. gadetrafik, tog, fly, naboer m.m.	☐
Andet	☐

Hvis andet, skriv hvad: _____

Højde og vægt

64. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde

cm (f.eks. 172 cm)

65. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Skriv vægt

kg

66. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav	☐
Lidt for lav	☐
Tilpas	☐
Lidt for høj	☐
Alt for høj	☐

67. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kontakt med sundhedsvæsenet

68. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

Ja	☐
Nej	☐ → Gå til spørgsmål 70

69. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:

(Sæt ét X i hver linje)

Ja

Nej

Kan ikke huske/
ved ikke

At holde op med at ryge	☐	☐	☐
At tabe dig	☐	☐	☐
At tage på i vægt	☐	☐	☐
At dyrke motion	☐	☐	☐
At nedsætte dit alkoholforbrug	☐	☐	☐
At ændre dine kostvaner	☐	☐	☐
At tage den med ro	☐	☐	☐

70. Har du i løbet af de seneste 12 måneder gjort brug af nogen af følgende?

(Gerne flere X)

Ja, tandlæge	☐
Ja, fysioterapeut	☐
Ja, kiropraktor	☐
Ja, psykolog	☐
Ja, psykiater	☐
Ja, psykoterapeut eller coach	☐
Nej, ingen af ovenstående	☐

Alternativ behandling

71. Har du nogensinde gjort brug af behandlere udenfor det almindelige sundhedsvæsen og benyttet nogle af følgende behandlere/behandlingsformer?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Zoneterapi	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐
Healing og/eller clairvoyance	☐	☐	☐
Homøopati	☐	☐	☐
Ernæringsterapi (individuel tilpasset kostvejledning)	☐	☐	☐
Massage, osteopati, Body-sds og andre manipulative terapier	☐	☐	☐
Kraniosakral terapi	☐	☐	☐
Biopati, naturopati	☐	☐	☐
Bioresonans terapi	☐	☐	☐
Kinesiologi	☐	☐	☐
Phytoterapi (behandling med urter/urteudtræk)	☐	☐	☐
Andet, f.eks. visualisering, heilpraktik, Bachs blomsterterapi	☐	☐	☐

Spørgsmål 72 skal kun besvares, hvis du har benyttet alternativ behandling - ellers gå til spørgsmål 73.

72. Sidst du var til alternativ behandling, hvad var da grunden hertil?

(Gerne flere X)

Jeg benyttede alternativ behandling som et supplement til den behandling eller medicin, som jeg fik i det almindelige sundhedsvæsen	☐
Jeg benyttede alternativ behandling, fordi jeg i forhold til min sygdom/lidelse ikke havde tiltro til den behandling eller medicin, som jeg kunne få i det almindelige sundhedsvæsen	☐
Jeg benyttede alternativ behandling, fordi jeg ikke kunne få behandling for min sygdom/lidelse i det almindelige sundhedsvæsen	☐
Jeg benyttede alternativ behandling for at øge mit generelle velvære eller forebygge sygdom	☐
Andet	☐

Hvis andet, skriv hvad: _____

Kontakt med andre mennesker

- 73. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?**
(Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.)

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie, som du ikke bor sammen med	☐	☐	☐	☐	☐
Venner	☐	☐	☐	☐	☐
Kolleger eller studiekammerater i fritiden	☐	☐	☐	☐	☐
Naboer eller beboere i dit lokalområde	☐	☐	☐	☐	☐
Personer, du mest kender fra internettet (mail, sociale medier og lignende)	☐	☐	☐	☐	☐

- 74. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?**

(Kun ét X)

Ja, ofte	☐
Ja, en gang imellem	☐
Ja, men sjældent	☐
Nej	☐

- 75. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?**

(Kun ét X)

Ja, altid	☐
Ja, for det meste	☐
Ja, nogen gange	☐
Nej, aldrig eller næsten aldrig	☐

Din opfattelse af dig selv

- 76. Hvordan ser du dig selv i forhold til nedenstående udsagn?**

(Sæt ét X i hver linje)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Er du normalt en bekymret type?	☐	☐	☐	☐
Er du i almindelighed en perfektionist?	☐	☐	☐	☐
Har du generelt svært ved at få og beholde venner?	☐	☐	☐	☐
Stoler du generelt på andre mennesker?	☐	☐	☐	☐

77. Herunder ses en liste med 10 udsagn, som handler om, hvordan du har det med dig selv. For hvert udsagn bedes du angive, om du er: helt enig, delvist enig, delvist uenig eller helt uenig.

	Helt enig	Delvist enig	Delvist uenig	Helt uenig
Jeg er stort set tilfreds med mig selv	☐	☐	☐	☐
Nogle gange synes jeg, at jeg slet ikke er god nok	☐	☐	☐	☐
Jeg synes, at jeg har flere gode egenskaber	☐	☐	☐	☐
Jeg er i stand til at gøre ting lige så godt som de fleste andre	☐	☐	☐	☐
Jeg føler, at jeg ikke har meget at være stolt af	☐	☐	☐	☐
Nogle gange føler jeg mig helt ubrugelig	☐	☐	☐	☐
Jeg føler, at jeg er værdifuld, i det mindste på samme niveau som andre	☐	☐	☐	☐
Jeg ville ønske, at jeg kunne have mere respekt for mig selv	☐	☐	☐	☐
Alt i alt er jeg tilbøjelig til at føle mig mislykket	☐	☐	☐	☐
Jeg har en positiv indstilling til mig selv	☐	☐	☐	☐

Økonomi

78. Hvordan vil du alt i alt bedømme din/familiens økonomiske situation?

(Kun ét X)

Særdeles god	☐
God	☐
Nogenlunde	☐
Dårlig	☐
Meget dårlig	☐
Ved ikke	☐

Personlige forhold

79. Bor du sammen med andre?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste	☐	☐
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	☐	☐
Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover	☐	☐

80. Hvis du bor sammen med barn/børn under 16 år, skriv da alderen på det yngste barn:

Skriv alder		År
-------------	----------------------	----

81. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole	☐
7 eller færre års skolegang	☐
8-9 års skolegang	☐
10-11 års skolegang	☐
Studer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	☐
Andet (herunder udenlandsk skole)	☐

82. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej	☐
Et eller flere kortere kurser (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)	☐
Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)	☐
Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonom, tandplejer)	☐
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)	☐
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	☐
Anden uddannelse	☐

83. Er du under uddannelse?

Ja ☐Nej ☐

Arbejdsliv

84. Er du i arbejde?

(Kun ét X)

Ja	☐
Nej	☐ → Gå til spørgsmål 89

85. Hvor mange timer arbejder du typisk om ugen (inklusive overarbejde)?

Skriv antal timer og minutter om ugen		timer		minutter
---------------------------------------	----------------------	-------	----------------------	----------

86. Er du offentligt ansat?

Ja

☐

Nej

☐

87. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?

(Sygefravær på grund af børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen Sygefraværsdage, skriv 0)

Skriv antal sygefraværsdage inden for de seneste 14 dage

(hvis 'ved ikke' skriv 99)

Skriv antal sygefraværsdage inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage)

(hvis 'ved ikke' skriv 999)

88. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde.

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?	☐	☐	☐	☐	☐
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst vil være "begge steder på én gang"?	☐	☐	☐	☐	☐
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <i>energi</i> , at det går ud over privatlivet?	☐	☐	☐	☐	☐
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <i>tid</i> , at det går ud over privatlivet?	☐	☐	☐	☐	☐
Siger familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	☐	☐	☐	☐	☐

89. Tak for at du ville medvirke. Er der noget, du ønsker at tilføje?

Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt. Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.



Aftale om den nationale demenshandlingsplan 2025

Med satspuljeaftalen for 2016-2019 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte 470 mio. kr. til udmøntning af konkrete initiativer på baggrund af en ny national demenshandlingsplan 2025. Nærværende aftale prioriterer de 470 mio. kr. til konkrete initiativer på demensområdet under følgende fokusområder:

1. Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling
2. Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering
3. Støtte til mennesker med demens og pårørende
4. Demensvenlige boliger og samfund
5. Øget videns- og kompetenceniveau

Værdigrundlag

Mennesker med demens og deres pårørende skal kunne leve et trygt og værdigt liv. En grundlæggende forudsætning for at kunne leve et godt liv med en demenssygdom er, at mennesket med demens mødes med forståelse og ses som et helt menneske med egne ønsker og behov – også selvom det ikke altid er muligt at udtrykke disse.

I alle dele af landet skal mennesker med demens og deres pårørende mødes med en indsats af høj faglig kvalitet, som bygger på værdighed, medmenneskelighed og respekt for det enkelte menneskes ønsker, behov og ressourcer og for mennesket bag sygdommen og det levede liv. Der skal være en individuel og helhedsorienteret tilgang i behandling, pleje og omsorg. Livet skal stadig nydes, og derfor skal indsatserne bidrage til at trykt og godt hverdagsliv med mulighed for meningsfulde aktiviteter og gode oplevelser.

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at indsatserne overfor mennesker med demens og deres pårørende bør bygge på følgende værdier:

- Værdighed
- Tryghed
- Indflydelse på eget liv
- Respekt for forskellighed og det levede liv
- En individuel, helhedsorienteret tilgang i behandling, pleje og omsorg med udgangspunkt i mennesket bag sygdommen
- Meningsfulde aktiviteter og gode oplevelser i hverdagen.

Nationale mål for demensindsatsen

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der er brug for at sætte nogle ambitiøse og langsigtede mål for demensindsatsen frem mod 2025. Mål, som skal være med til at give demensområdet et markant løft og bidrage til at mindske den geografiske ulighed:

1. Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner
2. Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose
3. En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

Fokusområde 1. Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 1. Der afsættes i alt 1,6 mio. kr. til udarbejdelsen af et værktøj til opsporing af demens.

Initiativ 2. Dansk Selskab for Almen Medicin opfordres til at opdatere sin kliniske vejledning om demens i almen praksis fra 2006 med henblik på at indarbejde nyeste viden på området og styrke fokus på tegn på demens i almen praksis.

Initiativ 3. Der afsættes i alt 145 mio. kr. til at samle udredningen på færre, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder. Regionerne afrapporterer årligt til Sundhedsstyrelsen om brugen af midlerne og implementering af anbefalingerne.

Initiativ 4. Der afsættes i alt 3 mio. kr. til udarbejdelse af nye nationale kliniske retningslinjer på demensområdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Initiativ 5. Der afsættes i alt 6,1 mio. kr. til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens.

Initiativ 6. Der afsættes i alt 2 mio. kr. til nationale anbefalinger til optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb.

Fokusområde 2. Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 7. Der afsættes i alt 2,5 mio. kr. til at udarbejde håndbøger med vidensbaserede anbefalinger til styrkelse af den social- og sundhedsfaglige praksis på demensområdet.

Initiativ 8. Der afsættes i alt 32 mio. kr. til flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet.

Initiativ 9. Der afsættes i alt 0,5 mio. kr. til et serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne i serviceloven som grundlag for at se på behovet for at ændre lovgivningen.

Initiativ 10. Arbejdet med ny lovgivning vedr. behandling af behandlingsafvisende, varigt inhabile somatiske patienter fortsættes. Lovforslaget vedr. behandling af varigt inhabile finansieres ved satspuljen for 2018-2021.

Fokusområde 3. Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 11. Der afsættes i alt 2,5 mio. kr. til udvikling og udbredelse af en national værktøjskasse med patient- og pårørendekurser.

Initiativ 12. Der afsættes i alt 39 mio. kr. til at sikre flere og mere meningsfulde dag- og aflastningstilbud samt støtte til yngre med demens.

Initiativ 13. Der afsættes i alt 37,5 mio. kr. til rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens.

Fokusområde 4. Demensvenlige samfund og boliger

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 14. Der afsættes i alt 25 mio. kr. til lokale og landsdækkende aktiviteter, der skal understøtte et demensvenligt samfund.

Initiativ 15. Alle 98 kommuner opfordres til at blive demensvenlige kommuner på linje med de første kommuner, som har meldt sig i rækken som demensvenlige kommuner.

Initiativ 16. Der afsættes 13 mio. kr. til at gøre flere eksisterende plejeboliger mere demensegnede.

Initiativ 17. Der afsættes i alt 2,5 mio. kr. til udviklingen af en national mærkningsordning for demens-egnede boliger.

Initiativ 18. Der afsættes i alt 6 mio. kr. til forsøg med demensvenlige sygehuse.

Fokusområde 5. Øget viden og kompetenceniveau

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 19. Der afsættes i alt 6,7 mio. kr. i til udarbejdelse af en ny national forskningsstrategi og etablering af nye erhvervsphd'ere på demensområdet.

Initiativ 20. Støtten til Nationalt Videnscenter for Demens er med satspuljeaftalen for 2017 gjort permanent med henblik på at understøtte videnscentrets vigtige rolle og aktiviteter på demensområdet.

Initiativ 21. Der afsættes i alt 1 mio. kr. til at videreudvikle Den Danske Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens for at sikre bedre data på demensområdet.

Initiativ 22. Der afsættes i alt 145 mio. kr. til et praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner.

Initiativ 23. Der afsættes i alt 0,3 mio. til uddeling af Årets Demenspris.

Opfølgning

Satspuljepartierne orienteres løbende om udmøntning af initiativerne i demenshandlingsplanen, og der afholdes et årligt møde med satspuljepartierne for at følge op på, at initiativerne udmøntes i overensstemmelse med intentionerne og værdierne i den nationale demenshandlingsplan.

Som led i lanceringen af den nationale demenshandlingsplan 2025 samt opstart af initiativerne afholder regeringen og satspuljepartierne et fælles lanceringssymposium ultimo januar 2017.

Det Administrative Kontaktforum

Dagsorden

Mødedato: Fredag den 27. januar 2017

Mødetidspunkt: 13:00 til 16:00

Mødelokale: Mødelokale 4
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

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

Jørgen Skadborg, Praksisudvalgsformand,
Susanne Krysiak, Lægeforeningen i Syd

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

Afbud:

Indholdsfortegnelse

Punkter på dagsorden

1. Temadrøftelse om anvendelsen af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse	4
2. En ny kvalitetsmodel for almen praksis.....	7
3. Status fra Følgegruppen for behandling og pleje	8
4. Status fra Følgegruppen for forebyggelse.....	10
5. Status fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering	12
6. Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse	13
7. Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt	14
8. Status fra Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin	15
9. Udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-2022.....	16
10. Ledelsesinformationsrapport	18
11. Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, kommunikationspakke og implementeringsplan	19
12. Henvisning til og synliggørelse af kommunale trænings- og patientuddannelses tilbud i implementeringen af den nationale kliniske retningslinje vedr. knæartrose.....	21
13. Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge	23
14. Revurdering af opgave om udarbejdelse af samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort	24
15. Spørgeskema om PatientOplevet kvalitet i Tværsektorielle forløb (SPOT).....	27
16. Sundhedsprofilen 2017 – det færdige spørgeskema	28
17. Orientering om den nationale handlingsplan for demens og en kommende revision af en syddansk samarbejdsaftale	29
18. Punkter til kommende møder	31
19. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget.....	32
20. Øvrig gensidig orientering	33

1. Temadrøftelse om anvendelsen af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

SAGSFREMSTILLING

Det Administrative Kontaktforum har på mødet den 23. november 2016 godkendt modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. På baggrund af Det Administrative Kontaktforums ønske er det i vejledningen til modellen gjort tydeligere, at modellen kan anvendes til at vurdere potentialet for opgaveoverdragelse uanset, hvilken aktør opgaven overdrages fra og til. Det var ligeledes et ønske på mødet, at modellens funktion eksemplificeres. Derfor vedlægges der til temadrøftelsen et udfyldt trin 1, hvor potentialet for overdragelse af IV-behandling med antibiotika fra sygehus til kommune er undersøgt.

Modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse skal øge kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde om fremadrettet overdragelse af hele eller delopgaver ved at sikre:

- en faglig vurdering af opgavens potentiale for overdragelse
- et gennemsigtigt beslutningsgrundlag for beslutningstagere
- en tilstrækkeligt detaljeret samarbejdsaftale

For at sikre hensigtsmæssig anvendelse af modellen, er det aftalt, at der efter modellens godkendelse skal finde en drøftelse sted i Det Administrative Kontaktforum af rammerne for hvornår og hvordan modellen skal bringes i spil. Nedenstående danner derfor grundlag for en temadrøftelse herom.

Baggrund

Sundhedsvæsnets udvikling stiller kontinuerligt nye krav til alle aktører i det tværsektorielle samarbejde. Blandt andet skal de kommunale hjemmesygeplejer, som allerede i dag varetager flere behandlingskrævende opgaver, som tidligere var placeret på sygehuset, i øget omfang løse komplekse og specialiserede sundhedsopgaver i et tæt samspil med sygehuse og almen praksis. Det er vigtigt at overdragelse af sundhedsopgaver planlægges og aftales således, at sundhedsvæsnets samlede ressourcer bringes i spil, med det mål at sikre sammenhængende patientforløb. Her spiller sundhedsaftalesamarbejdet en afgørende rolle.

Følgegruppen er opmærksom på, at opgaveoverdragelse kan udfordre de økonomiske incitamenter den enkelte aktør er givet. Eksempelvis:

- kan kommunerne stå i en situation, hvor de først skal betale kommunal medfinansiering af en indlæggelse, og efterfølgende også afholde omkostninger til hjemmesygeplejen, som skal sikre, at patienten kan færdigbehandles i eget hjem.
- sygehusene skal afholde omkostninger til opstart af behandling og udgifter til medicin, remedier mm, som er påkrævet for, at behandlingen kan færdiggøres i eget hjem. Startes behandlingen ambulant, er det ikke sikkert, at sygehusenes indtægter er dækkende for de reelle omkostninger og udgifter.

Jf. drøftelserne på de politiske midtvejsmøder er det vigtigt, at vi ikke lader disse problemstillinger stå i vejen for vores samarbejde om at udvikle det nære

sundhedsvæsen, men at vi sørger for at løfte problemstillinger i relevante nationale fora.

Formandskabet for følgegruppen vil i deres præsentation uddybe synlige dilemmaer og problemstillinger forbundet med opgaveoverdragelse samt gennemgå det udfyldte trin 1 for IV-behandling med antibiotika.

Hvem skal anvende modellen

Jf. Sundhedsaftalen 2015-18, skal Følgegruppen for opgaveoverdragelse:

"følge området og behandle konkrete forslag eller ønsker til opgaveoverdragelse efter de i modellen fastsatte principper. Følgegruppen skal, på baggrund af den udførte model, kvalificere beskrivelsen af disse opgaver både fagligt, organisatorisk og samfundsøkonomisk og såfremt beskrivelsen giver anledning til dette, rejse en sag i Det Administrative Kontaktforum..."

I hvilke situationer er det relevant at anvende modellen:

Følgegruppen vurderer, at modellen kan finde anvendelse i følgende situationer:

- *Udbredelse af erfaringer med ændret samarbejdsformer i patientforløb*
Modellen kan anvendes til at vurdere potentialet og konsekvenserne af udbredelse af positive resultater og erfaringer fra lokale projekter.
- *Nationale beslutninger og anbefalinger om ændrede samarbejdsformer*
Modellen kan finde anvendelse, når det nationalt, fx af Sundhedsstyrelsen anbefales, at der skal implementeres ændrede samarbejdsformer for hele eller dele af specifikke patientforløb.
- *Udvikle det syddanske sundhedsvæsen på baggrund af input fra sundhedsprofessionelle.*
Følgegruppen for opgaveoverdragelse kan med jævne mellemrum indhente inputs fra sundhedsprofessionelle på sygehuse, i kommuner og almen praksis for at få et overblik over, hvilke opgaver, der har størst potentiale for overdragelse.

Hvordan, skal modellen anvendes:

Når modellen skal finde anvendelse foreslås det, at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe med relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis, som har kompetencer inden for opgaveområdet. Arbejdsgruppen kan endvidere ved behov indhente viden om specifikke områder, fx jura og økonomi fra administrationen på sygehuse, i kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen har til formål at kvalificere en faglig vurdering (trin 1), på hvilken baggrund Følgegruppen, hvis relevant, kan kvalificere et beslutnings- og fælles forståelsesgrundlag til Det Administrative Kontaktforum (trin 2). Afhængig af Det Administrative Kontaktforums beslutning igangsættes udarbejdelse af en samarbejdsaftale, dette arbejde udføres i et samarbejde mellem Følgegruppen for opgaveoverdragelse og arbejdsgruppen. Samarbejdsaftalen skal godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget og herefter eventuelt i relevante kommunale og regionale politiske udvalg.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe nedsættes, koordineres og sekretariatsbetjenes af Følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Forslag til opgaver følgegruppen kan undersøge for potentiale for opgaveoverdragelse:

Følgegruppe anbefaler, at det undersøges om dele af samtalestøtte til fx stressramte og langtidssyge, kan overdrages fra almen praksis til kommunerne. De praktiserende læger oplever, at disse samtaler optager meget tid og at et ændret samarbejde, hvor

den praktiserende læge fortsat er behandlingssvarlig, men understøttes af kommunen i dele af samtaleforløbet vil være hensigtsmæssigt både for patienten og den samlede økonomi.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender anvendelsen af modellen.
- Godkender at følgegruppen igangsætter arbejdet med at undersøge potentialet for opgaveoverdragelse af samtalestøtte.

BILAG:

1. Model til vurdering af opgaveoverdragelse

2. En ny kvalitetsmodel for almen praksis

SAGSREMSTILLING

Formand for PLO- Syddanmark Jørgen Skadborg holder et kort oplæg med titlen 'En ny kvalitetsmodel for almen praksis' som omdrejningspunkt.

Der vil efterfølgende være mulighed for debat og spørgsmål.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter oplægget.
-

3. Status fra Følgegruppen for behandling og pleje

SAGSFREMSTILLING

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

De prioriterede indsatser

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

Endeligt oplæg forventes forelagt Det Administrative Kontaktforum på møde den 22. juni 2017.

- Samarbejdsaftale vedr. Fælles Medicinkort, FMK – Følgegruppen for behandling og pleje lægger op til, at Det Administrative Kontaktforum på nærværende møde den 27. januar 2017 godkender, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en samarbejdsaftale vedr. FMK, da det ikke - på baggrund af nye initiativer på landsplan, den regionale FMK-organisering samt etablering af den tværsektorielle FMK-gruppe - vurderes relevant. Sagen er dagsordenssat i særskilt punkt.

Herudover lægger Følgegruppen for behandling og pleje op til, at Det Administrative Kontaktforum godkender, at Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet fremadrettet følger data vedr. ajourføringsprocenter. Følgegruppen kan evt. udarbejde oplæg til, hvordan data for ajourføringsprocenter på fælles patienter mellem almen praksis og sygehuse kan følges jf. Sygehus Lillebælts erfaringer.

- 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.

Igangsættelse af arbejder

På møde den 21. februar 2017 forventer Følgegruppen for behandling og pleje at igangsætte følgende arbejder:

- Revision af samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem.
- Revision af samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling.
- Revision af samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet.

Det videre arbejde i følgegruppen

Følgegruppen for behandling og pleje har derudover fokus på følgende opgaver i 2017:

- Videreudvikling af Sam:Bo for socialpsykiatrien.
- Behandling af høringsvar samt godkendelse af reviderede Sam:Bo forløb.
- Opfølgning vedr. ny national handlingsplan for den ældre medicinske patient.
- Opfølgning vedr. ny national handlingsplan om demens.
- Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet.
- Afrapportering på undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne.
- Status på kompetenceudvikling vedr. demens.
- Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje.
- Revision af regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.
- Opstart af ERFA-gruppe vedr. implementering af samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger for personer med kronisk respirationsinsufficiens.
- Udarbejdelse af samarbejdsaftale om sårbare gravide.
- Revision af samarbejdsaftale for det psykiatriske område.
- Løbende opfølgning på øvrige opgaver.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

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

BILAG:

- 1 Opgaveportefølgestyrværktøj

4. Status fra Følgegruppen for forebyggelse

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen har senest afholdt møde den 5. december 2016. Den samlede status for opgaveporteføljen fremgår af bilaget. Følgegruppen har fremadrettet ansvar for et stigende antal monitoreringsopgaver, og vil derfor fremadrettet drøfte, hvordan disse opgaver løftes bedst muligt.

Opgaveporteføljen del 1

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

Mental sundhed

Arbejdet relateret til mental sundhed følger tidsplanen. På baggrund af kortlægningen af årsager til og omfang af dårlig mental sundhed blandt børn og unge, som blev fremlagt for Sundhedskoordinationsudvalget d. 16. august 2016, fik følgegruppen til opgave at gennemføre en afdækning af igangværende initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Syddanmark. Denne afdækning samt oplæg til videre handling behandles på dagens møde i et særskilt punkt.

Udvikling af nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer forløber planmæssigt.

- *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL*
Det Administrative Kontaktforum behandler på dagens møde den endelige version af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL, som er revideret iht. de indkomne høringsvar. Endvidere behandles en implementeringsplan, som træder i kraft ved forløbsprogrammets godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.
- *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes*
Det Administrative Kontaktforum har på mødet den 23. november 2016 godkendt en tidsplan for udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes. Invitationerne til de to workshops, som danner rammen om den organisatoriske brugerinddragelse, er sendt ud. Workshopsene afholdes hhv. den 31. januar og den 17. marts 2017. Følgegruppen for Forebyggelse præsenteres for første udkast til forløbsprogrammet før sommerferien og Det Administrative Kontaktforum vil blive præsenteret for en høringsversion på mødet den 22. september 2017.

Opgaveporteføljen del 2

Følgegruppen har følgende status for øvrige opgaver i porteføljen;

Aftale om kompetenceudvikling og videndeling

Opgaven blev vedtaget på møde i Det Administrative Kontaktforum den 15. juni 2016. Der pågår et tværsektorielt samarbejde omkring kvalificering af et rammepapir for aftalen. Et udkast til aftalen forventes at kunne behandles i Det Administrative Kontaktforum den 30. marts 2017.

Udvikling af aftale vedrørende infektionshygiejnisk rådgivning

Den endelige aftale (arbejdspakke 3) blev godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 20. december 2016 Herefter sendes aftalen til

implementering via de lokale samordningsfora. Arbejdsgruppen afslutter med godkendelsen af aftalen sin opgave, men sekretariatet står til rådighed i forhold til mundtlig formidling af aftalen til de enkelte samordningsfora.

Drift af sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?"

Profilen gennemføres i 2017, og der forventes offentliggørelse af resultaterne 1. kvartal 2018. Det endelige spørgeskema foreligger til orientering for Det Administrative Kontaktforum i et særskilt punkt på dagens dagsorden.

Monitorering af strategi for livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse

Et nyt oplæg til monitorering af strategien er forsinket. Det forventes at kunne fremlægges for Det Administrative Kontaktforum den 30. marts 2017.

Udvikling af model for henvisning af patienter med knæartrose.

Materiale til brug ved implementering fremlægges Det Administrative Kontaktforum på et separat punkt på dagens møde.

Projekt "Livsstilsguide i praksis"

Projektet forløbet planmæssigt. Der afholdes en række arrangementer primo 2017 med god interesse og opbakning fra både kommunal og regional side.

Syddansk børne- og ungesundhedsprofil

Følgegruppen fik på mødet i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016 til opgave at nedsætte en arbejdsgruppe, der har til opgave at undersøge mulighederne for en fælles regional sundhedsprofil for børn og unge. Følgegruppen har igangsat dette arbejde.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status og statusoversigt fra Følgegruppen for forebyggelse.

BILAG:

- 1 Status fra følgegruppe for forebyggelse til møde i DAK 27. januar

5. Status fra Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

SAGSFREMSTILLING

Siden seneste statusredegørelse til Det Administrative Kontaktforum havde Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering berammet et møde til den 9. december 2016, som måtte aflyses.

Imidlertid har følgegruppen haft to telefonmøder med Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt om opfølgningen på KORA-rapporten "Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner", og der er igangsat en proces med inddragelse af Center for Kvalitet omkring det videre arbejde hermed.

Desuden har en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering arbejdet på materiale vedr. genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, som skal afklare, hvem målgruppen er, og hvordan der skelnes mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer for disse patienter. Dette materiale forventes klar til forelæggelse på Det Administrative Kontaktforums marts-møde.

Hertil kommer, at der på en møderunde er blevet fulgt op på kommunernes og regionens samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner. Også denne opfølgning forventes forelagt på Det Administrative Kontaktforums marts-møde.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

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

BILAG:

- 1 Oversigt over status på opgaveporteføljen for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

6. Status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, udviklet en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, som er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016.

Sundhedskoordinationsudvalget er på deres møde den 20. december 2016 blevet orienteret om den godkendte model.

Det Administrative Kontaktforum vil på baggrund af en temadrøftelse på dagens møde beslutte den fremadrettede anvendelse af modellen.

Efterfølgende vil Sundhedskoordinationsudvalget, på deres møde den 28. februar 2017 have en drøftelse om de politiske dilemmaer i opgaveoverdragelse og endeligt godkende modellen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status fra Følgegruppen for opgaveoverdragelse.

BILAG:

- 1 Porfeføljestyrværktøj

7. Status fra Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har senest afholdt møde den 16. december 2016, hvor man bl.a. har drøftet og godkendt første version af en ledelsesinformationsrapport for de seks prioriterede indsatsområder. Rapporten vil blive præsenteret i et særskilt punkt på denne dagsorden.

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, udgav i januar 2016 rapporten "Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner", hvor man har foretaget en benchmark af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau fra 2007-2014.

Rapporten har været drøftet i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering og Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt samt på fælles møder mellem de to følgegrupper.

Følgegrupperne har besluttet at bede Center for Kvalitet om at give et bud på et projekt, der skal gå mere i dybden med nogle af de spørgsmål, KORA-rapporten rejser.

Center for Kvalitet er i færd med at udarbejde et oplæg til indhold og økonomi for et projekt, der kan forelægges Det Administrative Kontaktforum.

Endelig er projektet vedrørende patientoplevels kvalitet blevet overleveret til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt. Følgegruppen har besluttet, at man i første omgang vil afprøve skemaet i større skala med henblik på at få erfaring med brugen af spørgeskemaet og den praktiske drift.

SPOT-projektet (**S**pørgeskema om **P**atient**O**plevels kvalitet i **T**værsektorielle forløb) vil blive præsenteret i et særskilt punkt på denne dagsorden.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

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

BILAG:

- 1 Porteføljestyringsværktøj ØKE

8. Status fra Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin

SAGSFREMSTILLING

Landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL
Det Syddanske Landsdelsprogram er forankret under Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin. Første styregruppemøde i programstyregruppen blev afholdt den 21. september 2016.

Det planlagte programstyregruppemøde i november 2016 blev aflyst. Der blev i stedet afholdt et møde i formandskabet for programstyregruppen, hvor den fremadrettede proces for programstyregruppens arbejde blev drøftet.

På det næste programstyregruppemøde, som finder sted den 2. februar 2017, forelægges udkast til programgrundlag.

Temadrøftelse angående it-understøttelse af tværsektoriel kommunikation

På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016 blev der afholdt en temadrøftelse ang. behovene for it-understøttelse af den tværsektorielle kommunikation i.

Afledt af drøftelserne blev følgende besluttet:

- Følgegruppen har til opgave at beskrive konkrete faglige områder, hvor man har et ønske eller et behov for øget deling af informationer, som kan optimeres ved it-understøttelse
- Disse ønsker og behov skal holdes op imod de løsninger, vi har i dag
- De lokale samordningsfora skal komme med input til følgegruppen ift. ovenstående
- Følgegruppen skal med svangreområdet som case beskrive mulighederne for it-understøttelse af svangreområdet

Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde

Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin afventer de øvrige følgegruppers arbejde, idet der på nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender status fra Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.
-

BILAG:

- 1 Porfeføljestyringsværktøj – Status fra Følgegruppen for Velfærdsteknologi og telemedicin

9. Udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-2022

SAGSFREMSTILLING

Der er udarbejdet et udkast til en tids- og procesplan for udarbejdelsen af den næste sundhedsaftale (vedlagt). Udgangspunktet for tids- og procesplanen har bl.a. været ønsket om høj grad af politisk involvering, få mål og en mindre omfattende sundhedsaftale end den nuværende.

Der vil undervejs i udarbejdelsen af den nye sundhedsaftale løbende være behov for, at der tages stilling til en række spørgsmål vedrørende planlægning, organisering af arbejdet med sundhedsaftalen mv. Der er i første omgang behov for en afklaring af følgende, for så vidt angår *den politiske del* af sundhedsaftalen:

- **Visionen** i den politiske aftale fungerer og rummer fortsat de væsentligste hovedmål og principper for samarbejdet, og det vurderes, at den med en lettere opdatering kan videreføres i den nye sundhedsaftale. Der lægges dermed op til en kort proces om revision af den eksisterende vision. Er dette en egnet løsning?
- **Politisk involvering og inddragelse.** Der fremkom et ønske på de politiske midtvejsmøder om at udvikle dels den politiske involvering, dels det politiske ejerskab i forhold til sundhedsaftalearbejdet. I procesplanen er der derfor lagt op til, at der sker en skarpere præcisering af indholdet i det administrative og politiske spor. I det politiske spor vil der være fokus på en række sundhedspolitiske udfordringer, som er politisk prioriteret, og som vil blive fulgt løbende. Er denne opdeling og fokus på en række sundhedspolitiske udfordringer hensigtsmæssig?
- **Borgerinddragelse.** Der lægges i procesplanen op til borgerinddragelse. Det betyder blandt andet, at borgere inviteres til at deltage i den politiske opstartskonference og undervejs i skriveprocessen. Herudover inviteres Patientinddragelsesudvalget til at deltage på opstartskonferencen og på to af møderne i Sundhedskoordinationsudvalget. Er dette den rette måde og de rigtige steder at inddrage borgere?

For så vidt angår *den administrative del* af sundhedsaftalen, så starter denne proces for alvor i september 2017 med et udvidet møde i Det Administrative Kontaktforum, hvor det aftales, hvad der skal være hovedspor/temaer, samt hvem der skal udarbejde tekstforslag herom.

En udfordring for tids- og procesplanen forventes at være, at en revideret vejledning for sundhedsaftalerne fra Sundhedsstyrelsen muligvis først foreligger ultimo 2017. Det vurderes dog, at det under alle omstændigheder er nødvendigt for den samlede proces, at formuleringen af sundhedsaftalen påbegyndes før den endelige vejledning foreligger.

I udkastet til tids- og procesplan lægges op til afholdelse af en *politisk opstartskonference* i juni 2017. Målet er dels at drøfte revision af den eksisterende vision, men også at drøfte og prioritere de vigtigste syddanske sundhedsudfordringer

i den kommende sundhedsaftaleproces. Der vedlægges udkast til rammeprogram for konferencen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Drøfter ovennævnte spørgsmål i forhold til visionen, politisk involvering samt borgerinddragelse.
- Indstiller til Sundhedskoordinationsudvalget, at den foreslåede tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-2022 godkendes.
- Indstiller til Sundhedskoordinationsudvalget, at det foreslåede rammeprogram for politisk opstartskonference godkendes.

BILAG:

- 1 Udkast til tids- og procesplan for udarbejdelse af sundhedsaftalen 2019-2022
- 2 Udkast til rammeprogram for den politiske opstartskonference

10. Ledelsesinformationsrapport

SAGSFREMSTILLING

Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har udarbejdet en ledelsesinformationsrapport for fem af de seks prioriterede indsatsområder. Velfærdsteknologistrategien som indsatsområde er udeladt af rapporten som konsekvens af beslutningen om, at der ikke arbejdes videre med strategien. De øvrige prioriterede indsatsområder fremgår af ledelsesinformationsrapporten.

Det Administrative Kontaktforum får på mødet en præsentation af ledelsesinformationsrapporten, da det er første gang forummet ser materialet. På mødet vil der blive præsenteret de seneste tilgængelige data for december 2016.

Fremadrettet forventes det, at rapporten blot fremsendes til orientering i Det Administrative Kontaktforum uden yderligere kommentering.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen om ledelsesinformationsrapporten til efterretning

BILAG:

- 1 Ledelsesinformationsrapport til DAK og SKU

11. Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL, kommunikationspakke og implementeringsplan

SAGSFREMSTILLING

Det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL har været i offentlig høring i perioden den 12. oktober – 16. november 2016. I alt er der indkommet 11 høringssvar, som kan læses på <https://regionsyddanmark.dk/wm491293>.

Følgegruppen for Forebyggelse er den 5. december 2016 præsenteret for de indkomne høringssvar og har godkendt de ændringer, som er indført i det endelige forslag til forløbsprogram.

Som bilag til sagsfremstillingen vedlægges det endelig forslag til forløbsprogrammet, som er væsentlig ændret ift. høringsversionen på følgende punkter:

- Ansvar for den specialiserede genoptræning af mennesker med KOL er flyttet fra sygehusene til kommunerne (afsnit 9)
- Forløbsprogrammet er yderligere justeret iht. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Bl.a. er kommunale patientuddannelsestilbud ændret til kommunale forebyggelsestilbud. Endvidere er forløbsprogrammet udvidet med et afsnit om påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen (afsnit 10) og et separat afsnit om sygdomsmestring (afsnit 11).
- Brugen af dynamiske henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fra almen praksis og sygehusene er gjort skarpere, det er bl.a. tydeliggjort at forløbene indledes med en afklarende samtale og afsluttes med et afslutningsnotat, som sendes fra kommunen til den praktiserende læge og sygehuset (når denne er henvisende part).

MedCom er ved at udvikle nye elektroniske formularer, men disse vil ifølge MedCom først være klar til udrulning medio 2018. Derfor er de ikke indarbejdet i forløbsprogrammet, om end deres funktion, den afklarende samtale og afslutningsnotater, er. Forløbsprogrammet er på den måde forberedt til de nye MedCom standarder.

Det skal bemærkes, at forløbsprogrammets afsnit 3 om tidlig opsporing fortsat afventer Sundhedsstyrelsens opdatering af deres "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL" (2015). Forløbsprogrammet justeres, når anbefalingerne offentliggøres, forventeligt primo 2017.

Kommunikationspakke

Der er som en del af forløbsprogrammet udviklet vedlagte kommunikationspakke, som skal systematisere kommunikationen fra sundhedsprofessionelle til patienter og pårørende med det formål at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltssituationer, hvor patienter og pårørende af den ene eller anden grund oplever en mangelfuld kommunikation.

Implementeringsplan

For at sikre en ensartet implementering på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis er der udviklet en implementeringsplan, se vedlagte bilag.

Implementeringsplanen er udviklet med baggrund i Det Administrative Kontaktforums beslutning om sags- og kommunikationsgange samt

Sundhedsaftalens organisation. Det betyder, at en stor del af det lokale tværsektorielle implementeringsansvar er placeret ved de lokale samordningsfora. Arbejdsgruppen og Følgegruppen vil, jf. implementeringsplanen understøtte dette arbejde med generiske sagsfremstillinger og informationsmateriale. Endvidere har Region Syddanmarks ledelsesakademi afsat ressourcer til at understøtte implementeringen.

Implementeringsplanen indeholder ligeledes en plan for monitorering, ift. til at belyse forløbsprogrammets implementeringsgrad og effekt. Ved godkendelse udfoldes planen for monitorering yderligere og præsenteres for Følgegruppen for Forebyggelse.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Indstiller til Sundhedskoordinationsudvalget, at forløbsprogrammet for mennesker med KOL, implementeringsplan og kommunikationspakke godkendes.

BILAG:

- 1 Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL
- 2 Kommunikationspakke for forløbsprogrammet for KOL
- 3 Implementeringsplan for forløbsprogrammet for KOL

12. Henvisning til og synliggørelse af kommunale trænings- og patientuddannelsestilbud i implementeringen af den nationale kliniske retningslinje vedr. knæartrose

SAGSFREMSTILLING

Det Administrative Kontaktforum behandlede den 1. april 2016 en sag om implementeringen af de nationale kliniske retningslinjer for knæartrose og besluttede ved denne lejlighed, at det videre tværsektorielle arbejde hermed skulle forankres i Følgegruppen for forebyggelse, som behandlede denne sag i forbindelse med sit møde den 5. december 2016.

Et grundelement i den nationale kliniske retningslinje vedr. knæartrose er, at træning og patientuddannelse i mange tilfælde kan erstatte eller udsætte operation. Træning og undervisning kan foregå hos privatpraktiserende fysioterapeuter eller i kommunale forebyggelsestilbud under sundhedslovens § 119.

Som led i implementeringen af den nationale kliniske retningslinje har en regional implementeringsgruppe udarbejdet et materiale til de alment praktiserende læger, som kan understøtte korrekt diagnosticering og henvisning til relevante tilbud herfra.

Dette materiale vedlægges til orientering.

Herudover skal Region Syddanmark og de privatpraktiserende fysioterapeuter indgå en § 2-aftale om trænings – og uddannelsestilbud for knæartrosepatienter i praksissektoren. En sådan aftale blev godkendt i Regionsrådet den 20. december 2016 til ikrafttræden i februar 2017.

I det tværsektorielle arbejdsfelt udestår for det første et spørgsmål om, hvilke patienter der henvises til træning og patientuddannelse hos henholdsvis privatpraktiserende fysioterapeuter og kommunale tilbud. For det andet et spørgsmål om synliggørelse af kommunale trænings- og uddannelsestilbud over for de alment praktiserende læger.

Med hensyn til det første spørgsmål anbefaler Følgegruppen for forebyggelse et forslag fra den regionale implementeringsgruppe om, at den alment praktiserende læge og patienten sammen kan vurdere, om der bør ske henvisning til et kommunalt forebyggelsestilbud, når en eller flere af følgende situationer er aktuelle:

- Patienten er tilknyttet den kommunale hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje
- Patienten har en lav egenomsorgsevne
- Patientens artrose er svær/langt fremskredet, og/eller patienten lider samtidigt af flere sygdomme

Hvis et eller flere af disse kriterier er opfyldt, kan patienten have svært ved at gå hos en privatpraktiserende fysioterapeut, men til gengæld have god gavn af en mere helhedsorienterede tilgang med udgangspunkt i patientens samlede situation, som kommunen evt. kan tilbyde. Eksempelvis kan patienten have brug for en koordinering af flere forskellige kommunale indsatser.

For disse kriterier taler også, at de allerede er kendt og anvendt i Region Nordjylland.

Med hensyn til synliggørelsen af relevante kommunale trænings- og undervisningstilbud anbefaler Følgegruppen for forebyggelse, at hver enkelt kommune sikrer, at opdaterede beskrivelser af tilbud, som kan afhjælpe knæartrose, er tilgængelige på sundhed.dk.

Der kan være tale om dels konditions- og styrketræningstilbud (2-3 gange om ugen i mindst 6 uger) dels om tilbud, der skal tilvejebringe et vægttab (ved BMI $\geq$ 28 anbefales et vægttab > 5 % af kropsvægten for at mindske smerter og bedre den fysiske funktion).

Sundhed.dk har i forbindelse med synliggørelsen af de kommunale tilbud en central betydning som det redskab, den alment praktiserende læge kan bruge til at danne sig et overblik over tilgængelige trænings- og patientuddannelsesmuligheder.

Såfremt den enkelte kommune har særlige krav til, hvilke borgere, der kan gøre brug af dens forebyggelsestilbud, er det muligt at indarbejde disse krav i de beskrivelser af tilbuddene, som ligger på sundhed.dk, og som den anvendte, elektroniske henvisningsstandard har links til. Dermed vil kravene kunne indgå i grundlaget for dialogen mellem den alment praktiserende læge og patienten om videre henvisning.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender den foreslåede model for henvisning til kommunale trænings- og undervisningstilbud.
- Henstiller, at de syddanske kommuner sikrer, at opdaterede beskrivelser af relevante trænings- og uddannelsestilbud er tilgængelige på sundhed.dk.

BILAG:

- 1 Informationsmateriale om diagnostik og henvisning – almen praksis

13. Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget har som led i Sundhedsaftalen 2015-18 prioriteret mental sundhed, herunder mental sundhed blandt børn og unge som et særlig vigtigt indsatsområde.

En arbejdsgruppe under Følgegruppen for forebyggelse udarbejdede i foråret 2016 en kortlægning af viden om omfang af og årsager til, at mange børn og unge angiver dårligt selvoplevet mental helbred. Kortlægningen var afgrænset til de 10-24 årige.

På baggrund af kortlægningen, som blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 16. august 2016, fik følgegruppen til opgave at igangsætte en afdækning af, hvilke erfaringer, tilbud og initiativer til fremme af mental sundhed, der allerede i dag findes i regionen og kommunerne. Afdækningen er vedlagt som bilag (øvrige materiale, herunder en liste over indsatser, som kommuner og region fremhæver som særligt effektfulde, kan rekvireres).

Følgegruppen for forebyggelse finder på baggrund af afdækningen ikke anledning til at formulere nye mål, men peger i stedet på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommuner og region.

Derfor foreslår Følgegruppen for forebyggelse, at igangsætte arbejdet med en ny aftale for børn og unge (sundhedsaftalens pkt. 8.2.2.) samt tage højde for ønsker og behov på børne- og ungeområdet i den kommende aftale om kompetenceudvikling og vidensdeling (sundhedsaftalen pkt. 6.1.6).

Følgegruppen foreslår, at opgaven med at udvikle en ny aftale for børn og unge placeres i Følgegruppen for forebyggelse, og at udviklingen af en ny aftale på børne- og ungeområdet omfatter både det somatiske og det psykiatriske område.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Indstiller til Sundhedskoordinationsudvalget om at godkende afdækningen af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark.
- Godkender at Følgegruppen for forebyggelse igangsætter arbejdet med en ny aftale for børn og unge jf. sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.

BILAG:

- 1 Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge

14. Revurdering af opgave om udarbejdelse af samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort

SAGSFREMSTILLING

FMK indgår som én af de prioriterede indsatser i Sundhedsaftalen 2015-18, og i kommissoriet for Følgegruppen for behandling og pleje indgår "Samarbejdsaftale om Fælles Medicinkort (FMK)" som én konkret opgave.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at Sundhedskoordinationsudvalget ikke specifikt har truffet beslutning om udarbejdelse af en samarbejdsaftale, men alene har tilsluttet sig Det Administrative Kontaktforums forslag til prioriterede indsatser i sundhedsaftalen på møde den 25. februar 2015.

Opgaven vedr. udarbejdelse af en samarbejdsaftale om FMK stammer fra en tidligere FMK-handlingsplan fra Den Nationale bestyrelse for Sundheds IT: "I regi af sundhedsaftalernes godkendes organisatoriske, lokale samarbejdsaftaler mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne".

Handlingsplanen blev udarbejdet som opfølgning på Rigsrevisionens kritik af manglende ledelsesfokus på implementering af FMK i sundhedsvæsenet.

Nye initiativer på FMK-området ændrer forudsætningerne for udarbejdelse af samarbejdsaftale om FMK

Efter at kommissoriet for Følgegruppen for behandling og pleje blev godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 17. juni 2015, er der kommet flere initiativer på FMK-området, som giver anledning til at revurdere behovet for en samarbejdsaftale om FMK:

- a) Der er etableret en national FMK Governance-model med kommissorier for de forskellige grupper og med repræsentanter fra alle relevante parter. Der er bl.a. etableret en national klinisk FMK-brugergruppe, som skal "udarbejde/vedligeholde kliniske retningslinjer eller vejledninger for korrekt brug af FMK på tværs af sektorer".

FMK Governance-modellen er lavet på baggrund af Rigsrevisionens krav om ledelsesfokus. Den regionale FMK-forvaltning har udarbejdet en oversigt over FMK Governance-modellen suppleret med den regionale organisering (Jf. bilag).

- b) Rigsrevisionen har i november 2016 udarbejdet notat om FMK, hvor eneste opmærksomhedspunkt fremover er sygehusenes ajourføring af FMK.
(<http://www.rigsrevisionen.dk/publikationer/2014/242013/1507-16/>)
- c) Det Administrative Kontaktforum har på mødet den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for en tværsektoriel FMK-gruppe, der følger og understøtter de forskellige sektors implementering af FMK.

Den tværsektorielle FMK-gruppe er samlingspunkt for problematikker, der ikke kan løses lokalt (kommune/praksis eller sygehus/kommuner/praksissektor). Flere af FMK-gruppens temaer for det

tværsektorielle samarbejde om korrekt anvendelse af FMK afventer desuden national afklaring f.eks.:

- Kommuners forpligtelse til at hjælpe borgeren med administration af ikke-lægeordnede præparater, der ikke er oprettet på FMK, er uklar. Svar fra hhv. KL og Sundheds- og Ældreministeriet er ikke entydige. De nationale parter arbejder fortsat på en afklaring.
- Dosisdispensering: I regi af FMK Governance-grupperne er der et arbejde i gang om dosisdispensering både mht. vejledninger og tekniske forbedringer af FMK.

Tværsektorielt samarbejde om FMK i Region Syddanmark

I Rigsrevisionens notat lægges op til, at der fremover er fortsat fokus på sygehusenes ajourføring af FMK efter indlæggelse og ambulant behandling. Der er stort ledelsesfokus på ajourføring af FMK ved alle sygehusenheder i regionen. Monitoreringsdata afleveres løbende til nationale fora og formidles også til almen praksis.

Ajourføring i almen praksis monitoreres af MedCom og opgøres som ajourføringsprocenter dels for alle patienter og dels for fælles patienter mellem almen praksis og kommunerne (patienter med kommunal medicinadministration). Ajourføringsprocenter vises i statistikker fordelt på regioner og kommuner. Ajourføring af FMK i almen praksis indgår desuden som én af indikatorerne i de nye nationale mål for sundhedsvæsenet.

Der findes ikke data over ajourføringsprocenter for "fælles patienter mellem almen praksis og sygehusene" – forstået som andel patienter, der modtages på sygehusene med ajourført FMK, når almen praksis har sendt henvisning.

Sygehus Lillebælt har på alle ambulatorier 1 dag i april 2016 og 1 dag i september 2016 lavet manuel registrering af patienterne bl.a. af andele patienter med ajourført FMK før og efter ambulant besøg. Resultaterne er drøftet på dialogmøder med almen praksis.

I den regionale FMK-organisering drøftes indsatser på tværs af sygehusenhederne og samarbejdet med kommuner/praksissektor.

Den tværsektorielle FMK-gruppe fortsætter med at understøtte samarbejdet om korrekt anvendelse af FMK og planlægger på baggrund af ønske fra kommunerne et netværksmøde for kommunale FMK-nøglepersoner i foråret 2017.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en samarbejdsaftale vedr. FMK,
- Godkender, at Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet fremadrettet følger data vedr. ajourføringsprocenter. Følgegruppen kan evt. udarbejde oplæg til, hvordan data for ajourføringsprocenter på fælles patienter mellem almen praksis og sygehuse kan følges jf. Sygehus Lillebælts erfaringer.

BILAG:

- 1 FMK - governance med RSYD

15. Spørgeskema om PatientOplevet kvalitet i Tværsektorielle forløb (SPOT)

SAGSFREMSTILLING

I november 2014 igangsatte Det Administrative Kontaktforum et projekt til udvikling af et spørgeskema vedr. patientoplevet kvalitet i forløb på tværs af sektorer.

Patientoplevet kvalitet er en indsats fra den Tværsektorielle Kvalitetsstrategi, der blev videreført med Sundhedsaftalen for 2015-18. Målet med projektet har været at udarbejde en generisk model til at måle patientoplevet kvalitet i tværsektorielle forløb.

Projektet er nu afsluttet og overleveret til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.

Projektleder Anne Nicolaisen fra Center for Kvalitet præsenterer spørgeskemaet på mødet.

Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt forslår, at spørgeskemaet afprøves i større skala, med henblik på at få erfaringer med brugen af spørgeskemaet og den praktiske drift heraf. Under forudsætning af at implementeringsplanen for KOL forløbsprogrammet godkendes i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget, anbefaler Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt i samarbejde med Følgegruppen for forebyggelse at afprøve SPOT som led i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager præsentationen af SPOT-projektet til efterretning.
 - Godkender at SPOT afprøves på KOL-forløbsprogrammet.
-

16. Sundhedsprofilen 2017 – det færdige spørgeskema

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?" gennemføres for tredje gang i starten af 2017 (første gang var i 2010 og anden gang i 2013). Ca. 57.000 tilfældigt udvalgte borgere i Region Syddanmark, på 16 år eller derover, vil omkring den 3. februar modtage et spørgeskema i deres digitale postkasse eller per brev, såfremt de ikke har en digital postkasse.

Undersøgelsen er del af en landsdækkende undersøgelse, som foretages på samme tid i samtlige regioner og samtlige kommuner. Med resultaterne fra sundhedsprofilerne i 2010 og 2013, og nu også i 2017, opnås flere sammenlignelige data om danskernes sundhedstilstand. Sundhedsprofilen er et vigtigt redskab til prioritering af indsatser på såvel nationalt som regionalt og kommunalt niveau.

Region Syddanmark samarbejder med de syddanske kommuner om planlægningen og gennemførelsen af Sundhedsprofilen. En arbejdsgruppe med kommunale og regionale repræsentanter har været med til at udvælge de regionale ekstraspørgsmål, som indgår i profilen. Der er udarbejdet kommunikationsmaterialer til kommunerne, og regionen står (udover pressemeddelelser) bl.a. for annoncering på bussider og skilte ved Netto-butikker i hele regionen samt via infoskærme i syge- og lægehuse. Alt sammen for at øge synligheden omkring undersøgelsen og dermed forhåbentligt fastholde svarprocenten fra 2013 (65 %).

Spørgeskemaet består af 52 nationalt vedtagne spørgsmål og 36 regionsspecifikke spørgsmål. Af nye regionale spørgsmål indgår bl.a. spørgsmål om e-cigaretter, medicinforbrug, brugen af sociale medier, alternativ behandling og spørgsmål relateret til mental sundhed. Spørgeskemaet er vedlagt som bilag.

De endelige resultater af undersøgelsen offentliggøres i starten af 2018.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orientering til efterretning.

BILAG:

- 1 Spørgeskema

17. Orientering om den nationale handlingsplan for demens og en kommende revision af en syddansk samarbejdsaftale

SAGSFREMSTILLING

Sundheds- og Ældreministeren udsendte i sensommeren 2016 et oplæg til en national demenshandlingsplan, som efterfølgende har været sendt i høring.

Oplægget til demenshandlingsplanen rummer både en række langsigtede nationale mål samt konkrete indsatsområder og initiativer, som skal iværksættes på den kortere bane.

De tre nationale mål for demensindsatsen frem mod 2025 er:

- *Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner*, som blandt andet betyder, at alle kommunerne opfordres til at udarbejde en strategi for demensområdet med inspiration fra de kommuner, der allerede er demensvenlige.
- *Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose*, dels fordi opgørelser peger på, at der er flere med demens, end dem der i dag udredes, og dels fordi en rettidig og korrekt diagnose er forudsætningen for, at den rette pleje og behandling kan iværksættes.
- *En forbedret pleje og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod 2025*, med afsæt i at de faglige anbefalinger allerede i dag påpeger, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke bør have antipsykotisk medicin. Der skal sikres den rette kvalitet i behandling og pleje, bl.a. ved, at der er et højt fagligt niveau hos de relevante medarbejdere.

I forarbejdet til demenshandlingsplanen er der identificeret en række udfordringer på demensområdet. For at imødekomme udfordringerne indeholder handlingsplanen fem fokusområder, hvorunder der lægges op til 27 konkrete initiativer.

De fem fokusområder er:

- Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling.
- Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering.
- Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens.
- Demensvenlige samfund og boliger.
- Øget videns- og kompetenceniveau.

Kort før jul blev aftalen om demenshandlingsplanen forhandlet på plads mellem regeringen og satspuljepartierne. Fordelingen af midler til de forskellige initiativer kan ses i bilaget.

Følgegruppen for behandling og pleje har nedsat en arbejdsgruppe til at revidere samarbejdsaftalen på demensområdet på baggrund af indholdet i den nye nationale handlingsplan, ligesom gruppen skal sikre, at den nationale handlingsplan efterleves. Opstart af en evaluering af samarbejdsaftalen afventer at den endelige demenshandlingsplan udsendes, før man konkret går i gang med arbejdet.

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning.
-

BILAG:

- 1 Aftale om den nationale demenshandlingsplan 2015

18. Punkter til kommende møder

SAGSFREMSTILLING

- Status på arbejdet i følgegrupperne
- Drøftelse af sundhedspolitiske udfordringer
- Revision af forløbene for Sam:Bo
- Revideret vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange
- Rammepapir om kompetenceudvikling og videndeling
- Materiale til understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter
- Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning
- KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen
- National handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at punkterne sættes på kommende møder

19. Dagsordenspunkter til Sundhedskoordinationsudvalget

SAGSFREMSTILLING

- Temadrøftelse om opgaveoverdragelse
- Cases/historier fra følgegrupperne
- Den ældre medicinske patient – evalueringsrapport og ny handlingsplan
- Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL
- Status fra følgegruppen for forebyggelse
- Rammeprogram for politisk opstartskonference
- Afdækning af mental sundhed og videre proces
- Ledelsesinformationsrapport
- Udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-2022

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Godkender, at følgende punkter der sendes videre til Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 28. februar 2017

20. Øvrig gensidig orientering

INDSTILLING

Det indstilles, at Det Administrative Kontaktforum:

- Tager orienteringen til efterretning



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

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

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

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

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

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen d. 10. august 2016 og behandlet af Følgegruppen for Opgaveoverdragelse d. 22/12 2016.

Opdrag:

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har anmodet alle kommuner, sygehusenheder (både somatik og psykiatri) og PLO-Syd om at bidrage til et overblik over hvilke opgaver, som vurderes at have potentiale for overdragelse. Overblikkets formål har været, at identificere hvilke opgaver som både primær- og sekundærsektoren vurderer af særlige relevans eller med potentiale for overdragelse.

Størstedelen af de parter, der har svaret har vurderet, at IV-behandling med antibiotika har et særligt potentiale for opgaveoverdragelse, hvorfor Følgegruppen for opgaveoverdragelse (DAK) har udvalgt opgaven til nærmere gennemgang med det formål at kvalificere modellen igennem hypotetisk overdragelse.

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

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

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for afdækning af IV-behandling med antibiotikas potentiale for opgaveoverdragelse

Lene Anette Norberg, Socialoverlæge, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejersker, Fredericia Kommune
Helene Schaldemose, AC-fulmægtig, Sydvestjysk Sygehus
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Cæcilie Lumby (medsekretær), Konsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE**Titel for opgaveoverdragelse**

IV-behandling med antibiotika i eget hjem.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter mulighed for at færdiggøre behandling med IV-antibiotika i eget hjem.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Behandling med IV-antibiotika foregår i dag primært på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter går hjem mellem behandlinger og går hjem, nogle timer, mellem hver infusion. Andre modtager IV-antibiotika ambulant, hvor de møder ind 2 -4 gange i døgnet til planlagt infusion. Der er også enkelte kommuner, som indgår aftale om konkret delegation, hvilket muliggør at patienter kan færdiggøre behandlingen i eget hjem. I de tilfælde, hvor opgaven løses i eget hjem, er det en forudsætning, at patienterne startes op og modtager mindst to IV-behandlinger på sygehuset inden de sendes hjem.

Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen, om end den udføres på sygehuset eller under delegation i eget hjem.

Når lægen har ordineret behandling med IV-antibiotika, har sygeplejersken typisk til opgave at håndtere medicinbehandlingen. Flertallet af præparater fås i lukkede systemer, der blandes på sengestuen. De resterende præparater blandes under udsugning i et medicinrum. Efter blanding af medicinen, afspritning mv. jf. instruks, påbegyndes antibiotikabehandlingen. Efter endt behandling sættes prop på, og venflon gennemskylls.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige infektionsmedicinske problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold i aflastningspladser.

Eksempler på patientforløb:

- Pseudomonas infektioner
- Erysipelas infektioner
- UVI infektioner (særligt borgere fra plejehjem, evt. demente)
- Abces behandling (lunge)
- Endocardit patienter
- Ostit patienter

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

For at kunne færdiggøre IV-behandling i eget hjem, skal patienten være stabil og vurderet lægefagligt egnet. Borgerens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og hjemmesygeplejen.

Inklusion og eksklusionskriterier

Det er et krav, at de antibiotiske præparater, som skal anvendes til IV- behandling i eget hjem, kan blandes i lukkede systemer. Præparater, der ikke kan det, ekskluderes.

Patienter skal startes op i behandlingen på syghuset og have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse.

Mulige udfordringer vedr. målgruppen

Det kan være en udfordring for nogle kommuner, hvis behandlingen med IV-antibiotika skal gives 4xdgl. Det vil kræve døgnbemanding med sygeplejersker, som kan give infusionen. Samtidig er det ikke hensigtsmæssigt at begrænse behandlingen til de patienter, som modtager behandlingen ≤ 3 xdgl., da det kan medføre negative konsekvenser, i forhold til at sikre patienter den mest optimale behandling. Problemstillingen bør drøftes administrativ/politisk i forbindelse med indgåelse af en samarbejdsaftale.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Sundhedsstyrelsen har i 2014 udgivet anbefalinger for "[kvalitet i kommunale akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje](#)". Anbefalingerne beskriver IV-behandling som en indsats, der udgør en særlig patientsikkerhedsmæssig risiko, og der skal derfor være særlig opmærksomhed på organiseringen af samarbejdet herom.

IV-behandling med antibiotika er ikke en rutineopgave i den kommunale hjemmesygepleje, men kan delegeres fra læger til kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer. Sundhedsstyrelsen påpeger, at der skal udarbejdes instrukser for, hvordan patienten skal modtages, og behandlingen videreføres i eget hjem. Sundhedsstyrelsen anbefaler, på grund af risikoen for allergiske reaktioner, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, samt at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge. Sundhedsstyrelsen har ligeledes udgivet en "[vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin](#)".

Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen primo 2017 udgiver kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som ventes at indeholde krav om kvalitetsstandarder for IV-behandling antibiotika.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har tidligere afdækket erfaringer med IV-behandling med antibiotika i egen og øvrige regioner og kommuner. Nedenstående er et resume heraf.

Region Midt

IV opgaveoverdragelse mellem Regionshospitalet Viborg og kommunerne i Viborg klanen. En projektperiode der løb fra 1.3.11-15.8.13. Det blev involveret knap 360 patienter, med mange besøg/forløb i et.

Konkret IV behandling

IV isotoniske væsker i hjemmet eller på en akut/midlertidig plads i kommunen

IV antibiotika x gange dagligt i x antal dage i hjemmet eller på akut/midlertidige pladser

Målgruppen

Dehydrerede patienter/borgere

Patienter med infektion

Efter 6 måneder blev målgruppen udvidet til at inkludere alle infektionspatienter.

Konsekvenser for hospitalet

Sygehuset har fortsat udgiften til medicin, selvom patienten er udskrevet, for at patienten ikke skal få unødige udgifter ift. at forblive indlagt. Medmindre behandlingen startes op af egen læge.

Da målgruppen blev udvidet, var det sygehuset, der stod for oplæring/undervisning inde for specialet.

Konsekvenser for kommunen

I Viborg Kommune var der et akutteam med 9 sygeplejersker (mange kom fra en stilling på sygehuset), der i første omgang varetog opgaven. Forventningen var/er, at opgaven med tiden skulle overgå til hjemmesygeplejerskerne efter endt oplæring.

Skive Kommune kom senere med i projektet. 1.10.13 blev der oprettet 3 akutpladser i kommunen, blandt andet for at støtte op om projektet.

Det er væsentligt dyrere for kommunerne at indkøbe sygeplejeartikler, der anvendes til IV behandling. Begge kommuner kan ud fra deres plejesystemer konstatere, at det er meget lidt ekstra tid, der er bevilliget til pleje af de patienter, der har fået IV i hjemmet.

Konsekvenser for borgeren

Udskrev sygehuset patienten til fortsat behandling i eget hjem, blev der givet medicin med borgeren hjem uden ekstra udgifter. Er det egen læge der sætter behandlingen i gang, skal borgeren selv betale for medicinen.

Ingen borgere har været involveret i en utilsigtet hændelse.

Forudsætning for succes

Kompetenceudvikling af personalet, der skal varetage opgaven, i kommunen.

Kompetencerne skal erhverves INDEN opgaven overdrages.

God relation, tæt kontakt og fleksible kommunikationsveje mellem sygehusafdelingen og kommunen.

Klar ansvarsfordeling

En tryghed for sygehuset, når de kunne udskrive patienten til et akutteam i kommunen (Viborg havde i starten opgaven placeret i et akutteam bestående af 9 sygeplejersker).

God og tydelig kommunikation til alle involverede afdelinger/enheder INDEN overdragelse.

Medarbejdernes vilje og tro på projektet.

Økonomi

Kommunerne sparer ikke penge ved at afkorte indlæggelsen.

Sygehuset har sparet sengedage.
Stort spænd i kommunernes samlede forbrug.

Erfaringer fra projektet

Prøvehandling er en god innovativ tankegang, der styrker modet til at prøve noget nyt.

Region Syddanmark

Kvalitetsforbedringsprojekt mellem Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommune. IV antibiotikabehandling i hjemmet.

Målgruppen

Stabile og kognitivt velfungerende patienter, som ud fra lægefaglig vurdering ikke har brug for observation i forbindelse med behandlingen.

Patienter over 12 år

Vist sig at være meget syge og ofte kronisk syge og terminale patienter, der indgik i projektet.

Der blev i projektperioden ordineret IV antibiotikabehandling 30 gange (25 cpr. Numre)

Økonomi

SVS finansierer udgifterne til IV-behandlingen

Varde Kommune finansierer udgifterne til sygeplejerskerne i Akutfunktionen, primært løn- og transportudgifter

Forudsætninger for succes

Kompetente sygeplejersker i en akutfunktion

Dialogen og respekten for hinandens opgaver er afgørende for at fastholde det gode samarbejde

Det tværfaglige fokus og den organisatoriske kvalitet er afgørende for succes.

Klare arbejdsgange

Erfaringer fra projektet

Alle er enige om, at behandlingen bør foregå i hjemmet i stedet for på sygehuset.

Alle har følt sig velinformeret

Remedierne fra sygehuset skal gives i lukkede systemer

Håndtering af affald

På forhånd skal det aftales, hvordan nye præparater kan tilføjes

Samarbejde mellem Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland

Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland har indgået aftale om, at Sønderborg kommunes hjemmesygepleje kan varetage IV-behandling i borgernes eget hjem. I en 17 måneders periode, fra januar 2015 – marts 2016, har kommunens hjemmesygepleje i gennemsnit haft 30 borgere i behandling i eget hjem per måned. Borgerne har i gennemsnit modtaget 16 behandlinger, hvilket svarer til en behandlingsvarighed på 4-5 dage afhængig af om borgeren har modtaget infusionen tre eller fire gange om dagen.

Region Sjælland

Regionen har ikke decideret viden vedr. IV-behandling i eget hjem. Roskilde og Greve Kommune har dog indgået i et tværsektorielt projekt om akutpladser. Projektet indeholdt bl.a. delegation ift. IV-behandling. Greve Kommune udgik undervejs i projektet. Projektet er afsluttet, og akutpladserne i Roskilde Kommune er ændret til tryghedspladser, der blandt andet har til formål at forebygge indlæggelser. Erfaringer fra projektet kan ikke overføres, da formålet med projektet har været at udforme akutpladser i kommunen og ikke på overdragelse af IV-behandling som opgave.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende venflon (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse med det ordinerede antibiotika til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling. Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt omkring udskrivelsen med intravenøst antibiotika behandling
- At anvende SAM:BO aftalen ved udskrivelse
- At ordinere og dokumentere IV-antibiotika behandling i FMK
- At medsende oplysninger på behandlende afdeling
- At medsende alle relevante remedier, der skal bruges til at udføre behandlingen
- At medsende eller henvise til, hvilke instrukser der skal anvendes for indgift
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at varetage den intravenøse antibiotika behandling i borgerens eget hjem eller på en kommunal klinik. Ud fra den udarbejdede behandlingsplan samt en kommunal instruks for håndtering af intravenøs antibiotikabehandling har den kommunale sygeplejerske til opgave at give patienten den intravenøse antibiotikabehandling.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at følge op på opgaveoverdragelsen.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Nej, der er ikke forbud mod delegation af IV-behandling med antibiotika. Lovgrundlaget er nærmere præciseret nedenfor.

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

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

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

Behandling med receptpligtige lægemidler, herunder antibiotika, er jf. autorisationslovens § 74 stk. 2. forbeholdt lægefaglig virksomhed. En sundhedsperson kan dog, efter autorisationslovens § 17, anvende medhjælp, som, under delegation, kan udføre behandlingsopgaver forbeholdt andre professioner. Der er i lovgivningen ikke forbud mod delegation af IV-behandling med antibiotika, og en hjemmesygeplejerske vil dermed, under sygehuslægens delegation, kunne udføre opgaven i patientens eget hjem.

Af § 3 BEK nr. 1219 af 11. december 2009 fremgår det, at den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til, og har modtaget instruks i, at udføre opgaven. Der er i

lovgivningen ikke et krav om at delegation, af en forbeholdt virksomhed, skal delegeres til en anden autoriseret sundhedsprofessionel. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at lægeordnede behandlingsopgaver, som IV-behandling med antibiotika, ved delegering til hjemmesygeplejen, udføres af autoriserede sundhedspersoner. Af ovenstående bekendtgørelse fremgår det endvidere, af § 3 stk. 2, at den autoriserede sundhedsperson i fornødent omfang skal føre tilsyn med medhjælpens udførelse af virksomheden. I forbindelse med rammedelegation af IV-behandling med antibiotika til den kommunale hjemmesygepleje, vil det ansvar påhvile ledelsen på sygehuset og i den kommunale hjemmesygepleje (ultimativt regionsrådet og kommunalbestyrelsen), som også er forpligtigede til at sikre, at der foreligger en instruks for fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af den delegerede virksomhed, og at medhjælpen er instrueret og oplært heri, jf. § 4 BEK nr. 1219 af 11. december 2009. Ledelsen i hjemmesygeplejen har det overordnede ansvar for, at hjemmesygeplejersken har de nødvendige kvalifikationer og kompetencer til at agere medhjælp og udføre opgaven. Hvis ledelsen vurderer, at hjemmesygeplejen ikke har ansat personale, der besidder de fornødne kompetencer til at varetage opgaven, skal de gøre den ordinerende læge opmærksom herpå. Den ordinerende læge vil på den baggrund være forpligtiget til at vurdere om yderligere instruks vil gøre hjemmesygeplejen i stand til at varetage opgaven, eller om patienten skal indlægges eller forblive indlagt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, på grund af risikoen for allergiske reaktioner, at IV-behandling med antibiotika startes op i sygehusregi, samt at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos den ordinerende sygehuslæge. Alle sundhedspersoner skal, jf. autorisationslovens § 17, udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed, herunder ved benyttelsen af medhjælp m.v. Som beskrevet ovenfor er ansvaret under delegation delt mellem region og kommune. Den udførende hjemmesygeplejerske er som medhjælp omfattet af autorisationsloven og ikke uden ansvar.

Som udgangspunkt skal opgaven udføres i overensstemmelse med lægens ordination, den foreliggende instruks og god klinisk praksis. Hertil kommer krav om journalføring og dokumentation. Alle autoriserede sundhedspersoner er, jf. § 5 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, forpligtet til at føre journal. IV-behandling med antibiotika udført under delegation skal journalføres, og her er det, jf. § 5 stk. 3 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, ledelsen i hjemmeplejen der har ansvaret for at behandlingen dokumenteres. Rammerne er nærmere specificeret i Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser. Skulle der forekomme klagesager i forbindelse med IV-behandling med antibiotika udført under delegation, er det Disciplinærnævnet, som behandler og træffer afgørelse om sundhedspersoners faglige virksomhed. Udgangspunktet er autorisationslovens ansvarsbestemmelser §§ 17, 73 og 75. Sundhedsstyrelsen kan endvidere fratage sundhedspersoner deres autorisation eller indskrænke deres virksomhedsområde.

SIKKERHED

Arbejds miljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere nåle og medicinsk affald som følge af behandling fx med IV-antibiotika. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald (infusionsslange, mini-bag, medicinbeholder m.m.) ifm. behandling af IV-antibiotika i eget hjem. Det kan kasseres som alm. dagrenovation uden at skille dropslangen fra mini-bag'en. Til den skarpe studs anvendes en gul beholder til medicinsk affald, som kan afleveres på et apotek efter endt behandling.

Remedier og tekniske aspekter

Regionen medsender det nødvendige udstyr og medicin, der skal til, for at varetage behandlingen i eget hjem, behandlingsperioden ud.

Kommunen stiller med handsker og adrenalin.

Ovenstående præciseres nærmere i en eventuel samarbejdsaftale.

Hygiejne

I henhold til den gældende [vejledning om hjemmesygepleje](#) er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til IV-behandling med antibiotika, som ikke kan løses af en hjemmesygeplejerske. Men om tidligere nævnt kan der være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med IV-antibiotika. Er dette tilfældet bør den ordinerede sygehusafdeling og den kommunale hjemmesygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Med det rette samarbejdsaftalegrundlag og organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at færdiggøre behandlingen med IV-antibiotika i eget hjem.

Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen besidder de nødvendige kompetencer og er i stand til at opstarte behandling med adrenalin i tilfælde af anafylaktisk chok.

Ved at færdiggøre behandlingen i eget hjem, er der ligeledes mulighed for at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvaret indebærer:

- At ordinere relevant antibiotika behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At etablere en 24/7 hotline som hjemmesygeplejen kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har praktiserende læge ansvaret.

Det nærmere ansvar i forhold til delegation er beskrevet i afsnittet om jura og er nærmere præciseret i bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal have kompetencer indenfor følgende områder:

- Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning og interaktioner
- Kendskab til og primær behandling af allergiske reaktioner herunder anafylaktisk chock
- Pleje af venflon
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit
- Genoplivningskompetencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at ovenstående områder er en del af den sygeplejefaglige grunduddannelse. Arbejdsgruppen finder det dog nødvendigt at påpege, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencen, da mange kommunale sygeplejersker ikke har håndteret IV-behandling med antibiotika siden de var under uddannelse.

Videredelegation

Opgaven må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Dette uanset patientens alder, om man er pårørende eller patient samt upåagtet af, om patienten har været indlagt før.

Patientforløbene vil med overdragelsen af behandlingsopgaven blive optimeret ved meget korte indlæggelser og hurtige udskrivelser til eget hjem til fortsat IV-behandling.

Ved at patienten forbliver i eget hjem, eller får en relativ kort indlæggelse, vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil med IV-behandling i eget hjem undgå konfusion, og samtidig vil dennes funktions- og aktivitetsniveauet ikke blive reduceret på samme måde som ved en indlæggelse.

Dette gælder for såvel de ældre og/eller svage patienter, der helst vil undgå indlæggelse, men ligeledes for de erhvervsaktive borgere, der får mulighed for en behandling, der i højere grad vil kunne understøtte en fastholdelse i arbejde under behandlingen.

Erfaringer fra tidligere projekter viser, at det afgørende for patienten er, at de i forløbet føler sig velinformeret fra sygehuset om, hvordan forløbet i hjemmet vil foregå. Det har været afgørende for

den positive vurdering af forløbet, at patienten oplevede, at der var et godt samarbejde mellem sygehuset og hjemmesygeplejen.

Patientens økonomi

IV-behandlingen i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset udleverer den ordinerede antibiotika i forhold til behandlingens hyppighed og varighed.

Det skal dog gøres opmærksom på, at i de tilfælde, hvor kommunerne vælger at tilbyde behandlingen på en bestemt lokation (fx et sundhedshus), kan patienten få udgifter til transport.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Erfaringer fra projekter og lokale samarbejdsaftaler i egen og andre regioner viser, at det er svært at estimere et præcist antal forventede patienter for hvem det er relevant at modtage IV-behandling med antibiotika i eget hjem. Arbejdsgruppen vurderer, at antallet af patienter vil stige som sygehusafdelingerne får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis.

I forbindelse med denne faglige vurdering af IV-antibiotikas potentiale for opgaveoverdragelse har arbejdsgruppen adspurgt to sygehusenheder om deres forventninger til antallet af patienter.

Odense Universitetshospital vurderer, at det vil være relevant for patienter på flere afdelinger at kunne færdiggøre deres behandling med IV-antibiotika i eget hjem. Hovedsagligt drejer det sig om patienter i langvarig antibiotikabehandling. Det er umiddelbart svært at skabe sig et kvantitativt overblik, men det bemærkes, at der ofte er tale om få patienter fra den enkelte afdeling.

	Antal patienter pr. år	Antal behandlinger/pt.
Afd. F – Øre-næse-halskirurgisk	6	60
Afd. Q - Infektionsmedicinsk	206	11
Afd. J – Lungemedicinsk	2	85-99
Afd. A - Kirurgisk	8-10	3-9

Sygehus Sønderjylland har allerede i dag en lokal samarbejdsaftale med Sønderborg og Haderslev Kommune om færdiggørelse af IV-antibiotika i eget hjem. I perioden d. 1. januar 2015 – d. 31. maj 2016 har Sygehus Sønderjylland i gennemsnit udskrevet 30 patienter om måned til færdiggørelse af behandling med IV-antibiotika i eget hjem i Sønderborg Kommune. I gennemsnit modtog hver patient 16 behandlinger.

Som nævnt viser erfaringerne fra projekter og lokale samarbejdsaftaler, at der er stor variation i

antallet af patienter, som modtager IV-behandling i eget hjem. Derfor skal nedenstående data fra samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg kommune, tolkes med forsigtighed ift. generaliserbarheden til andre kommuner. I nedenstående tabel er data fra Sønderborg kommune ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af morgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre.

Estimeret antal patienter pr. kommune pr. år:

	Patienter pr. år
Aabenraa	284
Assens	199
Billund	128
Esbjerg	558
Faaborg-Midtfyn	247
Fanø	16
Fredericia	245
Haderslev	270
Kerteminde	115
Kolding	442
Langeland	61
Middelfart	183
Nordfyns	141
Nyborg	154
Odense	959
Svendborg	281
Sønderborg	360
Tønder	183
Varde	243
Vejen	207
Vejle	541
Ærø	30

Udgifter og omkostninger

Sygehus Sønderjylland har på baggrund af deres aftale med Sønderborg og Haderslev kommune forsøgt at opstille et regnestykke for behandling af patienter i eget hjem:

Færdiggørelse af behandling i eget hjem:

Hjemmesygeplejerskerne afsætter 1 time pr. behandling inkl. transport a 356 kr. Dertil kommer en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, handsker mm. Et behandlingsforløb består gennemsnitligt af 16 behandlinger, og dermed lyder regnestykket for kommunale udgift forbundet med færdiggørelse af behandlingen i eget hjem på:

$$((16 \times 356 \text{ kr.}) + 356) = \underline{6.052 \text{ kr. pr. patientforløb}}$$

Hertil kommer sygehusets udgifter til remedier og medicin. Sygehus Sønderjylland medsender medicin, slangesæt, 100 ml NaCL, 2 stk. 10 ml NaCl skyl. Udgiften til materialer og medicin varierer alt efter, hvilket præparat der skal gives.

Patient med erysipelas	Materiale	46,49 kr. pr. indgift
	Medicin (Dicloris + Benzylpencillin)	743,84 kr. pr. forløb
Patient med stafylokok	Materiale	156,61 kr. pr. indgift
	Medicin (Dalacin)	2.505,76 kr. pr. forløb
Patient med pneumoni	Materiale	66,99 kr. pr. indgift
	Medicin (Tazocin)	1.071,84 kr. pr. forløb

Tager man gennemsnittet af ovenstående, vil sygehusets udgift til behandling med IV-antibiotika i eget hjem være:

$((90,03 \times 16) + 1.140,48) = 1.230,51$ kr. pr. patientforløb

Hertil kommer udgiften til evt. diagnosticering af patienten, anlæggelse af venflon og opstart af behandlingen på sygehuset, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

CS

Temadrøftelse

Anvendelsen af model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

Sundhedsstrategisk Forum

d. 27. Januar 2017

CS

Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalgets reaktioner på modellen

- *Tilfredshed med modellen*
- *Centralt værktøj i udviklingen af det nære sundhedsvæsen*
- *Modellen kan adressere sundhedspolitiske perspektiver fx ulighed i sundhed*

Modellens videre behandling i SKU

- *D. 28. februar - Godkendelse af modellen og temadrøftelse om politiske dilemmaer i opgaveoverdragelse*

Synlige problemstillinger og dilemmaer

- Modellen må ikke hindre dagligt fleksibelt samarbejde om konkret delegation
- Økonomiske incitamenter og ressourcer
 - DRG takst (indlæggelse/ambulant) vs. kommunal medfinansiering
 - Patientvolumen og kapacitet
 - Der er national fokus herpå
- Hvad gør vi når fordelene tvetydige

	+ for patienten	- for patienten
+ for økonomien	God ide	?
- For økonomien	?	Dårlig ide

Eksempel IV-behandling med antibiotika

Trin 1

Faglig
vurdering

Arbejdsgruppen vurderer, at færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika kan overdrages fra sygehus til kommuner

- Opmærksomhedspunkter
 - Usikkerhed om patientvolumen og afledte økonomiske konsekvenser

Når modellen skal anvendes



1. Følgegruppen nedsætter en tværsektoriel arbejdsgruppe
2. Arbejdsgruppen kvalificerer trin 1 "den faglige vurdering"
3. Følgegruppen udarbejder trin 2 "beslutnings- og forståelsesgrundlag"
4. Trin 2 behandles på DAK, som beslutter om der skal udarbejdes udkast til en samarbejdsaftale (trin 3)
5. Følgegruppen og arbejdsgruppen udarbejder trin 3 "samarbejdsaftale", som behandles i DAK og efterfølgende godkendes i SKU

Hvornår kan modellen anvendes?



- Ved udbredelse af:
 - resultater fra projekter om ændret samarbejdsformer?
 - nationale beslutninger og anbefalinger om ændrede samarbejdsformer?
 - input fra sundhedsprofessionelle?

ds

Næste opgave

- Følgegruppen anbefaler, at samtalestøtte i almen praksis til fx stressramte og langtidssyge undersøges for dens potentiale for overdragelse/ændret samarbejde
 - Tidskrævende
 - Patienter opfylder ikke kriterierne for psykologsamtale
 - Kan håndteres af andre end den praktiserende læge

Tak for
opmærksomheden



Indstilling

Det indstilles, at Det Administrative
Kontaktforum:

- Godkender anvendelsen af modellen
- Godkender at følgegruppen igangsætter arbejdet med at undersøge potentialet for overdragelse af samtalestøtte

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle11	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					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af Sam:Bo	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har set på mulighederne for videreudvikling af Sam:Bo. Arbejdsgruppen har foreslået, at der i første omgang sættes fokus på arbejdsmarkedsområdet. Der er udarbejdet en tids- og procesplan, som blev behandlet i DAK den 15. juni 2016. DAK besluttede, at der i stedet skal startes med socialpsykiatrien frem for arbejdsmarkedsområdet, da det forventes at være mindre komplekst. Der vil derfor blive igangsat et arbejde med en ny tids- og procesplan med fokus på socialpsykiatrien.	25-03-17: Endelig materiale sendes til Følgegruppen for behandling og pleje til godkendelse.	21-11-16: DAK orienteres om tidsplan for arbejdet på møde. 22-06-17: Oplæg til behandling i DAK		
Samarbejdsaftale om FMK	Fælles Medicinkort – Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen. Følgegruppen for behandling og pleje har endvidere anmodet den tværsektorielle FMK-gruppe om at formulere et kommissorium for udarbejdelse af en samarbejdsaftale om FMK.		27-01-17: Følgegruppen anbefaler overfor DAK, at arbejdet med FMK følges tæt, og der ikke pt. udarbejdes en samarbejdsaftale.		
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Der er nedsat en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK og kommer med forslag til kommissorium for samarbejdsaftale om FMK.	Løbende status (ikke fast interval - efter behov)			Følgegruppen modtager løbende status fra gruppen.
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen.				
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	DAK godkendte den 19. marts 2015, at implementeringen af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og kommuner omkring borgere, der modtager eller har behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje, blev påbegyndt med udgangspunkt i MedCom-standarden indlæggel-sesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. Implementeringen er påbegyndt den 1. december 2015, og der er udpeget nøglepersoner for kommunerne. Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper 15-08-2017: Status på følgegruppemøde			

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
Revision af forløbene for Sam:Bo (Somatik og psykiatri)	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet et oplæg til revision af SAMBO forløbene. Forløbene har været i høring fra den 15. februar til den 29. marts 2016. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene, og som aktuelt er ved at udarbejde et endeligt oplæg til godkendelse i DAK.	21-02-17: Oplæg til godkendelse i følgegruppen.	30-03-17: DAK.	Forløbene forventes implementeret i 2. kvartal 2017.	
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	National Handlingsplan for 2012-15 er implementeret. Der kommer en evaluering af arbejdet fra KORA primo 2017. På kommende møde behandler DAK ny national handlingsplan, hvor planen introduceres herunder særligt områder som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. På januarmøde i DAK behandles national udmøntningsplan for handlingsplan. Forventet behandling på KLF marts/april 2017.	21-02-17: Status på arbejdet med ny national handlingsplan. Forventeligt herefter årlig status.	23-11-16: Orientering om ny handlingsplan på DAK. 27-01-17: Orientering vedr. Kora-rapport om gl. handlingsplan på DAK. National udmøntningsplan for ny handlingsplan.		
Audit/evaluering af Sam:Bo	Fokus er pt. på revision af Sam:Bo forløbene. Opgaven med audit/evaluering er derfor sat på standby pga. juridiske aspekter.	21-02-17: Sag på følgegruppemøde vedr. indstilling om, at opgaven udgår af opgaveporteføljen.	30-03-17: DAK.		
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, men hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	Løbende afrapportering til følgegruppen helårligt (sensommer)			
Revision af aftalen vedr. mennesker med demens	Der er udarbejdet en ændret tværsektoriel retningslinje for området, som betyder, at aftalen skal revideres. Arbejdet har afventet den nationale handlingsplan for demens, som netop er offentliggjort.	Løbende afrapportering fra tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. demens - adhoc.	30-03-17: DAK forelægges en status på arbejdet i gruppen herunder status på arbejdet med revision af aftalen vedr. demens.		
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor indvandrere er underrepræsenterede på demensenhederne.	21-02-17: Resultatet forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.			Arbejdsgruppen afrapporterer til Demensarbejdsgruppen på møde den 13. dec. 2016.
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.	21-02-2017: Endelig status på afvikling af kurset.			
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹¹	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
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Det Administrative Kontaktforum besluttede den 25. september 2013, at der som optakt til arbejdet med sundhedsaftalerne 2015-2018 skulle udarbejdes en fælles regional samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug. Aftalens formål er at styrke samarbejdet og sikre bedre kvalitet, koordination og sammenhæng i forløb for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse.	04-04-17: Status på arbejdet samt drøftelse af opgaven.			Den implementeres frem mod 2018 sammen med Sundhedsstyrelsens koordinerende indsatsplaner Der er en arbejdsgruppe, der følger op på tværs af region og 22 kommuner. På PSOF niveau har der været nedsat 6 lokale implementeringsgrupper.
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje. Der er truffet DAK-formandsbeslutning om, at arbejdet kan igangsættes.	21-02-17: Orientering om status på arbejdet. Evt. formandsgodkendelse af revideret vejledning.	30-03-17: Revideret vejledning forelægges til godkendelse i DAK.		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der skal tilrettelægges en revision af aftalen.	21-02-17: Godkendelse af kommissorium og tidsplan	30-03-17: Godkendelse af kommissorium og tidsplan i DAK.		Der er vis kontaktudvalget (SOF-sekretærer og repræs. Fra Praksisafd.) lavet aftale om, at SOF'erne giver en tilbagemelding på omfanget af den revision, der er behov for.
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16 og er godkendt i Regionsrådet 28-11-16.	Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (dec.)		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Sundhedsøkonomi laver udmelding vedr. økonomi til sygehusene og kommunerne (Jan og Esben). Der nedsættes en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.	
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Der er en række opmærksomhedspunkter i forhold til revisionen af samarbejdsaftalen. Der skal tilrettelægges en revision af aftalen.	21-02-17: Der udarbejdes et kommissorium for revisionen.	30-03-17: Godkendelse af kommissorium og tidsplan i DAK.		
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Følgegruppen godkendte et kommissorium for arbejdsgruppen, der skal revidere samarbejdsaftalen på mødet 18-08-16. Revisionen af aftalen skal ske med udgangspunkt i den gennemgang af aftalen, der er forelagt følgegruppen den 06-06-16.	21-02-17: Oplæg til godkendelse i følgegruppen.	30-03-17: Godkendelse af aftalen i DAK.		
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Samarbejdsaftalen skal evalueres primo 2017.				
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via de psykiatriske SOF'er. Status indhentes i foråret 2017.	04-04-2017: Status på arbejdet med implementering af aftalen.	22-06-17: Status på arbejdet med implementering af aftalen DAK.		

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ^[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om sårbare gravide	I Sundhedsaftalen 2015-2018 står der beskrevet under afsnittet om aftaler om specifikke målgrupper (afsnit 8.1), at der med inddragelse af socialfaglige kompetencer skal indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. Der er, efter flere henvendelser til Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat og sekretariatet for Følgegruppen for Behandling og Pleje, udarbejdet et baggrundsnotat, der beskriver de driftsmæssige problemstillinger forbundet med svangreomsorgen for de sårbare gravide. DAK har godkendt kommissorium for arbejdet 21-09-16.				
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet	Aftalen skal redaktionelt redigeres. Kommissoriet for dette arbejde blev godkendt af følgegruppen den 18. august 2016.	Kommissorium formandsgodkendes i følgegruppen	27-01-17: Oplæg til kommissorium og tidsplan		
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016.				Alle kommuner i hele landet kan modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Haderslev Kommune kan sende i version 1.0.3 fra sidst på dagen den 22. september 2016, Sønderborg Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 efter opgradering af deres system den 11.-12. oktober 2016, og Odense Kommune forventer at kunne sende i version 1.0.3 den 1. november 2016. De øvrige kommuner i Syddanmark er klar til at sende i version 1.0.3. Arbejdsgruppen forventes nedlagt med udgangen af 2016.
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

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

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

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					
Arbejdsgruppen: Nye rammer for kronisk sygdom (Prioriteret indsatsområde)	Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer, forløber planmæssigt.	KOL - Se næste kolonne Diabetes - Medio december: Samarbejdsaftale indgås med ViBIS - D. 31/1 2017: Første workshop - D. 17/3 2017: Anden workshop	KOL - D. 27/1 2017: DAK behandler det endelige forløbsprogram, implementeringsplan og kommunikationspakke. - D. 28/2 2017: SKU behandler forløbsprogram, implementeringsplan og kommunikationspakke. Diabetes Det forventes at DAK kan præsenteres for en høringsversion til forløbsprogrammet for mennesker med diabetes d. 22/9 2017, og at DAK og SKU kan behandle det endelige forløbsprogram primo 2018.	KOL Forløbsprogrammet for mennesker med KOL er klar til implementering efter SKU's godkendelse primo 2017. Arbejdsgruppen har forberedt en informationspakke til SOF'erne m.fl., som kan anvendes i forbindelse med implementering og lokal behandling af forløbsprogrammet. Diabetes Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo 2018	
Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Regional rammeaftale blev godkendt i DAK 23. november 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår.

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
Arbejdsgruppe: Drift af sundhedsprofilundersøgelsen	Ultimo december Spørgeskemaet er endeligt sat op og trykt, og webskemaet er sat op og afprøvet. Følgebreve er udarbejdet. Skemaet består af 52 nationale spørgsmål og 36 regionale spørgsmål, heraf 14 nye spørgsmål om fx selvværd, angst og depression, medicinforbrug, alternativ behandling og sociale medier. Der er fokus på koordinering med de øvrige regioner, Sundhedsstyrelsen og SIF, samt kommunikation.	Ej relevant	27. januar 2017: Spørgeskemaet sendes til orientering i DAK	Ej relevant	6. januar Kommunerne modtager en kommunepakke med det endelige spørgeskema samt al kommunikationsmateriale 3. februar 2017 Spørgeskemaet rammer borgernes e-boks (80%) og postkasser (20%). Primo 2018 Resultaterne offentliggøres i marts/april.
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark"	Arbejdsgruppen arbejder på et revideret oplæg. Sideløbende drøfter følgegruppen om og evt. hvorledes monitoreringsopgaver kan løftes af en tværgående arbejdsgruppe i regi af Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant	30. marts 2017: DAK forventes at kunne præsenteres for et revideret oplæg til monitorering af strategien.	2. kvartal 2017 og frem: Nye monitoreringstiltag forventes igangsat	

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
Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Projektet forløber planmæssigt, jf. tidsplanen. Feb.-marts 2017: Fire decentrale leder-orienteringsmøder afholdes. Møderne er målrettet kursisternes nærmeste leder og skal understøtte den lokale implementering af de sundhedspædagogiske værktøjer. Feb. 2017: Fem yderligere kursushold er klar til at blive afholdt i foråret 2017			PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	En evaluering af 1. runde kursusforløb er foretaget og hovedbudskaberne er indarbejdet i en midtvejsrapport af 23. sept. 2016 og fremsendt til orientering i følgegruppen på møde den 3. oktober 2016.
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes		27. jan 2017 Materialet behandles i Det Administrative Kontaktforum.	1. kvartal 2017 Materialet forventes at kunne udsendes til (P)SOFerne efter godkendelse i Det Administrative Kontaktforum	

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	DAK godkendte d. 23. nov 2016, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som undersøger mulighederne for en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Følgegruppen har igangsat arbejdet med at udarbejde kommissorium og tidsplan.	Ej relevant			
Øvrig opgaveportefølge					
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Dette kvalificeres yderligere i samarbejde mellem følgegruppen og repræsentanter i kommunalt og regionalt regi. Drøftelsen af rammepapiret fortsættes på næstkommende følgegruppemøde.	Ej relevant	30. marts 2017. Rammepapiret behandles i DAK.	2. kvartal 2017 Aftalen forventes klar til implementering.	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven om afdækning af kommunale erfaringer ligger i forlængelse af kortlægningen af mental sundhed. Mental sundhed er et prioriteret indsatsområde. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark.		27. jan 2017 Behandling i DAK		Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling (behandlet under pkt. 9). Afdækningen giver således anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med 1. Ny aftale for børn og unge (sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (sundhedsaftalen pkt 6.1.6.)

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

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

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



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



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
palliation på kræftområdet.	it-plattform 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 tilhørende korrespondancemeddelelse, 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	marts 2017	22. juni 2017.		
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk	Den fortsatte indsats retter sig primært mod		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		



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

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse aftales på baggrund af en temadrøftelse på DAKs møde d. 27/1 2017.	M1 27. januar 2017 DAK beslutter ramme modellens anvendelse på baggrund af en temadrøftelse. M2 28. februar 2017 SKU behandler modellen og har en temadrøftelse om opgaveoverdragelse	Den af DAK godkendte model behandles på SKU mødet d. 28/2 2017. Modellens anvendelse aftales på baggrund af temadrøftelser i DAK (27/1) og SKU (28/2) og en ramme herfor præsenteres for SKU i forbindelse med den endelige behandling af modellen.		

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
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9, Forretningsudvalget d. 14/9 og Regionsrådet d. 23/9.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Endvidere er sygehuse og kommuner instrueret i, at de skal opsig de eksisterende samarbejdsaftaler.	Følgegruppen for opgaveoverdragelse vil forud for mødet i DAK d. 30/3, indhente en status på hvor mange nye samarbejdsaftaler der er indgået mellem sygehuse og kommuner.
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse. I perioden d. 1/7–31/12 2016 har 8 patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I første halvdel af 2016 modtog syv patienter behandling i eget



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
					hjem.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	Følgegruppen har udarbejdet første bud på en ledelsesinformations-rapport i forhold til de seks prioriterede indsatsområder.	Forslag til monitorerings-indikatorer m.m. er godkendt af Det Administrative Kontaktforum i mødet den 21. september 2016.	Den første ledelsesinformations-rapport præsenteres for Det Administrative Kontaktforum i mødet den 27. januar 2017 og herefter løbende hvert halve år.		
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har i samarbejde med Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering besluttet at bede Center for Kvalitet om at give et bud på et projekt,		Sagen fremlægges for DAK i mødet den 30. marts 2017. Sagen kan eventuelt fremlægges tidligere for Det Administrative Kontaktforums formandskab - så snart		



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
	som skal undersøge, hvorfor der så store forskelle på antallet af udarbejdede genoptræningsplaner.		følgegrupperne selv har haft lejlighed til at vurdere det bud på opgaven, der fremsendes fra Center for Kvalitet.		
SPOT-projektet	Opgaven er overdraget til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt. Der skal nedsættes en underarbejdsgruppe, som arbejder videre med projektet.		SPOT-rapporten præsenteres for Det Administrative Kontaktforum den 27. januar 2017 og det forventes godkendt, at SPOT tages i anvendelse på KOL-forløbsprogrammet.		

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL	Det planlagte programstyregruppemøde i november blev aflyst. Der har været møde i formandskabet for programstyregruppen, hvor processen for det syddanske landsdelsprogram har været drøftet. Næste programstyregruppemøde afholdes 2. februar 2017. Her vil udkast til programgrundlag blive	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen	Afventer programstyregruppen

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
	forelagt.				
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der har været afholdt et fælles dialogmøde på tværs af følgegrupperne med det formål at identificere behovet for it-understøttelse. Resultatet af dialogmødet blev at Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin afventer de øvrige følgegruppers arbejde, idet der på nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Temadrøftelse i DAK	Temadrøftelsen blev afholdt på mødet i DAK den 23. november 2016. På baggrund af drøftelserne blev følgende besluttet: - Følgegruppen har til opgave at beskrive konkrete faglige områder, hvor man har et		Følgegruppens formandskab og sekretariat mødes i starten af det nye år for at tilrettelægge en proces for følgegruppens kommende opgaver (afledt af temadrøftelsen)		



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
	ønske eller et behov for øget deling af informationer, som kan optimeres ved it-understøttelse - Disse ønsker og behov skal holdes op imod de løsninger, vi har i dag - SOF'erne skal komme med input til følgegruppen ift. ovenstående - Følgegruppen skal med svangreområdet som case beskrive mulighederne for it-understøttelse af svangreområdet				



RAMMEPAPIR med tids- og procesplan for sundhedsaftalen 2019-2022 i Syddanmark

Rammer

Dette papir beskriver rammerne for arbejdet med sundhedsaftalen 2019-2022, herunder en tids- og procesplan. Arbejdet igangsættes – i lighed med sidste gang - ca. 1½ år inden endelig indsendelse til Sundhedsstyrelsen. Dette bl.a. for at sikre en høj grad af politisk involvering, ejerskab og prioritering af indsatserne.

I nedenstående udkast til tids- og procesplan vil det derfor være det nuværende Sundhedskoordinationsudvalg, der igangsætter processen og arbejdet, mens det vil være det nyvalgte Sundhedskoordinationsudvalg, der afslutter det.

Følgende præmisser knytter sig til tids- og procesplanen for sundhedsaftalearbejdet:

Det politiske spor

1. **Visionen** i den politiske aftale fungerer fortsat og kan med hensyn til indholdet i store dele videreføres i den kommende sundhedsaftale. Det betyder, at der i tids- og procesplanen er lagt kort tid ind til visionsdelen. Arbejdet vil mestendels bestå af en lettere opdatering og gennemskrivning.
2. Det blev tydeligt på midtvejsmøderne, at den **politiske involvering og det politiske ejerskab** skal udvikles i forhold til sundhedsaftalearbejdet.

a. Udviklingsaftalen: Afsnittene om mål og udviklingsinitiativer i den nuværende politiske aftale har ikke helt fungeret efter hensigten. Og på de politiske midtvejsmøder er der endvidere fremsat ønske om færre mål. Derfor fornyes udviklingsdelen ved, at der arbejdes med et antal sundhedspolitiske udfordringer. Sundhedskoordinationsudvalget starter med at drøfte 10-15 bredt formulerede sundhedspolitiske udfordringer, som undervejs frem mod 2019 reduceres og konkretiseres til tre-fem. En sundhedspolitisk udfordring kan fx være tobak, den ældre medicinske patient eller multisyge, og udfordringerne kan udvikles med afsæt i de politiske papirer om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som er kommet inden for de sidste par år. I den første halvdel af 2017 beskrives de sundhedspolitiske udfordringer, og i sidste halvdel af samme år beskrives forslag til konkrete indsatser i forhold til udfordringerne. I 2018 vælger det nye sundhedskoordinationsudvalg de endelige tre-fem indsatser, og disse følger Sundhedskoordinationsudvalget fremdriften i gennem hele aftaleperioden fra 2019-2022.

b. Den politiske organisering: For yderligere at styrke det politiske ejerskab og engagement, kan det nye Sundhedskoordinationsudvalg i februar 2018 drøfte, om man ønsker at udvikle den politiske organisering om sundhedsaftalen. Det kan fx være ved, at der under Sundhedskoordinationsudvalget nedsættes fire lokale politiske mødefora, hvor kommunale og regionale politikere kan mødes halv- eller helårligt for at følge fremdrift og drøfte aktuelle tværsektorielle politiske problemstillinger. Modellen kendes fra Nordjylland.

3. **Borgerinddragelsen** i forbindelse med udarbejdelsen af aftalen styrkes ved, at ud over involvering af Patientinddragelsesudvalget inddrages borgere direkte i arbejdet. Det sker ved den politiske opstarts-



konference i juni 2017 og ved følgegruppernes kick-off-møde i starten af oktober 2017. Borgerne inviteres til at give input til konkrete indsatser, dels i forhold til de sundhedspolitiske indsatsområder, som på det tidspunkt vil være reduceret til fem, dels i forhold til de temaer og hovedspor for den administrative aftale, som Det Administrative Kontaktforum har lagt fast i dets møde den 22. september 2017.

Patientinddragelsesudvalgets inviteres til årlige fællesmøder med Sundhedskoordinationsudvalget (som finder sted i maj måned i både 2017 og i 2018) anvendes til også at drøfte sundhedsaftalearbejdet, ligesom Patientinddragelsesudvalget deltager i den politiske opstartskonference i juni 2017.

Det administrative spor

4. De faglige **indsatsområder** i den administrative aftale (forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering og genoptræning) fortsætter ind i den nye aftale. Indsatsområderne giver en fornuftig opdeling af de indsatser, som sundhedsaftalearbejdet rummer, hvorfor det giver mening, at fortsætte med dem. Ene- ste forhindring kan være, at Sundhedsstyrelsen i vejledningen indarbejder et antal konkrete indsatsom- råder, som bliver obligatoriske. Dette forventes dog at kunne håndteres skrive teknisk.

Dog skal det afklares, hvordan opgaveoverdragelse, tværsektoriel it og telemedicin samt temaer om kvalitet, økonomi og effekt indarbejdes i den administrative del af sundhedsaftalen.

5. Det er indarbejdet i tids- og procesplanen, at den administrative organisering drøftes. Det gælder bl.a. om organiseringen med **følgegrupper** fortsætter og om det skal drøftes, om **de lokale samordningsfora** indenfor somatik og psykiatri kan lægges sammen.
6. En væsentlig drøftelse er at afklare, hvordan indsatsområderne i **den administrative del** skal beskrives. Der vil være indsatser fra den nuværende aftale, der ikke er færdiggjorte, og indsatser, som fra national side gøres obligatoriske via bekendtgørelse og vejledning eller via fx økonomiaftaler og lignende. Hertil kommer nye indsatser, som bl.a. følger af de fem sundhedspolitiske prioriteringer. En model kan være at gøre det på samme måde, som i den nuværende aftale, hvor alle indsatser er beskrevet (88 i alt), mens en anden kan være, at indsatser beskrives mere overordnet og som forslag på en liste, som Det Administrative Kontaktforum løbende kan prioritere fra. Porteføljestyringsoversigten kan her være det praktiske redskab, der sikrer fremdrift og fokus i følgegruppernes arbejde.

Sundhedsaftalens sammensætning

I lighed med den nuværende sundhedsaftale vil den kommende aftale dermed bestå af:

- Sundhedsaftalens politiske del som rummer den politiske vision og de 3-5 særlige indsatser, som er politiske udvalgte.
- Sundhedsaftalens administrative del, herunder de otte nationale mål og en beskrivelse af den administrative organisering.



Tids- og procesplan

Under forudsætning af ovenstående, følger her tids- og procesplanen:

Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
2017			
27. januar		DAK: Drøftelse af udkast til ramme- papir, inkl. tids- og procesplan for ny sundhedsaftale Drøftelse af udkast til ramme- program for politisk opstarts- konference	Udkast til rammepapir med tids- og procesplan for ny sundhedsaftale Udkast til rammeprogram for politisk opstartskonfe- rence
28. februar	SKU: Godkendelse af udkast til ram- me, inkl. tids- og procesplan, for ny sundhedsaftale Godkendelse af rammeprogram for politisk opstartskonference, inkl. forslag til deltagerkreds m.v.		Færdigt rammepapir med tids- og procesplan Færdigt rammeprogram for politisk opstartskonference
30. marts		DAK: Drøftelse af 15-20 sundheds- politiske udfordringer, som skal indgå i den politiske del	Færdigt udkast til papir med sundhedspolitiske udfordringer
April	Parallelt i kommuner og region: Politiske konferencer/møder som forberedelse til sundhedsaftale- arbejdet		
9. maj	SKU: Drøftelse af visionen for den nye sundhedsaftale Drøftelse og reduktion af liste med sundhedspolitiske udfor- dringer til 10 Forberedelse af politisk opstarts- konference, herunder deltagerli- ste og øvrige materialer Fællesmøde med Patientinddra- gelsesudvalget		Liste med 10 sundhedspoli- tiske udfordringer
2. juni (forslag)	Politisk opstartskonference: 1/2 dags konference, hvor revi- deret vision for sundhedsaftalen drøftes og de 10 sundhedspoliti- ske udfordringer præsenteres og der udvælges fem, der skal ar- bejdes videre med. Borgere samt patientinddragel- sesudvalget inviteres til deltagel- se		Input til revision af vision Liste med fem sundhedspo- litiske udfordringer, der skal arbejdes videre med



Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
22. juni		DAK: Opfølgning på politisk konference Beslutning om rammeprogram for DAKs halvdags temadag i september	Input til opsamling på politisk konference, inklusiv input til revision af vision og endeligt papir om de fem sundhedspolitiske udfordringer Rammeprogram for halvdags temadag i september
15. august	SKU: Opfølgning på politisk konference Godkendelse af revideret politisk vision for sundhedsaftalen Godkendelse af papiret med de fem sundhedspolitiske udfordringer, som DAK og følgegrupper skal udfolde mere i det administrative spor		Godkendt opsamling på politisk konference Godkendt vision Godkendt papir med fem sundhedspolitiske udfordringer
22. september		DAK: Ordinært DAK-møde udvides med 2 timer til temamøde om tilrettelæggelsen af processen for den administrative aftale, herunder hovedspor eller temaer i den administrative aftale	Godkendt liste med bestillinger og leverancer til følgegrupperne og koordinationsgruppen for udarbejdelsen af den administrative aftale
Primo oktober		Følgegrupperne: Fælles kick-off-møde om proces og forventninger til følgegruppernes produktion. Borgere inviteres til at give input til konkrete indsatser	
Oktober-november		Følgegrupperne: Udarbejdelse af udkast til indhold i administrativ aftale og udarbejdelse af indsatser til de fem sundhedspolitiske udfordringer	Udkast til indhold i administrativ aftale og beskrivelser af indsatser til de fem sundhedspolitiske udfordringer
December-januar		Redaktionsgruppen: Skrive første udkast til sundhedsaftale	Første udkast til sundhedsaftale



Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
19. december	Nuværende SKU: Status for arbejdet med sundhedsaftalen Drøftelse af overleveringspapir til det nye SKU, herunder vedr. organisering og de fem sundhedspolitiske udfordringer Godkendelse af rammeprogram for fire geografisk fordelte politiske møder i foråret		Overleveringspapir til det nye SKU Rammeprogram for politiske møder i foråret
2018			
Januar		DAK: Drøftelse af oplæg til indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer, som skal indgå i drøftelserne på de fire politiske møder Drøftelse af udkast til program for de fire politiske møder	Oplæg til indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer Udkast til program for de fire politiske møder
Februar	Det nyvalgte SKU: Orientering om arbejdet med sundhedsaftalen 2019-22, herunder drøftelse af det gamle SKUs overleveringspapir Godkendelse af oplæg til indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer, som skal indgå i drøftelserne på de fire politiske møder Godkendelse af program og materialer til de fire politiske møder		Oplæg til projekter vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer Program for fire politiske møder
Ultimo februar		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af første udkast til sundhedsaftale	Input til andet udkast til sundhedsaftale
Marts		Redaktionsgruppen: Skrive andet udkast til sundhedsaftale	Andet udkast til sundhedsaftale



Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
Marts-april	Fire politiske møder (som kan være afprøvningen af den nye politiske organisering under SKU): Præsentation af konturerne af den nye sundhedsaftale Præsentation og drøftelse af indsatser vedr. de fem sundhedspolitiske udfordringer, hvorunder kommuner, sygehuse og almen praksis også tilkendegiver interesse i at indgå i en eller flere indsatser/projekter		Tilkendegivelser om deltagelse i indsatser om de fem sundhedspolitiske udfordringer
Ultimo april		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af andet udkast til sundhedsaftale og opsamling på de fire politiske møder	Input til høringsversion af sundhedsaftale Udkast til opsamling på de fire politiske møder
Maj	SKU: Opsamling på de fire politiske møder. Drøftelse af udkast til samlet sundhedsaftale, som sendes i høring. Fællesmøde med Patientinddragelsesudvalget		Opsamling på de fire politiske møder Høringsudkast til sundhedsaftale
Juni-august	Kommuner, region m.fl.: Høring af udkast til sundhedsaftale		
September-oktober		Redaktionsgruppen: Indarbejdelse af høringssvar i sundhedsaftalen	Udkast til færdig sundhedsaftale
November		DAK: Drøftelse af udkast til færdig sundhedsaftale	Udkast til færdig sundhedsaftale
December	SKU: Godkendelse af færdig sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale til politisk behandling i Kommunalbestyrelser og Regionsråd
December-Januar 2019	Kommunalbestyrelser og Regionsråd: Politisk godkendelse af sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale
2019			
Januar		Indsendelse til Sundhedsstyrelsens godkendelse	



Udkast til rammeprogram for det politiske opstartsmøde for Sundhedsaftalen 2019-2022

Et styrket tværsektorielt samarbejde er en nødvendighed for at sikre fortsat udvikling, kvalitet og effektivitet i det syddanske sundhedsvæsen. Fremtidens nære sundhedsvæsen skal derfor i endnu højere grad bero på tæt samarbejde om opgaveløsning på tværs af sektorerne. Her spiller sundhedsaftalen, som den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommune og almen praksis, en afgørende rolle.

Formålet med det politiske opstartsmøde er at igangsætte udviklingen af Sundhedsaftalen 2019-2021. Det sker dels ved at drøfte den politiske vision for den kommende Sundhedsaftale samt ved at identificere væsentlige sundhedspolitiske udfordringer, som vi i Syddanmark vil adresseres i den kommende sundhedsaftaleperiode.

Deltagere:

Der inviteres formænd og næstformænd for kommunale politiske udvalg med ansvar for sundhedsaftaleområdet, medlemmer af Region Syddanmarks Sundhedssamordningsudvalg og Psykiatri- og socialudvalget, formand og næstformand for PLO Syddanmark, formandskabet i Kommunekontaktrådet (KKR) samt ledende embedsmænd i kommuner og regionen. Herudover deltager Patientinddragelsesudvalget samt inviterede borgere og pårørende.

Program:

Opstartsmødet vil bestå oplæg i plenum kombineret med drøftelser i mindre grupper. Mødet kan indholdsmæssigt deles i to:

Del 1: Drøftelse af politisk vision

Den politiske visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 skal justeres og opdateres ift. aktuelle politiske ønsker og prioriteringer.

Del 2: Sundhedspolitiske udfordringer

Drøftelse og udvælgelse af de fem sundhedspolitiske udfordringer, som skal adresseres i den næste sundhedsaftaleperiode.

Dato:

D. 2. juni eller d. 7. juni 2017 kl.: 13.00-16.00

Finansiering:

Det foreslås, at udgiften til afholdelse af det politiske opstartsmøde deles mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

Ledelsesinformation for SKU og DAK i Region Syddanmark

1. Videreudvikling af SAM:BO

Sundhedsaftalens parter vil blandt andet måles på om vi lykkes med implementeringen af SAM:BO på det psykiatriske område.

Af nedenstående tabel 1 fremgår volumen af kommunikationen med psykiatrien, idet vi antager, at øget kommunikation er udtryk for øget anvendelse af SAM:BO, selv om vi er klar over, at det ikke siger noget om kvaliteten i kommunikationen for patienterne eller de to sektorer. Øget kommunikation på tværs af sektorer er dog en vigtig forudsætning for sammenhængende patientforløb, og dermed noget, som parterne på sundhedsområdet ønsker at fremme.

Hvis en borger får ydelser i kommunen ved indlæggelse på sygehus, sender kommunen en *indlæggelsesrapport* til sygehusafdelingen. Kommunen har mulighed for at sende *indlæggelsesrapport* automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis samt mulighed for at sende en opdateret indlæggelsesrapport efterfølgende.

Korrespondancerne er udtryk for volumen af spørgsmål og svar der udveksles mellem kommunen og sygehuset i psykiatrien. Antal afsendte korrespondance er den kommunikation der sendes fra sygehuset til kommunerne og antallet af modtagne er de korrespondancer kommunerne sender til sygehuset i psykiatrien.

Tabel 1 – Antal indlæggelsesrapporter og korrespondancekommunikation

Antal (2016)	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Modtagne indlæggelsesrapporter	325	251	269	284	279	355	310	299	319	322	323
Afsendte korrespondancer	1.898	1.711	1.833	1.772	2.020	2.135	1.595	1.883	2.040	1.971	1.995
Modtagne korrespondancer	795	717	712	740	827	835	652	748	754	884	797

2. Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

I sundhedsaftaleregion er det aftalt, at der er behov for fælles viden om patienter med kroniske sygdomme. For at følge udviklingen i tværgående borgerforløb for kronikere er det nødvendigt med en kronikermarkør i sundhedsvæsenet, så de rette forløb på tværs af sektorerne kan følges.

Indtil en sådan markør foreligger, er vi begrænset til at se på udviklingen i antallet af diagnoser for kronikere, der modtager behandling på sygehus. Blandt de kroniske diagnoser er udvalgt diabetikere (diabetes1) og KOL-patienter. Diabetikere er en diagnose i vækst der fylder mere i begge sektorer, mens KOL-patienterne med deres tyngde er ansvarlige for et meget stort ressourcetræk i sektorerne.

Tabel 2 – Antal unikke diabetespatienter (diabetes1) pr. 1.000 indbyggere

<i>Pr. 1.000 indbyggere</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Middelfart	7,6	8,2	9,0	8,9	8,8	9,4
Assens	6,3	6,8	6,6	6,5	6,4	6,5
Faaborg-Midtfyn	8,7	8,8	9,6	10,3	10,5	10,0
Kerteminde	8,8	7,8	8,3	9,0	9,8	9,9
Nyborg	14,8	17,6	15,8	16,4	15,5	15,6
Odense	6,6	7,2	7,2	7,3	7,1	7,2
Svendborg	12,1	13,6	14,4	15,6	16,7	16,2
Nordfyns	6,6	7,3	7,7	6,6	6,9	7,1
Langeland	13,2	15,5	16,9	18,5	20,1	18,3
Ærø	12,6	10,4	9,8	11,6	13,0	13,5
Haderslev	6,4	7,6	8,8	9,7	9,4	8,6
Billund	9,3	7,6	6,4	5,9	6,5	6,6
Sønderborg	6,4	6,9	7,8	8,7	8,7	9,1
Tønder	5,8	6,6	7,5	7,6	8,3	8,8
Esbjerg	7,5	7,4	7,1	7,4	7,4	8,1
Fanø	8,7	10,3	9,5	8,0	8,6	8,6
Varde	6,0	5,4	5,6	5,6	5,1	5,6
Vejen	6,8	6,2	6,0	6,2	5,9	6,2
Aabenraa	6,6	7,7	8,4	8,9	8,4	9,4
Fredericia	18,3	17,8	16,1	15,9	15,6	15,0
Kolding	10,0	9,9	8,9	8,2	8,2	9,1
Vejle	8,6	9,2	8,9	8,4	7,9	7,2
Region Syddanmark	8,4	8,8	8,8	8,9	8,9	9,0

Tabel 3 – Antal unikke KOL-patienter pr. 1.000 indbyggere

<i>Pr. 1.000 indbyggere</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Middelfart	4,6	4,6	5,2	5,5	4,9	5,1
Assens	4,4	4,4	4,6	4,7	5,7	5,4
Faaborg-Midtfyn	4,6	4,5	5,0	5,4	5,0	4,9
Kerteminde	4,5	5,0	5,5	5,2	5,0	5,3
Nyborg	4,2	4,6	6,1	6,5	6,4	6,0
Odense	4,4	4,3	4,3	4,1	3,9	3,8
Svendborg	5,1	5,1	5,1	5,8	5,7	5,6
Nordfyns	5,2	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6
Langeland	6,7	6,5	7,5	8,2	8,0	8,8
Ærø	5,5	3,6	4,2	5,2	6,1	5,6
Haderslev	4,2	4,5	4,7	4,8	4,0	4,9
Billund	5,2	6,0	6,4	6,3	6,1	5,6
Sønderborg	3,5	3,6	3,7	4,0	3,9	4,6
Tønder	3,7	3,8	4,3	4,5	3,8	5,2
Esbjerg	6,0	6,0	6,0	5,8	5,7	6,1
Fanø	5,9	5,0	6,2	5,6	6,1	8,9
Varde	5,0	5,4	5,3	5,0	5,1	4,9
Vejen	4,5	4,9	5,2	4,8	4,9	4,7
Aabenraa	2,9	3,3	4,3	4,2	4,2	5,3
Fredericia	5,1	5,3	5,7	5,8	5,4	5,4
Kolding	4,4	4,8	3,9	4,2	4,1	4,6
Vejle	3,4	2,8	2,7	3,5	3,5	3,7
Region Syddanmark	4,5	4,5	4,7	4,8	4,7	4,9

3. Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

SKU har godkendt en model for opgaveoverdragelse og de opgaver, der på sigt skal overdrages. I disse vil blive præsenteret i ledelsesinformationsrapporten i overensstemmelse med modellens elementer for opgaveoverdragelse.

På nuværende tidspunkt er der ikke overdraget opgaver i henhold til den nye model, hvorfor der ikke er data under dette punkt.

4. Samarbejdsaftale om Fælles MedicinKort

Samarbejdsaftalen om Fælles MedicinKort (FMK) er aftalt som del af den fælles IT-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde.

I opfølgningen på anvendelse af FMK tages der udgangspunkt i andelen af *ajourførte* medicin kort, altså den procentdel af FMK der er ajourført som konsekvens af ændringer i patientens medicin. Tallene for ajourførte FMK'er er opdelt på henholdsvis ambulante kontakter og indlæggelser. Måltallet for de ambulante kontakter er 62% mens det for indlæggelserne er 90%.

Når FMK er ajourført, er der tale om et øjebliksbillede, der indikerer at kortet på pågældende tidspunkt var opdateret. Antallet af involverede parter i en borgers FMK gør, at nedestående procentsatser formentlig vil være lavere ved en løbende gennemgang af samtlige FMK'er.

Tabel 4 – Procentandel ajourførte ambulante FMK (2016)

Ajourførte FMK - Ambulant	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober
Sygehus Sønderjylland	34%	34%	36%	34%	38%	53%
Odense Universitetshospital	15%	17%	21%	24%	32%	41%
Psykiatrien Region Syddanmark	52%	52%	49%	55%	56%	61%
Sydvestjysk Sygehus	64%	65%	65%	66%	66%	65%
Sygehus Lillebælt	40%	40%	38%	45%	53%	50%
Friklinikken Region Syddanmark	26%	27%	27%	30%	30%	29%

Tabel 5 – Procentandel ajourførte stationær FMK (2016)

Ajourførte FMK - Indlæggelse	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober
Sygehus Sønderjylland	63%	61%	66%	65%	66%	71%
Odense Universitetshospital	72%	71%	76%	73%	74%	77%
Psykiatrien Region Syddanmark	86%	86%	87%	87%	89%	85%
Sydvestjysk Sygehus	81%	77%	76%	80%	84%	82%
Sygehus Lillebælt	80%	81%	85%	83%	83%	84%

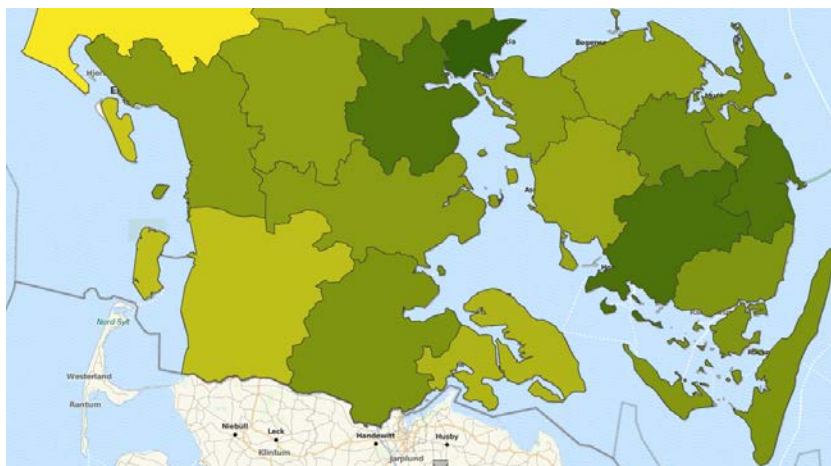
5. Kortlægning af mental sundhed

Som en del af den aftalte kortlægning af den mentale sundhed i Region Syddanmark er der taget udgangspunkt i sundhedsprofilen, der udføres hvert fjerde år i Region Syddanmark.

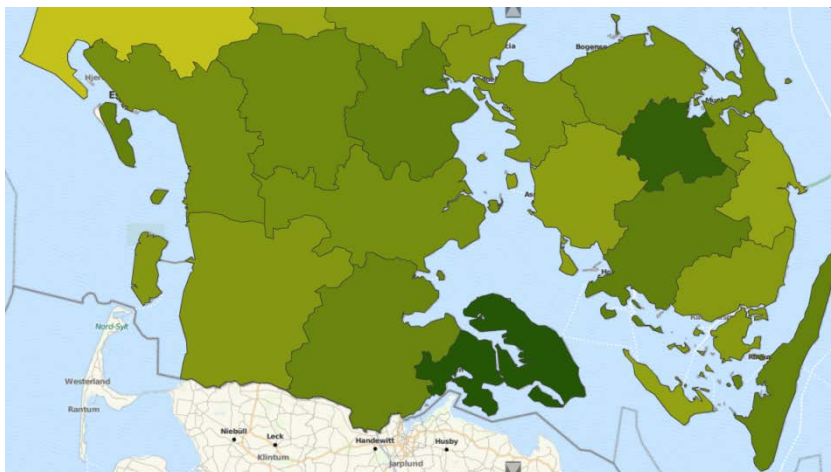
Konkret er spørgsmålet vedrørende dårligt mentalt helbred udvalgt som en indikation af, om vi er lykkedes med at nedbringe andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred.

I afdækningen af det mentale helbred blandt børn og unge arbejdes der på at anvende data fra skolesundhed.dk som en indikation for børns og unges mentale helbred i Region Syddanmark.

Billede 2 – Andel med dårligt mentalt helbred 2013 (6,4 – 14,2 %)



Billede 3 – Andel med dårligt mentalt helbred i 2010 (7,2 – 13,4 %)



Tabel 6 – Andel med dårligt mentalt helbred i procent

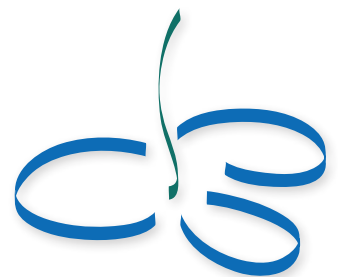
Kommune	2010	2013
Assens	9,3%	10,1%
Billund	8,7%	9,2%
Esbjerg	10,2%	10,8%
Fanø	10,9%	8,3%
Fredericia	9,7%	14,2%
Faaborg-Midtfyn	11,0%	13,2%
Haderslev	10,2%	10,7%
Kerteminde	10,3%	11,1%
Kolding	11,0%	13,0%
Langeland	10,9%	11,2%
Middelfart	10,0%	10,7%
Nordfyns	10,2%	10,5%
Nyborg	9,1%	13,0%
Odense	12,8%	11,7%
Svendborg	9,6%	11,1%
Sønderborg	13,4%	9,3%
Tønder	9,7%	8,7%
Varde	7,2%	6,4%
Vejen	10,5%	10,5%
Vejle	9,6%	11,1%
Ærø	9,1%	11,0%
Aabenraa	10,7%	11,2%

A photograph of a healthcare professional, a woman with brown hair and glasses, wearing a white shirt and using a stethoscope. She is interacting with an elderly woman with short white hair and glasses, who is wearing a black and white patterned top. The background is a plain, light-colored wall.

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation

FORSLAG

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2017
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og træder i kraft den 28.02.2017.

Emneord

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, forløbsprogram, forebyggelse,
rehabilitering, tidlig opsporing

FORSLAG

Version 1.0
August 2016

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-55-4

Forord

FORSLAG

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	6
	FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING	
2	Borgerrettet forebyggelse i kommunen	10
	Kommunen	10
	Henvi sning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud	11
3	Tidlig opsporing af KOL	12
	Almen praksis	13
	Kommunen	14
	Sygehuset	14
	RISIKOVURDERING	
4	Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset	15
	Vurdering af rette behandler	16
	Vurdering af behov for rehabilitering	19
	Vurdering af behov for særlig støtte	19
	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
5	Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset	21
	Almen praksis	22
	Sygehuset	22
6	Borgerens kontakt til apoteket	23
	Medicinsamtale på apotek	23
	Tjek på inhalation	23
	Apotekets tilbagemelding	23
	Medicintilskud og henstandsordning	24
7	Opfølgning og årskontrol i almen praksis	25
8	Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet	27
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	27
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	28
	Sygehusets ansvar ved iltbehandling	28
9	Genoptræning og træning i kommunen eller på sygehuset	29
	Sygehuset	29
	Kommunen	30
	Almen praksis	31

Indholdsfortegnelse

	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
10	Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen.	32
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen	32
	Afklarende samtale i kommunen	32
	Afslutning på samlet forløb	33
11	Sygdomsmestring i kommunen	34
	Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	34
	Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	34
12	Rygestop i kommunen	35
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rygestop i kommunen	35
13	Ernæringsindsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	36
	Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis.	36
	Ernæringsindsats i kommunen	36
14	Kommunens, almen praksis' og sygehusets ansvar for borgere med eksacerbationer	37
	Det tværsektorielle ansvar for styrkelse af borgerens mestringsevne	37
	Opfølgning på eksacerbationer.	37
15	Indlæggelse på sygehuset.	38
	Almen praksis	38
	Kommunen	38
	Sygehuset.	38
	Indsats for ældre patienter med KOL.	38
16	Udskrivelse fra sygehuset	40
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	40
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	41
	Indsats for særligt svækkede ældre patienter med KOL.	41
17	Plejeindsats i kommunen	42
	Forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats	42
	Håndtering af medicin og iltapparatur	43
	Forebyggelse af eksacerbationer	43
18	Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	44
	Litteratur	45
	Bilag 1 – Hvem er rette behandler?	46
	Bilag 2 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud	47
	Bilag 3 – Befordring	48

1 | Introduktion

Baggrund

Siden Sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket hen over årene.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i Syddanmark vedtaget som en del af en overordnet kronikerstrategi. Sammen med forløbsprogrammer for borgere med type 2-diabetes, hjertekarsygdom og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for borgere med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats for mennesker med KOL i Syddanmark har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom¹, nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL², anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL³ samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom⁴.

Desuden er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af Sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorer og kommunikation i sektorovergange, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste Sundhedsaftale for perioden 2015-18 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgers hverdagsliv, således at indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte. De overordnede målsætninger i Sundhedsaftalen er et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng.

På den baggrund er det prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015-18, at der skal udarbejdes nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt er der udviklet og vedtaget en **generisk model**, som sætter rammen for udvikling af de nye forløbsprogrammer, hvoraf forløbsprogrammet for mennesker med KOL er det første af seks.

Formål med forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med KOL. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af borgere og deres pårørende. Programmet er fagligt fundet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS



¹ Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

² Sundhedsstyrelsen (2014) – NKR for rehabilitering af patienter med KOL.

³ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

⁴ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).



Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med KOL i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Komorbiditet og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med KOL, men anerkender behovet for behandlings- og rehabiliteringsindsatser ift. flere samtidige sygdomme. Det stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har også fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse ved behov skal igangsætte indsatser parallelt ifm. behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med KOL.

Målgruppe for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere med KOL uanset sygdommens sværhedsgrad samt borgere i risiko for at udvikle KOL. Borgere med KOL har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herfter. Derfor er det borgerens individuelle

situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle de 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset.

Forløbsprogrammet henvender sig til sundhedsprofessionelle og ledere i kommuner, almen praksis, på sygehuse og apoteker, der i deres arbejde er i kontakt med borgere med KOL. Det gælder både sundhedsprofessionelle, der har borgere med KOL som en primær målgruppe, og sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med KOL som led i deres arbejde.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud, indlæggelser på sygehus etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med KOL

Afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing er mindre handlingsanvisende end resten af forløbsprogrammet og kræver derfor en lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

Inddragelse af borgere og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere og pårørende inddrages i hele forløbet. Inddragelse af borgeres viden og ressourcer, både i udvikling af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb, kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed⁵. Den enkelte har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, i hvilket omfang en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver borgerens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicinen tages rigtigt, behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser dokumenterer således på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance)^{6, 7}

Desuden kan inddragelse medvirke til at reducere overbehandling som fx brug af antibiotika til behandling af infektioner i øvre luftveje^{8, 9} samt sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt^{10, 11}. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages, i højere grad vælger mindre indgribende behandling⁶.

Ved behandling af borgere med KOL er inddragelse særlig relevant, dels fordi KOL er en kronisk og fremadskridende sygdom, som borgeren lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af KOL foretages af borgeren selv eller dennes pårørende i eget hjem. Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse, giver det derfor god mening at tilstræbe, at borgere med KOL og deres pårørende så vidt muligt er med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling, pleje og hvilke understøttende tiltag de vil modtage. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsestilbud som rygestop og træning, eller valg af medicinsk behandling, hvor der findes flere forskellige typer behandling med god effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på borgerens hverdag.

⁵ Freil M & Knudsen JL (2009) Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

⁶ Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

⁷ Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

⁸ Blyer K & Hulton L. (2015) College students, shared decision making, and the appropriate use of antibiotics for respiratory tract infections: A systematic literature review. Journal of American College Health. 64(4):334-41.

⁹ Coxeter P, et al (2015) Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Systematic Review. 12(11):48-56.

¹⁰ Buhse S et al. (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116.

¹¹ LeBlanc A et al. (2015) Encounter Decision Aid vs. Clinical Decision Support or Usual Care to Support Patient-Centered Treatment Decisions in Osteoporosis: The Osteoporosis Choice Randomized Trial II. PLoS One. May 26;10(5):e0128063.

Det vil ofte også være relevant at give borgere og pårørende indflydelse på, hvordan behandlings- og rehabiliteringsforløb tilrettelægges, så de passer bedst muligt til den enkelte borgers liv og dagligdag.

Sundhedsprofessionelle og borgere har ikke altid samme opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om på givne tidspunkter i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Det kan være svært at modtage og reagere på information, hvis borgeren ikke synes, det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage borgere og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet. Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra borgere og pårørende.

Udviklingen af forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet er udviklet på baggrund af systematisk inddragelse af mennesker med KOL, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner. Programmet er blevet til på baggrund af tre workshops, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle har været i dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering af mennesker med KOL.

Dette forløbsprogram er det første i Syddanmark, der bygger på en struktureret organisatorisk brugerinddragelsesproces. Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter et skarpt fokus på områder, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle oplever det største behov for at styrke indsatsen. Blandt disse nøgleområder er kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/pårørende samt systematisk inddragelse i eget forløb.

Telemedicin

Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og tværsektorielle samarbejde om mennesker med KOL.

Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorerne og aktører.

Flere sygehuse og kommuner tilbyder i dag eksempelvis træning, tryghedsopkald og opfølgning efter udskrivelse via videokommunikation. Sådanne lokale initiativer kan fortsat anvendes og bør lokalt indarbejdes som en del af de arbejdsgange, forløbsprogrammet beskriver.

En række nationale telemedicinske projekter målrettet mennesker med KOL undersøges i disse år for deres potentiale for både patienter, samarbejdet mellem sundhedsvæsnets aktører og samfundet generelt. Forløbsprogrammet skal i løbet af de næste år opdateres i henhold til den nationale udbredelse af telemedicin for mennesker med KOL.

Telemedicinske løsninger indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed og evt. ressourceoptimering.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan, som findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer forløbsprogrammet løbende for at afdække dets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget én gang om året.

Forløbsprogrammet opdateres på baggrund af monitoreringens resultater, og når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med KOL. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

Kommunerne har ansvaret for at skabe rammer, der giver borgerne mulighed for en sund levevis og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud jf. Sundhedslovens § 119 stk. 1-2. Regionen har ansvaret for at tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt at rådgive kommuner om deres indsats jf. Sundhedslovens § 119 stk. 3.

Kommunen

Den væsentligste årsag til KOL i Danmark er tobaksrygning. Ca. 85% af alle KOL-tilfælde kan tilskrives tobaksrygning, og op mod halvdelen af alle rygere vil med tiden udvikle KOL. KOL forekommer også hos mennesker, der aldrig har røget, men som gennem deres erhverv har været udsat for luftvejsirritanter (fx røg, damp og støv). Kommunal borgerrettet forebyggelse af KOL kræver derfor særligt fokus på tobaksrygning og erhvervsrelaterede luftvejsirritanter.

Tobaksrygning

Kommunerne bør først og fremmest – under rammerne af en kommunal tobakspolitik – sikre indsatser, der følger grundniveauet i **Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak** og går på tværs af kommunale forvaltningsområder. Indsatserne kan planlægges og

gennemføres i et samarbejde med borgere, andre kommuner samt ikke-kommunale aktører som frivillige organisationer, apoteker m.v.

Kommunale tobaksindsatser kan udvikles og igangsættes lokalt og i sammenhæng med nationale indsatser og kampagner.

Det anbefales, at kommunerne i samarbejde med Region Syddanmark har fokus på en tidlig tobaksindsats. Det kan fx omfatte intervention til gravide og barslende ved jordmorderkonsultationer, hjemmebesøg til nybagte forældre, besøg hos skoletandplejen m.v. Endvidere anbefales et samarbejde med de praktiserende læger om rådgivning og henvisning til kommunale rygestoptilbud blandt nydiagnosticerede patienter med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen har udviklet materiale, som kan inspirere og understøtte arbejdet med **sygdomsforebyggelse på sygehuse og i almen praksis**.

Erhvervsrelaterede luftvejsirritanter

Mennesker, som udvikler KOL pga. erhvervsrelaterede luftvejsirritanter i form af røg, damp og støv på jobbet, arbejder især i landbruget og i byggeindustrien.



Formålet med kommunernes tobaksindsats er at:

- Skabe og understøtte indendørs og udendørs røgfri miljøer, kulturer og fællesskaber med særlig opmærksomhed på børn og unge
- Forebygge rygestart eksempelvis gennem systematisk undervisning i folkeskolen og målrettede indsatser på udvalgte ungdomsuddannelser
- Fremme rygestop med indsatser som information, kampagner, rådgivning, opsøgende rekruttering, specifikke rygestoptilbud og løbende dialog og samarbejde med praktiserende læger og sygehuse



Når kommunerne udfører opsporingsinitiativer, fx i forbindelse med nationale kampagner eller lignende, kan de med fordel have opmærksomhed på både rygning og erhvervsrelaterede luftvejsirriteranter. Dette gælder for både kommunale og private arbejdspladser.

Henvi sning fra almen praksis og sygehus et til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne tilbyder gratis rygestopkurser og forløb, som borgere selv kan tilmelde sig. Kommunale rygestopkurser fremgår af www.sundhed.dk. Nationale tilbud som Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk) er eksempler på andre let-tilgængelige og gratis tilbud om rygestop.

Det kræver motivation og ressourcer at opsøge og tilmelde sig et rygestopkursus. Det kan derfor være en hjælp for nogle borgere, hvis sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehus et efter aftale med borgeren henviser til rygestop i kommunen.

Henvi sningen fra sygehus et og almen praksis sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2).

Henvi sningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at informere om kommunens tilbud og lave en aftale med borgeren om et rygestopforløb.

Kommunale frontmedarbejdere kan ligeledes henvise til rygestoptilbud. Henvi sningen kan eksempelvis ske gennem en korrespondance-meddelelse eller via telefon.

Det er vigtigt, at rygere, der er motiveret for at holde op med at ryge, tilbydes hjælp til rygestop. For mennesker med KOL kan afstand og transport til et rygestoptilbud være en barriere for deltagelse. Flextrafik, samarbejde på tværs af kommunerne og fleksible tilbud, herunder digitale rygestoptilbud, kan øge mulighederne for deltagelse og gennemførelse.

3 | Tidlig opsporing af KOL

Forløbsprogrammet afventer den endelige udgave af kap. 2 i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

Det er vigtigt at opspore og reagere på KOL så tidligt som muligt for at reducere det progredierende tab af lungefunktion, der kendetegner sygdommen. Sundhedsprofessionelle på sygehuse, i kommuner og almen praksis samt borgeren selv har et fælles ansvar for, at diagnosen stilles tidligst muligt.

Sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på tidlige symptomer og risikofaktorer for KOL. Ved begrundet mistanke om KOL skal sundhedsprofessionelle i alle sektorer iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på diagnosticering, også selvom kontakten vedrører noget andet.



Tidlige symptomer og risikofaktorer er bl.a.:

Tidlige symptomer på KOL

- Åndenød ved fysisk anstrengelse
- Hoste med og uden slim
- Hvæsende eller pibende vejrtrækning
- Gentagne langvarige forkølelser
- Hyppige luftvejsinfektioner
- Tilstedeværelse af lungekræft, hjertesygdom, osteoporose eller astma

Risikofaktorer

- Rygning
- Erhvervsrelaterede luftvejsirritanter*
- Uden- og indendørs luftforurening

* Risikoerhverv og typer af erhvervsmæssig eksponering er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

Tidlig opsporing retter sig mod borgere over 35 år, der enten ryger, er erhvervsmæssigt eksponeret for luftvejsirritanter og har ét eller flere lugesymptomer. Borgere i risiko for at udvikle KOL skal tilbydes lungefunktionsundersøgelse ved spirometri. For hver gang man tester fem personer i risikogruppen, finder man gennemsnitligt én ny KOL patient.

Lungefunktionsundersøgelsen skal udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for initial og diagnostisk spirometri¹².



Initial spirometri

Initial spirometri benyttes til tidlig identifikation af mulig KOL. Spirometrien skal være sensitiv nok til ikke at overse mulige tilfælde af KOL.

Diagnostisk spirometri

Diagnostisk spirometri udføres med henblik på endelig diagnose og omfatter måling af FEV₁ og FVC før og efter inhalation af bronkodilatator. Herefter foretages en vurdering af hvorvidt patienten har KOL, astma eller ACOS.

FEV₁ = Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund, FVC = Forceret VitalCapacitet, ACOS = Astma Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome.

Proceduren for udførelse af initial og diagnostisk spirometri er nærmere præciseret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL (2015).

¹² Sundhedsstyrelsen (2015) – Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

I forbindelse med kommunale opsporingsinitiativer anvendes initial spirometri. Ved mistanke om KOL skal kommunen anbefale borgeren at tage kontakt til egen læge med henblik på diagnostisk spirometri og udredning. Udredning og diagnosticering er nærmere beskrevet i afsnit 5.

Almen praksis

Almen praksis er en vigtig aktør i forbindelse med tidlig opsporing. Borgere, som henvender sig af anden årsag, men har tidlige symptomer på KOL, skal tilbydes opportunistisk spirometri.



Opportunistisk spirometri

Opportunistisk spirometri henviser til, at borgere tilbydes initial eller diagnostisk spirometri i almen praksis, når de kommer til en konsultation og er i risikogruppen dvs. er over 35 år, enten ryger, er erhvervs-mæssigt eksponeret for luftvejsirritanter eller har et eller flere lungesymptomer (hoste, åndenød, hvæsende og pibende vejrtrækning).

Personer over 35 år, som ryger eller er ansat i risikoerhverv, og hvor spirometri ikke har tydet på KOL, tilbydes spirometri med højst to års interval. Hvis borgerens erhverv er en betydelende risikofaktor for udvikling af KOL, skal den praktiserende læge overveje henvisning til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital eller Sydvestjysk Sygehus og anmeldelse til Arbejdstilsynet.

Det anbefales, at den praktiserende læge i henhold til Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning "KOL i almen praksis" registrerer og følger op på borgerens aktuelle rygestatus i den elektroniske patientjournal¹³. Den praktiserende læge skal adressere uhen-sigtsmæssig livsstilsadfærd og styrke patientens motivation til at bryde den samt tilbyde intervention, råd og vejledning¹⁴. Den praktiserende læge kan overveje at bruge formidlings-redskaber, der understøtter borgerens rygestop fx lungealder¹⁵. Der er evidens for, at kort rådgivning givet af en læge i forbindelse med spirometri har effekt på rygestop (brief intervention)¹⁶.

Initial spirometri ved praksispersonale kan anvendes, men resultatet skal altid vurderes af en læge. Ved mistanke om KOL udføres diagnostisk spirometri, eller borgeren henvises til diagnostisk spirometri på sygehuset.



Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler metoden "Very Brief Advice" (VBA) i forbindelse med henvisning til kommunale rygestoptilbud.

1. Ryger du?
2. Ved du, at rådgivning og medicin til at gennemføre rygestoppet øger dine chancer for succes?
3. Kender du til kommunens rygestoptilbud?

Very Brief Advice metoden

– på Lægeforeningens hjemmeside findes et kort [e-læringskursus i VBA metoden](#).

¹³ Dansk Selskab for Almen Medicin (2008) – **KOL i almen praksis**.

¹⁴ Dansk Selskab for Almen Medicin (1999) – **Den motiverende samtale**.

¹⁵ Parks, G. et al. (2008) Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *British Medical Journal* 336(7644):578-600.

¹⁶ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis**.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvise til kommunale forebyggelsestilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at informere om kommunens forebyggelsestilbud og lave en aftale med borgeren om det videre forløb. Kommunens forebyggelsestilbud kan omfatte rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol.

Kommunen

Det anbefales, at kommunerne, almen praksis og sygehusene i samarbejde organiserer og tilbyder opsporingsinitiativer (initial spirometri) fx i forbindelse med lusedage. Spirometri skal udføres af sundhedsprofessionelle, som er uddannet til at udføre lungefunktionsundersøgelse. Borgere, som identificeres med nedsat lungefunktion eller med mistanke om KOL, anbefales at henvende sig til egen læge for at få lungefunktionsmålingen gentaget og eventuelt påbegynde diagnostisk udredning, afsnit 5.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud. Opsporingsinitiativer kan fx afvikles på kommunens sundhedscentre, arbejdspladser og i udvalgte boligområder. Organiseringen af opsporingsinitiativer kan med fordel drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg.

Kommunen skal være opmærksom på opsporing af borgere med KOL i forbindelse med gennemførelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for borgere med anden kronisk sygdom.

Borgere uden regelmæssig kontakt til det etablerede sundhedsvæsen er i risiko for ikke at blive udredt og sat i behandling. Det anbefales derfor, at kommunerne tilbyder initial spirometri til borgere tilknyttet arbejdsmarkedsområdet, væresteder og forsorgshjem, og at borgeren ved mistanke om KOL hjælpes med kontakt til almen praksis. Kommunerne skal sikre, at dette udføres af sundhedsprofessionelle med de rette kompetencer og det rette apparatur, således at der sikres kvalitet i opsporingen og et fornødent grundlag for den efterfølgende kontakt til almen praksis.

Sygehuset

Ved indlæggelse og ambulant behandling skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd, herunder tobaksrygning og alkoholforbrug. Sygehuset skal overfor patienten påpege, når uhensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen og sikre hjælp i form af en henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fx rygestopkurser. Den behandlingsansvarlige læge bør desuden yde en kort systematisk rygestoprådgivning, idet der er evidens for, at dette har effekt på rygestop (brief intervention)¹⁷.

Sygehuset skal ligeledes tilbyde patienter med uhensigtsmæssig livsstil, der påvirker den generelle helbredstilstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder og efter aftale med patienten henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

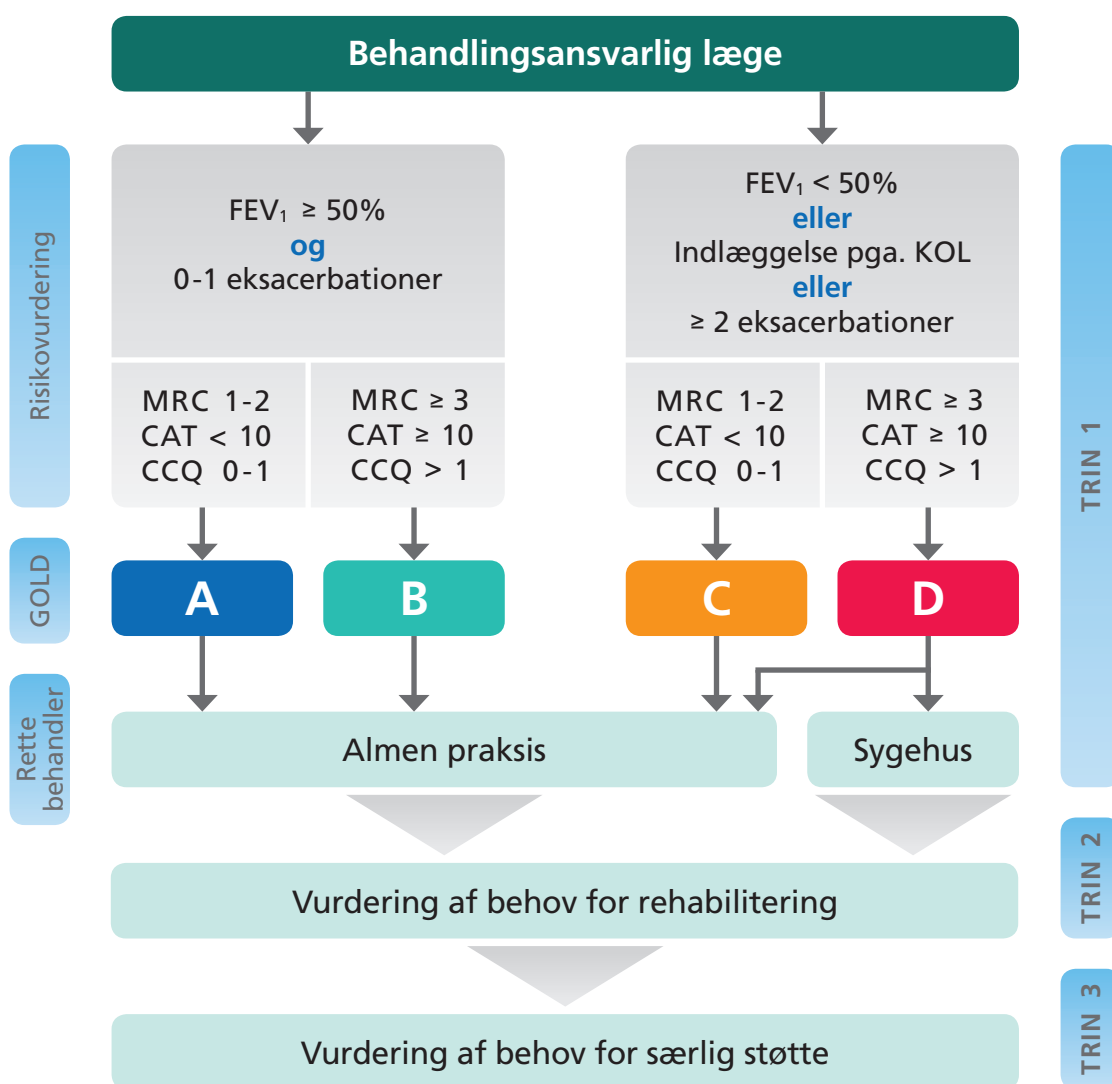
¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis.**

4 | Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset

Alle forløb for patienter med KOL indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler, som enten vil være patientens praktiserende læge (primært) eller en sygehuslæge. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om patienten har behov for rehabilitering og særlig støtte i sit forløb.

Det er afgørende, at den behandlingsansvarlige læge følger udviklingen i patientens sygdom og livssituation, således at rette behandler, behovet for rehabilitering og behovet for særlig støtte vurderes løbende.

Processen er skitseret i figuren og beskrevet i detaljer nedenfor.



Trin i den løbende risikovurdering

FORSLAG

Vurdering af rette behandler

Den behandlingsansvarlige læge skal vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler for borgeren med den aktuelle sygdomspræsentation.

Det sker med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier udarbejdet af Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterierne), der følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL¹⁸.



GOLD-stadie	Rette behandler (vejledende)
A	Behandles som udgangspunkt i almen praksis.
B	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
C	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
D	Behandles enten i almen praksis med mulighed for speciallægevurdering ved behov eller er tilknyttet et sygehusambulatorium.

Vurdering af rette behandler for borgere med KOL ud fra GOLD-kriterierne¹⁹

Vurderingen sker på baggrund af mindst tre parametre i forbindelse med den kliniske diagnosticering og stadietinddeling:

1) Graden af lungefunktionsnedsættelsen (FEV₁) i forhold til den forventede værdi

Graden af nedsættelsen af lungefunktionen (FEV₁) i forhold til den forventede værdi anvendes til stadietinddeling af borgerens KOL.



GRAD	Graden af lungefunktionsnedsættelsen (FEV ₁) ift. den forventede værdi
Mild	FEV ₁ ≥ 80% af forventet værdi
Moderat	50% ≤ FEV ₁ < 80% af forventet værdi
Svær	30% ≤ FEV ₁ < 50% af forventet værdi
Meget svær	FEV ₁ < 30% af forventet værdi

Stadietinddeling af KOL bedømt ud fra lungefunktionsundersøgelse vha. diagnostisk spirometri.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

¹⁹ Dansk Lungemedicinsk Selskab (2012) – **Danske KOL-Guidelines.**

2) Omfanget af borgerens symptomer bedømt vha. standardiserede spørgeskemaer

Omfanget af borgerens symptomer vurderes primært ud fra den standardiserede skala MRC

(Medical Research Councils dyspnea scale) evt. suppleret med CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test), findes på www.catestonline.org/ eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).



GRAD	Graden af åndenød relateret til aktivitet
1	Jeg får kun åndenød, når jeg anstrenger mig meget
2	Jeg får kun åndenød, når jeg skynder mig eller går op ad en lille bakke
3	Jeg går langsommere end andre på min alder pga. min åndenød, eller jeg er nødt til at stoppe op for at få vejret, når jeg går frem og tilbage (i min egen hastighed)
4	Jeg stopper for at få vejret efter ca. 100 m eller efter få minutters gang på stedet
5	Jeg har for meget åndenød til at forlade mit hjem, eller jeg får åndenød, når jeg tager mit tøj på og af.
MRC (Medical Research Councils dyspnea scale)	

3) Hyppighed af eksacerbationer

Lægen vurderer hyppigheden af eksacerbationer²⁰ ved anamneseoptagelse gennem dialog med patienten og pårørende. De kliniske tegn på eksacerbation er øget forekomst af åndenød, hoste, ophostning af slim og purulent ekspektorat.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at to-tre af disse fire symptomer normalt vil være tilstrækkeligt til at definere en eksacerbation. Det anbefales desuden at inddrage vurdering af funktions- evne, BMI/ernæringstilstand og tilstedeværelsen af komorbiditeter i den samlede initiale vurdering²¹.

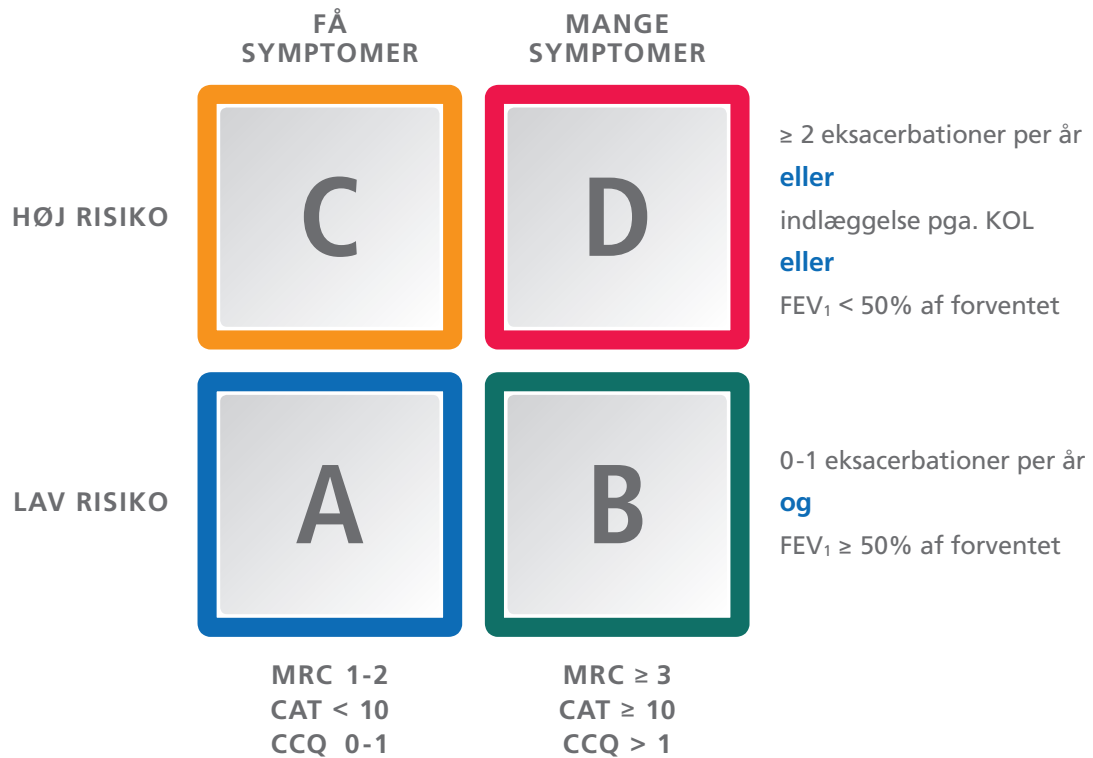
²⁰ Eksacerbation er en akut forværring af patientens respiratoriske symptomer, som er udover dag til dag-variationen, og som kræver medicinsk behandling eller indlæggelse.

²¹ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

På baggrund af resultatet af undersøgelserne af de tre dimensioner kan borgerens sygdom placeres i stadie A-D i henhold til GOLD-kriterierne, se figuren nedenfor.

Det er vigtigt at bemærke, at borgeren kan placeres i gruppe C eller D (høj risiko) på baggrund af eller kombination af:

- $FEV_1 < 50\%$ af forventet værdi
- Hyppige eksacerbationer, ≥ 2 det forgangne år



Stadieinddeling af KOL i undergrupper A-D på baggrund af FEV_1 i % af forventet værdi, hyppighed af eksacerbationer og indlæggelser samt symptomer bedømt vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale) eller CAT-spørgeskema (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).

Vurdering af behov for rehabilitering

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal i dialog med patienten vurdere patientens behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med borgeren finde frem til det rigtige rehabiliteringstilbud.

Rehabilitering af borgere med KOL omfatter som udgangspunkt forebyggelsestilbud som:

- Afklarende samtale
- Sygdomsmestring
- Tobaksafvænning (rygestop)
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Afslutning på samlet tilbud

Sundhedsstyrelsen (2016). Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Heraf fremgår også evt. kriterier for deltagelse i tilbuddene. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på de kommunale rehabiliteringstilbud.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgere kan have behov for parallelle indsatser. Det stiller krav til koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør. Henvisning til kommunernes rehabiliteringstilbud sker via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget, og kommunen tager kontakt til borgeren med henblik på at aftale tid til en afklarende samtale.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle borgere har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for borgerens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at borgere tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved KOL.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller komme og gå, i takt med at sygdommen forværres og stabiliseres igen. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med borgeren og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Klassifikation af KOL efter GOLD-kriterier
- Kort anamnese, herunder:
 - resultat af objektive undersøgelser (FEV₁*, MRC** m.fl.)
 - komorbiditet
 - komplikationer
 - rygestatus
- Relevante sociale oplysninger
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Behov for særlig støtte
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler
- Testresultater (fx CAT*** eller andre)

* FEV₁ – Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund

** MRC – Medical Research Councils dyspnea scale

*** CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test



Nedenstående er eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om patienten har brug for særlig støtte:

- Borgere med flere kroniske sygdomme
- Borgere med et misbrug
- Borgere med en psykiatrisk diagnose
- Borgere med demens
- Borgere, der er ensomme og uden socialt netværk
- Borgere med et stort behov for tryk
- Borgere med en socialt belastet baggrund
- Borgere, der har meget svære økonomiske vilkår
- Borgere med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå det danske sprog
- Borgere, der er iltbrugere – specielt i starten af behandling

Sundhedsstyrelsen²² anbefaler, at borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination med henblik på at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination foregår både på sygehuset og i kommunen.

Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med KOL gennem en kontaktpersonordning eller forløbskoordinerende funktion.

Forløbskoordinationen på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at koordinere indkaldelser, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Dialog med patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i lungeambulatorier
- Dialog med kommunen ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats

Sygehuset skal primært yde særlig støtte til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet evt. i samarbejde med kommunen.

Det er op til den enkelte kommune at gå i dialog med borgere med behov for særlig støtte og ud fra denne dialog tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte borgers livssituation og behov. Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i [Serviceloven](#), [Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats](#) samt [Sundhedsloven](#).

Borgere, som af egen læge eller på sygehuset vurderes at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med borgeren vil afdække dennes behov og muligheder. Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Henvisning skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunen kvitterer for modtagelsen af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter borgeren for en dialog om dennes behov mv.

Kommunen skal desuden være opmærksom på, at pårørende til borgere med KOL kan have behov for særlig støtte fx i form af afløsning eller aflastning til ægtefælle eller andre nære pårørende, jf. [Servicelovens](#) § 84, stk. 1-2.

²² Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

KOL diagnosticeres som udgangspunkt i almen praksis eller alternativt på et af sygehusene. Diagnosen stilles ved anamnese og diagnostisk spirometri i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger²³. Uanset hvor diagnosen stilles, skal der tages hensyn til evt. komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering. Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge. Derfor er det vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og sikrer sig, at patienten opnår forståelse for sygdommen og den nye livssituation, herunder hvordan eksacerbationer håndteres (jf. afsnit 14). Dette øger trygheden og patientens mulighed for at kunne tage hånd om sin situation.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende er oplært i medicinhåndtering. Apotekerne kan også bistå heri og har nationalt aftalt ydelser som **"Tjek på inhalation (TPI)"** og **"Medicinsamtale"**, der er gratis for alle patienter med astma og KOL, se afsnit 6. Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret korrekt inhalationsteknik og medicinhåndtering.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal ved diagnostetidspunktet vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb (bilag 1), patientens behov for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 2) samt behov for særlig støtte.

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, der ryger, om rygestop.



Kommunikationspakke for nydiagnosticerede patienter

Det er vigtigt at tilpasse dialogen til den enkelte patient og pårørende. Der er i forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med KOL i Syddanmark udviklet en tværsektoriel kommunikationspakke, som den sundhedsprofessionelle kan anvende for at sikre sammenhæng i den samlede kommunikation med nydiagnosticerede patienter og pårørende i begyndelsen af deres sygdomsforløb.

Kommunikationspakken beskriver, hvilke emner en nydiagnosticeret patient med KOL typisk har brug for dialog om, og den giver bud på, i hvilken sektor kommunikationen kan finde sted. Endelig giver kommunikationspakken også forslag til, hvordan patienten og pårørende kan inddrages i at tilpasse kommunikationen bedst muligt.

Kommunikationspakken findes på Region Syddanmarks hjemmeside:
www.rsyd.dk/kronisksygdom

²³ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

Såfremt patienten ønsker det, kan den behandlingsansvarlige læge henvise til kommunale rygestopkurser og kan med fordel også selv yde kort systematisk rygestoprådgivning. Der er evidens for, at kort rådgivning givet af en læge har effekt på rygestop (brief intervention)²⁴.

Henvisning til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Borgeren kan også selv henvende sig til kommunen eller benytte sig af et nationalt rygestoptilbud, fx Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) eller e-kvit (www.e-kvit.dk).

Almen praksis

Ved mistanke om KOL udføres diagnostisk spirometri. Undersøgelsen kan udføres af uddannet praksispersonale²⁵, men resultatet skal altid vurderes af den behandlingsansvarlige læge. Alternativt kan patienten henvises til udredning på sygehuset. Når patienter diagnosticeres med KOL, kodes alle kontakter, som vedrører KOL med ICD-koden R95, ligesom diagnosen registreres som kronisk diagnose.

Patienter med KOL har ofte behov for en bred vifte af forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører og nogle gange parallelt.

Egen læge er som udgangspunkt tovholder for patientforløbet og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbreds løbende
- Bidrage til og løbende revidere behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge

I visse situationer er sygehuset tovholder for patientforløbet. Det gælder dels en tovholderrolle for selve behandlingsforløbet, når en borger i en periode følges i et lungemedicinsk ambulatorium, dels en tovholderrolle for patientens samlede plan og forløb, når patienten er iltbruger og derfor har en løbende kontakt til sygehuset.

Sygehuset

Almen praksis kan henvise patienter til udredning for KOL på et lungemedicinsk ambulatorium på et af regionens sygehuse. Når en patient er udredt og diagnosticeret med KOL kodes ICD-10 DJ440-DJ449.

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af udredningen via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard "**det gode ambulantnotat/epikrise**" og følger den **tværregionale retningslinje for epikriser og ambulante notater**.



Patienterne anbefaler

- Inddrag mig og mine pårørende i at fastlægge en plan for min samlede behandling og rehabilitering
- Sig tingene, som de er – tal med os om, hvordan sygdommen vil påvirke vores liv
- Tilpas hvad du siger, og hvor meget du siger til mig og mine pårørende. Spørg fx hvad vi har mest brug for at vide lige nu, og hvad vi gerne vil vente med information om. Spørg om vi har behov for en opfølgende konsultation, hvor jeg og min egen læge kan tale mere om sygdommen og dens konsekvenser, og gerne sammen med mine pårørende
- Fortæl hvad jeg selv kan gøre, fx hvor jeg kan få hjælp til rygestop og kan finde mere information
- Kommunikér til mig og mine pårørende, hvem der har behandlingsansvaret – særligt i forbindelse med de perioder, hvor jeg har kontakt med både sygehuset og almen praksis

²⁴ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis**.

²⁵ Dansk Selskab for Almen Medicin har udviklet et **E-læringskursus i spirometri**.

6 | Borgerens kontakt til apoteket

Apotekerne skal, jf. Bekendtgørelsen om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, yde relevant og nødvendig information og rådgivning om lægemidler tilpasset borgerens behov. Herudover skal apotekerne tilbyde to specifikke ydelser, som er relevante for borgere med KOL: **"Medicinsamtale"** og **"Tjek på inhalation"**. Der kræves ikke henvisning til ydelserne, og de er begge gratis for borgeren.

Medicinsamtale på apotek

Apotekerne tilbyder borgere en **medicinsamtale**, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom – herunder KOL – inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Medicinsamtalen har fokus på borgerens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter højere grad af medicin efterlevelse (compliance).

Borgere i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt²⁶. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside ligger en **særlig blanket**, som lægen kan bruge i forbindelse med henvisning til medicinsamtalen. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det i bemærkningsfeltet på recepten, når recepten oprettes på Fælles Medicinkort (FMK). Desuden kan kommunen opfordre borgeren til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Tjek på inhalation

Apoteket tilbyder borgere med KOL, der kommer på apoteket og henter ordineret medicin, en samtale, der fokuserer på brugen af inhalationsmedicin – **"Tjek på inhalation"** (TPI). Ydelsen tilbydes borgere, der skal have en ny type inhalator for første gang, eller hvis apoteket afdækker, at der hos borgere, der har brugt medicinen flere gange, kan være behov for et tjek af inhalationsteknikken. Ydelsen tager udgangspunkt i en systematisk gennemgang af inhalationsteknik samt en rådgivning om borgerens egen teknik.

Borgeren kan selv henvende sig og bede apotekspersonalet om en gennemgang af inhalationsteknikken og anvendelsen af medicin. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen anbefale patienten at henvende sig på apoteket. Lægen kan også anføre "TPI" i bemærkningsfeltet på recepten, når en recept på inhalationsmedicin oprettes på FMK.

Apotekets tilbagemelding

Apoteket kan, med borgerens samtykke, informere egen læge om gennemførelse af medicinsamtalen eller tjek på inhalation. Apotekerne anbefales at anvende en korrespondancemeddelelse.

²⁶ Bekendtgørelse nr. 924 af 21/07/2015. **Medicinsamtale på apotek.**



FORSLAG

Medicintilskud og henstandsordning

Borgere med kronisk sygdom har ofte store udgifter til medicin, men er berettiget til medicintilskud, jf. Sundhedslovens § 146. Tilskuddet varierer i størrelse og træder i kraft fra en årlig udgift på 925 kr. i tilskudspriser (2015-priser). Udgør den årlige udgift mere end 17.738 kr. (21.831 kr., hvis borgeren er under 18 år) i tilskudspriser, er borgeren berettiget til 100% medicintilskud. Det svarer til en maksimal årlig udgift for borgeren på ca. 3.800 kr. forudsat, at borgeren altid køber den billigste medicin. Tilskudsberettigede borgere tildeles automatisk kronikertilskuddet på apoteket.

Borgere, som forventer at nå grænsen for 100% medicintilskud, kan få en henstandsordning, hvor borgeren månedligt betaler 320 kr. (2015-priser) til apoteket. På den måde kan borgeren undgå store medicinudgifter i starten af et tilskudsår.

Apoteket skal vejlede borgere med kronisk sygdom om muligheden for en henstandsordning.

7 | Opfølgning og årskontrol i almen praksis

Almen praksis skal tilbyde patienter med KOL regelmæssig opfølgning og årskontrol. Hyppigheden af opfølgende konsultationer afhænger af symptomer, behandling og patientens individuelle behov.

Den praktiserende læge vurderer sammen med patienten behovet og hyppigheden af opfølgninger. Som udgangspunkt udføres en årskontrol. Følgende tabel er vejledende herfor.

GOLD-stadie		Vejl. interval for kontrol	Aktør
A	Lav risiko – få symptomer	12-24 mdr.	Almen praksis
B	Lav risiko – mange symptomer	12 mdr.*	Almen praksis
C	Høj risiko – få symptomer	3-12 mdr.*	Almen praksis
D	Høj risiko – mange symptomer	3-6 mdr.	Almen praksis eller lungemedicinsk ambulatorium

* Patienter bør henvises til lungemedicinsk ambulatorium eller speciallæge ved behov²⁷

Årskontrollen honoreres med ydelse 0120 (Aftalt specifik forebyggelsesindsats) og foregår i konsultationen, men kan også udføres i hjemmet, hvis sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. En nærmere beskrivelse af ydelsens anvendelse findes i ["Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser"](#).

Hvis der er tale om ældre, alvorligt syge patienter eller patienter med komplicerede forløb, har lægen mulighed for – sammen med den kommunale sygepleje – at lave en opfølgning og koordination i hjemmet eller i konsultationen, fx efter indlæggelse.

Formål med at følge patienter med KOL

Formålet med at følge patienter med KOL regelmæssigt er at understøtte og medvirke til at fastholde opnåede adfærdsændringer og dermed forebygge sygdommens progression, herunder især motivere til/fastholde rygestop, kontrollere korrekt og hensigtsmæssig brug af medicin og sikre, at den iværksatte rehabiliteringsindsats vedligeholdes²⁸. Endvidere er det vigtigt at have en løbende dialog med patienten og evt. pårørende om, hvordan eksacerbationer forebygges og håndteres, og hvilke symptomer patienten skal reagere på (jf. afsnit 14).

²⁷ Dansk Lungemedicinsk Selskab (2012) – [Danske KOL-Guidelines](#).

²⁸ Dansk Selskab for Almen Medicin (2008) – [KOL i almen praksis](#).



Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Den praktiserende læge kan desuden udføre opsøgende hjemmebesøg for ældre skrøbelige patienter (ydelsesnummer 0121) én gang årligt. Her har lægen mulighed for at adressere patientens samlede sygdomsbillede og livssituation samt at lægge en plan²⁹ i dialog med patienten.

Den praktiserende læge er som udgangspunkt tovholder for hele forløbet for de fleste patienter med KOL og skal ved opfølgninger og års-

kontrol inddrage patienten og pårørende ved at spørge ind til patientens situation og oplevelse af egen sygdom. På den baggrund skal lægen inddrage patienten og pårørende i beslutninger om at justere behandlingsmål og -plan. Det indebærer en vurdering af, hvem der er den rette behandler (bilag 1), behovet for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 2) og behovet for særlig støtte.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvisne til kommunernes tilbud via MedCom-standard "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Korrekt medicin håndtering er et vigtigt element i behandlingsindsatsen. Apotekerne har nationalt aftalt ydelser som **"Tjek på inhalation (TPI)"** og **"Medicinsamtale"**, der er gratis for alle patienter med astma og KOL, se afsnit 6. Den praktiserende læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret korrekt inhalationsteknik og medicin håndtering. Lægen kan også anføre "TPI" i bemærkningsfeltet på recepten, når en recept på inhalationsmedicin oprettes på FMK.



Patienterne anbefaler

- Fortæl mig, hvad du skriver i henvisninger på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform så jeg kan tage det med mig
 - Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
 - Tal med mig om, at det er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag, og så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
 - Tal med mine pårørende om, hvordan de kan bidrage med praktisk hjælp i dagligdagen og behandlingen
 - Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion mv. – fx i kommunerne
 - Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
 - Hvis jeg skal overveje noget til næste konsultation eller årskontrol, så skriv det ned til mig på et kort
 - Aftal med mig, hvordan jeg og evt. mine pårørende involveres i min behandling
 - Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være
- Det motiverer mig til at møde op

²⁹ Regionernes Lønnings- og Taksnævn og Praktiserende Lægers Organisation (2014)
– Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser.

8 | Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sygehuset skal anvende MedCom-standarden "kommunehenviisning" (REF01) (bilag 2), når der henvises til kommunale tilbud. Når kommunen har modtaget henviisningen fra sygehuset, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding til sygehuset om, at henviisningen er modtaget. Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kunne være relevante.

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. En god intern planlægning mellem afdelingerne – og gerne i samråd med patient og pårørende – skaber tryghed og belaster patienten og ofte også sygehuset mindre.

Af boksen til højre fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienten på sygehuset, som kan være vigtige at kommunikere videre til kommunen.



Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen:

- Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivelse
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten:
Hvad er drøftet med patienten, fx sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, KOL-kuffert mv.
- Instruktion i anvendelsen af inhalationsmedicin, devices, PEP-fløjte m.m.
- Er patienten henvist til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Når relevant og muligt formidles et kontaktpunkt i kommunen til patienten
- Komorbiditet, misbrug og smerter
- Psykiske problemstillinger: angst og accept af sygdom
- Lungefunktion (FEV₁) og gentagne eksacerbationer
- Vurdering af graden af åndenød vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale), jf. afsnit 4.1
- Er patienten iltbruger
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus/miljømæssige udfordringer
- Saturation, hvis der er særlige udfordringer
- Ernæringstilstand med opmærksomhed på utilsigtet vægttab

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandling/kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard **det gode ambulante notat/epikrise**. Det anbefales, at sygehuset bearbejder og kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb. Det videre forløb og behandlingsplanen skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på. Der er ikke i alle tilfælde behov for fremsendelse af notater, der ikke rummer væsentlig ny information.

Patienter med KOL kan opleve perioder med forværring af sygdommen, som kræver øget kontakt til sygehuset i form af ambulant behandling eller indlæggelse. Sådanne perioder stiller krav til øget samarbejde og kommunikation fra sygehuset for, at almen praksis bedst muligt kan varetage rollen som tovholder for patientens forløb.

Sygehusets ansvar ved iltbehandling

Sygehuset skal vurdere borgerens behov for iltbehandling i eget hjem. Ved behov indgår sygehuset aftale med en ekstern iltleverandør, som sørger for at levere og installere udstyret. Sygehuset skal sikre, at patienten får tilstrækkelig instruktion og oplæring i anvendelse af apparaturet, herunder eksempelvis at iltleverandøren gøres ansvarlig for denne opgave. Det anbefales desuden, at sygehuset informerer om, hvem der leverer og installerer apparatet, hvornår det forventes leveret, hvem der kan kontaktes ved behov mv.

Iltbehandling i eget hjem kræver regelmæssig kontrol på lungemedicinsk afdeling/ambulatorium med det formål at vurdere, om der stadig er behov for behandlingen, og om den skal justeres.



Patienterne anbefaler

- Fortæl mig, hvad du skriver i henvisninger på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform så jeg kan tage det med mig
- Spørg mig hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan forværringer af min sygdom forebygges og håndteres
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud).
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoriebesøg, så skriv det ned til mig på et kort
- Aftal med mig, hvordan jeg og mine pårørende involveres i min behandling

9 | Genoptræning og træning i kommunen eller på sygehuset



Med dette forløbsprogram

overtager de syddanske kommuner ansvaret for den specialiserede genoptræning af mennesker med KOL fra Region Syddanmarks sygehusenheder. Kommunerne skal have indarbejdet den specialiserede genoptræning i deres tilbud om fysisk træning senest den 1. januar 2018.

Funktionsevnen hos mennesker med KOL falder typisk i takt med sygdommens udvikling og særligt i forbindelse med en eksacerbation. Derfor har mennesker med KOL ofte på et tidspunkt i deres sygdomsforløb behov for et tilbud om fysisk træning. Målet er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere, eller at borgeren opnår bedst mulig funktionsevne.

Nedenfor findes en kort oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med KOL og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til [Sundhedsloven](#) og [Serviceloven](#).

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus ([BEK nr. 1088 af 06/10/2014](#)).

Endvidere er Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser i Syddanmark gældende. Heraf fremgår at:

- Kommunen skal igangsætte genoptræningsforløbet inden for 14 kalenderdage efter modtagelse af en genoptræningsplan.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet tidligere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.



Sygehuset

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)

Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)

Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om borgeren efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standardens GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil.

Genoptræningsplanen kan med fordel udskrives og udleveres til patienten.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til borgerens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Borgere, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde træning til borgere, som har brug for en individuel træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til borgerens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til borgere med KOL med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

Kommunerne skal i forbindelse med overtagelsen af sygehusenes ansvar for genoptræning efter ambulant behandling eller indlæggelse, sikre at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Sygehuse og kommuner skal i overgangsperioden for overtagelsen af den specialiserede patientuddannelse viden- dele og erfaringsudveksle således, at patienter modtager et tilsvarende tilbud om fysisk træning.

KOL er en kronisk sygdom, og sygdommens sværhedsgrad og indflydelse på borgerens funktionsniveau og hverdagsliv ændrer sig med tiden. Det anbefales derfor, at borgere med KOL har mulighed for at deltage i tilbud om fysisk træning flere gange, når det er relevant.

Kommunen kan i dialog med borgeren og evt. pårørende på eget initiativ iværksætte tilbud om fysisk træning for en borger uden henvisning fra sygehus eller almen praksis.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. borgers deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved at undersøge muligheden for, at borgeren kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen, hvis borgeren har ønske herom (fx af geografiske hensyn). Kommunen bør desuden være i dialog med borgeren om vedvarende træningsmuligheder, herunder fx egentræning og deltagelse i lokale motionstilbud, netværksgrupper og patientforeningstilbud.



Almen praksis

Kommunale forebyggelsestilbud (Sundhedslovens §119)	Almen praksis kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvisning sker via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunen vil herefter indkalde borgeren til en afklarende samtale.
Udarbejdelse af genoptræningsplan (Sundhedslovens §5)	Almen praksis kan henvise patienten til ambulant sygehusbehandling med henblik på udarbejdelse af en genoptræningsplan. Henvisning sker via MedCom-standardens "sygehushenvisning" (REF01) (bilag 2)..
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Almen praksis kan henvise til genoptræning i patientens bopælskommune. Henvisning sker via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

10 | Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen

Kommunerne skal tilrettelægge forebyggelsestilbud til mennesker med KOL³⁰. Forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke borgerens egenomsorg og mestring af sygdommen, bidrage til en hensigtsmæssig livsstil og at forbedre borgerens fysiske kapacitet og funktionsniveau. Tilbuddene skal derigennem bidrage til at bremse forværring af sygdommen.

Forebyggelsestilbuddene til mennesker med KOL omfatter fx elementer af sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning og en ernæringsindsats (afsnit 9-13).



Sundhedsstyrelsens **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom** anvendes ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

I flere syddanske kommuner kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

Forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre borgeren opmærksom på muligheden for at tage et familiemedlem eller en ven med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter borgeren i at prioritere de tilbud, som borgeren har størst behov for. Den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på både at inddrage kommunale indsatser og aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

For at afdække borgerens behov, bør den afklarende samtale omhandle ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. borgerens funktionsevne, hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

³⁰ Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

Den afklarende samtale indleder et forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser, herunder fx en socialfaglig indsats eller en beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgernes motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces i retning af at indlære nye adfærdsmønstre.

Afslutning på samlet forløb

Kommunen bør sikre en systematisk opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud, herunder systematisk drøfte behovet for opfølgning. Opfølgningen kan fx ske i forbindelse med en afsluttende samtale. Efter et afsluttet forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgers praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvissende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

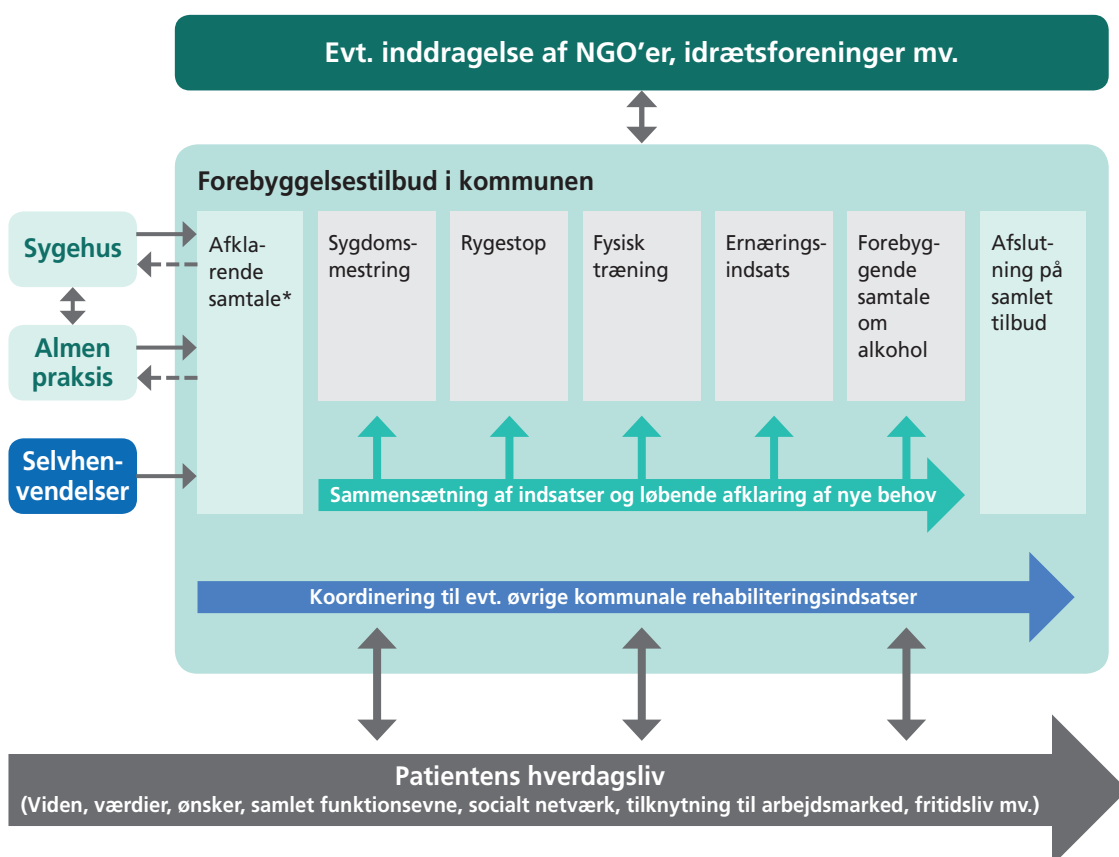


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale

11 | Sygdomsmestring i kommunen



Med dette forløbsprogram

overtager de syddanske kommuner ansvaret for al sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med KOL fra sygehusene i Region Syddanmark. Kommunerne skal have indarbejdet den specialiserede patientuddannelse i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2018.

Kommunerne skal etablere strukturerede forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet borgere med KOL. Tilbuddet har til formål at styrke borgerens egenomsorg, sådan, at borgerens helbred og livskvalitet forbedres.



Sygdomsmestring referer til

en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen [...] kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret.

Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret og gruppebaseret forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer.

Tilbuddet skal give borgeren kendskab til sygdommens karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation. Tilbuddet skal tillige give borgeren praktisk viden og kompetencer til at mestre sygdommen og livet med KOL med fokus på betydningen af rygestop og håndteringen af eksacerbationer.

Tilbuddet skal samtidig have fokus på livsstilsændringer og psyko-sociale forhold, herunder også arbejdsmæssige forhold.

Selv om undervisningen er struktureret og gruppebaseret, bør der tages udgangspunkt i deltagernes hverdagsliv og problemstillinger. På den måde bliver undervisningen håndgribelig, konkret og meningskabende for deltagere.

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes borgerens deltagelse i forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlingskompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og hverdagslivet.

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud. En særlig udfordring kan være kompetencer indenfor sygdom og medicin. Hvis kommunen ikke har disse kompetencer til rådighed, anbefales det, at kommunen samarbejder med fx en lungemedicinsk afdeling eller almen praksis herom. Samarbejdet kan indeholde kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i kommunen eller aftale om, at sundhedsprofessionelle fra almen praksis eller sygehuset bruges som underviser i dele af tilbuddet.

Henvi sning til kommunale forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal det ske via MedCom-standard en "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2).

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

12 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til borgere med KOL. Formålet er at understøtte borgerens rygestop, således at sygdomsudviklingen forsinkes og graden af symptomer reduceres. Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk).

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Tilbuddet kan være såvel individuelt som holdbaseret alt efter borgerens præferencer.

Borgere kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

Efter et afsluttet rygestopforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før borgeren fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at borgere med KOL kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes rygestoptilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.



13 | Ernæringsindsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen, at mennesker med KOL oprettholder en god ernæringstilstand og en hensigtsmæssig vægt³¹. Overvægt, uplanlagt vægttab og undervægt er selvstændige risikofaktorer for øget sygelighed og dødelighed, uafhængigt af graden af lungefunktionsnedsættelse³².

Det er et fælles ansvar for almen praksis og sygehuset løbende at kontrollere og registrere vægten hos mennesker med KOL og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov. Kommunerne bør desuden være opmærksomme på undervægt og uplanlagte vægttab hos borgere med KOL.

Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis

Sygehuset skal ernæringsscreene patienter med KOL ved indlæggelse og udskrivelse samt udrede patienter i risiko for osteoporose.

Patienter, der er undervægtige, oplever et uplanlagt vægttab eller er overvægtige bør ved behov, af egen læge eller af sygehuslægen, henvises til individuel diætbehandling eller kostvejledning.

Egen læge eller sygehuslægen kan ordinere ernæringspræparater til patienter med KOL, der er alvorligt syge eller så svækkede, at de ikke kan synke eller optage almindelig kost. De nærmere regler for tilskud til ernæringspræparater findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Ernæringsindsats i kommunen

Kommunerne skal etablere tilbud om kostvejledning og diætbehandling til borgere med KOL, der har behov for en særlig støtte til at håndtere mad og måltider. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og være enten individuelt eller holdbaseret.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Egen læge og sygehuslægen kan henvise til kommunens tilbud via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

³¹ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

³² Hallin, R. et al. (2007) Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory Medicine*; 101(9): 1954-1960.

14 | Kommunens, almen praksis' og sygehusets ansvar for borgere med eksacerbationer

De fleste borgere med KOL rammes af eksacerbationer én eller flere gange i løbet af deres liv med sygdommen. I forbindelse med eksacerbationer oplever mange borgere og deres pårørende bekymring, utryghed og angst, ligesom frygt for nye eksacerbationer kan fylde meget i hverdagen.

Sundhedsprofessionelle i kommuner, almen praksis og på sygehuse har et ansvar for at:

1. Forebygge eksacerbationer ved at bidrage til at styrke borgerens mestringssevne
2. Bidrage til at dæmpe graden af utryghed og angst, når de er i kontakt med en borger i forbindelse med en eksacerbation

Det tværsektorielle ansvar for styrkelse af borgerens mestringssevne

Det er et fælles ansvar at bidrage til at styrke borgerens evne til at forebygge og håndtere eksacerbationer.

Dette skal særligt foregå i følgende situationer:

- Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset (jf. afsnit 5)
- Opfølgning og årskontrol i almen praksis (jf. afsnit 7)
- Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet (jf. afsnit 8)
- Forebyggelsestilbud om sygdomsmestring i kommunen (jf. afsnit 11)
- Udskrivelse fra sygehuset (jf. afsnit 16)
- Plejeindsatsen i kommunen (jf. afsnit 17)

Sundhedsprofessionelle skal med udgangspunkt i borgerens erfaringer og behov indgå i dialog om symptomer og redskaber til at undgå panik, forebyggende og symptomdæmpende medicin, teknikker til at lette vejtrækningen samt evt. om de konsekvenser, som eksacerbationer kan have for den faste behandling. Der bør også være en dialog om, hvem borgeren og dennes pårørende kan kontakte i bestemte situationer afhængigt af eksacerbationens sværhedsgrad (fx kommunens sygepleje eller kommunale akutteams, egen læge/vagtlæge, alarm 1-1-2) samt hvordan man forbereder pårørende/sit netværk på eksacerbationer og håndtering af dem.

Opfølgning på eksacerbationer

Når en sundhedsprofessionel er i kontakt med en borger i forbindelse med en eksacerbation, har den sundhedsprofessionelle ansvaret for at vurdere behovet for opfølgning, herunder give informationen videre til rette aktør. Opfølgningen vil typisk ske hos egen læge, hvis det er et behandlingsanliggende, og kommunen, hvis det drejer sig om rehabilitering.

I nogle tilfælde er den akutte forværring opstået i forbindelse med ændrede begivenheder i borgerens liv, der kan medføre en psykisk påvirkning og medvirke til at fremprovokere utryghed og angst. I en sådan situation er det særligt vigtigt, at den sundhedsprofessionelle overvejer, om borgeren har behov for særlig støtte til at gennemføre eller igangsætte et behandlingsforløb eller kommunalt rehabiliteringsforløb.

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med KOL indlægges på sygehuset, sker det primært akut og undtagelsesvist elektivt. Det er som oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM).

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæge kan elektronisk henvise patienter med KOL til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standardens "sygehushenvisning" (REF01).

Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Sygehuset

Når en patient er indlagt og samtidig er tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx for ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise borgeren til yderligere undersøgelser inden udskrivelse og informere almen praksis herom via epikrisen.

Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Indsats for ældre patienter med KOL

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med KOL. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

DÆMP

Indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet på følgende måde:

Plejeforløbsplanen til kommunen

- Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen - feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja"
- Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder", skrives i feltet "Viden og udvikling":
"DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..."
(fx stort funktionstab)

Epikrisen til den praktiserende læge

I epikrisen til patientens praktiserende læge noteres at:

"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."



På baggrund af ovenstående vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation eller et opfølgende hjemmebesøg³³, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.



Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for information om – jeg har måske ikke det samme behov som andre patienter
- Informer løbende mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Tag tidligt i indlæggelsesforløbet initiativ til en dialog med mig om, hvad der sker, når jeg skal udskrives
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig og mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson

³³ Der kan i kontakten til den praktiserende læge henvises til [§2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse](#).

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelse er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. Den sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivelsesrapporten.



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Særlig opmærksomhed på utilsigtet vægttab
Psykosociale forhold	Psyriske problemstillinger; angst og manglende accept af sygdommen
Respiration og cirkulation	• Lungfunktion (FEV₁) og gentagne eksacerbationer • Vurdering af graden af åndenød vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale), jf. afsnit 4.1 • Er patienten iltbruger • Rygestatus/miljømæssige udfordringer • Saturation, hvis der er særlige udfordringer • Instruktion i anvendelsen af inhalationsmedicin, devices, PEP-fløjte m.m.
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet, misbrug og smerter
Viden og udvikling	• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning • Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: • hvad er drøftet med patienten, eksempelvis: rygestop, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, telemedicinske tilbud m.m. • er patienten informere om og henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygeplejefaglige problemområder i udskrivelsesrapporten af særlig relevans for patienter med KOL.

Inden udskrivelse skal patientens behov og motivation for rehabilitering vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende. Sygehuslægen kan elektronisk henvise til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud via MEDCOM standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Når kommunen har modtaget henvisningen, sendes der en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget og kommunen tager kontakt til borgeren for at vurdere hvilket tilbud, der er mest egnet i den givne situation. Kommunen informerer ligeledes egen læge om borgerens opstart i rehabiliteringstilbuddet.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelse har ændret sig, således at der er behov for en koordineret indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en udskrivesepikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard "den gode epikrise". Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er

derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt og senest tredje hverdag efter udskrivelsen sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen.

Indsats for særligt svækkede ældre patienter med KOL

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats mellem kommunen og den praktiserende læge for svækkede ældre medicinske patienter med KOL. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive:

"Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at aftale tidspunktet for det **opfølgende hjemmebesøg**.



Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold, fx:
 - hvem der tager imod mig derhjemme
 - hvem jeg skal kontakte med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, en lungemedicinsk afdeling eller kommunen)
 - hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad skal der kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
 - min iltbehandling og mit iltapparat
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan jeg kan forebygge og håndtere forværringer af min sygdom

17 | Plejeindsats i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå borgere med KOL i at håndtere livet med kronisk sygdom.

Plejesektorens særlige opgave er:

1. At bidrage til at forebygge gradvise forværringer af sygdommen og understøtte den samlede plejeindsats
2. At bidrage til borgerens håndtering af medicin og iltapparatur
3. At bidrage til at forebygge eksacerbationer

De involverede dele af plejesektoren er fx hjemmeplejen, sygeplejen, trænedede terapeuter og visitationen.

Forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats

Personalet bør følge borgerens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og borgerens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Ændret sygdomsmønster med hyppigere symptomer og evt. eksacerbationer
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end KOL
- Forringet almen ernæringstilstand
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med borgeren igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at borgeren bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau. I denne situation bør der søges en dialog med borgerens egen læge via en korrespondancemeddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende borgerens situation.

Sygeplejen bør være opmærksomme på muligheden for at anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg borger eller et kompliceret forløb.



Patienter og pårørende anbefaler

- Inddrag mig og mine pårørende i at fastlægge en plan for min pleje og rehabilitering
- Sæt fokus på mine mål for rehabiliteringsforløbet og det, som er vigtigt for mig nu
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i kommunale patientuddannelses tilbud
- Lav en aftale med mig om, hvilket personale jeg evt. må kontakte i kommunen, hvis jeg bliver utryk under akutte forværringer af min KOL.



Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Håndtering af medicin og iltapparatur

Personalet kan med fordel bidrage til, at borgere med KOL håndterer og indtager deres medicin korrekt, således at borgeren opnår en højere grad af medicinefterlevelse (compliance). Ved behov kan personalet desuden foreslå borgeren at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinhåndtering (jf. afsnit 6). Personalet bør desuden understøtte borgerens anvendelse af iltapparatur i eget hjem.

Forebyggelse af eksacerbationer

Personalet skal indgå i en dialog med borgeren og evt. pårørende om, hvordan eksacerbationer forebygges og håndteres, og hvilke symptomer, borgeren skal reagere på (jf. afsnit 14). Der bør også være en dialog om, hvem borgeren kan kontakte ifm. en eksacerbation, herunder om sygeplejen, et kommunalt akutteam eller andre kan kontaktes i situationer, der ikke kræver akut lægelig assistance.

18 | Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Flere patienter lever i dag længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for kvaliteten af hele patientforløbet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats³⁴. Endvidere er der behov for, i højere grad end før, at have fokus på palliation hos patienter med andre sygdomme end kræft. Palliation skal indtænkes i hele patientforløbet.

Patienter med KOL skal opleve en sammenhængende palliativ indsats. Det stiller krav til kommunikation, fleksibilitet, koordinering, kontinuitet og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at koordinere forløbet er en fælles opgave, der skal løses af sygehuset, almen praksis, kommunen og evt. hospice i samarbejde med borger og pårørende.

Med det formål at styrke samarbejdet om den palliative indsats i Syddanmark har region, kommuner og almen praksis indgået en samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Aftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation især med fokus på sektorovergange i det palliative forløb.

I forbindelse med iværksættelse og koordinering af en palliativ indsats for patienter med KOL henvises til denne. Aftalen findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

³⁴ Sundhedsstyrelsen (2011) – [Anbefalinger for den palliative indsats](#).

Litteratur

Sundhedsstyrelsen 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, København

<https://sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/kommunale-forebyggelsestilbud>

Sundhedsstyrelsen 2015, Sygdomsforebyggelse i almen praksis og på sygehuse, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/regioner/sygdomsforebyggelse-i-almen-praksis-og-paa-sygehuse>

Sundhedsstyrelsen 2015, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-kol>

Sundhedsstyrelsen 2014, National Klinisk Retningslinje: Rehabilitering af patienter med KOL, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/nkr-rehabilitering-af-kol>

Dansk Lungemedicinsk Selskab 2012, Danske KOL-Guidelines

<http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012.html>

Sundhedsstyrelsen 2012, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, København

<http://www.sst.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCF19.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2012, Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, København

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>

Sundhedsstyrelsen 2011, Anbefalinger for den palliative indsats, København

<http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2011, Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis, København

<http://www.sst.dk/~media/991FEEAC113D407BAAD609E2926F4A04.ashx>

Dansk Selskab for Almen Medicin 2008, KOL i almen praksis, Viby J.

http://www.dsam.dk/flx/kliniske_vejledninger/kol_i_almen_praksis/

BILAG 1

Hvem er rette behandler – almen praksis eller sygehuset?

Den behandlingsansvarlige læge – enten patientens praktiserende læge (primært) eller en sygehuslæge – skal vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler for patienten med den aktuelle sygdomspræsentation. Det sker med udgangspunkt i Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterierne). Processen er nærmere beskrevet i afsnit 4.

På baggrund af resultatet af undersøgelserne af de tre dimensioner inddeles patienten i stadier i henhold til GOLD-kriterierne.

Det er vigtigt at bemærke, at patienten kan placeres i gruppe C eller D (høj risiko) på baggrund af eller kombination af:

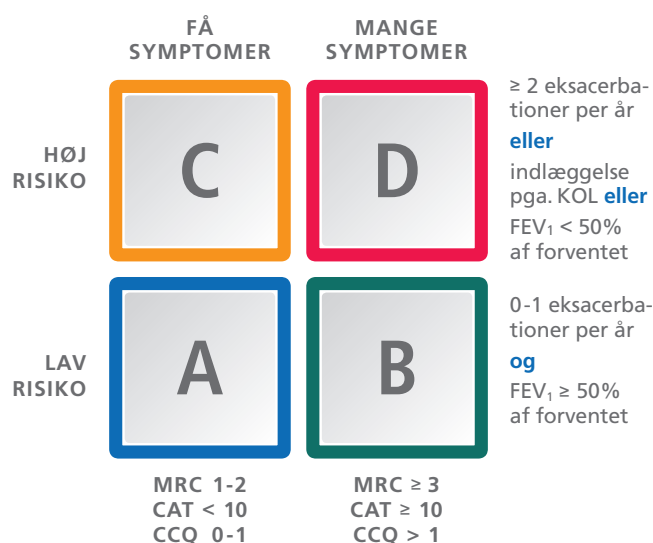
- $FEV_1 < 50\%$ af forventet værdig
- Hyppige eksacerbationer, ≥ 2 det forgangne år

GOLD-stadie	Rette behandler (vejledende)
A	Behandles som udgangspunkt i almen praksis.
B	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
C	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
D	Behandles enten i almen praksis med mulighed for speciallægevurdering ved behov eller er tilknyttet et sygehusambulatorium.

Vurdering af rette behandler for borgere med KOL ud fra GOLD-kriterierne¹⁹

Vurderingen sker på baggrund af mindst tre parametre i forbindelse med den kliniske diagnosticering og stadiinddeling:

1. Graden af lungefunktionsnedsættelse (FEV_1) i forhold til den forventede værdi
2. Omfanget af borgerens symptomer bedømt vha. standardiserede spørgeskemaer
3. Hyppighed af eksacerbationer



Stadiinddeling af KOL i undergrupper A-D på baggrund af FEV_1 i % af forventet værdi, hyppighed af eksacerbationer og indlæggelser samt symptomer bedømt vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale) eller CAT-spørgeskema (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).

FORSLAG

BILAG 2

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01).

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget, og kommunen tager kontakt til borgeren.

Ved afslutning af det samlede forløb sendes et afslutningsnotat til egen læge og til sygehuset, når denne er afsender på henvisningen.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Klassifikation af KOL efter GOLD-kriterier
- Kort anamnese, herunder:
 - resultat af objektive undersøgelser (FEV₁*, MRC** m.fl.)
 - komorbiditet
 - komplikationer
 - rygestatus
- Relevante sociale oplysninger
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Behov for særlig støtte
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler
- Testresultater (fx CAT*** eller andre)

* FEV₁ – Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund

** MRC – Medical Research Councils dyspnea scale

*** CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test

På www.borger.dk kan borgere og pårørende læse mere om deres muligheder for at få arrangeret og/eller refunderet udgifter til transport til praktiserende læge, speciallæge og sygehus samt til genoptræning og andre forebyggelses-tilbud i kommunen.

Transport til og fra kommunale rehabiliteringstilbud, speciallæge eller egen læge

Som hovedregel skal borgere selv sørge for at komme til og fra kommunale forebyggelse- og rehabiliteringstilbud samt behandling hos egen læge og speciallæge. Der er dog en række undtagelser, hvor borgere har ret til at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret. Borgers rettigheder til at blive transporteret er nærmere beskrevet på www.borger.dk.

Ved spørgsmål om transport til og fra behandling hos egen læge, speciallæge samt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen kan borgeren eller pårørende kontakte kommunerne på nedenstående telefonnumre.

Transport til og fra behandling og kontroller på sygehuset

For spørgsmål om transport til og fra sygehus skal borgeren kontakte sygehuset.

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog en række undtagelser, hvor patienter har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til behandling på sygehuset. Patienters rettigheder til befordring i forbindelse med sygehusbehandling er nærmere beskrevet på [Region Syddanmarks hjemmeside](http://Region.Syddanmarks.hjemmeside).

Har patienten ret til siddende transport til og fra sygehusbehandling, kan transport bestilles på **tlf. 7011 3111**. På dette nummer kan der også stilles spørgsmål om befordringsgodtgørelse til og fra sygehuset.



For spørgsmål om transport kan man kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre

Assens	6474 7474	Nordfyns	6482 8282
Billund	7213 1500	Nyborg	6333 7000
Esbjerg	7616 1616	Odense	7873 3998
Fanø	7666 0660	Svendborg	6223 3000
Fredericia	7210 7000	Sønderborg	8872 6400
Faaborg-Midtfyn	7253 0530	Tønder	7492 9292
Haderslev	7434 3434	Varde	7994 6800
Kerteminde	6515 1515	Vejen	7996 5000
Kolding	7979 7979	Vejle	7681 0000
Langeland	6351 6000	Ærø	6352 5000
Middelfart	8888 5500	Aabenraa	7376 7676



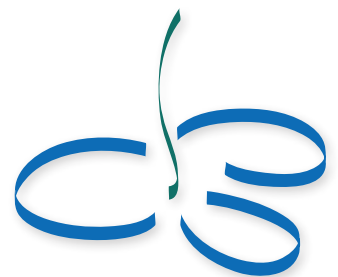
FORSLAG

FORSLAG



Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram
for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og trådt i kraft den 28. februar 2017

Emneord

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, forløbsprogram, forebyggelse,
rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0

Februar 2017

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-58-5

Indholdsfortegnelse

	Introduktion	4
DEL 1	Anbefalinger og tjeklister	5
	Kommunikationstemaer på diagnosetidspunktet	5
	Kommunikationstemaer i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen	5
	Patientens tjekliste til kommunikation	8
DEL 2	Tilpasset kommunikation	9
	Timing af kommunikationen	9
	Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte	9

Introduktion

Baggrund

Kommunikation mellem patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og sundhedspersonalet er et vigtigt element i alle faser af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For at patienterne kan få det optimale udbytte ud af deres behandling er det afgørende, at de får den viden og information de har behov for, og at sundhedspersonalet får den nødvendige viden og indblik i den enkeltes behov og livssituation.

Studier har vist, at patienter med kroniske sygdomme har markante udfordringer, når de kommunikerer med sundhedspersonalet. Blandt andet oplever omkring hver femte, at det er vanskeligt at have gode samtaler med lægen og få stillet de spørgsmål, man som patient sidder med. Det gælder især for multi-syge, hvis forløb ofte er mere komplekse end hos andre patienter¹.

Der er behov for at systematisere dialogen med patienter og pårørende i sygdomsforløbet, fx ved diagnosticering af KOL.

Formål med kommunikationspakken

Pointen med at systematisere kommunikationen er at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltsituationer, hvor patienter og pårørende oplever en mangelfuld kommunikation. Denne kommunikationspakke beskriver indhold og koordinering af kommunikation med patienter med KOL og deres pårørende.

Udviklingsprocessen bag kommunikationspakken

Kommunikationspakken er udarbejdet på baggrund af inddragelse af patienter med KOL, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner ifm. udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL².

Patienter og pårørende gav udtryk for, at de ved diagnosetidspunktet ikke havde fået tilstrækkelig information, og at det havde medvirket til bekymringer. Usikkerhed om, hvor de kunne få svar på deres spørgsmål, forstærkede sådanne bekymringer. De savnede desuden overensstemmelse og bedre koordinering mellem sektorerne ift., hvad der informeres om hvornår og af hvem. Flere patienter gav desuden udtryk for, at de savnede tydeligere information om de næste skridt i deres forløb, herunder fx hvilken rolle lungemedicinske ambulatorier og egen læge m.fl. spiller i forløbet.

Kommunikationspakken er bygget op i to dele. Først gives anbefalinger til kommunikation på diagnosetidspunktet og i den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Dernæst gives råd og vejledning til, hvordan sundhedsprofessionelle kan tilpasse kommunikationen til den enkelte patients behov.

KLIK PÅ DE BLÅ HYPERLINKS



¹ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

² Region Syddanmark (2017). Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation. www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom

1 | Anbefalinger og tjeklister

Kommunikationstemaer på diagnosetidspunktet



Rygestop

Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter

Sygdomsforståelse

Sygdommens opståen og progression, håndtering af eksacerbationer

Medicinhåndtering

Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger

Henvisning til, hvor patienter kan hente yderligere viden

Hjemmesider og apps med info og aktiviteter, fx tilbud i kommunerne, Lungeforeningen, frivillige sociale foreninger.

Ansvar for at formidle informationerne påhviler den læge, der stiller diagnosen. Kommunikationen på diagnosetidspunktet skal være individuelt tilpasset den enkelte patients behov og ressourcer.



Kommunikationstemaer i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen

SYGEHUS

- **Rygestop**
Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter
- **Psykisk rehabilitering**
Bekymringer og angst, fx ved eksacerbationer, accept, psykisk mestring, tryghed
- **Træning**
Trænings gavnlige effekter, fysisk aktivitet i hverdagen
- **Ernæring**
Kostens betydning, den rette kost, kost i hverdagen
- **Medicinhåndtering**
Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger
- **Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud**
Tilbud i egen kommune, afklarende samtale i kommunen om deltagelse
- **Teknologi**
Internetbaseret viden, apps, teknologi i rehabilitering som fx KOL-kuffert
- **Iltapparat**
Teknisk anvendelse, levering af ilt, effekt i hverdagen

ALMEN PRAKSIS

- **Rygestop**
Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter
- **Psykisk rehabilitering**
Bekymringer og angst, fx ved eksacerbationer, accept, psykisk mestring, tryghed
- **Træning**
Trænings gavnlige effekter, fysisk aktivitet i hverdagen
- **Ernæring**
Kostens betydning, den rette kost, kost i hverdagen
- **Medicinhåndtering**
Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger
- **Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud**
Tilbud i egen kommune, afklarende samtale i kommunen om deltagelse
- **Teknologi**
Internetbaseret viden, apps, teknologi i rehabilitering som fx KOL-kuffert

KOMMUNE

- **Rygestop**
Rygningens effekt på sygdommen, rygestopaktiviteter
- **Psykisk rehabilitering**
Bekymringer og angst, fx ved eksacerbationer, accept, psykisk mestring, tryghed
- **Træning**
Trænings gavnlige effekter, fysisk aktivitet i hverdagen
- **Ernæring**
Kostens betydning, den rette kost, kost i hverdagen
- **Medicinhåndtering**
Medicinvaner, medicinens effekter og bivirkninger
- **Teknologi**
Internetbaseret viden, apps, teknologi i rehabilitering som fx KOL-kuffert
- **Lokale tilbud** (fitnesscentre, patientforeninger, selvhjælpsgrupper mv.)
Lokale tilbud som fx fitnesscentre, gå-grupper, lokalgrupper i Lungeforeningen mv.
- **At leve med KOL**
Sygdomsmestring mv.

Patientens tjekliste til kommunikation

Nedenstående tjekliste kan printes ud til patienter og pårørende med det formål at skabe overblik over relevant viden for dem.



	Rygestop Du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved din sygdom. Du får mulighed for at deltage i aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop. Der findes en oversigt over din kommunes rygestopstilbud på www.sundhed.dk .
	Tryghed Du og dine pårørende ved, hvad I skal gøre når du har akutte forværringer med åndenød.
	Viden om KOL Du og dine pårørende forstår sygdommen KOL og hvordan den udvikler sig. I ved, hvad I skal gøre, når du har akutte forværringer med åndenød.
	Træning og bevægelse Du og dine pårørende ved, hvor vigtig træning er for din livskvalitet, din fysiske formåen og din søvn. I har fået inspiration til, hvordan I får bevægelse ind i jeres hverdag. I kender til kommunens tilbud om træning.
	Mad Du og dine pårørende opnår viden om den rette mad og madens gavnlige effekter for din livskvalitet, din fysiske formåen og for sygdommen. I har fået inspiration til, hvordan I bedst kan tilrettelægge en hverdag med den rette mad.
	Håndtering af medicin Du får gode medicinvaner, f.eks. korrekt teknik til at suge medicin ind. Du og dine pårørende ved, hvordan medicinen virker og hvilke bivirkninger, den kan have.
	Andre tilbud Du og dine pårørende ved, hvor I kan finde mere information og aktiviteter, f.eks. tilbud i kommunerne, Lungeforeningen og frivillige sociale foreninger.
	Iltapparat Du og dine pårørende ved, hvordan iltapparatet virker og hvordan og hvornår ilt leveres. I ved, hvor vigtigt ilt er for din livskvalitet, din fysiske formåen og din søvn.

2 | Tilpasset kommunikation

Timing af kommunikationen

Undersøgelser³ viser, at det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det. Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet.

Det er en traditionel opfattelse, at nydiagnosticerede patienter gennemgår en emotionel krise, som sundhedsprofessionelle er nødt til at tage hensyn til ved at vente med at give detaljeret information, indtil det pågældende menneske kan rumme det.

Undersøgelser konkluderer imidlertid, at de fleste nydiagnosticerede patienters behov snarere er information på et tidligt tidspunkt, både som hjælp til at gøre situationen forståelig, og som en nødvendig forudsætning for at patienterne kan inddrages i beslutninger og tilrettelæggelse deres eget forløb.

Det påpeges i øvrigt, at individets "rute til diagnosen" er en vigtig faktor. Mennesker, hvor diagnosen er kommet pludseligt og uventet i forbindelse med rutineundersøgelser, har stærkt forskellige emotionelle reaktioner, som der må tages hensyn til i timingen af information – men også disse mennesker udtrykte i undersøgelsen et ønske om mere og tidligere information⁴.

En række studier⁵ peger på, at sygdomsforståelse udvikles i faser over en længere periode, hvilket underbygger tanken om, at kommunikation må times, så patienter modtager den relevante information på det tidspunkt, hvor de er mest modtagelige.

³ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

⁴ Peel E et al (2004). Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Education & Counseling*, 53(3):269-75.

⁵ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

I behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med kroniske sygdomme er det væsentligt at være opmærksom på den enkelte patients evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne viden til handling.

Undersøgelser har indikeret, at en betydelig del af patienter med kronisk sygdom har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation samt kommunikere med sundhedspersonalet⁶.

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksomt på, at begrænsede sundhedskompetencer ofte er forbundet med skam hos patienten. Patienter i denne situation vil ofte søge at dække over deres manglende evner til at forstå og efterleve information fra sundhedspersonalet⁷. Derfor kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at få indblik i patientens situation og tilrette budskaberne herefter.

Samtidig kan patienter med lave sundhedskompetencer have sværere ved at beskrive deres sygehistorie og forklare årsagen til, at de opsøger sundhedsvæsenet, ligesom de i mange tilfælde heller ikke får stillet de relevante spørgsmål⁸.

For sundhedspersonalet er det væsentligt at være opmærksom på dette i dialogen med patienterne samt i udviklingen af informationsmateriale. Nedenfor er forslag til indsatser, der kan være med til at forbedre muligheden for, at færre patienter har vanskeligt ved at læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Skriftlig kommunikation

Med hensyn til skriftligt materiale bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten udformes således, at den svarer til læsefærdigheder på 5.-6.-klasesniveau – uanset målgruppen. Samtidig bør teksten tilpasses målgruppens kulturelle kontekst, og der bør anvendes almindelige ord og korte sætninger⁹.

Der er dog en hårfin grænse for, hvor simpel en tekst må være, idet man også herved risikerer at fratage læseren muligheden for at få adgang til komplet og præcis information. En løsning på dette kan være at tilbyde information på flere detaljeringsniveauer.

Mundtlig kommunikation

Litteraturen peger på en række tiltag, der kan sikre en mere udbytterig mundtlig kommunikation mellem patienter/pårørende og sundhedspersonalet. Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, begrænse informationsmængden og bruge billeder til at illustrere budskabet¹⁰.

Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået¹¹. Endeligt kan der benyttes tolke for at imødekomme sprogbarrierer blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

⁶ Friis, K (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, Region Midtjylland

⁷ Barker DW et al (1996). The health care experience of patients with low health literacy. Arch Fam Med 5(6): 329-34.

⁸ Williams MV et al (2002). The role of Health Literacy in patient-Physician Communication. Family Medicine 34(5): 383-9.

⁹ Madsen MH et al (2009). Health Literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen

¹⁰ DeWalt DA et al (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.

¹¹ Tamura-Lis W (2013). Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.

Kompetenceudvikling af patienter og pårørende

Patientuddannelse er for mange patienter med kronisk sygdom en oplagt arena til at forbedre sundhedskompetencerne. I mange kommuner findes der tilbud om sygdomsmestring målrettet patienter med KOL. Det anbefales derfor, at der i tilbuddene systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne patienternes færdigheder i at læse og forstå sundhedsinformation samt i at kommunikere med sundhedspersonalet. Således kan patienter med kronisk sygdom blandt andet blive bedre til at stille de rette spørgsmål til sundhedspersonalet og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt.

Metoder til brugerinddragelse

På mange specialeområder findes der pt. forskellige behandlinger, som kan anvendes undervejs i et behandlingsforløb. Nogle af disse behandlinger har begrænset effekt eller kun effekt på nogle patienter. Andre lægemidler har god effekt, men kan medføre alvorlige bivirkninger eller gribe meget forstyrrende ind i patienternes liv. Når patienter skal være med til at træffe et valg om, hvorvidt de vil modtage sådanne behandlinger, er det derfor særligt presserende at sikre, at valget træffes på et informeret grundlag, og er i overensstemmelse med det, patienten ønsker at opnå med behandlingen.

Fælles beslutningstagning (på engelsk: 'shared decision making') er en kommunikationsform, der tager udgangspunkt i en opfattelse af sundhedsprofessionelle og patienter som ligeværdige parter. Metoden foreskriver en struktur for samtalen mellem behandler og patient, hvor begge parter deltager aktivt i beslutningsprocessen, deler deres viden om sygdom og behandling, forklarer hinanden hvilken behandling de foretrækker og når til enighed om, hvilken behandling patienten skal have¹².

Blandt forskere på området er der konsensus om, at fælles beslutningstagning er særligt anvendelig til at sikre, at patienters præferencer for behandling kommer frem i samtalen, og at patienter informeres om behandlings effekt, bivirkninger, fordele og ulemper, så de kan være med til at træffe beslutninger om deres behandling på et informeret grundlag¹³. For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne behandlingsmuligheder har man inden for mange specialeområder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer (på engelsk: 'decision aids').

Beslutningsstøtteværktøjer kan ligne traditionelle informationsmaterialer til patienter, men adskiller sig ved at være udviklet på baggrund af patienters udtrykte behov for information. Værktøjerne giver evidensbaseret information om de tilgængelige behandlingsmuligheder og deres effekter, bivirkninger og andre fordele eller ulemper. Desuden vejleder beslutningsstøtteværktøjerne patienter til at overveje, hvordan de vægter fordele, ulemper og evt. usikkerhed om behandlingsresultatet¹⁴.

¹² Charles C et al (1997). Shared Decision Making in the Clinical Encounter: what does it mean? (or it takes two to tango). *Social Science & Medicine*; 44(5): 681-692

¹³ Edwards A, Elwyn G (eds): *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice*. Oxford University Press, 2009, 2nd edition.

¹⁴ Volk RJ, et al (2013). Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G: Ten years of the International Patient Decision Aid Standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids. *BMC: Medical Informatics and Decision Making*

Videnskabelige undersøgelser, der sammenligner brug af beslutningsstøtteværktøjer med almindelige konsultationer, viser, at patienter som anvender beslutningsstøtteværktøjer:

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger
- Er mere aktive i beslutningsprocessen
- Er mere tilfredse med beslutningerne
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker
- I højere grad vælger en konservativ behandling (fx livsstilsændringer) eller mindre omfattende operative indgreb
- Ikke oplever mere angst og bekymring i deres behandlingsforløb, end patienter som informeres på traditionel vis¹⁵

Enkelte undersøgelser viser desuden, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer kan medvirke til, at patienterne i højere grad følger klinikernes anvisninger for behandling, altså bedre compliance og mestring^{16, 17}. Der er desuden fundet positiv effekt på enkelte kliniske behandlingsudfald, eksempelvis bedre livskvalitet^{18, 19}, og bedre blodsukkerkontrol hos diabetespatienter²⁰.

Brug af beslutningsstøtteværktøjer kan dog øge tidsforbruget i konsultationer. Et systematisk review viste at tidsforbruget varierede fra 8 minutter kortere til 23 minutter længere end almindelige konsultationer med en median tidsforøgelse på 2,55 minutter²¹.

Der findes – så vidt vides – endnu ikke danske beslutningsstøtteværktøjer specifikt til KOL-patienter, men der findes udenlandske beslutningsstøtteværktøjer, som måske kan tilpasses en dansk kontekst²².

I forbindelse med udmøntningen af Sundhedsstyrelsens pulje til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, har Regionshospitalet Viborg modtaget penge til at udvikle et værktøj til KOL-patienter med fokus på valg ifm. indlæggelse, behandlingsniveau og palliation.

Desuden har Sundhedsstyrelsen bevilliget penge til udvikling af andre beslutningsstøtteværktøjer, som måske – med tilpasning til KOL-patienters specifikke behov og eksisterende kommunale/regionale behandlings- og rehabiliteringsindsatser på KOL-området – kunne være relevante at drage inspiration fra. Projekterne forventes afsluttet med udgangen af 2017, og først herefter vil resultaterne samt evt. selve beslutningsstøtteværktøjerne være tilgængelige til generel udbredelse²³.

¹⁵ Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

¹⁶ Perestelo-Pérez L et al (2015) Effect of the statin choice encounter decision aid in Spanish patients with type 2 diabetes: A randomized trial. Patient Educ Couns, 0738-3991(15)30068-9.

¹⁷ Bellows J et al (2014) Use of IndiGO individualized clinical guidelines in primary care. J Am Med Inform Assoc 21, s. 432–437.

¹⁸ Kennedy et al (2004) A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. Gut, 53(11) s. 1639-45.

¹⁹ Richardson G et al (2004) Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease. J Health Serv Res Policy, 11(4), s. 225-30.

²⁰ Buhse S et al (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open, 13(11), s. 009116.

²¹ Stacey D et al (2004) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

²² <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-7-12>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797156>

²³ Fuld liste over projekter der har modtaget midler fra Sundhedsstyrelsen findes her:
https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2016/udvikling-af-beslutningsstoette_vaerktoejer

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer²⁴. Heri findes en dansk version af IPDAS' kvalitetskriterier for beslutningsstøtteværktøjer, som beskriver hvordan sådanne værktøjer bør udvikles, og hvilke elementer de bør indeholde, hvis de skal kunne leve op til principperne i Fælles beslutningstagning og have de effekter, der er fundet i videnskabelige undersøgelser.

Desuden indeholder kataloget en dansk oversættelse af et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til behandlingsvalg, hvor der endnu ikke findes specifikke beslutningsstøtteværktøjer. Patient og sundhedspersonale kan så sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og sammen overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

²⁴ Inspirationskataloget kan downloades her:
<http://danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog>



Implementeringsplan for tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

Indledning

Region Syddanmark og de 22 kommuner har primo 2017 vedtaget et nyt forløbsprogram for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver sygehusenes, almen praksis' og kommunernes opgaver og roller i samarbejdet og kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL. Programmet er fagligt funderet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

Det nye forløbsprogram er udviklet i tæt samarbejde med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Dette har bevirket et stærkt fokus på tværsektorielt samarbejde og kommunikation, og hvordan vi mere systematisk kan inddrage patient og pårørende heri.

Forløbsprogrammet skal sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj og ensartet kvalitet, hvor patienter og pårørende i vid udstrækning inddrages i deres eget forløb. Forløbsprogrammet skal ligeledes sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale rehabiliteringstilbud og indlæggelser på sygehus). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer. Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med KOL.

Formål og mål for implementeringen

Formålet med forløbsprogrammet er at sikre:

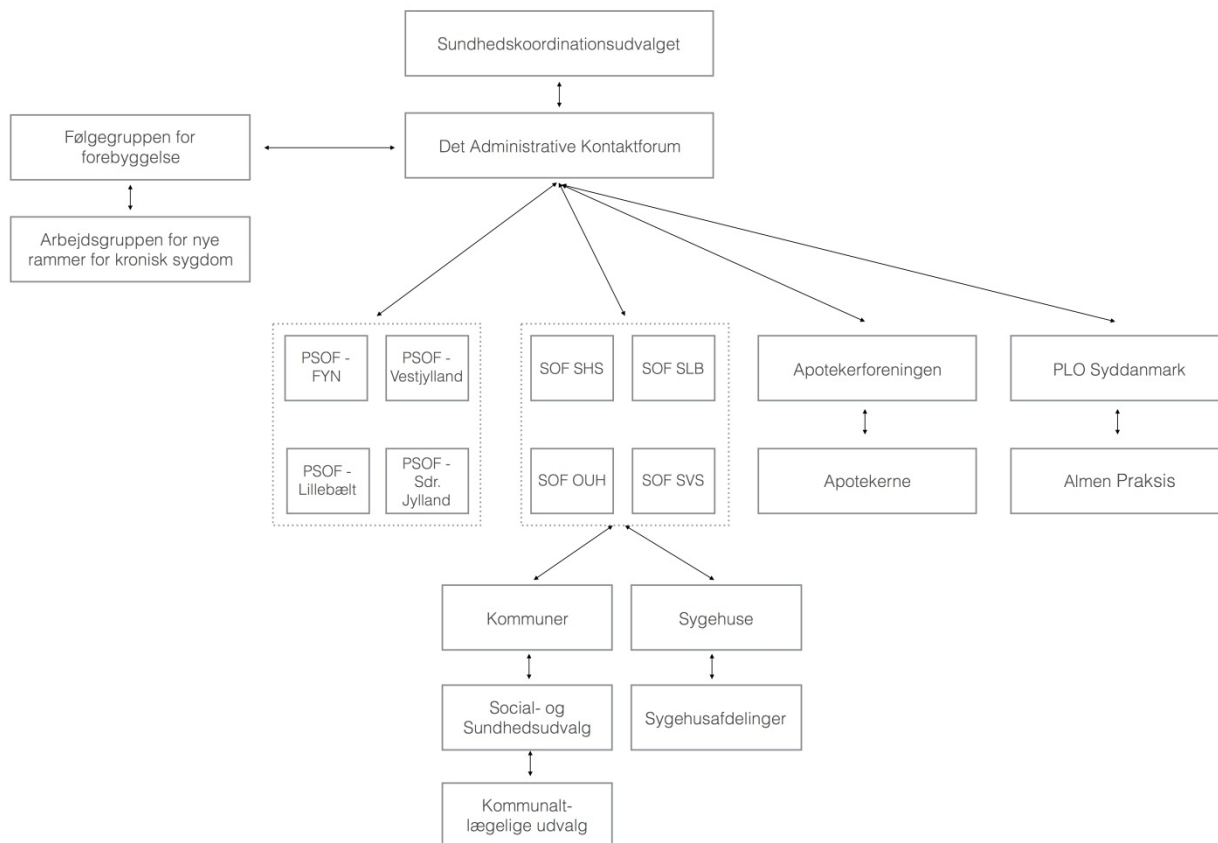
- Høj ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats
- Sammenhængende forløb
- Inddragelse af patienter og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målet med implementeringen er at sikre, at:

- alle relevante medarbejdere i den primære og sekundære sundhedssektor kender til forløbsprogrammet og dets funktion

- forløbsprogrammet indarbejdes i de enkelte aktørers procedure og instrukser
- forløbsprogrammet anvendes systematisk i det daglige tværsektorielle samarbejde

Kommunikationsveje i implementeringen



Implementeringsmetoden – ansvar og roller

Sundhedskordinationsudvalget (SKU) godkender forløbsprogrammet og er ansvarlig for den løbende monitorering.

Det Administrative Kontaktforum (DAK) er ansvarlig for implementeringen af forløbsprogrammet.

Følgegruppen for Forebyggelse er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde halvårlige status til SKU og DAK.

De lokale samordningsfora (SOF) (somatik) koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehusenheder, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af implementeringen forslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert SOF.

Der udarbejdes i regi af hvert SOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplan herfor. Der skal være en særlig opmærksomhed på at sikre kompetenceudvikling og aftaler om flytningen af den sygdomsspecifikke



patientuddannelse og den specialiserede genoptræning fra sygehus til kommune. SOF understøttes i implementeringsarbejdet af Følgegruppen for Forebyggelse, som indledningsvist udarbejder en generisk sagsfremstilling til brug i relevante fora samt fælles informationsmateriale og film til brug ved oplæring af personale.

De lokale Samordningsfora (Psykiatri) forholder sig til forløbsprogrammet og justerer lokale samarbejdsaftaler og procedurer i henhold hertil.

Sygehusene: Sygehusledelserne er ansvarlige for at forløbsprogrammet implementeres på regionens sygehuse. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer.

Kommunerne: De kommunale ledelser er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres i alle relevante afdelinger. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer. Kommunerne har et særligt ansvar ift. at overtage den sygdomsspecifikke patientuddannelse og specialiserede genoptræning fra sygehusene senest per 1/1 2018. Kommunerne er ansvarlige for eventuelt at dagsordenssætte forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg.

Endvidere dagsordenssættes forløbsprogrammet på de lokale Kommunalt Lægeligeudvalg med det formål at implementere programmet i det lokale samarbejde mellem kommunen og almen praksis. Følgegruppen for forebyggelse udarbejder en generisk sagsfremstilling til begge.

Apotekerforeningen: Informerer apotekerne i Region Syddanmark om forløbsprogrammet.

PLO Syddanmark: Informerer deres medlemmer om forløbsprogrammet. Region Syddanmark informerer også de praktiserende læger igennem nyhedsbrevet "Praksisnyt". De regionale praksis- og datakonsulenter kan ligeledes bidrage med råd og vejledning i anvendelsen af forløbsprogrammet.

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med KOL implementeres på sygehuse, i kommuner og almen praksis i perioden andet kvartal 2017 til andet kvartal 2018. Implementeringen koordineres af de lokale samordningsfora. Efter implementeringsperioden udføres en evaluering af implementeringsgraden. Denne drøftes i de lokale samordningsfora med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter. I fjerde kvartal 2018 udføres en monitorering af forløbsprogrammets effekter, jf. monitoreringsplanen, som fremgår sidst i dette dokument.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

	Dato
<u>Administrativ behandling og politisk godkendelse</u>	
Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	13/12 2016
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	27/1 2017
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	28/2 2017
<u>Tilrettelæggelse af lokal implementering</u>	
SOF dagsordenssætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan, herunder flytning af den specialiserede patientuddannelse og genoptræning	2. kv. 2017
PSOF forholder sig til forløbsprogrammets arbejdsgange og justerer procedure i henhold hertil	
Kommunerne dagsordenssætter evt. forløbsprogrammet på Social- og Sundhedsudvalgene samt KLU	
Apotekerforeningen orienterer deres medlemmer om forløbsprogrammet	
PLO Syddanmark orienterer, i samarbejde med Region Syddanmark, deres medlemmer om forløbsprogrammet	
<u>Flytning af den specialiserede patientuddannelse og genoptræning</u>	
Den specialiserede patientuddannelse og genoptræning er indarbejdet i de kommunale forebyggelsestilbud	1/1 2018

Kompetenceudvikling

Ledelsesakademiet i Region Syddanmark har afsat midler til tværsektoriel kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle for at styrke brugerinddragelse og implementering af forløbsprogrammet. Ledelsesakademiet planlægger og afholder kompetenceudviklingen efter nærmere dialog med relevante fagpersoner på sygehuse, i kommuner og almen praksis.

I forløbsprogrammet er der to hovedområder, hvor der skal arbejdes med målrettet kompetenceudvikling:

1. Inddragelse og samarbejde med patienter og pårørende

For at sætte fokus på det essentielle ift. inddragelse af og samarbejde med patienter vil der være to målgrupper:

- o *Ledere på sygehuse, i kommuner og almen praksis*, der har ansvar for patienter i et KOL – forløb. Lederne skal understøtte organisering og kultur.
- o *Medarbejdere på sygehuse, i kommuner og almen praksis*, der arbejder med patienter med KOL. Fokus vil her være på at blive bedre i hverdagen til at inddrage, lytte til og kommunikere med patienter og pårørende.

Kompetenceudviklingen vil for ledere foregå på tværs af regionen, og have et omfang på ½ dag, og for medarbejderne vil det foregå omkring de enkelte SOF'er, og vil have et omfang på 2 dage med en hjemmeopgave mellem de to undervisningsdage.

2. Specialiseret patientuddannelse og genoptræning i kommunerne

I forbindelse med flytning af den specialiserede patientuddannelse og genoptræning kan Ledelsesakademiet bistå SOF'erne med facilitering og planlægning af kompetenceudvikling. Behovet for løbende kompetenceudvikling efter flytning skal afklares lokalt i de enkelte SOF.

Der pågår endvidere overvejelser om oprettelse af et tværsektorielt forum, som skal medvirke til at sikre en ensartet implementering af forløbsprogrammet, herunder bl.a. udarbejdelse af instrukser, anbefalinger og opfølgning på forløbsprogrammet.

Monitorering

Forløbsprogrammets implementering og effekt monitoreres løbende af Følgegruppen for Forebyggelse, som halvårligt orienterer Sundhedskoordinationsudvalget herom.

Monitoreringsmodellen sammensættes af to sæt indikatorer:

1. Indikatorer der belyser, i hvor høj grad programmet er implementeret
2. Indikatorer der belyser, om implementering af programmet har den tilsigtede effekt

Det nye forløbsprogram har særlig fokus på samarbejde og kommunikation, dvs. især på den del af indsatsen, der skal sikre sammenhæng i patientforløbet og medinddragelse af patienter og pårørende. Krav og forventninger til kvaliteten af den fagspecifikke indsats findes i de enkelte aktørers retningslinjer og instrukser - ansvaret for kvalitetsopfølgning ligger hos den respektive ledelse. Derfor lægges der op til, at forløbsprogrammet monitoreres gennem målinger, der begrænser sig til belysning af den organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Monitoreringen vil ske på baggrund af eksisterende registerdata og tværsektoriel dataindsamling på kvalitative og kvantitative indikatorer.

Eksisterende registerdata

Der eksisterer kun få registerdata, som belyser implementering og effekt af forløbsprogrammet:

Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (Dr.KOL)

- frekvensen af akutte genindlæggelser

Rygestopbasen

- antal afholdte rygestopkurser

- antal/frekvens af rygere

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

- patientoplevede kvalitet vedr. tværsektorielt samarbejde om udskrivelse



Tværasektorielle indikatorer:

Udtræk af registerdata suppleres med én årlig spørgeskemaundersøgelse, som skal afdække implementeringsgraden på følgende indikatorer:

- Antal henvisninger/henvendelser om rygestopkursus modtaget i hver kommune
- Antal gennemførte rygestopforløb
- Antal modtagne genoptræningsplaner
- Procentdel gennemførte genoptræningsforløb
- Antal modtagne henvisninger til forebyggelsestilbud
- Procentdel gennemførte forebyggelsestilbud
- Antal gennemførte forløb med kostvejledning

Endvidere indsamles data til monitorering fra patienter med KOL og deres pårørende via. spørgeskemaet SPOT, der specifikt er udviklet til brug i tværasektorielle patientforløb.

Laminat/folder-knæartrose-almen praksis

SIDE 1

Baggrund

De Nationale Kliniske Retningslinjer og Faglige Visitationsretningslinjer for Knæartrose (2012), anbefaler at al undersøgelse og behandling indledes i almen praksis og bør starte med patientinformation, smertebehandling, rådgivning om fysisk træning og om evt. vægttab.

Diagnose:

Diagnosen knæartrose bør stilles klinisk ud fra en samlet vurdering af risikofaktorer, symptomer og objektive fund:

Symptomer:

- Knæ smerter
- Igangsætningsledstivhed
- Nedsat fysisk funktion

Objektive fund:

- Bevægeindskrænkning
- Krepitation
- Øget ledomfang
- Fejlstilling
- Muskelsvaghed

Risikofaktorer:

- Alder over 40 år
- Overvægt
- Tidligere ledskaade
- Hårdt fysisk arbejde/fritid
- Arv

Differentialdiagnostisk

Overvej om eventuelle ekstra-artikulære årsager (myoser, tendinit, bursit) kan være den væsentligste smertekilde.

Degenerative meniskforandringer er hyppige ved knæledsartrose.

Vigtige differentialdiagnoser er artrit, arteriosclerose, neurit, ischias og referred pain (smerter fra ryg eller hofte kan opleves som knæ smerter).

Evt. paraklinisk undersøgelse ved mistanke om systemisk sygdom: CRP, leukocytter og eventuelt serum-urat og reumaprøver.

Billeddiagnostik

Overensstemmelsen mellem røntgenfund og oplevede symptomer er lav. Der kan gå 10-15 år fra symptomdebut til at forandringer kan ses på røntgen. Røntgen er først indiceret forud for henvisning til ortopædkirurg og ved differentialdiagnostiske overvejelser. MR-scanning har ingen plads i diagnostik af knæledsartrose.

SIDE 2

BEHANDLING

1. Patientuddannelse og patientinformation

Individuelle egenomsorgsstrategier aftales med patienten, herunder relevante mål vedr. smertebehandling, fysisk træning, hensigtsmæssige aktivitetsændringer og evt. vægttab.

2. Smertebehandling

Analgetikabehandling skal være i relevant dosis ud fra gældende generelle retningslinjer.

Som altid i smertebehandling ved kroniske sygdomme drejer det sig om en balancegang mellem effekt og bivirkning og ved knæartrose med det yderligere perspektiv, at sygdommen ofte har en

varighed i størrelsesordenen 20-30 år. Anvendelse af steroid- og antiinflammatorisk behandling er forbundet med særlige bivirkninger og tilrådes derfor ikke som længerevarende behandling.

3. Vurdering

Såfremt patientens kliniske tilstand er af en sådan sværhedsgrad, at behandling i primærsektoren må anses for udsigtsløs, henvises direkte til sygehus.

4. Træning

Træning ved mild og moderat knæartrose kan være konditions- og styrketræning til at mindske smerter og bedre den fysiske funktion. For at opnå effekt på smerter og fysisk funktion, anbefales det, at træningen udføres 2-3 gange om ugen i mindst 6 uger. Det anbefales, at hjemme- og selvtræning altid starter med et superviseret forløb.

Træning ved svær artrose foregår på samme måde som ved mild og moderat artrose og er typisk forsøgt gennemført forud for indsættelse af nyt knæ.

Superviseret træning kan tilbydes hos fysioterapeuter, som er specialuddannede i artrosebehandling (se www.sundhed.dk) eller i kommunalt sundhedscenter (se afsnit 5 nedenfor).

5. Vægttab

Vægttab anbefales ved overvægt ($BMI \geq 28$). Overvægtige anbefales et vægttab på $> 5\%$ af kropsvægten for at mindske smerter og bedre den fysiske funktion. Vægttabet skal vedligeholdes for at bevare effekten.

Superviseret vægttab tilbydes i nogle kommunale sundhedscentre (se afsnit 5 nedenfor).

6. Henvisning til kommunalt tilbud

Patientuddannelse og træning samt forløb om vægttab tilbydes i nogle kommunale sundhedscentre (se www.sundhed.dk og henvisning sker elektronisk via MedCom-standarden REF01). Henvisning på grundlag af stratificering efter sygdommens sværhedsgrad og egenomsorgsevne.

7. Henvisning til sygehus

Patienten henvises til vurdering hos ortopædkirurg med henblik på operation ved følgende kriterier (ikke alle af nedenstående kriterier skal være opfyldt):

1. Behandling i primærsektoren har ikke givet en tilfredsstillende effekt ift. smerte- og funktionsniveau.
2. Mekanisk blokering af knæets bevægelse.
3. Svær eller tiltagende fejlstilling af knæet (smerter vil ofte være henvisningskriteriet).
4. Svær instabilitet.
5. Svær extensionsdefekt der stadig er til stede efter gennemført fysioterapi.
6. Hvis der af andre årsager ønskes vurdering ved ortopædkirurg.

Patienter der falder indenfor punkterne 2-6 henvises direkte uden forudgående tiltag i primærsektoren.

Følgende skal fremgå ved henvisning til sygehus

Kort anamnese og objektive fund

Patientens funktionsniveau

Beskrivelse af den gennemførte behandling i almen praksis og supplerende basisbeh. i primærsektoren, samt effekten heraf

Resultat af røntgenundersøgelse

At patienten er indstillet på eventuel operativ behandling

Opdateret FMK

Patientens sociale status og evt. verserende forsikringssag

NB: Sekundærsektoren har mulighed for at afvise henvisninger, som ikke opfylder ovennævnte.

ICPC

L90.

Opfyldes de diagnostiske kriterier ikke, kan man overveje kode L15: Symptom/klage fra knæ.

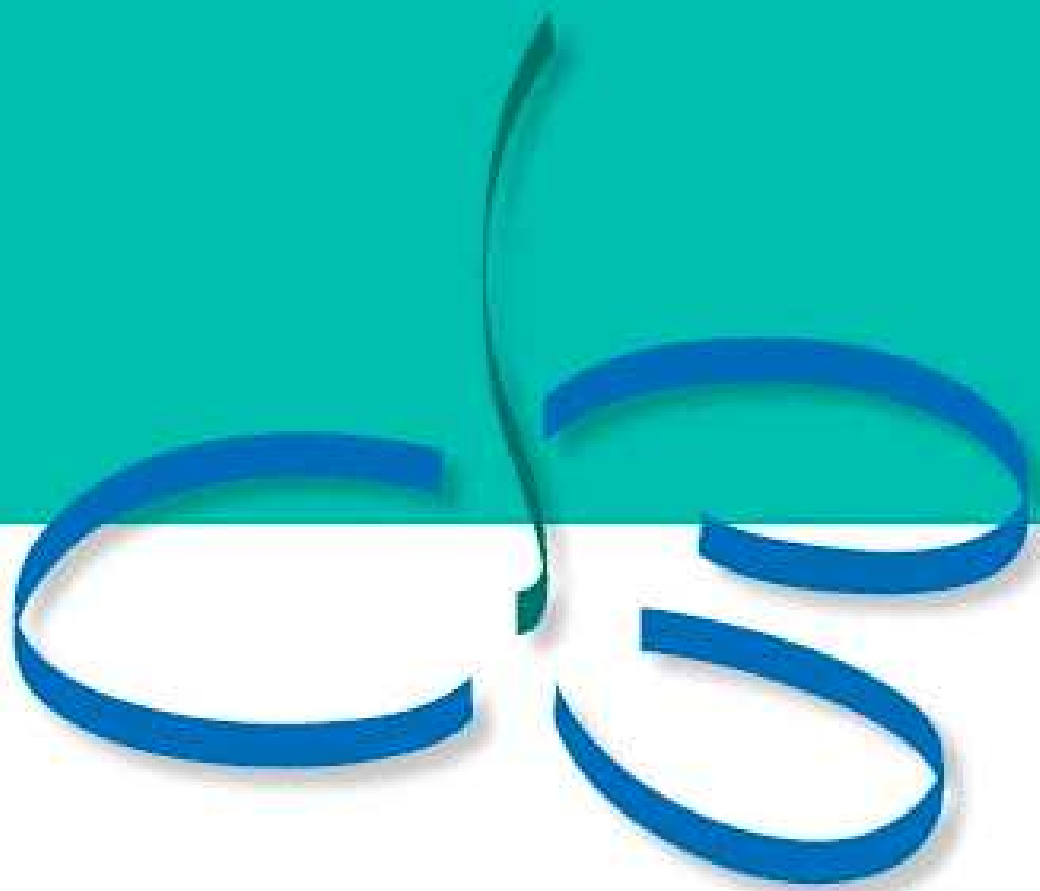
Links (kommer i den elektroniske version på sundhed.dk)

[Faglige visitationsretningslinjer vedr. knæartrose - Sundhedsstyrelsen.](#)

[Knæartrose på Lægehåndbogen.](#)

[Slidgigt i knæet på Patienthåndbogen.](#)

[Lægehåndbogen om Knæledspunktur.](#)



Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark

Afdækning

Følgegruppen for forebyggelse

December 2016

Indhold

Baggrund og læsevejledning.....	3
Formål.....	3
Målgruppe	3
Typer af indsatser	3
Metode & forbehold.....	4
Svaretagelse.....	4
Indsatser og erfaringer	5
Kommunale indsatser og erfaringer	5
Overordnet status for kommunernes arbejde med forebyggelsespakken anbefalinger om mental sundhed	5
Opfylder kommunen forebyggelsespakken anbefalinger om mental sundhed på udviklingsniveau?	6
Særligt effektfulde eller vigtige kommunale indsatser.....	7
Regionale indsatser.....	9
Særligt effektfulde eller vigtige regionale indsatser.....	11
Sammenfatning af regionale og kommunale indsatser.....	11
Elementer i indsatser, der fremmer mental sundhed	12
Regionalt-kommunalt samarbejde: Er der områder, hvor tiltag kan understøtte eller fremme kommuner og regionens arbejde med børn og unges mentale sundhed?	13
Kommunale input	13
Regionale input.....	14
Sammenfatning.....	15
Kilder	16

Bilag

De nævnte bilag findes i det separate dokument ” Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark. Bilag”:

Bilag 1 : Sammenfatning af kommunale svar ang. særligt effektfulde indsatser

Bilag 2: Sammenfatning af regionale indsatser, der understøtter de kommunale indsatser, nævnt i forebyggelsespakken om mental sundhed

Bilag 3. Sammenfatning af regionale svar ang. særligt effektfulde indsatser

Redaktion: Susanne Vangsgaard, Konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
 Line Brinch Christensen, Sundhedsplanlægger, Middelfart Kommune.

Tak til: Kommuner, sygehuse og psykiatri i Region Syddanmark for deres bidrag.

Baggrund og læsevejledning

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark har prioriteret mental sundhed blandt børn og unge, som en særlig vigtig indsats, jævnfør Sundhedsaftalens afsnit 4.2.5.

På den baggrund har en arbejdsgruppe under Følgegruppe for forebyggelse lavet en *kortlægning af forekomst og sammenhænge vedr. mental sundhed blandt børn og unge*¹. I forlængelse heraf har Sundhedskoordinationsudvalget besluttet (d. 16. august 2016), at det skal afdækkes, hvilke tilbud og initiativer, der allerede i dag findes i regionen og de syddanske kommuner. Afdækningen skal indgå som beslutningsgrundlag for det videre arbejde med mental sundhed i regi af Sundhedsaftalen 2015-2018.

Nærværende afdækning kan med fordel læses sammen med de to rapporter ”*Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*” (Vidensråd for forebyggelse, 2014) og rapporten ”*Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*” (Center for sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016).

De tre ovennævnte rapporter giver sammen med nærværende afdækning samt forebyggelsespakken om mental sundhed et godt udgangspunkt for det videre arbejde med mental sundhed hos børn og unge. Forebyggelsespakken om mental sundhed er under opdatering, og forventes offentliggjort i løbet af 2017².

Formål

Det overordnede formål med afdækningen af kommunernes og regionens tilbud og indsatser på området er at undersøge, hvorvidt der er brug for fælles mål eller indsatser i Region Syddanmark.

Afdækningen skal

- give et **opdateret overblik** over de syddanske kommuners arbejde med implementering af forebyggelsespakken om mental sundhed på børne- og ungeområdet,
- give et overblik over regionale indsatser, der kan understøtte kommunernes arbejde med implementeringen af forebyggelsespakken
- samle erfaringer med **konkrete tiltag, som i praksis vurderes at være effektfulde** til at fremme eller sikre mental sundhed hos børn og unge.
- **identificere områder, hvor et eventuelt regionalt / kommunalt samarbejde kan understøtte** arbejdet med at fremme mental sundhed og forebygge dårlig mental trivsel.

Målgruppe

Afdækningen gælder børn og unge fra 0- 24 år.

Typer af indsatser

Afdækningen omfatter indsatser af forebyggende, sundhedsfremmende og til dels behandlende karakter ift at fremme eller sikre mental sundhed. Indsatser af delvis behandlende karakter kan bl.a. omfatte tilbud, hvor der både indgår forebyggende elementer (ift forværring) og rådgivning og vejledning.

¹ Se bilag under regionsyddanmark.dk/wm488972#punktnavn3

² Mundtlig kommunikation: Oplæg på SST-konferencen ”Mental sundhed i Danmark – hvordan fremmes trivslen?” d. 23. nov 2016 v. Enhedschef Jette Juul Bruun, Sundhedsstyrelsen.

Metode & forbehold

Følgegruppe for forebyggelse har stået for den praktiske gennemførelse af afdækningen, som retter sig mod alle regionens kommuner, samt regionens sygehuse og psykiatri.

Der blev gennemført en mindre pilotafdækning i tre kommuner mhp at tilpasse afdækningens omfang og form, og på baggrund af erfaringer herfra blev det endelige spørgeskema til kommunerne udformet.. Spørgeskemaet omfattede spørgsmål vedrørende den overordnede status for kommunens arbejde med forebyggelsespakkernes anbefalinger om mental sundhed, og i hvor høj grad kommunen selv vurderer, at de lever op til de enkelte anbefalinger på udviklingsniveau. Derudover blev kommunerne bedt om at beskrive 1-3 indsatser, der vurderes særligt effektfulde eller vigtige i forhold til at fremme mental sundhed, eller forebygge dårlig mental trivsel blandt børn og unge i kommunen, samt give eksempler på områder, hvor regionale tiltag kan understøtte eller fremme kommunens arbejde med børn og unges mentale sundhed?

Regionens sygehuse og psykiatri er blevet bedt om at beskrive indsatser og tilbud der understøtter de indsatser der er beskrevet i forebyggelsespakken på henholdsvis grund- og udviklingsniveau. Ligesom kommunerne er de blevet bedt om at beskrive 1-3 indsatser, der vurderes særligt effektfulde samt give eksempler på områder, hvor samarbejdet med kommunerne kan fremmes.

Da kommuner og regionale instanser ikke er bedt om at opliste samtlige initiativer i eget regi, kan afdækningen ikke anvendes til at konkludere noget absolut om hvor mange sygehuse eller kommuner, der udbyder et konkret tilbud eller initiativ. Afdækningen kan først og fremmest give en indikation af omfanget for kommunernes, sygehusenes og psykiatriens arbejde på området, samt tjene som gensidig inspiration.

Afdækningen er gennemført i oktober-november 2016.

Svaredeltagelse

21 af 22 kommuner har returneret svar. Ikke alle kommuner har svaret på alle spørgsmål, og der er derfor varierende svarprocent i de enkelte spørgsmål.

Alle sygehuse i regionen og Psykiatrien har svaret, men også her er det ikke alle spørgsmål, der er besvaret.

Indsatser og erfaringer

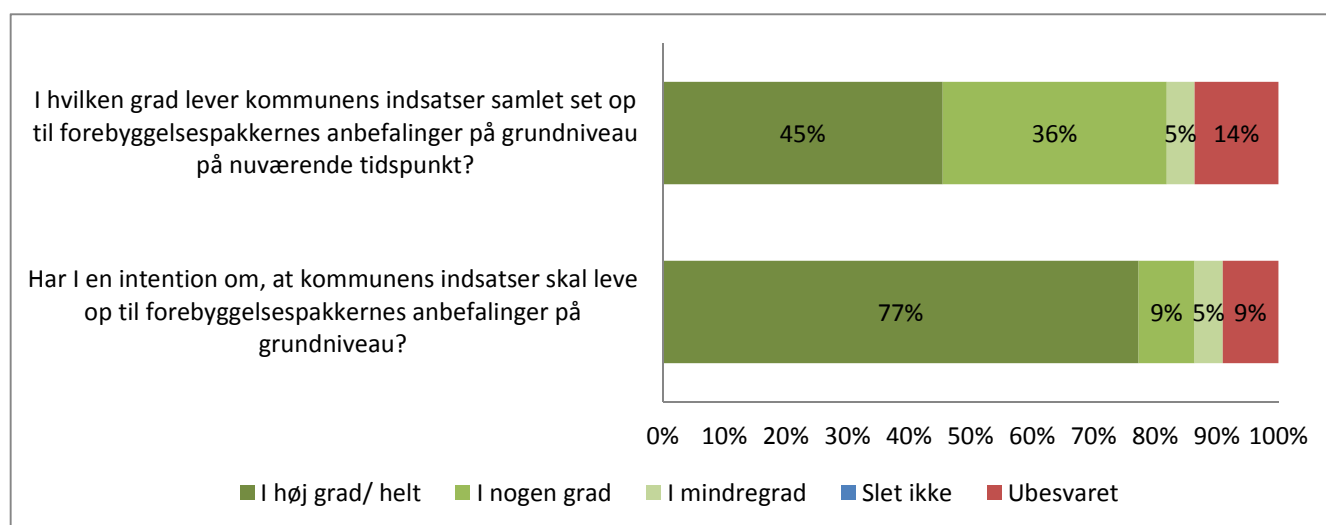
Kommunale indsatser og erfaringer

I afdækningen er anvendt fire spørgsmål fra den nationale kortlægning af kommunernes arbejde med implementering af forebyggelsespakkerne³, som senest blev gennemført i 2015. Det er dermed, i nogen grad, muligt at sammenholde kommunernes svar med tidligere status. I denne afdækning spørges kun til anbefalinger, som retter sig mod børn og unge, hvorfor sammenligningen bør ske med forbehold.

Overordnet status for kommunernes arbejde med forebyggelsespakkens anbefalinger om mental sundhed

Grundniveau

I alt svarer 81 % af kommunerne, at de i høj grad eller nogen grad lever op til forebyggelsespakkernes anbefalinger om mental sundhed på grundniveau, heraf svarer 45 % at de 'helt eller i høj grad' lever op til anbefalingerne (Figur 1). Dermed ser det ud til, at andelen af kommuner, som arbejder aktivt med forebyggelsespakken, er stigende; I 2013 svarede 14 % af kommunerne, at de opfyldt grundniveauets anbefalinger helt eller i høj grad, og 2015 var det tal 29 % (Center for Interventionsforskning et al, Syddansk Universitet, 2015).



Figur 1: Kommunernes arbejde med forebyggelsespakkens anbefalinger på grundniveau. 100 % svarer til Region Syddanmarks 22 kommuner.

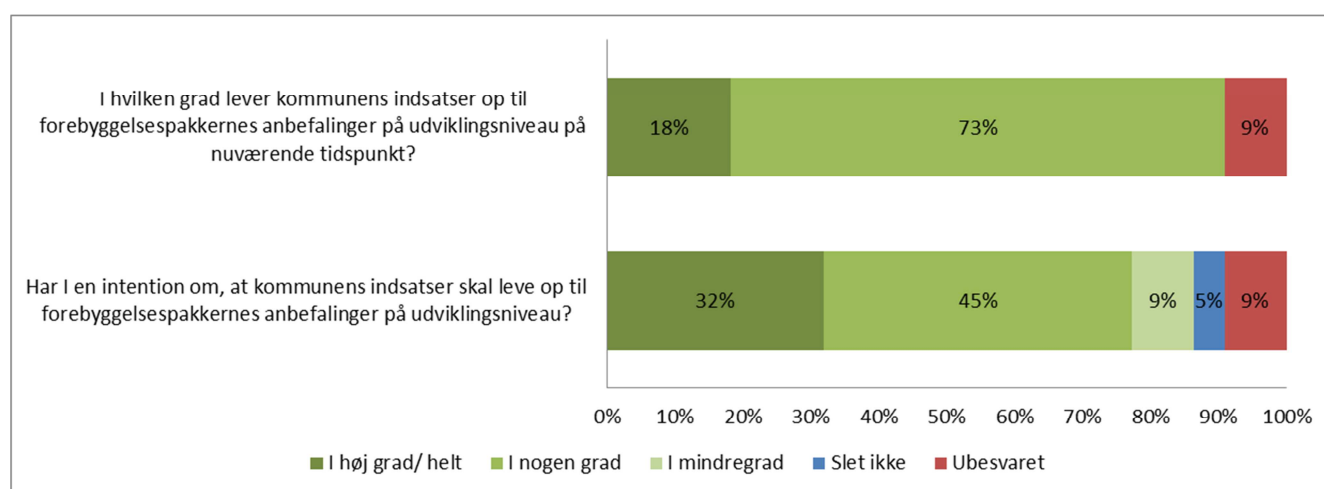
Den samme udvikling gør sig gældende for intentionen om at leve op til anbefalingerne om mental sundhed på grundniveau. I 2013 anførte 59 % af kommunerne, at de havde intention om at leve op til anbefalingerne på grundniveau fra forebyggelsespakken om mental sundhed (Center for Interventionsforskning et al, Syddansk Universitet 2015). I 2015 var dette tal steget til 69 % og i denne afdækning svarer 77 % af kommunerne, at de i høj grad eller helt har intention om at efterleve anbefalingerne.

³ [Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.](#)

Udviklingsniveau

I afdækningen svarer 18 % af kommunerne, at de helt eller i høj grad lever op til forebyggelsespakkens anbefalinger på udviklingsniveau, mens 68 % svarer at de i nogen grad lever op til anbefalingerne (figur 2). I de nationale kortlægninger i 2013 og 2015 svarede henholdsvis 9 og 18 % af kommunerne, at de 'helt eller i høj grad' lever op til anbefalingerne (Center for Interventionsforskning et al, Syddansk Universitet, 2015).

På samme måde som på grundniveau ses en fortsat stigning i andelen af kommuner, som har intention om at leve op til anbefalingerne på udviklingsniveau. I denne afdækning svarer 32 %, at de i høj grad eller helt har intention om at efterleve anbefalingerne. Det er en fortsat stigning i forhold til 2013, hvor denne andel var 17 % og 2015, hvor det var 22 %.



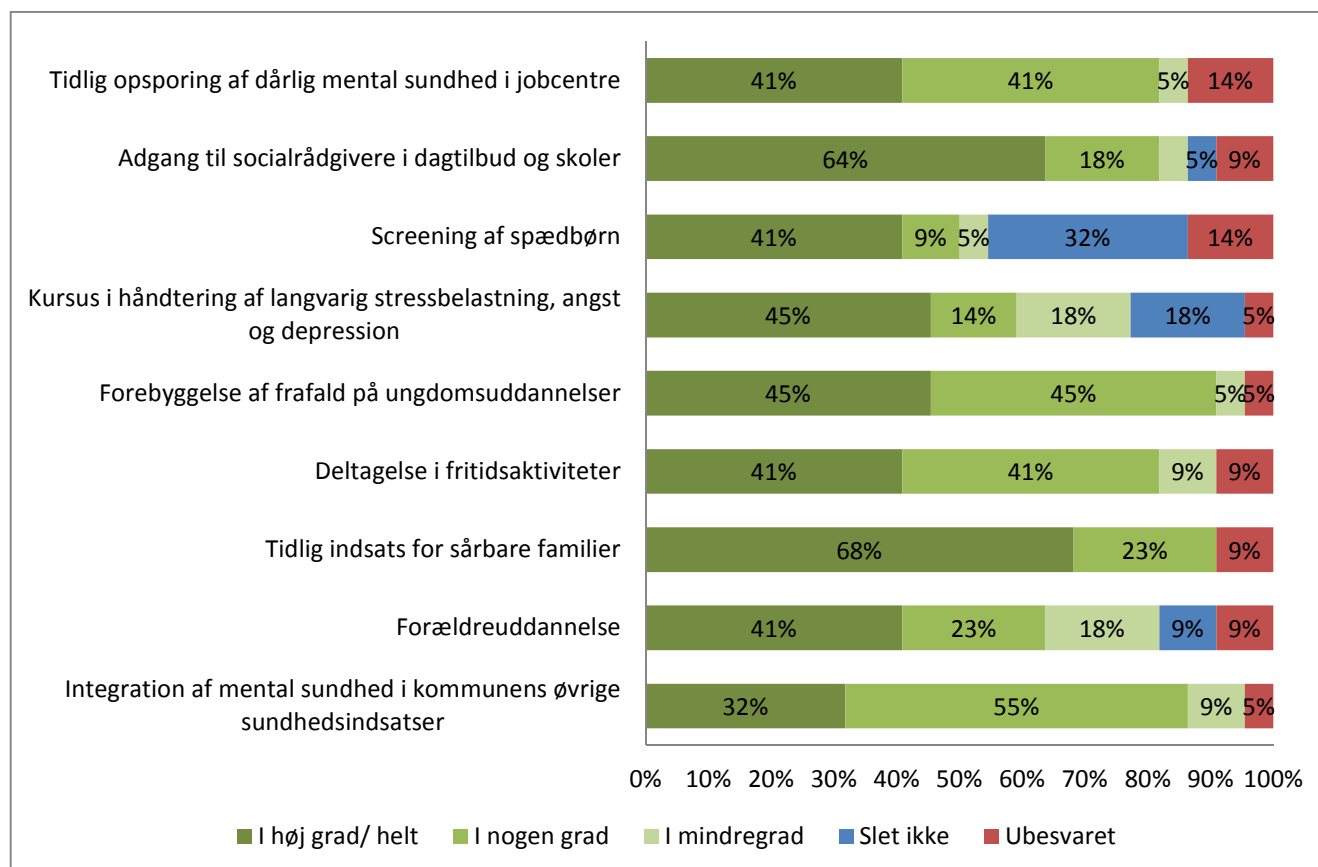
Figur 2: Kommunernes arbejde med forebyggelsespakkens anbefalinger på udviklingsniveau. 100 % svarer til Region Syddanmarks 22 kommuner.

Opfylder kommunen forebyggelsespakkens anbefalinger om mental sundhed på udviklingsniveau?

Det varierer, i hvor høj grad kommunerne vurderer, at de opfylder de enkelte anbefalinger på udviklingsniveau. Flest kommuner angiver, at de helt eller i høj grad lever op til anbefalingerne om 'adgang til socialrådgiver i dagtilbud og skoler' samt 'tidlig indsats for sårbare familier'.

'Screening af spædbørn' er den anbefaling, som flest kommuner angiver, at de 'slet ikke' opfylder. Flere kommuner begrundet dette med, at det værktøj, som anbefales i forebyggelsespakken (Screeningsmetoden PUF) endnu ikke er færdigudviklet⁴.

⁴ I Forebyggelsespakken om mental sundhed er angivet, at værktøjet forventes færdigt i sommeren 2015. Sundhedsstyrelsen bekræfter pr. mail, at værktøjet ikke er færdigudviklet pr 16. december 2016.



Figur 3: Kommunernes arbejde med forebyggelsespakken anbefalinger på udviklingsniveau. Den fulde tekst fra anbefalingerne kan ses i forebyggelsespakken om mental sundhed. 100 % svarer til Region Syddanmarks 22 kommuner.

Særligt effektfulde eller vigtige kommunale indsatser

Kommunerne blev i afdækningen bedt om at beskrive 1-3 indsatser, som de vurderer er særlig effektfulde eller vigtige i forhold til at fremme mental sundhed, eller forebygge dårlig mental trivsel blandt børn og unge i kommunen. Da kommunerne blev bedt om at prioritere og fremhæve de indsatser, som de selv finder vigtigst, er bilag 1⁵ ikke en komplet oversigt over arbejdet med mental sundhed i Region Syddanmarks kommuner, men alene en oversigt, over de indsatser kommunerne selv fremhæver som særligt gode.

Som det fremgår, har enkelte kommuner valgt at indsende flere indsatser end efterspurgt. Da afdækningen og dermed kommunernes bidrag tjener et vidensdelings og inspirationsformål snarere end stringent forskning, har følgegruppen valgt, at videreformidle alle de indsendte indsatser.

Sammenfatning af karakteristika ved kommunernes fremhævede indsatser:

- **Aldersgrupper**

De indsendte indsatser fordeler sig nogenlunde ligeligt over aldersspektret lige fra indsatser målrettet spædbørn og forældre (20 % af indsatserne), småbørn (under 10 %), skolebørn (ca. 25 %) og unge (ca. 25 %). For endnu ca. 25 % af indsatserne er angivet brede aldersgrupper som "børn og unge" eller "0-18", mens et par indsatser retter sig mod alle "borgere". Flertallet af indsatser retter sig således mod skolebørn og unge, og færrest indsatser retter sig særligt mod småbørn i dagtilbudsalderen.

⁵ Se det separate dokument "Afdækning af indsatser til fremme af mental sundhed hos børn og unge i Region Syddanmark. Bilag"

- **Type af indsatser**

Cirka 1/3 af indsatserne kan beskrives som generel forebyggelse, mens de øvrige 2/3-dele er deciderede tilbud eller indsatser rettet mod en afgrænset målgruppe, eksempelvis sårbare personer, unge forældre, personer med overvægt, angst, sorg, lettere psykiske problemer, selvmordsproblematikker, risiko for at droppe ud af uddannelse, misbrug eller psykisk sygdom hos forældre.

- **Projekt eller drift**

Langt størstedelen af de fremhævede indsatser er implementeret i driften (33). Tolv indsatser angives som projekter, tre er under implementering og tre indsatser er uden angivelse.

- **Indsatsernes baggrund**

Hovedparten af indsatserne (33) har i én eller anden grad baggrund i specifikke metoder eller lignende. Det er dog ikke ud fra materialet muligt at vurdere om metoderne underbygges af videnskabelig evidens. For enkelte indsatser er det angivet, at indsatsen ikke har baggrund i specifikke metoder (3), eller at indsatsen har baggrund i lovgivning (1). For en række indsatser er det ikke klart angivet (12).

- **Evaluerings**

For mere end 2/3 af indsatserne (30) er det angivet, at der foretages evaluering i en eller anden form. Typen af evaluering omfatter både interne evalueringer af indsatsen, deltagernes evaluering af eget udbytte og større evalueringer foretaget af andre instanser end kommunen selv, fx Komiteen for sundhedsoplysning. For syv indsatser er det angivet, at der ikke foretages evaluering, mens det er uklart for de resterende 14 indsatser.

Regionale indsatser

Sygehusene og Psykiatrien i Region Syddanmark er blevet spurgt til, i hvilken grad de har indsatser, der understøtter kommunale indsatser, som de er beskrevet i forebyggelsespakken om mental sundhed. I bilag 2 fremgår det, hvordan de regionale aktører har svaret i forhold til henholdsvis grund- og udviklingsniveauet. Nedenfor følger en sammenfatning opdelt på målgrupper.

Småbørn og forældre

Alle gravide tilbydes forældre- og fødselsforberedelse med fokus på at forberede til forældreskab herunder også de psykiske og sociale aspekter. På regionens sygehuse samarbejdes der med kommunerne om sårbare gravide, ligesom der er etableret familieambulatorier.

Sygehusene samarbejder med den kommunale sundhedspleje omkring gravide og nyfødte ved mistanke om mistrivsel. Det kan fx være ved formodet risiko for efterfødselsreaktioner eller andre sociale faktorer, som kan vanskeliggøre en optimal start. Børn af sårbare forældre observeres, og der er løbende kontakt med hjemkommunen. På fx OUH screenes børn med særlige behov og følges op til 7-årsalderen, ligesom fx SHS har fokus på par med traumatiske fødselsforløb, som tilbydes opfølgende efterfødselssamtale ved behov.

Familieambulatorierne er et tilbud til gravide, hvor den gravide eller hendes partner har et aktuelt risikoforbrug af alkohol, rusmidler eller medicin under graviditeten, eller hvis de indenfor 2 år før graviditeten har haft et risikoforbrug. Tilbuddet kan fortsættes efter fødslen, og der er tilbud om børneundersøgelse ved børnelæge og psykolog, som kan følge barnet frem til skolealderen. Der samarbejdes tæt med kommunale aktører omkring forældrene. Et andet eksempel inden for regionens tilbud til målgruppen er, at der på Sygehus Lillebælt er etableret forældre- og fædregrupper på neonatalafdelingen.

Børn i dagtilbud

Børn kan, ved kommunal registreret mistrivsel hos barnet, tilbydes en udredning på sygehuset. Men det er først ved indlæggelse, at der etableres et samarbejde med kommunen. Der kan bl.a. følge tilbud om psykolog eller fysioterapeut. På flere sygehuse er der socialrådgivere ansat for at opnå en god og glidende overgang til kommunalt regi, ligesom der på SLB kan etableres netværksmøder ved opmærksomhed på særlige problemstillinger.

Der er på sygehuse i regionen etableret tilbud til behandling af overvægtige børn og unge, i samarbejde med kommunerne, hvor der i høj grad anlægges et helhedssyn, der inddrager konsekvenserne ved overvægt i forhold til barnets trivsel.

Af andre særlige tilbud kan nævnes, at på SVS observeres udsatte børn, som har været indlagt flere gange, af et pædagogisk team.

På SLB er der oprettet astma- og diabeteskoler, som har til hensigt at lære barnet/forældrene at leve et så normalt hverdagsliv som muligt, på trods af sygdom. OUH er på vej med et lignende initiativ.

Børn og unge i skole og ungdomsuddannelser

På flere sygehuse er der socialrådgivere ansat for at opnå en god og glidende overgang til kommunalt regi, ligesom der kan etableres netværksmøder ved opmærksomhed på særlige problemstillinger.

Børn kan, ved kommunal registreret mistrivsel hos barnet, tilbydes tværfaglige forløb, der oftest foretages ambulant, men som i særlige tilfælde kan være indlæggelse. Der kan bl.a. følge tilbud om psykolog eller fysioterapeut.

Af andre særlige tilbud kan nævnes, at på SVS observeres udsatte børn, som har været indlagt flere gange, af et pædagogisk team.

Projekt "Støtte i opvæksten" er et gruppetilbud til børn og unge i alderen 10-14 år på SHS, der har mindst en forælder med psykisk sygdom og evt. samtidig misbrugsproblematik. Forældrene vil løbende blive inddraget i forbindelse med barnets/den unges deltagelse i forløbet.

I forhold til selvmordstruede børn og unge indberettes til hjemkommune, ligesom der samarbejdes på tværs af somatiske og psykiatrisk sygehus. Psykiatrisygehuset samarbejder desuden med kommunerne om behandlingskæder for at sikre opmærksomhed på børn og unge, som ikke nødvendigvis er kendte i psykiatrien, men har behov for midlertidig støtte og hjælp.

På Børne- og ungeklinikken på SHS er der fokus på unge, der indlægges med funktionelle lidelser fx hovedpine, men hvor der kan være tegn på dårlig mental sundhed. Der tilbydes samtale med psykolog.

Der er på sygehuse i regionen etableret tilbud til behandling af overvægtige børn og unge, i samarbejde med kommunerne, hvor der i høj grad anlægges et helhedssyn, der inddrager konsekvenserne ved overvægt i forhold til barnets trivsel.

Der findes forskellige rådgivningstilbud i Psykiatrien. Mindhelper er en portal om mental sundhed, hvor børn og unge kan få hjælp i forbindelse med tidlige psykiske vanskeligheder, selvskade mm. Mindapp er en hjemmeside i psykiatrien med anmeldelser af apps til forebyggelse, behandling indenfor psykiske lidelser samt mental sundhed.

Headspace er et privat non-profit, anonymt og gratis rådgivningstilbud til de 12-25 årige, som har brug for hjælp før problemer med mistrivsel bliver for store. Regionen støtter driften af initiativet og stiller to medarbejdere til rådighed med hver 8 timer pr. uge. Desuden er PsykInfo et tilbud til alle borgere i Region om åben rådgivning, også pårørende og fagprofessionelle.

Psykiatrien samarbejder med Odense og Esbjerg kommuner om et projekt, der har til formål at hjælpe børn og unge tilbage i skole, uddannelse eller job, hvis de pga. mistrivsel og fx skoleangst har fravær. Der er tale om et satspuljeprojekt.

Desuden har Psykiatrien etableret et tværgående projekt med kommunerne og Headspace-centrene om unge med hashmisbrug/psykoser, hvor de unge hjælpes til at få hverdagen til at fungere.

Psykiatrien tilbyder psykoedukation til børn og unge med psykisk syge forældre.

Særligt for unge på ungdomsuddannelser

Psykiatrien har iværksat projekt "Psykisk sundhed og mestring hos unge under uddannelse", som tilbyder uddannelse af personale, der dagligt har kontakt med unge på ungdomsuddannelser, produktionsskoler og lignende. Formålet er at skabe dialog om psykisk sundhed og trivsel på det konkrete uddannelsessted.

Særligt effektfulde eller vigtige regionale indsatser

Som bud på særlige effektfulde regionale indsatser fremhæves bl.a. forløb i trivselsteamet på Børne- og ungeklinikken, Sygehus Sønderjylland, hvor børn og unge der mistrives, indgår i forløb, hvor det tværfaglige personale består af psykolog, fysioterapeut, sygeplejerske og pædagoger og eventuelt en diætist og ergoterapeut. Klinikken har også tværfaglige forløb for børn og unge, der indlægges med funktionelle lidelser fx hovedpine, hvor disse tilses af et smerteteam bestående af psykolog, fysioterapeut, sygeplejerske og pædagoger. I øvrigt har afdelingen også en indsats i forhold til børn og unge med selvskadende adfærd. Her indkaldes den unge og hele familien til en samtale, hvorefter der tages kontakt til kommunen.

I Psykiatrien fremhæves samarbejdet med Headspace, som er et rådgivningstilbud til børn og unge i alderen 12-25 år under Det Sociale Netværk. Formålet er at hjælpe børn og unge tilbage på deres livsspor, før problemerne vokser sig store. Det er besluttet, at gøre samarbejdet permanent og Psykiatrien stiller bl.a. to medarbejdere til rådighed i 8 timer pr. uge for hver.

Projekt "Psyisk sundhed og mestring hos unge under uddannelse", har til formål at skabe dialog om psykisk sundhed og trivsel på det konkrete uddannelsessted. Det sker ved at uddanne undervisere, mentorer, studievejledere, ledere og øvrige medarbejdere, der dagligt har kontakt med unge under uddannelse på ungdomsuddannelser, produktionsskoler og lignende. Indsatsen er blevet permanentgjort som følge af gode resultater.

Desuden er der i Psykiatrien etableret et satspuljeprosjekt med Odense og Esbjerg Kommune, hvor børn og unge, der pga. psykiske eller sociale udfordringer har vanskeligt ved at passe skole, ungdomsuddannelse eller job, hjælpes tilbage hertil efter kontakt med Psykiatrien. Indsatsen er endnu ikke evalueret.

Odense Universitets Hospital fremhæver indsatser i forbindelse med selvmord og misbrug, som særligt vigtige og effektfulde.

Sammenfatning af regionale og kommunale indsatser

Både i kommunalt og regionalt regi er der en række fremhævede indsatser rettet mod spædbørn/forældre og skolebørn/unge, men færre indsatser rettet mod småbørn/børn i dagtilbud. Det er bemærkelsesværdigt, da meget tyder på, at netop tidlige indsatser, herunder i dagtilbuddene, kan have vidtrækkende effekt på en række centrale udviklings- og trivselsparametre (Vidensråd for forebyggelse, 2014).

Det er positivt, at flertallet af de fremhævede indsatser har baggrund i teori eller specifikke metoder. I litteraturgennemgangen af indsatser, der fremmer mental sundhed hos børn og unge, fremhæves netop, at teoretisk forankrede indsatser har større effekt, end ikke-teoretisk forankrede indsatser. Hvilket teoretisk grundlag der anvendes, ser ud til at have mindre betydning, når blot det teoretiske grundlag er gennemgående for hele indsatsen (Center for Sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016).

At langt hovedparten af indsatserne er implementeret i driften, og at der, i mere eller mindre grad, foretages evalueringer er ligeledes positivt.

Elementer i indsatser, der fremmer mental sundhed

Det meste af den sammenfattende litteratur på området retter sig mod aldersgruppen skolebørn og unge. Således også de to nyere rapporter, som blev nævnt i indledningen; ” *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*” (Vidensråd for forebyggelse, 2014) og ” *Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*” (Center for sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016).

I rapporten fra Center for sundhedssamarbejde, Århus Universitet fremhæves en række væsentlige elementer, som bør indgå i indsatser for at fremme børns trivsel, herunder:

- Der skal sættes ind tidligt for at få det bedste resultat
- Der skal bruges indsatser, som er teoretisk forankrede, men det er mindre afgørende, hvilket teoretisk grundlag, der er tale om.
- Skoleindsatser har en effekt på børn og unges trivsel, hvis de omfatter hele skolens liv.
- Generelle indsatser bør kombineres med indsatser til børn og unge, som har brug for mere støtte
- Man skal evaluere systematisk på indsatserne

Selv om disse overordnede fællesstræk er baseret på litteratur om større børn, kan pointerne om ”tidlig indsats”, ”teoretisk forankring”, ”helhedsindsatser”, ”kombination af generelle og specifikke indsatser” samt ”systematisk evaluering”, formodentlig udbredes til også at gælde for indsatser målrettet yngre børn. Rapporten kan således bidrage med viden til kommuner og andre aktører, der gerne vil udvikle indsatser for børn og unges mentale sundhed, baseret på et kvalificeret vidensgrundlag.

Regionalt-kommunalt samarbejde: Er der områder, hvor tiltag kan understøtte eller fremme kommuner og regionens arbejde med børn og unges mentale sundhed?

Kommunale input

Syv kommuner har peget på områder, hvor (regionale) tiltag kan understøtte eller fremme kommunens arbejde med børn og unges mentale sundhed. Hovedparten af forslagene fremhæver et ønske **om tættere, mere systematisk og rettidigt samarbejde** på tværs mellem de kommunale myndigheder og tilbud på den ene side, og på den anden side såvel somatiske som psykiatriske tilbud i regionen, særligt i forhold til overgange mellem kommunalt og regionalt regi.

- **Systematisk overlevering af viden** fra kommunalt regi til børnepsykiatrisk afdeling. *"Der er her ofte udarbejdet en børnefaglig undersøgelse og pågået et langvarigt samarbejde inden henvisningen."* (Faaborg Midtfyn)
- **Bedre samarbejde** omkring børn og unge, der har været indlagt *"hvor problematikkerne drejer sig om mental sundhed eks. overvægtige, encoprese, "cuttere", selvmordstruede osv."* (Assens)
- **"En optimering af samarbejdet** med børne- og ungepsykiatrien vil være ønskværdigt, sådan at vi i højere grad sammen kan støtte barnet/den unge. Det der er med til at vanskeliggøre det er, at psykiatrien afviser barnet/den unge, hvor der ikke er tale om egentlige psykiatriske diagnoser, og så bliver det ofte en kommunal opgave at finde et behandlingstilbud til barnet/den unge." (Middelfart)
- *"Det er en god ide at få udviklet **forløbsprogrammer for samarbejde** mellem region og kommune specielt i forhold til børn og unge der bliver henvist til lokalpsykiatrien".* (Vejen)
- *"Børn og Familieafdelingen oplever **udfordringer i forbindelse med udskrivning/koordinering** fra regionale tilbud. Erfaringer viser, at Familieafdelingen kan blive telefonisk kontaktet med ønske om deltagelse i udskrivningsmøder med få timers varsel. Region og Borger har ønske om anbringelses tilbud eller støtte i eget hjem. Dette serviceniveau kan ikke imødekommes. Opfordring og henstilling er derfor, at Regionen iværksætter fokus på rettidig dialog med Kommunens sagsbehandler mhp. eventuelle støtte foranstaltninger til barnet/familien jf. Servicelovens regler."* (Nordfyns)

To kommuner foreslår **nye samarbejdsområder**

- *"Mere **systematisk samarbejde** omkring sårbare mødre allerede i graviditeten – ikke kun i forbindelse med misbrug."* (Assens)
- *"Måske særligt i forhold til unge og ungdomsuddannelserne."* (Svendborg)

En enkelt kommune fremhæver behovet for **mere viden om evidens**

- *"På baggrund af Skolesundhedsprofilundersøgelsen i Varde Kommune tegner der sig desværre et billede af at flere og flere piger mistrives, føler sig ensomme, har alt forhøje forventninger til sig selv og udfordret på deres selvværd. Desværre er det ikke kun en lokal tendens men også en national tendens. Der mangler forskning på området ift. **hvilke indsatser der virker** og hvilke indsatser kan forebygge udviklingen i mistrivslen."* (Varde)

Regionale input

De regionale sygehuse og Psykiatriens kommentarer omkring samarbejdet med kommunerne handler oftest om områder, hvor samarbejdet ønskes udbygget, men også enkelte områder, hvor der ønskes nyt samarbejde. Hovedparten af forslagene fremhæver et ønske om **tættere, mere ensartet og rettidigt samarbejde** på tværs af både somatiske og psykiatriske tilbud i regionen på den ene side og kommunerne på den anden side, særligt i forhold til overgange mellem kommunalt og regionalt regi.

Styrket vidensdeling, koordination, og mere rettidigt samarbejde

- Udvidet samarbejde i forbindelse med **børn, der indlægges flere gange**, hvor der er psykiske eller sociale udfordringer.
- I forhold til en tidlig indsats for sårbare familier nævner Sygehus Sønderjylland, at det vil være hensigtsmæssigt at etablere **et tværsektorielt team omkring de sårbare børn**.
- *"Det er relevant at **styrke det kommunale/regionale samarbejde**, da vi oplever en stigning af unge med hovedpine/smerter"* (Sygehus Sønderjylland)
- I forbindelse med underretning og netværksmøder for unge patienter, fx på ungdomsuddannelser, nævner Sygehus Lillebælt desuden, at der mangler en **kommunal koordinator**.
- *"På Børneafdelingen ved vi ikke hvilke indsatser, der er sat i værk fra kommunens side. Ofte har vi børnene i lange forløb, uden at kommunen **gør brug af de oplysninger, der ligger fra børneafdelingens side**."* (Sygehus Lillebælt)
- Ligeledes nævner to sygehuse at samarbejdet omkring børn og unge, der har forsøgt selvmord, med fordel kan udbygges, og at der ønskes en **hurtig kommunal opfølgning** på børn og unge, som har forsøgt selvmord (Sygehus Lillebælt og Sydvestjysk Sygehus).

Mere ensartet samarbejde

- I forbindelse med udsatte gravide eller udsatte forældre, som visiteres til fx omsorgskonsultationer eller familieambulatorie savnes et **mere ensartet samarbejde med kommunerne**. *"Det er en udfordring med deres forskellighed"* (Sygehus Sønderjylland)
- Det nævnes af flere sygehuse, at de kommunale indsatsers **forskellighed kan være en udfordring**. Ifølge Sygehus Lillebælt gør det det vanskeligt at navigere i, og der opstår en usikkerhed om indsatsen samlet set er optimal.

Udvidet samarbejde

- *"At der laves et udbygget samarbejde mellem **kommunernes efterfødselsreaktionsgrupper og regionernes tilbud om opfølgende efterfødselssamtale**."* (Sygehus Sønderjylland)
- På samme måde oplever Sygehus Lillebælt, at samarbejdet med fordel kunne udbygges i forbindelse med deres **forældre- og fædregrupper på neonatalafdelingen** og i forhold til de astma- og diabetesskoler, der er oprettet for børn og unge.

Sammenfatning

Som nævnt indledningsvist er afdækningen ikke udtømmende, men en indikation af niveauet for og udviklingen i arbejdet med mental sundhed i regionen, samt eksempler på de tiltag som kommuner, sygehuse og psykiatri finder særligt vigtige. På baggrund af de indkomne svar kan følgende pointer fremhæves:

- Et flertal af kommunerne efterlever i høj grad eller i nogen grad anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, og den positive udvikling i forhold til 2013 og 2015 ser ud til at fortsætte.
- Aldersgruppen ca. 1-5 år (dagtilbud/førskole) er relativt underrepræsenterede i forhold til antallet af tilbud og indsatser, som retter sig specifikt mod denne målgruppe, sammenlignet med antallet af indsatser, der retter sig mod yngre og ældre aldersgrupper.
- Både kommuner og region efterlyser et tættere og mere rettidigt gensidigt samarbejde. Kommunerne efterlyser endvidere mere systematik i samarbejdet, og de regionale sygehuse og psykiatrien fremhæver ønsker om mere ensartethed i samarbejdet med kommunerne.
- Nogle af de beskrevne værdifulde indsatser kan muligvis med fordel udvides til at gælde andre målgrupper eller et bredere felt af samarbejdende aktører.

Kilder

Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen, Følgegruppe for forebyggelse, Region Syddanmark, 2016. *Kortlægning af mental sundhed blandt børn og unge*⁶.

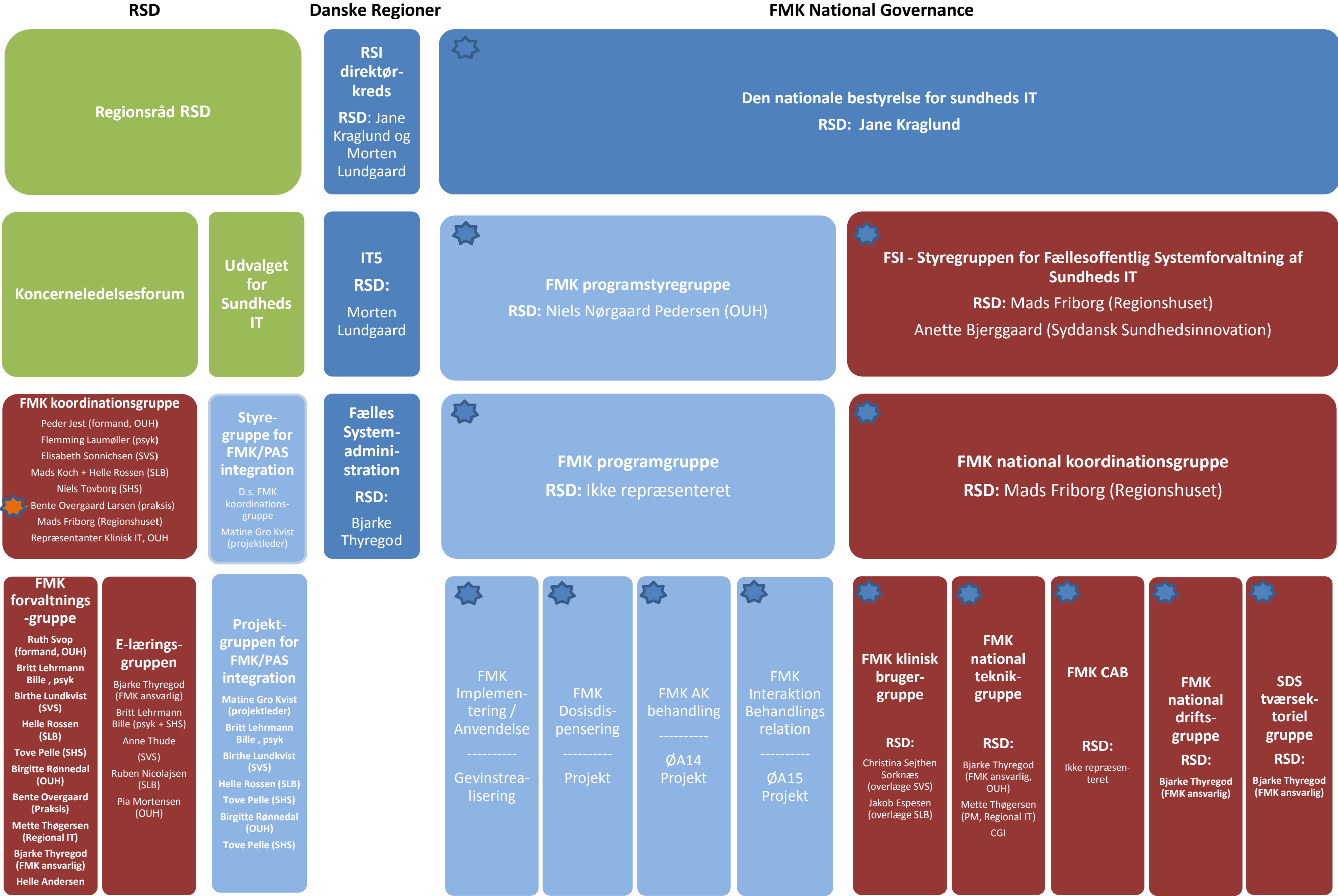
Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed og Syddanske Universitet, 2015. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.

Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet, 2016. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser.

Vidensråd for Forebyggelse. Redaktion 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. København. 2014:1-184.

⁶ Se [regionsyddanmark.dk/wm488972#punktnavn3_under "bilag"](https://regionsyddanmark.dk/wm488972#punktnavn3_under_bilag)

Oversigt over FMK organiseringen september 2016



Spørgeskema om PatientOplevet kvalitet i Tværsektorielle forløb (SPOT)

Et udviklingsprojekt



Region Syddanmark
CENTER FOR KVALITET

SPOT

Spørgeskema om PatientOplevet kvalitet i Tværsektorielle forløb

Center for Kvalitet
Region Syddanmark

Anne Nicolaisen
Hanna Barbara Rasmussen
Peter Qvist

Uddrag, herunder citater er tilladt
med tydelig kildeangivelse.

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:
Center for Kvalitet
Tlf: 63 48 40 60
Email: centerforkvalitet.dk

Indhold

Sammenfatning	4
1.0 Baggrund, formål og projektets organisering.....	4
1.1 Baggrund.....	4
1.2 Formål.....	6
1.3 Projektets organisering.....	6
2.0 Materiale og metode	8
2.1 Litteratursøgning	8
2.2 Oversættelse af Nijmegen Continuity Questionnaire spørgeskema	9
2.3 Interviews	9
2.4 Spørgeskema	10
2.5 Første pilottest	11
2.6 Anden pilottest	11
3.0 Resultater	11
3.1 Patienters oplevelse	11
3.2 Konstruktion af SPOT.....	19
3.3 Pilottest 1 og 2.....	20
4.0 Erfaringer og anbefalinger	22
5.0 Konklusion og perspektivering	23
6.0 Referencer	24
7.0 Bilag	26
Bilag 1. SPOT projektbeskrivelse	26
Bilag 2. Søgestrategi i PubMed.....	35
Bilag 3. Informeret samtykke	37
Bilag 4. Interviewguide til semistrukturerede interviews	38
Bilag 5. Karakteristik af respondenter i semistrukturerede interviews	43
Bilag 6. SPOT	44

Sammenfatning

Denne rapport bidrager med et systematisk udviklet spørgeskema til vurdering af patientoplevelt kvalitet i tværsektorielle forløb. Center for Kvalitet har defineret tværsektorielle forløb baseret på Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektorens definition af patientforløb (1):

Tværsektorielle forløb er de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter gennemgår i forbindelse med et givet helbredsproblem, og som involverer en sundhedsfaglig indsats af både primær og sekundær sektor

Projekt Spørgeskema om Patientoplevelt kvalitet i Tværsektorielle forløb (SPOT) er gennemført i perioden august 2015 - september 2016, og i den periode er der gennemført:

- Litteratursøgning i internationale peer-reviewed tidsskrifter og nationale rapporter
- Tolv semistrukturerede interviews med patienter, der havde oplevet sygdomsforløb der involverede en tværsektoriel sundhedsfaglig indsats
- Analyse af litteratur og interviews
- Opsætning og pilottest af udkast til SPOT
- Afrapportering af projekt med det færdigt udviklede SPOT

SPOT er generisk og kan bruges på tværs af diagnoser og typer af sundhedsydelser.

1.0 Baggrund, formål og projektets organisering

1.1 Baggrund

I patientforløb, som kræver samarbejde mellem primær og sekundær sektor, oplever mange patienter, pårørende og sundhedsfagligt personale, at der ikke er optimal sammenhæng i de ydelser, patienten modtager. Der kan f.eks. ske et tab af information, der medfører, at kommunen ikke kan tilbyde patienten den optimale rehabiliteringsindsats efter udskrivelse fra sygehuset. Det kan være manglende koordinering af ydelser mellem sygehus og praktiserende læge, der resulterer i, at patienten får taget identiske prøver. Overordnet kan manglende sammenhæng skabe utryghed og usikkerhed samt forlænge eller forværre sygdomsforløbet for patienten (2).

Brugerundersøgelser har afdækket, hvordan patienter og pårørende oplever aspekter af det tværsektorielle samarbejde. Én nyere undersøgelse foretaget af Dansk Sygeplejeråd Råd Analyse i samarbejde med

MegaFon i april 2015 med 2032 danskere fandt, at 955 (47%) inden for det seneste år havde været på sygehuset til undersøgelse, pleje eller behandling. Adspurgt om hvordan de vurderede, at relevant information blev videregivet fra sygehuset til andre aktører i sundhedsvæsenet, svarede 162 (17%), at relevant information i mindre grad eller slet ikke blev videregivet til andre relevante aktører. En anden dansk årlig brugerundersøgelse er "Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser"(LUP). I LUP spørger man ind til den patientoplevede kvalitet, men fokus i LUP er på sekundær sektor, hvor der spørges ind til oplevelser i relation til akutte og planlagte indlæggelser samt ambulante kontakter på sygehus(e). I LUP 2015 (3) indgik der således kun ét spørgsmål, der relaterede til sig til tværsektorielle forløb.

Nationalt og regionalt er der kommet stort fokus på, hvordan vi kan forbedre kvaliteten af tværsektorielle patientforløb. I 2014 fremlagde Danske Regioner og en række samarbejdspartnere "Plan for borgernes sundhedsvæsen" (4), som er en fælles vision og 33 specificerede indsatser, som skal være med til at realisere et sundhedsvæsen på borgernes præmisser. Én indsats er at tilvejebringe tidstro feedback fra patienter og pårørende som et centralt element i udviklingen af sundhedsvæsenet. Disse indsatser er behandlet lokalt i hver region, som har udarbejdet en regional sundhedsaftale. De fem regionale sundhedsaftaler for 2015-2018 har forskelligt fokus på, hvordan vi kan skabe sammenhængende patientforløb, men alle beskriver et mål om at opnå øget patienttilfredshed (5; 6; 7; 8; 9). I Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Syddanmark er et af målene, at have en borger-/patientoplevet kvalitet som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet.

PATIENTOPLEVET KVALITET OMHANDLER PATIENTERNES ERFARINGER, OPLEVELSER OG VURDERINGER I RELATION TIL KONKRETE PATIENTFORLØB. OPLEVELSER KAN VÆRE RELATERET TIL UDFØRELSE AF OG RESULTATET AF PLEJE OG BEHANDLING HERUNDER KOMMUNIKATION, MEDINDDRAGELSE, SAMMENHÆNG I FORLØBET OG PERSONALET'S ADFÆRD. DERUDOVER KAN PATIENTOPLEVET KVALITET OGSÅ VEDRØRE ANDRE FORHOLD SOM FYSISKE FORHOLD, HOSPITALSMADEN, KØRSEL MED VIDERE. FORBEDRING AF DEN PATIENTOPLEVEDE KVALITET KAN TAGE UDGANGSPUNKT I EN MÅLING BLANDT PATIENTERNE (10)

Regeringen fremlagde i 2013 det sundhedspolitiske udspil "Mere borger, mindre patient. Et stærk fælles sundhedsvæsen", der bl.a. fokuserede på at skabe et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgerne. Et af tiltagene i udspillet var, at der skulle sikres et mere forpligtende tværsektorielt samarbejde om patienter på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Samarbejdet blev opstillet som fælles og ambitiøse målsætninger med præcise aftaler om ansvarsfordeling mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. I patientforeningen "Danske patienter" ønsker man, at sundhedsvæsenet bliver centreret om

brugernes behov, hvilket indebærer, at man er nødt til at bringe patienternes viden i spil (11). En måde at undersøge om borgere oplever et sammenhængende sundhedsvæsen, er at spørge til den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb.

Der er et ønske om at forbedre den patientoplevede kvalitet, og en måde at evaluere om indsatser på området har en effekt er at måle på den patientoplevede kvalitet. Der er gennemført flere undersøgelser med fokus på patientoplevet kvalitet i tværsektorielle forløb, men undersøgelserne har været målrettet borgere med specifikke diagnoser, problemstillinger eller specifikke indsatsområder såsom forebyggelse af fald eller udvikling af koncept til forbedring af overgangsfaserne i tværsektorielle forløb (12; 13; 14; 15; 16). Der er således ikke et dansk måleredskab, der på tværs af diagnoser, problemstillinger og typer af tværsektorielle kontakter måler den patientoplevede kvalitet.

I 2014 besluttede Det Administrative Kontaktforum (DAK) i Region Syddanmark, at man regionalt ville udvikle en 'generisk spørgeramme', der kunne anvendes til vurdering af en bred gruppe af patienters oplevelse af kvalitet i behandlingsforløb, der havde involveret både primær og sekundær sektor. På et DAK-møde d. 17. juni 2015 blev det besluttet, at det planlagte projekt skulle gennemføres i 2015/2016 (17).

1.2 Formål

Formålet med SPOT-projektet var at udvikle et dansksproget spørgeskema, der kortlægger patienters oplevelse af kvalitet i tværsektorielle forløb, og i de indsatser som har umiddelbar betydning for sektorovergange. Spørgeskemaet skulle indeholde spørgsmål til:

- Oplevelser i relation til tværsektoriel anvars-og opgavedeling
- Koordinering af ydelser på tværs af sektorer (inkl. tilrettelæggelse og plan for forløb)
- Kommunikation og koordination mellem sektorer ved overgange

I projektet har vi valgt at bruge ordet patient som samlet begreb for patienter, borgere og brugere. Vi har undersøgt, hvilke temaer der er vigtige for patienter, der har sygdomsforløb, der indebærer en sundhedsfaglig indsats, der inkluderer sekundær sektor (sygehus) og primær sektor (kommune og/eller almen praksis). Dette projekt har ikke undersøgt sygdomsforløb, der udelukkende involverer samarbejde mellem almen praksis og kommune.

1.3 Projektets organisering

Center for Kvalitet har varetaget design, gennemførelse og afrapportering af projektet. Projektbeskrivelsen er udviklet i samarbejde med Afdeling for Kvalitet og Forskning (tidligere Afdeling for Samarbejde og Kvalitet), Region Syddanmark.

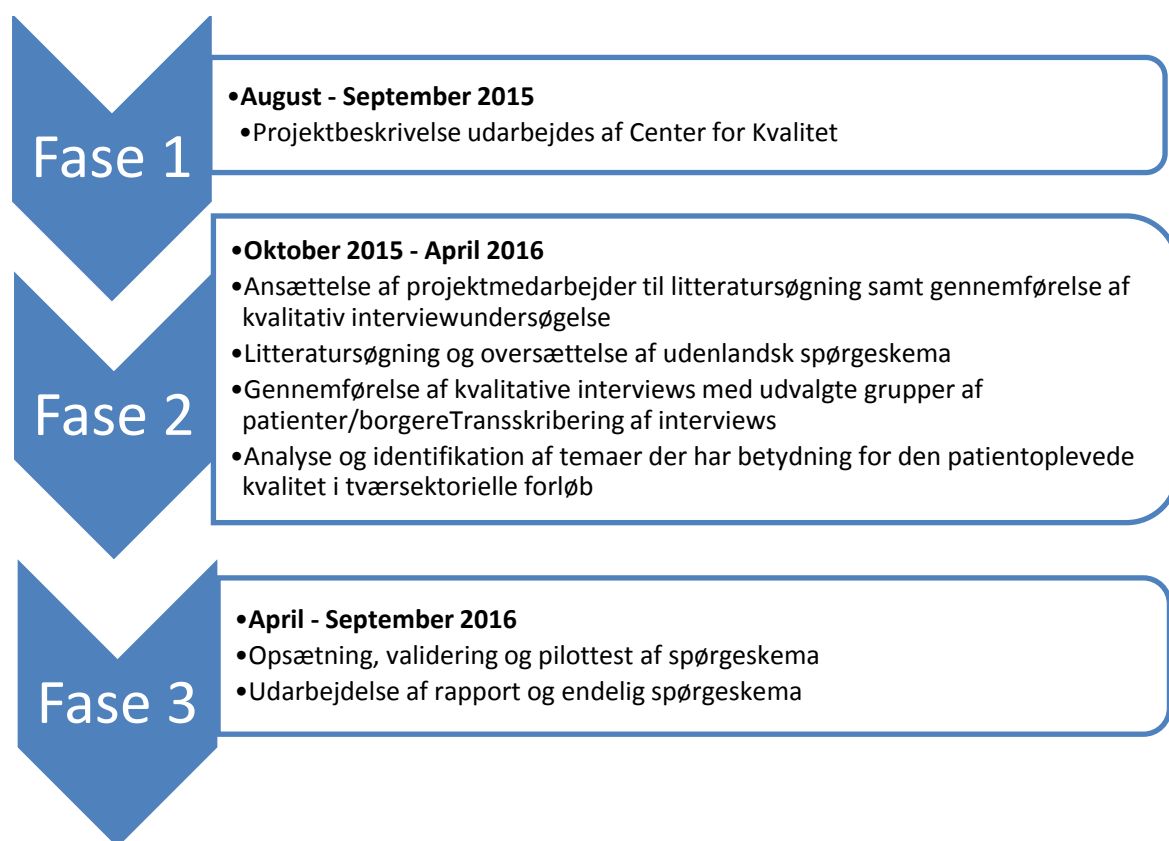
Ansatte fra Center for Kvalitet med kompetencer inden for kvalitativ og kvantitativ metode har varetaget arbejdet med design, gennemførelse og afrapportering af projektet.

Projektgruppen i Center for Kvalitet bestod af:

- Forsker Anne Nicolaisen, ph.d., cand.scient.san (AN)
- Forsker Hanna B. Rasmussen, ph.d., cand.scient.soc (HBR)
- Overlæge Peter Qvist, lektor (PQ)

I projektet har endvidere medvirket projektmedarbejder Anne Kudsk (AK) til gennemførelse af interviews og litteraturgennemgang, og studentermedhjælp Anna Løkke til analyse af interviews (AL).

Projektet bestod af tre faser (Figur 1). Projektbeskrivelsen blev udarbejdet i Fase 1 og godkendt 2. oktober 2015 af Følgegruppen for behandling og pleje, Region Syddanmark ([Bilag 1](#)). I fase 2 blev der indsamlet og bearbejdet data, mens fase 3 bestod af opsætning af spørgeskema, pilottest og afrapportering.



Figur 1. SPOT-projektets faser

2.0 Materiale og metode

Der blev gennemført en litteratursøgning under udviklingen af projektbeskrivelsen i fase 1. Denne litteratursøgning var begrænset, og derfor blev der gennemført en større litteratursøgning i fase 2, som inkluderede ikke peer-reviewed litteratur såsom danske rapporter. Derudover gennemførte vi semistrukturerede interviews for at beskrive danske patienters perspektiver på oplevelsen af kvalitet i tværsektorielle patientforløb.

På baggrund af identificerede spørgeskemaer fra artikler og rapporter konstruerede vi spørgsmål, der adresserede de identificerede temaer. Det konstruerede SPOT spørgeskema blev pilottestet efter to metoder: semistrukturerede interviews med respondenter fra målgruppen og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen i en bredere population.

2.1 Litteratursøgning

I den første litteratursøgning blev der gennemført en søgning på peer reviewed nationale og internationale artikler om spørgeskemaer til vurdering af patientoplevels kvalitet i tværsektorielle forløb på tværs af diagnoser og typer af patientforløb. To internationale spørgeskemaer blev identificeret. Et tysk spørgeskema "Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS)" (14) og et hollandsk spørgeskema "Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ)" (18). AN havde kontakt med hovedforfatterne bag begge spørgeskemaer. Det tyske spørgeskema viste sig kun at indeholde få relevante spørgsmål, mens det hollandske indeholdt alle tre temaer fra formålet med SPOT. Vi valgte derfor at få NCQ oversat til dansk for at kunne bruge det i konstruktionen af det danske spørgeskema.

Den anden litteratursøgning blev gennemført med Mesh termer i PubMed og efter snow-ball metoden. Da begrebet "tværsektorielt samarbejde" rummer mange mulige oversættelser til engelsk, var det nødvendigt at foretage en struktureret søgning med forskellige Mesh termer. AK afprøvede 11 forskellige Mesh termer, i forskellige kombinationer ([Bilag 2](#)). Litteratursøgning blev foretaget i perioden fra den 22.02.2016-28.02.2016, og søgningen var begrænset til de sidste fem år.

AK lavede også litteraturgennemgang efter snow-ball-metoden. Hun gennemgik referencelister fra rapporter og artikler, der havde patienters oplevelse af sammenhængende patientforløb som tema for at finde yderligere artikler og rapporter af relevans for SPOT projektet.

De identificerede artikler og rapporter blev gennemgået af HBR og AL, som gennemførte en åben kodning for at identificere temaer af betydning for patientoplevels kvalitet, som ikke var kommet frem i gennemgangen af abstracts. Den åbne kodning blev foretaget i Nvivo 11 (19).

2.2 Oversættelse af Nijmegen Continuity Questionnaire spørgeskema

Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ) er oprindeligt udviklet på Hollandsk og senere oversat til engelsk. Vi oversatte det originale Hollandske spørgeskema til dansk i overensstemmelse med guidelines af Beaton og kolleger (20). Oversættelsesproceduren består af seks trin.

1. Det første trin består af to uafhængige oversættelser fra originalsprog til dansk. Oversættelserne skal foretages af tosprogede personer med dansk som modersmål. Én oversætter var informeret om spørgeskemaets koncept og havde en sundhedsvidenskabelig baggrund, mens den anden oversætter ikke havde kendskab til de problemstillinger NCQ vurderer.
2. AN gennemførte en syntese af de to oversættelser. Eventuelle forskelle blev diskuteret blandt oversættere og AN, indtil konsensus var opnået.
3. To tilbageoversættelser fra dansk til hollandsk blev gennemført af tosprogede oversættere med hollandsk som modersmål. Disse oversættere havde ikke kendskab til den originale version af NCQ. Formålet med tilbageoversættelse var, at kontrollere i hvor høj grad den oversatte version afspejler samme elementer og indhold i de enkelte spørgsmål som i originalversionen.
4. En arbejdsgruppe af personer med metodekendskab, sundhedsvidenskabelig baggrund og sprogligt kendskab gennemgik oversættelserne og blev enige om en foreløbig version.
5. En pilottest af den foreløbige version. Første pilottest af det konstruerede spørgeskema er beskrevet [her](#).
6. Fremlæggelse af dokumentation af resultater af pilottest for arbejdsgruppen.

2.3 Interviews

Semistrukturerede interviews blev gennemført for at identificere temaer, som respondenterne vurderede som vigtige for oplevelsen af kvalitet i tværsektorielle patientforløb. Målgruppen var patienter, der havde eller havde haft et sygdomsforløb, der involverede både primær sektor (kommune/almen praksis) og sekundær sektor (sygehus). Respondenterne kunne have været indlagt akut eller planlagt eller have været i et ambulant forløb i sekundær sektor. Årsager til kontakt med sundhedsvæsenet kunne være akutte eller kroniske somatiske og/eller psykiske sygdomme.

Inklusion af patienter

Inklusionskriterier for respondenter:

- være over 18 år
- tale og forstå dansk
- være i stand til at deltage i et interview

- have eller have haft et sygdomsforløb, hvor de havde haft kontakt til både primær og sekundær sektor

Respondenter blev kontaktet af en repræsentant fra en sygehusafdeling eller en kommune, som de havde haft kontakt med i deres forløb. Kontaktpersonerne gav information om SPOT projektet, og hvis personen ønskede at deltage, skulle vedkommende underskrive et informeret samtykke ([Bilag 3](#)). Dette blev så sendt til AK, hvorefter hun kontaktede vedkommende for at aftale et interview. Alle respondenter modtog et gavekort på 100,- til et varehus som tak for deres deltagelse.

Metode

Interviewguiden indeholdt temaer fra formålet med SPOT, spørgsmål til hvad der havde/havde haft betydning for respondenter i sygdomsforløbet samt temaer fra litteraturgennemgangen ([Bilag 4](#)).

Interviewguiden blev pilottestet på to patienter og blev tilrettet på baggrund heraf.

Ak gennemførte og transskriberede alle interviews. Analysen af interviews blev gennemført af HBR og AL med brug af Kvale og Brinkmanns 7 faser: Tematisering, Design, Interview, Transskription, Analyse, Verifikation og Rapportering (21). Alle interviews blev optaget på en diktafon, og transskribering samt analyser blev foretaget i Nvivo11 (19).

2.4 Spørgeskema

Spørgeskemaet blev konstrueret af spørgsmål, der indeholdt de temaer, som var blevet identificeret i litteraturgennemgang og i interviews med respondenter. Spørgeskemaet blev i så høj grad som muligt konstrueret af validerede spørgsmål fra spørgeskemaer, vi havde identificeret i litteratursøgningen. Ved spørgsmål til oplevelser valgte vi, at respondenterne skulle have mulighed for at svare på en 5 points Likert skala, da oplevelser sjældent kan besvares dikotomisk som ja eller nej. Flere spørgsmål indeholdt muligheden for at svare "Ikke relevant", da disse spørgsmål var relaterede til specifikke typer af kontakt i sygdomsforløbet, som ikke er generelle.

Det første udkast til SPOT indeholdt følgende sektioner:

- Baggrundsvariabler såsom køn, uddannelse, alder osv.
- Informationer om kontakt til sygehuset
- Oplevelser med personalet under indlæggelsen og i forbindelse med afslutning af forløb på sygehuset
- Oplevelse af sammenhæng i sygdomsforløbet mellem primær og sekundær sektor

2.5 Første pilottest

I første pilottest inviterede vi personer, der opfyldte de tidligere beskrevne inklusionskriterier, til at udfylde udkastet til SPOT samt et skema med spørgsmål til besvarelsen af spørgeskemaet. Respondenter, der gav mundtligt samt skriftligt samtykke, blev kontaktet af HBR, som interviewede respondenterne i deres hjem eller over telefonen.

Spørgeguide til pilottest af spørgeskema indeholdt følgende sektioner:

- Spørgsmål til køn, alder og beskæftigelse
- Spørgsmål til den indledende tekst, til spørgsmål til baggrundsoplysninger og til spørgsmål om oplevelser i sygdomsforløbet
- Generelle spørgsmål til design og opbygning af spørgeskema

Respondenter blev udvalgt efter samme inklusionskriterier som i de semistrukturerede interviews, og alle respondenter modtog et gavekort på 100,- til et varehus.

2.6 Anden pilottest

Formål med anden pilottest var at undersøge statistisk hvordan spørgeskemaet fungerer. En invitation med et link til en elektronisk udgave af SPOT, blev lagt på Facebook med opfordring til at dele opslaget. I invitationen til at udfylde spørgeskemaet elektronisk blev det specificeret, at man skulle være i eller have haft et sygdomsforløb, hvor man havde haft kontakt til både primær og sekundær sektor. Der blev også taget kontakt til kommuner, sygehusafdelinger samt praktiserende læger med anmodning om de ville uddele spørgeskema og svarkuvert til patienter/borgere der opfyldte inklusionskriterierne.

3.0 Resultater

3.1 Patienters oplevelse

I litteratursøgningen blev der identificeret 28 videnskabelige artikler og 5 nationale rapporter. Vi fandt ikke yderligere spørgeskemaer end NCQ, der rummede de 3 specificerede temaer i formålet med projektet. Vi fandt dog flere spørgeskemaer, der kunne bidrage til dele af formålet (16; 22). Der blev foretaget i alt 12 semistrukturerede interviews. Fjorten patienter havde givet informeret samtykke til deltagelse, men to patienter med psykiatriske diagnoser, trak deres tilsagn tilbage. Størstedelen af respondenterne var over 65 år, og var ikke aktive på arbejdsmarkedet ([Bilag 5](#)).

Vi analyserede de tolv interviews og litteraturen ved hjælp af åben kodning og fandt otte temaer, som havde betydning for den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb. I nedenstående er de otte temaer beskrevet.

1. Information og kommunikation

Kommunikation og information havde stor betydning for respondenterne. I interviews fortalte de om både gode og dårlige oplevelser med kommunikation. De fleste mente, at der var for lidt information, og at de derfor havde manglet viden om, hvad der skete, og hvad der skulle ske i deres forløb. De samme resultater kan ses i litteraturen. Både i de videnskabelige artikler og rapporter lægges der vægt på, at patienter til tider oplever manglende information om forløbet. I "Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor (POPS)" beskrives vigtigheden af, hvornår informationer er tilgængelige for patienten, og hvordan patienter oplever det. Ifølge rapporten får patienterne på den ene side ikke de relevante informationer før indlæggelsen, men på den anden side sker det, at patienterne får informationen, men glemmer den fordi de befinder sig i en krisesituation. Under selve indlæggelsen oplever patienterne, at de mangler informationer om det forventede forløb, herunder operation, behandling og efterforløb (16). Resultaterne af flere undersøgelser peger på, at patienterne sætter pris på at få information om deres forløb, da det giver dem tryghed og oplevelsen af kontrol i deres behandlingsforløb. Patienterne ønsker også, at lægerne er informeret om deres livssituation (16; 23; 24; 25; 26; 27).

I: Da du skulle udskrives der i første omgang, hvilken information fik I? Havde I en samtale med en læge?

R: Nej altså, det eneste information var bare, at jeg fik at vide at: Du skal udskrives på fredag. Nå, sagde jeg.

I: Og så kom du til Svendborg og blev taget imod der. Og der vidste de godt, at du kom?

R: Ja, det vidste de, men de vidste ikke, hvad der var. Kun at jeg kastede vældigt op. Men det så de vel på den prøve, jeg fik taget. Det ved jeg ikke.

I: Nej, ok. Hvad informerede de dig om - kan du huske det?

R: Jamen ikke andet end at det var en blodprop i hjertet og så skulle jeg til at have piller og der kommer der så en sygeplejerske og doserer pillerne til mig, fordi jeg ser jo meget dårligt.

R: Jeg synes, jeg har fået mange gode informationer. Altså jeg var meget tryk, da jeg blev udskrevet. Altså, jeg havde jo en seng stående oppe på sygehuset, men jeg tog bare hjem jo. Der var ingen grund til... men den stod deroppe og var klar til mig, sagde de.

2. Involvering og støtte

Flere undersøgelser understreger, at patienter ønsker at skabe en relation til den læge, de har kontakt med. Især patienter med kroniske sygdom, finder dette vigtigt (23; 28; 29). Ifølge Haggerty et al. er det vigtigt for patienter, at det sundhedsfaglig personale de møder i overgange fra afdeling til afdeling eller fra sektor til sektorer, støtter dem i overgangen. Patienter forventer, at læger ikke kun har kendskab til deres forløb, men også hjælper patienten med at navigere i det komplekse sundhedsvæsen (23). Cotugno et al. viser i deres studie, at patienter med type 2 diabetes lægger meget vægt på involvering og støtte fra lægens side. Denne støtte har en positiv påvirkning på patientens oplevelse af kontrol over sygdommen (28). Resultaterne fra interviews har også vist vigtigheden af støtte fra lægens side og oplevelsen af at have en relation til lægen. Respondenterne lagde vægt på oplevelsen af, at lægen var interesseret i dem og deres forløb, samt hvordan lægen talte til dem.

R: Han var virkelig meget fantastisk, det må jeg sige. Han var en af dem, der sad og kiggede på en og snakkede med en og ikke kiggede ind i skærmen (mumler), så han har taget sig af mig lige siden.

R: Det er jo, at de lytter og samarbejder

R: Han sidder bare og læser op på skærmen. Og så er han fremmedsproget; det betyder ikke noget, hvis bare han så ville forklare det, i stedet for at læse op på skærmen. Jeg kan sgu ikke deres latinske udtryk. Fatter nok og en bjælde. Så siger jeg til ham 'sig det på dansk, så jeg forstår det'. Så prøver han og så siger han 'så se her'. Men jeg får ikke noget ud af at se på et billede. At det er selvløsende. Altså jeg aner jo ikke en skid om det.

3. Kontinuitet (tovholder)

Når patienter taler om kontinuitet, så mener de tilstedeværelse af en kontaktperson. Det kunne være en sygeplejerske eller en læge (16; 24; 27; 29; 30; 31). Det er især patienter med kroniske lidelser, ældre patienter og unge forældre, som finder det vigtig at have en kontaktperson (29). Respondenter i interviews gav også udtryk for, at de gerne ville have en tovholder eller en kontaktperson. De synes, det var svært at forholde sig til forskellige læger og at skulle fortælle deres sygehistorie gentagne gange.

R: [...] at der var en person – en navngiven person med et telefonnummer, som var tovholder på en eller anden facon og kunne trække i nogle tråde, så man ikke selv eller ens nærmeste skulle være dem, der selv skulle opfinde tingene. For en patient er det jo tit første gang, at man er i kontakt med de forskellige instanser og min erfaring er jo så

også, at afdelingerne fungerer med forskellig hastighed, så hvis nogen kunne trække i nogle tråde.

R: At der skulle være et samarbejde mellem lægerne. Allerhelst at man, når man kom ind, havde én læge. Jeg ved godt, at det ikke altid kan lade sig give sig, men én læge man ligesom man kunne få at vide, at vi kan kontakte personen [.....]. At der ligesom var én læge, man havde en ordentlig kontakt med i stedet for 10 læger, der udlægger forskelligt [.....].

R: Jamen, jeg synes det er rarest at have én, der kender én. Det synes jeg. Og så kommer der nogen fra Thailand og fra Hong Kong og Polen og Island og [...]. Hele verden kommer her.

R: De ca. 1 1/2 år, der var nye læger hver gang, vi kom derop. Og på et tidspunkt sagde jeg, at det duer ikke. Jeg kan næsten ikke have, at jeg skal sidde og fortælle den samme sygehistorie hver gang til en ny, fordi vedkommende lige åbner computeren og så skal lige til at sidde og læse samtidig med, at han spørger eller hun spørger mig, ikke også? Det kan jeg ikke have. Det er simpelthen ikke ok.

R: Der føler man virkelig, at man ramler ind i forskellige – en ny læge, en ny læge, en ny læge. Og der har jeg været ude for, at det faktisk var sygeplejerskerne, der så sagde, at ”ved du hvad, det her kan vi prøve at gøre noget ved. Så nu går vi lige uden for og så finder jeg lige noget til dig”.

R: Nej, der mangler en tovholder, når man går fra kræft til operation til bivirkninger til andre ting, der støder til. Jeg er jo ikke den eneste, der ramler ind i andre ting, eller hvor andre ting har været årsag til, at noget bliver fundet ud af. Det var jo galdestensanfaldene, der gjorde, at jeg overhovedet så hurtigt blev fanget med kræften.

4. Koordinering

Ifølge litteraturen er koordinering en af de elementer, som kan forbedre oplevelsen af kvalitet i tværsektorielle forløb (16; 23; 29; 30; 32). Ifølge Haggerty et al. er koordinering fundamentet for oplevelsen af sammenhængende behandlingsforløb (23), men de organisatoriske og økonomiske rammer kan besværliggøre koordinering (30). Respondenterne i interviews gav udtryk for både gode og dårlige oplevelser af koordinering.

R: Og det vil jeg så sige var fint, for 2 dage efter, jeg kom hjem, der lå der et brev, at jeg havde en tid den og den dag til genoptræning. Så det var rigtig fint.

R: Nej, det var hjemmesygeplejen i Odense, ved jeg nu, der skulle kontakte Langeland.

I: Så sygehuset kontaktede hjemmeplejen her [...]

R: som straks skulle have kontaktet Langeland, og det fik de ikke gjort. Men da jeg har lidt viden om tingene, vidste jeg, at det kunne godt være, at jeg lige skulle have en finger med i spillet også

I: Jeg kom hjem om torsdagen, og der ringede sygehuset til kommunen og sagde, at jeg kom en dag før. Men så har kommunen nok ikke givet besked til dem, der skulle hjælpe mig, så de kom først fredag. Eller der var en sygeplejerske, som kom fredag og hjalp mig med medicin. Så der var lidt svigt imellem sygehuset og ...

5. Tryghed

Tryghed i relationen til læge eller andet sundhedsfagligt personale var også et tema, der havde betydning for oplevelsen af kvalitet i tværsektorielle forløb. Ifølge litteraturen er det især patienter med kroniske lidelser, som ønsker at have en tryk relation til en læge eller sygeplejerske. De ønsker derfor at møde den samme læge og sygeplejerske ved kontakt med sygehuset (23; 31). Ifølge Haggerty et al. hænger tryghed også sammen med oplevelsen af koordinering. Patienter føler sig trygge, når de har oplevelsen af, at deres forløb er koordineret. Dette kan være ved, at der er en læge, der tager ansvar for at koordinerer forløbet eller en oplevelse af, at der er "styr på mig" (22; 23). Vores interviews viser, at oplevelsen af tryghed var forbundet med oplevelsen af kontinuitet og hvordan respondenter og læger/sygeplejersker kommunikerede.

R: Men jeg tror at, hvis man får en mere direkte kontakt med den samme læge, så bliver man mere tryk i det, og så har man også mere tiltro til, at hvor vi er henne i forløbet, fordi det er noget af det, jeg tror er det vigtigste for os med den sygdom. Det er, at vi hele tiden føler os trygge. Bare de, at vi føler os trygge, og ved, at han eller hun har styr på os. Men hver gang, der kommer en ny, så skaber det utryghed, fordi når vi kommer op og vi ved, at det er den samme sygeplejerske, der sprøjter en - det plejer gerne at være den samme. Det gør, at man slapper helt af, når man kommer ind. Vi ved, at hun har styr på det. Lige så snart, det er en ny, ikke... Så hov... har hun styr på det eller er det en ny en, der skal lære det eller hvad?

R: [...] det handler om, at når man får sådan en dødelig sygdom, så handler det meget om trygheden i behandlingen. Og den får man gennem kommunikation og så helst med de samme mennesker.

R: Altså, det har jo virkelig betydet for mig [...] Trygheden ved de mennesker, der har haft med mig at gøre.

R: Det er som om, de ikke samarbejder. Og man har ikke den samme læge. Du kan godt nå at have, de dage du er indlagt, forskellige læger hver dag.

I: Hvad betyder det? Hvordan oplever du det?

R: Irriterende. Simpelthen, fordi du når ikke at finde ud af, hvordan personen er. Og for mig synes jeg lige så meget, det er et tillidsforhold. Især den der uge, der gik fra den sidste prøve, altså, hvor lunge også klappede, men indtil jeg ligesom fik et svar. Der synes jeg virkelig, det var frustrerende.

6. Tværsektorielt samarbejde

Tværsektorielt samarbejde er et andet tema, som har betydning for respondenterne. Ifølge litteraturen oplever patienter manglende udveksling af informationer mellem sygehusafdelinger og mellem sektorer (16; 23; 24; 25). Ifølge to nationale rapporter ligger den største udfordring i informations flow i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser. Flere patienter oplever, at deres praktiserende læge eller hjemmeplejen ikke får information fra sygehuset (16; 30). Udsagn fra respondenter viser det samme billede. Respondenterne havde forskellige oplevelser af tværsektorielt samarbejde. Respondenterne havde både oplevelser med fungerende og ikke fungerende kommunikation mellem sektorer. Ligesom i de danske rapporter, var samarbejdet mellem sygehus og hjemmesygepleje det mest problematiske (16; 30).

I: Oplevede I ikke, at de vidste, hvad der var sket med dig på sygehuset?

R: Jo, det må de have gjort, for sygehuset ringede jo til kommunen og fortalte det, at jeg kom en dag før hjem. Og der fik jeg besked fra sygehuset, at kommunen skulle ringe til mig, når jeg kom hjem. Men det gjorde de ikke, for de troede, at det var om fredagen, at jeg kom. Så der er et svigt der.

R: Ja, altså, der synes jeg, der mangler meget stor [...] Altså der er total mangel på kommunikation, de afdelinger imellem. Altså, jeg sagde jo på sygehuset med det samme, at jeg skulle have det flyttet til Langeland med det samme og jeg gav adresse og

telefonnumre og ting og sager og så blev jeg ringet op på Langeland i sommerhuset af en hjemmesygeplejerske, der sagde, at nu sad hun for anden gang udenfor [...] i Odense og at hun ikke helt kunne forstå, hvor jeg var henne.

R: Det var jo fra hospitalet til hjemmeplejen og så at hjemmeplejen skal flyttes. Der var klart nogle problemer. Og der var også [...] der sagde de: Kan du ikke selv ringe? Det sagde de flere gange. Og så sagde jeg: det er faktisk dig, der skal ringe. Jeg må faktisk ikke. Jeg kan ikke beordre hjemmeplejen på Langeland til at gøre sådan og sådan. Det er dig, der skal [...] eller dit system, der skal kontakte, det er ikke mig.

I: Hvem iværksatte planen med fysioterapeut?

R: Sygehuset

I: Og hvordan kom det i stand?

R: Jamen, jeg fik en seddel med hjem, at jeg skulle herhen og genoptrænes, og så gik der [...] Jamen jeg ved ikke, hvor mange dage, jeg havde været hjemme - ikke ret mange dage. Så var der en, der ringede og sagde, at hun havde en tid til mig den og den.

I: Så hun ringede simpelthen til dig. Så hun havde fået besked fra sygehuset?

R: Ja, hun havde fået besked fra sygehuset.

R: Altså samarbejdet mellem os og så vores egen læge, den er perfekt. Og vores læge og så sygehuset - den vil jeg også sige er perfekt. Når han er i tvivl om noget, så henvender han sig til Odense Sygehus og det er gået perfekt hele tiden hele vejen igennem.

7. Ventetid

Ventetid er også et emne, som optog respondenterne. Ventetid forekommer på forskellige tidspunkter i et sygdomsforløb. Det kan være ventetid på at blive indlagt eller at komme til genoptræning, eller det kan være ventetid, når man ankommer på sygehuset. For respondenterne føltes ventetid som irriterende, som spild af deres tid eller som en forsinkelse, som kunne have negative konsekvenser for deres helbred. I litteraturen omhandlede ventetid tiden mellem kontrolbesøg eller på genoptræning efter indlæggelse (28; 29).

R: Jeg sad hele dagen og ventede på, at de skulle ringe, så bliver jeg gal og ked af det, fordi man tænker jo, altså... er der nyt og alt det, jeg gerne vil have styr på, ikke?

R: Jeg har jo ventet og ventet og ventet. Jeg har fået sådan en dicitus [...] Og den ventede jeg jo 3 uger [...] eller inden alt det der [...] eller fire inden alt det der blev til noget. Den der fik jeg i onsdags - den har jeg haft en uge. Jeg kom her den 12. oktober.

Jeg tog ingen skade af det, men jeg synes, det var lang tid at vente, når jeg lige havde haft den oplevelse dagen før. Og så skulle vente så længe igen, når man skulle komme så tidligt.

R: Og så sidde og vente i over 5 timer inden man ... og så skred det og det ved vi jo godt, det kan jo ske, men det er lang tid, når man har rigtig ondt

R: Altså, at de med det samme kiggede på udskrivningsjournalen, hvor der står omgående genoptræning. Og så ser på, at det ikke bare er noget, man tager et møde om 16 dage efter. Det bliver i det lange løb alt for kostbart, for så skal patienten jo være her alt for lang tid.

Der var vi oppe kl. ca.14.15 og så sad jeg i fem timer i venteværelset inden jeg kom til den første forundersøgelse ved en læge. Det var længe.

8. Inddragelse

Ifølge litteraturen vil patienter inddrages i deres forløb. Patienter vil gerne blive taget alvorligt, inddrages i fælles beslutning og have en aktiv rolle i deres forløb. Den aktive deltagelse gælder i høj grad for patienter med kroniske lidelser i ambulant forløb (16; 23; 24; 29). Ifølge Weibel et al. patientinddragelse faciliteter kontinuitet af forløbet (29). I interviews var der to patienter som gav udtryk for, at de gerne ville inddrages i planlægning af deres forløb.

I: Altså jeg synes jo det er rart, hvis de lige som har en fælles plan og de følger planen og involverer mig i planene. Det vil jeg gerne have.

I: Hvordan har din oplevelse været af selv at være inddraget i beslutninger omkring plan og behandling?

R: Det synes jeg, har været fint. Fordi det er det, hvor man også synes, at spørgsmålene dukker op. Om hvad så og hvad gør vi så og hvordan tegner billedet sig? Så, det synes jeg har været fint. Altså, det er jo noget, jeg rent fagligt ved. At jo mere man involverer folk i de ting, der skal ske, jo mere trygge er de. Så kommer der ikke noget, som en overraskelse.

3.2 Konstruktion af SPOT

De otte temaer, der blev identificeret i interviews og litteratur, blev efterfølgende analyseret for at finde frem til mere specifikke kategorier. Gennem kvalitativ analyse (21) fandt vi fem kategorier, som efterfølgende blev brugt til at udarbejde SPOT:

1. Kontinuitet

- Kendskab til forløb
- Kontaktperson
- Koordinering
- Ansvar/tovholder
- Patientinddragelse
- Tryghed

2. Kommunikation

- Information: hvem har ansvaret, hvad er forløbet
- Fælles plan
- Tværsektoriel kommunikation
- Opfølgning
- Patient-/pårørendeinddragelse
- Tryghed

3. Samarbejde

- Mellem afdelinger
- Tværsektorielt

4. Støtte

- Relationer
- Støttende netværk
- Støttende personale
- Tryghed

5. Tid

- Ventetid
- Effektivisering

Vi undersøgte spørgeskemaer identificeret i litteratursøgningen, for spørgsmål der rummede de fem kategorier. Fordelen ved at bruge eksisterende spørgsmål er muligheden for at sammenligne resultater, samt at nogle af spørgsmålene allerede er validerede. Ud over de fem kategorier indeholder SPOT også spørgsmål til baggrundsvARIABLE såsom uddannelsesniveau, alder, civilstand, beskæftigelse og type af kontakt til sundhedsvæsenet i sygdomsforløbet.

3.3 Pilottest 1 og 2

I første pilottest af SPOT prototypen blev patienter, der opfyldte inklusionskriterierne, kontaktet enten af en sundhedsfaglig person fra en kommune, de havde haft kontakt med i deres sygdomsforløb, eller gennem Center for Kvalitets netværk. Vi ønskede at inkludere en respondent, som var yngre end vores interviewrespondenter, og at inkludere en respondent med psykisk sygdom, da denne patientgruppe ikke var repræsenteret i interviewundersøgelsen. Fire patienter gav tilsagn om at deltage i første pilottest. Én patient trak sit tilsagn tilbage, og der blev gennemført 3 interviews. Respondenterne var i alderen 34-61 år, og var i sygdomsforløb med henholdsvis depression, knæoperation og fodoperation. To interviews blev gennemført hjemme hos respondenterne og ét interview per telefon. Interviews varede fra 20 minutter til 45 minutter.

Det tog i gennemsnit respondenterne 20 minutter at udfylde spørgeskemaet, og respondenterne fandt længden passende. Overordnet fandt respondenterne spørgeskemaet relevant. Der var nogle spørgsmål, som respondenterne synes var svære at forstå, og nogle steder i spørgeskemaet ønskede de en mere uddybende forklaring i introduktionen til spørgsmålene. Respondenter blev spurgt til deres forståelse af begreber som behandlingsforløb og ægteskabelig status. På baggrund af interview med de tre respondenter blev de indledende tekster til spørgsmål i SPOT uddybet, ægteskabelig status blev rettet til civilstatus, enkelte spørgsmål blev korrigeret sprogligt.

I anden pilottest blev der udleveret 110 spørgeskemaer til sygehuse, kommuner og almen praksis. Vi lavede et opslag på Facebook med link til en elektronisk version af spørgeskemaet i SurveyXact. 44 spørgeskemaer blev returneret, og tre personer udfyldte den elektroniske version.

Gennemsnitsalderen er 69 år, og alder strækker sig fra 31 til 96 år. Resultaterne viser, at flere respondenter har haft forskellige typer af kontakt til sekundær sektor. 36% (n=17) har både været indlagt og har haft en eller flere ambulante aftaler. 19% (n=9) har både haft telefonisk kontakt med læge/sygeplejerske og har været indlagt, mens det gælder for 17% (n=8) af dem, som havde en ambulant aftale. Respondenter med kronisk eller midlertidig sygdom havde samme procentvise fordeling af akut indlæggelse. I de ambulante aftaler havde de fleste respondenter en kronisk sygdom.

Tabel 1. Karakteristik af respondenter (n=47)

	Antal	Procent
Køn		
Kvinde	25	53,2%
Alder		
> 60 år	34	72%
Tilknytning til arbejdsmarkedet		
I beskæftigelse	12	25,5%
Type af kontakt til sygehuset (mulighed for flere kryds)		
Indlagt	40	85,1%
Ambulant aftale (besøg på sygehuset der ikke kræver indlæggelse)	22	46,8%
Har talt i telefon med læge/sygeplejerske	10	21,3%
Andet	3	6,4%

Hvilken type sygdom drejede dit behandlingsforløb sig om?

N=47	Respondenter	Procent
Kronisk sygdom (sygdom der er vedvarende eller har et langvarigt forløb, fx cancer/kræft, diabetes, hjertesygdomme, astma, KOL)	34	72,3%
Midlertidig sygdom (sygdom der har et afgrænset forløb, f.eks. et knoglebrud, nyresten, blindtarmsbetændelse)	10	21,3%
Ved ikke	3	6,4%

I anden pilottest svarede nogle respondenterne, at de både havde været indlagt på en sygehusafdeling og havde været i et ambulant forløb. Flere af spørgsmålene i spørgeskemaet spørger generelt til oplevelser i sekundær sektor. Vi differentierede derfor spørgsmål til oplevelser i sekundær sektor, så der både spørges til oplevelser på sygehusafdelinger og i ambulatorier.

Den endelige version af SPOT ([Bilag 6](#)) indeholder:

- 5 baggrundsvariabler
- 6 spørgsmål til kontakten til sygehuset
- 9 spørgsmål til den samlede generelle oplevelse samt oplevelser på sygehusafdeling eller ambulatorium
- 4 spørgsmål, hvis kontakt til sygehuset er afsluttet
- 9 spørgsmål til det samlede behandlingsforløb
- 5 spørgsmål til samarbejde mellem sygehus og kommune
- 4 spørgsmål til samarbejde mellem sygehus og egen læge

4.0 Erfaringer og anbefalinger

I arbejdet med SPOT har projektgruppen gjort sig nogle erfaringer, som kan have betydning for projektets resultater, og som kan være til gavn i andre projekter og indsatser, der fokuserer på patientoplevelset kvalitet i tværsektorielle forløb.

- Målgruppen for projektet var voksne med sygdomsforløb, hvor de har haft kontakt til primær og sekundær sektor. Vi har ikke medtaget patienter i udredningsforløb og kan derfor ikke overføre dette projekts resultater til denne patientgruppe. Det bør overvejes at afprøve spørgeskemaet på patienter i udredningsforløb, for at undersøge om det er de samme temaer, der har betydning for deres oplevelse af kvalitet i tværsektorielle forløb.
- Det var svært at finde respondenter, der var på arbejdsmarkedet. Dette kan afspejle, at størstedelen af patienter der har sygdomsforløb, der involverer sygehuse og egen læge og/eller kommunale ydelser, primært er ældre, der ikke længere er aktive på arbejdsmarkedet.
- Det har ikke været muligt at undersøge om alder gjorde en forskel på hvilke temaer, der var vigtige for respondenterne.
- Det har ikke været muligt at identificere respondenter til pilottest via registre, da målgruppen ikke entydigt kan identificeres på diagnosekoder eller behandlingskoder. Det har været nødvendigt at benytte kontaktpersoner på sygehusafdelinger, i kommuner og praktiserende læger, for at få kontakt med patienter i målgruppen. Gennemførelse af en spørgeskemaundersøgelse med SPOT vil kræve, at der er afsat ressourcer til at identificere respondenter, og det vil være relevant at arbejde på at kunne sammenkøre registre fra primær og sekundær sektor for at kunne identificere målgruppen.
- I anden pilottest blev spørgeskemaet både udleveret i papirform og som link til en elektronisk udgave. Den elektroniske udgave gør databearbejdningen nemmere, men det kan også være en fordel at have spørgeskemaet i papirform, da nogle respondenter ikke vil have adgang til en pc. I den elektroniske version kan man "låse" spørgsmål, så det ikke er muligt at fortsætte til næste spørgsmål, hvis man ikke har besvaret det forrige spørgsmål.

5.0 Konklusion og perspektivering

Vi har i SPOT projektet udviklet et dansksproget spørgeskema om patientoplevet kvalitet i tværsektorielle forløb. Spørgeskemaet er udviklet på baggrund af en litteratursøgning og patientinterviews. Der blev identificeret fem kategorier i projektet, som havde betydning for den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb: kontinuitet, kommunikation, samarbejde, støtte og tid. Disse fem kategorier omfattede de tre på forhånd definerede temaer i formålet med projektet: oplevelser i relation til tværsektoriel ansvars- og opgavedeling, koordinering af ydelser på tværs af sektorer samt kommunikation og koordination mellem sektorer.

SPOT spørgeskema adresserer sektorovergange, samarbejde og kommunikation mellem sygehus og kommune og/eller almen praksis. Det var dog tydeligt, at fra patienters perspektiv fyldte oplevelser i sekundær sektor meget i det samlede forløb. Dette er afspejlet i det større antal af spørgsmål til oplevelser i sekundær sektor i forhold til primær sektor i SPOT.

På baggrund af det begrænsede antal respondenter i anden pilottest, har det ikke været muligt at analysere korrelationer mellem spørgsmålene. SPOT bør derfor afprøves i en større population, for vurdere om nogle spørgsmål kan udgå, og hvordan spørgsmål kan grupperes. På baggrund af en sådan analyse, vil det være muligt at udvælge dele af spørgeskemaet, hvis man ønsker at have en før- og eftermåling af sundhedsfaglig indsats med fokus på f.eks. oplevelse af tryghed, ventetid, tværsektorielt samarbejde eller et af de andre otte identificerede temaer.

Vi har udviklet et spørgeskema, der kan bruges til monitorering af patientoplevet kvalitet i tværsektorielle forløb. Spørgeskemaet kan udleveres til patienter på tværs af diagnoser og behandlingstilbud, og SPOT kan bruges som supplement til PRO-data om gavn af behandling på tværs af sektorer eller gavn af tværsektorielle patientforløb (32) ved at bidrage med patientens egen oplevelse.

6.0 Referencer

1. **Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.** Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2016
2. **Regeringen.** Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen. Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2013
3. **Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.** LUP 2015. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2015
4. **Regionerne og Danske Regioner.** Plan for Borgernes Sundhedsvæsen, 2014
5. **Sundhedskoordinationsudvalget Region Hovedstaden.** Sundhedsaftale 2015-2018, Region Hovedstaden og kommuner i regionen, 2015
6. **Sundhedskoordinationsudvalget Region Midt.** Sundhedsaftale 2015-2018, Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner, 2015
7. **Sundhedskoordinationsudvalget Region Nord.** Sundhedsaftale 2015-2018, De Nordjyske kommuner og Region Nordjylland, 2015
8. **Sundhedskoordinationsudvalget Region Sjælland.** Sundhedsaftale 2015-2018, Region Sjælland og KKR, 2015
9. **Sundhedskoordinationsudvalget Region Syddanmark.** Sundhedsaftalen 2015-2018, Region Syddanmark og de 22 kommuner, 2015
10. **Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.** Forbedring af patientoplevelset kvalitet - trin for trin. Region Hovedstaden, Online 2016
11. **Danske patienter.** Politik, Online 2015
12. **McGuiness C, Sibthorpe B.** Development and initial validation of a measure of coordination of health care. International Journal for Quality in Health Care, 15(4);2003
13. **Aller M-B, et al.** A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. International Journal of Integrated Care, 13;2013
14. **Noest S, Klineberg A, Glassen K, Heiss F, Ose D, Rochon J, Bozorgmehr K, Wensing M, Szecenyi J.** Involving patients in detecting gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experience Across Health Care Sectors (PEACS). International Journal for Quality in Health Care, 26(3);2014
15. **C, Juhl.** Faldforebyggelse – et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt, Fysioterapien & Ergoterapien Gentofte Hospital, Region Hovedstaden, 2009
16. **Enheden for Brugerundersøgelser.** Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor - POPS. Forsknings- og udviklingsrapport om tværsektorielt samarbejde, Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, 2007
17. **Det Administrative Kontaktforum, Region Syddanmark.** Referat, Onsdag den 17. juni 2015

18. **Uijen, A A, Schellevis F G, van den Bosch W J H M, Mokkink H G A, van Weel C, Schers H J.** Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64;2011
19. **Bazeley P, Jackson K.** Coding basics. *Qualitative Data Analysis with Nvivo*, Sage, 2013
20. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB.** Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*15(25);2000
21. **Kvale S, Brinkmann S.** Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk, Hans Reitzels Forlag, 2015
22. **Martin, HM.** Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv, Dansk Sundhedsinstitut, 2010
23. **Haggerty JL, et al.** Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. *Annals of family medicine*, 11(3);2013
24. **Sisler JJ, et al.** Continuity of care of colorectal cancer survivors at the end of treatment: the oncology-primary care interface. *Journal of Cancer Survivorship*, 6;2012
25. **Davis MM, et al.** "Did I Do as Best as the System Would Let Me?" Healthcare Professional Views on Hospital to Home Care Transitions. *Society of General Internal Medicine*, 27(12);2012
26. **Hill KM, et al.** Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BioMed Central Family Practice*, 15(191);2014
27. **Sandsdalen T, et al.** Patients' perceptions of palliative care: adaptation of the Quality from the Patient's Perspective instrument for use in palliative care, and description of patients' perceptions of care received. *BioMed Central Palliative Care*, 14(54);2015
28. **Cotugno JD, et al.** "I wish they could be in my shoes": patients' insights into tertiary health care for type 2 diabetes mellitus. *Patient Preference and Adherence*, 9;2015
29. **Waibel S, et al.** What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1);2012
30. **Mejnertz L.** Tværsektoriel kommunikation - En karruseltur rundt om patienten. En etnografisk undersøgelse af den tværsektorielle kommunikation imellem hospital, kommune, praktiserende læge og borger/patient, Caretech Innovation, 2012
31. **Hill KM, et al.** Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BioMed Central Family Practice*, 15(191);2014
32. **Maeng DD, et al.** Care Coordination for the Chronically Ill: Understanding the Patient's Perspective. *Health Research and Educational Trust*, 47(5);2012
33. **Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS).** Program PRO. Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen - anbefalinger og videngrundlag, København, 2016

7.0 Bilag

Bilag 1. SPOT projektbeskrivelse

24-09-2015

Spørgeskema om brugeroplevet kvalitet i behandlingsforløb der involverer sygehus, kommune og egen læge

Anne Nicolaisen
Peter Qvist
Center for Kvalitet

Patientoplevelt kvalitet i tværsektorielle forløb

Introduktion

I patientforløb som kræver samarbejde mellem sygehus og primær sektor, oplever mange patienter, pårørende og personale, at der ikke er optimal sammenhæng i de ydelser, patienten modtager. Der kan f.eks. ske et tab af information, der medfører, at kommunen ikke kan tilbyde patienten den optimale rehabiliteringsindsats efter udskrivelse fra sygehuset. Det kan være manglende koordinering af ydelser mellem sygehus og praktiserende læge, der resulterer i, at patienten får taget identiske prøver. Overordnet kan manglende sammenhæng skabe utryghed og usikkerhed samt forlænge eller forværre sygdomsforløbet for patienten (Regeringen 2013). Der er derfor iværksat tiltag i sundhedsvæsenet for at mindske patienternes utryghed og usikkerhed ved at forbedre sammenhængen i deres patientforløb. En måde at evaluere effekten af sådanne tiltag er at måle hvordan patienter selv oplever kvaliteten i forløb, der strækker sig over mere end én sektor.

Der er gennemført flere undersøgelser med fokus på patientoplevelt kvalitet, men undersøgelserne har været målrettet borgere med kroniske sygdomme som KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdomme eller specifikke indsatsområder såsom forebyggelse af fald, forebyggelse af genindlæggelser etc. Andre undersøgelser har været målrettet ikke-diagnosespecifikke patientgrupper såsom psykisk syge borgere eller "svage" ældre. Der er ikke lavet en dansk undersøgelse, der bredt undersøger den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb, og det er derfor ingen instrumenter til rådighed, der giver mulighed for at måle dette med henblik på kvalitetsudvikling på det tværsektorielle område.

I Region Syddanmark blev det i 2014 på baggrund af et oplæg fra en arbejdsgruppe besluttet i Det Administrative Kontaktforum (DAK), at der skulle udvikles en 'generisk spørgeramme', der kan anvendes til monitorering af en bred gruppe af patienters oplevelse af kvalitet i behandlingsforløb, hvor de har været i kontakt med flere sektorer i et behandlingsforløb. Dette udviklingsprojekt var en del af Sundhedsaftalen for 2012-2014 i region Syddanmark, men projektet var endnu ikke startet ved udgangen af 2014. På et DAK-møde d. 17. juni 2015 blev det besluttet, at det planlagte projekt skulle gennemføres i 2015/2016 (Det administrative kontaktforum 2015). I Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Syddanmark er et af målene, at have en borger-/patientoplevelt kvalitet som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet. Dette projekt vil kunne bidrage med et instrument til at kunne måle dette.

Nationale og regionale perspektiver på patientoplevelt kvalitet i tværsektorielle forløb

En undersøgelse af 9007 kritiske patientkommentarer fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2009 i Region Syddanmark viste, at næste en tredjedel af kommentarerne

omhandlede problemer med sammenhæng i patientforløb, og at hovedparten af disse problemer var tilskrevet organisatoriske forhold (Lindegaard & Qvist 2012). Barrierer for det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet er der også fokus på fra politisk side. Regeringen fremlagde i 2013 det sundhedspolitiske udspil "Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen", der bl.a. fokuserede på at skabe et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgerne. Et af tiltagene i udspillet var, at der skulle sikres et mere forpligtende tværsektorielt samarbejde om patienter på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Samarbejdet blev opstillet som fælles og ambitiøse målsætninger med præcise aftaler om ansvarsfordeling mellem sygehuse, kommuner og almen praksis¹.

Fokus på sammenhængende tværsektorielle patientforløb ses også i de regionale sundhedsaftaler. I 2014 fremlagde Danske Regioner og en række samarbejdspartnere en fælles vision og 33 indsatser, som skal være med til at realisere et sundhedsvæsen på borgernes præmisser (Regionerne og Danske regioner 2014). Disse indsatser er behandlet lokalt i hver region, som har udarbejdet en regional sundhedsaftale. De 5 regionale sundhedsaftaler for 2015-2018 har forskelligt fokus på sammenhængende patientforløb, men alle beskriver et mål om at opnå øget patienttilfredshed. F.eks.:

- Sundhedstilbud med sammenhæng og kvalitet og et ønske om at der fra 2016 sker en stigning i antallet af borgere, der angiver tilfredshed med det konkrete tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, almen praksis og sygehuse (Sundhedskoordinationsudvalget Region Nord 2015)
- Tværgående temaer der skal øge samarbejdet mellem sektorer, og et konkret tiltag med inddragelse af forældre til børn med kronisk sygdom i spørgeskemaundersøgelse og evaluering (Sundhedskoordinationsudvalget Region Midt 2015)
- Tværgående temaer der skal øge samarbejdet mellem sektorer, og ønsket om at borgere der oplever at blive inddraget i eget forløb stiger i aftaleperioden. Opfølgningen skal gøre brug af forskellige metoder såsom landsdækkende undersøgelser af patienttilfredshed i somatikken og psykiatrien, surveys etc. (Sundhedskoordinationsudvalget Region Sjælland 2015)
- En vision om at borgeren oplever kvalitet og sammenhæng i sundhedsindsatsen, og at andelen af borgere der oplever godt samarbejde og god kommunikation stiger (Sundhedskoordinationsudvalget Region Hovedstaden 2015).
- En vision om "Sundhed med sammenhæng" hvori det er specificeret, at borgere skal tilbydes forebyggelse, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Ét af målene i Sundhedsaftalen for Region Syddanmark og de 22 kommuner er, at have en borger-/patientoplevelse af kvalitet som er stigende over tid (Sundhedskoordinationsudvalget Region Syddanmark 2015).

¹ For mere information om barrierer for det tværsektorielle samarbejde se Bilag 1

Der er således et samlet fokus på, at man i sundhedsvæsenet organisatorisk skal iværksætte initiativer for at styrke sammenhængende patientforløb ved at øge samarbejdet mellem sektorer i sundhedsvæsenet, og effekten af sådanne initiativer skal måles bl.a. ved hjælp af feedback fra patienter og/eller pårørende.

Patienternes perspektiv

Brugerundersøgelser har afdækket, hvordan patienter og pårørende oplever aspekter af det tværsektorielle samarbejde. Én af de nyeste undersøgelser er foretaget af Dansk Sygeplejeråd Råd analyse i samarbejde med Megafon i april 2015. De undersøgte danskeres oplevelser i forbindelse med egne eller pårørendes hospitalsbesøg (DSR analyse). I alt 2032 danskere deltog i undersøgelsen, og 955 (47%) af disse havde inden for det seneste år været på sygehuset til undersøgelse, pleje eller behandling. De blev spurgt om, hvordan de vurderede, at relevant information blev videregivet fra sygehuset til andre aktører i sundhedsvæsenet. 162 (17%) vurderede, at relevant information i mindre grad eller slet ikke blev videregivet til andre relevante aktører, mens 439 (46%) vurderede, at relevant information i høj grad eller i nogen grad blev videregivet til relevante aktører. I Region Syddanmark har man lavet en samarbejdsaftale (Sam:Bo) mellem sygehus, kommuner og almen praksis, der bl.a. skal mindske oplevelsen af at relevant information ikke bliver videregivet til samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Sam:Bo skal sikre en udveksling af relevant information samt en klar fordeling af ansvarsområder i forbindelse med overgange mellem sektorer (Region Syddanmark 2009). Der er dog stadig en udfordring i, at udveksling af informationer vil være præget af, at de er udarbejdet ud fra afsenders perspektiv. Der kan være overflødig information, eller mangle information der er nødvendig for at iværksætte den bedste pleje og behandling af patienten. I samarbejdsaftalen mellem Danske Regioner og samarbejdspartnere beskrives en række indsatser under overskriften "Borgernes oplevelser er udgangspunkt for at skabe gode forløb" (Danske Regioner 2015). Én indsats er at tilvejebringe tidstro feedback fra patienter og pårørende som et centralt element i udviklingen af sundhedsvæsenet. I patientforeningen "Danske patienter" ønsker man, at sundhedsvæsenet bliver centreret om brugernes behov, hvilket indebærer, at man er nødt til at bringe patienternes viden i spil (Danske patienter 2015). Én måde at bringe patienternes viden i spil som tidstro feedback er, at spørge patienterne hvordan de oplever kvaliteten i form af udveksling af informationer, ansvarsfordeling og koordinering i tværsektorielle forløb.

Projekt "Spørgeskema om Patient Oplevet kvalitet i Tværsektorielle forløb (SPOT)"

Formål

At udvikle et dansksproget spørgeskema der fokuserer på patienters/borgeres oplevelse af kvalitet i tværsektorielle forløb, og i de indsatser som har umiddelbar betydning for sektorovergange. Specifikt skal der spørges ind til:

- Oplevelser i relation til tværsektoriel anvars- og opgavedeling
- Koordinering af ydelser på tværs af sektorer (inkl. tilrettelæggelse og plan for forløb)
- Kommunikation og koordination mellem sektorer ved overgange

Metode

Projektet vil undersøge den internationale litteratur for validerede spørgeskemaer med dette fokus og identificere relevante spørgsmål. Der vil blive gennemført kvalitative interviews med udvalgte patientgrupper, for at undersøge om de valgte spørgsmål rummer patienternes/borgernes opfattelse af begrebet "kvalitet i tværsektorielle forløb". På baggrund af de kvalitative interviews revideres spørgsmålene, og eventuelle ad hoc spørgsmål tilføjes.

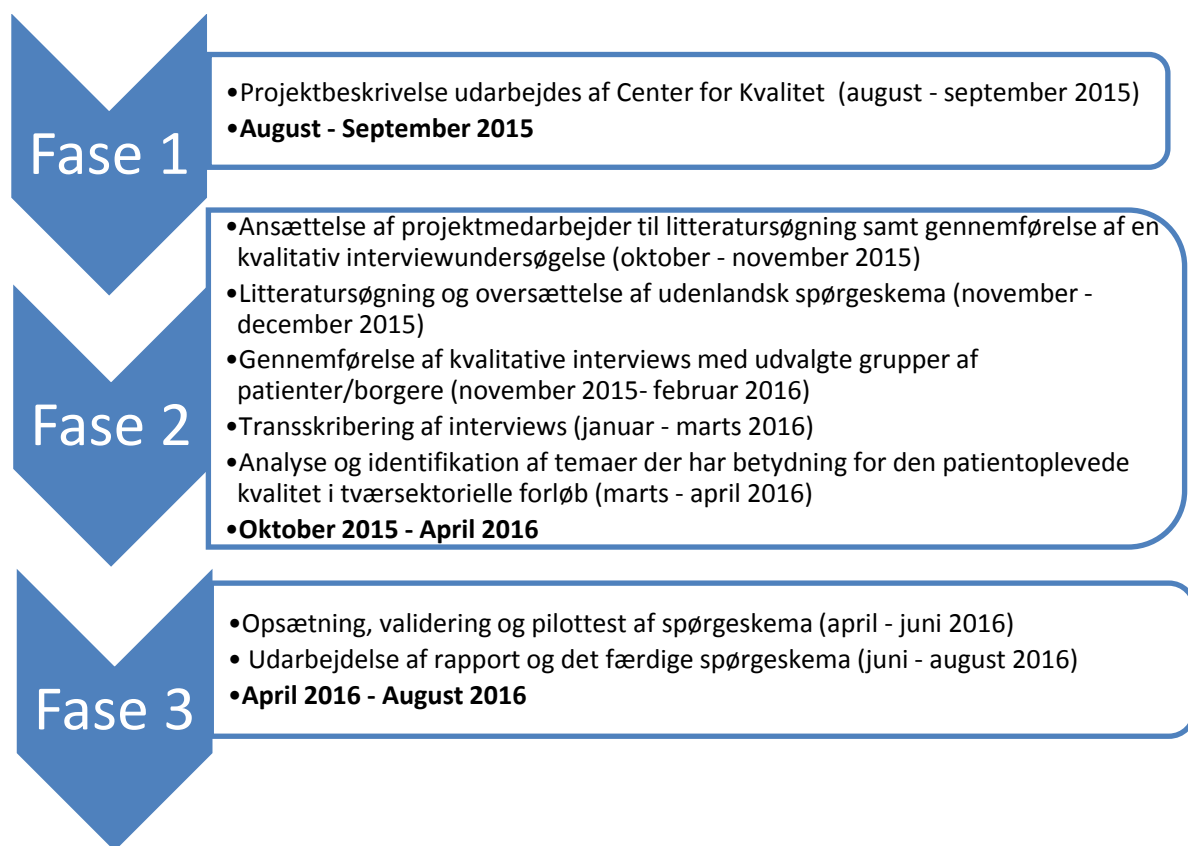
Når spørgeskemaet er revideret, vil det blive pilottestet i en større dansk population. Dette planlægges og gennemføres i samarbejde med en ekstern konsulent, der har erfaring hermed.

Population

Studiepopulationen er patienter i forløb, der involverer minimum 2 sektorer, Patienterne kan have været indlagt eller have været i et ambulant forløb. Dette vil omfatte patienter med fysiske og psykiske sygdomme, akutte og kroniske sygdomme, akutte og planlagte forløb, samt patienter der henvises fra sygehusambulatorier til genoptræning.

Tidsplan

Projektet er opdelt i tre faser, således at leverancerne fra hver fase rapporteres til Følgegruppen for Behandling og Pleje, der har det overordnede ansvar for projektets gennemførelse og for afleveringen af slutproduktet til DAK.



Budget

	2015	2016	I alt
Udgifter der afholdes af regionen og kommunerne*			
Akademisk projektmedarbejder	105.000	105.000	210.000
Medarbejder til transskribering	5.000	10.000	15.000
Proceskonsulent	20.000	10.000	30.000
Ekstern konsulent	10.000	40.000	50.000
Driftsrelaterede udgifter	20.000	15.000	35.000
I alt	190.000	150.000	340.000

*Disse udgifter fordeles 50/50 mellem kommuner og regionen

	2015	2016	I alt
Udgifter der afholdes af Center for Kvalitet			
Projektleder	150.000	110.000	260.000

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

Referencer

Brangstrup, Lene & Lorenzen, Tommy Rolf; **Videokonferencer i patientens hjem forebygger genindlæggelser**, Sygeplejersken (8) 2015

Det Administrative Kontaktforum, Region Syddanmark, **Referat, Onsdag den 17. juni 2015**, 2015
<http://www.regionsyddanmark.dk/wm280850>

Danske patienter, **Politik**, 2015
<http://www.danskepatienter.dk/politik>

Danske regioner; Sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder. Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i perioden 2013 til 2019, 2013

DSR analyse; Notat: **Danskernes oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet**, Dansk Sygepleje Råd 2015

Freil, Morten; **Patienternes ønsker: Ønsker til den nye regering**, Sygeplejersken 8, 2015

Holm-Petersen, Christina og Buch, Martin Sandberg; **Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet**, KORA 2014

Lindegaard, Birthe Rosenkrantz & Qvist, Peter; **Hvor meget betyder kontinuiteten for patienterne? En undersøgelse af fagpersoners tolkning af patientkommentarer fra LUP 2009**, Nordisk sygeplejerforskning, (4) 307-313 2012

Regeringen; **Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen**, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, København, 2013
http://www.regioner.dk/sundhed/~/_media/F083E9E158C14428B8E34903FAE9941E.ashx

Regionerne og Danske regioner, **Plan for Borgernes Sundhedsvæsen**, 2014
<http://www.e-pages.dk/regioner/87/>

Region Syddanmark; **Sam:Bo Samarbejde om borger/patientforløb**, 2009
<http://www.regionsyddanmark.dk/wm258038>

Sundhedskoordinationsudvalget Region Hovedstaden; **Sundhedsaftale 2015-2018**, Region Hovedstaden og kommuner i regionen 2015
<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Documents/Samlet%20Sundhedsaftale%202015%20-%202018.pdf>

Sundhedskoordinationsudvalget Region Midtjylland; **Sundhedsaftale 2015-2018**, Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner, 2015
http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/forside/sundhedsaftale_tryk.pdf

Sundhedskoordinationsudvalget Region Nord; **Sundhedsaftale 2015-2018**, De nordjyske kommuner og Region Nordjylland, 2015
<http://www.rn.dk/sundhedsaftalen2015>

Sundhedskoordinationsudvalget Region Sjælland; **Sundhedsaftale 2015-2018**, Region Sjælland og KKR, 2015

<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen/Documents/Sundhedsaftale%202015-2018.pdf>

Sundhedskoordinationsudvalget Region Syddanmark, **Sundhedsaftalen 2015-2018**, Region Syddanmark og de 22 kommuner 2015

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm422922>

Bilag 1

Barrierer for det tværsektorielle samarbejde

Der er forskellige årsager til, at det tværsektorielle samarbejde ikke fungerer optimalt. Udveksling af information og ansvarsfordeling på tværs af sektorer er nogle af de områder, hvor man har identificeret problemer. Ét konkret problem er anvendelse af forskellige IT-systemer, der vanskeliggør udveksling af patient-informationer mellem sektorer. Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet IT-systemer underbygger en fællesoffentlig infrastruktur, men en sådan er endnu ikke implementeret (Danske regioner 2013). Et andet problem er, at initiativer såsom videokonferencer, der skal skabe vidensdeling mellem sektorer, rent praktisk ikke kan lade sig gøre pga. digitale netværksproblemer (Brangstrup & Lorenzen, 2015). En anden faktor, der kan påvirke oplevelsen af sammenhæng i tværsektorielle patientforløb, er stigningen i antallet af komplekse og accelererede forløb med mange samarbejdspartnere. En oversigt over barrierer for tværsektorielt samarbejde og koordination primær og sekundær sundhedssektor er beskrevet i et notat fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) (Holm-Petersen & Buch, 2014).

Bilag 2. Søgestrategi i PubMed

Mesh termer

1. Continuity of care
2. Care continuity
3. Integrated care
4. Coordinated care
5. Trans sectoral care
6. Inter sectoral care
7. Cross sectoral care
8. Quality of care
9. Patient perspective
10. Patient experience
11. Patient perception

Søgninger med antal hits > 100

Søgeord	Hits #	Dato
1	47482	22.2.2016
1+8	9180	28.2.2016
1+9	971	22.2.2016
1+10	2981	22.2.2016
1+11	610	22.2.2016
2	47482	22.2.2016
2+8	9180	28.2.2016
2+9	971	22.2.2016
2+10	2981	22.2.2016
2+11	610	22.2.2016
3	36558	22.2.2016
3+8	9165	28.2.2016
3+9	766	22.2.2016

3+10	1931	22.2.2016
3+11	355	22.2.2016
4	6327	28.2.2016
4+8	1782	28.2.2016
4+9	108	28.2.2016
4+10	401	28.2.2016
7	127	28.2.2016

Filters: English, human, with abstract, max. 5 years old

Vil du hjælpe med at forbedre samarbejdet mellem sygehus, egen læge og hjemmeplejen i Region Syddanmark?

Vi inviterer dig til at deltage i et interview omkring dine oplevelser af sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Interviewene er en del af et projekt, der undersøger patienters og borgers oplevelse af sammenhæng i deres sygdomsforløb på tværs af sektorer (f.eks. mellem egen læge/sygehus eller sygehus/hjemmepleje).

Deltagernes svar vil blive brugt i arbejdet med at udvikle et spørgeskema, som skal gøre det muligt at måle på patienters oplevelse af kvaliteten af deres sygdomsforløb.

Hvis du vil deltage, bedes du skrive under på dette dokument, som giver os lov til at kontakte dig via telefon eller e-mail. Her vil du modtage mere information om undersøgelsen, og vi vil lave en aftale om et interview. Du kan når som helst trække dit tilsagn om deltagelse tilbage, hvis du alligevel ikke ønsker at indgå i projektet.

Interviewet varer ca. 45 minutter og kan foregå via telefon, i dit hjem eller på sygehuset (hvis du er indlagt).

Som tak for hjælpen vil deltagere modtage et gavekort på 100 kr. til et varehus.

Hvis du har spørgsmål, er du meget velkommen til at kontakte projektmedarbejder Anne Kudsk på tlf. 40435005 eller e-mail anne.k.fallesen@rsyd.dk.

Med venlig hilsen

Anne Nicolaisen

Anne Kudsk

Projektleder Anne Nicolaisen og projektmedarbejder Anne Kudsk

Jeg vil gerne deltage i projektet og ønsker at blive kontaktet

Navn:

Adresse:

Telefon:

E-mail:

Underskrift:

Dato:



Interviewguide

Temaer:

(Med interviewguiden skal nedenstående temaer og underspørgsmål gerne belyses)

1. Tiden fra henvisning til indlæggelse på sygehus

Hvis du tager udgangspunkt i dine egne oplevelser og erfaringer fra du blev henvist til sygehuset, til du blev indlagt på afdelingen – Hvordan havde du/I brug for, at sygehuset og din egen læge/hjemmesygepleje/hjemmepleje (primær sektor) samarbejdede om dig og din sygdom, fra du blev henvist, til du blev indlagt på sygehuset?

2. Samarbejde mellem egen læge og afdelingen under indlæggelse

Hvis du tager udgangspunkt i dine egne oplevelser og erfaringer fra tiden under indlæggelse på afdelingen – hvordan havde du/I brug for, at der blev samarbejdet om dig og din sygdom i forbindelse med indlæggelsen og selve udskrivelsen?

- Hvad forventede du?
- Hvad havde du brug for?

3. Samarbejde mellem egen læge, hjemmepleje og sygehusafdelingen efter indlæggelse

Hvordan havde du/I brug for, at sygehuset, egen læge og hjemmepleje/hjemmesygeplejen (primær sektor) samarbejdede om dig og din sygdom i forbindelse med tiden efter indlæggelsen?

4. God kvalitet

Hvad mener du/I er årsagerne til god kvalitet i samarbejdet mellem egen læge og sygehus samt mellem sygehus, egen læge og hjemmepleje/hjemmesygepleje?

Hvad mener du er det væsentligste for god kvalitet i samarbejdet mellem egen læge og sygehus og mellem sygehus og egen læge/hjemmepleje? (2)

Introduktion

- Introduktion af mig

Kort introduktion til projektet:

- Vi er interesserede i at få noget at vide om, hvordan patienter oplever deres sygdomsforløb her i regionen. Hvordan de oplever det samlede sygdomsforløb med kontakt til både egen læge, hjemmepleje og sygehuse.
- Dine oplysninger skal bruges til at lave et spørgeskema, som skal kunne give os svar på netop dette.

(Generelle uddybende spørgsmål: ved positivt – hvad gjorde det godt? Ved negativt – hvad kunne være gjort anderledes?)

Domæne	Hjælpespørgsmål
Patients baggrund Patientens beskrivelse af sit sygdomsforløb	• Navn og diagnose kort • Fortæl om hvilket forløb, du har haft (særligt interesseret i samarbejde mellem sektorer)? • Hvordan kom du ind i systemet? • Hvem har du været i kontakt med og hvordan? • Oplevet samarbejde mellem dem, du har været i kontakt med omkring dit forløb?
Dialog på tværs af sektorer (Kommunikation og koordination)	• Hvordan oplevede du, at personalet på sygehuset var informeret om din situation, da du blev indlagt/var til undersøgelse eller behandling? (2) • Hvordan oplevede du det at skulle hjem fra sygehuset/udskrives? Var du parat til at blive udskrevet? Hvorfor/hvorfor ikke? • Vidste du, hvad der skulle ske, da du blev udskrevet? Fik du f.eks. udleveret materiale eller andet på skrift?

	• Blev lagt en plan for din udskrivelse og tiden efter udskrivelsen? Havde du f.eks. en samtale, før du blev udskrevet om, hvad der skulle ske? • Får du aktuelt hjælp til noget i hjemmet? Hvis ja, hvad får du hjælp til? Og af hvem? (f.eks. hjælpemidler, mad, personlig pleje, medicin)
Koordinering af ydelser på tværs af sektorer (plan og tilrettelæggelse)	• Den 'plan', der blev lagt for din udskrivelse og tiden efter, oplevede du, at den blev fulgt? Af hvem? Sundhedsproff? Dig? • Har du oplevet at få modsatrettede oplysninger/information? (LSE-rapport) • Når du kommer hjem/da du kom hjem fra sygehuset, vidste hjemmeplejen og/eller din egen læge, hvad der var sket på sygehuset? • Hvordan synes du, at sygehuset og din egen læge/hjemmeplejen samarbejdede om din udskrivelse? • Er der nogle ydelser/behov, som har været svære at få/få dækket? Hvilke og hvorfor, tror du? (LSE rapport)
Ansvarsfordeling (oplevelser i relation til ansvars- og opgavefordeling)	• Hvem oplever du, har ansvar for dit sygdomsforløb? • Har du fået tilknyttet en kontaktperson? Hvis ja, hvilken funktion har denne person haft? Hvis nej, ville det have gjort en forskel at have haft én? • Er der én eller nogen, der kender dig og dit forløb særligt godt? Hvad betyder det for dig? ("billeder", LSE rapport) • Prøv at fortælle om, hvordan det fungerer. • Ved du hvem du skal henvende dig til, hvis du har spørgsmål om din sygdom, pleje, hjælp, genoptræning o.l.? (f.eks. ved behov for hjælpemidler) Hvem har ansvar for medicin? Hvem har ansvar for genoptræning? Hvem har ansvar for behandling?

Generelt	- Hvordan er din oplevelse af dit samlede forløb (kontakt til egen læge, kontakt til hjemmepleje/hjemmesygepleje og sygehus)? - Hvis du tænker på det, vi har snakket om i dag, hvad er så vigtigt for dig for at have et godt forløb? (i forhold til kontakt til både egen læge, hjemmepleje og sygehus og hvordan de samarbejder om dit sygdomsforløb) - Hvis du ser tilbage på dit sygdomsforløb og dine oplevelser, hvordan vil du så beskrive det? Hvilke ord vil du sætte på?
Er der noget, du gerne vil tilføje, som vi ikke har været omkring? Er der noget, der er vigtigt for dig at få sagt, som vi ikke har snakket om? Af alt det, vi har snakket om i dag, hvad har været det vigtigste for dig? Kan du komme med nogle anbefalinger til, hvordan man kunne forbedre "patientforløb"?	

Et *patientforløb* består ofte af undersøgelser, samtaler, behandlinger, sygeplejeaktiviteter, genoptræning m.v. Patienten skal have oplevelsen af, at disse elementer giver mening i forhold til det samlede forløb (...)

Det stiller store krav til den tværgående koordinering mellem praksissektor, sygehussektor og kommunerne, til interaktionen mellem afdelingerne. Det stiller store krav til den tværgående koordinering mellem praksissektor, sygehussektor og kommunerne, til interaktionen mellem afdelingerne samt til kommunikationen med patienter og pårørende.

Patientforløb kan opdeles i

- Kroniske – ofte lange forløb med kontakt til flere faggrupper og på tværs af sektorer. Der er ikke tale om snævert afgrænsede opgaver, hvor man præcist kan definere overgangen fra én opgave til en anden.
- Akutte – som regel af kortere varighed. Som regel en åbenbar begyndelse og afslutning (som kan udvikle sig til længerevarende eller kroniske forløb)
- Planlagte – som akutte...

I projektet bruges begrebet sygdomsforløb ud fra antagelsen om, at patienter bedre kan relatere sig til sygdomsforløb end til patientforløb.

Sygdomsforløb i projektet defineres som:

”Et sygdomsforløb, hvor patienten har eller har haft kontakt til flere sektorer. Forløbet kan være kronisk, akut eller planlagt og kan bestå af gentagne kontakter til flere sektorer over tid”

Enheden for Brugerundersøgelser: Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2007.

Enheden for Brugerundersøgelser: Patienters oplevelser mellem overgange mellem primær og sekundær sektor (POPS). København, 2007.

Tværsektorielle forløb for den skrøbelige geriatriske patient med medicinsk sygdom. Projekt mellem UC Sjælland, Geriatrisk Afdeling, Næstved Sygehus og Næstved kommune. Februar 2015.

Sammenhæng i tværsektorielle KOL-forløb. KORA, København 2013.

Sammenhængende patientforløb – et udviklingsfelt. DSR og Danske regioner

Bilag 5. Karakteristik af respondenter i semistrukturerede interviews

	Afdeling	Alder	Sygdom	Civilstatus
1	Neurologisk, VS	75	Parkinson	Gift
2	Neurologisk (rehabilitering)	70	Parkinson, brækket fod	Enlig
3	Ortopædkirurgisk (rehabilitering)	81	Hofte og prolapsopereret	Gift
4	Almen medicin (rehabilitering)	63	Infektion og sequelae til infektion	Gift
5	Kardiologisk	93	Arytmi	Enlig
6	Kardiologisk	92	AMI, hofteopereret	Enke
7	Kardiologisk/onkologisk	72	Prostatacancer/bypass/diabetes	Ukendt
8	Kirurgisk/Onkologisk	70	Rectalcancer	Gift
9	Psykiatri		Afslået	
10	Psykiatri		Afslået	
11	Almen medicin	54	Diabetes/skut	Gift
12	Almen medicin	64	KOL	Enlig
13	Ortopædkirurgisk	76	Håndledsfraktur	Enke
14	Ortopædkirurgisk/onkologisk	65	Prostatacancer/håndledsfraktur	Ukendt

Bilag 6. SPOT

Spørgeskema om brugeroplevet kvalitet i behandlingsforløb der involverer sygehus, kommune og egen læge



Region Syddanmark
CENTER FOR KVALITET

Spørgeskema om brugeroplevet kvalitet i behandlingsforløb der involverer sygehus, kommune og egen læge

Dette spørgeskema spørger ind til dine oplevelser af kvalitet i behandlingsforløb, hvor du har været i kontakt med sygehus, kommune og/eller egen læge.

Behandlingsforløb er perioder, hvor du som patient er blevet behandlet for en sygdom eller lidelse. Behandlingsforløb inkluderer også genoptræning/rehabilitering, besøg af hjemmesygeplejerske/hjemmeplejen og/eller besøg hos egen læge der har relation til behandlingsforløbet. Der kan være tale om både akutte og planlagte behandlingsforløb.

I dette spørgeskema vil vi gerne have at du besvarer spørgeskemaet ud fra dine oplevelser i dit seneste afsluttede eller igangværende behandlingsforløb.

VEJLEDNING TIL SPØRGESKEMA

Du bedes svare på spørgsmålene set ud fra helheden af dine oplevelser i dit behandlingsforløb.

I spørgeskemaet indgår en række spørgsmål, hvor du skal tage stilling til, hvor enig du er i et udsagn.

Vi beder dig om at svare på spørgsmålene, da din mening har betydning for forbedringen af behandlingsforløb, der involverer kontakt til sygehus, kommune og/eller egen læge.

Selvom du måske synes, at dit svar ikke helt passer til svarmulighederne, skal du sætte kryds ved det svar, som passer bedst til din mening.

Du må gerne udfylde spørgeskemaet sammen med pårørende, bare dine svar udtrykker dine egne oplevelser og holdninger.

Hvad er dit køn?

- ☐ Kvinde
- ☐ Mand

Hvilket år er du født?

Hvad er din civilstatus?

- ☐ Gift/samlevende
- ☐ I parforhold, men ikke samboende
- ☐ Enlig
- ☐ Skilt
- ☐ Enke/enkemand

Hvad er din højeste fuldførte uddannelse?

- ☐ Grundskole
- ☐ Gymnasial uddannelse
- ☐ Erhvervsfaglig uddannelse (f.eks. tømrer, elektriker, mekaniker)
- ☐ Kort videregående uddannelse (f.eks. laborant, farmakonom, tandplejer, byggetekniker)
- ☐ Mellemlang videregående uddannelse (f.eks. sygeplejerske, folkeskolelærer, diplomingeniør)
- ☐ Lang videregående uddannelse (uddannelse på kandidatniveau)
- ☐ Bacheloruddannelse
- ☐ Forskeruddannelse

Hvad er din nuværende beskæftigelse?

- ☐ Selvstændig erhvervsdrivende
- ☐ Funktionær/tjenestemand/akademiker
- ☐ Faglært arbejder
- ☐ Specialarbejder/ikke faglært arbejder
- ☐ Medhjælpende ægtefælle
- ☐ Under uddannelse
- ☐ Hjemmegående
- ☐ Folkepensionist/efterlønsmodtager
- ☐ Arbejdssøgende
- ☐ Førtidspensionist
- ☐ Andet

DE FØLGENDE SPØRGSMÅL DREJER SIG OM DIN KONTAKT TIL SYGEHUSET, OG DEN SYGDOM SOM ER ÅRSAG TIL KONTAKTEN.

KONTAKT TIL ET SYGEHUS DÆKKER: INDLÆGGELSE, BESØG PÅ AMBULATORIUM OG TELEFONISK KONTAKT.

Hvilken type kontakt har du haft til sygehuset i dit behandlingsforløb?

- ☐ Indlagt
- ☐ Ambulant aftale (besøg på sygehuset der ikke kræver indlæggelse)
- ☐ Har talt i telefon med læge/sygeplejerske
- ☐ Andet

Hvis andet, beskriv her:

Hvordan startede du dit behandlingsforløb på sygehuset?

- ☐ Akut
- ☐ Planlagt (Indkaldt på forhånd)
- ☐ Ved ikke

Er dit seneste behandlingsforløb afsluttet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Hvor mange gange har du været i kontakt med et sygehus indenfor det sidste år som en del af dit behandlingsforløb?

Antal gange: _____

Hvilken type sygdom drejede dit behandlingsforløb sig om?

- ☐ Kronisk sygdom (sygdom der er vedvarende eller har et langvarigt forløb, f.eks. cancer/kræft, diabetes, hjertesygdomme, astma, KOL)
- ☐ Midlertidig sygdom (sygdom der har et afgrænset forløb, f.eks. et knoglebrud, nyresten, blindtarmsbetændelse)
- ☐ Ved ikke

Hvem henviste dig til sygehuset i dit behandlingsforløb?

- ☐ Egen læge
- ☐ Speciallæge
- ☐ Lægevagten
- ☐ Anden afdeling/andet sygehus
- ☐ Jeg blev ikke henvist
- ☐ Anden

Hvis anden, hvem?

HER KOMMER TO SPØRGSMÅL TIL DIN OPLEVELSE AF VENTETID I DIT BEHANDLINGSFORLØB

Hvad mener du om ventetiden i dit behandlingsforløb?

	For lang	Passende	For kort	Ikke relevant
Fra du blev henvist til sygehuset, og til du fik kontakt med sygehuset?	☐	☐	☐	☐
Fra du ankom til sygehuset, og til du blev set af en læge?	☐	☐	☐	☐

HER KOMMER 3 SPØRGSMÅL TIL DIN KONTAKT MED SYGEHUSET

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant
I hvor høj grad følte du dig inddraget i beslutninger vedrørende din behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad er du overordnet set tilfreds med din kontakt til sygehuset?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du, at afdelingerne på sygehuset samarbejdede med hinanden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FØLGENDE FIRE SPØRGSMÅL SKAL KUN BESVARES, HVIS DU HAR VÆRET INDLAGT PÅ SYGEHUSET

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplevede du, at der var én læge på afdelingen, der tog særligt ansvar for dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐
Oplevede du, at der var én sygeplejerske/ social- og sundhedsassistent på afdelingen, der tog særligt ansvar for dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant
I hvor høj grad oplevede du, at afdelingen var informeret om din situation, da du ankom?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad fik du den information, du havde brug for under indlæggelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FØLGENDE FIRE SPØRGSMÅL SKAL KUN BESVARES, HVIS DU HAR VÆRET/ER I ET AMBULANT FORLØB PÅ SYGEHUSET

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplevede du, at der var én læge i ambulatoriet, der tog særligt ansvar for dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐
Oplevede du, at der var én sygeplejerske/ social- og sundhedsassistent på i ambulatoriet, der tog særligt ansvar for dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant
I hvor høj grad oplevede du, at ambulatoriet var informeret om din situation, da du ankom?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad fik du den information, du havde brug for under ambulant besøg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FØLGENDE 4 SPØRGSMÅL SKAL KUN BESVARES, HVIS KONTAKTEN TIL SYGEHUSET I DIT BEHANDLINGSFORLØB ER AFSLUTTET.

	JA	Nej, det var ikke nødvendigt	Nej, men det ville jeg gerne have haft	Ikke aktuelt for mig
Havde du en afsluttende samtale med en læge eller en sygeplejerske, inden du blev udskrevet/afsluttet fra sygehuset?	☐	☐	☐	☐
Blev du ved udskrivelsen/afslutningen orienteret om, hvad der var foregået, mens du havde kontakt til sygehuset?	☐	☐	☐	☐
Blev der lavet en plan for din behandling efter udskrivelse/afslutning fra sygehuset?	☐	☐	☐	☐
Blev dine pårørende inddraget i forbindelse med din udskrivelse/afslutning fra sygehuset?	☐	☐	☐	☐

Hvem har været involveret i dit behandlingsforløb? Sæt gerne flere kryds

- ☐ Sygehus (afdeling/ambulatorium)
- ☐ Egen læge
- ☐ Hjemmesygeplejerske/hjemmepleje
- ☐ Genoptræning i kommunen
- ☐ Andre

Hvis andre, hvilke?

FØLGENDE 5 SPØRGSMÅL DREJER SIG OM SAMARBEJDE MELLEM SYGEHUS, KOMMUNE OG/ELLER EGEN LÆGE.

VED SPØRGSMÅL DER DREJER SIG OM SAMARBEJDE, DER IKKE HAR VÆRET EN DEL AF DIT BEHANDLINGSFORLØB, KAN DU SVARE "IKKE RELEVANT"

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant
I hvor høj grad oplevede du, at dit samlede behandlingsforløb var godt tilrettelagt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du, at planen for dit behandlingsforløb blev overholdt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad har du fået svar på de spørgsmål, du har haft om din sygdom og dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad er dine pårørende blevet inddraget i dit behandlingsforløb i passende omfang?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad har du været tryk ved den behandling, du har fået/får?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FØLGENDE 5 SPØRGSMÅL HANDLER OM SAMARBEJDE MELLEM SYGEHUS OG KOMMUNE (HJEMMEPLEJE, HJEMMESYGEPLEJE, GENOPTRÆNING)

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant
I hvor høj grad oplevede du, at der var overensstemmelse mellem den information du fik på sygehuset og hos kommunen om dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du, at sygehuset og hjemmesygeplejen/hjemmeplejen samarbejdede om dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du, at sygehuset og den kommunale genoptræning samarbejdede om dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

I hvor høj grad oplevede du, at hjemmesygeplejen/hjemmeplejen var informeret om dit behandlingsforløb?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I hvor høj grad oplevede du, at den kommunale genoptræning var informeret om dit behandlingsforløb?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

FØLGENDE 4 SPØRGSMÅL HANDLER OM SAMARBEJDET MELLEM SYGEHUS OG EGEN LÆGE.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Ikke relevant
I hvor høj grad oplevede du, at din egen læge var orienteret om dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du, at sygehuset og din egen læge samarbejdede om dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du, at der var overensstemmelse mellem den information du fik på sygehuset og hos egen læge, om dit behandlingsforløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplevede du at egen læge havde informeret sygehuset inden din kontakt hertil?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Har du oplevet problemer i samarbejdet mellem:

	Ja	Nej	Ved ikke
Sygehus og egen læge?	☐	☐	☐
Kommune og sygehus?	☐	☐	☐
Kommune og egen læge	☐	☐	☐

Hvis ja til et eller flere af spørgsmålene, skriv her hvilke problemer der har været

DE AFSLUTTENDE SPØRGSMÅL DREJER SIG OM DIN OPLEVELSE AF STØTTE I BEHANDLINGSFORLØBET OG DIT SAMLEDE INDTRYK AF BEHANDLINGSFORLØBET

Har du fået den støtte i dit behandlingsforløb, du har haft behov for?

	Ja	Nej	Ved ikke
Hos din egen læge	☐	☐	☐
På sygehuset	☐	☐	☐
I kommunen (hjemmesygepleje, hjemmepleje, genoptræning)	☐	☐	☐
Har dine pårørende været inddraget i behandlingsforløbet?	☐	☐	☐

Hvad er dit samlede indtryk af hele behandlingsforløbet?

- ☐ Meget godt
- ☐ Godt
- ☐ Både godt og dårligt
- ☐ Dårligt
- ☐ Meget dårligt

Har du yderligere kommentarer til denne undersøgelse?

HVORDAN HAR DU DET?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom
blandt unge og voksne i Region Syddanmark 2017



Udfyld venligst spørgeskemaet
og brug vedlagte svarkuvert.

Du kan også springe turen til postkassen over
ved at svare via internettet på **www.svar2017.dk**



Se præmierne på
www.rsyd.dk/hvordanhardudet


Region Syddanmark

Oplysninger om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge sundhed og sygelighed hos borgerne i Region Syddanmark. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

Det er en del af en landsdækkende undersøgelse, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, som så beskriver sundhedstilstanden i Danmark. Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen.

Du kan også udfylde skemaet på internettet ved at gå ind på **www.svar2017.dk**. Du finder dit brugernavn og din adgangskode i følgebrevet, som du fik tilsendt sammen med dette spørgeskema.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelser i Region Syddanmark trækkes der lod om tre pengepræmier på henholdsvis **6.000 kr.**, **4.000 kr.** og **2.000 kr.**, **to iPad mini** samt **40 x 2 biografbilletter**. Vinderne får direkte besked pr. brev. Præmierne er skattefrie.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi supplerende oplysninger om f.eks. lægebesøg og indlæggelser på sygehus fra offentlige databaser.

Dine svar behandles fortroligt. Alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Syddanmark er dataansvarlig, og undersøgelsen udføres af Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset, Damhaven 12, 7100 Vejle

Nummeret på forsiden er med for, at vi kan holde rede på, hvem der har svaret. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor påmindelser til alle, vi ikke har modtaget svar fra.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås ved henvendelse til Region Syddanmark på telefonnummer **40 24 08 40** eller på e-mail **sundhedsprofil@rsyd.dk**.

Sådan udfylder du skemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **tynd filtpen**. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke som vist i nedenstående eksempler.

	Rigtigt	Forkert
Sæt et tydeligt X.	☐ ☒	☐ ✓ ☐
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraves den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	☒ ☐	☒ → ☒
Tal skrives i felterne.	2	2
Tal rettes ved helt at skrive det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	1 ⁴	1 ⁴

Køn og alder

1. Er du:

Mand	☐	Kvinde	☐
------	--------------------------	--------	--------------------------

2. Hvornår er du født?

Dag	Måned	År

Helbred og trivsel

3. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	☐
Vældig godt	☐
Godt	☐
Mindre godt	☐
Dårligt	☐

4. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
<u>Lettere aktiviteter</u> , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	☐	☐	☐
At gå <u>flere</u> etager op ad trapper	☐	☐	☐

5. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har været begrænset i hvilken <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	☐	☐	☐	☐	☐

6. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	☐	☐	☐	☐	☐

7. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)	
Slet ikke	☐
Lidt	☐
Noget	☐
En hel del	☐
Virkelig meget	☐

8. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger...

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig rolig og afslappet?	☐	☐	☐	☐	☐
har du været fuld af energi?	☐	☐	☐	☐	☐
har du følt dig trist til mode?	☐	☐	☐	☐	☐

9. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét X)	
Hele tiden	☐
Det meste af tiden	☐
Noget af tiden	☐
Lidt af tiden	☐
På intet tidspunkt	☐

10. Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?

(Kun ét X)

Meget dårlig	☐
Dårlig	☐
Hverken god eller dårlig	☐
God	☐
Særdeles god	☐

11. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af følgende ting?

Hvis spørgsmålet ikke er aktuelt for dig, bedes du svare "Ikke aktuelt". Du bedes eksempelvis svare "Ikke aktuelt" i spørgsmålet "Forholdet til din partner", hvis du ikke har haft en partner inden for de seneste 12 måneder.

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, lidt	Ja, meget	Ikke aktuelt
Din økonomi	☐	☐	☐	☐
Din boligsituation	☐	☐	☐	☐
Din arbejdssituation	☐	☐	☐	☐
Forholdet til din partner	☐	☐	☐	☐
Forholdet til familie eller venner	☐	☐	☐	☐
Sygdom hos dig selv	☐	☐	☐	☐
Sygdom hos din partner, familie eller nære venner	☐	☐	☐	☐
Dødsfald tæt på	☐	☐	☐	☐
Ensomhed	☐	☐	☐	☐
Andre belastninger	☐	☐	☐	☐

Hvis andre belastninger, skriv hvilke: _____

12. Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du:

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Haft problemer med at acceptere din krops udseende?	☐	☐	☐	☐	☐
Oplevet at være utilfreds med dig selv?	☐	☐	☐	☐	☐
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som andre har til dig?	☐	☐	☐	☐	☐
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som du har til dig selv?	☐	☐	☐	☐	☐

Dagligdagens stress

13. Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for de seneste 4 uger. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt dig nervøs og "stressed"?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritationsmomenter?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at du havde styr på tingene?	☐	☐	☐	☐	☐
Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	☐	☐	☐	☐	☐

Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

14. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	☐	☐	☐
Træthed	☐	☐	☐
Hovedpine	☐	☐	☐
Søvnbesvær, søvnproblemer	☐	☐	☐
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	☐	☐	☐
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	☐	☐	☐

15. Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Slet ikke	Flere dage	Mere end halvdelen af dagene	Næsten hver dag
Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt	☐	☐	☐	☐
Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunnet styre din bekymring	☐	☐	☐	☐
Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting	☐	☐	☐	☐
Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	☐	☐	☐	☐

16. Nedenfor følger nogle spørgsmål om knæproblemer. Hvis du tænker på dine knæ, har du så ...

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Haft smerter, været øm/irriteret eller oplevet ledstivhed i eller omkring dine knæ de fleste dage i mindst én måned indenfor de sidste 12 måneder?	☐	☐
Nogensinde haft en skade i det ene eller begge dine knæ, som gjorde, at du opsøgte læge?	☐	☐
Nogensinde fået foretaget en operation i det ene eller begge dine knæ?	☐	☐

Medicin

17. Har du inden for de seneste 14 dage taget receptpligtig medicin og/eller håndkøbsmedicin (inklusive naturlægemidler) for nedenstående gener?

(Sæt gerne flere X i hver linje)	Ja, recept-medicin	Ja, håndkøbsmedicin (inkl. naturlægemidler)	Nej, ingen af delene
Migræne eller hovedpine	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i knæ	☐	☐	☐
Smerter eller ubehag i øvrige muskler, knogler og led	☐	☐	☐
Søvnproblemer	☐	☐	☐
Nervøsitet, uro eller angst	☐	☐	☐
Nedtrykthed eller depression	☐	☐	☐
Allergi (allergisk snue, høfeber)	☐	☐	☐
Astma	☐	☐	☐

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

18. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder.

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

19. For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?
				Ja Nej
(Sæt mindst ét X i hver linje)				
Astma	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Allergi (ikke astma)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Sukkersyge (diabetes)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Forhøjet blodtryk	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Blodprop i hjertet	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Hjertekrampe (angina pectoris)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Slidgigt	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Leddegigt	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Knogleskørhed (osteoporose)	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Kræft	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Migræne eller hyppig hovedpine	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har været <u>mindre end 6 måneder</u>	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Psykisk lidelse af <u>mere end 6 måneders</u> varighed	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Grå stær	☐	☐	☐ →	☐ ☐
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	☐	☐	☐ →	☐ ☐

Rygning

20. Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)

	(Kun ét X)	
Ja, hver dag	☐	
Ja, mindst én gang om ugen	☐ →	Gå til spørgsmål 22
Ja, sjældnere end hver uge	☐ →	Gå til spørgsmål 22
Nej, jeg er holdt op	☐ →	Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg har aldrig røget	☐ →	Gå til spørgsmål 26

21. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?*(Skriv antal)*

Antal cigaretter	
Antal cerutter	
Antal cigarer	
Antal pibestop	

22. Vil du gerne holde op med at ryge?*(Kun ét X)*

Nej	☐	→ Gå til spørgsmål 24
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	☐	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	☐	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	☐	

23. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det (f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

24. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

Skriv alder		år
-------------	----------------------	----

*Spørgsmål 25 er kun til personer, der er holdt op med at ryge. Andre bedes gå til spørgsmål 26.***25. Hvornår holdt du op med at ryge?**

Skriv årstal	
--------------	----------------------

26. Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	☐
1 – 5 timer om dagen	☐
½ – 1 time om dagen	☐
Mindre end ½ time om dagen	☐
0 timer	☐

27. Bor du sammen med nogen, der ryger?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

28. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, dagligt eller næsten dagligt	Ja, ugentligt	Ja, men sjældnere end hver uge	Nej, aldrig
☐	☐	☐	☐

E-cigaretter

29. Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	☐
Ja, mindst én gang om ugen	☐
Ja, sjældnere end hver uge	☐
Nej, men jeg har brugt dem tidligere	☐
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	☐
Nej, jeg har aldrig brugt dem	☐

Alkohol

30. Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

Ja	☐
Nej	☐ → Gå til spørgsmål 41

31. Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

+

+

32. Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Ja

☐

Nej

☐

33. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja

☐

Nej

☐

34. Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja

☐

Nej

☐

35. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag

2 dage

3 dage

4 dage

5 dage

6 dage

7 dage

☐☐☐☐☐☐☐

36. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

☐

Nej

☐

37. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

Antal genstande			
	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkoholsodavand
Mandag			
Tirsdag			
Onsdag			
Torsdag			
Fredag			
Lørdag			
Søndag			

1 genstand =

- 1 almindelig øl
- 1 glas rød-/hvidvin
- 1 glas hedvin
- 1 drink/cocktail
- 1 snaps/shot
- 1 alkoholsodavand
- 1 alkoholcider

1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
 1 flaske hedvin = 10 genstande
 1 flaske spiritus = 20 genstande

+

+

38. Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	☐
Ugentligt	☐
Månedligt	☐
Sjældent	☐
Aldrig	☐

39. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

40. Vil du vurdere, at dit alkoholforbrug er skadeligt for dit helbred?

(Kun ét X)

Ja, meget ☐	Ja, lidt ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐
------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Kost

Sæt X ved de svar, som passer bedst til dine kostvaner.

41. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	☐	☐	☐	☐	☐
Minarine eller plantemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Fedt	☐	☐	☐	☐	☐
Spiser brød uden fedtstof på	☐	☐	☐	☐	☐

42. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	☐	☐	☐	☐	☐
Fiskepålæg	☐	☐	☐	☐	☐
Æg	☐	☐	☐	☐	☐
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	☐	☐	☐	☐	☐

+

+

43. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	☐	☐	☐	☐	☐
Fjerkræ (f.eks. kylling, kalkun, and)	☐	☐	☐	☐	☐
Fisk	☐	☐	☐	☐	☐
Grøntsags- eller vegetarretter	☐	☐	☐	☐	☐

44. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	☐	☐	☐	☐	☐
Andre rå grønssager	☐	☐	☐	☐	☐
Tilberedte grønssager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	☐	☐	☐	☐	☐

45. Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Plantemargarine	☐	☐	☐	☐	☐
Smør, Kærgården og lignende	☐	☐	☐	☐	☐
Fedt/palmin	☐	☐	☐	☐	☐
Olivenolie	☐	☐	☐	☐	☐
Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	☐	☐	☐	☐	☐
Rapsolie, madolie, salatolie	☐	☐	☐	☐	☐
Laver mad uden fedtstof	☐	☐	☐	☐	☐
Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her				☐	

46. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos

(Kun ét X)

Mere end

6 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>dagen</u>	3-4 om <u>dagen</u>	1-2 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>ugen</u>	3-4 om <u>ugen</u>	1-2 om <u>ugen</u>	Ingen
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

+

+

47. Hvor ofte drikker eller spiser du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>måned</u>	Sjældnere /aldrig
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>med</u> sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>uden</u> sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kager, chokolade, is, slik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Snacks (chips, popcorn m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

48. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

(Kun ét X)	Meget sunde	Sunde	Nogenlunde sunde	Usunde	Meget usunde
	☐	☐	☐	☐	☐

49. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)	Ja	Nej	Ved ikke
	☐	☐	☐

Bevægelse i dagligdagen

Fysisk aktivitet i fritiden

De følgende tre spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i din fritid og ved transport (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse).

50. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)?

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen:

	timer og		minutter pr. uge
----------------------	----------	----------------------	------------------

51. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil).

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen:

	timer og		minutter pr. uge
----------------------	----------	----------------------	------------------

52. Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige, passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

(Kun ét X)

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	☐
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	☐
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	☐
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	☐

Stillesiddende tid

53. På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af de følgende situationer? *Du skal tænke på din samlede siddetid og fordele den på de angivne kategorier.*

(Udfyld alle felter)	På en hverdag/arbejdsdag		
	Timer	og	minutter
Transport (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)			
Arbejde/skole/uddannelse (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)			
Fritid: ved skærm (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)			
Fritid: andet (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)			

54. Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?

(Kun ét X)

Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse	☐ →	Gå til spørgsmål 57
Bil	☐	
Bus	☐	
Tog	☐	
Knallert, scooter, motorcykel	☐	
Elcykel	☐	
Cykel	☐	
Jeg går	☐	
Andet	☐	

55. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?
Medregn kun den ene vej. Afrund til nærmeste hele kilometer.

Skriv antal kilometer:		Km
------------------------	----------------------	----

56. Hvordan vil du generelt beskrive din fysiske aktivitet i dit arbejde eller i din uddannelse?

(Kun ét X)

Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse	☐
Mest stående eller gående arbejde, som ellers ikke kræver fysisk anstrengelse	☐
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	☐
Tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende	☐

57. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Sociale medier

De næste fire spørgsmål handler om din brug af sociale medier via mobiltelefon, tablet, computer og lignende.

58. Hvor ofte benytter du sociale medier (Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Snapchat eller lignende)?

(Kun ét X)

Flere gange dagligt	☐
Dagligt	☐
Ugentligt	☐
Månedligt eller sjældnere	☐
Aldrig	☐ → Gå til spørgsmål 62

59. Tænk på en typisk hverdag, hvor du benytter sociale medier. Hvor stor en del af dagen bruger du samlet set herpå?

(Kun ét X)

0-½ time	½-1 time	1-2 timer	2-3 timer	Mere end 3 timer
☐	☐	☐	☐	☐

60. I hvilken grad tænker du generelt på, hvordan dine venner og bekendte vil reagere på de statusopdateringer, billeder eller beskeder, som du deler på de sociale medier - eksempelvis i form af kommentarer eller likes?

(Kun ét X)

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

61. Hvor ofte sker det, at dine venner eller bekendte deler en besked, et billede eller en statusopdatering på de sociale medier, som gør:

(Sæt ét X i hver linje)	Meget ofte	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig
At du føler, at dine venner generelt har det bedre end dig	☐	☐	☐	☐	☐
At du bliver glad	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler dig forkert eller udenfor	☐	☐	☐	☐	☐
At du bliver inspireret	☐	☐	☐	☐	☐
At du bliver irriteret	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler dig tæt knyttet til dine venner	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler ligegyldighed	☐	☐	☐	☐	☐
At du føler dig udstillet eller mobbet	☐	☐	☐	☐	☐

Søvn

62. Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Kun ét kryds)

Ja, som regel	☐	→ Gå til spørgsmål 64
Ja, men ikke tit nok	☐	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	☐	

63. Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Gerne flere X)

Kommer for sent i seng på grund af opgaver relateret til arbejde eller uddannelse, f.eks. besvare mails eller forberedelse til næste dag	☐
Kommer for sent i seng på grund af huslige gøremål, f.eks. ordne vasketøj eller rydde op	☐
Kommer for sent i seng på grund af underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv	☐
På grund af natarbejde eller skiftende arbejdstider	☐
Tanker og bekymringer relateret til arbejde	☐
Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer	☐
Forstyrrelse fra eller brug af mobiltelefon efter at du har lagt dig til at sove, f.eks. til at tjekke nyheder eller beskeder	☐
Egen sygdom eller lidelse	☐
Toiletbesøg	☐
Forstyrrelser fra mindre børn i husstanden	☐
Støj fra andre i boligen (f.eks. snorken, fjernsyn m.m.)	☐
Støjgener fra f.eks. gadetrafik, tog, fly, naboer m.m.	☐
Andet	☐

Hvis andet, skriv hvad: _____

Højde og vægt

64. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde

cm (f.eks. 172 cm)

65. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Skriv vægt

kg

66. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav	☐
Lidt for lav	☐
Tilpas	☐
Lidt for høj	☐
Alt for høj	☐

67. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kontakt med sundhedsvæsenet

68. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

Ja	☐
Nej	☐ → Gå til spørgsmål 70

69. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:

(Sæt ét X i hver linje)

Ja

Nej

Kan ikke huske/
ved ikke

At holde op med at ryge	☐	☐	☐
At tabe dig	☐	☐	☐
At tage på i vægt	☐	☐	☐
At dyrke motion	☐	☐	☐
At nedsætte dit alkoholforbrug	☐	☐	☐
At ændre dine kostvaner	☐	☐	☐
At tage den med ro	☐	☐	☐

70. Har du i løbet af de seneste 12 måneder gjort brug af nogen af følgende?

(Gerne flere X)

Ja, tandlæge	☐
Ja, fysioterapeut	☐
Ja, kiropraktor	☐
Ja, psykolog	☐
Ja, psykiater	☐
Ja, psykoterapeut eller coach	☐
Nej, ingen af ovenstående	☐

Alternativ behandling

71. Har du nogensinde gjort brug af behandlere udenfor det almindelige sundhedsvæsen og benyttet nogle af følgende behandlere/behandlingsformer?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Zoneterapi	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐
Healing og/eller clairvoyance	☐	☐	☐
Homøopati	☐	☐	☐
Ernæringsterapi (individuel tilpasset kostvejledning)	☐	☐	☐
Massage, osteopati, Body-sds og andre manipulative terapier	☐	☐	☐
Kraniosakral terapi	☐	☐	☐
Biopati, naturopati	☐	☐	☐
Bioresonans terapi	☐	☐	☐
Kinesiologi	☐	☐	☐
Phytoterapi (behandling med urter/urteudtræk)	☐	☐	☐
Andet, f.eks. visualisering, heilpraktik, Bachs blomsterterapi	☐	☐	☐

Spørgsmål 72 skal kun besvares, hvis du har benyttet alternativ behandling - ellers gå til spørgsmål 73.

72. Sidst du var til alternativ behandling, hvad var da grunden hertil?

(Gerne flere X)

Jeg benyttede alternativ behandling som et supplement til den behandling eller medicin, som jeg fik i det almindelige sundhedsvæsen	☐
Jeg benyttede alternativ behandling, fordi jeg i forhold til min sygdom/lidelse ikke havde tiltro til den behandling eller medicin, som jeg kunne få i det almindelige sundhedsvæsen	☐
Jeg benyttede alternativ behandling, fordi jeg ikke kunne få behandling for min sygdom/lidelse i det almindelige sundhedsvæsen	☐
Jeg benyttede alternativ behandling for at øge mit generelle velvære eller forebygge sygdom	☐
Andet	☐

Hvis andet, skriv hvad: _____

Kontakt med andre mennesker

- 73. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?**
(Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.)

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie, som du ikke bor sammen med	☐	☐	☐	☐	☐
Venner	☐	☐	☐	☐	☐
Kolleger eller studiekammerater i fritiden	☐	☐	☐	☐	☐
Naboer eller beboere i dit lokalområde	☐	☐	☐	☐	☐
Personer, du mest kender fra internettet (mail, sociale medier og lignende)	☐	☐	☐	☐	☐

- 74. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?**

(Kun ét X)

Ja, ofte	☐
Ja, en gang imellem	☐
Ja, men sjældent	☐
Nej	☐

- 75. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?**

(Kun ét X)

Ja, altid	☐
Ja, for det meste	☐
Ja, nogen gange	☐
Nej, aldrig eller næsten aldrig	☐

Din opfattelse af dig selv

- 76. Hvordan ser du dig selv i forhold til nedenstående udsagn?**

(Sæt ét X i hver linje)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Er du normalt en bekymret type?	☐	☐	☐	☐
Er du i almindelighed en perfektionist?	☐	☐	☐	☐
Har du generelt svært ved at få og beholde venner?	☐	☐	☐	☐
Stoler du generelt på andre mennesker?	☐	☐	☐	☐

77. Herunder ses en liste med 10 udsagn, som handler om, hvordan du har det med dig selv. For hvert udsagn bedes du angive, om du er: helt enig, delvist enig, delvist uenig eller helt uenig.

	Helt enig	Delvist enig	Delvist uenig	Helt uenig
Jeg er stort set tilfreds med mig selv	☐	☐	☐	☐
Nogle gange synes jeg, at jeg slet ikke er god nok	☐	☐	☐	☐
Jeg synes, at jeg har flere gode egenskaber	☐	☐	☐	☐
Jeg er i stand til at gøre ting lige så godt som de fleste andre	☐	☐	☐	☐
Jeg føler, at jeg ikke har meget at være stolt af	☐	☐	☐	☐
Nogle gange føler jeg mig helt ubrugelig	☐	☐	☐	☐
Jeg føler, at jeg er værdifuld, i det mindste på samme niveau som andre	☐	☐	☐	☐
Jeg ville ønske, at jeg kunne have mere respekt for mig selv	☐	☐	☐	☐
Alt i alt er jeg tilbøjelig til at føle mig mislykket	☐	☐	☐	☐
Jeg har en positiv indstilling til mig selv	☐	☐	☐	☐

Økonomi

78. Hvordan vil du alt i alt bedømme din/familiens økonomiske situation?

(Kun ét X)

Særdeles god	☐
God	☐
Nogenlunde	☐
Dårlig	☐
Meget dårlig	☐
Ved ikke	☐

Personlige forhold

79. Bor du sammen med andre?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste	☐	☐
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	☐	☐
Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover	☐	☐

80. Hvis du bor sammen med barn/børn under 16 år, skriv da alderen på det yngste barn:

Skriv alder		År
-------------	----------------------	----

81. Hvilken skoleuddannelse har du?*(Kun ét X)*

Går stadig i skole	☐
7 eller færre års skolegang	☐
8-9 års skolegang	☐
10-11 års skolegang	☐
Studer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	☐
Andet (herunder udenlandsk skole)	☐

82. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?*(Kun ét X)*

Nej	☐
Et eller flere kortere kurser <i>(f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)</i>	☐
Erhvervsfaglig uddannelse/faglært <i>(f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)</i>	☐
Kort videregående uddannelse, 2-3 år <i>(f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonom, tandplejer)</i>	☐
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år <i>(f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)</i>	☐
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år <i>(f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)</i>	☐
Anden uddannelse	☐

83. Er du under uddannelse?

Ja	☐	Nej	☐
----	--------------------------	-----	--------------------------

Arbejdsliv

84. Er du i arbejde?*(Kun ét X)*

Ja	☐
Nej	☐ → Gå til spørgsmål 89

85. Hvor mange timer arbejder du typisk om ugen (inklusive overarbejde)?

Skriv antal timer og minutter om ugen		timer		minutter
---------------------------------------	----------------------	-------	----------------------	----------

86. Er du offentligt ansat?

Ja

☐

Nej

☐

87. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?

(Sygefravær på grund af børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen Sygefraværsdage, skriv 0)

Skriv antal sygefraværsdage inden for de seneste 14 dage

(hvis 'ved ikke' skriv 99)

Skriv antal sygefraværsdage inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage)

(hvis 'ved ikke' skriv 999)

88. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde.

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	☐	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?	☐	☐	☐	☐	☐
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst vil være "begge steder på én gang"?	☐	☐	☐	☐	☐
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <i>energi</i> , at det går ud over privatlivet?	☐	☐	☐	☐	☐
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <i>tid</i> , at det går ud over privatlivet?	☐	☐	☐	☐	☐
Siger familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	☐	☐	☐	☐	☐

89. Tak for at du ville medvirke. Er der noget, du ønsker at tilføje?

Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt. Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.



Aftale om den nationale demenshandlingsplan 2025

Med satspuljeaftalen for 2016-2019 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte 470 mio. kr. til udmøntning af konkrete initiativer på baggrund af en ny national demenshandlingsplan 2025. Nærværende aftale prioriterer de 470 mio. kr. til konkrete initiativer på demensområdet under følgende fokusområder:

1. Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling
2. Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering
3. Støtte til mennesker med demens og pårørende
4. Demensvenlige boliger og samfund
5. Øget videns- og kompetenceniveau

Værdigrundlag

Mennesker med demens og deres pårørende skal kunne leve et trygt og værdigt liv. En grundlæggende forudsætning for at kunne leve et godt liv med en demenssygdom er, at mennesket med demens mødes med forståelse og ses som et helt menneske med egne ønsker og behov – også selvom det ikke altid er muligt at udtrykke disse.

I alle dele af landet skal mennesker med demens og deres pårørende mødes med en indsats af høj faglig kvalitet, som bygger på værdighed, medmenneskelighed og respekt for det enkelte menneskes ønsker, behov og ressourcer og for mennesket bag sygdommen og det levede liv. Der skal være en individuel og helhedsorienteret tilgang i behandling, pleje og omsorg. Livet skal stadig nydes, og derfor skal indsatserne bidrage til at trykt og godt hverdagsliv med mulighed for meningsfulde aktiviteter og gode oplevelser.

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at indsatserne overfor mennesker med demens og deres pårørende bør bygge på følgende værdier:

- Værdighed
- Tryghed
- Indflydelse på eget liv
- Respekt for forskellighed og det levede liv
- En individuel, helhedsorienteret tilgang i behandling, pleje og omsorg med udgangspunkt i mennesket bag sygdommen
- Meningsfulde aktiviteter og gode oplevelser i hverdagen.

Nationale mål for demensindsatsen

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der er brug for at sætte nogle ambitiøse og langsigtede mål for demensindsatsen frem mod 2025. Mål, som skal være med til at give demensområdet et markant løft og bidrage til at mindske den geografiske ulighed:

1. Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner
2. Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose
3. En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

Fokusområde 1. Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 1. Der afsættes i alt 1,6 mio. kr. til udarbejdelsen af et værktøj til opsporing af demens.

Initiativ 2. Dansk Selskab for Almen Medicin opfordres til at opdatere sin kliniske vejledning om demens i almen praksis fra 2006 med henblik på at indarbejde nyeste viden på området og styrke fokus på tegn på demens i almen praksis.

Initiativ 3. Der afsættes i alt 145 mio. kr. til at samle udredningen på færre, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder. Regionerne afrapporterer årligt til Sundhedsstyrelsen om brugen af midlerne og implementering af anbefalingerne.

Initiativ 4. Der afsættes i alt 3 mio. kr. til udarbejdelse af nye nationale kliniske retningslinjer på demensområdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Initiativ 5. Der afsættes i alt 6,1 mio. kr. til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens.

Initiativ 6. Der afsættes i alt 2 mio. kr. til nationale anbefalinger til optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb.

Fokusområde 2. Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 7. Der afsættes i alt 2,5 mio. kr. til at udarbejde håndbøger med vidensbaserede anbefalinger til styrkelse af den social- og sundhedsfaglige praksis på demensområdet.

Initiativ 8. Der afsættes i alt 32 mio. kr. til flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet.

Initiativ 9. Der afsættes i alt 0,5 mio. kr. til et serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne i serviceloven som grundlag for at se på behovet for at ændre lovgivningen.

Initiativ 10. Arbejdet med ny lovgivning vedr. behandling af behandlingsafvisende, varigt inhabile somatiske patienter fortsættes. Lovforslaget vedr. behandling af varigt inhabile finansieres ved satspuljen for 2018-2021.

Fokusområde 3. Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 11. Der afsættes i alt 2,5 mio. kr. til udvikling og udbredelse af en national værktøjskasse med patient- og pårørendekurser.

Initiativ 12. Der afsættes i alt 39 mio. kr. til at sikre flere og mere meningsfulde dag- og aflastningstilbud samt støtte til yngre med demens.

Initiativ 13. Der afsættes i alt 37,5 mio. kr. til rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens.

Fokusområde 4. Demensvenlige samfund og boliger

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 14. Der afsættes i alt 25 mio. kr. til lokale og landsdækkende aktiviteter, der skal understøtte et demensvenligt samfund.

Initiativ 15. Alle 98 kommuner opfordres til at blive demensvenlige kommuner på linje med de første kommuner, som har meldt sig i rækken som demensvenlige kommuner.

Initiativ 16. Der afsættes 13 mio. kr. til at gøre flere eksisterende plejeboliger mere demensegnede.

Initiativ 17. Der afsættes i alt 2,5 mio. kr. til udviklingen af en national mærkningsordning for demens-egnede boliger.

Initiativ 18. Der afsættes i alt 6 mio. kr. til forsøg med demensvenlige sygehuse.

Fokusområde 5. Øget viden og kompetenceniveau

Regeringen og satspuljepartierne er enige om følgende initiativer:

Initiativ 19. Der afsættes i alt 6,7 mio. kr. i til udarbejdelse af en ny national forskningsstrategi og etablering af nye erhvervsphd'ere på demensområdet.

Initiativ 20. Støtten til Nationalt Videnscenter for Demens er med satspuljeaftalen for 2017 gjort permanent med henblik på at understøtte videnscentrets vigtige rolle og aktiviteter på demensområdet.

Initiativ 21. Der afsættes i alt 1 mio. kr. til at videreudvikle Den Danske Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens for at sikre bedre data på demensområdet.

Initiativ 22. Der afsættes i alt 145 mio. kr. til et praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner.

Initiativ 23. Der afsættes i alt 0,3 mio. til uddeling af Årets Demenspris.

Opfølgning

Satspuljepartierne orienteres løbende om udmøntning af initiativerne i demenshandlingsplanen, og der afholdes et årligt møde med satspuljepartierne for at følge op på, at initiativerne udmøntes i overensstemmelse med intentionerne og værdierne i den nationale demenshandlingsplan.

Som led i lanceringen af den nationale demenshandlingsplan 2025 samt opstart af initiativerne afholder regeringen og satspuljepartierne et fælles lanceringssymposium ultimo januar 2017.

KEN nr 10147 af 17/11/2016 Gældende

Offentliggørelsesdato: 18-11-2016

Social- og Indenrigsministeriet

Den fulde tekst

Ankestyrelsens principafgørelse 77-16 om merudgifter - sonderemedier - behandlingsredskab - sektoransvar

Resumé:

Kommunen skal efter serviceloven yde kompensation til borgere med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne for de merudgifter, som er en konsekvens af funktionsnedsættelsen.

Udgifter til sonderemedier kan ikke dækkes efter serviceloven

Der kan ikke ydes støtte efter serviceloven til behandlingsredskaber. Behandlingsredskaber er redskaber, som patienten forsynes med som led i behandling i sygehusvæsenet, eller som fortsættelse af den iværksatte behandling. Formålet er enten at tilvejebringe yderligere forbedring af det resultat, som er opnået ved behandlingen, eller at forhindre forringelse af dette resultat.

Sonderemedier er et behandlingsredskab. Sonderemedier bruges i forbindelse med læge- eller sygehusbehandling af personer, som har et helbredsmæssigt begrundet behov for ernæringspræparater. Det gælder også, selvom sonderemedierne anvendes i borgerens hjem.

Det er alene sundhedsvæsenet, der kan afgøre, om borgeren skal behandles med sonderemedier, ligesom anvendelsen af sonderemedier forudsætter en vis kontrol på sygehuset eller i speciallægepraksis. Der må også forudsættes en vis oplæring af borgeren i at anvende sonden. Det sker med henblik på at sikre, at sonderemedierne fungerer, og at borgeren kan anvende sonden for at få dækket sit behov for ernæring.

Det vil derfor ikke være i overensstemmelse med sektoransvarlighedsprincippet at dække udgifter til sonderemedier efter den sociale lovgivning. Dette gælder også, selvom der efter sundhedslovgivningen er fastsat en egenbetaling til sonderemedier, da udgiften efter sin art ikke hører under den sociale lovgivning.

Der kan bevilges merudgifter til ekstra kost/sondeernæring

Tilskuddet til sondeernæring er i sundhedslovgivningen fastsat til 60 procent af patientens udgifter til sondeernæringen. De resterende 40 procent svarer til den gennemsnitlige udgift til almindelig ernæring. Et tilskud på 60 procent dækker som udgangspunkt patientens gennemsnitlige merudgifter til kost. Borgeren er derfor normalt kompenseret med tilskuddet på de 60 procent, som således svarer til merudgiften.

Borgeren kan sandsynliggøre merudgifter til kost, fx hvis borgeren ved siden af sondeernæringen også spiser almindelig kost.

I den konkrete sag stadfæstede Ankestyrelsen, at borgeren ikke kunne få dækket merudgifter til sonderemedier, da der var tale om et behandlingsredskab. Kommunen havde i samme sag bevilget merudgifter til ekstra kost, som borgeren havde ved siden af sondeernæringen.

Lovgivning:

Lov om social service - lovebekendtgørelse nr. 1270 af 24. oktober 2016 - § 100

Bekendtgørelse nr. 1434 af 23. december 2012 om nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse §§ 5 og 6 (merudgiftsbekendtgørelsen).

Afgørelse:**1. Baggrund for at behandle sagen principielt**

Ankestyrelsen har behandlet sagen principielt for at afklare, om udgifter til sonderemedier kan dækkes efter reglerne om merudgifter, når remedierne dækkes med 60 procent i henhold til sundhedslovgivningen.

2. Reglerne

Lov om social service § 100 fastslår, at kommunen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse til personer mellem det fyldte 18. år og folkepensionsalderen, med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Merudgiftsbekendtgørelsens § 5 fastslår, at der alene ydes tilskud til nødvendige merudgifter, som er en følge af den nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne hos den person, der ansøger. Behovet vurderes i forhold til ikke-handicappede på samme alder og i samme livssituation.

3. Andre principafgørelser**Gældende**

C-23-08

Apparat til transanal irrigation var ikke et hjælpemiddel. Behandling med apparaturet var iværksat af hospitalet, der havde givet undervisning i brugen af apparaturet på hospitalet. Det var endvidere hospitalet, der havde ordineret apparaturet til fortsat behandling i hjemmet, og som varetog kontrollen med benyttelsen. Der kunne derfor ikke bevilles hjælp til apparaturet efter serviceloven.

66-10

Ankestyrelsen fandt, at en glukosesensor ikke kunne betragtes som et hjælpemiddel.

Begrundelsen var, at brugen af glukosesensoren var iværksat af hospitalet som led i behandlingen af følgerne af ansøgerens sukkersyge.

Ankestyrelsen lagde vægt på, at glukosesensoren adskiller sig fra et almindeligt blodsuktermåleapparat ved, at det kræver omfattende instruktion fra medicinsk personale og brugen af sensoren kræver vedvarende kontakt med sygehuset. Sensoren kunne ikke købes på et apotek. Der var tale om et lægeordineret middel, som anvendes, når det er lægeligt begrundet og brugen omfattede kun de patienter, hvor det var sværest at regulere på almindelig vis.

Ankestyrelsen fandt således, at der var tale om et behandlingsredskab, som patienten forsynes med som led i den iværksatte behandling med det formål at tilvejebringe forbedring eller at forhindre forringelse af behandlingens resultat.

32-13

Der kan ydes støtte til et hjælpemiddel, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne eller hjælpemidlet i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet.

Ved vurderingen af, om hjælpemidler kan lette den daglige tilværelse i hjemmet, kan der efter en konkret og individuel vurdering bl.a. lægges vægt på hjælpemidlets funktion og vigtighed, herunder bl.a. hjælpemidlets betydning for borgerens mulighed for så vidt muligt at klare sig selv uden hjælp fra andre.

Det er en betingelse, at hjælpemidlet opfylder hjælpemiddelbeskrivelsen efter serviceloven, og det kan ikke tillægges afgørende betydning, om hjælpemidlet har en ernæringsmæssig værdi for borgeren.

Fortykningsmidlet A opfyldte hjælpemiddelbeskrivelsen efter serviceloven, idet det efter en konkret og individuel vurdering i væsentlig grad afhjalp de varige følger af borgerens nedsatte funktionsevne, og i væsentlig grad littede hendes daglige tilværelse i forbindelse med synkebesvær/risiko for fejlsynkning.

Sektoransvar

Fortykningsmidlet var ikke et lægemiddel og det var heller ikke et ernæringspræparat.

51-13

Der kan ydes støtte til hjælpemidler, som har til formål at afhjælpe de varige følger af en nedsat funktionsevne. Der ydes som udgangspunkt støtte til stomihjælpemidler til personer, som har fået foretaget en af følgende operationer: colostomi (kunstig udførelse af tyktarmen), ileostomi (kunstig udførelse af tyndtarmen) eller urostomi (kunstig udførelse af urinveje). Disse stomier er anlagt med henblik på tømning af tarm eller nyrer ud gennem bugvægen i en stomipose.

Der kan efter en konkret vurdering også ydes støtte til tilsvarende stomihjælpemidler til personer, der har fået foretaget en operation, som kan sammenlignes med colostomi, ileostomi eller urostomi. Det afgørende i vurderingen er formålet med stomien.

Personer med appendikostomi har ikke ret til støtte til stomihjælpemidler, da appendikostomi ikke kan sammenlignes med colostomi, ileostomi eller urostomi.

Ankestyrelsen har vurderet, at de ansøgte stomihjælpemidler i den konkrete sag er behandlingsredskaber for ansøgeren. Ankestyrelsen lagde især vægt på, at ansøgeren har fået anlagt appendikostomi for at etablere skyllebehandling af kronisk svær forstoppelse og ikke med henblik på tømning direkte ud i en stomipose.

77-15:

Der kan ydes støtte til hjælpemidler, som har til formål at afhjælpe de varige følger af en nedsat funktionsevne. Et hjælpemiddel skal medvirke til, at borgeren får mulighed for at føre en så normal og selvstændig tilværelse som muligt og i størst mulig grad gøre den pågældende uafhængig af andres bistand i dagligdagen. Der kan alene ydes støtte til hjælpemidler, der i væsentlig grad afhjælper en nedsat funktionsevne.

Der kan ikke ydes støtte efter serviceloven til behandlingsredskaber. Behandlingsredskaber er redskaber, som patienten forsynes med som led i behandling i sygehusvæsenet, eller som led i fortsættelse af den iværksatte behandling. Formålet er enten at tilvejebringe yderligere forbedring af det resultat, som er opnået ved behandlingen eller at forhindre forringelse af dette resultat.

66-16:

Borgerstyret personlig assistance er et tilskud, som ydes til dækning af udgifter ved ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse. Kommunen skal tilbyde borgerstyret personlig assistance til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte.

En borger har ikke ret til at modtage borgerstyret personlig assistance ved behandling og indlæggelser m.v. på sygehus

Det følger af sektoransvarlighedsprincippet, at den offentlige myndighed, der udbyder en ydelse eller en service, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for borgere med nedsat funktionsevne. Regionen har derfor til opgave at stille det nødvendige personale til rådighed ved gennemførelsen af behandlinger på sygehuset.

4. Den konkrete afgørelse

Du har klaget over A Kommunes afgørelse om dækning af merudgifter til sonderemedier. A Kommune afgjorde sagen den 3. februar 2016.

Ankestyrelsen har nu afgjort din sag.

Resultatet er:

- Du har ikke ret til dækning af sonderemedier som merudgift.

Det betyder, at vi stadfæster kommunens afgørelse, da vi er kommet til samme resultat.

Sådan vurderer vi sagen

Ankestyrelsen vurderer, at sonderemedier er et behandlingsredskab, som ikke skal dækkes efter serviceloven.

Hvad er afgørende for resultatet

Du har som følge af din nedsatte funktionsevne behov for at indtage sondemad. Du skal anvende sonderemedierne i den forbindelse. Det fremgår af sagens lægelige oplysninger, at du har fået indopereret en Mic-key sonde.

Oplysningerne om din nedsatte funktionsevne og din lidelse fremgår af statusattest af 25. marts 2013.

Vi lægger vægt på:

- at det er sundhedsvæsenet, der har afgjort, at sonderemediet er nødvendigt for dig. Det er alene sundhedsvæsenet, der kan træffe afgørelser om sondeernæring,
- at dine sonderemedier i form af Mic-Key sonde er blevet anlagt/ indopereret ved sygehuset. Anlæggelsen foregår efter skriftlig lægelig instruks, og
- at anvendelse af dine sonderemedier forudsætter en vis kontrol på sygehuset med henblik på at sikre, at de fungerer og kan hjælpe dig med at få dækket dit nødvendige behov for ernæring.

Behandlingsredskaber er blandt andet apparaturer, som ordineres som led i behandling på sygehus/speciallægepraksis eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling, og som anskaffes til midlertidigt eller permanent brug i hjemmet, og hvor patientens anvendelse af apparaturet er under en vis kontrol af sygehus eller speciallægepraksis.

Vi henviser til cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvoraf det fremgår, at udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

På denne baggrund finder vi, at sonderemedierne er behandlingsredskaber, som anvendes i forbindelse med læge- eller sygehusbehandling af dig.

Vi er opmærksomme på, at du tidligere har fået dækket merudgifter til sonderemedier med 6.975 kr. årligt.

Vi henviser i den forbindelse til, at det følger af sektoransvarlighedsprincippet, at den sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for mennesker med nedsat funktionsevne. Dette fremgår også af principafgørelse 66-16 om sektoransvar.

Dette fremgår også af vejledningen om nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse, at behandlingsredskaber ikke dækkes efter serviceloven, men derimod efter sundhedslovgivningen.

Den sociale sektor har ikke ansvaret for behandlingsredskaber. Udgifter til behandlingsredskaber kan derfor ikke ydes efter serviceloven, heller ikke som merudgift. Det gælder også selvom, at der er en egenbetaling efter sundhedslovgivningen.

Det er endvidere en betingelse for bevilling af merudgifter, at det ansøgte ikke kan bevilges efter anden lovgivning.

På denne baggrund finder vi, at du ikke er berettiget til dækning af merudgifter til sonderemedier.