

Rammeaftale mellem 11 nordjyske kommuner og Region Nordjylland om intravenøs behandling i kommunalt regi

1. Baggrund og formål

Intravenøs (IV) behandling er som udgangspunkt en regional opgave, som foregår på hospitaler under indlæggelse eller som ambulant behandling, hvor borgere møder ind på hospitalet til planlagt infusion (i nogle tilfælde flere gange i døgnet). For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen ved flere daglige fremmøder på hospitaler. De fleste foretrækker derfor at modtage behandlingen i eget hjem eller tættere på eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som i hospitalsregi.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø blive sparet for hospitalsophold eller transporttid, og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk. Erhvervsaktive borgere vil derudover have bedre mulighed for at passe deres arbejde.

Formålet med rammeaftalen er at give patienter, der er lægefagligt vurderet egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling i eget hjem eller tættere på nærmiljøet, eksempelvis i en kommunal sygeplejeklinik eller et sundhedshus.

Aftalen har derudover til formål at minimere antallet af forskellige sektorer, som skal varetage behandling/pleje i borgerens hjem, hvilket ligeledes er til fordel for borgeren.

I denne aftale fastlægges de økonomiske og aktivitetsmæssige rammer for løsning af opgaven. For en beskrivelse af de faglige rammer for IV-behandling i kommunalt regi henvises til separat faglig samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi.

2. Aftaleparter

Aftalen er indgået mellem Region Nordjylland og X kommune.

3. Målgrupper for aftalen

Målgruppen for aftalen er patienter, som indenfor følgende områder er lægefagligt vurderet egnede til at færdiggøre IV-behandling udenfor hospitalsregi:

- Intravenøs antibiotikabehandling (Patienter med akutte eller kroniske infektioner)
- Væskebehandling til korttarmspatienter (Patienter, der i forvejen får parenteral ernæring)
- Væskebehandling til patienter med akut gastroenteritis (Patienter med eksempelvis roskildesyge/tyndmave og/eller opkast)
- Væskebehandling til dehydrerede patienter (typisk ældre patienter, IV anvendes indtil patienten selv kan indtage væske)
- Vanddrivende behandling til hjertesvigtpatienter (anlægges i hjerreambulatoriet – og medicin gives som bolus)
- Afslutning af kemokur og magnesium behandling (fjernelse af gribbernåle)

4. Aktivitet

Det forventede aktivitetsomfang i aftalen er forbundet med meget stor usikkerhed. Parterne er derfor enige om, at følge aktiviteten på aftaleområdet tæt i løbet af aftaleperioden med henblik på at sikre at aftalens økonomiske ramme og forventede ressourcetræk holder sig indenfor aftalerammen (se nærmere i afsnit om monitorering og opfølgning).

I nedenstående tabel 1 er angivet det årlige antal af forløb, som aftalen forventes at indeholde på de forskellige IV-områder (som beskrevet i afsnit X ovenfor). I alt er aftalen estimeret til at indeholde 1200-2200 patientforløb årligt – i tabel 1 er taget udgangspunkt i et øvre aktivitetsestimat på godt 2100 forløb.

Forløb med intravenøs behandling i eget hjem kan variere markant i det samlede tidsforbrug på behandlingsforløbet. I tabel 1 er derfor, udover et estimeret antal forløb, ligeledes opstillet en forventning til et "standardforløb" indenfor hver af aftalens dækkede IV-områder. Det skal understreges, at der indenfor hver kategori kan være patientforløb som afviger markant fra denne "gennemsnitsbeskrivelse" af et forløb.

I forhold til aktivitetsomfanget bemærkes, at der ligger et potentiale i, at nogle borgere kan læres op til selvadministrering, nogle kan behandles med pumpe og andre kan behandles via tabletbehandling. IV-behandling udenfor hospitalsregi er således et område i stor udvikling, så det er vigtigt at udforske og udnytte de muligheder, der udvikles.

Tabel 1: Estimeret årligt aktivitetsomfang og gennemsnitligt patientforløb fordelt på IV-områder

	Antibiotika-behandling	Væske - korttarms-patienter	Væske - akut gastro-enteritis	Væske - dehydrering	Vand-drivende til hjertesvigt-patienter	Afslutte kemokur + magnesium
Antal besøg pr. forløb	24	156	4	4	4	1
Minutter pr. besøg*	50	10	30	30	15	15
Timer i alt pr. forløb*	20	26	2	4	1	0,25
Estimeret årligt antal forløb	725	30	240	370	70	700

**Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.*

Undtagelser

Aftalen forventes at kunne rumme langt størstedelen af de relevante patientforløb indenfor de ovennævnte IV-områder, og kommunerne forpligter sig i aftalen til at håndtere alle disse relevante forløb. Men der vil være særlige forløb, der falder udenfor, og det er vigtigt, at samarbejdet mellem region og kommuner ligeledes kan rumme disse borgere, så særlige forhold vedr. geografi, behandling, borgerens tilstand, pårørende eller andet kan håndteres, så borgeren får det bedst mulige tilbud.

Kommunerne forpligter sig således til at varetage IV-behandlingen i alle relevante patientforløb på de nævnte IV-områder, men i følgende situationer varetages behandlingsforløbet som udgangspunkt i hospitalsregi af hensyn til patientsikkerhed, arbejdsmiljø og/eller kommunal kapacitet:

- IV-behandlingsforløb med behov for mere end 3 besøg pr. døgn
- IV-behandlingsforløb, hvor det ikke er muligt at håndtere indgiften i lukkede systemer (måske kun relevant ved antibiotika)
- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end én time ad gangen.

I ovenstående situationer er udgangspunktet, at forløbet varetages i hospitalsregi, men efter konkret aftale mellem kommune og hospital kan kommunen vælge at varetage behandlingen i kommunalt regi, og i så fald håndteres forløbet som alle andre forløb indenfor den økonomiske ramme i aftalen.

I tillæg til ovenstående konkrete undtagelser kan der være ekstraordinære situationer, hvor det af hensyn til patientsikkerheden (eksempelvis hvis de nødvendige kompetencer ikke er til rådighed), er muligt for kommunen at afvise kommunal håndtering af et IV-behandlingsforløb; forløbet håndteres i så fald i hospitalsregi. Der er enighed mellem parterne om, at dette kun undtagelsesvist forventes at være tilfældet.

Tyngdekategorier

Med henblik på at aftalen kan favne den forventeligt store variation i forløbenes tyngde er forløbene, jf. tabel 2, opdelt i 5 tyngdekategorier baseret på tidsforbruget på behandlingsforløbet.

Tabel 2: Tyngdekategorier af IV-behandlingsforløb

Tyngde-kategori	Samlet tidsforbrug på behandlingsforløb*	Estimeret andel af samlet antal forløb	Forventede forløbstyper i tyngdekategorien
Kemokur	0,25 timer	Opgaven medregnes ikke i fordelingen af IV opgaver, fordi det ikke registreres som forløb.	Afslutning af kemokur skiller sig meget ud fra de øvrige IV opgaver, idet det er vanskeligt at vurdere et forløb ift. antal gange patienten skal have afsluttet kemokur. Derfor behandles afslutning af kemokur som enkeltstående tilfælde. Hovedparten vil selv kunne komme i sygeplejeklinikken.
Kategori 1	0-5 timer	50-60 %	Langt størstedelen af forløb med vanddrivende behandling samt væskebehandling til dehydrerede patienter eller patienter med akut gastroenteritis. Derudover også lettere IV-antibiotikaforløb.
Kategori 2	5-15 timer	20-25 %	Antibiotikaforløb, væskebehandling af korttarmspatienter, eller længerevarende forløb i de øvrige behandlingskategorier
Kategori 3	15-35 timer	10-20 %	Langvarige behandlingsforløb, typisk antibiotikabehandling eller væskebehandling til korttarmspatienter
Kategori 4	35+ timer	5-10 %	Særligt langvarige IV-behandlingsforløb, typisk særligt langvarige antibiotikabehandlinger eller særligt krævende væskebehandling af korttarmspatienter

**Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.*

Forløb i de forskellige tyngdekategorier betyder forskelligt ressourcetræk på de kommunale medarbejdere og følges af forskellig delvis regional finansiering af forløbet (se nærmere under økonomi).

5. Økonomi

Region og kommuner finansierer i fællesskab varetagelsen af IV-behandling i kommunalt regi. Jf. tabel 3 finansierer regionen med et fast beløb pr. behandlingsforløb afhængigt af hvilken tyngdekategori det pågældende forløb falder i. Kommunerne medfinansierer den resterende del af udgiften til behandlingsforløbene.

Tabel 3: Regional finansiering fordelt på tyngdekategorier af IV-behandlingsforløb. Finansieringsfordelingen mellem Region og kommuner er 70/30.

Tyngde-kategori	Samlet tidsforbrug på behandlingen*	Estimeret andel af samlet antal forløb	Regional finansiering pr. forløb
Kemokur	0,25 timer		200 kr.
Kategori 1	0-5 timer	50-60 %	1.225 kr.
Kategori 2	5-15 timer	20-25 %	4.900 kr.
Kategori 3	15-35 timer	10-20 %	12.250 kr.
Kategori 4	35+ timer	5-10 %	29.400 kr.

**Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.*

Jævnfør den separate faglige IV-samarbejdsaftale leverer og finansierer regionen utensilier og medicin, mens det vedrørende kompetenceudvikling gælder, at regionen afholder udgifter til undervisere, mens kommunerne afholder udgifter til undervisningsfaciliteter og frikøb af medarbejdere til deltagelse i kompetenceudviklingen (disse punkter er nærmere beskrevet i den faglige samarbejdsaftale).

Parterne forpligter sig til en løbende dialog om aktivitetsudviklingen med henblik på at det samlede estimerede aktivitetsniveau overholdes. Den løbende dialog tager udgangspunkt i kvartalsvise aktivitetsopgørelser (jf. nedenstående afsnit om monitorering). Såfremt der ses tegn på, at den estimerede aktivitet ikke kan overholdes, drøfter parterne mulighederne for at iværksætte initiativer, der kan virke aktivitetsdæmpende. Hvis aktiviteten på IV-behandling i kommunalt regi, på trods af eventuelle aktivitetsdæmpende foranstaltninger, alligevel overstiger den estimerede aktivitet, er kommunerne forpligtede til fortsat at varetage IV-behandlingen i kommunalt regi, ligesom regionen er forpligtet til uændret at medvirke til finansieringen af opgaveløsningen. Hvis aktiviteten efter 6 måneder overskrider det forventede aktivitetsniveau med minimum 20 % (vægtet i forhold til de fire grupper) optages dog forhandlinger mellem parterne (regionen og den enkelte kommune). Hvis der ikke kan opnås enighed om den samlede finansiering af meraktiviteten, kan aftalen opsiges med 3 måneders varsel af en af parterne.

6. Opfølgning og monitorering

Aftaleparterne er enige om at området skal følges tæt og med løbende dialog mellem parterne. Der nedsættes til formålet en IV-opfølgningsgruppe med deltagelse af 2 kommunale repræsentanter fra

Strategisk Sundhedsforum og 2 regionale repræsentanter fra Strategisk Sundhedsforum samt sekretariater; PLO Nordjylland tilbydes ligeledes at deltage med en repræsentant i gruppen. Hver 3. måned følges der derfor i opfølgningsgruppen op på følgende:

- Samlet antal forløb med IV-behandling håndteret i kommunalt regi
- Antal forløb fordelt på de 4 tyngdekategorier og de forskellige IV-behandlingstyper
- Status på den samlede økonomi
- Samlet behandlingsvarighed pr. forløb
- Antal besøg pr. forløb og gennemsnitlig varighed pr. besøg (i det omfang retvisende monitorering er mulig)
- Audit på kvalitetsparametre (herunder eksempelvis genindlæggelser, komplikationer og utilsigtede hændelser) samt kontakter til almen praksis, vagtlæge og behandlingsansvarlig læge blandt borgere i IV-behandling i kommunalt regi

Der foretages en midtvejsevaluering efter et år, hvor aftalen tages op til politisk revision, hvis der er markante afvigelser mellem det forventede og ovenstående monitoreringspunkter.

Almen praksis vil indgå i den løbende dialog i forbindelse med eventuel betydning af den ændrede opgaveløsning for de praktiserende læger. Der henvises i den forbindelse til at det lægefaglige ansvar for behandling beskrives i den faglige samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi; her vil bl.a. fremgå, at hospitalslægen tilknyttet IV-behandlingen har det samlede behandlingsansvar for alle lægelige indsatser i relation til IV-behandlingen. Der er således ikke nogle opgaver i almen praksis, som påvirkes af aftalen.

7. Fortolkning af aftalen

Fortolkningsspørgsmål af rammeaftalen eller øvrige behov for afklaringer vedrørende aftaleområdet håndteres i første omgang mellem aftaleparterne (dvs. mellem den enkelte kommune og regionen). Såfremt der ikke kan opnås enighed mellem parterne eller hvis der er behov for en regionalt dækkende behandling, kan emnet i første omgang bringes op i IV-opfølgningsgruppen (jf. punkt 6 ovenfor) og efterfølgende ved behov i Strategisk Sundhedsforum.

8. Aftalens løbetid og opsigelse

Aftalen løber i første omgang i en 2-årig forsøgsperiode, dvs. fra xxx til xxx. I løbet af aftalens løbetid følges der op på aftalen (jf. afsnit om monitorering) og senest xx 2021 tager parterne stilling til om aftalen skal fortsætte (eventuelt i revideret form).

Begge parter har mulighed for at opsiges aftalen med 6 måneders varsel (dog kan forkortet opsigelsesperiode indtræde jf. afsnit 5).

Såfremt der på nationalt niveau skulle blive indgået en aftale vedrørende IV-behandling udenfor hospitalsregi, tages aftalen op til revidering.



Oktober 2017

Samarbejdsaftale om IV-behandling med væske



Baggrund

Intravenøs (IV) behandling med væske foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er stabile og friske nok til at modtage behandlingen i eget hjem, men det kræver i nogle tilfælde assistance fra den kommunale sygepleje. De fleste patienter foretrækker at modtage behandlingen i eget hjem, såfremt den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Ved at modtage behandlingen tæt på sin hverdag, efter en relativ kort indlæggelse, vil patienten kunne drage nytte af sit sociale netværk og erhvervsaktive borgere vil bedre være i stand til at passe et eventuelt arbejde. Endvidere vurderes det eksempelvis at kunne reducere risiko for konfusion og delir hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne bevare sit funktions- og aktivitets-niveau end under indlæggelse.

Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehus-enheder og de 22 syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med væske tæt på borgerens hverdag.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, der er vurderet lægefagligt egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller tæt på nærmiljøet, eksempelvis i et sundhedshus.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med væske efter udskrivelse, således at de kommunale akutfunktioner kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling i et patientsikkert samarbejde. Endvidere skal samarbejdsaftalen sikre, at det nye samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter i IV-behandling med væske, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile og som lægefagligt vurderes egnet til at færdiggøre behandlingen i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 22. september 2017 og Sundhedskoordinationsudvalget den 31. oktober 2017 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.



Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

IV-behandling med væske er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal modsat stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning.

Patienter starter behandlingen på sygehuset inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale akutfunktion.

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse (nærmere præciseret nedenfor) med den ordinerede væske og remedier til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling. Væsken leveres færdigblandet.

Den kommunale akutfunktion vurderer om de har kapacitet til at hjemtage patienten og administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandling sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø m.v.

Administration af IV-behandling med væske kræver en sygeplejefaglig baggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videredelegation af dele af arbejdsopgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

Det lægefaglige behandlingsansvar:

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansaret indebærer:

- At ordinere relevant væskebehandling
- 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 oplyse et telefonnummer, som den kommunale sygepleje kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

I nogle tilfælde vil patienter blive ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang eller udlevere mere væske og remedier, hvis behandlingen forlænges.

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

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.



Information forud for overdragelse

Når det besluttet, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, der er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks være et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med væske. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med væske.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Når det er aftalt, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller nærområde, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier og væske til den ordinerede behandling.

IV-kassens indhold varierer, men indeholder som udgangspunkt:

- væske, administrationsskema, infusionssæt, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang mm.

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til den behandlingsansvarlige sygehusafdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
Opbevaring af medicin i patientens hjem	Væsken og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom engangshandsker, infusionslange, posen med væske m.m. kasseres som almindelig dagrenovation uden at skille dropslangen fra væskeposen. Kanyler kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til evt. kontrol på sygehuset eller af patienten/pårørende/sygeplejerske til kassation på et apotek.

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser.

Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyl).



Kompetenceudvikling

Sygehuset er ansvarlig for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af IV-behandling. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere IV-behandling med væske skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om væske og elektrolytterapi
- Viden om hjerte- og lungekredsløbets respons på væsketerapi
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit

Kompetencerne ligger inden for den sygeplejefaglige uddannelse. Der kan dog være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencerne. Denne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til IV-behandling med væske
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Endvidere vil data kunne nuancere og understøtte en national dialog om yderligere tildeling af ressourcer til opgaven.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

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

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om IV-behandling med væske aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

For yderligere information se:

Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde - <https://www.regionsyddanmark.dk/wm276686>



Oktober 2017

Samarbejdsaftale om IV-behandling med antibiotika

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Baggrund

Intravenøs (IV) behandling med antibiotika foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er stabile og friske nok til at kunne tage hjem i nogle timer mellem hver behandling. Andre modtager ambulant behandling, hvor de møder ind to-fire gange i døgnet til planlagt infusion. For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man flere gange dagligt skal møde på sygehuset til behandling, og de fleste forerækker at modtage behandlingen i eget hjem, såfremt den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset.

Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika i borgerens nærmiljø. Den skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk, og erhvervsaktive borgere vil eventuelt bedre være i stand til at passe et arbejde. Endvidere vurderes det eksempelvis at kunne reducere risiko for konfusion og delir hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne bevare sit funktions- og aktivitetsniveau end under indlæggelse.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, der er vurderet lægefagligt egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller tæt på nærmiljøet, eksempelvis i et sundhedshus.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med antibiotika efter udskrivelse, således at de kommunale sygepleje kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling. Endvidere skal samarbejdsaftalen sikre, at det nye samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter i IV-behandling med antibiotika, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile, og som lægefagligt vurderes egnet til at færdiggøre behandlingen i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 22. september 2017 og Sundhedskoordinationsudvalget den 31. oktober 2017 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.



Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

IV-behandling med antibiotika er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal modsat stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning.

Samarbejdsaftalen gælder kun antibiotiske præparater, som kan blandes i lukkede systemer.

Patienter starter behandlingen på sygehuset og skal have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale akutfunktion.

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse (nærmere præciseret nedenfor) med det ordinerede antibiotika og remedier til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling.

Den kommunale akutfunktion vurderer om de har kapacitet til at hjemtage patienten og administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc.

Administration af IV-behandling med antibiotika kræver en sygeplejefaglig baggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper.

Det lægefaglige behandlingsansvar:

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansaret indebærer:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- 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.

I nogen tilfælde vil patienter få ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang eller udlevere mere medicin og remedier, hvis behandlingen forlænges.

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

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.



Information forud for overdragelse

Når det besluttet, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/ den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med antibiotika. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Når det er aftalt, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller nærmiljø, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige re-medier og medicin til den ordinerede behandling.

IV-kassens indhold varierer iht. de medicinske præparat, men indeholder som udgangspunkt:

- Medicin, administrationsskema, infusionssæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang mm.

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til det behandlingsansvarlige sygehusafdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
Opbevaring af medicin i patientens hjem	Medicinen og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom engangshandsker, infusionslange, minibag, medicinbeholder m.m. kasseres som almindelig dagrenovation uden at skille dropslangen fra mini-bag'en. Kanyler kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til evt. kontrol på sygehuset eller af patienten/pårørende/sygeplejerske til kassation på et apotek.

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser.

Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyl).



Kompetenceudvikling

Sygehuset er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af IV-behandling. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere IV-behandling med antibiotika skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

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

Kompetencerne ligger inden for den sygeplejefaglige uddannelse. Der kan dog være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencerne. Denne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til IV-behandling med antibiotika
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afreporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Endvidere vil data kunne nuancere og understøtte en national dialog om yderligere tildeling af ressourcer til opgaven.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

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

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om IV-behandling med antibiotika aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye Kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner.

For yderligere information se:

Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde - <https://www.regionsyddanmark.dk/wm276686>

Vejledning i brug af app'en 'Kontakt læge'



Københavns kommune
Maj 2020



Indhold

- Baggrund
- Faglige overvejelser før ibrugtagning af 'Kontakt læge'
- Sådan logger du på 'Kontakt læge' app'en på din device.
- Sådan anvender du 'Kontakt læge' app'en på din device:
 - På vegne af borgeren
 - Uden borgerens CPR-nummer



Baggrund

I forbindelse med beredskabet ift. Covid-19 er behovet for en videoløsning til kontakt mellem borgeren og de praktiserende læger blevet højaktuel.

”Kontakt læge” er en løsning til understøttelse af, at udvalgte kommunale medarbejdere på vegne af en borger teknisk kan facilitere en videokonsultation imellem borger og borgers egen læge.

’Kontakt læge’ er tiltænkt situationer, hvor borger ikke selv har mulighed for at konsultere egen læge fysisk, fx pga. smitterisiko, og ikke selv kan oprette en videokonsultation vha. app’en ’Min læge’. Det kan være, fordi borger ikke har NemID eller ikke kan anvende NemID.



Faglige overvejelser før ibrugtagning af 'Kontakt læge'

I hvilke situationer kan 'kontakt læge' app'en anvendes?

'Kontakt læge' app'en kan anvendes, når borger ikke selv har mulighed for at konsultere egen læge via 'Min læge' app'en - fx fordi borger ikke har NemID eller ikke kan anvende NemID.

App'en anvendes i situationer hvor:

- borger har behov for at blive tilset af egen læge, men ikke kan møde op i konsultationen og
- borgers egen læge ikke kan foretage hjemmebesøg fx på grund af smitterisiko

Hvornår kan 'Kontakt læge' App benyttes?

Man kan bruge videokonsultation efter aftale med egen læge, efter anvisning på lægens hjemmeside eller ud fra information på borgers side i 'Kontakt læge' app'en.

A circular logo with a teal background and a white border. Inside the circle is a teal rounded square containing the text 'Kontakt Læge' in white, sans-serif font.

Kontakt
Læge

Faglige overvejelser før ibrugtagning af 'Kontakt læge'

Datasikkerhed ved udlån af kommunal device:

Hvis borger ikke ønsker, at medarbejderen er tilstede under konsultationen, skal medarbejder sørge for, at borger ikke kan tilgå personfølsomme data på tabletten og derefter forlade rummet.

Hver enkelt kommune skal udarbejde en vejledning til, hvordan medarbejder sørger for, at borger ikke kan tilgå personfølsomme data på den specifikke device. Vejledninger til inspiration ligger i startpakken.

Ordinationer, der foretages på baggrund af en konsultation, hvor medarbejder ikke deltager, skal, ved behov, sendes som korrespondancebrev, som lægen vanligt ville gøre efter en fysisk konsultation med borger.

A circular logo with a teal border. Inside the circle is a teal rounded square containing the text "Kontakt Læge" in white, stacked in two lines.

Kontakt
Læge

Faglige overvejelser før ibrugtagning af 'Kontakt læge'

Hvem kan anvende 'Kontakt læge' app'en?

Da der er stor forskel på kommunernes organisatoriske opbygning, er det op til den enkelte kommune at finde ud af, hvilke medarbejdere eller medarbejdergrupper, der skal have tildelt rettigheder til brug af 'Kontakt Læge' app'en.

Særlige krav til faglig profil?

Der er ikke særlige krav til medarbejdernes faglige profil, men man skal være opmærksom på, at forskellige medarbejdergrupper vil have forskellige lovmæssige dokumentationskrav.

Faglig dokumentation:

Dokumentation af videokonsultationen foretages i kommunens EOJ-system.



Faglige overvejelser før ibrugtagning af 'Kontakt læge'

To måder at bruge app'en på:

Login med CPR-nr:

Når man faciliterer en videokonsultation mellem borger og egen læge, skal man indtaste borgers CPR-nr. Dette gælder både for facilitering af almindelig videokonsultation og assisteret videokonsultation.

Login uden CPR-nr:

Denne funktionalitet kan bruges, fx hvis borger ikke har et CPR-nr.



Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en på vegne af borger - 1/5

Første gang du logger på 'Kontakt læge' bliver du bedt om at indtaste din rolle og arbejdssted. Disse oplysninger ses på lægens billede i det virtuelle venteværelse.

The screenshot shows the 'Medarbejderens oplysninger' (Staff Information) screen. At the top, there is a placeholder for a profile picture and the text 'Hej Bruger'. Below this, a message states: 'Her indtaster du medarbejderoplysninger, som anvendes til at informere de læger der ringes op til om hvem der ringer ind!'. There are two input fields: 'Angiv din rolle' (Specify your role) with a placeholder 'Fx. Sygeplejerske' and 'Angiv dit arbejdssted' (Specify your workplace) with a placeholder 'Fx. Plejecenter Sølund'. A green button labeled 'Gem oplysninger' (Save information) is at the bottom.

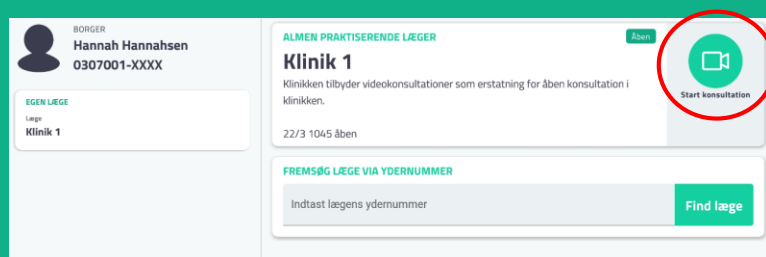
Tryk på 'Gem oplysninger'

Indtast borgers CPR-nummer. Sikr dig borgers samtykke, sæt flueben i 'Tro- og love-erklæringen' og vælg 'Log ind på borgers vegne'

The screenshot shows the 'Borgerens CPR-nummer' (Citizen's CPR number) screen. At the top, there is a text input field for the CPR number, containing '0307001234'. Below this is a checkbox with a green checkmark and the text: 'Tro- og love-erklæring: Jeg har den angivne borgerens samtykke til, at jeg kontakter lægen på vedkommendes vegne.' A green button labeled 'Log ind på borgers vegne' (Log in on behalf of the citizen) is highlighted with a red oval. At the bottom, there is a video camera icon and the text 'VIDEOKONSULTATION UDEN BORGERENS CPR-NUMMER'.

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en på vegne af borger - 2/5

Start videokonsultation



Når du har startet videokonsultationen, bliver du bedt om at tjekke om mikrofon, højttaler og kamera virker. Når du har sikret dig dét i hvert enkelt trin, trykker du 'Næste'. Du vil også få tips til en god videokonsultation.



Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en på vegne af borger - 3/5

Du er nu klar

Du kan nu påbegynde din videokonsultation med din læge. Tryk på "Start mødet" og afvent deltagelse fra din læge.

Skriv hvad konsultationen vedrører

Start

Skriv, hvad konsultationen drejer sig om. Det skal være sigende for, hvad der er borgerens behov og problemer. Skriv også gerne her, hvad der er medarbejderens rolle i samtalen. Denne beskrivelse får lægen i det virtuelle venteværelse.

BORGER
Hannah Hannahsen
0307001-XXXX

EGEN LÆGE
Læge
Klinik 1

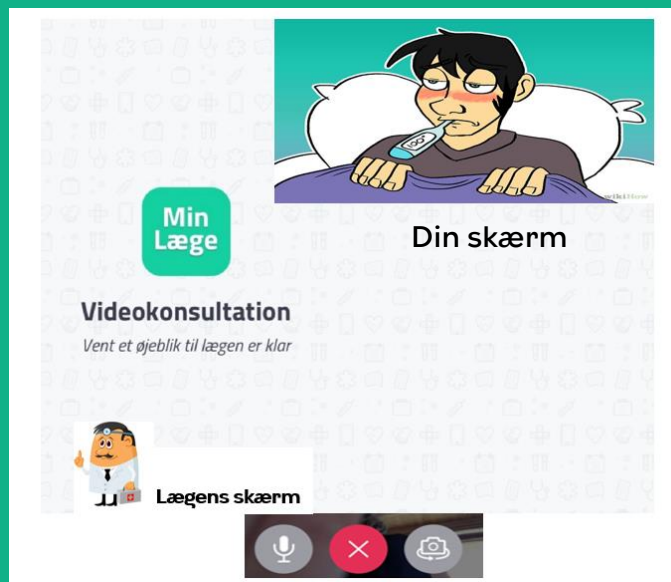
ALMEN PRAKTISERENDE LÆGER **Åben**
Klinik 1
Klinikken tilbyder videokonsultationer som erstatning for åben konsultation i klinikken.
22/3 1045 åben

1
Dit nummer i køen

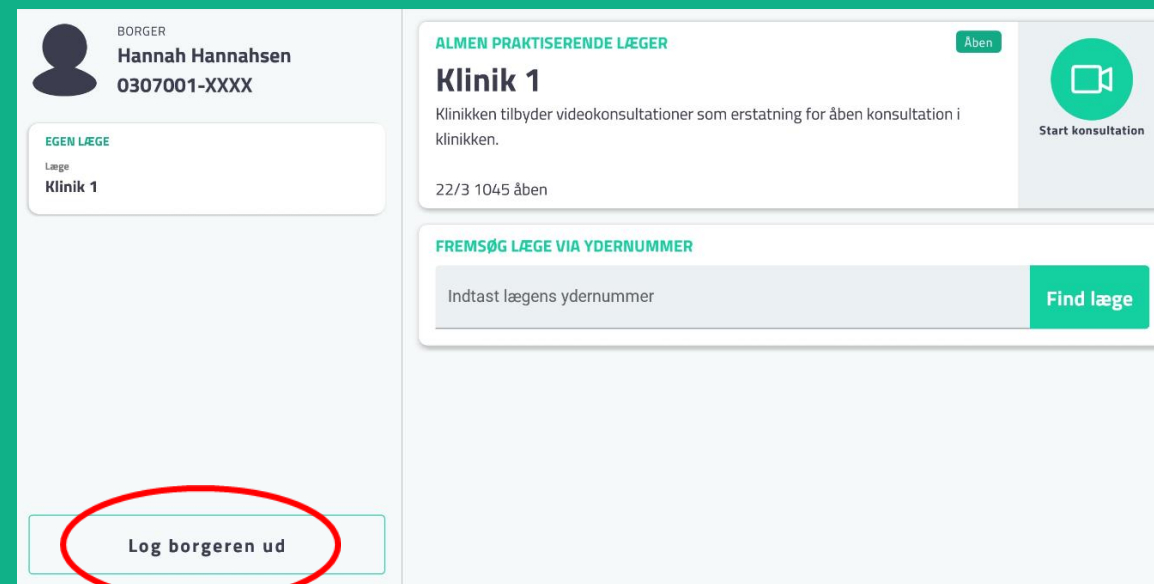
FREMSØG LÆGE VIA YDERNUMMER
Indtast lægens ydernummer **Find læge**

Du er nu sat i kø hos lægen, og nummer i køen fremgår tydeligt.

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en på vegne af borger - 4/5



Når det er jeres tur, accepterer lægen og starter videokonsultationen.
Et billede af lægen vil komme frem på skærmen og man vil kunne se et lille billede af borger og medarbejder
Når konsultationen er slut, trykkes på 



Når videokonsultationen er afsluttet, skal du trykke på 'log borger ud'.

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en på vegne af borger - 5/5

Sådan kan lægens virtuelle venteværelse se ud.

Lægen kan se:

- borgere i kø fra 'Min læge' app'en
- medarbejdere, der kalder op på vegne af en borger
- medarbejdere, der kalder op uden tilknyttet borger.

Man kan se medarbejders rolle og arbejdssted.

Nederst i billedet kan lægen se, hvad medarbejderen har skrevet om konsultationen.

The screenshot shows the 'Min Læge' app interface for 'Venteværelse til videokonsultationer'. The top bar includes the 'Min Læge' logo, the title 'Venteværelse til videokonsultationer', and 'Employee ID 1' with a settings gear icon. Below the title bar, there are tabs: 'Venteværelse (åben)' (selected), 'Klinik', 'Historik', and 'Tilføj passanter'. To the right of the tabs are two buttons: 'Luk (bevar kø)' and 'Luk (afvis alle)', along with a refresh icon. The main content area is divided into two sections. The first section, 'Igangværende konsultationer (0 personer)', is currently empty. The second section, 'Patienter i venteværelse (1 personer)', shows a patient entry for 'Peter Flintholm Sørensen (Programør, Trifork) - kontaktede på vegne af borgeren'. This entry is expanded to show a table of consultation details. The table has columns for 'Kø nr.', 'Navn', 'CPR', 'Tlf.', 'Status', and 'Ventetid'. The data row shows '1', 'Hannah Hannahsen', '030700-1234', a blue link '31317913', 'I kø', and '0 min.'. To the right of the table are a calendar icon and two buttons: 'Accepter' and 'Afvis'. Below the table, there is a 'Besked' section with the text: 'Borger har svært ved at få vejret. Borger har anmodet om, at sygeplejersken ikke deltager i konsultationen.'

Min Læge Venteværelse til videokonsultationer Employee ID 1

Venteværelse (åben) Klinik Historik Tilføj passanter Luk (bevar kø) Luk (afvis alle)

Igangværende konsultationer (0 personer)

Patienter i venteværelse (1 personer)

Peter Flintholm Sørensen (Programør, Trifork) - kontaktede på vegne af borgeren Opkald via Kontakt Læge

Kø nr.	Navn	CPR	Tlf.	Status	Ventetid
1	Hannah Hannahsen	030700-1234	31317913	I kø	0 min.

Besked

Borger har svært ved at få vejret. Borger har anmodet om, at sygeplejersken ikke deltager i konsultationen.

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en - uden borgerens cpr - nummer 1/4

Man kan med 'Kontakt læge' åbne en videokonsultation med lægen uden borgers CPR-nummer.

Denne funktion kan f.eks. anvendes, hvis borger ikke har et CPR- nr.

Videokonsultation uden borgers CPR-nummer kan kun foretages, hvis der er en forudgående aftale med lægen.

Vælg 'videokonsultation uden Borgerens cpr - nummer'

Borgerens CPR-nummer

☐ Tro- og love-erklæring: Jeg har den angivne borgerens samtykke til, at jeg kontakter lægen på vedkommendes vegne.

Log ind på borgerens vegne



VIDEOKONSULTATION UDEN BORGERENS CPR-NUMMER

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en - uden borgerens cpr - 2/4

1

Skriv ydernummeret på den Læge, du har aftalt videokonsultation med

Indtast borgerens CPR-nummer

FREMSØG LÆGE VIA YDERNUMMER

Indtast lægens ydernummer
018201

Find læge

2

Tilføj læge

FREMSØG LÆGE VIA YDERNUMMER

Klinik 1

Tilføj læge

Fortryd

3

Start konsultationen

ALMEN PRAKTISERENDE LÆGER

Aben

Klinik 1

Videokøen er åben

Start konsultation

4

Beskriv, hvad konsultationen vedrører og tryk start

Du er nu klar

Du kan nu påbegynde din videokonsultation med din læge. Tryk på "Start mødet" og afvent deltagelse fra din læge.

Skriv hvad konsultationen vedrører

Test

Start

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en - uden borgerens cpr - 3/4

[Start](#)

5

Du er nu i video-kø

ALMEN PRAKTISERENDE LÆGER

Klinik 1

Videokøen er åben

Åben

2

Dit nummer i køen

Hvis lægen ikke har mulighed for at udføre konsultationen, kan videokonsultationen afvises af lægen og beskeden 'Afvist videokonsultation' sendes retur til medarbejderen.

× Afvist videokonsultation

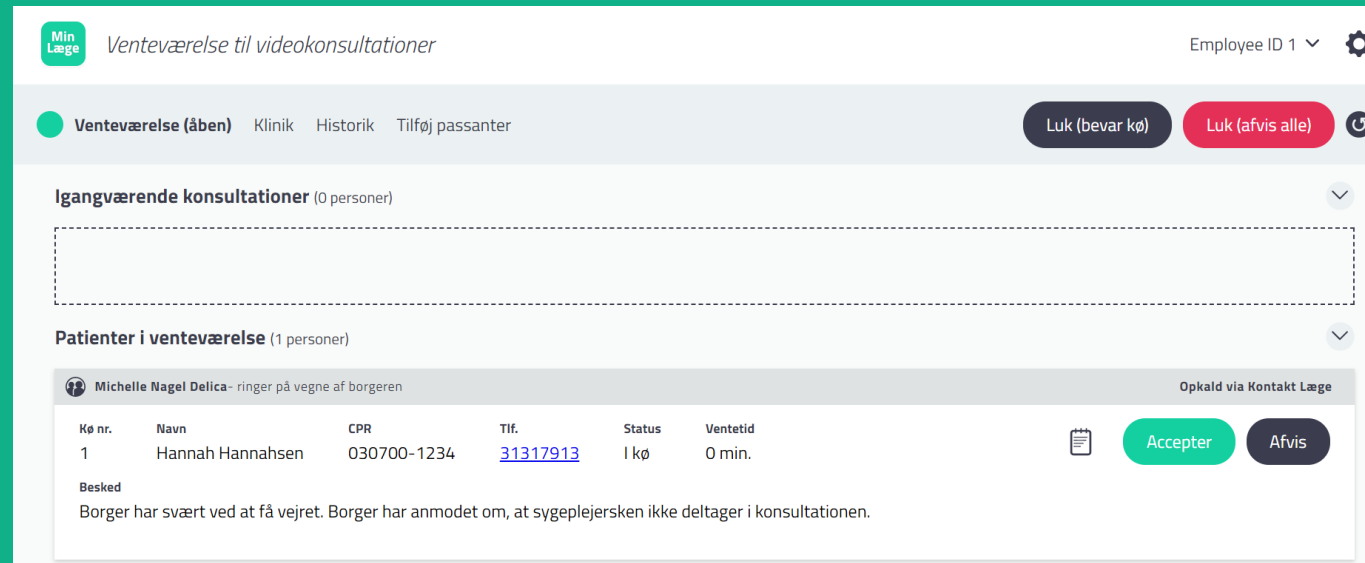
Besked fra lægen

Det er desværre ikke muligt at gennemføre din videokonsultation. Du er velkommen til at kontakte klinikken

Sådan bruger du 'Kontakt Læge' app'en - uden borgerens cpr - nummer 4/4



Når det er din tur, accepterer lægen og starter videokonsultationen.
Et billede af lægen vil komme frem på skærmen og et lille billede af medarbejder.
Når konsultationen er slut, trykkes på 



Sådan kan lægens virtuelle venteværelse se ud.
Lægen kan se:

- borgere i kø fra 'Min læge' app'en
- medarbejdere, der kalder op på vegne af en borger
- medarbejdere, der kalder op uden tilknyttet borger.

Teknisk vejledning - Kontakt læge app

Københavns kommune
Maj 2020

The image shows a large, light gray hexagonal background with a smaller, rounded green square in the center. Inside the green square, the text "Kontakt Læge" is written in white. There are also several other light gray hexagons of varying sizes and opacities scattered around the central green square, creating a geometric pattern.

**Kontakt
Læge**

Indholdsfortegnelse

- Mobil App Kontakt læge
- Installation af 'Kontakt læge' App
- Hvordan håndteres adgangsstyringen
- Stamdata Context handler test
- Brugersystemroller Test
- Video via MedCom VDX
- Firewall-opsætning til Kontakt Læge
- Databehandleraftaler



Kontakt Læge App

- 'Kontakt læge' app vil være tilgængelig i Google Play og App store d. 12. Maj 2020.
- App'en kan kun hentes på tablet og Ipad.
- I Apple Business Manager skal man søge på "kontakt-læge" for at finde iOS-appen
- Der findes en testversion af app'en som anvender test-opsætningen af KOMBIT Context handler



Installation af 'Kontakt læge' App

- App kan installeres manuelt via Google Play og App Store.
- Det forventes, at 'Kontakt læge' app'en installeres via kommunens mobile device management system, som alle andre apps i kommunen
- Det er kun muligt at anvende 'Kontakt læge' app, hvis man er autoriseret som bruger i KOMBIT Context handler



Hvordan håndteres adgangsstyringen

Login foretages via KOMBIT Context handler

- Det er forskelligt, hvordan de enkelte kommuner har sat integrationen til KOMBIT Context handler op, men det skal gøres på samme måde, som kommunen har sat f.eks. SAPA eller BBR op.

Der gælder følgende ift. adgangsstyring gennem Kombit contexthandler:

- Leverandøren(Trifork) er godkendt af Kombit
- Leverandøren(Trifork) og Kombit har lavet en aftale om godkendelse af løsningen
- Via STS administrationsmodul skal Kommunen selv oprette en ny jobfunktionsrolle, hvor man tilknytter brugersystem-rolle "Kontakt Læge" (fagsystemet) (og dermed "Kontaktlaege_bruger").
- Der skal laves en intern tilknytning via kommunens sikkerhedssystem (f.eks AD) som skal pege på jobfunktionsrollen

Der er kun én jobfunktionsrolle: "*Kontaktlaege_bruger*"

- Brugere, der skal kunne anvende kontakt læge, skal have denne jobfunktionsrolle tildelt
- Hvis de ikke har den jobfunktionsrolle, kan de ikke logge ind i Appen

Kontakt Læge er sat op i både test og produktion hos KOMBIT



Kontakt
Læge

Stamdata Context handler test

Stamdata	Dataafgrænsningstyper	Anvendersystem
UUID:	4fff53bf-fe96-4766-897d-9ceb86a6ad1e	
Leverandør:	Trifork Public A/S	
Navn: *	Kontakt Læge	
E-mail: *	pfs@trifork.com ?	
Beskrivelse:		
Type:	☐ Anvendersystem ☒ Brugervendt system ☐ Identity Provider ☐ Serviceudbyder Vær opmærksom på at du ikke kan vælge systemtyper fra, når først du har gemt.	



Brugersystemroller Test

Rediger brugersystemrolle

UUID: c9449588-4a56-42b1-b784-e8bae15e9411

Navn: *

kontaktlæge_bruger

Beskrivelse:

EntityId: <http://kontaktlæge.trifork.com/roles/usersystemrole/user/1>

Kontakt
Læge

Video via MedCom VDX

- Selve Video-sessionen foregår via MedCom's VDX videomøderum
- Der er en del kommuner, der allerede anvender MedCom VDX og så vil Kontakt Læge nok virke allerede
- Det er en ret kompleks opsætning af firewall-regler, hvis kommunen har lukket meget ned
- Der skal åbnes forholdsvis meget så begræns det til MedCom's liste af servere (som opdateres løbende)
 - Opkaldet kan gå via enhver server - også selvom den ser ud som om, den bruges til noget specifikt
- Det er i øjeblikket muligt at køre video udelukkende via port 443 for at imødekomme eventuelle udfordringer med de nødvendige firewall-åbninger. Løsningen testes, hvorfor der kan være uregelmæssigheder i videoafviklingen.



Kontakt
Læge

Video via MedCom VDX

Kontakt Læge håndterer hele opsætningen, login og re-direct i forhold til VDX.

- Brugere kan ikke se, det sker og skal bare bruge Appen
- Kommunen skal sikre, at der er tilstrækkelig åbning i firewall, så videokaldet kan gennemføres.

Teknisk information i forhold til MedCom VDX:

- Kontakt læge anvender WebRTC og dermed behøver kommunen kun at håndtere den opsætning i forhold til Kontakt Læge
 - <https://www.MedCom.dk/systemforvaltning/videoknudepunktet-vdx/vejledninger-og-installationsfiler/tekniske-vejledninger-og-installationsfiler>
- Link til tekniske forudsætninger:
 - <https://www.MedCom.dk/media/10652/tekniske-forudsætninger-ved-brug-af-vdx.pdf>

A green rounded square button with the text "Kontakt Læge" in white, centered within a white circle that has a green border.

Kontakt
Læge

Firewall-opsætning til Kontakt Læge

- Fra App til MedCom Videoknudepunkt VDX
 - WebRTC
 - 80/TCP – Standard web, redirect til https
 - 443/TCP – Secure WebRTC (TLS)
 - 40000-49999 UDP – Medie RTP/RTCP
- Retur fra MedComs Videoknudepunkt VDX til App
 - Any / TCP & UDP – Medie (RTP/RTCP/RDP/DTLS/RTMP/STUN/TURN)
- Liste over servere i MedComs Videoknudepunkt VDX
 - Lige nu er der 89 servere, som firewall-reglerne skal anvendes på
 - Her er det officielle link til liste over servere:
<https://www.MedCom.dk/media/11080/liste-med-ip-vdx-adresser.xml>



Databehandleraftaler

- Der skal indgås en databehandleraftale mellem hver dataansvarlig kommune og Trifork Public A/S.
- De følgende slides har til hensigt at give kommunerne indsigt i elementer, der har betydning for indgåelse af en databehandleraftale med Trifork Public A/S i forbindelse med 'Kontakt Læge' app'en.
- På de følgende slides findes skematiske oversigter over de forskellige led af databehandlingen, som knytter sig til 'Kontakt Læge' app'en.

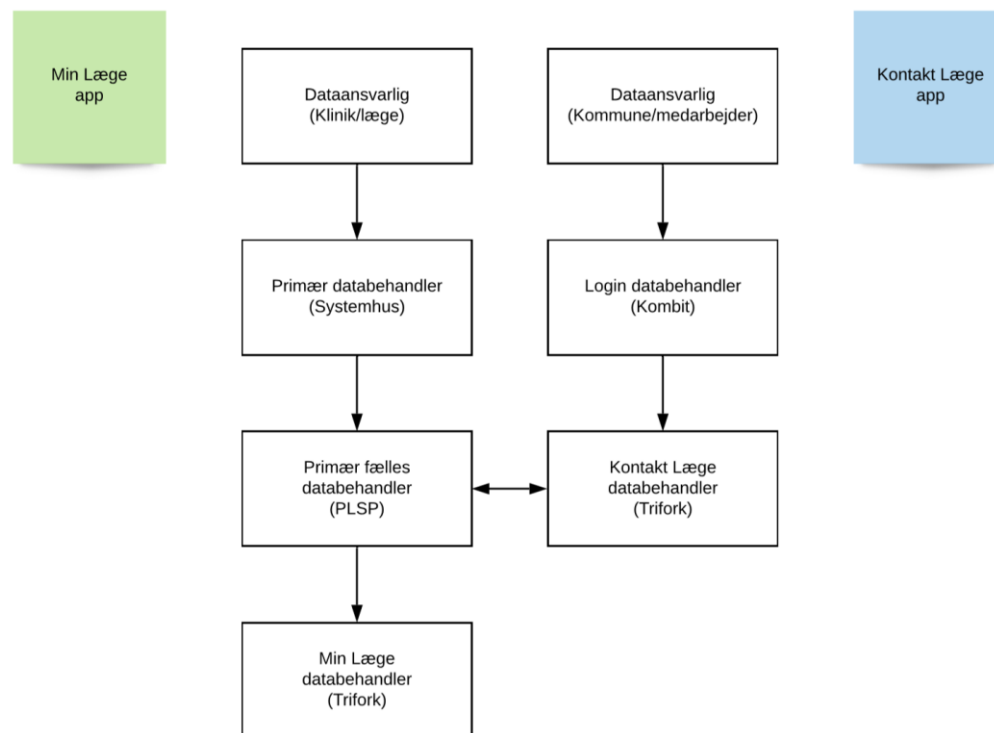
Oplæg til databehandleraftale med Trifork Public A/S

- Vedlagt denne vejledning findes endvidere Københavns Kommune – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen oplæg til databehandleraftale med Trifork Public A/S.
- Oplægget kan benyttes af kommunen, som input til udfyldning af databehandleraftale efter egne eller datatilsynets standarder.
- Der er på nuværende tidspunkt alene tale om et oplæg, da databehandleraftalen ikke er endeligt godkendt af begge parter.



Databehandleraftaler

Herunder er indsat et diagram, som skitserer databehandlingen for 'Kontakt Læge'



Databehandleraftaler

Herunder er indsat et skema med de forskellige data elementer, og placering af dataansvar og databehandling(db) herunder evt. underdatabehandling

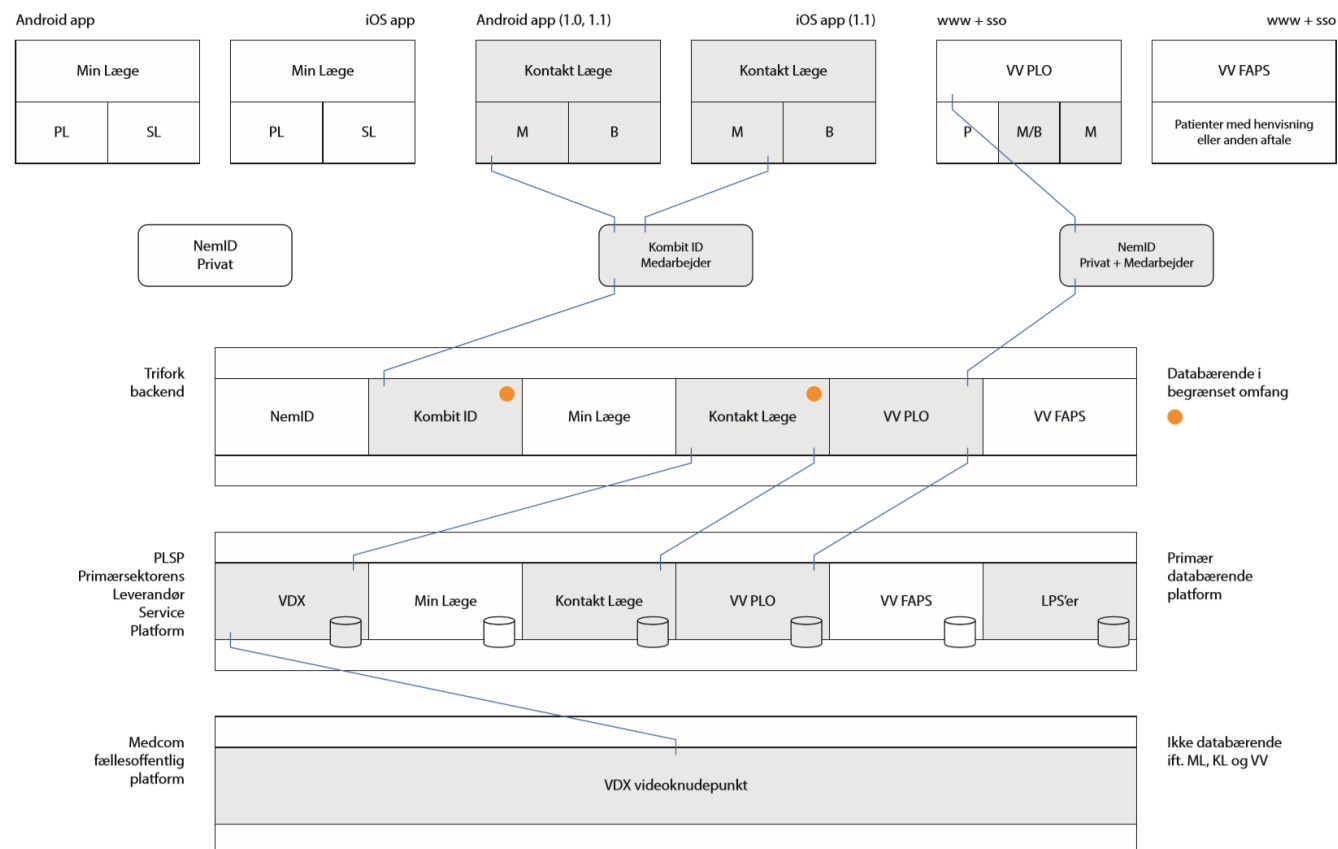
ID	Data	Dataansvarlig	Trifork session	Trifork db	Trifork log	PLSP db	PLSP log
01.01	Medarbejder GUID	Kommune	☒	☒	☒	☒	☒
01.02	Medarbejder navn	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
01.03	Medarbejder rolle	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
01.04	Medarbejder arbejdssted	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
01.05	Medarbejder brugernavn (e-mail)	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
01.06	Medarbejder password	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
02.01	Borger GUID	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
02.02	Borger CPR	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
02.03	Borger navn	Kommune	☒	☐	☒	☒	☒
02.04	Henvendelse årsag	Kommune	☒	☐	☐	☒	☒
03.01	Klinik ID	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒
03.02	Klinik navn	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒
03.03	Læge NemID	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒
03.04	Læge GUID	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒
03.05	Læge ydernummer	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒
03.06	Læge navn	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒
03.07	Klinik note vedr. konsultation	Klinik	☒	☐	☒	☒	☒



Kontakt
Læge

Databehandleraftaler

Herunder er indsat et diagram som skitserer de systemiske datastrømme



Kontakt
Læge

Databehandleraftaler

- **Support**
 - Hver kommune skal være opmærksom på, at 1. level support på 'Kontakt læge' app'en ligger hos kommunens egen support
 - Kommunerne skal hver især indgå en databehandleraftale med Medcom for supportdelen.
 - Kontakt til MedCom: lho@medcom.dk
 - PLO har databehandleraftale på klinik-delen (Det virtuelle venteværelse)





Årsrapport 2019

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Kommunerne har et særligt kendskab til borgernes liv, og dermed har kommunerne også en central rolle i at varetage borgernes interesser i sundhedssamarbejde mellem regionen, almen praksis og de 22 syddanske kommuner. Denne opgave bidrager Fælleskommunalt Sundhedssekretariat til at løfte.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariats hovedopgave er at understøtte Sundhedsstrategisk Forums arbejde med at sikre, at kommunernes interesser bliver varetaget i sundhedssamarbejdet med Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. Det gøres blandt andet ved at formulere fælleskommunale holdninger på sundhedsområdet og ved at sikre kommunikation og vidensdeling mellem kommunerne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har i 2019 været med til at færdiggøre Sundhedsaftalen 2019-2023 og udarbejde Praksisplan for almen praksis 2020-2023. Tilsammen indeholder de to aftaler konkrete mål opstillet af Region Syddanmark, kommunerne i Syddanmark og almen praksis i Syddanmark. Målene repræsenterer det, der skal arbejdes hen imod for at sikre sundheden for borgerne i regionen gennem tværsektorielt arbejde.

Foruden de større udviklingsopgaver i 2019 har sekretariatet også løftet de løbende driftsopgaver, hvilket indebærer udarbejdelsen af sagsfremstillinger til mere end 30 dagsordener, der fordeler sig ud på syv forskellige mødefora. Her udover kommer et større antal skrivelser og notater vedrørende fælleskommunale og tværsektorielle sager samt generel faglig bistand til kommunerne, når der er opstået et behov for dette.



Sekretariatet har løbende kontakt med medarbejdere – direktører, fagchefer, stabs- og fagmedarbejdere – hos de 22 syddanske kommuner. Endvidere udvikles og vedligeholdes et bredt samarbejdsnetværk til afdelinger og medarbejdere i Region Syddanmark og øvrige samarbejdspartnere (eksempelvis KL, Fælleskommunalt Socialsekretariat og de fælleskommunale sundhedssekretariater i andre dele af Danmark). Fælleskommunalt Sundhedssekretariat deler kontor med Fælleskommunalt Socialsekretariat og KKR Syddanmark, og samarbejdet mellem Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og de to førnævnte sekretariater er derfor tæt.

De største resultater fra 2019

Nedenfor fremgår sekretariatets tre største resultater fra 2019.

Sundhedsaftalen 2019-2023

Sundhedsaftalen 2019-2023 og det administrative tillæg hertil er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 26. juni 2019. Sekretariatet har derfor i første halvdel af 2019 som en af de største opgaver arbejdet med at komme i mål med Sundhedsaftalen 2019-2023 og det administrative tillæg hertil. Det har især været arbejdet med at lave en god administrativ organisering, der kan understøtte arbejder med udvikling og implementering af indsatserne i Sundhedsaftalen.

I anden halvdel af 2019 har sekretariatets opgaver især drejet sig om at etablere følge- og kompetencegrupper, som skal arbejde med Sundhedsaftalens indsatser. Desuden har sekretariatet anvendt meget tid på at introducere nye medlemmer til arbejder, herunder planlægning af et Kick off for Sundhedsaftalen, som blev afholdt primo 2020.

Praksisplan 2020-2023

I løbet af 2019 har sekretariatet spillet ind til udarbejdelsen af Praksisplan for almen praksis 2020-2023. Planen er udarbejdet af Praksisplanudvalget, som består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter for almen praksis, og da Fælleskommunalt Sundhedssekretariat både deltager i og sekretariatsbetjener Praksisplanudvalget, har sekretariatet haft en afgørende rolle i forhold til at sikre, at kommunernes interesser er blevet taget med ind i udarbejdelsen af Praksisplan for almen praksis 2020-2023.



Praksisplanen for 2020-2023 spiller ind i Sundhedsaftalen 2019-2023, hvilket har været en vigtig prioritet for kommunerne, således alle tre parter – almen praksis, regionen og kommunerne – samarbejder om de samme mål. Praksisplanen består desuden af to dele; en politisk indsatsdel og en beskrivende kapacitetsdel. Kapacitetsdelen afdækker lægedækningen i alle regionens kommuner, og den er et vigtigt værktøj i at sikre, at der fremdadrettet er lægedækning for alle kommunens borgere. Der blev i marts 2019 afholdt et stort opstartsmøde for udarbejdelsen af praksisplanen, hvor repræsentanter fra almen praksis, kommuner og regionen deltog. Sekretariatet var medarrangør af dette.

Studietur til London

Den 27.-29 marts 2019 var Sundhedsstrategisk Forum og Socialdirektørforum på studietur til London. Formålet med turen var et fælles fokus på psykiatrien med oplæg om eksempelvis simulationstræning i psykiatrien. Sekretariatet stod her for at planlægge studieturen i samarbejde med Fælleskommunalt Socialsekretariat og deltog også på turen, som tovholdere for de forskellige arrangementer.

Driftsopgaverne for 2019

Foruden udarbejdelsen af de to store aftaler på sundhedsområdet mellem regionen, kommunerne og almen praksis løser sekretariatet også en række løbende driftsopgaver. Den største driftsopgave er at sekretariatsbetjene de kommunale og tværsektorielle sundhedsfora, som de 22 kommuner sidder med i. I de kommende underafsnit er de mest centrale udvalg, som sekretariatet betjener, beskrevet.

Foruden sekretariatsbetjening af nedenstående udvalg har sekretariatet også haft løbende kontakt med de 22 kommuner i Syddanmark, hvor de ansatte i sekretariatet yder konsulentbistand inden for det fælleskommunale og tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Dertil kommer løbende opdatering af hjemmeside, udsendelse af nyheder, udpegninger til diverse udvalg, styregrupper og arbejdsgrupper samt samarbejde med de øvrige fælleskommunale sundhedssekretariater.



Sundhedsstrategisk Forum

Det er sekretariatets hovedopgave at betjene Sundhedsstrategisk Forum og hermed de 22 syddanske kommuner. I Sundhedsstrategisk Forum sidder repræsentanter på chef- eller direktørniveau fra alle 22 kommuner.

Der afholdes fem årlige møder. Forummet fungerer med et formandskab til at forestå den løbende ledelse og drivkræft. Formandskabet er valgt for fire år ad gangen og består af fem mandater. Formandskabet bestod ved udgangen af 2019 af direktører fra kommunerne Odense (formand), Esbjerg, Haderslev og Vejle kommuner. Der afholdes 5-7 årlige møder i Formandskabet.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste administrative organ på det tværsektorielle sundhedsområde i Syddanmark og består af repræsentanter fra Region Syddanmark, de 22 syddanske kommuner og repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation i Syddanmark. Sundhedsstrategisk Forum har besluttet, at kommunerne repræsenteres i Det Administrative Kontaktforum ved Formandskabskommunerne og følgegruppeformændene. Mødeforberedelse og beslutninger i Det Administrative Kontaktforum er derfor et naturligt omdrejningspunkt for mange af sekretariatets opgaver. Det Administrative Kontaktforum afholder årligt fem møder.

Det Administrative Kontaktforum afholdte i 2019 fem møder. Sekretariatet indgår sammen med konsulenter fra Regionshuset i Koordinationsgruppen, som udarbejder en væsentlig del af sagerne til Det Administrative Kontaktforum, og gruppen forestår i fællesskab kvalitetssikring af de øvrige sager på dagsordenen.

Sundhedskoordinationsudvalget

Sekretariatet betjener i samarbejde med det syddanske KKR-sekretariat de fem kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark. Sundhedskoordinationsudvalget er det politiske tværsektorielle udvalg på sundhedsområdet. Udvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter for alment praktiserende læger. De fem kommunale medlemmer er udpeget gennem KKR Syddanmark og består i indeværende valgperiode af repræsentanter fra Esbjerg (kommunal medformand), Faaborg-Midtfyn, Aabenraa, Odense og Varde.



Praksisplanudvalget

Sekretariatet betjener og deltager i samarbejde med det syddanske KKR-sekretariat på møder i Praksisplanudvalget. Udvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter fra almen praksis. Praksisplanudvalgets opgave er at udmønte de dele af sundhedsaftalen, som vedrører almen praksis. Herunder indgår Praksisplanudvalget lokale samarbejdsaftaler mellem regionen, almen praksis og PLO.

De fem kommunale medlemmer er udpeget gennem KKR Syddanmark og består i indeværende valgperiode af repræsentanter fra kommunerne Esbjerg, Varde, Aabenraa, Langeland og Vejen.

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

Sekretariatet betjener de to kommunale medlemmer af Samarbejdsudvalget for fysioterapi, som er udpeget af KKR. I denne valgperiode er dette én repræsentant fra Nordfyns Kommune og én fra Faaborg-Midtfyn Kommune. Udvalget består herudover af to regionale politiske medlemmer og fire repræsentanter for de privatpraktiserende fysioterapeuter i Syddanmark. Udvalget er en del af det paritetiske system, som er de sundhedsområder, hvor der er indgået overenskomster (privatretslige aftaler) mellem det offentlige og de privatpraktiserende sundhedsfaggrupper. Samarbejdsudvalget afholdt i 2019 fem møder. Sekretariatet er ansvarlig for at udarbejde de sager, der har kommunal interesse i udvalget, ligesom sekretariatet udarbejder og udsender afgørelser foretaget af udvalget.

Derudover repræsenterer sekretariatet de kommunale interesser i udarbejdelsen af praksisplanen for fysioterapi og sekretariatet deltager i en arbejdsgruppe, der årligt forestår kontrolstatistik på den vederlagsfri fysioterapi samt ridefysioterapi. Sekretariatet yder ligeledes konsultation til kommunerne i forhold til fysioterapiområdet og samarbejdsudvalget.

Økonomi

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat er oprettet på baggrund af beslutning i KKR Syddanmark i juni 2008. Sekretariatet påbegyndte sit virke 1. marts 2009. Sekretariatet er bemandet af to medarbejdere og en teamleder på halv tid. Sekretariatet var i 2019 – sammen med Fælleskommunalt Soci-



alsekretariat og Sekretariatet for KKR Syddanmark – placeret på Haderslev Rådhus, da borgmester HP Geil er formand for Kommunekontaktrådet i indeværende valgperiode.

Sekretariatet har i 2019 været bemanded med Cæcilie Lumby fra 1. januar til 31. marts, herefter Louise Overgaard Nielsen fra 1. august og Christina Ryborg. Pr. 1. juni blev Stinna Kruse Sonnichsen ansat i en nyoprettet funktion som teamleder for Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat (0,5 årsværk)

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat finansieres af kommunerne ud fra en fordelingsnøgle baseret på indbyggertal (opgjort 1. januar i budgetåret).

651058 Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Regnskab 2019 og budget 2020 og frem

	Budget 2019	Regnskab 2019	Budget 2020	Budget 2021-forslag	Budget 2022-forslag	Budget 2023-forslag
			Godkendt	2020 LP	2020 LP	2020 LP
Løn	1.288.660	1.209.165	1.611.160	1.410.000	1.410.000	1.410.000
Efteruddannelse	47.350	11.095	47.350	47.350	47.350	47.350
Tjenestekørsel	47.350	42.918	47.350	47.350	47.350	47.350
Øvrige personale udgifter	0	23.979				
Personaleudgifter i alt	1.383.360	1.287.157	1.705.860	1.504.700	1.504.700	1.504.700
Møder, rejser og repræsentation	60.000	115.521	10.000	10.000	10.000	10.000
Fælleskommunal mødevirksomhed	50.000	0	100.000	100.000	100.000	100.000
Pulje til Fælleskommunal medfinansiering	150.000	0	150.000	150.000	150.000	150.000
Kontorhold, administration mv. a)	5.547	90.177	5.547	5.547	5.547	5.547
Materiale og aktivitetsudgifter i alt	265.547	205.698	265.547	265.547	265.547	265.547
Udgifter til IT		7.790	5.120	5.120	5.120	5.120
Drift af hjemmeside		0	37.913	37.913	37.913	37.913
First Agenda	86.655	42.813	43.622	43.622	43.622	43.622
Inventar	0	0	0	0	0	0
Kapacitetsudgifter i alt	86.655	50.603	86.655	86.655	86.655	86.655
Husleje b)	51.200	62.500	51.200	62.500	62.500	62.500
Grunde og Bygninger i alt	51.200	62.500	51.200	62.500	62.500	62.500
Udgifter i alt	1.786.762	1.605.958	2.109.262	1.919.402	1.919.402	1.919.402
Forventede opsparede midler				-592.291	-459.651	-327.011
Overførsel fra 2019 - bevilget			-914.791			
Overførsel fra 2018 - bogført		-768.706				
Kommunebetaling c)	-1.786.762	-1.752.043	-1.786.762	-1.786.762	-1.786.762	-1.786.762
Indtægter i alt	-1.786.762	-2.520.749	-2.701.553	-2.379.053	-2.246.413	-2.113.773
Opsamlet resultat	0	-914.791	-592.291	-459.651	-327.011	-194.371

Kommunebetaling pr. indbygger i kr c)

a) Integration til Agenda med 21.000 kr. og Hosting aftale med 19.000 kr. er indeholdt i udgifterne

b) Husleje m.m. dækker over udgifterne i forbindelse med benyttelse af lokaler, el, vand, varme, kontorhold m.m.

c) Kommunebetaling pr. borger i budget 2020 og 2021 og frem er baseret på befolkningstal 1. kvartal 2020 (befolkning:) (kilde: Danmarks statistik). Indtægterne svarer til de budgetterede udgifter

Tilbage melding fra kommunernes ift. ønsker og behov ift. koordinering af og styrket samarbejde med praksissektoren med et særligt fokus på almen praksis

I alt har 12 kommuner responderet på afklaringen. Generelt giver kommunerne udtryk for at have et godt samarbejde med almen praksis. 11 ud af de 12 kommuner, bemærker dog at de på trods af det gode samarbejde møder forskellige udfordringer.

Nedenfor er de punkter listet op, som flere kommuner har bemærket giver anledning til udfordringer i samarbejdet. Derefter fremgår punkterne, som er kommunernes konkrete forslag til hvordan man kan styrke samarbejdet og strukturerne. De uddybende bemærkninger fra kommunerne kan ligeledes i bilag 2 som er vedlagt sagen.

Nuværende områder hvor der opleves udfordringer:

- Kommunerne oplever udfordringer i forbindelse med samarbejdet om, og indførelse af, (nye) tiltag, som styrker det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. F.eks. at lægerne ikke benytter sig af muligheden for opfølgende hjemmebesøg.
- Lægerne har manglende viden om de eksisterende kommunale tilbud, herunder til de kommunale forebyggelsestilbud, hvilket medfører for få henvisning hertil.
- At få implementeret forløbsprogrammer og indsatsområder i sundhedsaftalen.
- Når kommunerne ønsker at samarbejde om nye projekter, idet kommunerne oplever at lægerne ikke har tid til dette.
- Samarbejdet om afprøvning af nye samarbejdsformer f.eks. TeleKOL.
- Kommunerne oplever, at nogle læger er modvillige i forhold til at anvende dosisdispensering.
- Datadeling mellem almenpraksis og kommunerne er ikke altid muligt.
- Der er problemer med at få kontakt til lægerne. Nogle læger vil ikke oplyse et direkte telefonnummer til den kommunale sygeplejerske, så sygeplejersken bruger ofte meget telefonisk ventetid i åbningstiden for opkald, og det er ikke altid muligt få kontakt til lægen ved akut opstået sygdom i dagtimerne.
- Kommunerne oplever ligeledes udfordringer med: at få tilknyttet læger til alle plejecentre ifm. Faste læger på plejecentre, at udarbejde lokale samarbejdsaftaler, for få læger deltager i KLU-møder (gælder kun for nogle kommuner), at lægerne ikke udarbejder handleplaner selvom det er et krav, at mange forskellige lægepraksisser skal inddrages ved ændringer i samarbejdet, at vagtlægerne ikke har samme viden især omkring den kommunale akutsygepleje. For yderkommunerne er der ligeledes udfordringer i samarbejdet med læger som er placeret udenfor kommunen, og kontakten til disse. Når centrale løsninger lader vente på sig (fx muligheden for rammedelegation og systemtekniske udfordringer omkring medicinbehandling), giver dette anledning til udfordringer indtil disse kommer.

Konkrete forslag til at styrke samarbejdet og strukturerne:

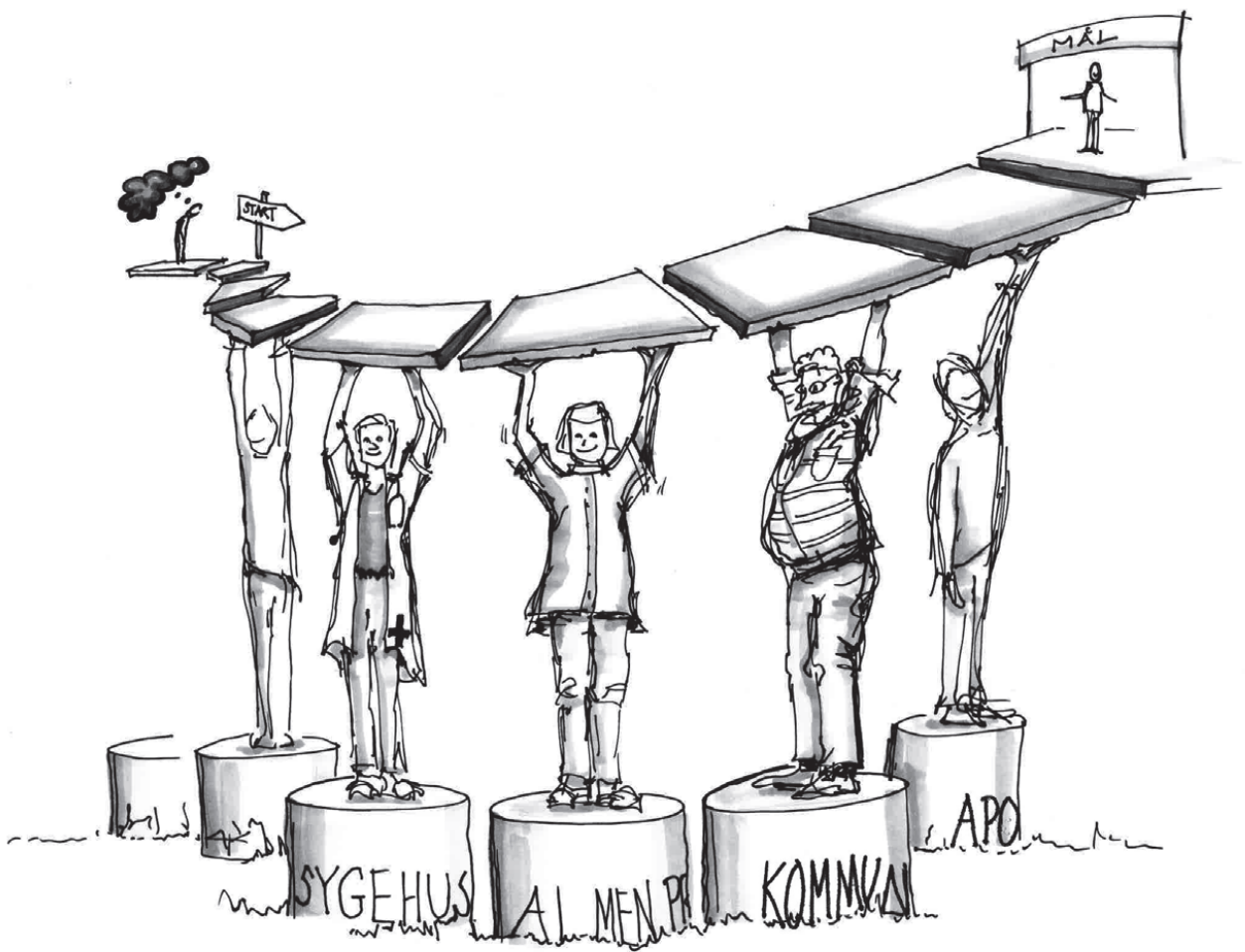
Forslag til konkrete tiltag som kan håndteres i regi af SydKIP

- Almen praksis kan deltage i udviklingsarbejdet i forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

- Den nye fælles praksiskonsulent kan deltage ad hoc på møder i kommunalt lægelige Udvalg og på møder i samordningsforummet, og derved skabe sammenhæng mellem disse fora. Derudover kan agere som "oversætter" for de mere strategiske tanker og drøftelser, der ligger i samarbejdet omkring Sundhedsaftalen og forløbsprogrammerne. Det vil angiveligt understøtte den kommunale praksiskonsulentfunktion.
- Den fælles praksiskonsulent kan med mellemrum deltage i KLU-møderne i kommunerne og derved være bindeled mellem den kommunale og regionale praksis.
- Den fælles praksiskonsulent understøtter praksiskonsulenten i at belyse fokus på og øge kendskabet til implementering af aftaler.
- Den nye funktion kan understøtte sammenhængen mellem de lægelige kvalitetsklynger og KLU, idet KLU under den nye sundhedsaftale har fået en mere klar defineret rolle som implementeringsorgan for forløbsprogrammerne mv.
- SydKIP kan fungere som bindeled mellem kommunen og de praktiserende læger som er placeret udenfor kommunen.
- Der etableres tættere samarbejde om implementeringen af de fælles overordnede samarbejdsaftaler og omkring arbejdet med at undgå unødvendig akutte indlæggelser.
- Der sætter fokus på muligheden for og vigtigheden af fælles datadeling.
- Det gøres muligt at lægepraksisser bliver koblet op på den samme infoskærmsløsning, der udbydes af regionen, for at styrke kommunikationen omkring de kommunale sundhedstilbud.
- Der er behov for en uddybning af MedCom vejledningen om korrespondancer fra maj 2009. Særligt er der behov for en definition ift. Indhold i korrespondancemeddelelser samt retningslinjer ift. Anvendelse af attester. Herunder hvilke honorarer der kan anvendes ift. Opgaven.

Forslag til konkrete tiltag som kan håndteres i det lokale samarbejde

- Der kan udpeges ambassadører fra de praktiserende læger, der kan formidle kommunens problematikker til de resterende læger.
- Praksissektoren og hjemmesygeplejen kan planlægge at afholde faste møder omkring udvalgte borgersager hver 2. uge.
- Vigtigheden af det gode samarbejde skal tydeliggøres.
- Muligheden for øget fleksibilitet og tilgængelighed til almen praksis skal italesættes.
- At borgere der har været i stabil medicinering i tre måneder, derefter overgår til dosisdispensering.
- Et fælles fokusområde kan være sundhedsteknologi og mulighederne der ligger heri.
- At der planlægges fast telefontid med lægerne, udenom almindelig telefontid.
- At der laves en rammeaftale med sygeplejen/akutsygeplejen.



Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

– samarbejde og kommunikation

Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2019
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 xxxx?

Emneord

Xxxxxxx, xxxxxxx, xxxxxx
xxxxxxx, xxxxxx

Version 1.0
Februar 2019

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-67-7

Forord

Kommer senere...

Bo Libergren

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Henning Ravn

Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Indhold

KAP. 1 - Introduktion.....	5
Baggrund for forløbsprogrammerne	5
Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression	6
Formål med forløbsprogrammet.....	6
Målgruppen for forløbsprogrammet.....	7
Forløbsprogrammets anvendelse.....	7
Udarbejdelse af forløbsprogrammet.....	8
Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet.....	9
Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser	9
Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery	9
Inddragelse af patienter og pårørende	10
KAP 2 - Sammenfatning	12
KAP 3 – Den borgerrettede forebyggelse	13
Rammer	14
Forebyggende tilbud	14
KAP 4 - Tidlig opsporing hos risikogrupper	16
Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger.....	16
Risikogrupper	17
KAP 5 – Stratificering	20
Stratificering	20
KAP 6 – Udredning og diagnosticering.....	25
Almen praksis – henvisning og visitation.....	26
Region – henvisning og visitation	27
Andre aktører	27
KAP 7– Behandling og opfølgning	27
Almen praksis	27
Region.....	28
Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling.....	29
Borgerens kontakt til apoteket.....	30
KAP 8 - Løbende koordinering	31
Kommunen – henvisning og visitation	31
Region – henvisning og visitation	31
Samarbejde og koordination i praksis	32
En koordinerende kontaktperson.....	32
KAP 9 - Arbejdsmarkedsindsats	34
Før depressionen.....	34
Under depressionen	35
Efter depressionen	36
KAP 10 - Genoptræning	37
Hvordan vurderes, om der er et behov?	37
Model for sontring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer	39
Særligt om genoptræning i kommunerne	39
KAP 11 – Rehabilitering i kommunerne	42
Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne.....	43
Sygdomsmestring	46
Fysisk træning.....	50
Ernæringsindsatser i kommunen.....	51
Rygestop i kommunen	51
Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling.....	52

KAP. 1 - Introduktion

Baggrund for forløbsprogrammerne

Siden 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 over de seneste år.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertekarsygdomme i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for mennesker med KOL, type 2-diabetes, og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for mennesker med kroniske sygdomme. D. 17. juni 2015 besluttede Det Administrative Kontaktforum at revidere de eksisterende forløbsprogrammer samt at udarbejde forløbsprogram for borgere med depression og leddegigt.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med kroniske sygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og National Klinisk Retningslinje for uni-polar depression. Nærværende forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Derudover 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 sektorerne og kommunikation i sektor-overgangene, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

I den kommende sundhedsaftale for perioden 2019-2023 er der fokus på, at der arbejdes rehabiliterende i mødet med borgeren og med afsæt i borgerens ressourcer, behov og ansvar for egen sundhed. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Alle parter har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden.

Med sundhedsaftalen for 2019-2023 bygges der videre på den positive, tværsektorielle udvikling, der er skabt i Syddanmark i forhold til borgere med kronisk sygdom. I den kommende sundhedsaftaleperiode styrkes samarbejdet om tidlig opsporing af sygdom og igangsættelse af koordineret behandling, pleje og opfølgning, så færre får brug for akutte (gen)indlæggelser.

Det er intentionen, at forløbsprogrammet er et fælles fundament for det tværsektorielle arbejde for voksne med depression. I sundhedsaftalen er der også et mål om, at andelen af borgere med psykisk sygdom, som har tilknytning til arbejdsmarkedet, øges. Sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet skal

styrkes. Ud fra evidensbaserede indsatser støttes borgeren i at mestre eget liv og vende tilbage i beskæftigelse efter længere tids sygefravær. Derfor er det også et fokusområde for dette forløbsprogram, at der er en gruppe af borgere med depression, der er sårbare og har brug for tværsektoriel støtte til at kunne vende tilbage i beskæftigelse.

Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har placeret depression på en fjerdeplads over de ti sygdomme i verden, som giver anledning til det største tab af livskvalitet og leveår¹.

Depression er en tilbagevendende sygdom med risiko for kronisk handicap. Depressioner udviser et variabelt sygdomsforløb og omkring 20% udvikler kronisk depression (ibid). Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%. Depression kan medføre kronisk handicap, dels pga. persisterende depressive symptomer (residualsymptomer), dels pga. kognitive forstyrrelser.

Depression er en livstruende tilstand. Undersøgelser af selvmordsofre tyder på, at man ved omkring 60% retrospektivt kan stilles en depressionsdiagnose. Generelt gælder det, at depressioner er hyppige, alvorlige og en ofte tilbagevendende psykisk sygdom, der medfører store lidelser for den enkelte og store samfundsmæssige omkostninger.

Depression er underdiagnosticeret og underbehandlet². Som anført i "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne" er behandlingen af depression mangelfuld, idet mange patienter ikke søger læge, og kun halvdelen af dem, der søger læge, får stillet den korrekte diagnose. Af dem, der får stillet den korrekte diagnose, vil under halvdelen modtage medicinsk behandling i tilstrækkelige doser med tilstrækkelig varighed.

Forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser også underdiagnosticeres og underbehandles for deres fysiske sygdomme. Dette på trods af, at mennesker med psykiske lidelser har et større behov for somatiske sundhedsydelser grundet højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og risici ved den medicinske behandling.

Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner. Undersøgelser viser dog, at personlige holdninger samt manglende kompetencer hos fagpersoner er en væsentlig barriere for at ændre sundhedsadfærd³.

Formål med forløbsprogrammet

Nærværende forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejdet med mennesker med

¹ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – "Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser"](#)

² [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne"](#).

³ [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

depression. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af mennesker med depression og deres pårørende. Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse, uafhængigt af forløbsprogrammet, ligesom alle aktører selvsagt følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

BOKS:

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med depression i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Målgruppen for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle unipolar depression af let, moderat eller svær grad. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "patienter med depression". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. let, moderat eller svær depression, angives dette.

Patienter med depression har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det den individuelle situation og sygdomsbilledet, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

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

Forløbsprogrammet henvender sig til de fagprofessionelle og ledere i kommunerne, i almen praksis, på sygehuse og apotekere, der i deres arbejde er i kontakt med patienter, som har eller er i risiko for at udvikle en depression.

Forløbsprogrammet gælder både fagprofessionelle, der har patienter med depression som primær målgruppe, og fagprofessionelle, der mere sporadisk møder patienter med depression.

Fagprofessionelle kan derfor være medarbejdere fra sundhedsområdet, arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesområdet og socialområdet.

Forløbsprogrammets anvendelse

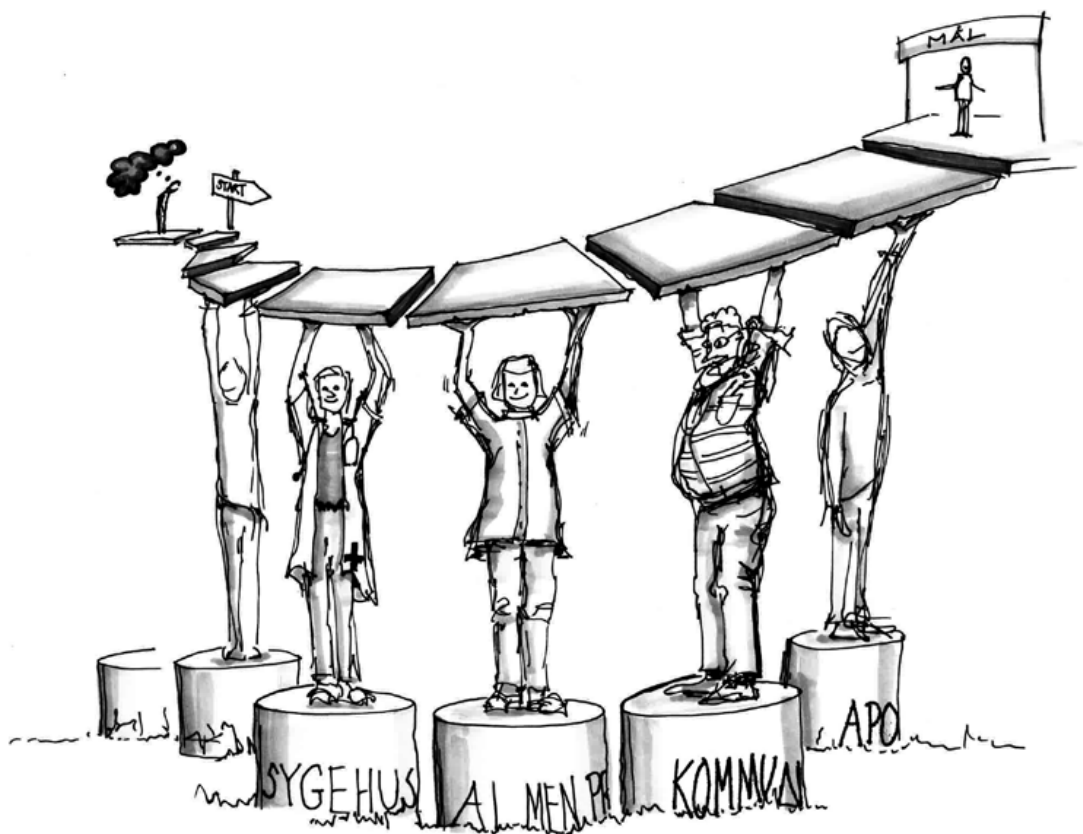
Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med depression. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor patienter med depression er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

BOKS

Forløbsprogrammet kan både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke retningslinjer mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for patienter med depression



Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de allerede godkendte forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes og hjertesygdom, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet en workshop, hvor patienter, pårørende og fagprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner har været i tæt dialog om deres oplevelser af og holdninger til håndteringen og behandling af mennesker med depression.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på samarbejde mellem fagprofessionelle og patienter/pårørende samt systematisk inddragelse af patienter/pårørende i eget forløb.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

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

I forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med KOL har en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Forebyggelse udviklet et spørgeskema, som skal belyse patienters og pårørendes oplevelse af, om forløbsprogrammet har en værdi for deres forløb. Det Administrative Kontaktforum har den 19. november 2018 godkendt spørgeskemaet. Der forestår stadig en afklaring af, hvorvidt metoden til monitorering af KOL-forløbsprogrammet kan anvendes i forhold til de øvrige forløbsprogrammer.

Når resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen foreligger, vil Det Administrative Kontaktforum tage stilling til, om undersøgelsen og metoden skal bruges på de øvrige forløbsprogrammer, herunder forløbsprogrammet for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet opdateres løbende, når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med depression. Sådanne ændringer kan f.eks. fremkomme i forbindelse med indgåelse og udmøntning af overenskomster med almen praksis. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Da forløbsprogrammet ikke gennemgår de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, vil ændringer i disse retningslinjer ikke medføre opdateringer i forløbsprogrammet. Ansvar for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. 15-20% af konsultationerne i almen praksis omhandler psykiatriske lidelser med somatiske problemstillinger. Patienter med mental-fysisk multisygdom har ofte komplicerede behandlingsforløb, der vanskeliggøres af polyfarmaci og mange, til tider modstridende, behandlingsvejledninger for de forskellige sygdomme. Depression optræder ofte komorbidt med andre psykiske lidelser f.eks. angst og misbrug. De praktiserende læger har en central rolle som samlende part for patienten, som har flere diagnoser.

Forløbsprogrammet har fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse – ved behov – skal igangsætte indsatser parallelt i forbindelse med behandling, rehabilitering og særlig støtte for mennesker med depression.

Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery

Forkortelsen KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, som repræsenterer vigtige faktorer for sundhedsfremme og forebyggelse. I det dobbelte KRAM tilføjes en ekstra dimension i form af et dynamisk,

helhedsorienteret, tværvideenskabeligt og tværfagligt arbejdsgrundlag for såvel mental sundhed som helbred og trivsel.

Det Dobbelte KRAM beskriver forudsætninger for at kunne tackle modstand og belastninger i livet ved at kunne (gen)skabe mening og sammenhæng i hverdagen, fx efter alvorlig sygdom eller ulykke. Det handler om at have Kompetencer til at håndtere sygdom og udfordringer, gode Relationer til venner og familie, at kunne Acceptere tingenes tilstand omkring det, man umuligt kan gøre noget ved eller ændre - samt at have udviklet hensigtsmæssige og virksomme Mestringsstrategier⁴.

Det dobbelte KRAM giver en række pejlemærker til den borgerrettede forebyggelse.

I dette forløbsprogram behandles borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing og rehabilitering i særskilte kapitler. Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression.

Afsnittet om tidlig opsporing fokuserer på afgrænsede risikogrupper, mens afsnittet om rehabilitering fokuserer på rehabilitering af borgere, der er diagnosticeret med depression.

Recoverybegrebet er helt centralt, når man taler om rehabilitering ved psykisk sygdom, og et menneske med en psykisk sygdom betragtes ikke længere som en passiv modtager af den rehabiliterende indsats, men som en aktiv deltager.

Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem begreberne rehabilitering og recovery. Rehabilitering er den indsats, professionelle kan tilbyde for at understøtte den enkeltes individuelle recoveryproces. Recovery er således den enkeltes helt unikke proces, der ikke på samme måde som rehabilitering kan gøres til genstand for en strukturering. Fagpersonernes rolle er således først og fremmest at understøtte den enkelte i "at komme sig"⁵.

Inddragelse af patienter og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at patienter og pårørende inddrages aktivt under hele forløbet. Information og vejledning om forhold, der angår diagnose, symptomer, prognose og årsager, er central, ligesom oplysning om behandlings- og støttemuligheder. Dialog og vidensdeling kan styrke samarbejdet om behandling samt fremme sygdomserkendelse og accept.

Patientinddragelse

Patientens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket behandling og rehabilitering samt en ligeværdig relation mellem fagpersoner og patienter. Patientinddragelse på individuelt niveau sker gennem vidensdeling mellem patient og fagprofessionel, så den enkelte patients præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket.

⁴ Thyboe, Peter (2016) "Det dobbelte Kram- tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel"

⁵ <https://www.psykisksaarbar.dk/forside/viden/viden-om-behandling/rehabilitering>

Gennem inddragelsen kan patienten bidrage til planlægningen af og beslutninger om sit videre forløb samt handle aktivt i forhold til håndteringen af egen sygdom⁴. Inddragelse i eget forløb er derigennem med til at øge kvaliteten i indsatsen for patienten med depression.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til patientens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at f.eks. medicin tages korrekt, behandlingsanvisninger overholdes, og at patienten kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at patienter, 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, dvs. øget compliance^{5 6}

Inddragelse af pårørende

Depression kan være forbundet med en øget følelsesmæssig belastning for de pårørende. Desuden kan social isolation og mangelfuld støtte fra patientens netværk i sig selv være med til at vedligeholde eller forværre depression. Den ansvarshavende fagprofessionelle, herunder også praktiserende læge, har ansvaret for at inddrage nærmeste pårørende i det omfang, det er forligeligt med patientens ønsker. Denne inddragelse kan være en væsentlig ressource for patienten i hverdagen, i forbindelse med forebyggelse og under behandlingen. De pårørende kan være en værdifuld samarbejdspartner, der øger den enkeltes muligheder for at komme sig. Ved første kontakt til den fagprofessionelle kan de pårørende ofte yde et væsentligt bidrag til forståelsen af patientens habituelle tilstand, herunder også tidligere og aktuelle funktionsniveau.

Ifald der er børn under 18 år i nær relation til en patient med depression, skal der ved behov orienteres om relevante tilbud og støtteforanstaltninger.

Patienter og pårørende ser indsatserne fra et andet perspektiv end de fagprofessionelle, og gennem systematisk inddragelse kan de derfor være med til at udvikle forløb, som er både værdifulde og effektive. Set i lyset af de positive gevinster ved inddragelse, bør patienter med depression og deres pårørende – så vidt det er muligt – være med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag der tilbydes.

Fagprofessionelle og patienter har ikke nødvendigvis den samme oplevelse af, hvad der er vigtigt at tale om i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For patienten og de pårørende kan det være svært at modtage og reagere på information, hvis patienten ikke oplever, at det er det vigtigste, der bliver talt om.

KAP 2 - Sammenfatning

I det følgende opsummeres de centrale pointer og anbefalinger i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet omhandler både den borgerrettede forebyggelse og tidlige opsporing af borgere med depression og det tværsektorielle forløb, der følger efter en udredning og diagnosticering af patienter med depression.

Forløbsprogrammets anbefalinger er udelukkende udviklet for den del af forløbsprogrammet, der omhandler patienter, der er diagnosticeret med depression.

Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression. For den borgerrettede forebyggelses vedkommende henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed.

I forhold til den tidlige opsporing er der fokus på risikogrupper. Forløbsprogrammet peger på, at fagprofessionelle der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn. Den fagprofessionelle henviser/opfordrer borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression. Derudover henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker for kommunernes forebyggelsesarbejde, hvor der blandt andet er faglige anbefalinger om, at sundhedsplejersker tilbyder screening for fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre. Som en del af det syddanske hjerteforløbsprogram skal kommunale sundhedstilbud og sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse screene for angst og depression hos borgere med hjertesygdom.

For den del af forløbsprogrammet der handler om forløbet efter patienten er diagnosticeret med depression, er der formuleret to nye indsatser, det er:

- "Den koordinerende kontaktperson". Målgruppen er patienter, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har behov for ydelser/indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet. Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have en løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan. Den individuelle plan indeholder fælles mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Der afholdes som minimum ét fælles møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov fx hvis det er nødvendigt at justere i planen. Funktionen som koordinerende kontaktperson bør som udgangspunkt placeres enten i lokalpsykiatrien eller i det relevante kommunale område.
- Patienter med let eller moderat depression kan tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale områder. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats. Tilbuddene til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

KAP 3 – Den borgerrettede forebyggelse

Depression kan udløses af forskellige forhold, fx skilsmisse, overgreb, økonomiske problemer, tab af arbejdsevne. Disse forhold kan ligeledes bidrage til depressionens sygdomsproces.

Foruden de udløsende faktorer og den almene mentale sundhed bør den fagprofessionelle være opmærksom på en række vedligeholdende faktorer; Disse kan have karakter af somatisk sygdom, psykisk sygdom eller være af psykologisk karakter f.eks. interpersonelle konflikter, uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre⁶.

Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom, -herunder depression. Der findes en lang række faktorer, der påvirker den mentale sundhed.

Faktorer, der påvirker den mentale sundhed ⁷		
	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Self-efficacy (tro på egen formåen) Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet Følelse af socialt tilhørsforhold og evne til at etablere relationer God fysisk sundhed	Dårligt selv vurderet helbred Forringet fysisk helbred Ensomhed Langvarige smerter eller langvarig sygdom, fx kræft, diabetes eller hjerte-kar-sygdom Risikoadfærd, fx alkohol og stof-misbrug, dårlig søvn, rygning Pårørende til syge og svækkede
Socialt niveau	Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i positive fællesskaber Social anseelse Positive erfaringer med uddannelse og arbejdsliv	Manglende omsorg Svage sociale tilhørsforhold/ensomhed Langvarige stressbelastninger, fx i nære relationer og familie Mobning, diskrimination og andre krænkende belastninger

⁶ [Dansk Depressionsdatabase \(2014\) – Dokumentalistrapport.](#)

⁷ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.](#)

Strukturelt niveau	Trygge omgivelser	Lav socioøkonomisk status
	Gode boligforhold	Fattigdom
	Økonomisk sikkerhed	Sygefravær og arbejdsløshed
	Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø	Psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø
	Mulighed for beskæftigelse	Lav social anseelse, der er påvirket af at bo i socialt belastet boligområde
	Adgang til sociale støttefunktioner	

De beskyttende faktorer og risikofaktorer forandrer sig gennem livet. De rammer og betingelser, der påvirker den mentale sundhed, fordeler sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor bør indsatser til at fremme borgernes mentale sundhed og ligeledes forebygge dårlig mental sundhed involvere flere områder (7). Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk.

Rammer

Offentlige arbejdspladser

Det anbefales, at offentlige arbejdspladser tager aktivt del i udarbejdelse og gennemførelse af politikker med fokus på fremme af trivsel og forebyggelse af dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Fokus bør være på styrkelsen af de beskyttende faktorer, der fremmer trivslen på arbejdspladsen, som fx et støttende og trygt arbejdsmiljø. Disse målrettes hhv. medarbejdere og brugere/beboere med fokus på at fastholde medarbejdere og give mulighed for en skånsom og fleksibel tilbagevenden til arbejdet efter fx sygemelding (7).

Uddannelsesinstitutioner

Det anbefales, at alle uddannelsesinstitutioner sikrer et uddannelsesmiljø, hvor alle elever udvikler sig fagligt og alsidigt og trives i uddannelsens faglige og sociale fællesskaber. Flere uddannelsesinstitutioner arbejder med fastholdelsesmedarbejdere og psykologordninger for unge i uddannelse (7).

Forebyggende tilbud

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed anbefales:

Netværk for ældre

Det anbefales, at kommunen understøtter forenings- og fællesskabsaktiviteter med fokus på samvær og etablering af netværk for ældre. Der kan her være en særlig opmærksomhed på at sikre rekruttering blandt ældre borgere med risiko for ensomhed og isolation, fx efter dødsfald. Der kan ligeledes være fokus på at invitere seniorer til deltagelse i foreningsaktiviteter, så de kan opbygge og fastholde et netværk i forbindelse med, at de træder tilbage fra arbejdsmarkedet.

Sårbare og socialt udsatte borgere

Kommunen etablerer opsøgende indsatser til støtte og fremme af mental sundhed hos sårbare og socialt udsatte borgere, som oftere har psykiske sygdomme og livsstilssygdomme. For sårbare og socialt udsatte, der ikke er brugere af sociale tilbud, er det nødvendigt med en opsøgende, tværfaglig indsats, som fungerer på de sårbare og socialt udsatte borgeres præmisser (fx teams med gade- eller socialsygeplejersker samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner).

Borgere med kronisk sygdom

Kommunen tilbyder indsatser til borgere med kronisk sygdom. Denne indsats kan ikke erstatte udredning og behandling af kronisk sygdom, men bør fokusere på at fremme mental sundhed, håndtere symptomer, etablere en velfungerende dagligdag og styrke sociale relationer.

Sygemeldte borgere med stress

Kommunen tilbyder sygemeldte borgere med stress hjælp til stresshåndtering og mestringsstrategier.

Brug af naturen som arena

Naturen kan bruges som arena for det mentalt sundhedsfremmende arbejde, fx ved indsatser i naturen med fokus på involverende deltagelse og etablering af sociale relationer og fællesskaber mellem borgere. Mental sundhed kan også være et fokuspunkt i byplanlægningen, så parker og byrum planlægges og udvikles med henblik på let adgang til indbydende natur og grønne områder og med særlig fokus på udsatte områder⁸.

Opmærksomhed
ældre borgere
isolation (fx efter
ligeledes være
re til deltagelse
n opbygge og
else med, at de
cedet.



Åben Rådgivning

Udover anbefalingerne i Forebyggelsespakkerne fra Sundhedsstyrelsen findes en række åbne rådgivningsmuligheder, alle kan benytte. Disse kan være organiseret i offentlig såvel som frivilligt regi.

Der findes fx "Åben Rådgivning" ved PsykInfo i Region Syddanmark, Headspace, Psykiatrifonden, Sind og Depressionsforeningens Depressionslinje.

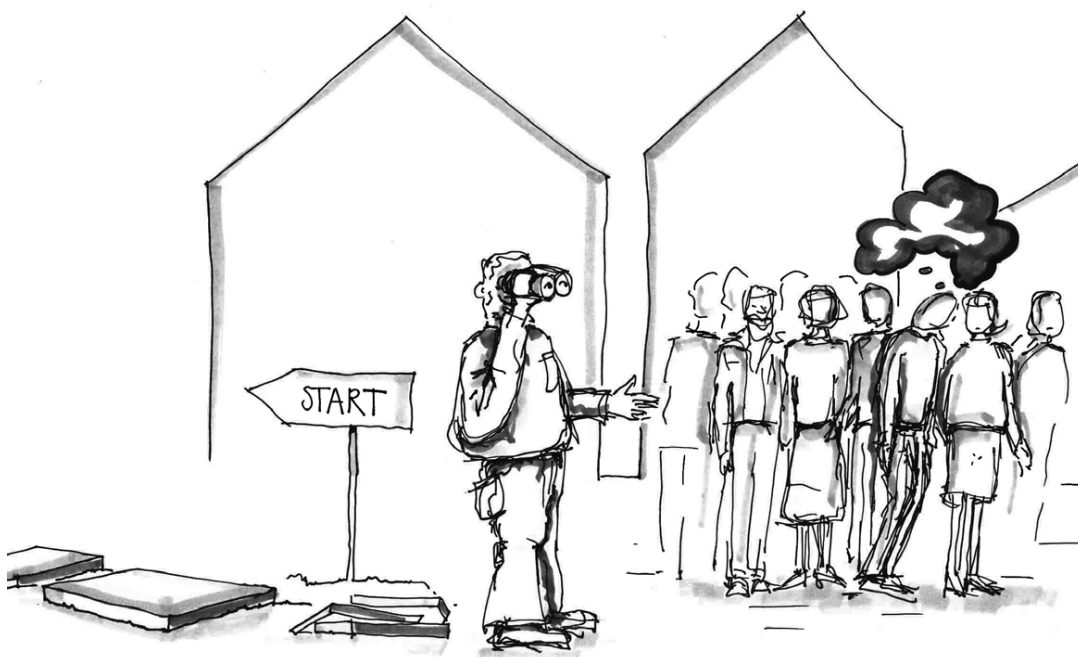
⁸ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.](#)

KAP 4 - Tidlig opsporing hos risikogrupper

Som tidligere beskrevet er der en større gruppe af borgere med depression, som ikke bliver diagnosticeret og dermed heller ikke behandlet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at op imod halvdelen af alle patienter med symptomer svarende til en depressiv lidelse, ikke erkendes som sådan ved konsultation af egen læge; bl.a. fordi de præsenterer sig med fysiske symptomer.

Flere studier og guidelines har ikke fundet tilfredsstillende effekt af en systematisk opsporing af depression hos befolkningen som helhed⁹.

Forløbsprogrammet peger derfor på, at fagprofessionelle, der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn (se nærmere i kap. 6 om udredning og diagnosticering). Den fagprofessionelle henviser borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression.



Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger

Tidlig opsporing	Aktører	Anbefalede handlinger
------------------	---------	-----------------------

⁹ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.](#)

Aktører, der bør have opmærksomhed på symptomer hos risikogrupper	Almen praksis Pårørende Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse Praktiserende psykolog Kommunale sundhedstilbud Misbrugscenter Bosteder Jordemødre Sundhedsplejersker Hjemmepleje/Sygepleje Jobcenter Arbejdsgiver	Opfordre til udredning i almen praksis Hjælp med kontakt/fremmøde hos almen praksis Forebyggelse hos risikogrupper
Aktører der varetager screening	Almen praksis Jordemødre og sundhedsplejersker Kommunale sundhedstilbud og Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse	Screening af borgere med mistanke om depression Screening for depression hos gravide og nybagte forældre Screening for angst og depression hos borgere med hjertesygdom

Risikogrupper

Tidligere depression

Patienter med tidligere depression har en øget risiko for at udvikle (nye) depressive episoder.

Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%¹⁰.

Fagpersoner i kontakt med patienter med tidligere depression bør være særligt opmærksomme på depressive symptomer, dog anbefales det ikke at gennemføre systematisk screening¹¹.

Kronisk sygdom og multisygdom

Depression optræder ofte komorbidity med andre lidelser, både somatisk og psykisk sygdom. Tilstedeværelsen af depression komplicerer behandlingen af disse tilstande og forværrer prognosen (ibid).

¹⁰ [Dansk Depressionsdatabase \(2014\) – Dokumentalistrapport.](#)

¹¹ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.](#)

Risikoen for at udvikle depression, hvis man lider af en kronisk sygdom, er øget med en faktor 2-3 i forhold til individer uden kronisk sygdom. Jo flere kroniske sygdomme, des større er risikoen for komorbid depression.

Særlige risikogrupper er mennesker med:

- Hjertesygdom
- Apopleksi
- Kroniske smertetilstande
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Cancer
- Angst
- Misbrug

Flygtninge og indvandrere

Flygtninge har en højere forekomst af depression, posttraumatisk belastningsreaktion, post-traumatic stress disorder (PTSD) og anden psykiatrisk komorbiditet.

Forekomsten af depression hos indvandrere er relateret til graden af integration, socioøkonomisk status og kulturel tilpasning i det nye land. Oplevelser i hjemlandet og årsagen til migrationen er også af afgørende betydning for udvikling af depression hos indvandrere¹².

Ældre og depression

Depression er hyppigere hos ældre, og ved depression i alderdommen er der en risiko for, at depressionen bliver overset, fordi den tilskrives somatisk sygdom eller tab. Sammenlignet med den øvrige befolkning er forekomsten af svær depression dobbelt så høj i aldersgruppen 70-85 år.

Ældre med depression er sjældent kun triste eller nedtrykte. Ofte klager de over fx træthed, ængstelighed, irritabilitet eller manglende lyst til at leve¹³.

Alkoholafhængighed

Jf. Sundhedsstyrelsens publikation om Alkohol og Helbred¹⁴, er alkoholbetingede sygdomme en risikofaktor for depression og går ofte forud for den depressive lidelse. Jo større forbrug, jo større risiko. Hvis alkoholforbruget

¹² [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

¹³ [Sundhed.dk \(2018\) – Depression hos ældre, Lægehåndbogen.](#)

¹⁴ [Sundhedsstyrelsen \(2008\) – Alkohol og Helbred.](#)

ophører, sker der en forbedring af den depressive lidelse. Der er en lineær sammenhæng mellem alkoholforbrug og symptomer på depression og angst med stigende forekomst af symptomer i forbindelse med større forbrug. En række undersøgelser har samstemmende vist, at folk med depression og nedsat stemningsleje har øget risiko for alkoholafhængighed – og omvendt.

Risiko for dobbeltdiagnoser:

Mennesker, der er afhængige af alkohol, udviser to til tre gange større risiko for depressionssygdomme.

En amerikansk undersøgelse har fx vist, at 12% af personer med depression var afhængige af alkohol. Omvendt havde 28% af alkohol-afhængige personer en svær depressiv lidelse.

Alkoholmisbrug og depression forstærker hinanden. Selvom depression kan gå forud for et meget stort alkoholforbrug eller -misbrug, er der betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, der indebærer, at afhængighed af alkohol kan forårsage depressive lidelser. Mange depressive syndromer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed.

Se nærmere om forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling under kapitel 11.

Graviditet og fødsel

Forekomsten af depression i graviditeten angives til mellem 7 og 12% og er formentlig hyppigere i 2. og 3. trimester. Forekomsten af depression i barselsperioden angives i litteraturen til mellem 5 og 20%. Kvinder, der tidligere har haft en depression, har 40-50% risiko for at opleve recidiv i forbindelse med en graviditet, hvis de ikke modtager forebyggende anti-depressiv behandling¹⁵.

I "Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" fra 2011 er der beskrevet, at sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tegn på angst og fødselsdepression hos både kommende og nye forældre. Med henblik på tidlig opsporing anbefales det rutinemæssigt at spørge til forældrenes psykiske velbefindende et par måneder efter fødslen, enten gennem nogle få strukturerede spørgsmål eller ved brug af en screeningstest. Erfaringsmæssigt viser halvdelen af fødselsdepressionerne sig senere end tre måneder efter fødslen, hvorfor der gennem kontakterne i barnets første leveår skal være opmærksomhed på tegn på psykiske problemer.

Af vejledningen fremgår det endvidere, at: "ved mistanke om psykotiske episoder og/eller depression hos enten mor eller far henviser sundhedsplejersken altid til den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer herefter behov for psykiatrisk vurdering og behandling. Sundhedsplejersken yder ekstra besøg til familien i henhold til de lokalt

¹⁵ [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

udarbejdede anbefalinger herom og i samarbejde med den praktiserende læge/psykiater og evt. psykiatrisk afdeling”.

Nyere national forskning viser, at det er muligt at opspore fødselsdepression hos både mænd og kvinder allerede under graviditeten ved at screene tre måneder før fødslen¹⁶.

Det er også vist, at både mænd og kvinder tager imod psykologbehandling hurtigt efter screening, når de henvises hertil på baggrund af en screeningsscore, der viser risiko for fødselsdepression. Hermed er der opstået en stor og endnu uudnyttet mulighed for at forbygge alvorlige problemer for familier og for børn ved at rykke screeningen frem fra de 6-8 uger efter fødslen til 4 måneder før fødslen. Dermed kan problemet identificeres og hjælpen sættes ind omkring 6 måneder tidligere, end det har været almindelig praksis.

Ledige borgere

For ledige borgere kan sundhedstilstanden udgøre en selvstændig risikofaktor i forhold til at opnå en fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Omvendt udgør ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode også en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser, som kan udfordre tilknytningen til arbejdsmarkedet yderligere. Faktorer som økonomisk usikkerhed, systemkrav i forhold til rådighedsforpligtelsen og mangel på sociale relationer kan således udgøre en risiko for udvikling af bl.a. alkoholafhængighed eller psykiske lidelser som stress og depression.

Jobcentrene skal derfor have opmærksomhed på borgere med symptomer på depression. Ved mistanke om depression opfordres borgeren til at gå til praktiserende læge for udredning.

I Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakker er der udarbejdet faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde for gravide, som forløbsprogrammet anbefaler at følge:
[Side 26 i Sundhedsstyrelsen / Forebyggelsespakker / Mental-sundhed](#)

KAP 5 – Stratificering

Stratificering

En central del af dette forløbsprogram er at tydeliggøre stratificeringen, dvs. fastlæggelsen af hvilke patienter, der skal behandles på hvilke niveauer. Stratificeringen skal skabe grundlag for en graderet indsats, som er tilpasset patienternes behov, så f.eks. patienter med et specialiseret behov også mødes med en specialiseret indsats. Stratificeringen skal dermed også bidrage til at afklare, hvilke aktører og indsatser, der er relevante i bestemte situationer. Pårørendes behov for evt. indsatser er derimod ikke inddraget i modellen.

¹⁶ [Madsen, S.Aa., Bibow, B. & Eliasson, S. Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet. Månedsskrift for almen praksis, 2018.](#)

Overordnet er målet, at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke på et højere specialiseringsniveau end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Kernesymptomerne på depression jf. ICD-10:

- Nedtrykthed (depressivt stemningsleje)
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

Ledsagesymptomer ved depression jf. ICD 10:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring¹⁷

Patienter med stress, udbrændthed, belastninger og tilpasningsreaktioner mv. kan også udvise de samme symptomer, men de vil ikke være til stede så stabilt som hos mennesker med depression¹⁸.

Depressionens sværhedsgrad og kompleksitet er de afgørende stratificerings-faktorer:

- **Let depression:**
2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer
- **Moderat depression:**
2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer
- **Svær depression:**
3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer

Herudover kan depression opdeles tidsmæssigt i depressiv enkeltepisode, tilbagevendende/periodisk forløb og kronisk forløb. Andre faktorer kan påvirke graden af kompleksitet og dermed den tilpassede indsats. Der kan være tale om både komplicerende og styrkende faktorer.

Komplicerende faktorer er:

¹⁷ Sundhed.dk (2018) – Lægehåndbogen.

¹⁸ [Sundhed.dk \(2018\) – Patienthåndbogen for psykisk sygdom.](#)

- Markant nedsat kognitivt funktionsniveau
- Multisygdom og polyfarmaci
- Samtidig (svær) somatisk sygdom
- Samtidig anden psykisk lidelse/sygdom
- Markant nedsat psykosocial funktion
- Alvorligt misbrug
- Ringe sociale kår
- Tilbagevendende eller kronisk depression
- Udprægede selvmordstanker
- Manglende behandlingsrespons

Styrkende faktorer er:

- God egenomsorgsevne og/eller compliance
- Støtte fra pårørende og netværk

Den samlede stratificeringsmodel fremgår af nedenstående skema. Hensigten er at skabe overblik over aktører og indsatser, der er beskrevet i hovedoverskrifter. Det konkrete borgerforløb er tilrettelagt ud fra den enkelte borgers behov på opstartstidspunktet. Den enkelte borger kan høre hjemme i forskellige kategorier på forskellige tidspunkter i sit livsløb. Det bør bemærkes, at det ikke er alle aktører og indsatser ikke relevante i alle tilfælde.

Stratificeringsniveau	Faser i forløbet	Aktører	Indsats
Let depression/ ikke komplekse	Udredning	Almen Praksis	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

sygdomsforløb	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis Privat praktiserende psykolog Privatpraktiserende psykiater Psykiatrien i Region Syddanmark Kommunalt sundhedsområde Apotek	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvi sning til kommunal rehabilitering Samtaleterapi Medicinsk behandling Psykoedukation Internetpsykiatri Rehabiliteringsforløb Medicinsamtale
	Opfølgning	Almen Praksis Kommunal rehabilitering	Samtale Samtale
Moderat depression	Udredning	Almen Praksis Psykiatrien i Region Syddanmark Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

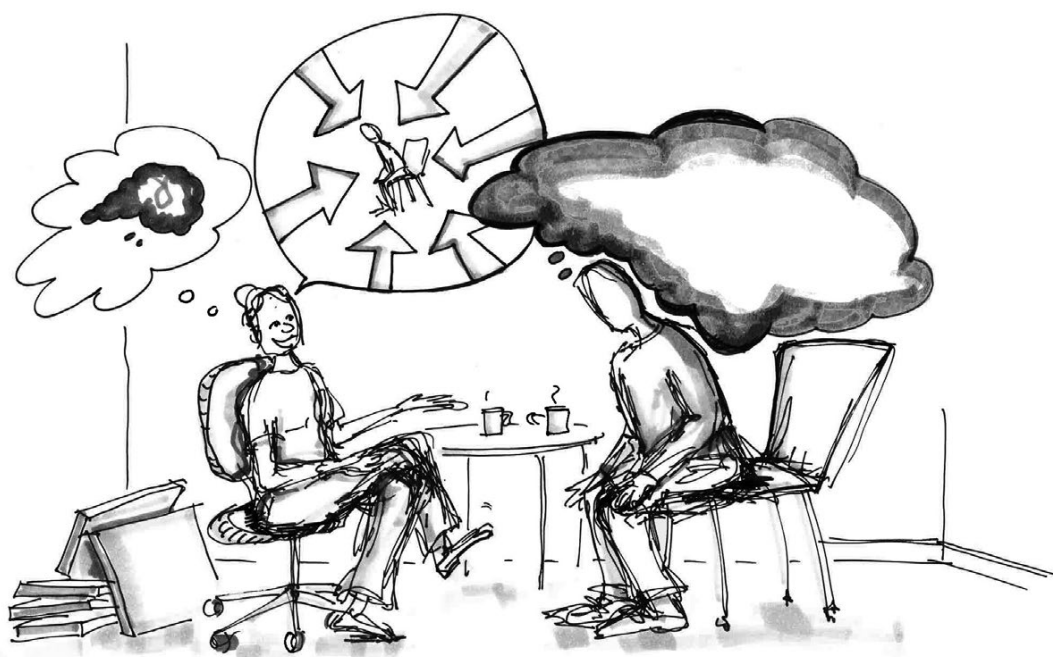
	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvisning til kommunal rehabilitering
		Privat praktiserende psykolog	Samtaleterapi
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant behandling i lokalpsykiatrien Koordinerende Kontaktpersonsordning i lokalpsykiatrien Internet psykiatri Behandling under indlæggelse
		Apotek	Medicinsamtale
		Kommunalt sundhedsområde	Rehabiliteringsforløb Koordinerende Kontaktpersonsordning
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
	Opfølgning	Almen Praksis	Samtale og medicin opfølgning
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien
		Kommunal rehabilitering	Samtale
Svær depression og/eller høj kompleksitet i sygdomsforløbet	Udredning	Almen Praksis	Vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet, Henvisning til Psykiatrien i Region Syddanmark
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

	Behandling og rehabilitering	Psykiatrien i Region Syddanmark	Behandling under indlæggelse Koordinerende kontaktpersonsordning Ambulant behandling i lokalpsykiatrien
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Apotek	Medicinsamtale
		Det specialiserende socialområde	Psykosociale indsatser
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
		Børne- og ungeforvaltning	Familiestøtte
	Opfølgning	Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien

KAP 6 – Udredning og diagnosticering

Opsporing og diagnosticering kan være vanskelig, da skift i humør er almindeligt og andre symptomer som træthed, smerter, nedsat selvtillid m.v. vil være det, der fylder og har fokus for patienten. Mange patienter henvender sig således ikke med depressive symptomer. Som depressiv opfatter man ikke nødvendigvis selv tilstanden som en sygdom, men mere som en reaktion på livets vilkår i al almindelighed.

Depression udvikles gradvis og bortforklares ofte i begyndelsen som stress, træthed, følger efter influenza eller lignende.



Almen praksis – henvisning og visitation

Almen praksis udreder patienter med tegn på depression. Patienten henvender sig med fysiske og/eller psykiske symptomer. I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Diagnostikken bygger på et grundigt interview af patienten, hvor der spørges ind til sygehistorie og kliniske kriterier ud fra ICD-10, samt evt. brug af en skala (f.eks. MDI).

Diagnosen kræver iht. ICD-10-kriterierne:

- Mindst 2 ugers symptomer
- Mindst 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer.

Listen over kernesymptomer og ledsagesymptomer er anført i kap. 5

Derudover bør der være en opmærksomhed på baggrunden for symptomerne. Andre sygdomme kan give et depressionslignende sygdomsbillede. Der kan således være situationer, hvor den praktiserende læge har behov for henvisning af mennesker med let til moderat depression til psykiatrisk speciallæge for at stille diagnosen.

Den praktiserende læge kan efter udredning og diagnosticering ligeledes henvise patienten til behandling hos praktiserende psykolog.

Region – henvisning og visitation

Regionspsykiatrien tilbyder udredning til patienter med psykisk sygdom med følgende karakteristika (se tabellen). I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Karakteristika på patienter med psykisk sygdom (udredning og behandling)	
Symptomer og adfærd	Betydelig forværring i symptomer Betydelig forpinthed Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskaade og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd Nyopståede psykotiske symptomer
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole/arbejdsmaessige sammenhaenge relateret til psykisk sygdom (hos personer med udviklingshaemning vurderes funktions-nedsaettelse til normal udvikling og begavelse)
Diagnostik	Diagnostisk uklarhed evt. på grund af manglende mental udvikling eller ko-morbiditet
Behandling	Utilstraekkkelig effekt af forudgaende behandling i primærsektor Ustabilt samarbejde om vedligeholdelsesbehandling

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (20 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien¹⁹.

Andre aktører

Privatpraktiserende psykiater kan bidrage til udredning

Privatpraktiserende psykologer med specialuddannelse i børne og ungdomspsykiatri, eller psykiatri kan diagnosticere.

KAP 7– Behandling og opfølgning

Almen praksis

Almen praksis har mulighed for at behandle patienter med let til moderat depression. Der kan være tale om behandlingssamtaler og/eller medicinsk behandling. Den ikke-medicinske behandling er vigtig, uanset depressionens sværhedsgrad.

De praktiserende læger har mulighed for speciallægerådgivning i psykiatrien i Region Syddanmark. Denne rådgivning er bl.a. en forudsætning for, at den almen praktiserende læge kan håndtere mere kompliceret psykofarmakologisk

¹⁹ [Regionsyddanmark \(2018\) – Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset.](#)

behandling.

Mulighederne for rådgivning fra den enkelte afdeling fremgår af sundhed.dk.

Almen praksis har ansvaret for at være tovholder for det samlede behandlingsforløb, herunder følge op på den igangsatte behandling fx medicinjustering.

Opstart af medicinsk behandling af 18-24-årige skal ske hos en speciallæge i psykiatri. Almen Praksis rolle er derfor i sådanne situationer at henvise til speciallæge.

Region

Regionspsykiatrien tilbyder behandling til patienter med moderat til svær depression.

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (20 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien. Den regionale psykiatri skal i denne sammenhæng inddrage, informere og undervise patient og pårørende, ligesom relevante parter i f.eks. kommunen skal inddrages.

Ved moderat til svær depression skal patienten have medikamentel behandling sammen med samtaleterapi. Den medicinske behandling følges løbende af en læge i psykiatrien.

Jf. Sundhedsstyrelsen kan fysisk træning bruges i kombination med den primære behandling.

For patienter med depression, der behandles i Psykiatrien, er der udviklet to nationale pakkeforløb: depressiv enkelt episode og periodisk depression. Her angives forskellige handlinger, som typisk kan indgå i behandlingen.

Hovedelementer i et behandlingsforløb er:

- Indledende samtale
- Kliniske undersøgelser og helbredstjek
- Diagnose
- Behandlingssamtaler individuelt eller i grupper
- Psykoedukation individuelt eller i grupper
- Medicinsk behandling og opfølgende konsultationer
- Tværsektorielt samarbejde f.eks. med jobcenter og socialpsykiatri
- Misbrugsbehandling sammen med misbrugscenter
- Pårørendesamtaler
- Afsluttende samtale.

Behandlingsplanen tilrettelægges individuelt med patienten på baggrund af sygdomsbilledet.

Ud over tilbud til patienter med moderat til svær depression har regionen et tilbud om internetbehandling til patienter over 18 år med let til moderat depression. Behandlingsforløbet består af en forsamtale på video for at afklare, om behandlingstilbuddet er det rigtige for borgeren. Derefter følger borger et internetprogram i 12 uger med en række behandlingstrin med daglige øvelser. Psykologen giver ugentlig skriftlig støtte. Behandlingen er gratis for borgeren. Tilbuddet bemandes af psykologer og drives af Psykiatrien i Region Syddanmark som en del af Telepsykiatrisk Center.

Hvis depression opspores ved indlæggelse på somatisk sygehus, henvises til videre vurdering/behandling i psykiatrien.

Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling

En patient er færdigbehandlet, når tilstanden vurderes ikke at blive bedre ved fortsat sygehusbehandling. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet.

Hvis patienten efter endt behandling skal modtage et kommunalt tilbud, skal kommunen varsles tidligst muligt om færdigbehandlingstidspunktet.

Ved afslutning af komplicerede behandlingsforløb²⁰ skal alle involverede parter på det givne tidspunkt, samt de aktører der skal involveres i det videre forløb indkaldes til en udskrivningskonference. Udskrivningskonferencen bør planlægges, så alle relevante parter har mulighed for at deltage. Udskrivning kan desuden efter aftale ske via telefonisk kontakt. Behandlingspsykiatrien skal udarbejde en udskrivningsaftale efter Psykiatriloven, og kommunen skal tilbyde at udarbejde en handleplan for den videre indsats efter Serviceloven. Hvis patienten ikke ønsker at indgå en udskrivningsaftale, skal der i et samarbejde mellem psykiatrien og kommunen udarbejdes en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven.

Efter endt behandling foregår opfølgningen som udgangspunkt ambulant i lokalpsykiatrien eller hos egen læge.

²⁰ [Region Syddanmark \(2018\) – Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset.](#)



Borgerens kontakt til apoteket

Apoteket tilbyder medicinsamtaler til mennesker med kronisk sygdom, herunder også mennesker med depression, i tilfælde med manglende medicinefterlevelse eller hvor der inden for de seneste seks måneder er ordineret ny medicin.

Medicinsamtale – manglende medicinefterlevelse ved kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der har fået ordineret medicin i mindst 12 måneder for en kronisk sygdom og har manglende medicinefterlevelse. Medicinsamtalen handler om at identificere årsager og finde løsninger til den manglende medicinefterlevelse hos borgerne.

Medicinsamtale – nydiagnosticeret kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der inden for de seneste 6 måneder har fået ordineret ny medicin i forbindelse med diagnosticeringen af en kronisk sygdom. Medicinsamtalen handler om at få borgeren godt i gang med at bruge medicinen på en hensigtsmæssig måde.

Borgeren kan – i sin dialog med apoteket – selv efterspørge en medicinsamtale, ligesom den praktiserende læge kan henvise til en medicinsamtale på apoteket.

KAP 8 - Løbende koordinering

Sideløbende med behandlingen kan borgeren have behov for andre indsatser, hvor flere aktører er involveret. Det er derfor af afgørende betydning, at det er tydeligt, hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb, og ikke mindst hvordan disse aktører bringes i spil. Det kan fx være egen læge, psykiatri, jobcenter m.fl. Indhentning af oplysninger på tværs af de involverede aktører forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren.

Der er erfaring for at disse parter håndtering af borgere med depression er bl.a. afgørende for pågældendes evne til at vende hurtigt og godt tilbage på arbejde/arbejdsmarkedet.

I den løbende koordinering kan der, hvis borgeren finder det relevant, også inddrages parter fra borgerens eget netværk, fx pårørende, kolleger og arbejdsgiver.

PsyInfo i Region Syddanmark har en række tilbud for børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fx børne-ungesamtaler, familiesamtaler og kursustilbud for børn og unge.

Kommunen – henvisning og visitation

Kommunen er den myndighed, der afgør, om patienten/borgeren er berettiget til sociale ydelser. Det er kommunens myndighedsfunktion, der kan visitere til regionale og kommunale socialpsykiatriske tilbud.

Kommunen inddrages i patientens forløb efter behov. Kommunes ansvar er følgende:

- Det specialiserede socialområde har ansvaret for at vurdere behov for støtte, dagtilbud, døgntilbud
- Sundhedsområdet har ansvaret for at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, f.eks. kost og motion, rygestop
- Arbejdsmarkedsområdet har ansvaret for at rådgive og vejlede, f.eks. mht. forsørgelse, beskæftigelse, uddannelse.

Region – henvisning og visitation

Henvisning til regionale tilbud sker via egen læge, vagtlæge, praktiserende speciallæge og de socialpsykiatriske tilbud.

Den regionale psykiatri har ansvar for følgende:

- Udredning og diagnosticering
- Behandling
- Inddragelse, information og undervisning af patient og pårørende
- Inddragelse af relevante parter i forløbet, fx kommunens specialiserede socialområde ifm. overvejelse om støttetilbud.

Samarbejde og koordination i praksis

Der er gennemført et samarbejdsprojekt blandt de 4 sønderjyske kommuner (Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg) og psykiatrien i Region Syddanmark om rehabilitering og recovery²¹. Én af konklusionerne var, at et samarbejde mellem relevante aktører og en integreret indsats er altafgørende i forhold til at forbedre mulighederne for en sikker og varig tilbagevenden til arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser.

I forbindelse med projektet udtalte en borger:

“Det vælter mig med mange skift.

Min sårbarhed forværres, fordi det blandt andet er hårdt at udlevere sig selv igen og igen. Det giver tryghed og ro med de samme ansigter.”

En anden borger udtrykte sig således:

“Giv et kort overskueligt og brugbart referat med hjem fra et møde – kopi af den fælles plan og aftaler. Hovedet er ofte overfyldt, og man er kognitivt påvirket. Det er vigtigt for mig at vide, hvor i forløbet jeg er. Har svært ved at overskue at læse mails, ringe til sagsbehandler/behandler og åbne post i e-Boks.”

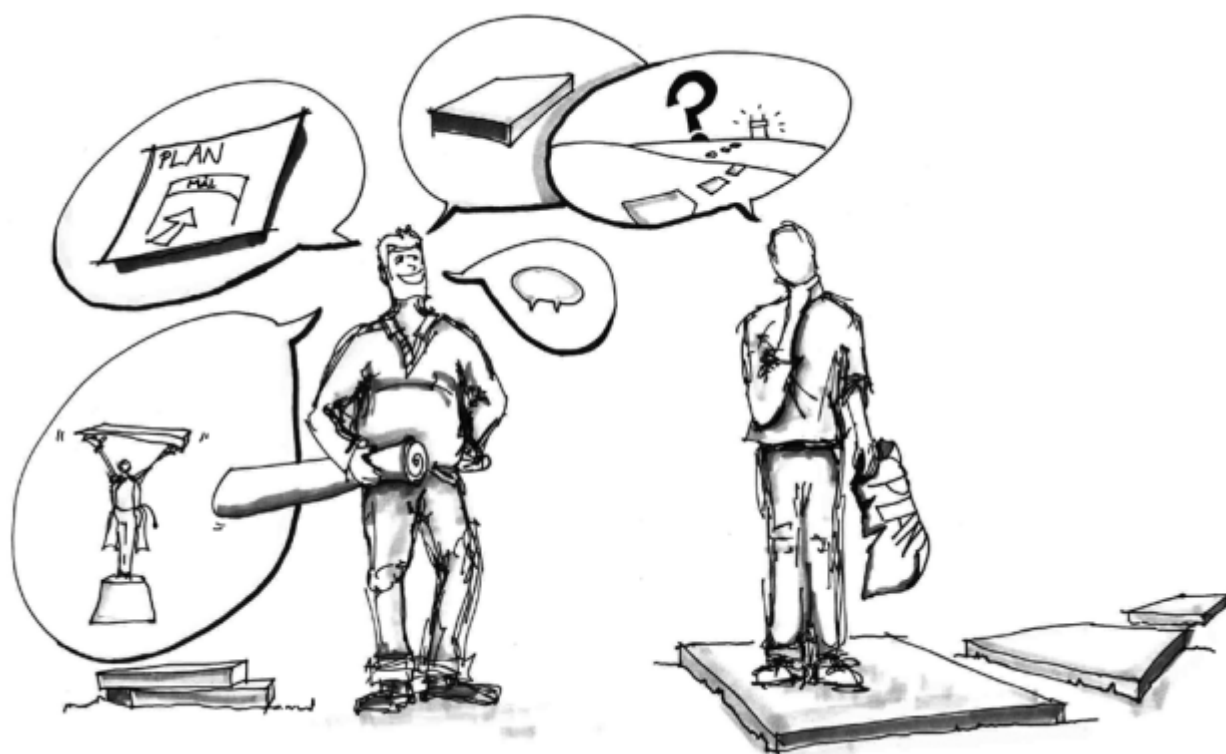
Borgerne i ovennævnte projekt og deltagere i den workshop, der blev afholdt i forbindelse med udviklingen af dette forløbsprogram, giver udtryk for, at det er meget vigtigt, at der blandt de fagprofessionelle er enighed om en fælles plan. Det betyder, at der er tillid til, at det, der igangsættes af de enkelte aktører, også er det bedste ud fra borgerens aktuelle situation.

Desuden er det afgørende, at der er en form for kontinuitet i gruppen af fagprofessionelle omkring borgeren – særligt når det handler om borgere med psykiske lidelser. Målgruppen har brug for stabilitet, og for at fagprofessionelle omkring dem, er kendte og gennemgående, så borgeren ikke oplever at skulle genfortælle sin historie flere gange.

En koordinerende kontaktperson

Nyt i forløbsprogrammet for mennesker med depression er, at en koordinerende kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.

²¹ [Psykiatrien i Region Syddanmark \(2016\) – Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet.](#)



BOKS

Nyt i forløbsprogrammet: "Den koordinerende kontaktperson"

Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have den løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan²². Den koordinerende kontaktperson sikrer at der foreligger skriftligt samtykke til at de involverede parter udveksler informationer i relevant omfang. Den fælles plan indeholder mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Den koordinerende kontaktperson har desuden en særlig opgave i facilitere og formidle den fælles plan.

Funktionen som Koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere, jf. kapitel 11. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet. Enkelte gange kan funktionen mest hensigtsmæssigt ligge hos anden part fx jobcenter.

Der afholdes som minimum ét fælles-møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal der udsendes en dagsorden til disse møder. Indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

KAP 9 - Arbejdsmarkedsindsats

Nogle borgere med depression oplever, at arbejdet har haft en betydning for, at de er blevet syge. Hvis man reagerer tidligt nok, kan en ændring af arbejdsforholdene medvirke til at forebygge en depression.

Langvarigt sygefravær nedsætter sandsynligheden for, at man kommer i arbejde igen. Da det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når man mister tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af psykiske lidelser, er det derfor vigtigt, at der så tidligt som muligt lægges en realistisk plan for genoptagelse af arbejdet.

Ledighed er oftest en stor belastning for den enkelte, og kan være en medvirkende faktor for udviklingen af en depression. Det er afgørende for pågældendes mulighed for (igen) at få et arbejde, at depressionen opspores så tidligt i forløbet som muligt, og at der sættes ind med de rigtige indsatser.

Før depressionen

En ledig vil som udgangspunkt være i kontakt med kommunens jobcenter, da forsørgelsen enten vil være arbejdsløshedsdagpenge, sygedagpenge, ledighedsydelse eller kontanthjælp. Den ledige er således i løbende kontakt

²² [Psykiatrisk Privatklinik i samarbejde med Depressionsforeningen \(2007\) – "Depression og arbejdsliv".](#)

og dialog med en sagsbehandler/jobrådgiver, for at afklare og udvikle pågældendes arbejds- og funktionsevne med henblik på selvforsørgelse. Sagsbehandleren/jobrådgiveren er derfor en vigtig brik i en tidlig identifikation af en depression hos den ledige.

Undersøgelsen "Depression og Arbejdsliv", som er udført i samarbejde med Depressionsforeningen, viser, at der er store fordele ved at involvere sin arbejdsplads, når man har depression. Arbejdspladsen er en vigtig medspiller i både at forebygge og håndtere depression.

Hvis arbejdspladsen har en åben og fordomsfri holdning til depression, kan det være netop hér, lederen eller kollegerne konstaterer, at man ikke har det godt og har behov for hjælp. En opfordring og støtte til at blive professionelt undersøgt og behandlet i tide kan forhindre, at depressionen får lov at udvikle sig.

Arbejdsgiveren har muligheder for at agere via fx omrokering og en mulighedserklæring (der afdækker hvad medarbejderen kan på trods af sin sygdom). Arbejdsgiveren har altid, efter aftale med medarbejderen, mulighed for at tage kontakt til Jobcenteret for at få lagt en plan for fastholdelse på arbejdspladsen.

Under depressionen

Er en sygemelding uundgåelig, og forventes den at blive længere end otte uger, anbefales arbejdsgiveren at tage kontakt til jobcenteret via "**Fast Track**".

"Fast Track" betyder, at sygedagpengeopfølgningen igangsættes senest to uger efter anmodningen – mod normalt efter otte ugers sygefravær. Dette giver mulighed for at sætte tidligt ind med målrettede indsatser. Der anmodes om "Fast Track" ved enten at kontakte jobcenteret, eller via NemRefusion på Virk.dk.

Det gælder om at finde en balance mellem, hvor meget og hvad man kan klare, og samtidig have øje for de hensyn, der skal tages til sygdommen (ibid). Det har stor betydning for helbredelsen af depression, at man fungerer så godt man kan, på arbejdet og privat. De fleste vil opleve det som en lettelse stadig at kunne arbejde på et vist niveau.

Ofte kan man arbejde under behandling for depression, når behandlingen virker efter hensigten. Man holder sig derved aktiv og undgår at isolere sig socialt. Denne fremgangsmåde kræver, at den er afstemt i den fælles plan. Arbejdsgiveren kan – og bør -, i samspil med den patientansvarlige læge tilpasse arbejdsforholdene, så man kan fungere på arbejdet, trods depressionen. Under depressionen vil mange arbejdsopgaver forekomme uoverskuelige og uoverkommelige. I mange tilfælde kan en reduktion af arbejdstiden være nødvendig som led i en delvis sygemelding. Hvis en delvis sygemelding ikke er tilstrækkelig, kan det være nødvendigt, at man bliver helt sygemeldt i en periode. I denne periode er det meget vigtigt at holde kontakten til arbejdspladsen, gerne med en fast aftale om regelmæssig kontakt.

Såvel under den fulde sygemelding som under den delvise sygemelding vil Jobcenteret målrettet arbejde på, enten at

få den depressionsramte klædt tilstrækkeligt på til at vende tilbage til den stilling/arbejdsplads pågældende havde ved sygemeldingen, eller hvis dette ikke er muligt, at få den pågældende afklaret til et andet arbejde og/eller anden funktion.

Regionens Arbejdsmedicinske afdelinger har bl.a. til opgave at vejlede personer som af helbredsmæssige årsager har svært ved at klare det hidtidige arbejde.

Kommunerne har forskellige tilbud til målgruppen, hvor der tilbydes støtte og vejledning til mestring af hverdagslivet med depression. Fx gruppeforløb omkring "Lær at tackle angst og depression", "Trivsel i hverdagen", Stress-håndtering og Mindfulness. Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk. Se desuden kapitlet om rehabilitering i kommunerne. Disse tilbud vil kunne gives enten alene eller i kombination med en virksomhedspraktik, hvor der trænes i nye opgaver/funktioner.

Når arbejdet genoptages efter en sygeperiode, kan den depressionsramte med fordel starte med rutineprægede arbejdsopgaver.

Udvikler depressionen sig til en vedvarende tilstand, som varer mere end 2 år, findes kompenserende ordninger, så borgeren kan bestride et arbejde, på trods af en fysisk/psykisk funktionsnedsættelse, hvor arbejdsgiveren kompenseres økonomisk i ansættelsesforholdet:

Personlig assistance

Til handicappede i erhverv er der mulighed for at få personlig assistance med compensation for de begrænsninger, der er konsekvens af den fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse.

Personer med en varig psykisk funktionsnedsættelse er omfattet af denne målgruppe, hvilket er tilfældet for et mindretal af mennesker med depression.

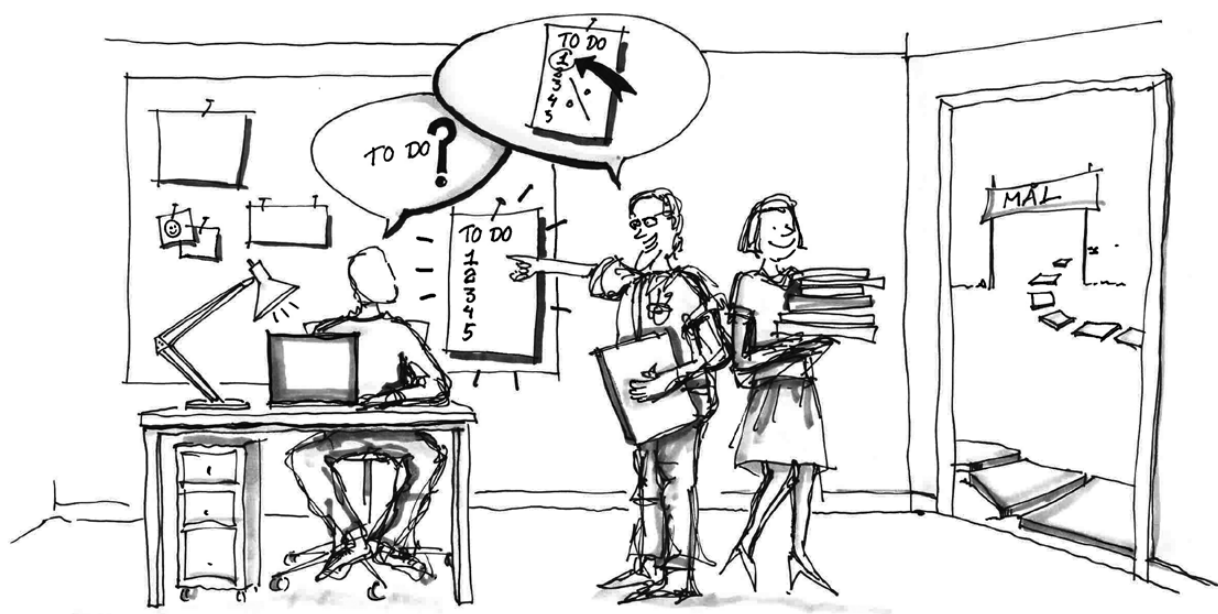
§56 aftale

Hvis der er en risiko for et forøget sygefravær på grund af langvarig eller kronisk sygdom, kan der indgås en aftale mellem borgeren, arbejdsgiveren og kommunen, hvilket medfører at arbejdsgiveren får refunderet sygedagpenge allerede fra første sygedag, ved sygefravær som følge af den lidelse, der fremgår af §56 aftalen.

Det forventede forøgede sygefravær grundet lidelsen skal være på mindst 10 dage om året.

Med denne ordning kompenseres en virksomhed alene ved fravær grundet en kronisk lidelse.

Ordningen tilstræber således at give den enkelte arbejdsplads et bedre økonomisk incitament til at fastholde den ansatte i beskæftigelse.



Efter depressionen

Efter fravær fra arbejde, er der mange rutiner som skal genopfriskes, også selv om sygeperioden kun har varet få uger. Det er oftest nødvendigt at genoptræne arbejdsevnen gradvist, via en delvis raskmelding. Et fælles møde med den depressionsramte, behandleren, arbejdsgiveren og sagsbehandleren fra Jobcenteret sikrer fælles plan for en god tilbagevenden.

Tiden efter en depression sammenlignes af nogle med at gå på line – man skal bevæge sig forsigtigt frem, men dog i et passende tempo, hvis man vil bevare balancen. Det er en balance mellem at passe på sig selv ved at skåne sig og samtidig søge passende udfordringer.

KAP 10 - Genoptræning

Patienter, som udskrives fra psykiatrien, har på samme måde som somatiske patienter ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov ved udskrivning fra sygehuset.

Genoptræningsbehovet behøver ikke være somatisk, men kan lige så vel relatere sig til patienters psykiske sygdom – herunder depression²³.

Patienter har ret til at få en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet, når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt, og som har baggrund i et funktionsevnetab.

²³ [Region Syddanmark \(2017\) – Notat om afgrænsning af målgruppe og snitflader til patienter i psykiatrien i Region Syddanmark.](#)

Hensigten med genoptræning er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Vurderingen af genoptræningsbehovet er konkret og individuel og skal tage hensyn til patientens ressourcer og motivation for genoptræning.

Hvordan vurderes, om der er et behov?

I vurderingen af, om en patient er i målgruppen for den tidsafgrænsede og målrettede proces, som en genoptræning er, skal der indledningsvis foretages en overordnet helhedsvurdering af:

- Om patienten er motiveret for en genoptræningsindsats og har et potentiale, der kan realiseres gennem genoptræning;
- Om patienten lige så vel kan klare sig ved egen hjælp;
- Om patientens behov er diffuse og bedre imødekommes af anden kommunal indsats.

Hvis den overordnede helhedsvurdering peger på, at en genoptræningsplan kan være relevant, skal følgende mere specifikke spørgsmål overvejes:

Har patienten en bevægelsesmæssig funktionsevnenedsættelse?

- På grund af en somatisk lidelse eller fysisk skade fx fraktur fra fald, nerveskader i forbindelse med selvmordsforsøg
- Som følge af længere tids inaktivitet/isolering afledt af den psykiatriske diagnose fx målbar og/eller synlig nedsat balanceevne, nedsat bevægelighed, muskelkraft, koordination
- Som følge af smerter, uro, åndedrætsbesvær, anspændthed.

Har patienten en aktivitetsmæssig funktionsevnenedsættelse?

- Patienten kan ikke problemløse i hverdagens aktiviteter og/eller træffe valg pga. af udfordringer i relation til læring og anvendelse af viden, fx ambivalens
- Patienten kan ikke holde aftaler og opretholde struktur/daglige rutiner/meningsfulde aktiviteter pga. længere tids inaktivitet, isolation og/eller sygdomsbelastning/karakter
- Patienten kan have problemer med at forstå meddelelser, samtale og fremstille meddelelser, pga. sygdommens karakter og/eller længere tids isolation
- Patienten har svært ved at færdes med transportmidler pga. angst eller andre psykiatriske diagnoser
- Patienten har svært ved at tage omsorg for sig selv, fx bade, spise og/eller varetage egen sundhed og desuden almindelig husførelse pga. kognitive forstyrrelser, angst, spiseforstyrrelser, vrangforestillinger og/eller længere tids inaktivitet.

Har patienten en mental (kognitiv eller emotionel) funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- I forhold til at orientere sig
- Patienten har svært ved at tage initiativ, energiniveau, handlekraft, impuls kontrol
- Hukommelse og opmærksomhed
- Psykomotoriske funktioner fx reduceret kropssprog, rastløshed, ændret motorik og tempo
- Tænkning fx negative automatiske tanker
- Oplevelse af egen krop og selvet fx. forstyrret kropsopfattelse, vrangforestillinger, depersonalisering.

Har patienten en social funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- Patienten har svært ved sociale færdigheder fx konflikthåndtering og samtalefærdigheder, interpersonelt samspil og kontakt, pga. sygdommens karakter, kognitive deficits, angst og/eller længere tids isolation.

Såfremt det konstateres, at patienten har en eller flere af de nævnte funktionsevnenedsættelser, udarbejdes en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen skal sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen, samt sikre information til patienten, alment praktiserende læge, hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser. 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. 918 af 22. juni 2018).

Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer

I tværsektorielt regi er der i Syddanmark godkendt en model for, hvordan man i psykiatrien sondrer mellem henholdsvis behandling, specialiseret genoptræning og almen genoptræning med udgangspunkt i en vurdering af patienterne på syv parametre.

BOKS:

Disse parametre er:

1. Selvmordsrisiko
2. Psykologisk indsigt
3. Motivation for at arbejde med sig selv
4. Evne til symptommestring
5. Tidligere behandlingsforløb,
6. Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver

7. Årsagen til funktionsevnenedsættelsen.

Særligt om genoptræning i kommunerne

I BEK nr. 918 af 22. juni 2018 fremgår det bl.a., at:

- Udgangspunktet er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren udskrives fra sygehuset.
- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har patienten ret til frit at vælge en privat leverandør, som KL har indgået aftale med.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes.

	Grad 5	Grad 4	Grad 3	Grad 2	Grad 1
Selvmondsrisiko	Akut øget risiko	Moderat øget risiko	Let øget risiko	Ingen øget risiko	Ingen øget risiko
Psykologisk indsigt	Ingen psykologisk indsigt i forhold til sygdommen. Erkender ikke behandlingsbehov	Har sikker og påtrængende fornemmelse af at have problemer. Mener, at det er andre mennesker eller ydre omstændigheder, der er årsag til problemerne	Har svært ved at aflæse egne og/eller andres intentioner og motiver. Overvældes af symptomer og udøver ofte uhensigtsmæssig adfærd	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen, men har på særlige områder svært ved det og reagerer i kritiske situationer uhensigtsmæssigt	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen
Motivation for arbejde med sig selv	Er modstander af behandling, selv om den er påkrævet	Henvender sig af nød, da symptomerne er overvældende, mere end af egen vilje. Vil helst have symptomer fjernet hurtigst muligt uden egen indsats. Indsigt er ikke af interesse – kan ikke se symptomernes alvor og er ikke motiveret for behandling, men tager imod denne uden større involvering	Har selv henvendt sig på andres opfordring og er tilbageholdende med at angive, hvad der evt. kan blive anderledes hos vedkommende selv. Har svært ved at skabe mulighed for at behandlingen kan finde sted	Henvender sig med ønske om behandling/træning. Har ønske om at forandre sig på bestemte områder og arrangerer sig, så behandlingen kan finde sted.	Er afklaret omkring egne behov for træning og arbejder målrettet med det
Evne til at mestre symptomerne	Har opgivet eller er ligeglad med symptom-mestring	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet, men patienten har delvis opgivet at mestre symptomer (skal motiveres og undervises)	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet i form af sygdommelding, isolation, inaktivitet	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på arbejdspræstation, kommunikation og samvær, men der opretholdes kontakt til familie, venner, uddannelse, arbejde.	Formår kortvarigt at håndtere symptomer, så hverdagslivet kritiske områder kan klares
Tidligere behandlings/træningsforløb	Tidligere behandlingsforløb uden resultater. Opgivende overfor yderligere forsøg	Tidligere behandlingsforløb overvejende med dårligt resultat	Tidligere behandlingsforløb med vekslende resultat	Tidligere behandlingsforløb med godt resultat	Ingen tidligere behandlingsforløb – nuværende er første behandlingskrævende situation
Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver	Ydre regulering Kan ikke mestre hverdagsopgaver og har behov for rutiner, hands on, struktur samt sanseredskaber	Begyndende co-regulering Kan ikke mestre hverdagsopgaver, men er deltagende, lyttende og afprøvende, synkroniserer, dvs. træning/aktiviteter gennemføres med tæt guidning og med mulighed for visuelt at kopiere terapeuten.	Co-regulering Kan med tæt støtte og guidning udvise initiativ omkring hverdagsopgaver, tager stilling, vælger til og fra på bevidst niveau	Begyndende selvregulering Kan mestre hverdagsopgaver i træningsrummet, men lykkes ikke hjemme	Selvregulering Kan mestre hverdagsopgaver med supervision og opfølgning både til træning og hjemme, men har brug for at blive konsolideret i hverdagen
Årsag til funktions- evnenedsættelsen	Overvejende psykisk betinget. Den subjektive oplevelse af egen krop er så forstyrret, at der er udtalt diskrepans mellem det udlevede funktionsniveau og det faktiske funktionsniveau.	Primær psykisk betinget. Der kan findes spor i kroppen og dens funktioner med psykomotoriske test. Den belastende subjektive oplevelse af egen krop er væsentlig med til at forstyrre funktionsevnen.	Både psykisk og somatisk betinget. Der kan måles og observeres fald i funktionsevnen med almene test	Primær betinget af somatisk lidelse som, dog fortsat med hensyntagen til psykiske forhold	Udelukkende somatisk sygdom og ingen særlige hensyn

Ved modtagelse af genoptræningsplanen skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

For patienter som henvises til genoptræning på basalt niveau gælder, at patienten typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnededsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.

For patienter, som henvises til genoptræning på avanceret niveau, gælder, at patienten typisk har omfattende funktionsevnededsættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen²⁴.

BOKS

Hvilken henvisning og hvordan?

Patienterne kan henvises til både genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2.

Har patienten behov for genoptræning, sker henvisningen via en genoptræningsplan (GGOP).

Har patienten behov for forebyggelsestilbud og sygdomsmestring sker henvisningen via REF01 ind til XREF15 er implementeret.

BOKS

Sygehuset:

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)	Den patientansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om patienten 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 skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.

²⁴ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538.](#)

Varetagelse af specialiseret genoptræning	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.
---	---

Kommunen:

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning. Kommunen vurderer, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til patientens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Patienter, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde hjælp til patienter, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til patienter, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til patientens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til patienter med depression med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

KAP 11 – Rehabilitering i kommunerne

BOKS

At borger kan tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale område

Et fokus i dette forløbsprogram er at strukturere rehabiliteringstilbud for mennesker med depression i Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 et fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling: "Samlet indsats for mennesker med psykiske lidelser". Oplægget indeholder en række anbefalinger, der har til formål at forbedre det

samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Anbefalingen om at nedbringe øget sygelighed og overdødelighed rammer direkte ind i den kommunale sundhedsindsats.

Kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende rygeafvænning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske lidelser har brug for en særlig, tilpasset indsats²⁵.

BOKS SLUT

Øget sygelighed og kortere levetid blandt mennesker med psykiske lidelser skyldes en højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og forhold relateret til livsstil.

Af den Nationale Sundhedsprofil 2017 fremgår det, at mennesker med vedvarende psykisk lidelse i højere grad end den øvrige befolkning ryger, har usunde madvaner, er fysisk inaktive og indtager alkohol, men også at de er ligeså motiverede som andre for at ændre sundhedsadfærd. Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner.

Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne

Forløbsprogrammet for borgere med depression giver mulighed for, at disse borgere kan tilbydes rehabilitering i kommunen. Målgruppen for de kommunale rehabiliteringstilbud er mennesker med depression i let og moderat grad, der ikke behandles i psykiatrien. Den enkelte kommune fastlægger selv den nærmere udformning af tilbuddet med afsæt i forløbsprogrammets intentioner og nedenstående beskrivelser. De kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre.

Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats.

I henvisningen til kommunen skal det fremgå, hvilke behov der tidligere er afdækket i forløbet. Den koordinerede,

²⁵ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – ”Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser”](#).

tværgående indsats skal videreføres til kommunen. Behovet for øvrige indsatser (fra andre fagpersoner) skal afdækkes i den afklarende samtale.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliteringstilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud, skal det ske elektronisk, og det bør ske via MedCom-standardens REF01 (XREF15 når den er implementeret). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Rehabiliteringstilbuddet skal således indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen patienten for at aftale tidspunkt og sted for samtalen.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre patienten opmærksom på muligheden for at tage en pårørende med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud samt målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter patienten i at prioritere de tilbud, som patienten har størst behov for.

For at afdække patientens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos patienten ifm. patientens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Patienternes ønske om information er varierende. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i den enkeltes behov og spørge ind til behovet for information i starten af og løbende gennem forløbet. Det er som fagperson vigtigt løbende at foretage en vurdering i forhold til hvilken information, der bør gives. I vurderingen skal indgå en overvejelse om, hvorvidt patientens situation er stabil, og hvordan informationen vil påvirke patientens aktuelle situation.

Kommunikationspakken i bilag præsenterer desuden hvilke emner, der kan være vigtige at kommunikere til patienten i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen.

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

Den sundhedsprofessionelle bør også have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse indsatser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere rehabiliteringstilbud. Der bør være opmærksomhed på evt. sideløbende behandlings- eller rehabiliteringsindsatser kan finde sted, hvorved et behov for fælles målsætning og koordinering opstår. Det kan fx være en socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte patientens motivation for at gennemføre forløbet, herunder motivationen for at gennemføre en forandringsproces med henblik på at indlære nye adfærdsmønstre.

De sundhedsprofessionelle har et skærpet ansvar i forhold til særligt sårbare patienter med en lav grad af egenomsorgsevne og mestringskompetence.



BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#) anvender 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.

Som en del af den afklarende samtale bør kommunen have opmærksomhed på patientens ressourcer – om det fx er muligt, at patienten kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om patienten har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliteringstilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor patientens pårørende også kan inviteres med. Et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer bliver planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører²⁶.

Efter et afsluttet rehabiliteringstilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til den praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

²⁶ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"](#).

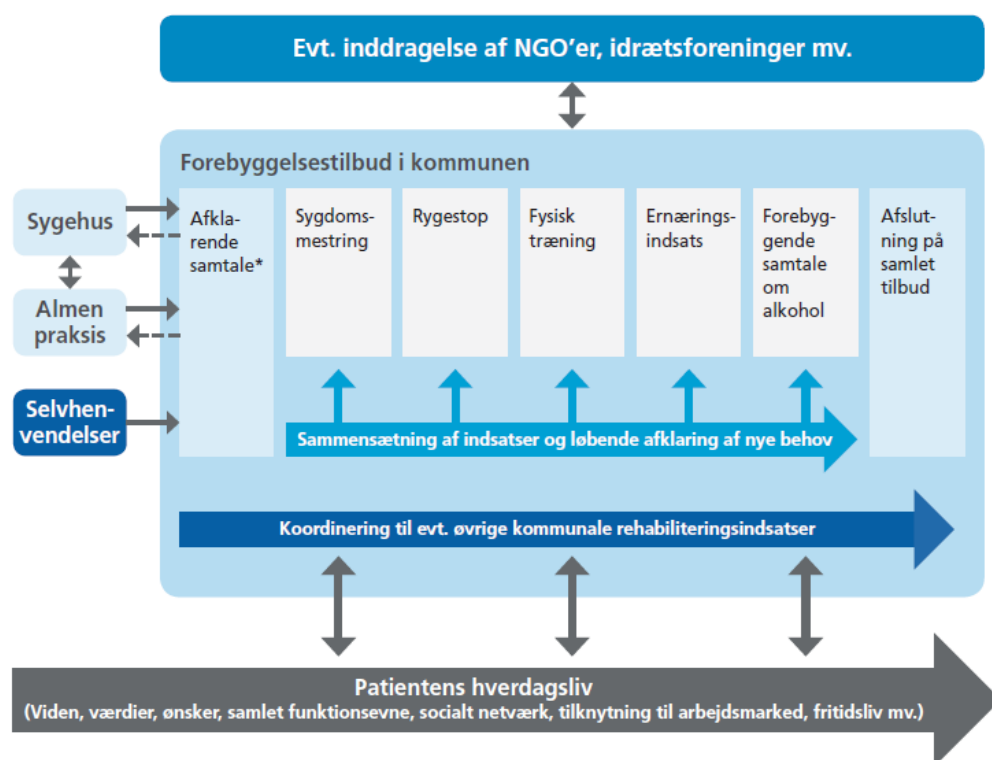


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

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



Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud

Ses på www.sundhed.dk. I flere syddanske kommuner kan patienten selv henvende sig til kommunen for at deltage i rehabiliteringstilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Sygdomsmestring

Et struktureret rehabiliteringstilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer. Tilbuddet skal bidrage til at give patienten viden om sygdommens karakter, herunder udvikling, komplikationer og mulighederne for forebyggelse af tilbagefald, behandling og rehabilitering. Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i patientens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver så konkret og meningsskabende som muligt.

BOKS:

Følgende elementer bør jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, indgå:

Sygdommen

- Gennemgang af sygdommen, dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse. Herunder indflydelse på funktionsevne.
- Dialog omkring eventuelle psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom.

Sygdomsforværringer

- Tegn på forværring eller svingninger i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf.
- Dialog om hvordan borgeren selv og eventuelt i samarbejde med andre monitorerer sin tilstand ved hjælp af symptomer/ iagttagelser og på baggrund heraf og efter aftale med lægen justerer sin behandling.

Risikofaktorer

- Betydningen af risikofaktorerers skadelige virkninger og dermed udviklingen af sygdommen samt de til enhver tid eksisterende fordele ved at ændre vaner gennem forskellige muligheder for intervention.

Psykosociale forhold

- Herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer.
- Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv., som kan medvirke til at fastholde de livsstilsændringer og færdigheder, der er opnået.
- Inddragelse af socialrådgiver i forhold til aktuelle behov i forhold til familie, uddannelse og beskæftigelse.

Medicin

- Brug af medicin, herunder hvordan den virker; bivirkninger; hvordan den anvendes og muligheder for at monitorere virkningen

Betydningen af andre sundhedsfaglige rehabiliterende indsatser;

- Betydningen af fysisk aktivitet og træning.
- Betydning af en god ernæringstilstand og en stabil vægt.

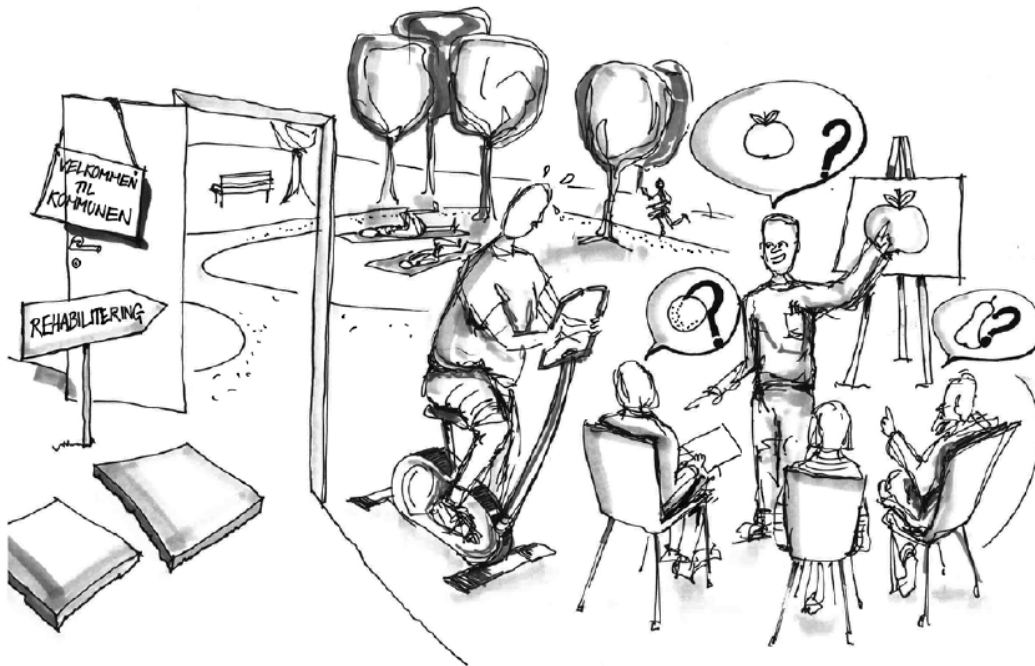
Sygdommen i hverdagen:

- Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger, herunder egne erfaringer og visioner for fremtiden.
- Samliv.
- Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med

sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig.

- Patientforeninger og sociale netværk.

(BOKS SLUT)



Afstand til tilbud samt tidspunktet, hvor de finder sted, har betydning for deltagelse. Det er en fordel, hvis rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene kan passe ind, så hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Det er en velkendt problemstilling, at ikke alle patienter er opmærksomme på den information, de modtager i E-boks. Derfor er det en fordel, hvis kommunerne er opmærksomme på, at det nogle gange kan være nødvendigt at kontakte patienterne telefonisk.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke rehabiliteringstilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om depression erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes patientens deltagelse i rehabiliteringstilbuddet.

Samtidig styrkes de handlekompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og agere i hverdagslivet med depression²⁷.

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt bidrage til at give en bedre kvalitet. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer.

Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to:

Inddragelse af pårørende i patientens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov.

Ved inddragelse i patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuseres derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker ud over det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Denne støtte kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el.lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden patienternes medvirken.

Kommunen sikrer, at der er tilbud til pårørende (fx børn og partnere) til borgere, der har længerevarende psykisk eller fysisk sygdom. Tilbuddet skal forebygge, at pårørende udvikler dårlig mental sundhed og psykisk sygdom som følge af længevarende belastning. Tilbuddet kan bestå af en kombination af rådgivning, undervisning, gruppesamtaler og individuelle samtaler. Kommunen informerer om evt. regionale tilbud²⁸.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring, skal det ske elektronisk og det skal bør fortrinsvis ske via MedCom-standardens REF01 (XREF15 når den er implementeret).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren

²⁷ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”.](#)

²⁸ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.](#)

tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet rehabiliteringsforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Fysisk træning

Patienter med depression skal stile imod at være aktive svarende til Sundhedsstyrelsen generelle anbefalinger for fysisk aktivitet²⁹.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på ikke at belaste en patient med depression med en forventning om fysisk træning i de tilfælde, hvor patienter oplever sig ude af stand til at honorere en sådan aktivitet. Patienter må i udgangspunktet være motiverede for træning for at kunne profitere heraf. Samtidig vil en væsentlig del af behandlingen bestå i at facilitere og støtte op om motivationen hos patienterne. Planlægningen af den fysiske træning kan med fordel indgå i udarbejdelsen af en behandlingsplan i samarbejde mellem behandler og patient. Når patienten tilbydes deltagelse i en træningsaktivitet, bør denne superviseres af sundhedsfagligt personale med kompetencer inden for træningsfysiologi og depression³⁰. Den superviserede fysiske træning kan med fordel suppleres af kropsterapi med henblik på at øge mestringsevne og egenomsorg.

Jf. Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" henvises til at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt.

Det er i denne forbindelse væsentligt at pointere, at det er den afklarende samtale og den individuelle vurdering af patientens samlede situation, der bør være afgørende for, om vedkommende tilbydes fysisk træning.

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

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen. Det kan fx gælde ved en særlig jobsituation, eller hvis der er særlige geografiske hensyn at tage.

Sundhedsfaglige kompetencer

Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør have særlig viden om depression.

²⁹ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling".](#)

³⁰ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.](#)

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Ernæringsindsatser i kommunen

Patienter, kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold have gavn af en ernæringsindsats.

Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret.

Ernæringsindsatsen retter sig mod sundhedsstyrelsen generelle kostråd, og kan dermed indeholdes i kostvejledning, der varetages af både diætister, prof. bachelorer i ernæring og sundhed og kostvejledere.

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

Kostvejledning

Kostvejledning defineres som et behandlingsforløb for mennesker med behov for ernæringsindsats, som kan gennemføres individuelt eller i grupper. Kostvejledning kan suppleres med praktisk madlavning med henblik på at øge patienternes handlekompetence og compliance.

Kostvejledningen bør fokusere på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent. Der skal tages udgangspunkt i patientens dagligdagskost, øvrige risikoprofil og behandlingsbehov.

Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/ eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau.

Rygestop i kommunen

Flere studier viser, at tobaksrygere er overrepræsenterede blandt mennesker med depression.

Adskillige undersøgelser tyder på, at sammenhængen er cirkulær: depression øger risikoen for, at patienten begynder at ryge, og tobaksrygning kan øge risikoen for, at en person får sin første depression. Imidlertid er det også

velbeskrevet, at rygeophør kan fremprovokere depression³¹. Det kræver derfor en særlig opmærksomhed på timingen af evt. rygestop.

Kommunen kan selv tilrettelægge rygestoptilbuddet og/eller henvise til de nationale tilbud Stoplinjen og e-kvit. Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Formålet er at understøtte patientens ønske om rygestop eller motivere hertil.

Tilbuddet kan være individuelt såvel som holdbaseret alt efter patientens præferencer. Patienten 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 de også er tilgængelige for patienter, der er erhvervsaktive.

Efter et afsluttet rygestopforløb anbefales det, at kommunen sender et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Patienten skal give samtykke til dette.

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

Patienter som er ophørt med at ryge inden for de sidste 6 måneder støttes i fortsat rygeophør, da tilbagefaldsrisikoen fortsat er stor.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, skal det ske bør det fortrinsvis ske elektronisk via MedCom-standardens REF01 (XREF15, når den er implementeret).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud ses på www.sundhed.dk

Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling

Som beskrevet i kapitel 3 "Tidlig opsporing hos risikogrupper" kan depression gå forud for et stort alkoholforbrug eller -misbrug. Derudover er der en betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, hvorigennem afhængighed af alkohol kan forårsage

³¹ [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

depressive lidelser.

Mange depressive symptomer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed³². Derfor kan forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling være af betydning for depressionen.

Forebyggende samtale om alkohol

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for den samlede sygdomsbyrde. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol³³.

Dette kan med fordel tilbydes, hvor der i øvrigt gives tilbud på sundhedsområdet. Det bør afdækkes, om patientens alkoholforbrug ligger over højrisikogrænsen, uden at vedkommende har udviklet alkoholafhængighed.

Typen af alkoholoverforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde borgere med alkoholoverforbrug.

BOKS

I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

Storforbrug af alkohol

Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkohol (alkoholforbrug over 14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd).

Skadeligt alkoholforbrug

Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification Diagnose System (ICD 10)).

Alkoholafhængighed

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

Sundhedsfaglige kompetencer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den forebyggende samtale om alkohol bør foregå individuelt og varetages af

³² [Sundhedsstyrelsen \(2008\) – Alkohol og Helbred.](#)

³³ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”.](#)

medarbejdere med særlige kompetencer og erfaring inden for alkohol, alkoholbetingede sygdomme, screening og alkoholbehandling. Læs mere herom i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", 2016.

Alkoholbehandling

Mens den forebyggende samtale om alkohol med fordel kan tilbydes i relation til de øvrige sundhedsfremmende tilbud, ses alkoholbehandlingen ofte sammenkoblet med Kommunernes misbrugsområde. Alkoholbehandling er en Sundhedslovsydelse (Sundhedsloven § 141) og kan foregå anonymt, hvis borger ønsker dette.

Implementeringsplan

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

Indledning

Forløbsprogrammet for mennesker med depression er et handlingsorienteret dokument, der beskriver sygehusenes, almen praksis' og kommunernes opgaver og roller i samarbejdet og kommunikationen omkring denne målgruppe og de pårørende. Formålet er at sikre høj, ensartet kvalitet og sammenhæng i de samlede patientforløb, hvor patienter og pårørende bliver inddraget i indsatsen. Programmet er fagligt funderet på især publikationer fra Sundhedsstyrelsen og er udviklet i samarbejde med patienter, pårørende, patientforeninger og fagprofessionelle.

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

- Et 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 depression.

Mål for implementeringen

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 procedurer og instrukser.
- Forløbsprogrammet følges systematisk i det daglige tværsektorielle samarbejde.

Implementeringsmetoden – ansvar og roller

Implementeringen af forløbsprogrammet for mennesker med depression igangsættes og følges via den organisation, som i Region Syddanmark er etableret omkring det tværsektorielle samarbejde:

- *Sundhedskoordinationsudvalget (SKU)* godkender forløbsprogrammet og forelægges monitoreringer af programmet.
- *Det Administrative Kontaktforum (DAK)* giver indstillinger til SKU om godkendelse og monitorering af forløbsprogrammet.
- *Følgegruppen for Forebyggelse* er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde statusredegørelser til SKU og DAK.
- *De psykiatriske samordningsfora (PSOF)* koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehus, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af implementeringen foreslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert PSOF.

Der udarbejdes i regi af hvert PSOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplanen herfor.

De lokale samordningsfora (somatik) orienterer sig i forløbsprogrammet og vurderer, om det giver anledning til at justere lokale samarbejdsaftaler og procedurer, eksempelvis i forhold til tidlig opsporing af mennesker med depression.

- *Psykiatrien i Region Syddanmark:* Psykiatriens ledelse er ansvarlig for, at forløbsprogrammet implementeres på alle matrikler. De 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 er ansvarlige for dagsordenssætning af forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg og på de kommunalt lægelige udvalg (KLU)
- *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.
- *Arbejdsgruppen vedrørende nye rammer for kronisk sygdom* planlægger et fælles kick-off for implementeringen af patientforløbsprogrammet, hvor der er mulighed for at drøfte programmet på tværs af PSOF. Herudover faciliterer arbejdsgruppen præsentationen af patientforløbsprogrammet ved at udarbejde dagsordensmateriale mv. hertil.

Særlige opmærksomhedspunkter i implementeringen

Funktionen "Den koordinerende kontaktperson". Nyt i forløbsprogrammet for mennesker med depression er, at en koordinerende kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder. Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. Funktionen som "koordinerende kontaktperson" placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien, placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere. Funktionen forventes at medføre et øget behov for videregivelse af oplysninger, som kræver borgerens samtykke. Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom udarbejder et koncept for, hvordan dette kan håndteres i praksis. Herudover er det et vigtigt element i implementeringen, at hvert enkelt PSOF får aftalt, hvordan man her vil arbejde videre med ordningen.

Større fokus på arbejdsmarkedsområdet. I overensstemmelse med prioriteringerne i Sundhedsaftalen 2019-2023 har arbejdsmarkedsområdet fået særsilt opmærksomhed i forløbsprogrammet for mennesker med depression. I formidlingen og implementeringen af programmet er det derfor relevant at have særligt fokus på, hvordan arbejdsmarkedsområdet sammen med de øvrige indsatser kan tænkes ind i et sammenhængende forløb.

Patienter med let eller moderat depression kan tilbydes rehabiliteringstilbud i kommunen

I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats. Den enkelte kommune fastlægger selv den nærmere udformning af rehabiliteringstilbuddene. Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom har i et notat udarbejdet skøn for målgruppens størrelse og eksempler på de udgifter, som er

forbundet med de relevante rehabiliteringstilbud.

Sammenhængen på tværs af PSOF i implementeringen af forløbsprogrammet. Forud for iværksættelsen af den lokale implementering drøftes opgaven tværgående på et temamøde med deltagelse af alle PSOF. Tilsvarende sker en erfaringsudveksling på tværs af samordningsfora et år efter iværksættelsen af den lokale implementering.

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med depression implementeres i psykiatrien, kommuner og almen praksis i perioden tredje kvartal 2020 til tredje kvartal 2021. Sidst i implementeringsperioden drøftes implementeringsgraden i de enkelte PSOF med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

Dato

Administrativ behandling og politisk godkendelse

Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	11.12.2019
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	27.05.2020
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	24.06.2020

Central understøttelse af implementering 3. og 4. kvartal 2020

- Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom får udarbejdet et koncept for indhentning af samtykke til udveksling af oplysninger på tværs af myndigheder
- Følgegruppen for forebyggelse er vært for et kick-off arrangement for alle PSOF inden iværksættelse af den lokale implementering.

Tilrettelæggelse af lokal implementering 4. kvartal 2020. og 1. kvartal 2021

- PSOF dagsordenssætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan.
 - Lokale samordningsfora (somatik) forholder sig til forløbsprogrammet og justerer evt. procedurer i henhold hertil.
 - Kommunerne dagsordenssætter 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.
-

Erfaringsudveksling på tværs af PSOF

Følgegruppen for forebyggelse er vært for et tema-arrangement, hvor der er lejlighed til at drøfte implementeringserfaringer på tværs af PSOF.

3. kv. 2021



BREV TIL SUNDHEDSSTRATEGISK FORUM OM UDARBEJDELSE OG GODKENDELSE AF FORLØBSPROGRAMMER

I regi af Sundhedsaftalen udarbejdes en række indsatser, som bredt skal øge sundheden for borgere i Syddanmark. Senest er der udarbejdet et forløbsprogram for mennesker med depression, som i efteråret har været i høring og nu er i gang med at blive godkendt. Beklageligvis fik Socialdirektørforum ikke i tide dette forløbsprogram i høring, men da vi nu når til godkendelsesprocessen, vil vi rigtig gerne sende vores kommentarer, så Sundhedsstrategisk Forum kan tage dem med videre frem. Forløbsprogrammet bliver drøftet på Socialdirektørforums næstkommende møde den 29. maj. Forretningsudvalget for Socialdirektørforum er dog bekendt med, at forløbsprogrammet skal godkendes i Det Administrative Kontaktforum allerede den 27. maj forud for en godkendelsesproces i de enkelte kommuner. Forretningsudvalget sender derfor her vores generelle bemærkninger vedr. forløbsprogrammet.

Generelt er Forretningsudvalget opmærksomme på og enige i, at mennesker med depression er en borgergruppe, som vi på det sociale område skal have og allerede har stor opmærksomhed på. Borgerne findes i beskæftigelsessystemet, på det sociale område og selvfølgelig også på sundhedsområdet. Forløbsprogrammets bidrag i forhold til vigtigheden af dialogen med borgeren, inddragelse af pårørende, screeningen m.m. er budskaber, som er vigtige, men som allerede i høj grad er i fokus på de sociale områder.

Forløbsprogrammets budskab om indførelsen af en koordinerende kontaktperson på alle, der er diagnosticeret, er et velment budskab, men et budskab, som vi finder, at den enkelte kommune selv bør beslutte om skal iværksættes. En del kommuner arbejder allerede med begrebet; den koordinerende sagsbehandler på de mere komplekse sager, en del kommuner har tilbud til borgerne enten via beskæftigelsessystemet eller i de sociale områder, mens andre kommuner har fundet andre gode veje til at sikre opmærksomhed og samarbejde på tværs omkring borgerne. Vi kan således ikke tilslutte os, at man via et forløbsprogram i alle 22 kommuner nu fastlægger, at alle skal indføre en koordinerende kontaktperson på en ret afgrænset målgruppe. Den tilgang, vi arbejder efter på de sociale områder, er, at de komplekse borgere – uanset hvilken diagnose de kommer med – er en borger, vi har fokus på at koordinere omkring. Men vi koordinerer kun de borgere, hvor der er mest behov. Det er vores erfaring, at ikke alle borgere har behov for en koordinerende kontaktperson. Dertil skal også lægges vurderingen omkring ressourcetrækket, som er udfordret på de sociale områder.

Derudover mener Forretningsudvalget, at der er en række faktorer i de økonomiske overvejelser, som ikke er blevet belyst. Dette drejer sig blandt andet om koordinationen af arbejdet forud for møder med borgerne, undervejs, samt koordineringen overfor pårørende. Det er ikke kun et spørgsmål om, hvad kurser for målgruppen koster. Der er også øgede administrative omkostninger, som knytter sig til opgaven, der skal belyses tilstrækkeligt. Vi ved fra andre projekter, at koordinering omkring komplekse borgere i den grad kræver ressourcer. Det er Forretningsudvalgets ønske, at de økonomiske overvejelser både i dette program, men også i fremtidige forløbsprogrammer bliver yderligere belyst, og fra Socialdirektørforums side vil vi



gerne være behjælpelige med både ressourcer og kontakter, som har yderligere kendskab til de økonomiske konsekvenser.

Ud fra det administrative tillæg til Sundhedsaftalen 2019-2023 kan Forretningsudvalget konkludere, at der forventes en række arbejder med yderligere indsatser/forløbsprogrammer, som også rækker ind over socialområdet i de kommende år. Forretningsudvalget har et stort ønske om at komme lidt tættere på disse planer, og vi indgår meget gerne i arbejdet i et tættere samspil med Sundhedsstrategisk Forum. Såfremt Sundhedsstrategisk Forum finder det relevant, vil vi gerne genvurdere, om socialområdet er tilstrækkelig godt bemandet i følgegrupperne. Det er i øvrigt Socialdirektørforums synspunkt, at vi måske med fordel i fællesskab kunne se nærmere på, om tiden er moden til at genvurdere, om der er lagt for mange nye projekter/indsatser i støbeskeen i forhold til, hvad vores områder på såvel socialområdet som på sundhedsområdet kan rumme.

Vi er klar over, at socialområdet har et ansvar for at arbejde med i sundhedsaftaleområdet, og det gør vi gerne. Vi er dog også optagede af, at vi på socialområdet er massivt udfordrede økonomisk, og derfor har behov for at målrette vores aktiviteter og ikke udvide vores aktiviteter.

Vi stiller os gerne til rådighed for en videre drøftelse af ovenstående.

På vegne af forretningsudvalget

Med venlig hilsen

Lise Willer

Formand for Socialdirektørforum



Notat

Dato: 25-02-2020

Forløbsprogrammet for mennesker med depression

Uddybende beskrivelse af den koordinerende kontaktperson.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom er på møde i Det Administrative Kontaktforum den 23.01.20 blevet bedt om at uddybe beskrivelsen af den koordinerende kontaktperson i forløbsprogrammet for mennesker med depression. Dette har baggrund i, at forløbsprogrammet introducerer en ny indsats i form af en koordinerende kontaktperson.

Den koordinerende kontaktperson skal tilbydes for de borgere, der er diagnosticeret med en depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.

Opgaver og kompetencer

Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. For praktiske formål betyder det, at den koordinerende kontaktperson indhenter samtykke fra borgeren, varetager mødeindkaldelse med dagsorden, information til borgeren og opsamling på de aftaler, der indgås på mødet. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

Møder aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen.

Da funktionen kan placeres på mange forskellige områder, betyder det også, at personale med forskellige faglige baggrunde kan varetage funktionen. Følgende kompetencer vil være givende for at kunne varetage opgaven;

- Har en god kontakt til borgeren
- Viden om depression og symptomer
- Motiverende og evne at fastholde de mennesker, som har depression
- Empatisk, rummelig, anerkendende, selvstændig og evner at målrette indsatsen



Forankring af funktionen

Funktionen som den koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien, placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet.

Varetagelsen af funktionen kan tilrettelægges på mange måder, da der lokalt kan besluttes, om funktionen placeres hos enkelte dedikerede medarbejdere eller en større medarbejdergruppe.

Økonomi

Ved at inddrage funktionen med en koordinerende kontaktperson bliver kommunikationen omkring borgernes forløb mere systematisk og derved mere effektiv over tid. Derfor vil den koordinerende kontaktpersons funktion ikke nødvendigvis medføre øgede udgifter for de involverede aktører. Som følge heraf er der ikke beregnet omkostninger ved ordningen. Det forventes, at funktionen kan varetages indenfor de nuværende ressourcemæssige rammer.

Høringsforslag der ikke er indarbejdet i den reviderede udgave af "Forløbsprogrammet for mennesker med depression".

Afsender	Høringssvar	Arbejdsgruppens bemærkninger/ /implementering
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Generelle kommentarer: <i>Forløbsprogrammet kan med fordel være mere handlings-anvisende, dvs. hvilke screeningsværktøjer kan kommunerne blandt andet anvende.</i> <i>....en beskrivelse af, hvilke tilbud til borgere med depression der bygger på solid evidens og/eller god praksiserfaring.</i> <i>Hvilke screeningsinstrumenter anbefales?</i> <i>Det bør derfor i højere grad beskrives hvilke effekter man ønsker, at borgerne skal mærke af den tværgående indsats.</i> <i>Hvis programmet skal fremstå som et opslagsværk, bør der være mindre prosa og langt mere punktform, så anbefalingerne tydeligere træder frem. Programmet kan med fordel beskæres. Fx bør det overvejes, om afsnittet "baggrund for forløbsprogrammerne" er relevant.</i> <i>Programmet bærer præg af, at forfatterne er i tvivl om, hvem modtageren er</i> <i>Ordet "inddragelse" skal genovervejes i forbindelse med patientinddragelse. Ordet "medbestemmelse" eller "samarbejde" er mere retvisende.</i> <i>Man kan derfor med fordel i introduktionen definere, hvad mental</i>	Vi er handlingsanvisende på, hvem gør hvad, men ikke hvordan. Her henvises til de kliniske retningslinjer. Se ovenstående bemærkning. Der henvises til afsnittet om baggrund i introduktionskapitlet i baggrundsafsnittet. Det er et opslagsværk ikke en tjekliste og valget har derfor været, også at beskrive baggrunden og intentionerne med anbefalingerne. Den specifikke udmøntning af anbefalingerne tilrettelægges lokalt Anbefalingerne er dog nu fremhævet i en sammenfatning. I hele forløbsprogrammet er det forløbet, der er i fokus og målgruppen er forskellige faggrupper, som indgår i forløbet for mennesker med depression Se endvidere det indledende afsnit. Begrebet "inddragelse" er valgt, fordi det indgår i en gængs terminologi og i forløbsprogrammet indbefatter det også medbestemmelse og samarbejde. Forløbsprogrammets formål er at fokusere på depression. Vi henviser

	<i>sundhed er, og hvilke faktorer man herunder lægger vægt på.</i> <i>Tidlig opsporing.... beskrives, hvilke screeningsværktøjer kommunerne med fordel kan anvende vedr. opsporing af depression f.eks. WHO 5.</i> <i>I forbindelse med hjerteforløbsprogrammet skal der testes med HADS for depression. Der mangler afklaring af, om der opstår en forventning om, at der også gøres dette på andre grupper.</i>	desuden til afsnittet om den borgerrettede forebyggelse. Der ligger ikke i forløbsprogrammet en selvstændig anbefaling om generel screening af risikogrupper, men en forventning om fagprofessionelles opmærksomhed på depressionstegn, hvor symptomer på depression er beskrevet i forløbsprogrammet. Se endvidere stratificeringsmodellen. Der ligger ikke i forløbsprogrammet en forventning om screening af andre målgrupper. Fraset fødselsdepression.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Introduktionen; ... kort introduceres til, hvad der kendetegner depression. ... Man forankrer tidlig opsporing lokalt uden at forholde sig til, hvordan man skal håndtere den tidligere opsporing.	Der henvises til afsnittet om stratificering, hvor symptomer er beskrevet i punktform. Punkter der ligger før diagnosticering (tidlig opsporing og forebyggelse) funderes i opmærksomhedspunkter – og anbefalinger. Forløbsprogrammets hovedopgave er at sætte fokus på borgere fra det tidspunkt, der er diagnosticeret en depression. Dette beskrives i indledningen.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Tidlig opsporing; Under afsnittet "ledige borgere" nævnes jobcentre specifikt. For at få ensartethed, bør afsnittet "jobcentrene skal derfor..." fjernes, idet der ikke nævnes specifikke afdelinger mv. i de andre afsnit.	Det er jobcentrene, der har kontakten til de ledige/syge, og derfor er betegnelsen anvendt.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Løbende koordinering; Under afsnittet "Kommunen..." Sætningen "det er kommunens myndighedsfunktion..." vurderes at være overflødig. Kommunerne er bekendt med, hvem der visiterer. For andre personer (regionale medarbejdere, borgere mv.) er det nok at vide, at det er kommunen, der afgør, om en borger er berettiget til ydelser efter Serviceloven.	Arbejdsgruppen finder det relevant at bibeholde denne formulering, da der er flere forskellige aktører involveret i dette.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Løbende koordinering; <i>... der behov for en udredning af, hvilke økonomiske konsekvenser programmet forventeligt vil have for kommunerne. Dette kan eksempelvis udformes som en businesscase.</i> <i>...hvordan økonomi mellem kommune og region er tænkt i forbindelse med udvidelserne i forløbsprogrammet.</i>	Der er ikke de nødvendige oplysninger til at udarbejde en businesscase. Der er dog beregnet eksempler på udgifter for et kommunalt rehabiliteringsforløbs. Funktionen som koordinerende kontaktperson ses som værdiskabende for såvel borgeren som de involverede sektorer.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Genoptræning; <i>Det er uklart, hvad der udløser en genoptræningsplan for denne målgruppe, og hvad forventningerne til en sådan plan er. Dette bør beskrives.</i>	Der kommer ikke en ny opgave qua forløbsprogrammet – kapitlet er formuleret ud fra gældende regler og den model for genoptræning i psykiatrien, som er godkendt tværsektorielt.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) Rehabilitering i kommunerne; <i>Der er meget lidt anerkendelse af kommunernes rehabiliterende arbejde generelt. Kapitlets anbefalinger bærer præg af at være selvfølgeligheder.</i> <i>Mental sundhed kan med fordel også afbildes i figuren som et tilbud, da man i kommunerne også arbejder med dette.</i> <i>Den sundhedsprofessionelle bør i den afklarende samtale vurdere, om det er relevant for patienten at benytte et tilbud i en anden kommune". "Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen". Disse tiltag vil have økonomiske konsekvenser for den enkelte kommune, og det bør derfor</i>	Arbejdsgruppen – herunder også dens kommunale repræsentanter udtrykker tilfredshed med kommunernes rehabiliterende arbejde generelt og den måde, som området er beskrevet på i forløbsprogrammet. Der peges i forløbsprogrammet på at udvide det kommunale rehabiliterende arbejde for målgruppen af voksne med let eller moderat depression. Heri ligger også en anerkendelse af kommunernes rehabiliteringsindsats Den mentale sundhed er beskrevet under afsnittet "Den borgerrettede forebyggelse". Dette er allerede praksis i flere kommuner og fremhæves jf. sundhedsaftalens virkemiddel "Sæt borgeren først".

	<i>være op til den enkelte kommune at afgøre, om der skal anvendes ressourcer til sådanne services. Det foreslås derfor, at afsnittene slettes.</i> <i>Henvisning til rygestoptilbud i kommunen bør kunne foregå som en direkte henvisning, dvs. uden en afklarende samtale, hvis borgerens ønske/behov er klart udtrykt i form af hjælp til rygestop alene. Borgerne kan jo i forvejen henvende sig direkte uden en henvisning og blive tilmeldt et rygestopkursus i alle kommuner.</i>	Et rygestoptilbud kan forgå med /uden en afklarende samtale.
Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Center for social rehabilitering	Ad) Tidlig opsporing i jobcenter; <i>"jobcenteret skal derfor have opmærksomhed på borgere med symptomer på depression"</i> <i>Kommer der et fælles dokument til tidlig opsporing- screenings redskab, således der sikres at alle borger få samme tilbud uanset hvor de henvender eller befinder sig?</i>	Der henvises til WHO-5 som et screeningsredskab til mental sundhed. Forløbsprogrammet peger på, at fagprofessionelle der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn. Derudover henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at sundhedsplejersker tilbyder screening for fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre. Ligesom der henvises til det syddanske hjerteforløbsprogram om at kommunale sundhedstilbud og sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse screener for angst og depression hos borgere med hjertesygdom. Der ligger ikke i forløbsprogrammet en forventning om screening af andre målgrupper i kommunalt regi.
Center for social rehabilitering	Ad) Misbrug; <i>Under parameter ift. vurdering af patientens evner til genoptræning: Der er ikke nævnt misbrug ligger den inden under de 7 nævnte eller?</i>	Patientens evne til genoptræning vurderes sundhedsfagligt, jf. den godkendte model for genoptræning i psykiatrien.
Center for social rehabilitering	Ad) Screeningsredskab; <i>Hvilke screeningsredskaber skal der i fremtiden benyttes og hvordan sikres det at dem der udføre denne opgave er</i>	Der henvises til WHO-5 som et screeningsredskab til mental sundhed. Som tidligere beskrevet ligger der ikke en selvstændig anbefaling i forløbsprogrammet om screening af

	<i>tilstrækkeligt klædt på til at varetage denne opgave?</i>	risikogrupper, men en forventning om fagprofessionelles opmærksomhed på depressionstegn, hvor symptomer på depression er beskrevet i forløbsprogrammet.
--	--	---

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Psykiatrisk dialogforum	Der sættes spørgsmålstegn ved aktualiteten af kilder/referencer anvendt i forløbsprogrammet.	Generelt lægger forløbsprogrammet sig ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer.
Psykiatrisk dialogforum	Ad) Apoteket; <i>Det er nyt, at apotekerne er med. En ting, der også kunne være relevant ved medicinsamtaler, er, at patentet på stort set alle antidepressive præparater er udløbet. De generiske præparater ser forskellige ud og undertiden er svære at synke. Dette kan påvirke compliance/adhærens. Medicinpriserne skifter jo hver 14. dag.</i>	Dette vurderes ikke at være en del af dette forløbsprogram

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
SIND	Der sættes spørgsmålstegn ved aktualiteten af kilder/referencer anvendt i forløbsprogrammet.	Generelt lægger forløbsprogrammet sig ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer.
SIND	Ad) Pårørende; <i>... henvises til en proces som sætter fokus på samarbejde mellem fagprofessionelle og patient/pårørende. Også gode intentioner, vel vidende at rigtig mange pt. ikke ønsker deres pårørende inddraget i behandlingsforløbet, og derfor i mange tilfælde undlader kontakt til de fagprofessionelle før langt inde i sygdomsforløbet.</i>	Indarbejdes ikke , da borgeren jf. beskrivelserne altid kan takke nej til inddragelse af de pårørende.
SIND	Ad) Den borgerrettede forebyggelse; <i>Offentlige arbejdspladser, Uddannelsesinstitutioner og brug af naturen er nogle af de rammer der kan bruges i forbindelse med forebyggelse af dårlig psykisk arbejdsmiljø. Hvem skal måle på disse parametre og ændre kulturen på ovennævnte arbejdspladser?</i>	Det er ikke forløbsprogrammets formål at måle på disse parametre. Den Nationale Sundhedsprofil giver en indikation på de nævnte parametre.

SIND	Ad) Udredning og diagnosticering; <i>Igen fine intentioner, men formentlig ikke holdbart i forhold til det tidskrævende skema, som stort set alle faggrupper inddrages i, uanset hvilket niveau pt. befinder sig i. Ydermere ændres ICD-10- kriterierne i løbet af 2020.</i>	Det forventes, at Forløbsprogrammet opdateres løbende.
SIND	Ad) Arbejdsmarkedsindsats og Genoptræning; <i>....dilemmaer, hvor kommer midlerne fra, og hvem skal betale?</i>	Der kommer ikke en ny opgave på genoptræningsområdet qua forløbsprogrammet – kapitlet er formuleret ud fra gældende regler og den model for genoptræning i psykiatrien, som er godkendt tværsektorielt. Det forventes at en styrkelse af den tværsektorielle koordinering kan spare aktørernes ressourcer længere henne i patientens sygdomsforløb, da der rettidig lægges en fælles plan.
SIND	Ad) Rehabilitering i kommunen; <i>... alle tilbydes pakkeforløb, men det er vel frivilligt, trods alt, og hvis ikke, trækkes der så i sygedagpenge? Frivillige inddrages på den lange bane, men det befrier ikke kommunen for øgede udgifter.</i>	Rehabilitering i kommunerne jf. sundhedslovens paragraf 119 stk. 2 er baseret på individuel samtale – ikke et pakkeforløb.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Sundhedsstyrelsen	Ad) Den borgerrettede Forebyggelse; <i>...nævnes forebyggende tilbud i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed. I forhold til den helt tidlige indsats vil vi gøre opmærksom på, at der i denne forebyggelsespakke også nævnes arbejdet med at afsøge fødselsdepressioner blandt nybagte forældre. Denne tidlige indsats kan evt. nævnes i kapitlet. Derudover kan der i afsnittet om sårbare og socialt udsatte borgere også nævnes, at der kan foregå en opfølgende indsats i regi af jobcentre, idet det at stå uden for arbejdsmarkedet kan være en</i>	Områderne; fødselsdepression, nybagte forældre samt sårbare og socialt udsatte borgere er behandlet i afsnittet om tidlig opsporing.

	<i>medvirkende årsag til mental mistrivsel og give symptomer, som kan føre til udvikling af depression.</i>	
Sundhedsstyrelsen	Ad) Arbejdsmarkedsindsats; <i>...nævnes kort, at mange kommuner har forskellige tilbud ift. støtte og vejledning til mestring af livet med depression. Her kan det med fordel fremgå, at sådanne tilbud er mere omfattende end blot det at vende tilbage til arbejdsmarkedet, men omfatter borgerens samlede livssituation. Disse forløb tilbydes derudover også pårørende, hvilket der også er fokus på i forløbsprogrammets introduktion.</i>	Vi mener, at hverdagslivet indbefatter såvel arbejdsliv som fritid. Det skildres også i kapitlet om rehabilitering i kommunerne.
Sundhedsstyrelsen	Ad) Tidlig opsporing; <i>I kapitlet bør målgruppen børn og unge fremhæves, idet der ses en stigende tendens til, at børn og unge udvikler mistrivsel og symptomer på angst og depression bl.a. som følge af presset fra uddannelsessystemet, og flere uddannelsesinstitutioner arbejder med fastholdelses-medarbejdere og psykologordninger for denne gruppe.</i>	Da det er et forløbsprogram for voksne, har vi ikke behandlet børneområdet særskilt.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
OUH	Ad) Kildeanvendelse; <i>... (kilde: Prævalens, incidens og aktivitet i Sundhedsvæsenet for børn og unge med angst, depression, ADHD og spiseforstyrrelser, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, 2017)</i>	Vi er bekendt med denne stigning i tilfælde, men da kilden går på tværs af diagnoser, kan vi desværre ikke inddrage denne i et program for depression.
OUH	Ad) Almen praksis som tovholdere; <i>... På side 19 fremgår det, at almen praksis skal være tovholder for det samlede behandlingsforløb og skal følge op på den igangsatte behandling. Det er en meget stor og meget tidskrævende opgave for en i forvejen særdeles belastet almen praksis sektor. Hvorledes tænkte det håndteret – og hvordan skal almen praksis være i dialog med samtlige aktører? Og skal et samtykke håndteres af almen praksis?</i>	Tovholderfunktionen er en generel, eksisterende opgave for almen praksis.
OUH	Ad) Underretningspligt; <i>...bør suppleres med beskrivelse af forpligtigelsen til at sende underretning,</i>	Underretningspligten følger af lovgrundlaget. Det forudsættes i forløbsprogrammet at de forskellige

	<i>når man har grund til at antage at en gravid/ kommende barn kan få brug for særlig støtte i forbindelse med fødsel og den første tid sammen.</i>	parter efterlever gældende lovgivning, og derfor er denne forpligtelse ikke nævnt specifikt.
OUH	Ad) Kroniske smerter; <i>Det er vigtigt at tænke ind i handlingsplanen at smertecentret har de nødvendige ressourcer, for at undgå de lange ventelister de har nu. Disse ventelister kan med stor sandsynlighed øge risikoen for depression hos patienter med kroniske smerte.</i>	Vi henviser til afsnittet "Tidlig opsporing af risikogrupper". Hvorvidt smertecentret besidder de nødvendige ressourcer er ikke et anliggende, som skal håndteres i forløbsprogrammet.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Samarbejdsudvalget for almen praksis	Ad) Logistik mv; <i>....Bemærk, at det for tilbud placeres geografisk lettilgængeligt, hvor der også er gode bus- og togforbindelser. Ønske om at tilføje at de kommunale tilbud placeres geografisk hvor der er gode bus og togforbindelser</i>	Det er kommunerne, der lokalt tilrettelægger de kommunale tilbud, herunder også den fysiske placering, og derfor er bemærkningen ikke medtaget i forløbsprogrammet.
	Ad) Henvisning til almen genoptræning; <i>Det anbefales, at almen praksis får mulighed for at henvise til almen genoptræning i kommunen (rehabilitering). Dette vil formentlig kunne bevirke hurtigere helbredelse og mindske risiko for tilbagefald.</i>	Ifølge lovgivning er det regionen, der kan henvise til genoptræning.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
PLO	Ad) Igangværende pilotprojekt; <i>... Overordnet vil det styrke forløbsprogrammet og de praktiserende lægers mulighed for at hjælpe patienterne med korrekt udredning, diagnosticering og tilrettelæggelse af behandling, hvis de praktiserende læger fik adgang til hurtig foreløbig diagnose og udredning hos praktiserende psykiatere, som det ses i igangværende pilotprojektet i Odense Kommune. En udbredelse af de gode muligheder og erfaringer fra dette projekt til hele Region Syddanmark vil være til gavn for mennesker, der er eller bliver</i>	VIVE's evaluering af pilotprojektet har været meget positiv og der arbejdes for at udbrede ordningen. Det er dog ikke aftaler på plads endnu og ordningen er derfor ikke indskrevet i forløbsprogrammet.

	<i>ramt af depression.</i>	
	Ad) Pixi udgave; <i>I en travl hverdag kan det lette implementeringen af forløbsprogrammets intentioner, hvis der udarbejdes en lettilgængelig PIXI-udgave, der bidrager med overblik over de vigtigste elementer i programmet.</i>	Der er i stedet udarbejdet en sammenfatning i starten af programmet med de væsentlige ændringer.
	Ad) Region - henvisning og visitation; <i>...opremses de aktører, der kan henvise til regionale tilbud. Det bør nævnes, at det er yderst sjældent at vagtlægen foretager den type henvisninger.</i>	Vi fastholder beskrivelsen, vagtlæge kan henvise til FAM/PAM, hvilket kan ske i enkelte tilfælde.
Terapeutfagligt Råd	AD) Kropsterapi; <i>Det vil være vigtigt også at fremhæve et øget fokus på det kropslige område i udredningen af patienterne og i indsatsen under deres behandling i de forskellige sektorer (modellen med stratificering, aktører og indsatser).</i>	Arbejdsgruppen vælger ikke at konkretisere det yderligere i forløbsprogrammet, da det ikke giver anvisninger på specifikke, faglige indsatser.



Notat

Dato: 09-06-2020

Forløbsprogrammet for mennesker med depression

Borgergrundlag og kommunernes merudgifter i forbindelse med kommunale rehabiliteringsforløb.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom er i forbindelse med indarbejdelsen af høringssvar i forløbsprogrammet for mennesker med depression blevet bedt om at levere et estimat for kommunernes merudgifter i forbindelse med, at målgruppen for programmet får adgang til kommunale rehabiliteringstilbud.

Forløbsprogrammet indebærer, at de kommunale sundhedsområder får en ny opgave: Rehabilitering af borgere med let til moderat depression.

For at kunne beregne hvilke merudgifter dette medfører for kommunerne, er der behov for at kende borgergrundlaget – hvor mange borgere bliver ramt af depression på årsbasis - og udgifterne, som er forbundet med kommunernes rehabiliteringstilbud.

Det har imidlertid ikke været muligt at skaffe præcise data for borgergrundlaget, idet der ikke kan trækkes sådanne data fra almen praksis. I stedet må der beregnes et skøn, dels på baggrund af nationale tal, dels på baggrund af syddanske tal fra Sundhedsprofilen.

Jf. "Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015" er der hvert år i Danmark 11.000 nye tilfælde af depression. Det svarer ca. til 2350 nye tilfælde i Region Syddanmark (21,4 % af totalen på landsplan).

I sundhedsprofilen 2017 anvendes et screeningsredskab, der måler hyppigheden af kernesymptomer ved depression: Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Sundhedsprofilens tal angiver derfor ikke antallet af mennesker, som har fået stillet diagnosen depression, men derimod kan man ud fra profilen udregne, hvor mange, der ud fra selvrapporterede oplysninger, kan have tegn på en depression. I PHQ-2 er det muligt at opnå en samlet score i intervallet 0-6, hvor en højere score indikerer flere tegn på depression.

2833 borgere i Region Syddanmark i alderen fra 16 år og op scorer enten 4, 5 eller 6 på PHQ-2, og dermed tegn på en depression.

For begge opgørelser må der også forventes at indgå de borgere, der har depression i svær grad eller en kompliceret moderat depression og dermed behandles i psykiatrien. Antallet af borgere med let eller moderat depression, der skal tilbydes et kommunalt rehabiliteringstilbud, kan derfor være lavere.

På baggrund af ovenstående beregninger anslås det, at antallet af nye tilfælde af let til moderat depression i Region Syddanmark på årsbasis ligger i intervallet 2.350-2.850.
På baggrund af det samlede skøn er det muligt for den enkelte kommune at beregne et skøn for, hvor mange nye tilfælde, som må forventes her.

Et eksempel på et kommunalt rehabiliteringsforløb indholdene:

Den sundhedsprofessionelle, der varetager, tilrettelægger og målretter rehabiliteringsindsatsen, vil typisk være en sygeplejerske eller terapeut med kompetencer indenfor depression fra efteruddannelse eller praksis. Følgende kompetencer vil være afgørende for at kunne varetage opgaven;

- Indgående viden om depression og symptomer.
- Undervisnings- og/eller samtaleerfaring med målgruppen.
- Skal være motiverende og kunne fastholde de mennesker som har depression.
- Empatisk, rummelig, anerkendende, selvstændig og evner at målrette indsatsen.

I forhold til de kommunale udgifter til et rehabiliteringsforløb for en borger med let til moderat depression er der her udført et regneeksempel på et forløb, hvori der indgår: en afklarende samtale, patientskole a 12 timer med to undervisere, et holdtræningsforløb med to gange træning ugentligt i 12 uger med to undervisere samt en afsluttende samtale.

	antal deltagere	antal sundhedsprofessionelle	timer pr. medarbejder	timepris	udgift pr borger
1 afklarende samtale	1	1	1	325	325
holdundervisning - sygdomsmestring	12	2	24	325	1300
holdtræning - fysisk træning/afspænding	12	2	24	325	1300
1 afsluttende samtale	1	1	1	325	325
i alt udgift pr borger					3250

Arbejdsgruppen vedrørende nye rammer for kronisk sygdom har i et notat udarbejdet skøn for målgruppens størrelse og eksempler på de udgifter, som er forbundet med de relevante rehabiliteringstilbud. Det er dog netop kun eksempler på udgifter, da den enkelte kommune selv fastlægger udformningen af rehabiliteringstilbuddene.

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner

KOLOFON

Titel: Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression.

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, xxxx

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

<https://www.rsyd.dk/kronisksygdom>

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og trådt i kraft den XX.XX. xxxx

Emneord: , xxxx, xxxx

forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version: 1.0

xxxx

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN:

Indhold

1. Introduktion.....	4
2. Kommunikation på diagnosetidspunktet.....	4
Kommunikation i behandlingsindsatsen.....	5
Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte.....	6
Metoder til brugerinddragelse	6
Tjekliste til kommunikation	7

1. Introduktion

Baggrund

Kommunikation mellem patienter med depression og fagpersonalet er et vigtigt element i alle faser af behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

For at patienterne samt deres netværk kan få det optimale udbytte ud af deres behandling, er det afgørende, at de får tilbud om individuelt tilrettelagt viden og såvel mundtlig som skriftlig information samt at fagpersonalet får den nødvendige viden og indblik i den enkeltes behov og livssituation. I forhold til mennesker med depression er der et særligt behov for at skabe overskuelighed i den information patienter og pårørende modtager. Dette qua de kognitive udfordringer der kan være i forbindelse med sygdommen og de komplekse forløb med mange involverede aktører.

En særlig opmærksomhed bør tillægges Psyk Info hvor der forefindes rådgivning, viden, information og arrangementer omkring depression for såvel patienter som pårørende.

Der er behov for at systematisere kommunikationen til og dialogen med patienter og pårørende i forbindelse med forskellige situationer i sygdomsforløbet samt hverdagslivet, fx ved diagnosticering og efterfølgende rehabiliteringsforløb til mennesker med depression.

Formål med kommunikationspakken

Pointen med at systematisere kommunikationen er 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. Denne kommunikationspakke beskriver indhold og koordination af kommunikation til patienter med depression og deres pårørende. Til slut i kommunikationspakken er der udarbejdet en tjekliste som patienter og pårørende kan anvende til forberedelse i deres møde med de involverede aktører i sygdomsforløbet.

2. Kommunikation på diagnosetidspunktet

Det er vigtigt, at den læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og de pårørende og sikrer sig, at de opnår forståelse for sygdommen og håndteringen af den. Lægen bør desuden hjælpe patienten og pårørende med at sortere i den information, de modtager, således at vigtigst og mest væsentlig information fremhæves og eventuelt udleveres skriftligt. Dette øger trygheden og patientens og de pårørendes mulighed for at kunne tage hånd om situationen.

Ansvar for at formidle informationerne påhviler både det lægefaglige personale, der stiller diagnosen – om det måtte være i almen praksis eller på sygehuset og det omkringværende personale, fx klinikpersonale i lægehusene.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og eventuelt pårørende er oplært i sygdomskontrol og medicin håndtering. Herunder skal lægen informere patienten og pårørende om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvordan de skal agere på disse.

Kommunikationen på diagnosetidspunktet skal være målrettet patientens behov og tydelig for at reducere unødigt kompleksitet.

Nedenstående emner er vigtige at kommunikere til patienterne på diagnosetidspunktet:

Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre at patienten aktivt deltager i behandling og medvirker til at forbedre sin helbredsrelaterede livskvalitet.

- *FX formålet med og forløbet af den planlagte behandling.*
Forventet respons på behandling – virkninger og reaktioner.
- *FX Medicinhåndtering*
Det sikres, at patienter og pårørende har fornøden viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.
- *FX Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom.*
Hvem skal man kontakte i hvilke situationer

Det sikres, at patienter og pårørende ved hvor de kan finde yderligere information og aktiviteter, herunder tilbud i kommunerne, Depressionsforeningen samt andre frivillige foreninger.

Det skal formidles til patienterne, at indsatsen på sygehuset, i kommunen og hos den praktiserende læge skal ses som et samlet forløb.

Kommunikation i behandlings og rehabiliteringsindsatsen

Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre compliance for behandling og forbedre patientens selvvalgte helbredsrelaterede livskvalitet. I behandlings og rehabiliteringsindsatsen bør nedenstående emner medtænkes under kommunikation med patienten;

En dialog med patienten om vigtigheden af at patienten inddrager sit netværk fx familie, fagpersoner for at støtte op om det samlede forløb. I forlængelse af dette bør der være en særlig opmærksomhed på nedenstående grupper;

For den unge patient kan det være væsentligt, at inddrage familie, venner og uddannelse for at støtte op med henblik på at fastholde patientens deltagelse i gennem hele forløbet.

For den ældre patient kan det være væsentligt, at inddrage pårørende, hjemmepleje, sygepleje og andre støttemuligheder som allerede er omkring borgeren.

Ovenstående afhænger af patientens egen vurdering af, om netværket kan betragtes som en ressource eller ej.

Kommunikation i arbejdsmarkedsindsatsen

Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre hensigtsmæssig fastholdelse/tilbagevenden til arbejdsmarkedet og forbedre patientens selvvalgte helbredsrelaterede livskvalitet.

Hvis borgeren med depression ikke længere er i stand til at klare arbejdet og bliver sygemeldt, skal kommunens sygedagpengeafdeling hurtigst muligt indkalde borgeren til en samtale. Formålet med samtalen er at give et overblik over sygedagpengeforløbet, således at borgeren kender hovedlinjerne i det kommende forløb i jobcenterregi. Mødet kan evt. foregå på arbejdspladsen, hvor mulighederne for delvis raskmelding, omlægning af arbejdsopgaver, muligheder for støtteordninger m.v. kan drøftes. En efterfølgende tæt dialog med arbejdspladsen er afgørende for en god tilbagevenden.

Sygedagpengeafdelingen bør indtænke evt. pårørende i forløbet i det omfang borgeren ønsker det. Det kan være hensigtsmæssigt at pårørende er orienteret om det kommende forløb. Såfremt de pårørende ikke deltager i samtalerne, bør den sygemeldte have mulighed for at tage en pjece/folder med hjem omkring mulighederne i sygedagpengeforløbet.

Den løbende dialog med borgeren skal være tydelig i forhold til krav, forventninger og muligheder i lovgivningen. Det skal fortløbende være klart for den sygemeldte, hvordan sagen behandles. Borgeren skal f.eks. vide hvorfor der indhentes nye lægelige oplysninger, og hvad de skal bruges til.

Opmærksomhedspunkter til den koordinerende kontaktperson

Såfremt borgeren har kontakt til både jobcenter og lokalpsykiatri/kommunalt sundhedsområde er det i forløbsprogrammet fastlagt, at borgeren skal tilbydes en koordinerende kontaktperson.

Uafhængigt af hvor funktionen er placeret bør den koordinerende kontaktperson være opmærksom på at formidle følgende til borgeren:

- Formålet med det fælles møde
- Deltagere på møde
- Praktiske oplysninger
- At der laves skriftlige aftaler om den fælles plan

Desuden er kontaktpersonen ansvarlig for:

- At afklare om borgeren har individuelle hensyn, der skal imødekommes under mødet
- Indkaldelsen til mødet
- Referat
- Opfølgning på mødet sammen med borger

Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

I indsatsen 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.

Nedenfor er forslag til indsatser, der kan være med til at forbedre muligheden for, at flere patienter kan læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Med hensyn til skriftligt materiale (også hjemmesider) 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 med almindelige ord og korte sætninger ^[1].

I forhold til at forbedre den mundtlige dialog mellem patienter og sundhedspersonale peger litteraturen også på en række tiltag, der kan sikre, at patienter og deres pårørende får lettere ved at have en givende og udbytterig kommunikation med 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 budskabet ^[2, 3].

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 forstået ^[4].

Metoder til brugerinddragelse

Når patienter skal være med til at træffe et valg om, hvilke elementer der skal indgå i deres forløb, er det vigtigt at sikre, at valget træffes på et informeret grundlag, og er i overensstemmelse med det patienten ønsker.

Fælles beslutningstagning 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 have ^[5].

For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne muligheder har man inden for mange områder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer.

¹ Madsen MH et al (2009) Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen

² DeWalt DA et al (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.

³ Ammentorp, J et al (2016) Den gode patientsamtale, Munksgaards Forlag, 1. udgave

⁴ Tamura-Lis W (2013) Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.

⁵ 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

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer ^[6]. 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 sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og fællesskab overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

Tjekliste til kommunikation

Du kan bruge tjeklisten nedenfor til at forberede dig på dine møder med de forskellige parter der indgår i dit forløb. Du kan også bruge tjeklisten til at holde styr på, hvilke emner du har brug for mere viden om. Det er ikke sikkert at alle emnerne i listen er relevante for dig.

Du kan finde en oversigt over sundhedstilbud i din kommune på www.sundhed.dk

	<i>Relevante undersøgelser og behandlinger</i> Formålet er, at du og dine pårørende kender din behandlingsplan og har viden om forventede virkninger og evt. bivirkninger.
	<i>Medicinhåndtering</i> Formålet er, at du og dine pårørende har tilstrækkelig viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger. For du meget forskelligt medicin, kan det være en god idé at booke en tid til medicingennemgang hos din læge eller apoteket.
	<i>Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom.</i> Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvordan du/I skal reagere og hvem du/I eventuelt skal kontakte ved forværring af sygdom.
	<i>Fysiske reaktioner</i> Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste forståelse af hvilke fysiske reaktioner, du eventuelt kan forvente under en depression og vide hvor du/I evt. kan få hjælp til at tackle dem.
	<i>Sygdomsforståelse</i>

⁶ Inspirationskataloget kan downloades her: <http://danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog>

	Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste forståelse af din sygdom samt dens udvikling, og viden om de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.
	<i>Kommunikation</i> Formålet er, at du og dine pårørende får opmærksomhed på hvem i dine omgivelser det kan være relevant at kommunikere med om hvordan sygdommen påvirker dig.
	<i>Rygestop</i> Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved dig og du får kendskab til aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop. Der findes en komplet oversigt over kommunale rygestopstilbud på www.sundhed.dk
	<i>Fysisk aktivitet</i> Formålet er, at du og dine pårørende ved hvor vigtigt fysisk aktivitet er for din/jeres livskvalitet, fysiske formåen, bedre søvn samt om hvordan I får bevægelse ind i din/jeres hverdag
	<i>Kost</i> Formålet er, at du og dine pårørende opnår viden om den rette kost, kostens betydning for livskvalitet, fysisk formåen samt om hvordan du/I bedst kan tilrettelægge mad og måltider i hverdagen.
	<i>Alkohol</i> Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste viden om hvordan alkohol kan påvirke din sygdom.
	<i>Pårørende/sociale relationer</i> Formålet er, at du og dine pårørende får forståelse af, at sygdommen kan påvirke sociale relationer og du/I kan overveje, om det har betydning for dig/jer.
	<i>Seksualitet</i> Formålet er, at du og dine pårørende har viden om, hvordan din depression kan påvirke din seksualitet samt at du/I har viden om, hvor du/I kan søge mere viden og hjælp.
	<i>Teknologi</i> Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvor du/I kan finde inspiration og støtte, fx internetbaseret viden, apps samt forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering.
	<i>Andre tilbud</i>

	Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvor du/I kan finde mere information og aktiviteter, bl.a. tilbud i kommunerne, Hjerteforeningen samt frivillige sociale foreninger.
--	--

Forløbsprogram for mennesker med depression

Baggrund

I 2015 besluttede Det Administrative Kontaktforum, at der skulle udarbejdes et forløbsprogram for mennesker med depression.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med kroniske sygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og National Klinisk Retningslinje for uni-polar depression. Forløbsprogrammet for mennesker med depression er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Følgegruppen for forebyggelse under Sundhedsaftalen har på den baggrund udarbejdet et forløbsprogram for mennesker med depression.

Formål

Forløbsprogrammet for mennesker med depression har til formål at styrke den samlede indsats for borgere i målgruppen og bidrage til borgernes tilknytningen til arbejdsmarkedet.

I 2015 stod en stor gruppe syddanske borgere med depression uden for arbejdsmarkedet. Sygdommen er således en udfordring for såvel den enkelte borger som en samfundsmæssig udfordring. Det var derfor vurderingen, at en indsats overfor denne gruppe kan bidrage til den enkelte borgers livskvalitet og medvirke til at opnå eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Nye indsatser i forløbsprogrammet og økonomi

Forløbsprogrammet for mennesker med depression beskriver to særlige opgaver i kommunerne:

- Den koordinerende kontaktperson
- Den rehabiliterende indsats

Den koordinerende kontaktperson

Forløbsprogrammet for mennesker med depression indebærer, at en koordinerende, navngiven kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder. Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. I

mange kommuner findes en lignende kontaktperson allerede, og her vil der således ikke være behov for ændringer, idet der ikke stilles krav til placeringen af kontaktpersonen.

Økonomi

Det er blevet vurderet, at en koordinerende, navngiven kontaktperson skaber klarhed omkring en kompleks borgers forløb, og at dette ikke vil have en økonomisk udgift for kommunerne.

Rehabiliteringstilbud

Forløbsprogrammet for mennesker med depression indebærer desuden, at kommunerne skal stille et rehabiliteringstilbud til rådighed for borgere med let til moderat depression, der ikke behandles i psykiatrien. Tilbuddet kan dog også inkludere andre relevante målgrupper, og den enkelte kommune fastlægger selv den nærmere udformning af tilbuddet med afsæt i forløbsprogrammets intentioner.

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre.

Økonomi

Ud fra data fra Sundhedsprofilen 2017 og Sygdomsbyrden i Danmark 2015 vurderes det, at antallet af nye tilfælde af let til moderat depression i Region Syddanmark på årsbasis ligger i intervallet 2.350-2.850.

I forhold til de kommunale udgifter til et rehabiliteringsforløb for en borger med let til moderat depression er der lavet et estimat på et rehabiliteringsforløb, hvori der indgår: en afklarende samtale, patientskole a 12 timer med to undervisere, et holdtræningsforløb med to gange træning ugentligt i 12 uger med to undervisere samt en afsluttende samtale. Her estimeres, at udgiften pr. borger til rehabiliteringsforløb vil være 3250 kr.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

PATIENTOPLYSNINGER:

ANSVARLIG KOMMUNE:

Navn, cpr. nr.:	Kontaktoplysninger på den person, som kontrakten er indgået med (navn, titel, afdeling, telefon, e-mail):
-----------------	---

OMFANG – TRANSPORT OG OPHOLD PÅ SYGEHUS:

Dato og tidsramme for transport og ophold på sygehus (fra kl. XX til kl. XX)*	Sygehusafdeling, hvor borgeren behandles	Der er benyttet patient-befordring (sæt kryds)	Der er benyttet egen eller institutionens bil (km tur/retur angives) f.eks. vagtskifte. Alternativt taxa i særlige situationer (regning og årsag angives)**	Udgifter til parkering (Dokumentation for P-afgift medsendes regningen sammen med blanketten)

* Betaling for ledsagelse er gældende fra det tidspunkt, hvor transporten påbegyndes fra borgerens bopæl til transporten afsluttes ved borgerens bopæl. Undtagelse: Hvis borgeren først behandles hos vagtlægen jf. aftalen.

** Taxa kan udelukkende benyttes i særlige situationer, fx hvis der er sket ledsagelse i ambulance. Hvis der indgås kontrakt betaler sygehus for hjemtransport. Hvis der ikke indgås kontrakt betaler kommunen hjemtransport.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

ANSVARLIG SYGEHUSAFDELING*:

Kontaktoplysninger fremgår af standardkontrakten.

* Ansvarlig sygehusafdeling er den afdeling, som indgår aftale om ledsagelse. Det vil som udgangspunkt være borgerens stamafdeling eller akutmodtagelsen.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

Vejledning:

Vejledning til udfyldelse af blanketten

Denne blanket vedrører afregning af ledsagelse. Forud for afregningen indgås Standardkontrakt ([link](#)).

Der udfyldes som udgangspunkt en blanket pr. behandlingsforløb.

Regionen afregner for:

- Timer anvendt til nødvendig ledsagelse under transport til og fra sygehus samt for befordringsgodtgørelse til ledsager (lav kilometertakst)
- Transport i forbindelse med vagtskifte (lav kilometertakst)
- P-afgift på sygehus, hvis betaling for parkering er påkrævet
- Timer anvendt til personlig hjælp og til kommunikation under ophold på sygehus

Kommunen har ansvaret for at udfylde blanketten, når patientforløbet er afsluttet. Hvis borgeren har været på flere afdelinger i forbindelse med forløbet, skal det fremgå af blanketten hvilke afdelinger, borgeren har været på og i hvor lang tid.

Kommunen vedhæfter blanketten, når kommunen sender faktura til sygehuset.

Sygehuset afklarer internt, hvordan regningen skal fordeles, hvis blanketten omfatter flere afdelinger.

Takster:

Se samarbejdsaftale for hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling ([link](#)).

Afregning:

Sygehuset har ret til at afvise en regning, hvis blanket til afregning ikke er vedhæftet den elektroniske regning. Har kommunen ikke mulighed for at vedhæfte blanketten, skal kommunen sikre, at alle oplysninger fra blanketten fremgår af regningen.

Høringsbemærkninger, som ikke har medført ændringer i aftaleudkastet

Generelle bemærkninger:

Fra kommunerne er der et ønske om, at der tilføjes et afsnit med beskrivelse af proceduren, når der skal indgås en kontrakt om ledsagelse.	Samarbejdsaftalen fastlægger de overordnede rammer for kommunikationen i forbindelse med kontraktindgåelsen. Eventuelle yderligere aftaler om procedurer vil kunne aftales lokalt i forbindelse med implementeringen af aftalen.
Kommunerne bemærker, at det nu er indskrevet, at aftalen også dækker borgerens behov for hjælp til kommunikation. Dette kan medføre en udvidelse af kommunernes forpligtelser.	Nej. Kommunikation har hele tiden været en vigtig del af den opgaveløsning, som samarbejdsaftalen har skullet regulere. Den ændrede titel tydeliggør bare dette.
Aftalen kan med fordel specificeres i forhold til tilfælde, hvor det ikke er tilstrækkeligt, at der er en forælder tilstede. Der kan eksempelvis opstå situationer, hvor der er en forælder, som modarbejder barnets behandling – eller som ikke forstår, hvad behandlingen går ud på (af kognitive og/eller sproglige årsager). Dette kan medføre en væsentlig udvidelse af kommunens forpligtelser. Der bør derfor henvises til regler, lovgivning eller bestemmelser, der gør sig gældende i de mere komplicerede situationer	Samarbejdsaftalen går generelt ikke ind i en nærmere redegørelse for regelgrundlag, der må være bekendt for de relevante medarbejdere som en del af deres arbejde i øvrigt.
Aftalen omfatter også pædagogisk støtte, som er nødvendigt, for at borgeren kan have en adfærd, som gør det muligt at gennemføre sygehusbehandlingen. Kommunerne ser en risiko for, at sygehuspersonalet vil kræve, at det kommunale personale anvender magt. Der bør henvises til, hvilke regler og lovgivning der arbejdes under i disse tilfælde for hhv. kommunale og regionale medarbejdere	Samarbejdsaftalen går generelt ikke ind i en nærmere redegørelse for regelgrundlag, der må være bekendt for de relevante medarbejdere som en del af deres arbejde i øvrigt.
Der er i aftalen indskrevet en fire timers grænse for, hvornår sygehuset overtager betalingsforpligtelsen i akutte forløb. Dette vil konkret betyde, at det, i disse tilfælde, er kommunen der skal betale for personalet op til fire timer efter ankomst til sygehus. Dette bør tydeliggøres i aftalen.	Det fremgår under ”Generelle forpligtelser” fjerde afsnit: ” Udgifterne til ledsagelse frem til det tidspunkt, hvor en kontrakt er indgået, dækkes af kommunen”.
Ved sagens behandling i Koncernledelsesforum den 14. februar 2020 blev det bemærket, at aftalen ikke omhandler borgere, der bliver behandlet i eget hjem, og at dette burde overvejes nærmere.	Samarbejdsaftalen har ikke hidtil omfattet behandling andre steder end på sygehuset, og arbejdsgruppens kommissorium har ikke givet baggrund for en sådan udvidelse af aftalens genstandsområde.

Samarbejdsaftale om hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

Formål

Region Syddanmark og kommunerne i regionen har indgået denne aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset.

Aftalen er et bilag til den gældende sundhedsaftale mellem kommunerne og regionen.

I det følgende bruges begrebet ledsagelse som en samlebetegnelse for hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse.

Målgruppe

Samarbejdsaftalen gælder både det somatiske og det psykiatriske område. Dog gælder samarbejdsaftalen ikke borgere med respirator, hvor region og kommuner i forvejen har en betalingsaftale.

Ledsagelse kan eksempelvis være relevant i forhold til borgere med lav udviklingsalder/udviklingshæmning, manglende kommunikationsevner/intet sprog, psykotisk tilstand, angsttilstand, udadreagerende adfærd, selvskadende adfærd eller demenssygdom

Det er borgerens funktion og adfærd, der er afgørende for, om borgeren har behov for ledsagelse. I nogle situationer er det nødvendigt at personale, som borgeren kender, er stede for at skabe den tryghed, der er nødvendig for, at en behandling kan gennemføres. Der kan også være behov for, at personale med særlige - typisk pædagogiske - kompetencer er til stede for, at en behandling kan gennemføres.

Samarbejdsaftalen omfatter alle borgere uanset alder, der har et funktionsniveau/en adfærd, som placerer dem i målgruppen, og som kommunen er i kontakt med, og hvor det ikke har været muligt at få pårørende til at følge borgeren på sygehuset.

Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulant besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet. Såfremt et barns behov for ledsagelse ikke kan dækkes gennem tilstedeværelsen af forældre eller tilsvarende omsorgspersoner, er barnet også omfattet af denne samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen regulerer alene den ledsagelse, der finder sted for borgere med folkeregisteradresse i Region Syddanmark, og som behandles på et sygehus i Region Syddanmark.

Eksempler på opgaver, som kan indgå under begrebet ledsagelse:

- Ledsagelse under transport til og fra sygehuset

- Hjælp til at finde undersøgelseslokalet, de rigtige papirer mv.
- Kommunikation med sygehusets personale
- Personlig hjælp i serviceovens forstand, dvs. hjælp til personlig hygiejne og påklædning, til toiletbesøg og til at spise og drikke
- Hjælp til at tage medicin
- Pædagogisk støtte, som er nødvendig for, at patienten kan have en adfærd, der gør det muligt at gennemføre sygehusbehandlingen, eksempelvis ved at sikre borgerens tryghed og motivation i forbindelse med behandlingen.

De ovennævnte eksempler er ikke udtømmende, og der er altid tale om en individuel vurdering af borgerens behov.

Generelle forpligtelser

Det er sygehuset, der har ansvaret for at vurdere, om der er behov for ledsagelse i den enkelte borgers tilfælde. Hvis kommunen ved planlagte behandlingsforløb vurderer, at en borger har behov for ledsagelse, skal kommunen gøre sygehuset opmærksom på dette, så snart kommunen er bekendt med, hvor borgeren skal behandles. Kommunen begrundes sin vurdering overfor sygehuset.

Hvis sygehuset vurderer, at en borger har behov for ledsagelse, og kommunen kan stille denne hjælp til rådighed, skal den konkrete aftale med kommunen indgås forud for planlagt behandling. Det er alene sygehuset, der kan træffe denne beslutning.

Det bemærkes, at hvis borgeren har et behov for bistand, som ikke er relateret til sygehusbehandlingen, og som kommunen ville give borgeren, uanset om vedkommende var på sygehuset eller ej, er det fortsat en kommunal opgave at yde denne bistand. Som eksempel kan nævnes en situation, hvor kommunen har iværksat et socialpædagogisk forløb inden en længere indlæggelse og vurderer, at det vil være bedst for borgeren at fortsætte dette forløb mens vedkommende er på sygehuset.

Ved akut opstået behandlingsbehov vurderer kommunen, om der er behov for ledsagelse, og sender i givet fald ledsager med. Sygehuset skal så hurtigt som muligt og senest fire timer efter borgerens ankomst hertil afklare, om der er behov for fortsat ledsagelse. Hvis det er tilfældet, indgås der en aftale herom med brug af den gældende standardkontrakt (indsæt link), og sygehuset dækker herefter udgifterne til ledsagelse i overensstemmelse med standardkontraktens bestemmelser. Udgifterne til ledsagelse frem til det tidspunkt, hvor en kontrakt er indgået, dækkes af kommunen.

Såfremt kommunen skal ledsage en borger, kan det alene foregå i den udstrækning, kommunen har det nødvendige personale til rådighed. Dette gælder for både akutte og planlagte behandlingsforløb. Kommunen har ansvaret for sikre, at det relevante personale har de kompetencer, der skal til for at løse opgaven.

Sygehuset skal så vidt muligt tilrettelægge forløbene således, at ventetid minimeres, og flere undersøgelser/behandlinger samles på én dag.

Såfremt en borger som led i sit forløb på sygehuset skifter afdeling, overtager den nye afdeling den allerede indgåede aftale om ledsagelse, hvis behovet herfor stadig vurderes at være til stede. Den overførende afdeling er i disse situationer ansvarlig for, at både borgerens nye afdeling og kommunen har de relevante kontaktoplysninger på henholdsvis sygehuset og i kommunen.

Akutte forløb

De akutte behandlingsforløb kan bestå af enten ambulant behandling/undersøgelse eller indlæggelse. Behandlingsbehovet kan enten være akut opstået eller subakut, hvor borgeren indkaldes med kort varsel.

Ved akut opstået behandlingsbehov vurderer kommunen, om der er behov for ledsagelse og sender i givet fald ledsager med.

Sygehuset skal vurdere borgerens behov for fortsat ledsagelse hurtigst muligt og senest fire timer efter ankomsten og i givet fald indgå kontrakt herom, jf. det foregående afsnit om generelle forpligtelser.

I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender en ledsager med, skal kommunen give borgeren et ID-armbånd, når en medarbejder hos kommunen er tilstede hos borgeren forud for det akutte behandlingsforløb. Der skal være et kontakttelfonnummer til kommunen på ID armbåndet. I øvrigt skal kommunen medvirke til en god overgang, jf. samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb.

Såfremt sygehuset vurderer, at en uledsaget borger har behov for ledsagelse, rettes der henvendelse til kommunen herom.

Det er ledelsen på den relevante afdeling, der tager stilling til, om der skal indgås en aftale med kommunen om ledsagelse (link til standardkontrakt). Sygehuset sender standardkontrakten til kommunen via sikker mail.

Kontrakt om levering af praktisk hjælp dokumenteres i borgerens sag (hjemmeplejjournalen/patientjournalen).

Begge parter følger løbende op på den indgåede aftale, herunder om ledsagelse fortsat er relevant.

Kommunen betaler for ledsagelse i de tilfælde, hvor borgeren behandles hos vagtlægen. Hvis borgeren efterfølgende overflyttes til akutmodtagelsen, vurderer sygehuset, om der fortsat er behov for ledsagelse. Denne vurdering skal senest foreligge fire timer efter ankomsten til akutmodtagelsen. Sygehuset har i givet fald herefter betalingsforpligtelsen for ledsageren, jf. denne aftales bestemmelser om akutte forløb.

Planlagte behandlingsforløb

De planlagte behandlingsforløb kan bestå af enten ambulant behandling/undersøgelse eller indlæggelse. Så snart indkaldelsen til det planlagte behandlingsforløb på sygehuset er kendt, går kommunen og afdelingsledelsen i dialog om, hvorvidt den pågældende borger har behov for ledsagelse. Dialogen føres så vidt muligt elektronisk, alternativt telefonisk. Ved behov for ledsagelse indgår hospital og kommune i god tid før det planlagte behandlingsforløb en aftale, og der udarbejdes en plan for forløbet.

Sygehuset har ansvaret for at vurdere, om der er behov for ledsagelse i forbindelse med det planlagte forløb. Vurderer kommunen, at borgeren har behov for ledsagelse, er kommunen dog forpligtet til at gøre sygehuset opmærksom på dette.

Ved bestilling af transport gøres der af hensyn til pladsen opmærksom på, om der skal ledsager med.

I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender en ledsager med, skal kommunen give borgeren et ID-armbånd. Der skal være et kontakttelfonnummer til kommunen på ID armbåndet.

Ledelsen på den relevante afdeling indgår en aftale med en kommune om ledsagelse via en standardkontrakt ([link til standardkontrakt](#)). Afdelingsledelsen har også ansvaret for at følge op på aftalen, herunder om ledsagelse fortsat er relevant.

Sygehuset sender standardkontrakten til kommunen via sikker mail.

En kontrakt om ledsagelse dokumenteres i borgerens sag (hjemmeplejejournalen/patientjournalen).

Afregning

Sygehuset afholder kommunens udgifter til ledsagelse og anvendt tid under ophold på sygehuset, når der er indgået en aftale om ledsagelse.

Regionen afregner for:

Timer anvendt til nødvendig ledsagelse under transport til og fra sygehus samt for befordringsgodtgørelse til ledsager (lav kilometertakst). Antal kilometer beregnes fra borgerens bopæl til sygehuset. Transport i forbindelse med vagtskifte (lav kilometertakst). Bemærk, at ved akutte forløb afregnes ikke for transporten til sygehuset.

P-afgift på sygehus, hvis betaling for parkering er påkrævet

Timer anvendt til ledsagelse under ophold på sygehus

Regionen afregner med følgende timetakster for ledsagelse under ophold på sygehuset (2019-niveau):

Kategori	Tidspunkter	Takst	Tillæg
Grundløn	Hverdage kl. 06-17	kr 277,21	0%
Hverdag, aften/nat	Mandag - torsdag 17-06	kr 346,51	25%
Fredag aften / nat	Fredag 17-06	kr 415,81	50%
Lørdag dag	Lørdag kl. 06-17	kr 415,81	50%
Lørdag aften/nat	Lørdag kl. 17-06	kr 485,11	75%
Søn og helligdag dag	Søn- og helligdag kl. 06-17	kr 554,41	100%
Søn og helligdag aften/nat	Søn- og helligdag kl. 17-06	kr 623,71	125%

Dag: Kl. 06-17
Aften: Kl. 17-23
Nat: Kl. 23-06

Taksterne reguleres årligt med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Efter hvert forløb, hvor der er indgået aftale om kommunal ledsagelse med sygehuset, opgøres det faktiske timeforbrug. Dette kan gøres ved hjælp af et hjælperedskab, som kan findes her: ([indsæt link](#)) Betaling for ledsagelse er gældende fra det tidspunkt, hvor kontrakten er indgået, når der er tale om akutte forløb. Ved planlagte forløb er betaling for ledsagelse gældende, når transporten påbegyndes fra borgerens bopæl.

Afregning sker efter hvert forløb. Regningen sendes elektronisk til det sygehus og den afdeling, der har benyttet sig af ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Afdelingen oplyser EAN-nummer til kommunen. Blanket for afregning vedhæftes fakturaen (link til blanket for afregning).

Kommunerne kan kun fremsende regninger for borgere, hvor der er indgået en skriftlig aftale med sygehuset om ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling.

Borgerens befordring til sygehus

Regionen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til borgeren i henhold til bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring og befordringsgodtgørelse efter Sundhedsloven:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202146>

Overnatning for ledsager

Regionen afholder udgifter vedr. evt. overnatning for ledsager. Dette afregnes særskilt, jf. de generelle patientbefordringsregler i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018, se særligt § 27 stk.3.

Ansvar for ledsager

Kommunen har ansvaret for ledsageren under ledsagelse af borgeren til, fra og på sygehuset.

Hvis ledsageren bliver påført en skade i forbindelse med ledsagelsen, skal skaden anmeldes til kommunens arbejdsskadeforsikring.

Hvis ledsageren i forbindelse med ledsagelsen forvolder en skade på andres person eller ting, skal skaden anmeldes til kommunens ansvarsforsikring.

Det ledsagende personale må kun udføre de opgaver, der er aftalt.

Særlige forhold vedrørende borgere, der har personlige hjælpere i hjemmet

I tilfælde, hvor borgere har personlige hjælpere efter Serviceloven, skal den behandlende sygehusafdeling vurdere, om der er behov for at opretholde denne ordning under indlæggelsen. I akutte forløb skal denne vurdering ske senest efter fire timer, jf. denne samarbejdsaftales generelle bestemmelser. Hvis ordningen med personlige hjælpere opretholdes under indlæggelse, skal sygehuset afholde udgiften hertil. Der indgås aftale om personlige hjælpers medvirken via den standardkontrakt, som følger af denne aftale. Rammerne for indgåelse af kontrakten er beskrevet ovenfor. I tilfælde, hvor borgeren selv eller evt. et arbejdsgiver aflønner hjælperne, indgår sygehuset aftalen med borgeren arbejdsgiveren, jf. standardkontrakten.

I tilfælde, hvor forældre er ansat som personlige hjælpere for børn over 18 år, skal sygehuset tydeligt tilkendegive, hvornår forældretilstedeværelsen er i form af nødvendig hjælpertilstedeværelse (med dertil hørende betaling fra afdelingen), og hvornår den er almindelig, forventet pårørendeomsorg.

Fortolkning af aftalen

Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalerne, herunder opgaveansvar, afklares i hverdagen på stedet via nærmeste leder, uden opsættende virkning. Dette med henblik på at sikre borgeren et sammenhængende forløb.

Kan spørgsmål ikke afklares ad denne vej, behandles fortolkningsspørgsmål først i de lokale samordningsfora. Hvis spørgsmål ikke kan afklares her, forelægges det i den relevante følgegruppe, p.t. Følgegruppen for behandling og pleje.

Standardkontrakt vedr. "Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling"

Betingelserne for nærværende standardkontrakt stammer fra "Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling" som indgået mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen.

1. Aftaleparter

Aftalen indgås mellem:

Sygehus: _____ og Kommune/arbejdsgiver: _____

Afdeling: _____ Afdeling/adresse: _____

Telefonnr.: _____ Telefonnr.: _____

2. Patientoplysninger

CPR-nr.: _____

Patientens navn: _____

Adresse (vej) og nr. _____

Postnummer: _____

Patientens telefonnummer _____

3. Ansvarlig stamafdeling på sygehuset - kontaktoplysninger

Ansvarlig stamafdeling _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer (dagtid): _____

Akutnummer: _____

E-mailadresse: _____

4. Udførende kommunal enhed/arbejdsgiver – kontaktoplysninger

Kommunal udfører/arbejdsgiver _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer (dagtid): _____

Akutnummer: _____

E-mailadresse: _____

5. Hvor er der behov for ledsagelse (sæt kryds)

Akut behandling/undersøgelse _____

Planlagt behandling/undersøgelse _____

6. Aftalt omfang af ledsagelse

Dato for ledsagelsens start: _____

Det forventede omfang af ledsagelse opgøres som det antal timer, kommunerne afregnes for. Ved ambulante besøg anvendes A. Ved indlæggelse anvendes B1 og B2.

A. Forventet omfang af timer i alt _____ timer

Eller

B1. Forventet omfang i timer pr. indlæggelsesdøgn _____ timer

B2. Forventet indlæggelsestid _____ døgn

7. Ansvar

Ansvar for ledsager er beskrevet på side 5 i "Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling".

8. Økonomi

Taksterne reguleres med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Der afregnes med en fast takst på 277,21 kroner pr. time (2019-niveau) plus tillæg for aften og weekendarbejde. Anvend evt. indtastningsark, som findes på:

www.regionsyddanmark.dk/wm373177

Regninger sendes elektronisk til sygehusets EAN-nr. og evt. personreference. Kommuner og sygehuse kan i den konkrete situation indbyrdes aftale, om kommunerne opgør og sender regning for hver ledsagelse, eller om en regning kan indeholde mere end én ledsagelse for samme patient.

Af hensyn til muligheder for økonomistyring, henstilles det, at regninger sendes senest tre måneder efter ledsagelsen har fundet sted og så vidt muligt inden for samme regnskabsår.

EAN-nummer / personreference på sygehuset: _____

CVR-nummer: _____

Indbetalinger mærkes med teksten "ledsagelse" og "patientens navn eller cpr-nr" samt "periode" (eksempelvis 2. kvartal 2020).

9. Underskrifter

For sygehuset:

For kommunen/arbejdsgiver:

Dato:

Dato:

Overblik over hvornår kommunerne forventes kun at have én indgang med ét lokationsnummer i relation til alle SAM:BO forløb.

Kommunenavn	Dato for forventet at have Én indgang
Odense Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Vejen Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Aabenraa Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Vejle Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Assens Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Kerteminde Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Nyborg Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Kolding Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Ærø Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Tønder Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Middelfart Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Langeland Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Svendborg Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Fanø Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Fredericia Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Faaborg-Midtfyn Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Varde Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Billund Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Haderslev Kommune	1. april 2020
Nordfyns Kommune	Forår 2020
Esbjerg Kommune	15. august 2020
Sønderborg Kommune	Ultimo 2020

Indsatsområde:			
Indsats:			
Problemstilling:			
Målsætning:			
Status:			
Nødvendig handling:			
Sammenhæng til og afhængigheder af andre initiativer/indsatser (sundhedsaftale f.eks.)			Tidsplan
Afklaring og inddragelse af relevante parter	Relevante parter	Handling	Tidsplan
kommunikation til læger, sygehuse, kommuner	Relevante parter	Emne/indhold - hvornår	Tidsplan
dialog om samarbejde (f.eks. oplæg til drøftelser i KLU, SOF, ...)	Relevante fora/partner	Handling: dialog/møde/oplæg - hvornår	Tidsplan
Evt. behov for nye aftaler (samarbejds- og lokalaftaler)	Parter	Emner	Tidsplan

Implementeringsplan Praksisplan for almen praksis 2020- 2023									
Læsevejledning:		Forberedelse		Igangsættelse		X - PPU's prioritering af indsatsområdet			
Indsatsområder / tidsplan		2020		2021		2022		2023	
		1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår
9.9	Tilgængelighed								
9.9.1	Undersøgelse af tilgængelighed i almen praksis						?	?	
9.9.3	Fastholdelse af ældre læger i praksis								
9.7	Mennesker med psykisk sygdom		X						
9.7.1	Inddragelse af patient og pårørende i tilrettelæggelsen af behandlingen								
9.7.2	Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler								
9.7.3	Lokalaftale om somatisk helbredsundersøgelse								
9.7.4	Specialistrådgivning fra psykiatrien, herunder medicinrådgivning								
9.7.5	Udbredelse af muligheden for akut udredning for mennesker med en psykisk lidelse §66								
9.3	Børn og unge i mental mistrivsel			X					
9.3.1	Fokus på tidlige tegn på mistrivsel og familier i krise								
9.3.2	Lokalaftale om Socialmedicinske hjemmebesøg samt Lokalaftale om Samtaleterapi og krisesamtale								
9.3.3	Tættere samarbejde med kommunernes børne- og ungeområde								
9.3.4	Tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien								
9.3.5	Særlig indsats til forebyggelse og behandling af dårlig mental trivsel for teenagere								
9.3.6	Samarbejde med og henvisning til kommunale tilbud								
9.3.7	Udvikling af e-kommunikation								

Indsatsområder / tidsplan		2020		2021		2022		2023	
		1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår
9.8	Borgere på kanten af arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet				X				
9.8.1	Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler								
9.8.2	Fokus på anvendelsen af sygdommeldinger								
9.8.3	Understøttende e-kommunikation								
9.5	Ældre medicinske patienter					X			
9.5.1	Implementering af lokalaftaler om hjemmebesøg								
9.5.2	Styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunal akutsygepleje								
9.5.3	Styrket samarbejde mellem kommunal akutsygepleje og vagtlæge								
9.5.4	Den trygge overgang mellem sygehus og almen praksis								
9.5.5	Udbredelse af telemedicinske løsninger til understøttelse af behandling								
9.4	Mennesker med kroniske lidelser						X		
9.4.1	Systematisk indsats for patienter med kroniske sygdomme								
9.4.2	Styrket samarbejde mellem AP og kommunal akutsygepleje								
9.4.3	Den trygge overgang fra sygehus til almen praksis								
9.4.4	Implementering af lokalaftale om forebyggelse af akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser								
9.4.5	Telemedicinske løsninger til understøttelse af patienternes egenomsorg								

Indsatsområder / tidsplan	2020		2021		2022		2023	
	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår	1. halvår	2.halvår
9.1 Rygning							X	
9.1.1 Fokus på rygestop i almen praksis								
9.1.2 Henvisning til kommunale rygestop-tilbud								
9.1.3 Systematisk tilgang til forebyggelse af ryge-debut								
9.2 Overvægt								X
9.2.1 Tidlig opsporing af overvægt hos børn, unge og voksne								
9.2.2 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud								
9.2.3 Samarbejde og kommunikation med sundhedsplejen(systematisk)								
OBS - ikke tidsmæssigt prioriteret i PPU								
9.6 Samarbejde om sikker medicinering								
9.6.1 Sikre patientforløb og sektorovergange: almen praksis - sygehus								
9.6.2 Samarbejde om brugen af FMK								
9.9 Tilgængelighed								
9.9.2 Rekruttering til- og uddannelseslæger i almen praksis								

Bilag 1 Spørgsmål vedr. genoptræn|dk

I forbindelse med præsentation af genoptræn|dk for *Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering* blev en række spørgsmål drøftet og er her uddybet:

a. Hvordan overholdes diverse lovgivninger om udbud samt krav fra indkøbsafdelinger til indhentning af mere end 1 tilbud, før kommunerne indkøber?

Genoptræn.dk er udviklet som en del af en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og Odense Kommune samt Sønderborg Kommune.

Samarbejdet er etableret med baggrund i Sundhedslovens § 78 og bek. nr. 905 af 1/7 2011 om regionernes adgang til levering af sygehusydelser mv. til offentlige myndigheder og private virksomheder samt regionernes adgang til at indgå i samarbejder med offentlige myndigheder og private virksomheder.

Samarbejdet sker med særlig hjemmelshenvisning til:

Sundhedslovens Afsnit XV, § 203, hvorefter regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer, samt

Sundhedslovens Afsnit VI, § 84, hvorefter Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus, samt

Sundhedslovens Afsnit XIV, § 193, hvorefter regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser efter sundhedsloven, jf. stk. 2 og 3 og § 193 a.

Samarbejdets parter har i fællesskab gennemført et udviklingsarbejde, som har resulteret i et digitalt værktøj til hjælp for genoptræning af sygehuspatienter og borgere i kommunerne. Alle parter har deltaget i finansieringen af udviklingen. Genoptræn.dk ejes i fællesskab (RSD 60 %, Odense 20 % og Sønderborg 20 %).

Med hjemmel i Sundhedsloven § 78, stk. 3 og 4, og Servicelovens § 86 betragtes drift og udvikling af genoptræn|dk som en opgave, som region og kommuner hver for sig vil kunne udføre som led i udførelsen af myndighedens opgaver.

Derfor ikke krav om udbud, hvis flere kommuner deles om at varetage en opgave jf. samarbejdsaftalen. Hvis flere kommuner ønsker at benytte genoptræn.dk, indgås der samarbejdsaftale med hver kommune, så de kan gøre brug af og deltage i udviklingen af genoptræn|dk.

Det kan desuden bemærkes, at der i forhold til at kunne udveksle data på tværs af sektorer i forbindelse med et genoptræningsforløb ikke umiddelbart er udviklet andre genoptræningsløsninger, der har denne funktionalitet.

Drift og vedligehold af genoptræn|dk er underlagt almindelige udbudsregler og grænser for, hvornår konsulenttydelserne i den forbindelse skal i udbud. De årlige udgifter til den leverandør, der varetager drift, vedligehold og support af genoptræn|dk er 350.000 kr.

Udbudsdirektivets tærskelværdi for regionale og kommunale myndigheder er på kr. 1.645.367,- (pr. 2018/2019), så købet af ovenstående ydelser er under udbudsdirektivets tærskelværdi.

For at sikre, at ydelsen bliver indkøbt til markedsmæssige vilkår er det foretaget en markedsafdækning af priserne for lignende ydelser via SKI-aftalen.

Der er tidligere skiftet leverandør, så det kan man evt. beslutte igen, da drift, vedligehold og support ikke nødvendigvis skal varetages af den samme virksomhed, som har udviklet løsningen. Ligesom alle tre opgaver er uafhængige og vil kunne varetages af forskellige virksomheder.

b. Hvordan er genoptræn.dk integreret med eksisterende journalløsninger såvel på sygehusene som i kommunerne?

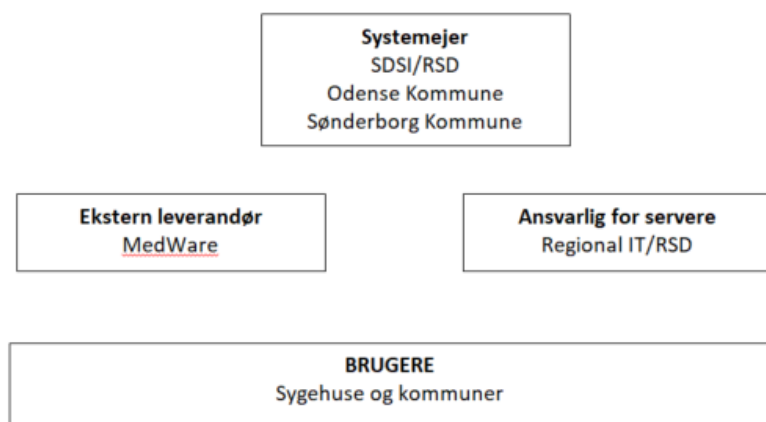
Ift. sygehusene er der ønske om integration med MitSygehus, og i samspil med MitSygehus-forvaltningen og en række udviklingsterapeuter fra sygehusene er en løsning med funktioner, der opfylder behov på sygehusene, beskrevet, og der foreligger et tilbud på opgaven fra leverandøren. Afventer endelig afklaring i udvalget for Sundheds-IT ultimo juni 2020.

Der er ikke integration til eksisterende journalløsninger i kommunerne, men det er muligt at generere en dokumentations-pdf med oversigt over genoptræningsforløbet, som kan vedhæftes.

c. Drift, udvikling og vedligeholdelse af platformen

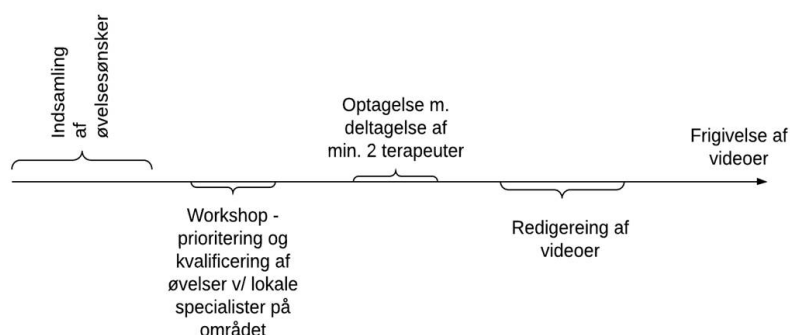
Driften er organiseret på følgende måde:

- Systemejer er Syddansk Sundhedsinnovation (Region Syddanmark) samt kommunerne Odense og Sønderborg
- Anna-Britt Krog, Syddansk Sundhedsinnovation, er projektleder/forvalter
- Løsningen er udviklet af Medware
- Serveren kører i Region Syddanmarks driftsmiljø



Der benyttes agile udviklingsmetoder for at sikre, at det udviklede giver mest mulig værdi for kommuner og sygehuse, og de enkelte opgaver/funktioner beskrives nært i samspil med brugerne og testes løbende før frigivelse.

Der optages videoer en til to gange om året efter følgende model:



d. Kan øget compliance dokumenteres i forbindelse med brugen af genoptræn|dk?

Det ville forudsætte, at der allerede eksisterede dokumentation for, hvad den eksisterende efterlevelse (compliance) er med hjemmetræning. Det er der ikke tal på i dag.

Der er også fra Region Syddanmarks side interesse for at undersøge effekten af digital genoptræning med brug af genoptræn.dk, og det vil være relevant at undersøge i en større afprøvning på en udvalgt patientgruppe med forløb på tværs af sektorer, hvor der etableres en baseline som udgangspunkt for afprøvningen.

e. Kan det dokumenteres i hvor høj grad medarbejderne bruger genoptræn|dk?

Ja, der kan trækkes statistik, som på kommuneniveau viser, hvor mange aktive terapeuter der er, og hvor mange borgere, der bruger app'en, samt hvor hyppigt borgerne træner.

f. Hvordan understøttes implementeringen af genoptræn|dk i kommunerne?

Målet at genoptræn|dk opleves som en digital træningsmakker for både borgere og terapeuter. I forhold til at implementere løsningen i bund er der løbende fokus på følgende:

- Flere terapeuter skal anvende genoptræn|dk
- Flere terapeuter skal uddele træning i app frem for papir
- Flere borgere skal registrere træningen i app'en.
- Genoptræn|dk skal være et forum for sparring om "best practise" internt i en kommune samt mellem kommuner og sygehuse.
- Terapeuterne skal føle ejerskab til platformen

For at opnå dette er følgende initiativer sat i værk:

- Løbende udvikling af systemet med fokus på brugervenlighed for både borgere og terapeuter
- Løbende re-introduktioner for medarbejdere med behov for undervisning i hver enkelt kommune. Til undervisningen er der fokus på hands-on erfaringer med både borger- og terapeutsiden, udforskning af funktioner, fokus på hvordan man kan bruge genoptræn|dk som et dialogstøtterskab med borgeren og nedsættelse af vidensgrupper inden for de forskellige specialer til oprettelse af fælles træningsskabeloner.
- Udarbejdelse af støttemateriale til terapeuterne i form af vejledninger og korte e-læringsvideoer
- Workshops på tværs af kommuner og sektorer i forbindelse med udviklingstiltag eller videooptagelser, hvilket sikrer kvalitet i løsningen og samtidig er et forum for faglig sparring

- Der udpeges superbrugere og ”udviklingsterapeuter” i de enkelte afdelinger, som understøtter implementering og eksempelvis er ansvarlige for at sammensætte afdelingsspecifikke træningsskabeloner med gænge træningsprogrammer.

g. Samarbejdsmodel på tværs af sektorer

Det er en forudsætning for en større afprøvning på tværs af sektorer at:

- Der udpeges en relevant patientgruppe.
- Samarbejdsmodellen skal beskrives nærmere, herunder skal der udpeges lokale visitatorer hos henholdsvis sygehusafdelinger og kommuner.
- Det tekniske og juridiske setup for samarbejde på tværs af sektorer er allerede på plads og afprøvet i KIG-projektet (Kvalitet og Involvering i Genoptræning). I de tilfælde, hvor der er en behandlerrelation i den ene sektor samtidig med at patienten træner i den anden sektor, kan terapeuten give læseadgang til det konkrete forløb til en terapeut eller anden sundhedsprofessionel i en anden sektor. Det er også muligt helt at overdrage en patient til en visitator i en anden kommune eller sektor, som herefter fordeler patienterne til de relevante terapeuter i afdelingen.

h. Er der erfaring med at træning med genoptræning|dk kan reducere antal fremmøder?

Der er ikke konkrete målinger på forskel i fremmøde med og uden Genoptræning|dk. Alle genoptræningsforløb tilrettelægges individuelt, og der er derfor ikke en standard i forhold til antal fremmøder. Derfor er det vanskeligt at udarbejde en opgørelse, der viser færre fremmøder. For at gøre en sådan opgørelse relevant, skal borgerens udbytte af genoptræningsforløbet desuden indgå i opgørelsen.

Der er dog i praksis erfaring med, at borgere kan holde funktionsevne ved lige henover ferier og helligdage, eller ved mindre fremmøde grundet skole og job. Dette primært ved borgere med høj grad af compliance og motivation for genoptræningsforløbet.

SUNDHEDSSAMARBEJDET I SYDDANMARK

Hvor er vi på vej hen?

Direktør Arne Nikolajsen, medformand i Det Administrative Kontaktforum
og Sundhedsstrategisk Forum

Hvor skal vi hen?



Sundhed nationalt



Sundhedssamarbejdet i Syddanmark



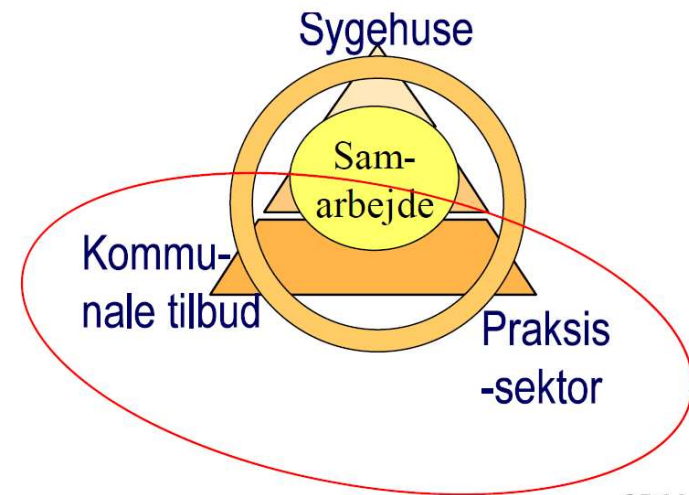
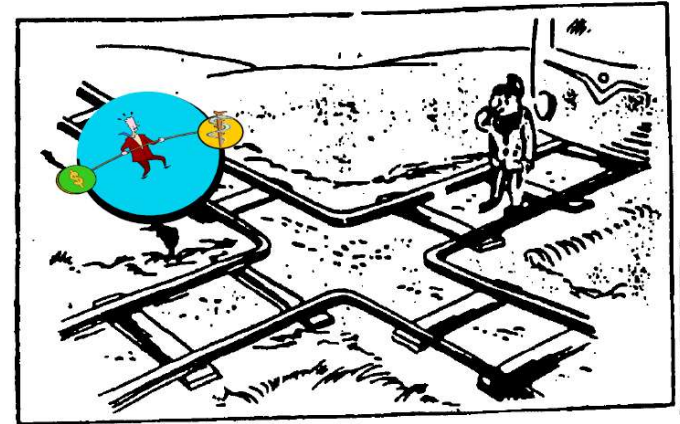
Hvor skal vi hen?

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Sundhedsområdet

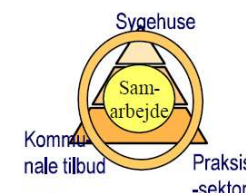
Hvilken vej skal toget køre?

- Flere sygehusopgaver skal flyttes over i det nære sundhedsvæsen!
- Fra opgaveglidning til planlagt og finansieret opgaveoverdragelse
- Nuværende model er ikke holdbar
 1. Går ud over de hårdest pressede kommuner og de svageste borgere
 2. Kommunerne kan ikke fortsat finansiere sundhedsopgaver ved at spare på anden velfærd
 3. Og der kommer >150.000 flere 80+ årige de næste 10 år
- Derfor skal vi have en national kvalitets- og økonomiplan for **Det Nære Sundhedsvæsen**



Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet. Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Strukturelle ændringer og effektiviseringer på sygehusene har smittet af på først kommunale plejeopgaver og senere også opgaver i hjemmesygeplejen



1980-2020

Kortere indlæggelser og flere ambulante behandlinger var vigtigste effektiviseringsskruer i sygehusvæsenet i 40 år; muliggjort af

- Bedre anæstesi- og smertebehandling samt skånsom kirurgi
- Organisering, fx FAM: Fælles Akut Modtagelse
- Og et kommunalt plejesystem, som kunne tage plejekrævende patienter hjem

2020-2060

Planlagt, finansieret udflytning af sygehusopgaver til primær sektor vil være sundhedsvæsenets vigtigste effektiviseringsskruer de næste 40 år; muliggjort af

- Kompetencer, kapacitet og velfærdsteknologi på alle niveauer
- Forpligtende samarbejder
- Kvalitets- og økonomiplan for det DNS
- (Bedre forebyggelse, sygdomsbyrden skal ned)

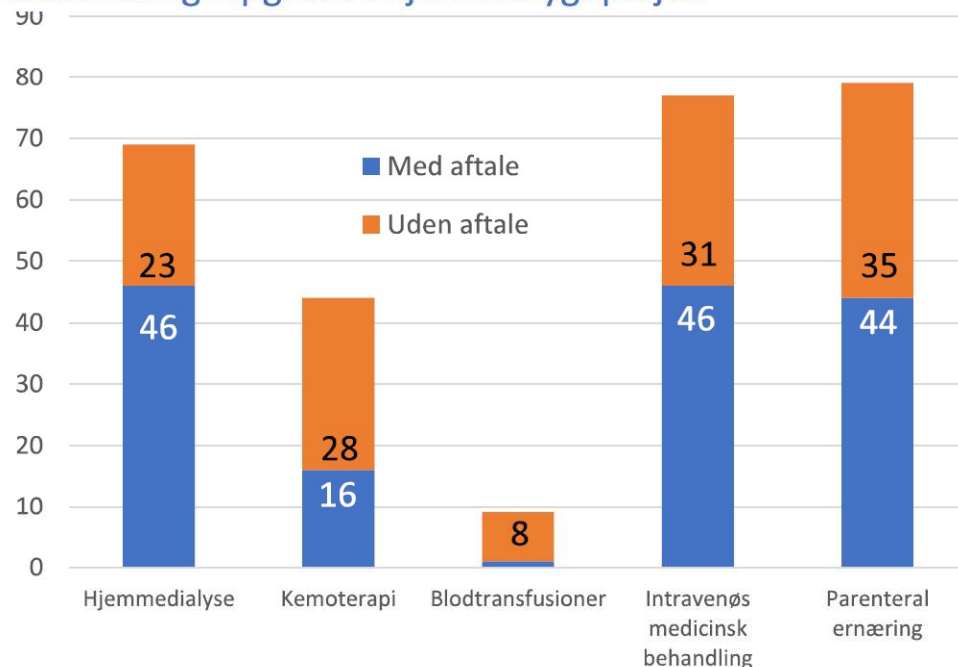
	1980	2000	2014	2020*
Udskrivninger	916.000	1.130.000	1.150.000	1.500.000
Ambulante besøg	3.295.000	4.405.000	7.900.000	10.700.000
Sengepladser	42.500	20.592	16.400	13.000
Sengedage	9.045.000	7.152.000	4.200.000	3.400.000
Organisatoriske enheder	128	78	30	20
Gennemsnitlig liggetid	10	6	3,7	2,7

Tak for lån til
Jakob Kjellberg

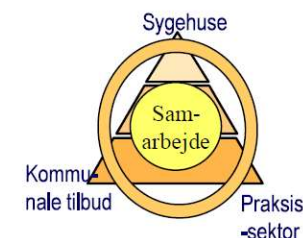
Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Stort set alle kommuner varetager behandlingsopgaver, som tidligere varetoges i sygehusregi

Antal kommuner, der varetager konkrete og særlige behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen



Spørgeskemaundersøgelse blandt alle 98 kommuner. Efteråret 2019.
Momentum, 9. januar 2019



I runde tal "Med aftale" for ½ af kommunerne.

"Med aftale" betyder

½ er skriftlige

½ indebærer økonomisk kompensation

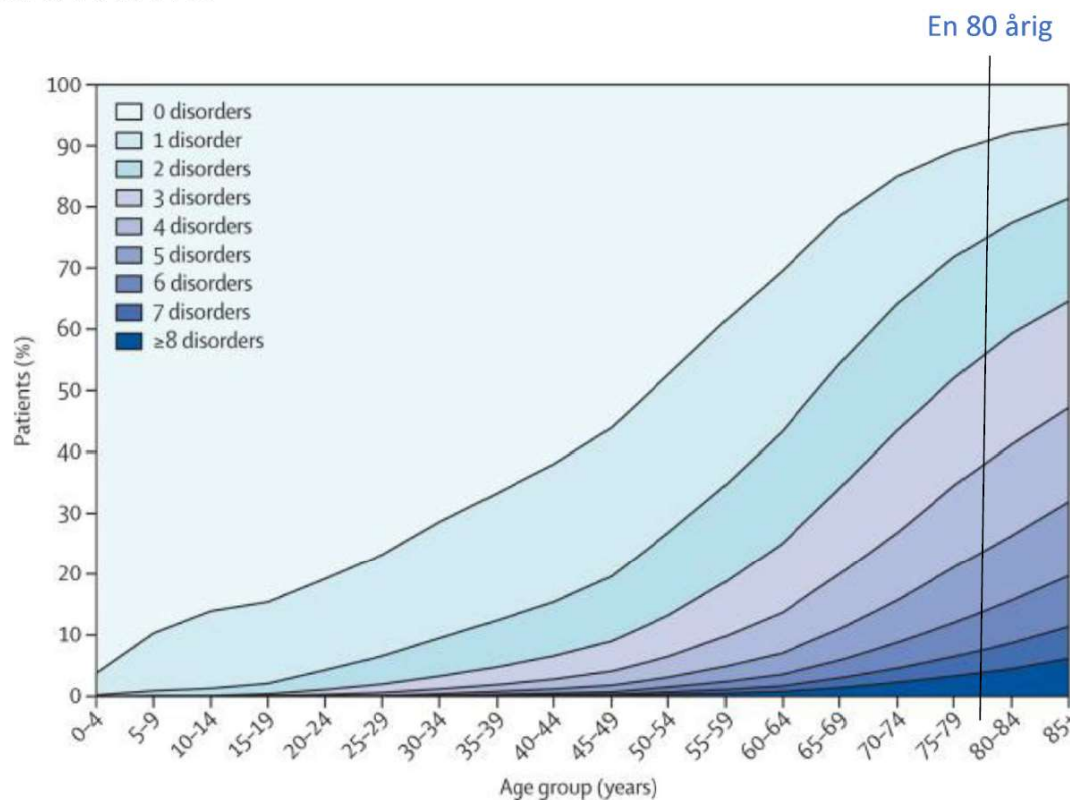
½ sikrer entydigt placering af lægelige behandlingsansvar

Er det her godt nok?

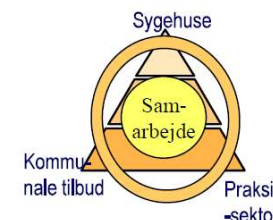
Det her handler *også* om ledelsesansvar og styring i kommunerne, når opgaverne kommer glidende så at sige fra sygeplejerske til sygeplejerske

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

De ældste er multisyge: Over halvdelen har tre sygdomme



Kilde: Barnett et al, Lancet 2012



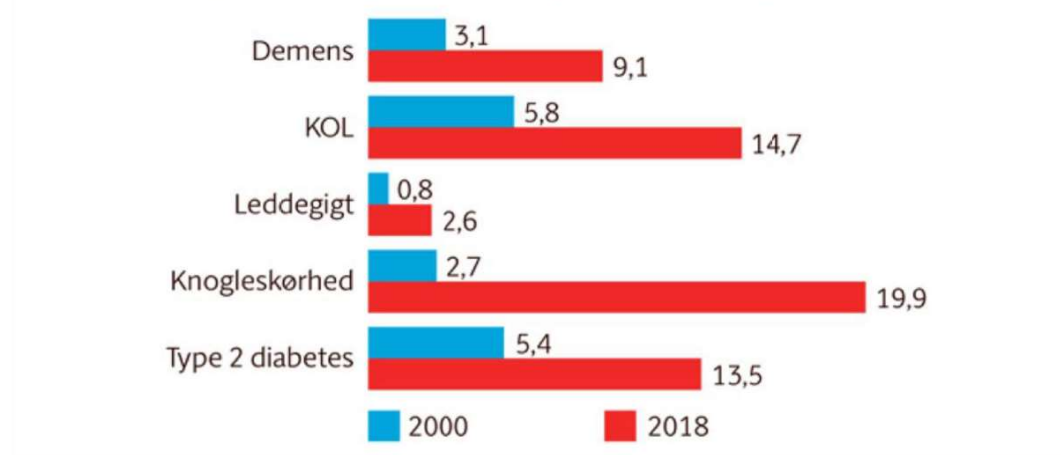
En 80 årig har

3% risiko for at have 8+ sygdomme
6% risiko for at have 7 sygdomme
12% risiko for at have 6 sygdomme
21% risiko for at have 5 sygdomme
37% risiko for at have 4 sygdomme
54% risiko for at have 3 sygdomme
73% risiko for at have 2 sygdomme
90% risiko for at have 1 sygdom
10% chance for at være rask

**Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.**

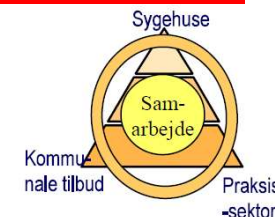
Andel af 80+ årige med kroniske sygdomme mangedobles fra 2000 til 2018

Andel af 80+årige med udvalgte kroniske sygdomme, 2000 og 2018 (%)



Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af udtræk fra Esundhed.dk - register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser og statistikbanken.dk.

Demografi og aldring



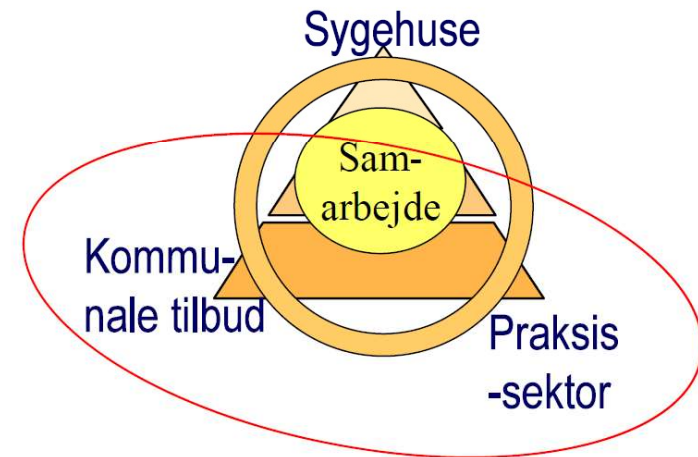
2000 til 2018

- Incidensen, dvs. nye tilfælde af disse sygdomme, falder faktisk i alle aldersgrupper
- Prævalensen, dvs. antal borgere med sygdommen, også hos 80+ årige stiger kraftigt
- Flere overlever og lever med deres kroniske sygdom(me)
- Et eksempel på at behandlingssucces i kommuner og regioner kan koste penge
- Disse penge må prioriteres, men også bruges omkostningseffektivt

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

National kvalitets- og økonomiplan for Det Nære Sundhedsvæsen (rammer og værktøjer for lokale/regionale aftaler)

- Opgaveplan – hvem gør hvad og hvordan?
 - 4-parts møder mellem Regering, KL, DaR og PLO m.v.
 - Hvad skal være nogenlunde ens og hvad er mere frit?
 - Ansvarsdelegering (fra læge til sygeplejerske)
- Kvalitetskrav til opgaveløsningen i DNS
 - Kvalitetsstandarder fra Sundhedsstyrelsen
 - Ensartet måling af aktivitet og kvalitet
 - Monitorering
- Finansiering
 - Pengene følger opgaverne
 - Af infrastruktur, fx sundhedshuse
- Forpligtende samarbejder
 - Men hvordan?



Sundhedssamarbejdet i Syd

Sundhedssamarbejdet tager udgangspunkt i sundhedsaftalen 2019-2013.

Det overordnede politiske organ for Sundhedsaftalen er Sundhedskoordinationsudvalget (SKU).

Det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum (DAK).

Sundhedsstrategisk Forum er et tværkommunalt samarbejde mellem alle 22 kommuner. Forummet er bagland for de kommunale medlemmer af Det Administrative Kontaktforum. Her drøftes og formuleres kommunale strategier på sundhedsområdet

Sundheds-
koordinationsudvalget (SKU)

Det Administrative
Kontaktforum (DAK)

Sundhedsstrategisk Forum (SSF)

Hvad er kommunerne særligt optaget af?

- 1) At være gode til at løfte opgaverne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ud fra et borgerperspektiv: Hvad er bedst for borgeren?
- 2) At få økonomien til at hænge sammen. Udviklingen kræver flere kompetencer, mere tid, mere økonomi.

"Vi vil gerne, men midlerne må følge med".

KL's positionspair: En reform af sundhedsvæsenet haster

KL anbefaler, at der snarest muligt indledes forhandlinger om en sundhedsreform, som bygger på to grundpiller:

1. En ny struktur med politisk forankrede sundhedssamarbejder omkring akutsygehusene
2. Grundlæggende omlægning af behandlingen af kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser, der frigør kapacitet på sygehusene

"Der er brug for klare, nationale aftaler om opgaveoverdragelse fra sygehusene og til kommuner og almen praksis"



Hvad gør vi med nye opgaver?

- Under den tidligere sundhedsaftale blev der udarbejdet en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, hvor kommunerne kan sige til og fra til opgaver inden de overdrages
- Sundhedsstrategisk Forum og kommunerne ser et behov for at udvide modellen, så den også anvendes på det stigende antal nye opgaver.
- **Hvordan samarbejder vi indtil en national aftale er på plads?**

sprog og en fælles forståelsesramme, der styrker arbejdet med mental sundhed på tværs af organisationer og fagligheder. Se oplægget som bilag.

KKR Syddanmark drøftede temaet og fandt god inspiration i budskaberne fra ABC-tilgangen.

2.2. Behovet for en reform af sundhedsvæsenet

SAG-2019-06426 suha

Baggrund

KL offentliggjorde i november 2019 positionspapiret, "En reform af sundhedsvæsenet haster", for at genstarte debatten om en sundhedsreform. KL peger i oplægget på, at efter 30 år med hovedfokus på sygehusene, skal det primære sundhedsvæsen styrkes – herunder samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

KKR spiller en central rolle i det tværkommunale samarbejde for at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Der lægges således op til, at KKR Syddanmark bidrager i arbejdet med at konkretisere og udfolde kommunernes behov for en reform af sundhedsvæsenet.

Repræsentanter fra formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum deltager under punktet med et oplæg, der tegner et billede af sundhedsopgaven og sundhedssamarbejdet i Syddanmark. Med sundhedsvæsenets udvikling opstår nye opgaver på sundhedsområdet.

Indstilling

Det indstilles, at KKR Syddanmark drøfter sundhedsområdet med fokus på:

- Input til det videre arbejde med at konkretisere KL's positionspapir
- Hvordan der kan sikres tilstrækkelig lokalpolitisk forankring i en kommende model
- Eksempler på de konkrete udfordringer i samarbejdet om borgeren/patienten og opgaveoverdragelse mellem sektorerne.

Sagsfremstilling

Sundhedsområdet spiller en stadig større rolle for kommunerne. Allerede i dag møder kommunerne flere ældre, borgere med psykisk sygdom og borgere med kroniske lidelser. Denne udvikling fortsætter de kommende år, hvorfor efterspørgslen på sundhedsområdet er kraftigt stigende.

Allerede i dag løser 98 pct. af kommunerne opgaver, som før blev løst på et sygehus. Og næsten 8 ud af 10 kommuner har det seneste år oplevet et pres for at overtage nye eller flere behandlingsopgaver fra sygehusene. Det skyldes blandt andet, at danskerne er nogle af de europæiske patienter,

som er indlagt i kortest tid. Samtidig er der investeret massivt i supersygehuse, som har langt færre sengepladser.

Sundhedsopgaven

./. KKR har med indgåelsen af de flerårige sundhedsaftaler med regionerne en central rolle i forhold til at sikre, at opgaveflytningen fra sygehusene til kommunerne sker planlagt og med tilstedeværelse af de rette kompetencer og med tilstrækkelig finansiering. Desværre er virkeligheden mere kompleks, og ofte sker overflytningen i praksis glidende og uden de nødvendige forpligtende aftaler.

./. På Kommunaløkonomisk Forum 2020 præsenterede professor, Jes Søgaard, SDU, oplægget: "Sundhedsområdet – hvilken vej skal vi gå?". Oplægget er vedlagt som bilag og peger blandt andet på flytning af opgaver og samarbejde mellem sektorer på sundhedsområdet.

Syddanmarks sundhedssamarbejde

./. Som en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 er der lavet en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Modellen sikrer, at de juridiske, faglige og økonomiske konsekvenser ved en opgaveoverdragelse bliver belyst. Derved undgås opgaveglidning, og i stedet samarbejdes der om aftalte og planlagte opgaveoverdragelser.

Med sundhedsvæsenets udvikling, opstår nye opgaver på sundhedsområdet. Aktuelt drøfter Sundhedsstrategisk Forum i Det Administrative Kontaktforum muligheden for at udvide den syddanske model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, så den fremadrettet anvendes på alle forløbsprogrammer, der fører nye opgaver med sig. Herved skal det blandt andet sikres, at de økonomiske konsekvenser, som nye opgaver medfører for de syddanske kommuner, bliver belyst.

Ny struktur og opgaveomlægning

KL har peget på, at udfordringerne ikke løses ved små justeringer i det eksisterende samarbejde mellem sygehuse, kommuner og almen praksis, men kun ved nationalt at omlægge behandlingen af kronisk sygdom radikalt – og ved at forpligte parterne til et styrket politisk samarbejde lokalt og regionalt. Konkret peger KL i positionspapiret på behovet for:

1. Ny struktur med politisk forankrede sundhedssamarbejder omkring de 21 akutsygehuse

Sundhedssamarbejderne skal bestå af borgmestre fra alle deltagende kommuner og regionsrådsformanden evt. suppleret med yderligere regionsrådsmedlemmer. Hovedfokus vil være at:

- Sikre et klart politisk ansvar for patientforløb, der går på tværs af sygehus, almen praksis og kommune (blandt andet ældre medicinske patienter)
 - Gennemføre nationalt aftalte opgaveomlægninger på kronikerområdet efter lokale forhold
 - Arbejde for et bæredygtigt sundhedsvæsen for kommende generationer.
2. *Grundlæggende omlægning af behandlingen af kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser*
- Det skal frem mod 2020 aftales nationalt, hvordan behandlingen af borgere med kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser omlægges
 - Der skal langt større fokus på forebyggelse, træning, holdindsatser og på, hvad borgerne selv kan klare
 - De nationale aftaler skal følges op af faglige standarder for at understøtte, at indsatsen løftes mere ensartet på tværs af landet.

Videre proces

KL arbejder i flere spor med at udfolde og aktualisere behovet for en sundhedsreform. Eksempelvis inviterer KL alle borgmestre, regionsrådsformænd, Folketingets sundhedspolitikere, organisationer m.v. til Sundhedspolitisk Topmøde den 6. februar 2020.

KL's administrerende direktør, Kristian Wendelboe, og direktør Christian Harsløf er på rundtur til KKR-formandskaberne i december 2019 og januar 2020 for at drøfte konkretiseringen af KL's positionspapir og det videre arbejde med at styrke det nære sundhedsområde. I KKR Syddanmark finder mødet sted den 27. januar 2020.

Beslutning

Direktør **Arne Nicolaisen**, medformand i Det Administrative Kontaktforum og næstformand i Sundhedsstrategisk Forum, tegnede et billede af sundhedssamarbejdet i Syddanmark. Kommunerne og Region Syddanmark samarbejder om at forbedre, udvikle og effektivisere sundhedsområdet, så der skabes en bedre sammenhæng og mere ensartede tilbud til gavn for borgeren.

KKR Syddanmark drøftede temaet og var enige om fortsat at arbejde for at styrke det nære sundhedsvæsen. Det stod klart, at den nødvendige finansiering skal følge opgaverne.

KKR Syddanmark ser et behov for, at der arbejdes med aftaler på nationalt niveau, så der bliver en ensartet standard for alle KKR'er, ligesom KKR Syddanmark selv kan spille en større rolle på sundhedsområdet i forhold til at

sikre aftaler med Regionen, hvor økonomi indgår. Her er det vigtigt, at Sundhedsstrategisk Forum har den rigtige sammensætning, således et mandat til at lave aftaler står klart.

Det er ligeledes vigtigt at sikre klarhed over placering af opgaveansvar, og hvornår en opgave er løst.

Endelig var KKR Syddanmark enige om at styrke fokus på sundhedsområdet i relevante fora.

2.3. Tværkommunale samarbejder om klima

SAG-2019-06156 snm/bel

Baggrund

./.. KL lancerede primo januar 2020 to klimaudspil – ét om klimatilpasning og ét om CO2-reduktion. Alle fem KKR har givet input til udspillene.

Udspillene peger på, at klimaudfordringerne bl.a. kalder på tværkommunale løsninger. I den forbindelse er der behov for en tydelighed om, hvem der understøtter og koordinerer klima på tværs af kommunegrænserne.

KL vil arbejde for, at alle kommuner måler, planlægger og rapporterer på samme måde. Herunder vil KL arbejde for, at Energi- og CO2-regnskabet under staten videreudvikles. Endvidere arbejdes der for en fælles systematik og tilgang i kommunernes udarbejdelse af klimaplaner. Endelig vil KL understøtte videndeling i relation til de tværkommunale samarbejder i og på tværs af landet.

Sagen behandles på alle KKR møder i februar.

Indstilling

Det indstilles, at KKR Syddanmark drøfter og tilslutter sig:

- At KKR bliver omdrejningspunktet i et forpligtende tværkommunalt klimasamarbejde, herunder understøtter samarbejdet mellem kommuner på tværs af KKR-geografier på klimaområdet
- At hvert KKR formulerer en strategi for det fælleskommunale samarbejde på klimaområdet og inddrager øvrige og relevante aktører, som arbejder med klima på tværs af kommuner (Business Regions, Gate 21 m.fl.)
- At hvert KKR bakker op om, at alle kommuner måler, planlægger og rapporterer på samme måde.