

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

08-10-2021 09:00

MØDESTED

Regionsgården mødelokale 2

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen	Formand	Afbud
Helene Rasmussen	Formand	Afbud
Bente Ourø Rørth		
Charlotte Steen		
Helle Hagemann Olsen		Afbud
Henrik Abildtrup		Afbud
Jean Hald Jensen		
Jette Bay		
Jørgen Steen Andersen		
Kai Nørrung		
Kathri Marcussen		
Katja Kayser		
Katrine Ring		
Kirsten Wisborg		
Lone Bjørklund		Afbud
Morten Østergaard		
Nicolai Kjems		
Niels Peter Møller		
Peder Reistad		
Per Ullerichs		
Rene Priess		
Susanne Poulsen		
Tina Holm Nielsen		
Torben Laurén		
Trine Mottlau		
Markus Hahn		
Søren Sandahl		
Winnie Brandt		
Kamilla Walther		
Trine Cornelius Høgh		
Nanna Hilm		

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Aftale om sammenhæng og nærhed (Sundhedsklynger)
3. Drøftelse: Proces for kommende sundhedsaftale
4. Drøftelse: Status for signaturindsatser
5. Beslutning: Mødekalender for 2022
6. Eventuelt
7. Meddelelser
8. Orientering: Status på arbejdet med IV-behandling i kommunalt regi
9. Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
10. Orientering: Status på udarbejdelse af model for 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling
11. Orientering: Status COVID-19
12. Orientering: Succes med kommunal rekruttering til rygestop ved Region Hovedstadens test- og vaccinationscentre
13. Orientering: Status på endeligt udkast til Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan 2021

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

Navn	Titel	Deltager i samordningsudvalg
Anne Skriver - Formand	Centerdirektør, Center for Sundhed (CSU), Region Hovedstaden	
Helene Rasmussen – Næstformand	Direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune	
Bente Ourø Rørth	Direktør, Nordsjællands Hospital	Nord (somatik)
Helle Hagemann Olsen	Direktør for Job, Social og Sundhed, Hillerød Kommune	
Henrik Abildtrup	Social- og Sundhedsdirektør, Rødovre Kommune	
Jean Hald Jensen	Enhedschef, Det nære sundhedsvæsen, CSU, Region Hovedstaden	Nord + Midt (somatik)
Jette Bay	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget	
Jørgen Steen Andersen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Kai Nørrung	Organisatorisk brugerrepræsentant, formand for Patientinddragelsesudvalget	
Katja Kayser	Direktør for Sundhed og Omsorg, Københavns Kommune	
Kathri Marcussen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Kirsten Wisborg	Vicedirektør Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Byen (somatik)
Katrine Ring	Socialdirektør, Københavns Kommune	Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Lone Bjørklund	Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri	Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Morten Østergaard	Vicedirektør, Bornholms Hospital	Bornholm (somatik og psykiatri)
Nicolai Kjems	Centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune	Syd (somatik)
Niels Peter Møller	Direktør for Social og Sundhed, Brøndby Kommune	
Peder Reistad	Praktiserende læge, formand for PLO-Hovedstaden	
Per Ullerichs	Velfærdsdirektør, Gribskov Kommune	
Rene Priess	Vicedirektør, Herlev Gentofte Hospital	Midt (somatik)
Susanne Poulsen	Vicedirektør, Rigshospitalet	
Tina Holm Nielsen	Vicedirektør, Amager Hvidovre Hospital	Syd (somatik)
Torben Laurén	Vicedirektør, Sundheds- og omsorgschef, Frederiksberg Kommune	Byen (somatik)
Trine Mottlau	Vicedirektør, Region Hovedstadens Akutberedskab	Nord (somatik)
Christian Hejlesen	Chefkonsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat (observatørpost)	
Markus Hahn	Chefkonsulent, PLO-Hovedstaden (observatørpost)	
Søren Sandahl	Konsulent, KL (observatørpost)	
Winnie Brandt	Chefkonsulent, Enhed for det nære sundhedsvæsen, CSU (observatørpost)	Byen + Syd (somatik) Bornholm Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Sekretariat		
Nanna Hilm	Konsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat	
Trine Cornelius Høgh	Konsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat	
Kamilla Walther - sekretær	Specialkonsulent, Enhed for det nære sundhedsvæsen, CSU	

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

KONKLUSION

2. DRØFTELSE: AFTALE OM SAMMENHÆNG OG NÆRHED (SUNDHEDSKLYNGER)

FORMÅL MED SAGEN

Regeringen, DR og KL indgik i juni 2021 vedlagte Aftale om sammenhæng og nærhed (Sundhedsklynger).

I Region Hovedstaden betyder aftalen bl.a. at de nuværende samordningsudvalg for somatik og psykiatri skal erstattes af 5 nye sundhedsklynger.

Sagen fremlægges med henblik på indledende drøftelse af aftalen.

Som optakt til den fælles drøftelse vil TSS-repræsentanter fra: PLO-H, PIU, kommunerne og regionen hver få mulighed for at holde et oplæg af 5 minutters varighed.

Herunder foreslås, at der i oplæggene sættes fokus på synspunkter ift.:

- Hvilke muligheder rummer den nye struktur ift. til udvikling af et nært og sammenhængende sundhedsvæsen?
- Hvilke erfaringer fra det nuværende tværsektorielle samarbejde, bør tillægges særlig opmærksomhed i det videre arbejde med forberedelsen af den kommende samarbejdsstruktur?

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe har indledende en drøftelse af Aftale om sammenhæng og nærhed (Sundhedsklynger).

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

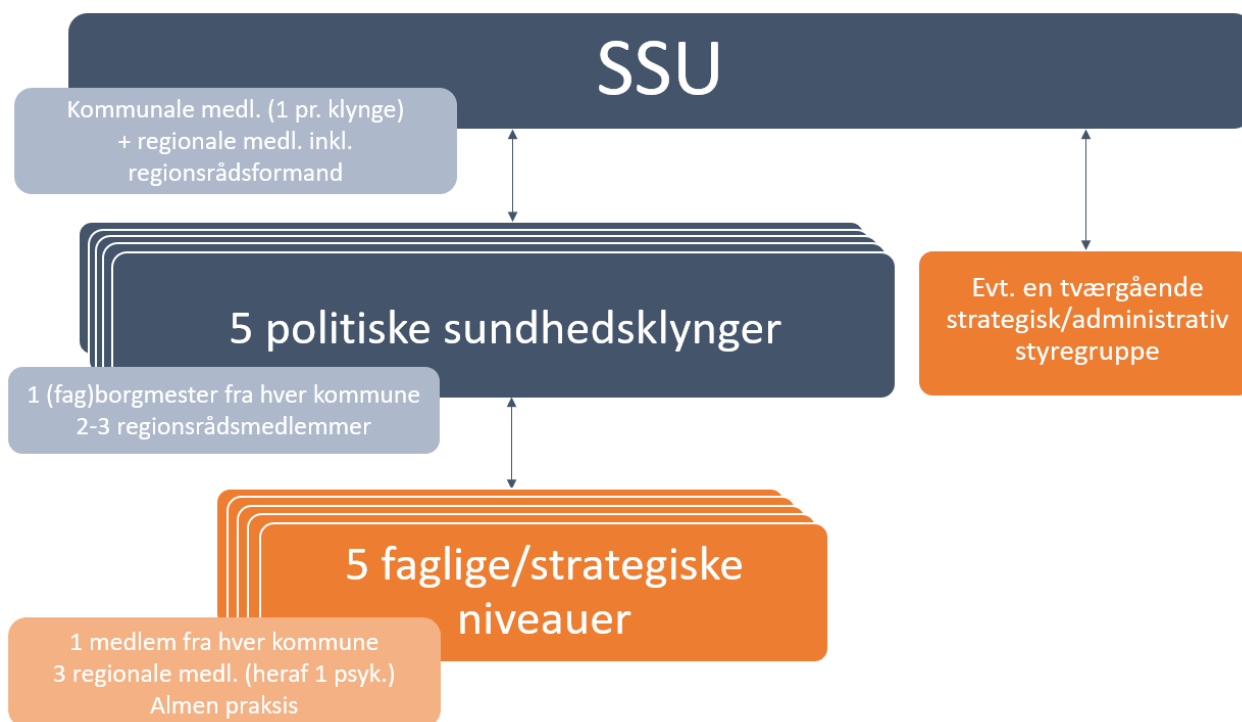
Regeringen, DR og KL indgik i juni 2021 Aftale om sammenhæng og nærhed (Sundhedsklynger).

Med aftalen lægges op til en ny struktur for det tværsektorielle samarbejde om sundhed, der skal bidrage til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb.

Aftalen skal understøtte fælles populationsansvar i nye sundhedsklynger og bidrage til en fortsat udvikling af det nære sundhedsvæsen, så flere patienter kan behandles i nærmiljøet, hvis en indlæggelse ikke er nødvendig.

Hovedelementer i aftalen:

- Etablering af et nyt Sundhedssamarbejdsudvalg (SSU) i hver region, der erstatter de nuværende Sundhedskoordinationsudvalg og Praksisplanudvalg.
- Etablering af forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler (psykiatrien indgår også i klyngerne). Herunder 5 sundhedsklynger i Region Hovedstaden.
- Hver Sundhedsklynge etableres med et politisk niveau og et fagligt/strategisk niveau.
- Ikrafttrædelse 1. juli 2022 (elementer af aftalen kan ændres ifm. Folketingets behandling/godkendelse).



Aftalen er beskrevet på et overordnet niveau. Flere elementer af aftalen skal derfor konkretiseres af Folketinget. Dette forventes at ske som led i arbejdet med en kommende national sundhedsaftale (sundhedsreform). Der er på nuværende tidspunkt ikke udmeldt en tidsplan.

De elementer i aftalen, der kræver yderligere konkretisering omhandler bl.a.:

1. Opgavefordeling mellem SSU og Sundhedsklyngerne
2. Sammensætning af SSU og håndtering af overgangsperioden fra 1. januar 2022 – 1. juli 2022.
3. Model for sundhedsklynger og klyngernes sammensætning
4. Organisering af det fremtidige administrative set-up (TSS mm.)
5. Samarbejde med almen praksis
6. Brugerinvolvering
7. Psykiatriens indplacering i den kommende klyngestruktur.

VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen udarbejder sekretariatet en opsamling, der kan indgå som input i det videre arbejde med konkretisering og implementeringen af den nye struktur for det tværsektorielle samarbejde.

Derudover kan opsamlingen eventuelt præsenteres på et kommende møde i Sundhedskoordinationsudvalget.

Der planlægges efter, at TSS skal have flere drøftelser af aftalen. Det konkrete indhold i disse drøftelser må planlægges i takt med, at aftalens elementer konkretiseres.

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

3. DRØFTELSE: PROCES FOR KOMMENDE SUNDHEDSAFTALE

FORMÅL MED SAGEN

Der skal udarbejdes en ny sundhedsaftale for perioden 2023–2027.

Aftalen forventes at skulle træde i kraft 1. juli 2023, hvor den nuværende aftale udløber.

Sagen fremlægges med henblik på en indledende drøftelse af rammer og proces for udarbejdelsen af aftalen.

INDSTILLING

- **at** Tværsektoriel strategisk styregruppe har en indledende drøftelse af rammer og proces for udarbejdelse af sundhedsaftalen for 2023 – 2027.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Der skal udarbejdes en ny sundhedsaftale for perioden 2023 – 2027. Aftalen forventes at skulle træde i kraft per 1. juli 2023.

Det fremgår af Aftalen om nærhed og sammenhæng (Sundhedsklynger), at:

- Sundhedssamarbejdsudvalgene (der erstatter SKU og PPU) skal udarbejde Sundhedsaftalen
- Sundhedsklyngerne skal komme med input til Sundhedsaftalen og implementere denne

Aftalen om sundhedsklynger er endnu ikke konkretiseret og der foreligger heller ikke nationale retningslinjer for arbejdet med den kommende Sundhedsaftale. Aktuelt er mange elementer derfor uafklarede.

Erfaringen er imidlertid, at det tager op mod 1,5 år at få udarbejdet og godkendt en ny sundhedsaftale.

Der er derfor behov for, at TSS allerede nu drøfter afsættet for arbejdet med den kommende Sundhedsaftale, således at arbejdet kan igangsættes primo 2022.

I det nedenstående er der beskrevet et foreløbigt bud på overordnede rammer for Sundhedsaftalens form og indhold, samt et forslag til tids- og procesplan for udarbejdelsen af aftalen.

Overordnede rammer for sundhedsaftalens form og indhold

Den nuværende Sundhedsaftale adresserer med sit fokus på samarbejdet omkring børn og unge, ældre og borgere med kronisk sygdom samt borgere med psykisk sygdom i høj grad udfordringer, som der også er behov for at arbejde med i den kommende aftaleperiode.

Dertil kommer, at den nuværende aftale er enkel og fleksibel. Aftalen kan derfor videreudvikles til den nye struktur med sundhedsklynger mm., uden at vi behøver at starte helt forfra.

Arbejdet med den kommende sundhedsaftale vil derfor kunne tage afsæt i centrale dele af den nuværende aftale, mens der på andre områder kan være brug for mere nytænkning.

Et område, hvor der kan være behov for nytænkning omhandler de processer, som vi har aftalt for implementering af sundhedsaftalens mål.

Her kan der være behov for at udvikle en ny implementeringsmodel, der både kan understøtte:

- Hurtigere processer, når aftalens mål skal omsættes i konkrete pejlemærker/indsatser, og
- Sikre god balance mellem sundhedsklyngernes behov for handlerum versus behov for fælles løsninger på de områder, hvor der fx kan være brug for ensartet serviceniveau på tværs af klyngerne

Proces og projektorganisering

Proces:

Den nuværende Sundhedsaftale (2019-2023) adskiller sig grundlæggende fra de to foregående aftaler. Selve aftalen blev udarbejdet i en meget involverende proces, der bl.a. inkluderede flere stormøder.

Denne gang er forslaget - som skitseret ovenfor – at der tages afsæt i videreudvikling af centrale dele af den nuværende forenkledte sundhedsaftale. Samtidig skal der i arbejdet med den kommende sundhedsaftale tages højde for, at aftalen skal udarbejdes samtidig med, at den nye struktur for det tværsektorielle samarbejde skal implementeres.

Det foreslås derfor, at der aftales en mere afgrænset proces end ved de tidligere sundhedsaftaler, hvor hovedelementerne er:

- TSS / SKU (senere SSU) udarbejder udkast til ny Sundhedsaftale
- Sundhedsklyngerne kommer med input til aftaleudkastet
- Bred høring af forslag til ny Sundhedsaftale
- Forslaget godkendes i SSU
- Forslaget godkendes i regionen og i de 29 kommuner

Skitse til overordnet tids- og procesplan er vedlagt som bilag.

Projektorganisering:

På administrativt niveau foreslås, at opgaverne med at udarbejde forslag til ny Sundhedsaftale forankres i TSS og Sundhedsaftalesekretariatet.

For at understøtte fremdrift og smidige processer, kan der være behov for, at sekretariatet kan få ledelsesmæssig sparring mellem møderne. Herunder kan der opstå situationer, hvor der er behov for, at enkelte leverancer bliver godkendt mellem møderne i TSS.

Med inspiration fra arbejdet med praksisplanen foreslås derfor, at TSS nedsætter en mindre gruppe af TSS-repræsentanter fra kommunerne, regionen og PLO-H, der kan give ledelsesmæssig sparring til sekretariatet mellem møderne i TSS.

I arbejdet med den kommende Sundhedsaftale er det også helt afgørende, at vi får en høj grad af brugerinvolvering. I det videre arbejde skal der derfor findes en god model herfor.

VIDERE PROCES

Skitse til overordnet tids- og procesplan er vedlagt som bilag.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag_ Skitse til overordnet tids-og procesplan for SA 2023 - 2027 inkl pol prioritering

4. DRØFTELSE: STATUS FOR SIGNATURINDSATSER

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) godkendte otte signaturprojekter den 18. december 2020 på baggrund af indstilling fra samordningsudvalgene. Samordningsudvalgene skal inden udgangen af valgperioden af rapportere til SKU om status på arbejdet med signaturindsatserne. Seneste status fremlægges derfor nu til Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS). TSS skal drøfte samt godkende status forud for drøftelse i SKU.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter og godkender status for signaturindsatserne.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Formålet med signaturindsatserne er at styrke samarbejdet mellem kommuner og region på områder, som kan være med til at løfte hovedstadsområdet på de nationale kvalitetsmål på sundhedsområdet. Der er lagt vægt på, at signaturindsatser skal være operationelle og til gavn for borgerne, samt have potentiale for udbredelse til hele regionen. Sundhedskoordinationsudvalget godkendte otte signaturprojekter den 18. december 2020 på baggrund af indstilling fra samordningsudvalgene.

Signaturindsatser kan følges op af en "business case", som beskriver den nye opgavefordeling og økonomien i det samlede patientforløb. Der kan på baggrund af business casen indgås aftale om finansiering.

Status for indsatserne

Mange af signaturindsatserne er blevet forsinket i større eller mindre grad som følge af COVID-19. Det betyder, at indsatserne på nuværende tidspunkt ikke er klar til at blive afleveret endeligt.

Nedenfor fremgår en kort status for indsatserne. Den fulde status fra samordningsudvalgene fremgår af bilaget.

Signaturindsats: SP-Link - Kommunal læseadgang til relevant og tidstro informationer i borgerens patientjournal i Sundhedsplatformen (Samordningsudvalg Byen)

SP-Link styrker kommunikationen mellem hospital og kommune, til umiddelbar gavn for borgerne. SP-Link bliver bl.a. anvendt til, at sundhedspersoner i kommunerne kan se svar på prøver, herunder COVID-test, planlagte tider til undersøgelse på hospitalet, operationsbeskrivelser samt behandlingsplaner for patienterne. Den hurtige og lette adgang til disse informationer bidrager til mere sammenhæng i behandlingsforløbet for borgerne.

SP-link er implementeret og anvendes både i Frederiksberg og Københavns Kommune.

Den videre udbredelse til flere kommuner og dermed planområder er forankret i Center for Sundhed. Københavns Kommune har sikret den tekniske udvikling af integrationen fra CURA omsorgssystemet til SP-Link. Alle 15 kommuner, der benytter CURA som omsorgssystem, kan derfor nu komme på SP-Link, hvis dette ønskes. Der har været afholdt informationsmøder for kommuner, der bruger CURA som omsorgssystem, 7 af disse kommuner har vist interesse, og der er nu en tæt kontakt om at få de tekniske forudsætninger på plads. Der har også været informationsmøder for kommuner, der bruger Nexus som omsorgssystem. KMD har imidlertid ikke prioriteret den tekniske udvikling af integration fra Nexus til SP-link. Der arbejdes i stedet på en løsning til 'sundhedsjournalen' (sundhed.dk). KMD-Nexus kommunerne forventer derfor ikke, at de kommer til at tilmelde sig SP-link ordningen.

2 signaturindsatser om IV-behandling i kommunalt regi (samordningsudvalg Midt og samordningsudvalg Syd)

Borgere kan af forskellige årsager have behov for intravenøs (IV) behandling med væske eller antibiotika en eller flere gange om dagen. Det kan foregå i borgerens eget hjem, eller i et kommunalt tilbud, hvis ikke borgeren har behov for indlæggelse.

En regionsdækkede aftale om IV-behandling skal sikre, at borgeren kan få IV-behandling i kommunalt regi, når det er relevant og ønsket. Aftalen kan forventeligt være godkendt i Region Hovedstaden og i de 29 kommuner i regionen primo oktober 2021.

I samordningsudvalg Syd har signaturindsatsen om IV-aftalen særligt fokus på at understøtte implementeringen af den regionale IV-aftale. Der er igangsat et pilotprojekt, der har fokus på at afprøve og beskrive arbejdsgange og udvikle et koncept for kompetenceudvikling.

I samordningsudvalg Midt har signaturindsatsen et særligt fokus på muligheder for øget anvendelse af IV-pumper. IV-pumpe behandling kan både understøtte effektiv ressourceudnyttelse, og at borgere der er i IV-behandling i højere grad får mulighed for at leve deres vante liv, da borgeren kun skal tilses en gang i døgnet. En tværsektoriel arbejdsgruppe afdækker og afprøver optimering af IV-behandling med pumper både under indlæggelse og i hjemmet. Der er identificeret potentialer ift. en række inklusionskriterier, og den første patient er udskrevet med IV-pumpe behandling i hjemmet. Denne patient er interviewet, og angiver at det kan anbefales til andre. Der er dog også identificeret flere udfordringer, som der nu arbejdes på at løse i arbejdsgruppen.

Signaturindsats om Tværsektorielt Udekørende Team (Samordningsudvalg Nord)

Siden sidste afrapportering har Samordningsudvalget truffet beslutning om, at signaturindsatsen skal indkredses til at omhandle Tværsektorielt Udekørende Team mhp. at sikre større fokus og en mere målrettet indsats. Det udekørende team skal sørge for, at borgere ikke indlægges unødigt, men kan være lægedækket på midlertidige pladser og modtage behandling i timerne mellem kl. 8-22 i tæt samarbejde med både kommunalt sundhedspersonale og den praktiserende læge.

Ordnningen er nu implementeret i alle kommunerne i Nord, og der forventes en stigning i antal hjemmebesøg i 2021, da flere samarbejdspartnere gør brug af teamet, og da flere kommuner arbejder på at udvide samarbejdet, så flere enheder i kommunen kan kontakte teamet. Der er desuden indgået en samarbejdsaftale med PLO-H, som muliggør at praktiserende læger kan kontakte teamet ved behov for en vurdering af borgere med mistanke om covid eller som er covid positive. Der arbejdes lige nu på en nærmere beskrivelse af indsatsen.

For at få et indblik i patienternes oplevelser er der foretaget 21 kvalitative interviews i perioden august 2020-april 2021, som nu skal analyseres. De umiddelbare tilkendegivelser viser, at der er stor tilfredshed med, at behandlingen kan foregå i hjemmet og det giver ofte borgeren mulighed for at opretholde et hverdagsliv trods behandling.

Signaturindsats: Udvikling af samarbejde på akutområdet på Bornholm (Samordningsudvalg Bornholm)

For at sikre at syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst, vil samordningsudvalget afprøve, hvordan akutbilen i øget omfang på det somatiske område kan anvendes i samarbejdet med Bornholms Hospital, den kommunale akutfunktion og de praktiserende læger på Bornholm.

Efter forsinkelser på grund af COVID-19 er indsatsen nu sat i gang, i første omgang med kompetenceudvikling af sygeplejersker og paramediciner, som kører akutbilen, så de kan tilse og vurdere patienter i hjemmet, fx på foranledning af egen læge, i situationer, hvor det vurderes at indlæggelse ikke nødvendigvis er påkrævet.

Signaturindsats: Implementering af strukturerede netværksmøder, herunder brug af fælles skabelon for netværksmøder på det psykiatriske område (Psykiatriens fælles samordningsudvalg)

Netværksmøder tager udgangspunkt i borgeren og deres ønsker og behov og understøtter det tværsektorielle samarbejde. For at sikre inddragelse af borgeren eller barnet/den unge og forældre i hele netværksmødeprocessen og at det tværsektorielle samarbejde styrkes, vil samordningsudvalget implementere brugen af strukturerede netværksmøder med afsæt i en fælles udviklet skabelon.

Som en del af indsatsen er der primo 2021 aftalt en model for monitorering, der understøtter det kvalitative arbejde med netværksmøderne. På baggrund af data drøfter de lokale samordningsudvalg, hvad der går godt, og hvor der er mulighed for at arbejde med forbedringer. Der er fx enighed om, at der fortsat skal arbejdes på at sikre, at borgeren, barnet/den unge og familien inddrages i planlægningen af mødet. Desuden at sikre de rette deltagere på møderne, herunder invitere praktiserende læge med til netværksmødet. Der ses også på mulighederne for at arbejde med virtuelle netværksmøder.

Signaturindsats: Regional varetagelse af behandlingsansvar i på kommunale døgnpladser (Samordningsudvalg Byen)

I signaturindsatsen arbejdes med en model, hvor regionale læger varetager behandlingsansvaret på kommunale døgnpladser. Formålet er at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgere, der ikke er indlæggelseskrævende, men som er svækket i en grad som betyder, at de har ophold på en midlertidig kommunal døgnplads.

Frederiksberg Kommune og Bispebjerg Frederiksberg Hospital (BFH) har siden 2017 haft en aftale om at BFH varetager behandlingsansvaret for borgere, der er indlagt på Frederiksberg Kommunes døgnrehabilitering. Mulighed for at opbygge et lignende samarbejde mellem Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital drøftes fortsat. Der skal planlægges og implementeres en struktur omkring lægedækning for borgere, der opholder sig på midlertidige døgnpladser.

Signaturindsats: Tværsektoriel udviklings- og implementeringsmodel for borgernære sundhedsindsatser i Planområde Syd (Samordningsudvalg Syd)

For hurtigt at kunne afprøve nye tværsektorielle indsatser for borgerne har Samordningsudvalg Syd taget en ny udviklings- og implementeringsmodel i brug. Formålet er løbende og hurtigt at få udviklet og implementeret borgernære og driftsnære indsatser. Modellen har været anvendt i forbindelse med samarbejdet omkring COVID-19, hvor der har været behov for at finde en ny samarbejdsform, og nu bruges modellen i forbindelse med pilotprojekt om IV-behandling i hjemmet. Modellen bringes også i spil i forbindelse med kommende indsatser om afprøvning og implementering af lægeligt behandlingsansvar på midlertidige pladser, og forbedret udskrivningskoordination.

VIDERE PROCES

Sundhedskoordinationudvalget skal drøfte afrapporteringen/status på signaturindsatser på deres møde i november. Der skal på et senere tidspunkt være en politisk drøftelse af potentialet for udbredelse af de enkelte indsatser.

Det kan overvejes, om der skal laves en samlet afrapportering til SKU i juni 2022, eller om de enkelte indsatser afrapporteres efterhånden som de afsluttes.

BILAGSFORTEGNELSE

01. Status for signaturindsatser september 2021

5. BESLUTNING: MØDEKALENDER FOR 2022

FORMÅL MED SAGEN

Forslag til mødekalender for TSS for 2022 fremlægges med henblik på godkendelse.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender forslag til mødekalender for 2022.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Da proces- og tidsplan for arbejdet med den kommende sundhedsaftale allerede nu er under udformning, er der behov for at få fastlagt møderne for TSS i 2022.

Sekretariatet har lavet nedenstående forslag til mødekalender for Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) i 2022. Forslagene til mødedatoer er koordineret i forhold til Praksisplanens Administrative Styregruppe (PAS), så møderne fortsat ligger i forlængelse af hinanden. Der er lagt vægt på, at møderne ligger med en passende kadance i forhold til at kunne passe med de forventede møder i hhv. Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) og Praksisplanudvalget (PPU), således at der bliver mulighed for at arbejde på administrativt niveau med udvalgets beslutninger mellem møderne.

I arbejdet med sundhedsaftalen forudsættes lige nu, at der også efter juli 2022 vil være en tværgående administrativ styregruppe, og der er derfor lagt møder ind for hele året.

Mødekalender 2022			
TSS	Torsdag den 27. januar kl. 9-11	PAS	Torsdag den 27. januar kl. 11-13 Fredag den 20. maj kl. 11-13
	Fredag den 25. marts kl. 13-15		
	Fredag den 20. maj kl. 9-11		
	Fredag den 24. juni kl. 13-15		
	Fredag den 9. september kl. 9-11		
	Fredag den 25. november kl. 9-11		

VIDERE PROCES

-

6. EVENTUELT

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager eventuelle orienteringer til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

-

7. MEDDELELSER

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager meddelelserne til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Status på genforhandling af aftale om peritonealdialyse

Tværsektoriel Strategisk Styregruppe godkendte primo september 2021, at Samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne om peritonealdialyse i eget hjem, genforhandles.

På mødet gives en kort mundtligt orientering om status på genforhandlingen af aftalen efter første forhandlingsmøde, der afholdes d. 24. september 2021.

Digital fremsendelse af svangerskabsjournal

Det forventes, at der pr. 1. november 2021 åbnes op for, at almen praksis vil kunne sende svangerskabsjournalen som en vedhæftet fil til sygehushenvisningen til Central Visitation for fødsler (CVF) og dermed gøre arbejdsgangen med henvisninger af gravide til hospitalernes fødesteder digital.

Med denne mulighed kan almen praksis erstatte den hidtidige arbejdsgang med fremsendelse af svangerskabsjournal fra egen læge til CVF via almindelig post, hvorved der spares tid og porto. Dog lukkes der ikke for, at CVF fortsat også vil kunne modtage svangerskabsjournaler via almindelig post.

Regionen har haft kontakt til PLO-H, som har godkendt muligheden for den nye arbejdsgang.

Almen praksis vil blive orienteret om ovenstående via:

- Nyhed i PLO-H orientering
- Praksis Nyt, hvor også lokation nr. på CVF vil fremgå.

Endelig vil der blive sendt orienteringsskrivelse ud til samordningsudvalgene, i forhold til at følge udviklingen på området.

Udskydelse af implementering af ny standard for sygehus advis

I regi af MedCom er der udarbejdet en ny standard for sygehus advis, som foruden at blive sendt til kommunerne for indlagte borgere, også vil blive sendt for borgere, som opholder sig på hospitalernes akutmodtagelse. Den nye standard er som den første baseret på den nye internationale "FHIR standard", som det er målet at alle MedCom standarder skal over på.

Det fremgår af den nationalt aftalte implementeringsplan, at Region Hovedstaden og Region Sjælland og kommunerne vil implementere den nye sygehus advis i november 2022. De 3 øvrige regioner er ikke kommet med en implementeringsdato, da de står overfor at skulle udskifte deres EPJ systemer.

Det har vist sig, at omkostningerne til at udvikle nye standarder baseret på "FHIR" er uventet høje for Region Hovedstaden.

Set i lyset af dette ønsker Region Hovedstaden at udskyde implementeringstidspunktet for den nye sygehus advis med henblik på at afdække muligheder for at reducere omkostningerne samt afsøge forskellige finansieringsmuligheder. Disse muligheder ønsker regionen at afdække dels i dialog med MedCom, dels i dialog med leverandøren samt i dialog med øvrige relevante parter. Ligeledes ønsker Region Hovedstaden, at

implementeringen i højere grad kommer til at ske i takt med de øvrige regioner.

Region Hovedstaden er opmærksom på, at denne udskydelse af den nye sygehus avis er uheldig i forhold til de ambitioner, der er på feltet.

I Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation under sundhedsaftalen er det aftalt at drøfte mulighederne for at afbøde konsekvenserne af udskydelsen.

8. ORIENTERING: STATUS PÅ ARBEJDET MED IV-BEHANDLING I KOMMUNALT REGI

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte i juni 2021 forslag til en regionsdækkende samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi.

I denne sag orienteres om aktuel status for arbejdet med implementering af aftalen.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orientering om status på implementering af samarbejdsaftalen om IV-behandling i kommunalt regi, til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte i juni måned 2021 forslag til samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi.

Aktuelt er aftalen under godkendelse i Regionsrådet og i de 29 kommuner i regionen. Det forventes, at alle parter har godkendt aftalen inden den 4. oktober 2021.

Status og videre proces

Efter aftalen blev godkendt i SKU er der arbejdet med en række tiltag, der skal understøtte den tekniske og praktiske anvendelse af IV-aftalen - herunder:

Understøttelse af den digitale kommunikation: Kommunikationen i forbindelse med IV-forløb i kommunerne skal understøttes af digital kommunikation via gældende MedCom-standarder. Arbejdet med den digitale understøttelse af aftalen er blevet forsinket, men det forventes at understøttelsen vil blive klar i løbet af de kommende måneder. Der planlægges derfor efter, at der inden udgangen af 2021 kan udsendes en konkret beskrivelse af de digitale arbejdsgange på hospitalerne og i kommunerne. Opgaven er forankret i tværsektoriel samarbejdsforum for digital kommunikation.

Understøttelse af afregning og monitorering: IV-Aftalens takstmodel består af forløbstakster og dagstakter for længerevarende forløb. Herunder er der indarbejdet en "trappemodel", der betyder at taksten falder noget, når antallet af IV-forløb i kommunerne stiger. For at sikre ensartet praksis omkring afregning af IV-forløbene udarbejdes en teknisk afregningsaftale, der præciserer hvordan taksafregningen skal foregå. Derudover er der arbejdet med en monitoringsmodel af aftalen, der lægges til grund for den opfølgning og evaluering aftalen, der er aftalt. Der planlægges efter, at den tekniske afregningsaftale inden for de kommende uger udsendes i en meget kort høring, inden afregningsaftalen og monitoringsmodellen godkendes endeligt i formandskabet for TSS.

Samordningsudvalgene: Det fremgår af IV-aftalen, at den lokale implementering af IV-aftalen forankres i samordningsudvalgene og at der i hvert planområde nedsættes en implementeringsgruppe.

Implementeringsgruppen skal varetage en række forskellige opgaver. Herunder skal gruppen sikre at der laves lokaleaftaler ift.:

- Relevante kontaktteltelefonnumre.

- Arbejdsgange ift. levering af medicin og utensilier. .
- Håndtering af ordinerede blodprøver.
- Rådgivning og kompetenceudvikling af de kommunale sygeplejersker.

Implementeringsgrupperne bør nedsættes snarest, såfremt det ikke allerede er sket. Herunder anbefales, at det i forbindelse med udpegningen af medlemmer til implementeringsgrupperne overvejes, om der bør deltage en repræsentant fra Region Hovedstadens Apotek, da det forventes mange tvivlsspørgsmål vil handle om medicin og medicin håndtering.

Håndtering af "overgangsperiode" (4. oktober til 31. december 2021)

IV-aftalen træder formelt set i kraft den 4. oktober 2021, dvs på det tidspunkt, hvor alle parter forventes at have godkendt aftalen.

Som det fremgår af ovenstående skal der imidlertid både lokalt og på regionalt niveau arbejdes videre med implementeringsunderstøttende aktiviteter i de kommende måneder. Det vil sige, at egentlig implementering af aftalen først kan ske fra årsskiftet 2021/22.

Hvis patienter skal modtage IV-behandling i kommunalt regi i perioden frem til 1. januar 2022, vil der derfor være behov for, at der i regi af samordningsudvalgene lokalt aftales "håndholdte løsninger".

IV-forløbene vil skulle afregnes efter de takster, der er aftalt i IV-aftalen fra aftalens ikrafttrædelse.

Information til hospitalsdirektioner, kommuner og samordningsudvalg

Ultimo september sendes en mail ud til kommunerne, hospitalsdirektionerne og samordningsudvalgene om status på arbejdet med IV-aftalen.

Kick-off møde i januar 2022

Det forventes, at der afholdes større informationsmøde i januar 2022 om IV-aftalen.

Målgruppen for arrangementet bliver relevante medarbejdere og ledere fra hospitalerne og kommunerne.

VIDERE PROCES

-

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Aftale om intravenøs behandling

9. ORIENTERING OM 'ALLE SKAL MED - REGION HOVEDSTADENS ARBEJDE MED DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN'

FORMÅL MED SAGEN

Der gives en orientering om oplægget 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen', herunder om hvordan regionen konkret arbejder med at igangsætte indsatser, der er beskrevet i oplægget.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orientering om oplægget 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Regionsrådet i Region Hovedstaden godkendte i juni 2021 oplægget 'Alle skal med' - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' (bilag 1). Oplægget præsenterer 6 mål og en række indsatser, som regionen kan sætte i gang på egen banehalvdel med henblik på at udvikle organisationen, så hospitalerne kan varetage mere behandling i borgernes eget hjem samt at hospitalerne bliver en endnu bedre samarbejdspart for kommuner og praksissektoren med henblik på at styrke det sammenhængende sundhedsvæsen.

I denne sag orienteres om, hvordan Region Hovedstaden konkret arbejder med at implementere indsatserne i 'Alle skal med', herunder indsatsen om behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsophold. Kommuner, praksissektoren og regionen fortsætter det fælles samarbejde om at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i regi af sundhedsaftalen.

Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det er et vigtigt afsæt for "Alle skal med", at det både handler om at udvikle hospitalernes behandling og tilbud til de ca. 80 pct. af hospitalernes patienter, som er i forløb primært på hospitalet - altså monosektorielle forløb - og at styrke samarbejdet om de ca. 20 pct. af hospitalspatienterne, som samtidig modtager hjælp fra kommunerne. Region Hovedstaden sætter med oplægget 'Alle skal med' fokus på, hvad regionen kan sætte i gang på eget initiativ for at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Oplægget peger bl.a. på indsatser, som skal medvirke til, at flere patienter kan få mere fleksible og målrettede behandlingsforløb, hvor en del af hospitalsbehandlingen foregår i eget hjem. Det vil her hovedsageligt være omlægning af behandlingsforløb for de patienter, som alene modtager behandling på hospitalet. Herudover har oplægget fokus på, hvordan regionen med konkrete indsatser, kan styrke samarbejdet med kommuner og praksis ved at være en bedre medspiller i det tværsektorielle samarbejde. Det har været et vigtigt afsæt i arbejdet med 'Alle skal med', at der alene arbejdes med initiativer på egen banehalvdel, og at der ikke vil være tale om opgaveglidning, men derimod udvikling af Region Hovedstadens opgaveløsning til gavn for både patienter og samarbejdspartner i kommuner og praksissektoren.

I oplægget "Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen" præsenteres seks mål. De første tre mål vil skabe værdi for borgerne, mens de sidste tre mål peger på, hvad der skal til for at skabe reelle resultater i arbejdet med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

1. *Tidligere indsats og mere behandling hjemme, når det giver mening for patienten og er fagligt relevant.*

Region Hovedstaden vil arbejde for, at behandling i større grad planlægges med udgangspunkt i patientens behov, ønske og livssituation. Ny teknologi og digitale løsninger gør det muligt at tilbyde mere fleksible behandlingstilbud og sætte ind med tidligere og mere målrettede indsatser. Derfor skal endnu flere patienter have

mulighed for at få behandling hjemme, når det er meningsfuldt for patienten og er fagligt relevant. Tilbud om behandling hjemme varetages af hospitalerne ved brug af fx videokonsultationer eller selvmonitoreringsløsninger skal ske med høj kvalitet, patientsikkerhed og fornuftig brug af ressourcer.

Hjemmebehandling er relevant for et bredt spektrum af målgrupper fra ældre til børn, og fra multisyge til ressourcestærke. I alle tilfælde vil mere behandling hjemme bidrage til en mere målrettet og mindre indgribende behandling, som er tilpasset patientens behov, frem for fx kontroller fastlagt efter faste rutiner. Det forventes det, at mere behandling hjemme understøtter egenomsorg, forebyggelse og tidlig opsporing af forværring af sygdom. Det er også et afsæt for ønsket om at omlægge mere behandling til behandling i patientens hjem, at det vil give bedre rum for behandling på hospitalet, for de patienter og i de situationer, hvor det er den bedste løsning.

2. Mere tryghed før og efter hospitalsbehandling

Tryghed før og efter behandling på hospitalet har stor betydning for, om borgeren oplever god sammenhæng i behandlingsforløbet. Samtidig kan unødvendige indlæggelser og genindlæggelser undgås, hvis sundhedspersonalet i kommuner og praksissektoren har de optimale betingelser for at håndtere problemstillinger hjemme hos borgeren eller på en kommunal plejeplads. Dette mål handler om, hvordan hospitaler kan bidrage til at sikre mest mulig sammenhæng og tryghed før og efter hospitalsbehandling.

Det foreslås, at hospitalet bevarer det lægefaglige behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling for borgere, der modtager kommunal sygepleje. Det forventes, at hvis hospitalerne bevarer det lægefaglige ansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling, vil mange problemstillinger kunne håndteres hos patienten ved, at den kommunale sygeplejerske eller egen læge, kan få råd og vejledning fra hospitalet og derved undgå en uhensigtsmæssig genindlæggelse.

Tryghed før og efter hospitalsbehandling skal også sikres ved, at personalet i kommuner og almen praksis altid har adgang til opdateret og fyldestgørende information om borgerens forløb. Derfor skal hospitalerne sætte et særligt fokus på at sikre høj kvalitet og rettidig udgående kommunikation.

Endelig vil Region Hovedstaden arbejde med at omlægge mere akut til subakut behandling. Der er allerede tilbud om subakutte tider på regionens hospitaler, men der er et potentiale for at arbejde endnu mere fokuseret med dette felt, fx ved at involvere akuttelefonen 1813, som idag har gode erfaringer med at anvende video til at håndtere akutte situationer ved borgeren og dermed spare nogle borgere for uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

3. Lighed i sundhed og høj kvalitet i behandlingstilbud for alle.

Dette mål handler om, at regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen både skal være med til at fremme den geografiske lighed i sundhed og samtidig understøtte regionens arbejde med at bekæmpe social lighed i sundhed.

Den geografiske lighed i sundhed fremmes ved, at vi sørger for, at de mange gode tiltag vi sætter i gang i det nære sundhedsvæsen, skaleres bredt og implementeres i hele regionen, når vi har dokumenteret at de skaber værdi for patienten.

Etablering af regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund er eksempler på, at der i den nordlige del af regionen har været behov for en lokalt tilpasset løsningsmodel for at skabe lighed i adgangen til sundhedstilbud. Samtidig forventes det, at der kan opstå nye spændende muligheder og løsninger i det tværsektorielle samarbejde omkring sundhedshusene, som kan inspirere den øvrige del af regionen.

Nye behandlingsformer og brug af teknologi og digitale løsninger må ikke forstærke den sociale ulighed i sundhed. Derimod skal regionen se på, hvordan nye teknologiske løsninger kan være med til at skræddersy behandlingstilbud så vi i højere grad kan hjælpe udsatte borgere.

4. Let og sikker adgang til viden: Sundhedsprofessionelle skal have relevante oplysninger i patientforløb og adgang til specialistrådgivning og dialog i hverdagen.

Borgernes oplevelse af tryghed og sammenhæng i deres behandlingsforløb, er forudsat af at

sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer agerer koordineret, og at de har den nødvendige viden om borgerens samlede behandlingsforløb. Derfor skal regionen fortsætte arbejdet med at sikre en god rettidig tværsektoriel kommunikation. Region Hovedstaden skal tage et større ansvar for mere systematisk at stille ekspertise til rådighed og optræde som sparringspart om konkrete patientforløb via adgang til telefonisk rådgivning. Målet er at sundhedsprofessionelle i kommuner og praksissektoren har de bedste betingelser for at tilbyde den rette behandling og pleje af borgeren.

Dette mål peger også på, at der er behov for at løse den udfordring, at almen praksis oplever, at for mange henvisninger bliver tilbagehenvist. Der er brug for, at regionen sammen med almen praksis undersøger problemets omfang og årsag og i fællesskab får igangsat indsatser til at nedbringe dette problem.

5. Flere kompetencer og ny viden om behandling hjemme og om samarbejde på tværs.

Når flere borgere skal tilbydes behandling hjemme, er det afgørende, at de sundhedsprofessionelle er klædt på til at løfte nye opgaver. De skal have de rigtige kompetencer, fagligt grundlag og nødvendige værktøjer for at kunne hjælpe og vejlede patienterne i at tage de nye løsninger i brug.

Hospitalet har en stærk kultur for arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed, der er brug for at udvide det systematiske kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde, så det også kan omfatte den behandling hospitalerne tilbyder i patientens hjem. Derfor skal Region Hovedstaden investere i uddannelse, kompetenceløft, kvalitetsudvikling, forskning og innovation om det nære sundhedsvæsen.

6. Investeringer i det nære sundhedsvæsen, herunder i ledelse, kapacitet og implementeringskraft

Arbejdet med at omstille regionens opgaveløsning skal forankres på hospitalerne og hospitalsledelser skal sikre den fornødne ledelseopbakning, kapacitet og implementeringskraft. Derfor handler dette mål om, hvordan der skal arbejdes med at understøtte udviklingen med de nødvendige it-løsninger, implementeringsstøtte, data til opfølgning og evaluering mv. Indsatserne i 'Alle skal med', hvor hospitalerne agerer mere udadvendt, sker inden for rammerne af Region Hovedstadens arbejde med Værdibaseret sundhed, hvor indsatsen lægges dér, hvor det giver mest værdi for patienten og det samlede patientforløb.

Region Hovedstadens arbejde med at implementere 'Alle skal med' på egen banehalvdel

Regionens arbejde med de 24 indsatser, der er beskrevet i oplægget 'Alle skal med' vil ske over tid, og der vil angiveligt ske en tilpasning af nogle af indsatserne, ligesom flere vil komme til. Som det første er hospitalerne sammen med repræsentanter fra tre kommuner (Hillerød, Rudersdal og København), PLO-H og tre brugere gået i gang med at beskrive en model for 72 timers behandlingsansvar til patienter, der udskrives til kommunal sygepleje (Jf. dagsordenens sag 11).

Herudover forventes det, at hospitalerne vil prioritere indsatser vedr. omstilling af patientforløb, så flere patienter kan modtage en del af deres hospitalsbehandling og kommunikation om forløbet i eget hjem. Herudover vægtes målet om at sikre rettidig udgående tværsektoriel kommunikation højt. Regionen forventer at være klar til at koble til "Samlet patientoverblik", der bl.a. kan give sundhedsprofessionelle og borgere et samlet "kalenderoverblik" over aftaler på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, forventet fra marts 2022.

Region Hovedstaden vil drøfte med kommuner og praksissektoren, hvordan de bedst involveres i det konkrete arbejde med at omsætte målene til tiltag, når det er relevant. I første omgang foreslås en gennemgang af oplæggets indsatser på administrativt niveau i regi af TSS med henblik på, at det aftales, hvor kommuner og praksis ønsker involvering og hvordan. Som ovenfor beskrevet er der allerede et tæt samarbejde om modellen for behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling. Ligeledes vil det være oplagt, at kommunerne og praksissektoren involveres i at planlægge indsatser om fx bedre samarbejde om henvisninger og specialistrådgivning i takt med, at der tages fat på at forbedre disse områder.

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen sammen med kommuner og praksissektoren

Oplægget til regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil sætte gang i en omstilling

af, hvordan vi tilbyder behandling i sundhedsvæsenet. Det er en omstilling, der vil ske over tid, og oplægget har fokus på det, regionen kan igangsætte på egen hånd. Oplægget har derfor, som nævnt ovenfor særligt fokus på de 80 pct. hospitalspatienter, som alene har et monosektorielt forløb eller på indsatser, som regionen kan igangsætte uden, at det har konsekvenser for kommuner og praksissektorens opgaveløsning.

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan regionen naturligvis ikke drive alene, derfor har region, kommuner og praksissektoren fortsat en opgave med at forbedre og udvikle behandlingsforløb, der går på tværs af sektorer. Udviklingen af nye løsninger skal bygge videre på det allerede eksisterende og velfungerende tværsektorielle samarbejde, som bl.a. er forankret i sundhedsaftalen. Vi står på gode erfaringer med samarbejde under COVID-19, med signaturindsatser under sundhedsaftalen (fx lægefagligt behandlingsansvar og adgang til data i sundhedsplatformen/SP-Link), IV-aftalen og aftalen om kommunale akutfunktioner, dem skal vi bringe i spil, når der skal udvikles endnu flere nye løsninger.

Sundhedsaftalen bør være vores afsæt, når vi skal sætte fælles politisk retning for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i Region Hovedstaden, de 29 kommuner og praksissektoren. Den nuværende sundhedsaftale udløber medio 2023, hvorfor arbejdet med at udarbejde den nye sundhedsaftale forventet vil starte i løbet af 2022.

VIDERE PROCES

Kommunekontaktudvalget (KKU) orienteres om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' den 15. oktober 2021. Det foreslås, at TSS gennemgår indsatserne på et kommende møde med henblik på drøftelse af, hvor det giver mening med en tæt involvering af kommuner og praksissektoren.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Alle skal med Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen FINAL

10. ORIENTERING: STATUS PÅ UDARBEJDELSE AF MODEL FOR 72 TIMERS BEHANDLINGSANSVAR EFTER HOSPITALSBEHANDLING

FORMÅL MED SAGEN

Regionsrådet godkendte den 22. juni 2021 oplægget 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'. Oplægget præsenterer bl.a. en målsætning om, at borgere skal opleve mere tryghed før og efter hospitalsbehandling. Som et middel til at nå dette mål foreslås, at hospitalerne bevarer behandlingsansvaret i 72 timer efter hospitalsbehandling for patienter, der efter udskrivelse modtager kommunal sygepleje enten i eget hjem eller på kommunal plejetilbud/midlertidig plads. Der gives en status på arbejdet med modellen.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orientering om status på udarbejdelse af model for 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med godkendelse af oplægget 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' den 22. juni 2021 gav regionsrådet mandat til, at der udarbejdes en model for behandlingsansvar på 72 timer efter hospitalsbehandling, som skal aftales med kommuner og PLO-H med henblik på implementering i en første version ved årsskiftet. Der er nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hospitaler, kommuner (Hillerød, Rudersdal og København), PLO-H og tre brugere, som skal beskrive en model for behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling.

Formålet med at tilbyde behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling er at skabe en tryk overgang mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på kommunale døgnpladser/plejecentre. Målet er både at give øget tryghed for patienter og deres pårørende samt at give kommunalt sundhedspersonale bedst mulige betingelser for at yde den optimale pleje til den patient, der netop er udskrevet. Modellen understøtter, at der er relevant viden hos kommunale fagpersoner hjemme hos eller tættere på borgeren. Derved har modellen potentiale for at mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser. Med adgang til udvidet lægekontakt på hospitalet og mulighed for at tilvejebringe diagnostik på stedet vil akutte indlæggelser i en række tilfælde kunne forebygges.

Der er god fremdrift i arbejdsgruppen, som skal arbejde hurtigt og fokuseret for at nå ambitionen om, at ordningen kan implementeres ved årsskiftet. Det kan bemærkes, at kommuner og almen praksis i arbejdsgruppen udtrykker stor tilfredshed med arbejdet og regionens ambition på feltet.

Status på udarbejdelse af modellen for behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling

Hospitalerne udskriver patienter, når de ikke længere har brug for behandling på hospitalet. En del patienter vil dog fortsat have behov for mere intensiv pleje og/eller støtte efter afsluttet hospitalsbehandling. Modellen tager afsæt i den aftale om behandlingsansvar, der er lavet under samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner og følger denne aftales principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. Desuden indgår erfaringer med den afprøvning af behandlingsansvar udenfor hospitalet, der er foretaget med aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser i modellen.

Modellen er ensartet og dækker alle hospitaler. Modellen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for de mest skrøbelige borgere. Dette via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner, Region Hovedstadens Akutberedskab (1813) og almen praksis.

Modellen for behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling vil indeholde beskrivelse af:

- Målgruppen: Ordningen vil omfatte færdigbehandlede patienter, der udskrives til kommunal sygepleje og som derfor forventes at have behov for pleje og støtte.
- Funktionen: Behandlingsansvaret er en lægelig funktion, der påhviler den afdeling, der har udskrevet patienten, med mulighed for at delegerer opgaver til en sygeplejerske.
- Organisering, kommunikation og samarbejde med kommuner og praktiserende læger: Det beskrives hvilke konkrete behov og principper, der er for god og sikker kommunikation og videndeling ifm med ordningen
- IT-understøttelse og data samt plan for monitorering og opfølgning på implementering af ordningen samt evaluering.

Økonomi

Der er ikke afsat nye midler til indsatsen, derfor skal udgifter til at implementere denne håndteres inden for hospitalernes eksisterende driftsramme. Dette skal ske med afsæt i principperne bag værdibaseret sundhed. Med tiden forventes en reduktion i antallet af genindlæggelser ved at eventuelle uklarheder og komplikationer i relation til den aktuelle indlæggelse kan håndteres hos borgeren på baggrund af lægefaglig rådgivning fra hospitalet. Og måske vil en afledt effekt af ordningen også være, at hospitalerne forbedrer den udgående tværsektorielle kommunikation i form af fx rettidigt afsendte udskrivningsrapporter, afstemte medicinkort og plejeforløbsplaner. Forbedret udgående tværsektoriel kommunikation er i øvrigt en selvstændig indsats i 'Alle skal med'. Dette kan medvirke til reduktion i udgifter, som kan finansiere driftsomkostninger ved at tilbyde 72 timers behandlingsansvar.

Implementering

Arbejdsgruppen vil foreslå, at modellen implementeres i trin. I første trin, med forventet start 1.1.2022, tilbydes behandlingsansvaret således til en afgrænset målgruppe, dvs. patienter, der udskrives til kommunale midlertidige døgnpladser. Herefter arbejdes frem mod implementering af de næste trin i modellen, det vil omfatte øvrige patienter, der er omfattet af kommunal pleje efter sundhedsloven, frem mod 1.8.2022. Det er planen, at der også herefter kan arbejdes med at udbygge indsatsen, afhængig af de erfaringer der gøres lokalt på hospitalerne og i samarbejde med kommunerne, almen praksis og 1813 i forhold til hvad det udvidede behandlingsansvar kræver, hvornår og hvordan det giver værdi i de samlede patientforløb.

I arbejdet med modellen er der opmærksomhed på, at også kommunerne skal være parate til, at ordningen implementeres 1.1.2022. Derfor er der bl.a. fokus på kommunikation og organisering af samarbejdet, hvor der skal være klare rammer og aftaler klar, såfremt ordningen skal implementeres med succes.

Ordningen skal monitoreres og evalueres, således vil der blive indsamlet data i takt med at implementeringen pågår. Dette med henblik på eventuelt behov for justering og tilpasning samt en kontinuerlig dialog med kommuner, praktiserende læger og 1813, da det er afgørende at tilbuddet om behandlingsansvar implementeres og efter behov justeres i et tæt samarbejde med de øvrige parter.

VIDERE PROCES

Modellen for udvidet behandlingsansvar skal godkendes endeligt i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. november 2021. Forud herfor behandles modellen i kommunalt regi i hhv. Embedsmandsudvalget den 1. oktober, i K29 (kommunaldirektørkredsen) den 5. oktober og i KKR Hovedstaden (politisk forum for bl.a. de 29 borgmestre i regionen) den 15. oktober 2021.

11. ORIENTERING: STATUS COVID-19

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektoriel strategisk styregruppe orienteres med denne sag om status for samarbejdet om test og vaccination i forbindelse med COVID-19.

INDSTILLING

- at Tværasektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Ny teststrategi

Systematiske test på plejehjem

Social- og ældreministeriet den 4. april 2021 meldt ud at kommuner og regioner fortsat skal arbejde intenst på at holde smitten væk fra plejehjemmene dette efterår. Det betyder nye opfordringer til stadig at teste de kommunale medarbejdere systematisk. Der afventes nye opdaterede sundhedsfaglige retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Region Hovedstaden understøtter uændret den nationale aftale om test af personale på plejehjem og i hjemmeplejen. Regionerne stiller udstyr til rådighed på de enkelte institutioner/distrikter og sørger for indsamling af prøverne på de enkelte institutioner/distrikter og transport til laboratoriet.

Region Hovedstaden er klar til at håndtere den øgede mængde test, som de opdaterede retningslinjer forventes at medføre.

Status på test i det landsdækkende net af teststeder

I takt med at flere danskere er blevet vaccineret og coronapasset ophørte pr. 11. september 2021, er behovet for såvel PCR- og hurtigtest blevet mindre. Styrelsen for Forsyningssikkerhed har derfor den 26. august 2021 orienteret regionerne og de private udbydere om, at testkapaciteten skulle nedjusteres yderligere.

Konkret betyder det, at Region Hovedstaden aktuelt er forpligtiget til at stille 37.000 PRC- og 37.000 hurtigtest til rådighed i det landsdækkende net af teststeder, og at hurtigteststederne lukker senest den 9. oktober 2021, hvorved hurtigtestkapaciteten på 37.000 daglige test leveret af en private leverandør bortfalder.

Fra oktober 2021 skal regionens store PCR-teststeder som noget nyt tilbyde antigen test i nødstilfælde, hvor det er afgørende at borgeren får et hurtigt svar.

Der skal efter justeringen af testkapaciteten fortsat skal være ét teststed i alle kommuner, så der er et landsdækkende net af teststeder, men der er ikke længere krav om, at alle borgere i udgangspunkt ikke skal have mere end 20 km til nærmeste teststed.

Der vil således ikke ske ændringer i placeringen af PCR-teststederne i Region Hovedstaden, og frem til lukningen af de private hurtigteststeder den 9. oktober 2021, vil der i hver kommune også uændret være mindst ét hurtigteststed drevet af den private udbyder. Region Hovedstadens administration vil dog løbende vurdere behovet for at justere i antallet af hurtigteststeder i de kommuner, hvor der er mere end ét hurtigteststed med henblik på at sikre den private leverandør mulighed for effektiv drift indenfor de givne rammer.

Oversigt over nuværende placering af de enkelte testster fremgår af regionens hjemmeside:
www.regionh.dk/Sundhed/Akut-hj%C3%A6lp/1813/coronavirus/Sider/Find-vej-og-parkering-ved-TestCenter-Danmark-telte.aspx.

Der vil blive udarbejdet konkret information til kommuner og borgere i Region Hovedstaden i forhold til den præcise nedlukning af hurtigteststederne.

Status på vaccinationsindsatsen

Der er aktuelt flere aktiviteter på vaccinationsområdet, som skal koordineres tværsektorielt, hvorfor den tværsektorielt koordinerende gruppe (SPOR 7) har været indkaldt til møder og vil blive det løbende efter behov.

Generelt om vaccinationsdækning

Pr. 28. september har 85% af borger over 12 år i Region Hovedstaden minimum fået første vaccination mod COVID-19, mens 83 % er færdigvaccineret. Det betyder, at ca. 236.000 borgere i regionen fortsat ikke har booket tid til 1. vaccination eller vaccineret. Der er dog stor forskel på tilslutningen i de enkelte målgrupper. I de ældste befolkningsgrupper, samt blandt personale i sundheds- og omsorgssektoren er der en meget høj tilslutning til vaccinationen. Dette gælder både 1. og 2. vaccination. For borgere under 50 år, ses en lavere tilslutning. Dette gælder særligt de unge og børn alderen 12-15 år.

Målgruppe	Påbegyndt vaccination	Færdigvaccineret
Plejhjemsbeboere (Målgruppe 1)	97%	96%
Personer med alder ≥ 65 år som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp (Målgruppe 2)	93%	91%
Personer med alder ≥ 85 år (Målgruppe 3)	96%	96%
Personale i sundheds-, ældre- og udvalgte dele af socialsektoren med særlig risiko for smitte, eller som varetager en kritisk funktion. (Målgruppe 4)	99%	98%
Udvalgte personer med tilstande og sygdomme, som medfører særligt øget risiko for alvorligt forløb ved COVID-19 (Målgruppe 5)	95%	95%
Udvalgte pårørende til personer med særligt øget risiko for et alvorligt forløb ved COVID-19 (Målgruppe 6)	96%	95%
80-84 år (Målgruppe 7)	97%	97%
75-79 år (Målgruppe 8)	97%	97%
65-74 år (Målgruppe 9)	95%	95%
60-64 år (Målgruppe 10A)	93%	92%
55-59 år (Målgruppe 10B)	91%	90%
50-54 år (Målgruppe 10C)	90%	89%
16-19 år + 45-49 år (Målgruppe 10 D1)	85%	83%
20-24 år + 40-44 år (Målgruppe 10 D2)	80%	77%
25-29 år + 35-39 år (Målgruppe 10 D3)	76%	73%
30-34 år (Målgruppe 10 D4)	74%	70%
12-15 år (Målgruppe 11)	58%	52%

Vaccination på uddannelsesinstitutioner

Som følge af den relativt lave vaccinationstilslutning blandt unge, besluttede Sundhedsstyrelsen medio august, at der skulle tilbydes vaccination på alle ungdomsuddannelser. Region Hovedstaden har i sidst i august og først i september tilbudt vaccination på ca. 200 uddannelsesinstitutioner. Der er i gennemsnit vaccineret 10 personer på hver uddannelsesinstitution. Enkelte steder er der vaccineret ca. 55 elever. De steder, hvor det er lykkedes at få vaccineret mange elever, er kendetegnet ved, at der har været gjort en stor oplysende indsats, før regionen har besøgt uddannelsesinstitutionen. I skrivende stund er der fokus på visse erhvervsuddannelser, fx SOSU-skoler, og der afprøves besøg på udvalgte folkeskoler i områder med lav vaccinationstilslutning.

Kommunale vaccinationsindsatser

Kommuner, der har områder med lav vaccinationstilslutning, er løbende i dialog med Sundhedsstyrelsen og regionen angående lokale indsatser, som skal sikre et nemt tilgængeligt vaccinationstilbud i lokalområdet. Fra uge 34-36 har regionens udkørende vaccinationsteams besøgt ca. 150 lokationer, fordelt på 17 kommuner, særligt i

København og på Vestegnen. Der er typisk vaccineret ca. 20 personer pr. gang, men nogle steder helt op til 80. De lokale vaccinationstilbud når ud til borgere, der ikke ville være kommet i de regionale vaccinationscentre, særligt unge og borgere med anden etnicitet end dansk. Der er dog behov for en stor og vedholdende mobiliserende indsats fra kommunernes side. De kommuner, der har haft en vedholdende kommunikation og dialog med borgerne, ser ud til at få vaccineret flere ved de lokale vaccinationstilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler fortsat lokale vaccinationstilbud og mobiliserende indsatser i områder med lav vaccinationstilslutning.

3. vaccination til beboere på plejehjem

Sundhedsstyrelsen meddelte fredag den 3. september 2021, at plejhjemsbeboere skal tilbydes en 3. vaccine. Baggrunden var nye udmeldinger fra de europæiske lægemiddelmyndigheder og det europæiske smitteagentur, som var begrundet med, at plejhjemsbeboere er i stor risiko for et alvorligt forløb, hvis de får COVID-19. Desuden kan særligt ældre have et svækket respons på vaccination og immuniteten falder over tid samtidig med, at plejhjemsbeboere var blandt de første der blev vaccineret i Danmark, og at der aktuelt er udbrud af COVID-19 på flere plejecentre.

I samarbejde mellem regionen og kommunerne er der derfor planlagt en ny runde med udkørende vaccination til alle plejehjem (plejecentre, friplejeboligere med ældre beboere, akutpladser og midlertidige pladser) i regionen. Regionen har etableret udkørende vaccinationsteams, som varetager hele vaccinationsopgaven, mens plejecentrene forbereder beboerne og hjælper beboerne på vaccinationsdagen. I modsætning til de tidligere udkørende vaccinationer på plejecentre mv., bidrager de praktiserende læger således ikke aktuelt til denne opgave, da vaccinationscentre lige nu har kapacitet til at løse opgaven. Indsatsen startede i slutningen af uge 36 og afsluttes i uge 39.

3. vaccination til personer med stærkt nedsat immunforsvar

Igangsættelse af 3. vaccination er udover til plejhjemsbeboere også igangsat for personer med svært nedsat immunforsvar (kriterierne er nærmere beskrevet af Sundhedsstyrelsen). Vaccinationen ordineres af behandlende hospitalslæge. I Region Hovedstaden drejer det sig om ca. 15.000 personer, som nu er blevet inviteret til 3. vaccination via invitation i e-boks. Udgangspunktet er, at disse borgere vaccineres i et vaccinationscenter med eller uden tidsbestilling. Der kan være nogen borgere, som er inviteret til 3. vaccination, som henvender sig i kommunerne angående hjælp til transport til vaccinationscentre.

Den fremtidige vaccinationsindsats

Det forventes, at der fra national side snart kommer en mere langsigtet plan for, hvordan udrulning af revaccination kommer til at forløbe. Det er en forudsætning for en bred revaccinationsindsats, at vaccinerne godkendes til brug for et 3. stik af Det Europæiske Lægemiddelagentur. Sundhedsstyrelsen har udtalt, at de forventer, personale i sundhedsvæsenet og på plejehjem vil være nogle af de næste, der tilbydes revaccination.

Det må også forventes, at der vil komme en vaccinationsrunde mere for borgere, som har særligt behov for kommunens hjælp hertil. Det vil sige især ældre borgere i eget hjem, som har brug for hjælp til transport til lokalt vaccinationstilbud eller vaccinationscentre samt ældre immobile borgere, som har behov for vaccination i eget hjem.

Der er i regi af Spor 7 påbegyndt drøftelser af, hvordan disse indsatser kan tilrettelægges, så erfaringerne fra tidligere inddrages. Det er fx af stor betydning, at indsatserne ikke skal planlægges med meget kort varsel, og der kan tages hensyn til, at fx nabokommunerne ikke har behov for vognmandskørsel samme dag.

Det må også forventes, at der igen skal etableres udekørende vaccination til de ca. 250 sociale botilbud, som tidligere har haft fået et udekørende vaccinationstilbud.

Herudover forventes de igangværende indsatser med lokale vaccinationstilbud på fx uddannelsessteder, i boligområder, ved kulturelle arrangementer at fortsætte med henblik på at opnå en så høj vaccinationstilslutning som muligt. Her vil det forsat være en stor opgave for især nogle kommuner med planlægning og information

om disse indsatser. Det er erfaringen, at der vaccineres flere borgere og studerende jo større informationsindsatsen har været forinden.

VIDERE PROCES

TSS orienteres om ny status på næste møde.

12. ORIENTERING: SUCCES MED KOMMUNAL REKRUTTERING TIL RYGESTOP VED REGION HOVEDSTADENS TEST- OG VACCINATIONS CENTRE

FORMÅL MED SAGEN

Formålet med denne status er at orientere om, at indsatsen med rekruttering til rygestop ved test- og vaccinationscentre har haft en positiv påvirkning på antallet af henviste til kommunalt rygestop eller STOP-liniens tilbud, og at borgerne har taget overvejende positivt imod initiativet. En lignende indsats kan altså med fordel overvejes, hvis det besluttet, at der skal tilbydes 3. vaccinstik i vaccinationscentre eller andre lignende tiltag.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Der er fem kommuner, der har rekrutteret borgere til rygestopkurser ved test- og vaccinationscentre, heraf to kommuner, som er startet på eget initiativ.

Indsatsen har kun kørt i få måneder, men den generelle tilbagemelding fra kommunerne er, at de bliver modtaget overvejende positivt af både borgere og personale på test- og vaccinationsstederne. Rekrutteringspersonalet oplever at få henvist mange flere borgere end normalt. Tendensen er, at det har medført en stigning i antallet af borgere, der tilmelder sig de kommunale rygestopkurser eller tager imod rygestop-tilbud fra STOP-linien, som i den anledning har ansat mere personale, der varetager den øgede efterspørgsel. Tre kommuner har tal der viser, at der er en overvægt af mænd, der henvises, og at der er flest borgere i den erhvervsaktive alder, der henvises. Det vil sige grupper som i nogle forebyggelsessammenhænge kan være svære at nå, og hvor der er et stort potentiale i forhold til at forebygge tobaksrelaterede sygdomme.

Indsatsen med rekruttering til rygestop ved test- og vaccinationscentre har altså haft en positiv påvirkning på antallet af henviste til kommunalt rygestop eller STOP-liniens tilbud, og borgerne har taget overvejende positivt imod initiativet.

STOP-linien oplever en øget aktivitet på baggrund af kommunernes tilstedeværelse ved test- og vaccinationscentre. Stop-linien oplever også at få selv-henvendelse til deres tilbud på baggrund af plakater og roll-ups, der er sat op ved udvalgte test- og vaccinationssteder.

STOP-linien erfarer, at der overvejende er positive tilbagemeldinger fra borgerne, men enkelte har følt sig presset til at sende en SMS. STOP-linien holder øje med dette, og var i løbende dialog med kommunerne for at forebygge, at dette blev et problem.

I nedenstående tabel fremgår en oversigt over de kommuner, der har rekrutteret borgere til rygestop ved test- og/eller vaccinationscentre, herunder hvor mange borgere de har rekrutteret, hvor lang tid indsatsen kørte og hvor mange medarbejderressourcer, der blev anvendt:

Kommune	København	Høje Taastrup	Helsingør	Gladsaxe	Bornholm
Indsatssted	Vaccinationscentre	Testcentre	Test- og vaccinationscentre	Testcentre	Testcentre
Hvor lang tid kørte indsatsen	2. juni - 31. august	uge 21-22	15. juni - 3. august	april - juni	maj - juni
Antal borgere henvist til rygestop	724	4	376	81	116
Antal borgere vist interesse, fx taget imod flyer o. lign	-	181	850	267	-
Tilstedeværelse ved centret	8 medarbejdere	2 medarbejdere	84 timer	102 timer	2 medarbejdere
Henvist til	STOP-linien	Eget tilbud	STOP-linien	Eget tilbud	STOP-linien

VIDERE PROCES

Indsatsen er afsluttet i alle fem kommuner. En indsats omkring rekruttering til rygestop kan med fordel overvejes igen, hvis det besluttet, at der skal tilbydes 3. vaccinstik i vaccinationscentre eller andre lignende tiltag.

13. ORIENTERING: STATUS PÅ ENDELIGT UDKAST TIL REGION HOVEDSTADENS SUNDHEDSBEREDSKABSPLAN 2021

FORMÅL MED SAGEN

Regionsrådet skal én gang i hver valgperiode vedtage en plan for regionens sundhedsberedskab. Frem mod udgangen af indeværende valgperiode skal der derfor opdateres og vedtages en sundhedsberedskabsplan, der erstatter den nuværende plan fra 2017. Arbejdet med revision af planen har været sat i gang med henblik på at en revideret plan kan træde i kraft ultimo 2021.

Med denne sag orienteres Tværsektoriel strategisk styregruppe om status for revision af sundhedsberedskabsplanen.

INDSTILLING

At Tværsektoriel Strategisk Styregruppe tager orientering om status for arbejdet med en revideret sundhedsberedskabsplan 2021 til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Tværsektoriel strategisk styregruppe blev på møde den 26. marts 2021 forelagt en orienteringssag om status på revision af regionens sundhedsberedskabsplan 2021. I den efterfølgende periode har materialet været i høring og på den baggrund forelægges et endeligt udkast til politisk godkendelse.

Rammer for revision af sundhedsberedskabsplanen

Sundhedsberedskabsplanen omfatter alle relevante beredskabsmæssige opgaver i regionen og udstikker de overordnede fælles rammer for regionens sundhedsberedskab og den overordnede operative indsats – præhospitalet og på hospitalerne (somatisk og psykiatrisk) – samt den administrative krisestyring og samarbejdsrelationer med andre myndigheder. Planen anvendes ved beredskabshændelser, der ikke kan håndteres i de almindelige arbejdsgange på hospitaler og virksomheder, og hvor der konkret vurderes at være behov for at aktivere en krisestyingsorganisation.

Sundhedsberedskabsplanen vedtages af regionsrådet. Ifølge bekendtgørelsen skal regionsrådet forud for behandlingen af forslag til planen indhente udtalelser fra kommunerne beliggende i regionen samt Sundhedsstyrelsens rådgivning. Planen skal være koordineret med de tilgrænsende regioner, politi, redningsberedskabet og kommunerne beliggende i regionen.

Høring

Udkast til Region Hovedstadens reviderede sundhedsberedskabsplan 2021 har fra den 19. april til den 15. juni 2021 været i en bred høring, herunder hos kommunerne beliggende i Region Hovedstaden. Der er kommet høringssvar fra 39 høringsparter, heraf er der høringssvar fra 25 kommuner. Høringssvarene bakker op om de overordnede rammer for planen og kommer med en række gode og konstruktive forslag.

Høringssvarene har overvejende givet anledning til mindre ændringer og præciseringer. Af bilag 1 fremgår oversigt over hovedtemaer i høringssvarene af relevans for kommunerne samt håndtering af høringssvarene. Det samlede høringsmateriale og høringssvar fremgår af www.regionh.dk/beredskabsplan.

Kommunernes høringssvar koncentrerer sig især om ekstraordinær udskrivelse og massevaccination. På baggrund af bemærkningerne om ekstraordinær udskrivelse er planen tilrettet bl.a. ift. hvor mange dages medicin der medgives og opdatering af FMK.

Kommunerne har desuden en del kommentarer til organisering af massevaccination, hvor de overordnet set efterspørger præcisering af opgave- og ansvarsfordeling mellem sektorer og at erfaringer fra covid-19 medtages. Beskrivelsen af massevaccination er på denne baggrund blevet tilrettet, så den er i overensstemmelse med organiseringen under covid-19, mens mere detaljerede overvejelser om organisering af massevaccination og test må drøftes i forbindelse med udarbejdelse af den kommende pandemiplan.

Væsentligste ændringer ift. Sundhedsberedskabsplan 2017

Revisionen af Sundhedsberedskabsplan 2021 tager udgangspunkt i den nuværende plan. I det følgende beskrives kort nogle af de større ændringer, som er foretaget på baggrund af den indledende revision samt høringsen:

- *Samarbejde på tværs af sektorer:* Ved større beredskabshændelser er det væsentligt, at regionen, kommuner og almen praktiserende læger træder sammen i forhold til at løse de ekstraordinære opgaver, situationen kræver. Beskrivelsen af samarbejdet med kommuner og almen praksis er opdateret, bl.a. med hensyntagen til erfaringer fra corona-pandemien. Opgave- og ansvarsfordeling mellem region og kommuner er præciseret ift. ekstraordinær udskrivelse og ift. Evakuerings- og Pårørende Center. Der er opdateret ift. den gældende aftale om almen praksis' medvirken i sundhedsberedskabet. Frivillige organisationer tilføjes som mulig samarbejdspartner ud fra erfaringerne med indsatser målrettet sårbare og socialt udsatte borgere.
- *Massevaccination:* Beskrivelse af massevaccination er tilpasset, så den er i overensstemmelse med organiseringen under covid-19.
- *Forsyningssikkerhed:* herunder lægemiddelberedskabet: På baggrund af erfaringer fra corona-pandemien tilføjes uddybende beskrivelse af forsyningssikkerhed bl.a. ift. personlige værnemidler og kritiske utensilier, samt lægemiddelberedskabets rolle ift. at sikre forsyningssikkerhed om kritiske lægemidler.
- *Krisestyringsorganisation og krisekommunikation:* Med corona-pandemien har der været behov for længerevarende aktivering af en krisestyringsorganisation. Erfaringerne herfra tilføjes. Derudover fremhæves regionens primære rolle ift. at varetage krisekommunikation til eget personale og borgere.
- *Patientsikkerhedsorganisationen:* Ved håndtering af enhver beredskabshændelse vil der foruden fokus på hurtig og effektiv indsats være fokus på sikkerhed for patienter og pårørende. Den regionale patientsikkerhedsorganisations rolle i sundhedsberedskabet tilføjes, herunder i relation til tværsektorielle utilsigtede hændelser.

Forhold der arbejdes videre med

Pandemiplan

- Med corona-pandemien har der været behov for omfattende aktivering af regionernes krisestyringsorganisationer og beredskaber. Sundhedsstyrelsen planlægger at udarbejde en samlet national pandemiplan. Med afsæt i den nationale pandemiplan og erfaringerne med håndtering af corona-pandemien vil Region Hovedstaden udarbejde en regional pandemiplan. Arbejdet afventer Sundhedsstyrelsens overordnede plan og vil udgøre et tillæg til den reviderede sundhedsberedskabsplan.

Massevaccination

- Massevaccination (og test) kan drøftes i forbindelse med udarbejdelse af den kommende pandemiplan, jf. beskrivelse ovenfor.

Værnemidler

- Der vil blive udarbejdet et midlertidigt action card om rekvirering af værnemidler med regionen som målgruppe. Det er forventningen, at det vil blive efterfulgt af en ny udgave, der også omhandler fordeling og distribution til region og kommune.

De øvrige områder, der arbejdes videre med, vedrører Den Regionale Sterilcentrals kapacitet, forsyningssvigt og kritiske utensilier.

VIDERE PROCES

Det endelige udkast til Region Hovedstadens reviderede sundhedsberedskabsplan 2021 behandles i sundhedsudvalget den 29. september, forretningsudvalget den 5. oktober og regionsrådet den 12. oktober 2021. Hvis sundhedsberedskabsplanen 2021 godkendes, vil den træde i kraft inden udgangen af 2021.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag 1_Tematisk oversigt over udvalgte centrale høringssvar

Regeringen
Danske Regioner
KL

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

11. juni 2021

Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en fortsat, gradvis omstilling, så flere borgere kan få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet i stedet for at skulle på et af de specialiserede sygehuse, når det ikke er nødvendigt.

Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel understøttet sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienten og samtidig aflaste sygehusene.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at en del af løsningen er forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler.

Boks 1

Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler, med repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal tage fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationsansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner.
- I overgangsperioden frem til etableringen fastlægges det, hvilke kommuner der deltager i de enkelte sundhedsklynger, og regioner og kommuner forbereder tilpasningen af eksisterende klynger.

Regeringen vil fremlægge den fornødne lovgivning for Folketingets partier med afsæt i aftalen med KL og Danske Regioner til drøftelse og forhandling som led i en samlet sundhedsaftale, der skal sikre en bæredygtig udvikling af sundhedsvæsenet i lyset af en udvikling med flere ældre og kronisk syge med fokus på styrket sammenhæng, nærhed og lighed. Sundhedsklyngerne og strukturen for samarbejde mellem regioner og kommuner forventes at kunne etableres pr. 1. juli 2022 med forbehold for Folketingets tilslutning. Parterne noterer sig

således, at der vil kunne ske justeringer og ændringer, så modellen passer til indholdet i den samlede sundhedsaftale, som forhandles med Folketingets partier.

Politisk og fagligt samarbejde

I de formaliserede sundhedsklynger skal der både være en politisk dialog og et tæt fagligt og strategisk samarbejde. Der er i den forbindelse enighed om en samlet forenkling af den politiske, tværsektorielle samarbejdsstruktur.

Den nuværende struktur med sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg, med deltagelse af tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden og en kommunal repræsentant fra hver sundhedsklynge (borgmestre/fagborgmestre).

Sundhedssamarbejdsudvalget skal udarbejde en sundhedsaftale og fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger, herunder drøfte rammerne for sundhedsklyngernes udmøntning af nationale handlingsplaner. Sundhedssamarbejdsudvalget skal understøtte ensartethed og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne, så den nye struktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Sundhedssamarbejdsudvalget vil inddrage almen praksis i arbejdet, ligesom den enkelte region i samarbejde med kommunerne vil sikre inddragelse af de praktiserende læger i den konkrete praksisplanlægning.

Det politiske niveau for hver sundhedsklynge består af to til tre regionsrådsmedlemmer, herunder fx regionsrådsformanden og borgmestrene/fagborgmestrene fra de deltagende kommuner og skal sætte retning for sundhedsklyngen, implementere (og komme med input til) sundhedsaftale og nationale tiltag og drøfte anvendelsen af prioriterede midler. Det politiske niveau mødes to gange årligt og efter behov.

Det faglige/strategiske niveau for hver sundhedsklynge består af tre repræsentanter fra regionen, herunder en for psykiatrien, en repræsentant for hver af de deltagende kommuner samt repræsentanter for almen praksis. Almen praksis' rolle drøftes med de praktiserende læger. Deltagere skal have driftsmæssig indsigt og beslutningskompetence.

Det faglige/strategiske niveau skal som hovedopgave tage hånd om de fælles patienter og borgere med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed og samtidig være en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Det omfatter bl.a.:

- Opfølgning på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer fx kvalitetstiltag, nationale handlingsplaner og øvrige relevante initiativer.
- Drøfte og aftale lokale modeller for bedre patientforløb, med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed (omstilling), fx for udvalgte patientgrupper.

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

- Håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter, fx samarbejde om akutpladser, forløb for udsatte psykiatriske patienter, bedre forløb for borgere med kronisk sygdom og fælles forebyggelsesindsatser.
- Implementering af nationalt eller lokalt prioriterede midler til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling, herunder fx midler øremærket som led i de årlige økonomiaftaler.
- Følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde.

Hver sundhedsklynge skal inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, da patienternes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer. For at sikre fælles retning og fremdrift etableres en fælles ramme med forretningsorden, og det nye sundhedssamarbejdsudvalg vil have en opgave i at fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.

Parterne er derudover enige om, at sundhedsklyngernes arbejde kan understøttes med fælles midler, der kan finansiere de tværsektorielle indsatser i samarbejdet. Der er i den forbindelse enighed om at prioritere 80 mio. kr. som fælles midler i 2022 til opstart af sundhedsklyngernes arbejde, der afsættes med en 50/50 fordeling mellem regioner og kommuner. En model for udmøntning af midlerne drøftes nærmere.

Parterne er samtidig enige om, at der skal udvikles relevante (herunder forløbsbaserede) data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet kan understøtte et datadrevet fokus. Og at arbejdet med dokumentation efter ens standarder og udbygning af den tværsektorielle datadeling skal fortsættes. Det omfatter også styrket indsigt i resultater og data for almen praksis og en fælles forpligtelse på at fjerne barrierer for sammenhængende indsatser, herunder barrierer for deling af data om de fælles patienter.

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Proces for kommende sundhedsaftale
Bilag 1 - Side -1 af 3

Skitse til overordnet tids- og procesplan

2021:

Okt.	TSS	Indledende drøftelse af rammer for arbejdet med den kommende sundhedsaftale
Nov.	TSS	Opfølgning på første drøftelse af rammer for arbejdet med den kommende sundhedsaftale.

2022:

Jan.	TSS	Drøfte og godkende rammer for aftalens form og indhold
Marts	SKU	- Godkende tids- og procesplan - Drøfte rammer for aftalens form og indhold
Maj	TSS	Godkende 1. udkast til ny Sundhedsaftale
Juni	SKU	Drøfte eller evt. godkende 1. udkast til ny Sundhedsaftale*
August	SSU	Godkende af 1. udkast til ny Sundhedsaftale*
Aug. – okt.	Sundhedsklynger (fagligt/strategisk + politisk niveau)	- Evt. godkendelse - Input til 1. udkast til ny Sundhedsaftale - Prioriterer fx 2 forslag til indsatser, der bør igangsættes
Nov.	TSS	- Godkende høringsudkast - Godkende plan for forankring af arbejdet med de indsatser, som Sundhedsklyngerne ønsker at arbejde med først
Dec.	SSU	- Godkende høringsudkast - Godkende plan forankring af arbejdet med indsatser Sundhedsklyngerne ønsker at arbejde med først

2023:

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Proces for kommende sundhedsaftale
Bilag 1 - Side -2 af 3

Jan.	Bred høring	Forslaget til ny Sundhedsaftale sendes i høring hos Sundhedsklyngerne, patientforeningerne (herunder PIU) og i relevante faglige organisation.
Feb.	TSS	Godkende forslag til ny Sundhedsaftale
Marts	SSU	Godkende forslag til ny Sundhedsaftale
April – juni 2023	Godkendelse	Aftalen godkendes politisk i Regionsrådet og i de 29 kommuner
1. juli 2023 Aftalen træder i kraft.		

*Tidsplan for politisk godkendelse af 1. udkast til ny Sundhedsaftale, må afklares når vi ved om de kommunale og regionale medlemmer, der udpeges til SKU, også fortsætter ind i SSU.

Afrapportering på Signaturindsatser pr. 20. september 2021

Samordningsudvalg Byen
SP-Link
Formål og mål SP-Link styrker kommunikationen mellem hospital og kommune, til umiddelbar gavn for borgerne, idet sundhedspersonerne i kommuner og på hospitalet får adgang til de samme oplysninger. Dermed kan det kommunale personale kommunikere med borger og pårørende ud fra den samme viden om borgerens sygdom, behov og behandling, som var til stede under hospitalsindlæggelsen, hvilket understøtter den bedst mulige sektorovergang og er med til at sikre et sammenhængende behandlingsforløb for patienten/borgeren.
Beskrivelse af signaturindsatsen Den 19. juni 2019 besluttede Sundhedskoordinationsudvalget at afprøve kommunal brug af læseadgang til Sundhedsplatformen via SP-Link for at afdække, hvad en fuld udbredelse af SP-Link giver af muligheder og kræver af teknisk og organisatorisk implementering. SP-Link er en webbaseret ekstern adgang til deling af patientens data i Sundhedsplatformen (SP), for sundhedspersoner uden ordinær adgang til SP f.eks. fra kommuner. Kommunale sundhedspersoner kan således via SP-Link få læseadgang til SP's informationer om borgere, som sundhedspersonen har en behandlerrelation til. SP-Link er blevet afprøvet på syv udvalgte enheder i København og Frederiksberg Kommune. Den endelige evaluering viser, at de kommunale brugere er positive og at oplysningerne er nyttige. Det blev derfor besluttet at fortsætte med brugen af SP-link i kommunerne.
Status SP-link er implementeret og anvendes både i Frederiksberg og Københavns Kommune. Københavns Kommune, der anvender omsorgssystemet CURA, havde påtaget sig den tekniske udvikling af integrationen fra CURA til SP-Link. Den tekniske løsning er færdigudviklet. Alle 15 CURA-kommuner kan derfor nu komme på SP-Link, hvis dette ønskes. Den videre udbredelse til flere kommuner og dermed planområder er forankret i Center for Sundhed. Der har været afholdt informationsmøder for henholdsvis kommuner, der bruger CURA som omsorgssystem, og 7 af disse kommuner har vist interesse, og der er nu en tæt kontakt mellem dem om at få de tekniske forudsætninger på plads. Der har ligeledes været afholdt informationsmøde for kommuner, som bruger Nexus som omsorgssystem. KMD har imidlertid ikke prioriteret den tekniske udvikling af integration fra Nexus til SP-link. Der arbejdes i stedet på en løsning til 'sundhedsjournalen' (sundhed.dk). KMD-Nexus kommunerne forventer derfor ikke, at de kommer til at tilmelde sig SP-link ordningen.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -2 af 17

Brugerinddragelse SP-link er blevet udvalgt som signaturindsats for Samordningsudvalg Byen. Her var der opbakning fra samordningsudvalgets brugerrepræsentanter, som støttede op om, at SP-Link er et godt værktøj til at skabe mere sammenhæng i behandlingsforløb.
Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen SP-Link bliver bl.a. anvendt til at se svar på prøver, herunder COVID-test, planlagte tider til undersøgelse på hospitalet samt behandlingsplaner for patienterne. Disse oplysninger medvirker til mere sammenhæng i behandlingsforløbet for borgerne.
Tidsplan SP-link er implementeret i Planområde Byen.
Bemærkninger

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -3 af 17

Samordningsudvalg Syd
Implementering af Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden
Formål og mål At sikre at borgeren har adgang til IV-behandling udenfor hospitalet, enten i eget hjem eller i kommunalt tilbud, leveret af kommunalt ansat personale.
Beskrivelse af signaturindsatsen I samordningsudvalg SYD vil signaturindsatsen om IV-aftalen i første omgang have et særligt fokus på at understøtte implementering af den regionale IV-aftale, som efter godkendelse forventes klar til implementering oktober 2021. Som forberedelse til arbejdet med IV behandling i kommunalt regi, er der igangsat en pilotafrøvning med henblik på at afklare, den implementeringsopgave, der følger med rammeaftalen. I forberedelsesarbejdet er der fokus på at sikre robuste arbejdsgange omkring udskrivelse af patienter fra hospitalet og modtagelse af borgere i kommunen, der er i IV behandling og afdække behovet for kompetenceudvikling.
Status Pilotafrøvningen sker med involvering af: • Medicinsk Afdeling på Glostrup matriklen og den fælles akutfunktion (FAF) i Høje Taastrup Kommune • Medicinsk Afdeling på Amager matriklen og akutfunktionen i Tårnby Kommune. FAF og Glostrup har allerede erfaringer med IV behandling i hjemmet, mens opgaven er helt ny for Tårnby Kommune og Amager matriklen. Parterne har derfor forskellige udgangspunkter for pilotafrøvningen og går til opgaven på forskellig vis. Der arbejdes aktuelt med: • Afklaring af hvilke patientkategorier, der egner sig IV behandling i hjemmet • Adgang til medicin og sygeplejeartikler, der skal anvendes til IV behandling i kommunalt regi • Planlægning af udskrivelse • Arbejdsgang for blodprøver • Koncept for kompetenceudvikling, herunder: ○ afdækning af behov for kompetenceudvikling i kommunalt regi ○ udvikling og afprøvning af koncept for undervisning af kommunale sygeplejersker i samarbejde med Klinisk Træning, Amager og Hvidovre Hospital Der ventes på fælles regionale udmeldinger omkring: • Afregning og monitorering • Elektronisk tværsektoriel kommunikation
Brugerinddragelse Samordningsudvalget vil sikre, at brugerperspektivet inddrages systematisk i arbejdet med IV-aftalen. Endvidere deltager de bruger- og pårørende repræsentanter, der sidder i samordningsudvalget i udvalgets drøftelser og opfølgning på arbejdet med indsatsen.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -4 af 17

Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen
Tidsplan Arbejdet med signaturindsatsen vil følge tidsplanen for arbejdet med indgåelsen af den regionale rammeaftale om IV-behandling, idet der dog som anført allerede er igangsat et arbejde med henblik på forberedelse af implementering af IV-aftalen.
Bemærkninger Med afsæt i pilotafprøvningen arbejdes der på generiske arbejdsgange, der kan anvendes i hele Planområde Syd, ligesom pilotafprøvningen danner grundlag for planområdets implementeringsplan for den fælles regionale Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -5 af 17

Samordningsudvalg Midt
Implementering af fælles regional rammeaftale om IV-behandling
Formål og mål: At sikre, at borgeren har adgang til IV-behandling udenfor hospitalet, enten i eget hjem eller i et kommunalt tilbud.
Beskrivelse af signaturindsatsen En rammeaftale om IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden er udarbejdet og godkendt. Der planlægges efter, at implementering skal påbegyndes i Regionen og i de 29 kommuner fra d. 4. oktober 2021. Implementering af den kommende regionale rammeaftale er den ene af Planområde Midt to signaturindsatser. I Samordningsudvalget Midt vil signaturindsatsen om IV-aftalen i første omgang have et særligt fokus på at understøtte implementering af den regionale IV-aftale. Derfor pågår der aktuelt et arbejde mhp. at forberede implementeringen af den regionale rammeaftale om IV-behandling. Indsatsen har fokus på etablering af gode arbejdsgange omkring udskrivelse af patienter fra hospitalet og modtagelse af borgere i kommunen, der er i IV behandling. Endvidere drøftes behovet for kompetenceudvikling. Formålet med det igangsatte arbejde er at få et indblik i, hvilken implementeringsopgave, der kan forventes primo oktober.
Status: På Herlev og Gentofte Hospital er der nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe mhp. optimering af IV-behandling med pumper både under indlæggelse og i hjemmet. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra: • Kliniske medarbejdere fra relevante kliniske afdelinger. • Apoteket • Klinisk Mikrobiologisk afdeling • Kommunerepræsentanter Formålet er at optimere IV behandling under indlæggelse. På sigt vil vi også se på mulighederne for en øget brug af pumper efter indlæggelse i de tilfælde, hvor der er identificeret potentialer ift. en række inklusionskriterier.
Brugerinddragelse: I signaturindsatsen er ambitionen, at brugerinddragelse vil indgå på flere niveauer. I signaturindsatsen indtænkes endvidere organisatorisk brugerinddragelse ift. at evaluere og give feedback på selve indsatsen – både for patienter og pårørende.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser

Bilag 1 - Side -6 af 17

De første patienterfaringer er blevet evalueret ift. pumpebehandling under indlæggelse samt ved interview med den første patient hjemsendt fra HGH med pumpe.
Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen: I nedenstående ses de foreløbige resultater forbundet med de første pilotafrøvnninger af pumper under indlæggelse og ved udskrivelse: 1. Pumper under indlæggelse (Resultater pba af pilotafrøvnning elastomerisk pumpe Easypump II i infektionsmedicinsk sengeafsnit, n = 8) – mhp at identificere udfordringer: 1. komplikationer med elastomer pumpe: Trykspor på huden, rødme omkring indstiksstedet efter 1 døgn, hævelse omkring IV adgangen og subcutant indløb 2. Patienten får ikke hele døgndosis 3. Der er kun 1 antibiotika der kan gives i pumpe. Flere patienter får 2 præparater på samme tid. 4. Hvis alle patienter skal have en Mid Line/ Piccline adgang, vil det involvere anæstesen 5. Blodprøvetagning i hjemmet, Der er overvejende gode erfaringer i både medicinsk og kirurgisk regi. Og den nedsatte arbejdsgruppe arbejder på løsninger ift. de identificerede udfordringer. 2. Pumper ved udskrivelse Patient-Oplevelsen (n =1) • Forbundet med øget velvære at komme hjem med pumpe • Patienten kan anbefale det til andre og har ved efterfølgende indlæggelser ønsket udskrivelse med pumpe. Udfordringer: • Personlig pleje ift. mulighed for at gå i bad. • Mobilitet (Stativ til pumpe) • Blodprøvetagning i hjemmet. • Opbevaring af medicinen i hjemmet.
Tidsplan: Arbejdsgruppen har identificeret inklusionskriterier og udfordringer og barrierer for en bredere implementering. På næstkommende møde udarbejdes en konkret implementeringsplan for øget brug af pumper under indlæggelse. Senere vil der blive udarbejdet en plan for, hvorledes implementeringen kan udvides til også at gælde for udskrevne patienter.
Bemærkninger: I regi af den nedsatte arbejdsgruppe ses der på løsninger for en række identificerede barrierer for implementering, herunder: • Blodprøvetagning i hjemmet • Holdbarhed af medicin • Sortiment – holdbarhed og opbevaring. • Valg af pumper (elastomer pumpe vs. CAD pumpe)

Samordningsudvalget i Nord
Tværasektorielt Udekørende Team
Formål og mål Samordningsudvalget i Nord har gennem en længere årrække arbejdet målrettet på, at sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser, og har i den forbindelse igangsat flere sideløbende indsatser, der alle sigter mod at understøtte udviklingen. I forbindelse med den sidste afrapportering af signaturindsatsen i 2020, blev følgende indsatser meldt ind, som alle indgår i det strategiske arbejde om at sikre sammenhængende og koordinerede tværasektorielle patientforløb; 1) Forbedrede udskrivelser 2) Helhedsgennemgang inden udskrivelse 3) Tværasektorielt Team (bestående af hhv. et tværasektorielt udekørende team, et udskrivelsesteam og telefonisk rådgivning – Funktionen er organisatorisk forankret i Akutafdelingen) Siden sidste afrapportering i 2020 har Samordningsudvalget truffet en beslutning om, at signaturindsatsen skal indkredsnes til at omhandle Tværasektorielt Udekørende Team mhp. at sikre større fokus og en mere målrettet indsats, der adresserer nogle af de udfordringer og behov, som gør sig gældende for borgere og patienter i planlægningsområde Nord. Hvor den demografiske sammensætning består af en større andel af ældre borgere og større geografisk spredning end blandt regionens øvrige planlægningsområder.
Beskrivelse af signaturindsatsen Tværasektorielt Udekørende Team skal bidrage til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, forebygge unødige (gen)indlæggelser og skabe fleksible forløb, der muliggør dels tidlig opsporing af forværringer i symptomer, dels behandling af borgere/patienter i det nære gennem et tæt samarbejde med de otte kommuner, almen praksis og 1813. Det sker ved følgende indsatsområder: 1. Udlægning af patienter til videre behandling i eget hjem 2. Tidlig opsporing af forværring i eget hjem 3. Generel rådgivning både i forhold til instrumentelle opgaver og faglig sparring Målgruppen for indsatsen er; voksne borgere/patienter > 18 år med overvejende somatisk problemstilling, hvor det skønnes, der er tale om en forebyggelig indlæggelse, hvor almentilstanden ikke er forværret i en sådan grad, at det kræver hospitalsindlæggelse og behandlingen kan foregå i hjemmet. F.eks. lettere infektioner, akut diarré, opkastning, dehydrering, obstipation, demente borgere på grund af øget risiko for organisk delir, eller borgere, hvor behandlingsmålet er palliativt.
Brugerinddragelse: For at få et indblik i patienternes/borgerens oplevelse af at blive behandlet i hjemmet er der foretaget 21 kvalitative interviews i perioden august 2020- april 2021. Disse interviews vil i løbet af de kommende måneder analyseres og resultaterne vil danne afsæt for udarbejdelsen af en artikel. De umiddelbare tilkendegivelser viser dog, at der er stor tilfredshed med at behandlingen kan foregå i hjemmet og det giver ofte borgeren mulighed for at opretholde et hverdagsliv trods behandling.
Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen: I 2020 har det Tværasektorielle Udekørende Team haft 1912 hjemmebesøg fordelt på 850 borgere. De foreløbige tal for 2021 (dvs. frem til ultimo juli) viser, at der har været 1490 hjemmebesøg fordelt på

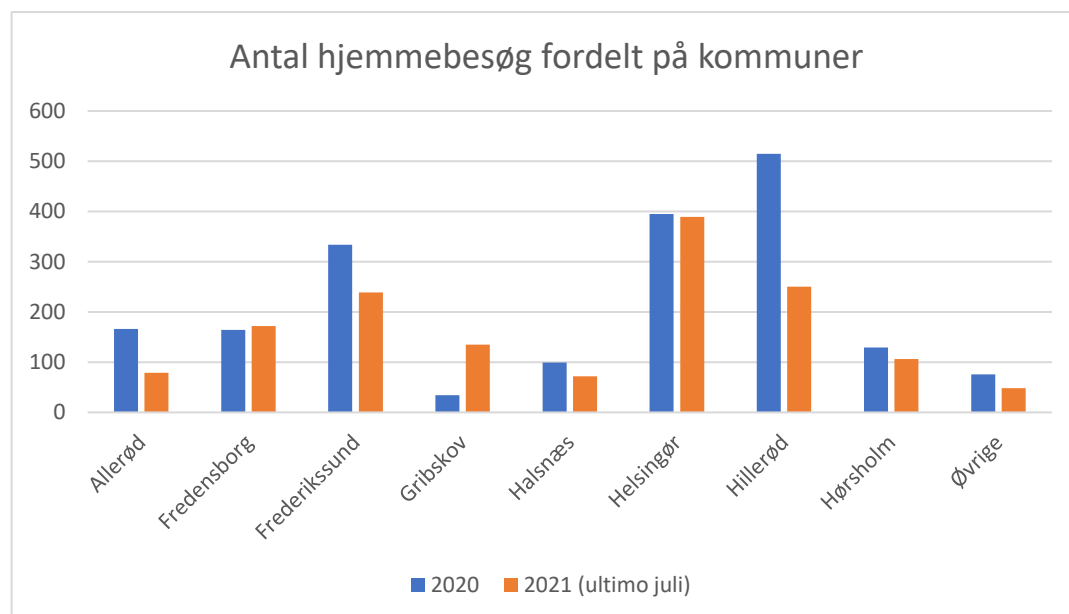
Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser

Bilag 1 - Side -8 af 17

675 borgere. For begge år svarer det i gennemsnit til 2,2 besøg pr. borger. Nedenstående graf viser, antallet af hjemmebesøg opgjort på kommuneniveau.

Med udgangspunkt i de foreløbige data er forventningen, at antallet af hjemmebesøg i 2021 vil blive højere end i 2020, som dels kan tilskrives;

- En gradvis implementering hvor de resterende fem kommuner, som ikke indgik i den første implementeringsfase, blev koblet på indsatsen ultimo 2020.
- Øget kendskab til det Tværsektorielle Udekørende Team både i kommuner, 1813 og blandt praktiserende læger, hvor flere samarbejdspartnere gør brug af teamet
- Flere kommuner udvider samarbejdet mhp. at flere enheder i kommunen kan kontakte det Tværsektorielle Udekørende Team foruden akutfunktionen
- Indgået en samarbejdsaftale med PLO ultimo december 2020, som muliggør at praktiserende læger kan kontakte teamet, såfremt der er behov for en vurdering af borgere med mistanke om covid eller som er covid positive.



Generelt er der i Samordningsudvalget og blandt de involverede samarbejdspartnere stor tilfredshed med samarbejdet om det Tværsektorielle Udekørende Team.

Tidsplan/milepæl:

I samordningsudvalget har der været et ønske om, at der blev udarbejdet et rammepapir for signaturindsatsen, der beskriver og konkretiserer indsatsen, herunder arbejdsgange, kommunikation, dokumentation, aftaler mm. Styregruppen for signaturindsatsen har i den forbindelse nedsat en arbejdsgruppe, som netop er ved at udarbejde et rammepapir.

Næste milepæle er, at Samordningsudvalget drøfter og godkender rammepapiret for signaturindsatsen på mødet d. 2. december 2021 ligesom, at den kommende samarbejdsaftale omkring IV-behandling i eget hjem implementeres og forankres i Tværsektorielt Udekørende Team. Desuden vil der ultimo 2021 afvikles et tværsektorielt netværksmøde med sygeplejersker fra både Tværsektorielt Team (som det Tværsektorielle Udekørende Team er en del af) samt sygeplejersker fra de kommunale akutfunktioner, som kan styrke samarbejdet yderligere.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -9 af 17

Bemærkninger:

Som det gør sig gældende for den kommende samarbejdsaftale om IV-behandling, er der ifm. signaturindsatsen desuden en opmærksomhed på aftalen omkring 72 timers behandlingsansvar, der for nuværende er under udarbejdelse, da det potentielt vil være en opgave som det Tværsektorielle Udekørende Team kan understøtte i praksis.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -10 af 17

Samordningsudvalg Bornholm
Udvikling af samarbejdet på akutområdet på Bornholm
Formål og mål: Formålet med indsatsen er at afdække og afprøve muligheder i forhold til: • hvordan akutbilen i øget omfang på det somatiske område kan inddrages i samarbejdet med Bornholms Hospital, den kommunale akutfunktion og praktiserende læger på Bornholm med henblik at "syge borgere opholder sig og behandles der, hvor deres behov varetages bedst".
Beskrivelse af signaturindsatsen Akutbil Bornholm indsættes som PHV₁ på Bornholm tilpasset lokale forhold og det lokale tværsektorielle samarbejde, herunder: • Praktiserende læger på Bornholm vil kunne rekvirere en B-kørsel gennem Akut Ambulancebestilling i Akutberedskabet, hvorefter Akutbil Bornholm vil blive disponeret som en PHV af regionens vagtcentral. • Der arbejdes med udvikling af lokal kommunikations-/dokumentationspraksis, der sikrer, at egen læge/den kommunale akutfunktion relevant orienteres om PHV'ens indsatser • Der vil blive afsøgt nye målgrupper/indsatser for PHV'en på Bornholm med afsæt i at Akutbil Bornholm er bemannet med både en paramediciner og en anæstesisygeplejerske • Der vil blive arbejdet med fælles kompetenceudvikling og kultur på tværs af sektorerne 1 Akutberedskabet har siden 1. marts 2020 haft to akutbiler i drift i den øvrige region - benævnt "Præhospital Visitor" (PHV). PHV disponeres i den øvrige region til akutte ambulancekørsler (B-kørsler), samt til særlige opgaver (B3-PHV), hvor den sundhedsfaglige visitorator i løbet af telefonsamtalen med borgeren vurderer, at patienten skal tilses, men hvor det samtidig vurderes, at indlæggelse ikke nødvendigvis er påkrævet.
Status: Der er igangsat kompetenceudvikling for sygeplejersker og paramediciner som kører akutbilen således, at de oplæres til at varetage PVH opgaver fremadrettet. Dette sker i samarbejde med Akutberedskabet i RegionH Der er afholdt kick-off 8 september 2021, hvor projektet blev præsenteret for relevante samarbejdspartnere herunder også brugere og politikere.
Brugerinddragelse: Brugerrepræsentant deltager i alle møder og har hidtil bidraget konstruktivt i såvel idé, udviklings- og planlægningsfasen. Ydermere er brugerperspektivet blevet belyst i en lille kvalitativ undersøgelse forud for projektets endelige opstart. I samarbejde med Center for patientinddragelse bliver projektet belyst i forhold til brugerperspektivet undervejs. Brugerråd og patientforeninger var inviteret med til kick-off.
Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen:
Tidsplan:

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser

Bilag 1 - Side -11 af 17

Akutbilens nye opgaver (PHV) igangsættes fra 20. september og er planlagt til fortsat drift. Efter 3 mdr. bliver projektet evalueret. Nye pleje- og behandlingsopgaver, til gavn for borgerne, vil løbende blive vurderet og implementeret.
Bemærkninger: Covid har medført forsinkelse på projektet blandt andet i forhold til kompetenceudvikling.
Psykiatriciens fælles samordningsudvalg og de lokale samordningsudvalg for både voksne og børn og unge
Implementering af strukturerede netværksmøder, herunder brug af den fælles skabelon for netværksmøder på det psykiatriske område
Formål og mål: Formålet med indsatsen er at implementere brugen af strukturerede netværksmøder med afsæt i den fælles skabelon og dermed sikre, at borgeren eller barnet/den unge samt forældre evt. forældremyndighedsindehavere inddrages i hele netværksmødeprocessen og det tværsektorielle samarbejde styrkes.
Beskrivelse af signaturindsatsen Netværksmøder Netværksmødet planlægges i samarbejde med borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e) og med afsæt i deres ønsker og behov. På baggrund af deres ønsker og behov inviteres relevante parter til et møde. Typisk er der tale om repræsentanter fra psykiatrien og kommunale forvaltninger. Derudover deltager repræsentanter fra borgerens eller barnets/den unges samt forældres, evt. forældremyndighedsindehaver(e)s netværk, hvis det ønskes. På mødet aftales det, hvem der gør hvad i det videre samarbejde for at imødekomme borgerens eller barnets/den unges samt forældres, evt. forældremyndighedsindehaver(e)s ønsker og behov. Det aftales også, hvem der er tovholder for samarbejdet, og om der er behov for opfølgende møder. Det aftalte skrives ind i skabelonen med navn og kontaktoplysninger. Efter mødet får alle deltagere inklusive borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e) en kopi af netværksmødeskabelonen. Skabelonen fungerer som mødereferat, og indeholder en beskrivelse af formålet med mødet (dagsordenen), hvem der har deltaget med navn og kontaktoplysninger, hvad der er blevet aftalt, og hvem der er ansvarlig for at handle på det aftalte. Borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e) inddrages således i hele processen fra planlægning til gennemførelse og opsamling af netværksmødet. Det bemærkes desuden, at borgerens eller familiens egen læge kan deltage i netværksmødet, hvis det giver mening, og kan passes ind i lægens kalender. Alternativt kan lægen få kopi af netværksmødeskabelonen (referat), hvis borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e) samtykker til det. Egen læge kan således være med til at understøtte

de tiltag og beslutninger, der er truffet. Det kan have en positiv betydning for borgeren/barnet, den unge og deres familier og give en oplevelse af sammenhæng.

Signaturindsats

På det psykiatriske område arbejder alle samordningsudvalg på både voksenområdet og børne- og ungeområdet med at implementere strukturerede netværksmøder med brug af den fælles skabelon. Ved at sætte kontinuerligt fokus på dette arbejde på alle møderne i samordningsudvalgene frem til afrapportering i 2021 sikres et ledelsesmæssigt fokus på opgaven, der rækker ud til de driftsmæssige led i organisationerne.

Status:

For at sikre en fælles model for indsamling af data på tværs af planområder, besluttede Psykiatriens fælles samordningsudvalg på det sidste møde i 2020 en fælles model for monitorering af signaturprojektet.

Det sker ved, at alle planområder har udfyldt spørgeskemaer, der relaterer sig til elementerne i skabelonen for tværsektorielle netværksmøder. Der var desuden spørgsmål om, hvorvidt det tværsektorielle netværksmøde havde værdi for hhv. borgeren/barnet/den unge og deres familier samt de professionelle deltagere på mødet.

På voksenområdet er dataindsamlingen sket ved, at den tværsektorielle konsulent på de enkelte centre har bistået med at få udfyldt spørgeskemaerne for ca. 10 netværksmøder pr. kvartal i hvert planområde.

På børne- og ungeområdet er dataindsamlingen sket ved, at deltagerne efter mødet har fået tilsendt et link til et elektronisk spørgeskema.

De to forskellige opgørelsesmetoder gør, at databearbejdningen har været lidt forskellig på de to områder.

Dataindsamlingen er sket i perioden fra begyndelsen af 2021 til udgangen af juli 2021. Den løbende dataindsamling er løbende drøftet på møderne i de lokale samordningsudvalg.

Brugerinddragelse:

Arbejdet med strukturerede netværksmøder og den fælles skabelon har blandt andet til formål at inddrage brugerperspektivet allerede fra planlægningen af netværksmøder, idet planlægningen tager afsæt i de ønsker og behov, som borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e) definerer. Inddragelsen af brugerperspektivet øger borgerens eller barnets/den unges samt forældres, evt. forældremyndighedsindehaver(e)s ejerskab til proces og indsatser og dermed også understøtter, at de konkrete indsatser gør en større forskel for borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e)s situation og udvikling.

Borgeren eller barnet/den unge samt forældre, evt. forældremyndighedsindehaver(e) deltager i netværksmødet i alle tilfælde, hvor det kan lade sig gøre, og de ønsker det, og der er altid mulighed for at borgeren/barnet eller den unge kan tage pårørende eller andre relevante personer fra sit netværk med til netværksmødet.

Bruger- og/eller pårørenderepræsentanter har derudover plads i de lokale samordningsudvalg, både på børne- og ungeområdet og voksenområdet, ligesom der er mulighed for at invitere andre brugere med til møderne.

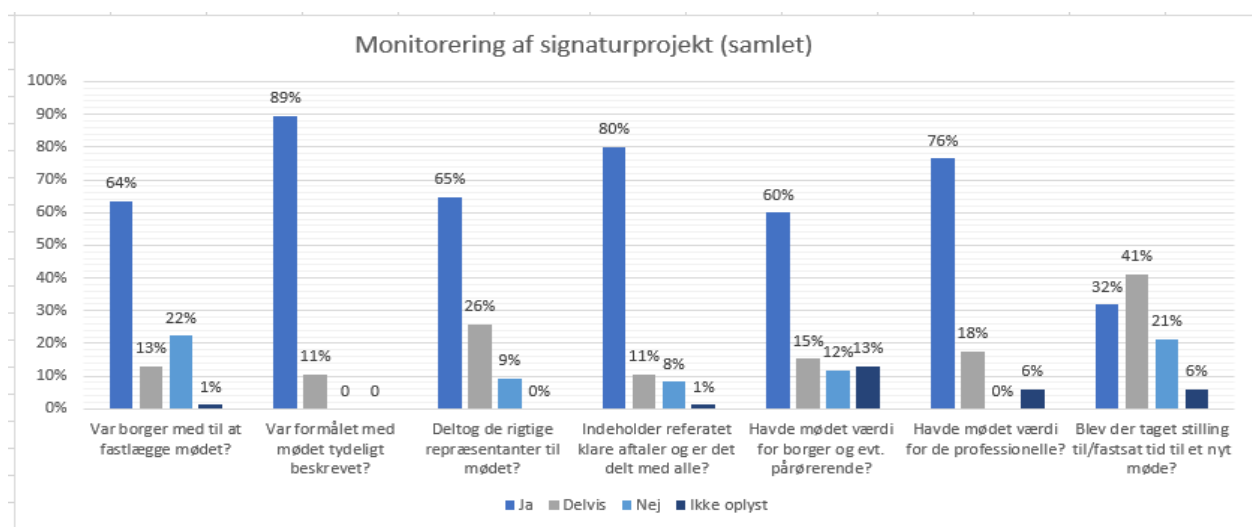
Det bemærkes i øvrigt, at der var brugerrepræsentanter med i udarbejdelsen af den fælles skabelon for de strukturerede netværksmøder.

Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen:

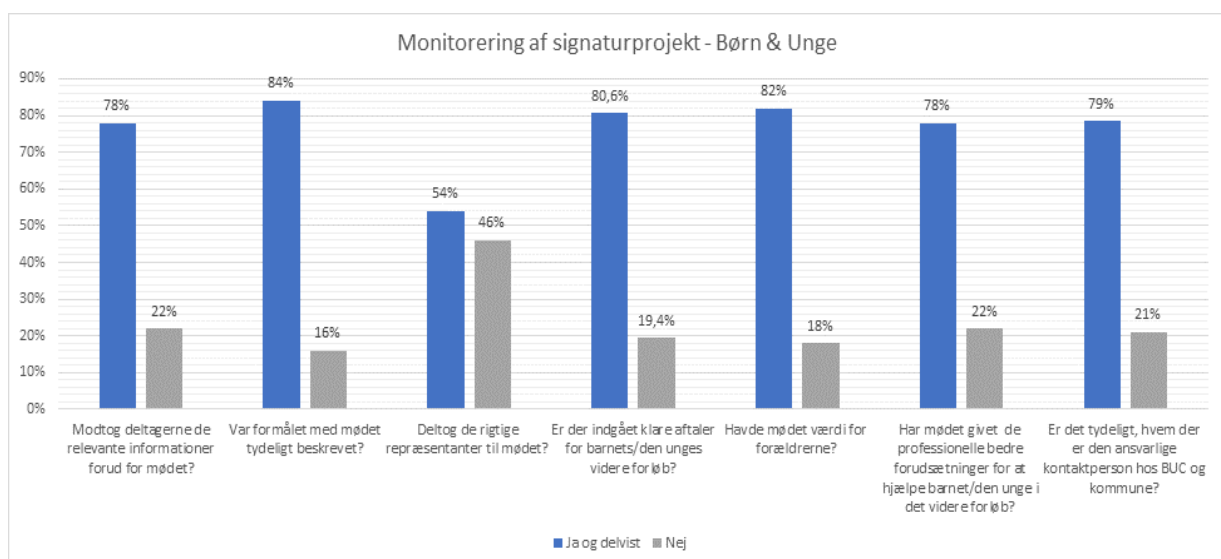
Dataindsamling

Selve monitoreringen er som nævnt ovenfor gennemført lidt forskelligt på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet.

Der er indsamlet følgende data på voksenområdet:



Der er indsamlet følgende data på børne- og ungeområdet:



Løbende drøftelser af data på samordningsudvalgsmøderne

Alle lokale samordningsudvalg har på alle møder i 2021 drøftet tilbagemeldingerne fra monitoreringen.

Data giver et godt grundlag for at arbejde med kvaliteten af tværsektorielle netværksmøder – både i forhold til områder, hvor det går godt, og hvor der er mulighed for at arbejde med forbedringer.

Drøftelserne på møderne i de lokale samordningsudvalg, der især har forholdt sig til de områder, hvor der er behov for at være særligt opmærksom. Det drejer sig bl.a. om fortsat at arbejde på at sikre, at borgeren, barnet/den unge og familien inddrages i planlægningen af mødet.

Det drejer sig også om at have en større opmærksomhed på, at have fokus på, at sikre de rette deltagere på møderne, herunder invitere praktiserende læge med til netværksmødet. Der er en udfordring ift. praktiserende lægers deltagelse i netværksmøder, da det kan være vanskeligt at afse tid til at gå til møder i konsultationstiden. Det drøftes, om det er muligt at praktiserende læger kan deltage virtuelt, hvor det kan give mening at patientens egen læge deltager i netværksmødet.

Det er ikke alene læger, der kan have vanskeligt ved at deltage i tværsektorielle netværksmøder. Der er derfor generel opmærksomhed på at arbejde med virtuelle netværksmøder – eller delvist virtuelle netværksmøder, hvor en del af deltagerne er med på video mens resten er fysisk til stede. Det skal i samarbejde med borgeren vurderes konkret i hver enkelt sag, men det har dels den fordel, at det kan være lettere at få planlagt, ligesom det kan reducere transporttid. Det kan desuden være mere skånsomt for borgeren, da det kan være overvældende, hvis der er mange med til møderne.

Effekter af signaturprojektet

Arbejdet med signaturprojektet har været med til at understøtte implementering af strukturerede netværksmøder, herunder brug af den fælles skabelon, da det har været kontinuerligt fokus på opgaven, ligesom monitoreringen har givet et godt grundlag for at arbejde konkret med kvaliteten af de tværsektorielle netværksmøder.

Tidsplan:

De lokale samordningsudvalg har i hele 2021 arbejdet med implementeringen af de strukturerede netværksmøder, herunder brugen af den fælles skabelon for netværksmøder på det psykiatriske område. Det er sket på baggrund af den model for monitorering, som blev aftalt ultimo 2020 i Psykiatriens fælles samordningsudvalg.

Resultaterne fra monitoreringen har været fast på dagsordenen i alle møderne i de lokale samordningsudvalg, der er holdt i 2021. Der har på møderne været konkrete drøftelser af de udfordringer, som monitoreringen har vist med henblik på at forbedre kvaliteten af de tværsektorielle netværksmøder.

Afrapporteringen af signaturindsatsen er godkendt af formandskabet for Psykiatriens fælles samordningsudvalg og vil blive drøftet på det kommende møder i både de lokale samordningsudvalg og Psykiatriens fælles samordningsudvalg efter Tværsektoriel strategisk styregruppe har behandlet afrapporteringen.

Bemærkninger:

Arbejdet med signaturindsatsen er forløbet uden barrierer.

Samordningsudvalg Byen
Regional varetagelse af behandlingsansvar i på kommunale døgnpladser
Formål og mål: Det overordnede formål med at lade regionale læger varetage behandlingsansvaret på kommunale døgnpladser er, at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgere og patienter som ikke er indlæggelseskrævende, men som er svækket i en grad som betyder at de har ophold på en midlertidig kommunal døgnplads. Samarbejdet har borgeren/patienten i centrum og har fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde om patienten.
Beskrivelse af signaturindsatsen Siden 2017 har der været et samarbejde mellem Frederiksberg Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital omkring Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering. Samarbejdet omfatter, at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital stiller en speciallæge til rådighed fra Geriatrik Afdeling. Lægen varetager behandlingsansvaret for borgerne på døgnrehabiliteringen. Lægen er til stede på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering i dagtid på hverdage og udfører nødvendige lægefaglige opgaver for borgere, der er indlagt på døgnrehabiliteringen. Aften/nat, weekender og helligdage er der mulighed for direkte telefonisk rådgivning ved geriatrik speciallæge på Bispebjerg-matriklen. Lægen rådgiver sundhedspersonale omkring borgerens behandling og har mulighed for at indlægge borgeren på Bispebjerg Hospital, hvis det vurderes nødvendigt. Dette sikrer altså både adgang til specialistrådgivning i kommunen hele døgnet, og at lægen kan tilse de borgere, der opholder sig på døgnrehabiliteringen, og kan dermed hurtigt igangsætte eller ændre i patientens behandling. Mulighed for at opbygge et lignende samarbejde mellem Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital drøftes fortsat. Der skal planlægges og implementeres en struktur omkring lægedækning for borgere, der opholder sig på midlertidige døgnpladser på Bystævneparken og evt. Vigerslevhus i Københavns Kommune.
Status: Lægedækningen er implementeret og velfungerende i Frederiksberg Kommune. Der er ikke indgået en endelig aftale med Københavns Kommune.
Brugerinddragelse: Det overvejes, om der skal inddrages brugere i styregruppen for varetagelse af behandlingsansvar i kommunerne. Dette kan bidrage til, at der tages højde for brugerens ønsker til samarbejdet.
Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen: Resultaterne fra Frederiksberg Kommune viser, at lægens tilstedeværelse på døgnrehabiliteringen forbedrer sammenhængen i patientens forløb både ved at sikre adgang til specialistrådgivning i kommunen hele døgnet, samt at lægen kan tilse de borgere, der opholder sig på døgnrehabiliteringen og kan dermed hurtigt igangsætte eller ændre i patientens behandling.
Tidsplan: Samarbejdet med Frederiksberg Kommune udvikles løbende, men er fuldt implementeret. Der er løbende drøftelser mellem Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Københavns Kommune vedr. en samarbejdsaftale omkring kommunens kommunale døgnpladser.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser

Bilag 1 - Side -16 af 17

Bemærkninger:

Den regionale aftale om 72 timers behandlingsansvar, som er ved at blive udarbejdet, kan få betydning for den endelige samarbejdsaftale med Københavns Kommune.

Samordningsudvalg Syd

Tværsektoriel udviklings- og implementeringsmodel for borgernære sundhedsindsatser i Planområde Syd

Formål og mål:

Formålet med udviklings- og implementeringsmodellen er at understøtte hurtig udvikling og implementering af konkrete tværsektorielle sundhedsindsatser, der har det fællestræk, at de leveres tæt på og til gavn for udvalgte, skiftende borgergrupper.

Beskrivelse af signaturindsatsen.

Modellen omfatter systematisk opprioritering af udvikling og implementering af borgernære sundhedsindsatser. Arbejdet er rammesat således, at der kan ske hurtig og løbende problemafdækning, og hurtig udvikling og implementering af borgernære og driftsnære indsatser, med udgangspunkt i et lille, hurtigt-arbejdende tværsektorielt forum, som understøttes af en fælles konsulent, finansieret af parterne i Planområdet i fællesskab.

Status:

Den tværsektorielle udviklings- og implementeringsmodel er dynamisk og udfoldes lidt forskelligt afhængigt af de problemstillinger, der arbejdes med.

I øjeblikket arbejdes der med pilotafprøvning af den regionale rammeaftale for IV behandling i kommunal regi. Modellen bringes også i spil i forbindelse med kommende indsatser i Planområde Syd:

- Afprøvning og implementering af lægeligt behandlingsansvar på midlertidige pladser
- Forbedret udskrivningskoordination

Andre eksempler på borger- og driftsnære problematikker, der hurtigt er blevet problemafdækket og på vej til at blive håndteret, er genanlæggelse af sonde og medicin ved udskrivelse til midlertidige pladser.

Brugerinddragelse:

Patient- og pårørendepræsentanter, der er medlemmer af Samordningsudvalg Syd Somatik, inddrages i det tværsektorielle udviklingsarbejde.

Foreløbige resultater / effekter af signaturindsatsen:

Modellen har været anvendt i forbindelse med samarbejdet omkring COVID-19, hvor der har været behov for at finde en ny samarbejdsform, der kan sikre en tæt praksisnær dialog på tværs af sektorer for at skabe tryghed i arbejdsgangene omkring indlæggelse og udskrivelse af borgere med covid-19. Den ny samarbejdsform har taget form som virtuelle tværsektorielle tavlemøder. Tavlemøderne har givet gensidig handlekraft i en situation, hvor såvel hospital som kommuner har haft behov for hurtig

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Status for signaturindsatser
Bilag 1 - Side -17 af 17

omstilling i forhold til driften. Det er besluttet at videreføre konceptet om virtuelle tavlemøder til at omfatte det løbende driftsnære samarbejde omkring indlæggelser og udskrivelser.
Tidsplan: Parterne i Planområde Syd har allerede taget den tværsektorielle udviklings- og implementeringsmodel i brug og konceptet udvikles løbende.
Bemærkninger: Det seneste år har såvel hospital som kommuner været optaget af samarbejdet omkring Covid-19. Det har påvirket udviklingen i det tværsektorielle samarbejde. Det har givet anledning til, at vi hurtigt har fundet nye samarbejdsformer omkring patienter med covid-19, men også trukket kapacitet og hastighed ud af andre samarbejder.

Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden



Indhold

1. Indledning	2
1.1 Aftalens grundlag	2
1.2 Aftalens parter	2
1.3 Formål	2
1.4 Målgruppe	3
1.5 IV-behandling	4
 2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi	5
2.1 Henvisning og visitation	5
2.2 Behandlingsansvar	6
2.3 Opstart på kommunal IV-behandling	6
2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi	7
2.5 Rådgivning under borgerens forløb	7
2.6 Afslutning af forløb	7
2.7 Kompetencer	8
 3. Aktivitet og økonomi	9
3.1 Aktivitet	9
3.2 Økonomi	9
 4. Monitorering og opfølgning	11
4.1 Monitorering	11
4.2 Opfølgning	11
 5. Øvrige forhold	12
5.1 Implementering af aftalen	12
5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen	12
 6. Temagruppens sammensætning	13

1. Indledning

Intravenøs behandling (IV-behandling) er et regionalt ansvarsområde, som finansieres og foregår på hospitalet under indlæggelse eller som ambulant behandling. IV-behandling kan også foregå i borgerens eget hjem med udgående personale fra hospitalet eller som selvadministration/brugerstyret behandling.

Hvis borgerne i stedet kan modtage deres intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i deres hverdag. Når borgeren modtager sin behandling udenfor hospitalet, kan det være med til at forebygge hospitalsinfektioner og særligt hos ældre borgere understøtte, at de fastholder deres funktionsniveau og bevarer en højere grad af livskvalitet.

IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer den videre IV-behandling.

Kommunen har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers IV-behandling kan varetages af kommunen.

1.1 Aftalens grundlag

Med Sundhedsaftale 2019-2023 vil vi skabe mere sammenhæng i borgernes forløb, mere lighed i sundhed, mere samspil med borgeren og mere sundhed for pengene.

Denne aftale tager afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. I aftalen betyder det, at der altid skal vælges den behandlingsform, som er mest sikker og effektiv, som er mindst mulig indgribende i borgerens liv, og som understøtter den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Aftalen er en forsøgsordning, hvor parterne i aftaleperioden har mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen.

1.2 Aftalens parter

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen. Parterne er de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med denne aftale er at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppe



Målgruppen for aftalen er borgere i stabile forløb

- som er opstartet i IV- behandling, der er givet under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.
- som er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi.
- med et ikke indlæggelseskrævende behov for IV-behandling.
- som lægefagligt er vurderet egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

Det forudsættes, at alle punkterne ovenfor er opfyldt. Der kan i helt særlige situationer og efter gensidig aftale mellem parterne være behov for at tage individuelle hensyn i konkrete forløb.

1.5 IV-behandling

Aftalen omfatter

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

I særlige situationer, og når der er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foretages. Det vil altid være en individuel vurdering.

Det vurderes altid om behandlingen alternativt kan gives som tabletter, som selvadministration/brugerstyret behandling eller i pumpe før traditionel IV-behandling.

Hospitalet anlægger en IV-adgang på borgeren, der egner sig til IV-behandling i kommunalt regi, med mindst mulig indgriben for borgeren og som samtidig understøtter smidige arbejdsgange for de kommunale sygeplejersker. Det vil typisk være gennem perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line), vaskulær injektionsport (VIP) og MID-line. Hospitalet har ansvaret for at genanlægge IV-adgang. Af hensyn til borgeren kan kommunen dog vælge at genanlægge PVK, forudsat kompetencerne er til stede.

IV-antibiotika leveres i lukkede systemer i infusionspose til intermitterende behandling, samt udvalgte antibiotika i døgndækkende poser, der indgives ved hjælp af elektroniske pumper. Desuden udvides muligheden for behandling med IV-antibiotika i elastomeriske/mechaniske pumper til døgndækkende behandling. I takt med udvikling af døgndækkende elastomeriske/mechaniske pumper, vil opsætning af IV-antibiotika ske 1 gang i døgnet i stedet for intermitterende doser, der gives 2-4 gange i døgnet.

Af hensyn til risiko for anafylaktisk chok skal den første dosis IV-antibiotika gives i hospitalsregi. Denne dosis kan gives under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.

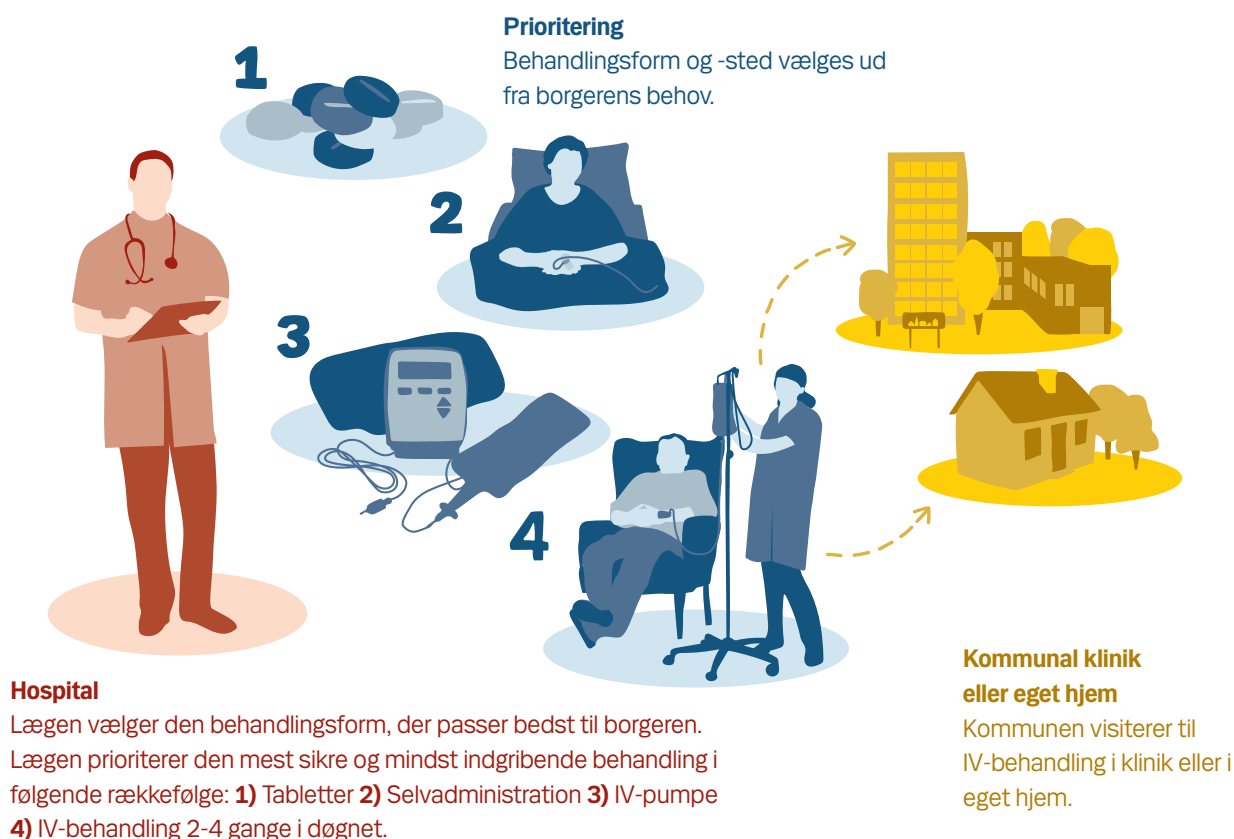
Den behandlingsansvarlige læge skal skriftligt præcisere, hvis borgeren ikke må forlades under indgiften.

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 4 besøg pr. døgn og/eller i tidsrummet fra 23.00-07.00.
- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end 60 minutter ad gangen.

2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi

IV-behandling uden for hospitalet



2.1 Henvisning og visitation

Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis det lægefagligt vurderes at borgeren er egnet til IV-behandling i kommunalt regi og hvis borgeren er i målgruppen for aftalen.

Det vurderes individuelt om borgeren kan overgå til tabletter eller selvadministration/brugerstyret behandling.

IV-behandling i kommunalt regi kan foregå i sundhedscenter/sygeplejeklinik/akutplads/midlertidig plads eller i eget hjem, herunder plejecentre og botilbud. Hvis IV-behandlingen finder sted i borgerens eget hjem, skal hjemmet være vurderet egnet hertil af kommunens personale.

Borgeren skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi. Borgeren skal altid oplyses om at hospitalet har behandlingsansvaret og informeres om mulighederne for ambulant tid eller indlæggelse, såfremt noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses udenfor hospitalet.

Den samlede vurdering sker i et samarbejde mellem borgeren, eventuelt dennes pårørende samt fagpersoner i kommunen og på hospitalet.

2.2 Behandlingsansvar

Den behandlende hospitalsafdeling har det lægefaglige ansvar for den opstartede IV-behandling, indtil denne er afsluttet. IV-behandlingen delegeres til kommunen, mens hospitalet fortsat har ansvar for opfølgning på behandling, herunder blodprøver mv.

Praktiserende læge og Akutberedskabet har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er opstartet i hospitalsregi.

I situationer hvor IV-behandlingen er opstartet på et andet hospital i Region Hovedstaden end i borgerens hjemkommunes planområde, også i Region Hovedstaden, er disse forløb omfattet af nærværende aftale.

2.3 Opstart på kommunal IV-behandling

Kontakt til kommunen

Hospitalet tager telefonisk kontakt til kommunen med henblik på at afklare og aftale IV-behandling i kommunalt regi.

Kommunen vurderer om de kan varetage opgaven, herunder sikre at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.

Uddybning af de digitale arbejdsgange mellem hospital og kommune præciseres i særskilt oversigt over digitalt kommunikations-flow.

Behandlingsplan

Lægen på hospitalet lægger en plan for det forventede IV-behandlingsforløb i kommunen, herunder nødvendige observationer, forslag til blodprøver og ændring i medicinsk behandling ved behov.

Information om behandlingsplan, observationstid, eventuel kontrol af infektionstal, behandlingens længde samt kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlige afdeling på hospitalet sendes til kommunen via gældende MedCom henvisning.

Ved opstart på kommunal IV-behandling skal Fælles medicinkort (FMK) være ajourført med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling.

Al ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe i forbindelse med den ordinerede behandling medgives fra hospitalet. Desuden medgives sygeplejeartikler til behandlingen samt opsamlingsudstyr til sikker destruktions af materiale og lægemiddelrester. Hospitalet har under hele IV-forløbet ansvar for at levere ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe hos borgeren eller på kommunalt depot efter aftale. Tilsvarende har hospitalet ansvar for at levere

sygeplejeartikler samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Medgivet medicin opbevares i overensstemmelse med Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler.¹

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til kommunale sygeplejersker kan aftales for den enkelte borger (dvs. der kan ikke laves rammedelegation).²

Information til egen læge

I forbindelse med henvisning til kommunal IV-behandling sender hospitalslægen en epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi

Efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer kommunen den videre IV-behandling. Hospitalet genanlægger IV-adgang (PVK), hvis kommunen ikke har de nødvendige kompetencer.

Den kommunale sygeplejerske skal melde tilbage telefonisk til den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Hvis det er tilfældet, skal hospitalslægen foretage en ny vurdering af, hvorvidt der skal foretages ændringer i behandlingen. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Hvis lægen på hospitalet ordinerer prøver, skal lægen give de kommunale sygeplejersker besked om prøvesvarene og om disse får betydning for det aftalte forløb. Kommunikation om prøvesvar sker efter aftale i det konkrete behandlingsforløb og kan ske både telefonisk og via korrespondancemeddelelser. Når et svar afgives mundtligt, skal kommunikationen foregå via Sikker Mundtlig Kommunikation. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Praktisk håndtering af ordinerede blodprøver aftales lokalt i planområderne.

Faglige vejledninger til hospitaler og kommuner vedrørende IV-behandling i kommunalt regi vil supplere og understøtte denne aftale.

2.5 Rådgivning under borgerens forløb

Hospitalet stiller kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af det kommunale personale. Hospitalet står til rådighed hele døgnet for spørgsmål vedrørende igangværende IV-forløb.

2.6 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem hospitalslægen på den behandlende afdeling og den kommunale sygeplejerske.

¹ Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

² Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundheds- og Ældreministeriet, 2009. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>

Som dokumentation for afslutning af forløbet i kommunen sender den kommunale sygeplejerske et afslutningsnotat til den behandlende afdeling på hospitalet.

Når forløbet er afsluttet, sender hospitalet en ambulant epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.7 Kompetencer

Det forudsættes, at de kommunale sygeplejersker er oplært i forhold til IV-antibiotika- og IV-væskebehandling.

De kommunale sygeplejersker har faglige kompetencer indenfor følgende områder:

- Klinisk erfaring med observation og pleje af IV-adgang, herunder forebyggelse af komplikationer fx infektioner.
- Viden om og erfaring med hygiejniske principper og steril teknik.
- Viden om de valgte præparaters virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om behandling af allergiske reaktioner, herunder anafylaktisk chok.³
- Klinisk erfaring med væske- og elektrolyt behandling, samt behandlingens virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om hjerte- og kredsløbets respons på væske- og elektrolytbehandling.
- Kendskab til de arbejdsmiljømæssige krav i forbindelse med indgift af præparaterne.⁴

De kommunale sygeplejersker kan have behov for at genopfriske og vedligeholde deres faglige kompetencer - og for yderligere oplæring. Behov for oplæring i forhold til konkrete IV-behandlingsforløb kan fx ske ved sidemandsoplæring og aftales enten lokalt eller mellem hospitalet og den kommunale sygepleje.

Ved behov kan kurser mhp. kompetenceudvikling udbydes og koordineres i regi af planområderne samt på regionalt niveau.

³ Behandling ved mistanke om anafylaksi skal fremgå af lokale instrukser, jf. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (VEJ nr 9079 af 12/02/2015). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>; Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

⁴ Af miljømæssige hensyn bortskaffes risikoaffald i henhold til kommunens regler for håndtering af risikoaffald.

3. Aktivitet og økonomi

3.1 Aktivitet

Det er forventningen, at der i Region Hovedstaden er ca. 5.700 årlige IV-forløb i kommunalt regi, når aftalen er fuldt implementeret. Estimatet af antal årlige forløb er baseret på en vurdering fra Herlev og Gentofte Hospital, der har erfaring med IV-forløb i kommunalt regi samt det estimat, der ligger til grund for en tilsvarende aftale i Region Midtjylland.

Det er forudsat, at halvdelen af forløbene i kommunalt regi sker i borgerens hjem og halvdelen på kommunal klinik. Vurderingen er foretaget ud fra en helhedsbetragtning, hvor en del af borgerne vil være i stand til at transportere sig til kommunal klinik for at modtage IV-behandling. I tilfælde, hvor det ikke er muligt enten af borgerhensyn eller fordi klinikken er lukket, modtager borgeren IV-behandling i eget hjem.

3.2 Økonomi

Der er udarbejdet en takstmodel for afregning af forløb. Takstmodellen består af en trappemodel med forløbstakster for tre typer IV-behandling (IV-antibiotika, IV-væske, IV-pumpe) samt dagstakster, der bliver afregnet for længere forløb. Dagstakst bliver alene anvendt når forløbene strækker sig udover de antal dage, der er forudsat i forløbet. Forløbstakster er valgt for at skabe en enkel model, der er let at administrere. Det er forventningen, at hovedparten af forløbene alene vil blive afregnet med forløbstakst.

Længden af forløbene varierer

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

I takstmodellen indgår en 'trappe', som regulerer taksten i takt med antallet af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi, stiger. Trappemodellen afspejler, at i takt med at antallet af årlige IV-besøg stiger, opnår kommunerne bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge IV-behandling. Trappemodellen består af 3 successive trin, hvor antal årlige IV-forløb i Region Hovedstaden definerer trinene. De første 1.500 forløb bliver afregnet efter taksterne på trin 1. De følgende forløb op til 3.000 bliver afregnet efter taksterne på trin 2. Herefter bliver forløbene afregnet efter taksterne på trin 3.

Taksterne ses i tabel 1 på næste side.

Tabel 1: Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden, i kr. 2020-niveau

	Trin 1 (0-1499 årlige forløb)		Trin 2 (1500-2999 årlige forløb)		Trin 3 (3000+ årlige forløb)	
	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst
IV-antibiotika	6915	1485	6411	1366	6159	1306
IV-væske (isoton)	1343	341	1274	309	1240	292
IV-pumpe	2049	341	1912	309	1843	292

Principper for registrering og afregning præciseres i særskilt vejledning.

4. Monitorering og opfølgning

4.1 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet skal aftalen monitoreres.

Der monitoreres og registreres på følgende parametre:

- Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.
- Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.
- Type af IV-behandling.
- Antal daglige behandlinger.
- Tid medgået til behandling pr. behandling.
- Længde af forløb med IV-behandling.
- Hvor stor en del af IV-behandlingen, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.

Data opgøres i kommunerne og på hospitalerne.

4.2 Opfølgning

Der gennemføres en undersøgelse af den brugeroplevede kvalitet, herunder vil brugerrepræsentanter blive inddraget i tilrettelæggelse af undersøgelsen.

Med henblik på at følge aktiviteten tæt, følges der op på aktivitetsdata hver 3. måned. Der foretages en evaluering af aftalen efter 2 år.

Resultater fra opfølgningen forelægges til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget.

5. Øvrige forhold

5.1 Implementering af aftalen

Implementering sker i regi af sundhedsaftalen. Den lokale implementering forankres i de somatiske samordningsudvalg. I hvert planområde nedsættes en implementeringsgruppe.

Ved behov for drøftelse af principielle problemstillinger kan samordningsudvalgene rejse disse til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen

Nærværende aftale træder i kraft den 4. oktober 2021 og er af 2 års varighed. Inden aftalens udløb og senest den 30. september 2023 tages der stilling til forlængelse af aftalen.

Med aftalens ikrafttræden indledes implementering af aftalen i planområderne.

6. Temagruppens sammensætning

Aftalen er udarbejdet af en temagruppe nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe for Sundhedskordinationsudvalget i Region Hovedstaden i perioden august 2020-maj 2021.

Temagruppen var sammensat af følgende ledere, brugere og fagpersoner med kendskab til eksisterende erfaringer og aftaler eller viden om IV-behandling i kommunalt regi:

Formandskab

Niels Peter Møller, direktør, Brøndby Kommune (kommunal formand).

Rene Priess, vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital (regional formand).

Brugerrepræsentanter

Bente Clausen, brugerrepræsentant.

Bjarne Kristensen, brugerrepræsentant.

Søren Rimmen, brugerrepræsentant.

Kommunale repræsentanter

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune.

Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, leder af sundhedsområdet, Ballerup Kommune.

Susanne Tronier, centerchef, Rudersdal Kommune.

Anette Sophie Beck Hjort, sektionschef, Hillerød Kommune.

Linda Rask Westergaard Nielsen, sundhedsfaglig chefkonsulent, Københavns Kommune.

Regionale repræsentanter

Jesper Lihn, enhedschef, Region Hovedstaden/Jean Hald Jensen, enhedschef, Region Hovedstaden.

Tina Holm Nielsen, vicedirektør Amager og Hvidovre Hospital.

Helle Rabing, ledende oversygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital.

Finn Rønholt, ledende overlæge, Herlev og Gentofte Hospital.

Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital.

Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet.

Gitte Søndergaard, læge, Region Hovedstadens Akutberedskab.

Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant.

Sekretariat

Vibeke Nymann Folmer sundhedskonsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden/

Trine Cornelius Høgh, konsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Christian Roldsgaard Hejlesen, teamleder, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Michala Jessen, chefkonsulent, Region Hovedstaden/Winnie Brandt, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Pernille Faurischou, sundhedsfaglig chefkonsulent, Region Hovedstaden

Alle skal med

Region Hovedstadens
arbejde med det nære
og sammenhængende
sundhedsvæsen

Juni 2021

Regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: **6 mål** som styrker indsatsen på egen banehalvdel

Det starter med patienten. Region Hovedstaden har en vision om at drive et sundhedsvæsen, der tilbyder den behandling, som giver mest værdi for patienten. Et menneskeligt sundhedsvæsen, hvor borgere og patienter oplever et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere kan behandles i eller tæt på eget hjem, og vi forebygger indlæggelser og genindlæggelser. Det kræver, at vi arbejder målrettet på at styrke det nære sundhedsvæsen og på at skabe mere sammenhæng i behandlingsforløb. Der er brug for en markant omstilling i måden, vi tilbyder behandling på i det samlede sundhedsvæsen. Alle skal med.

I Region Hovedstaden har vi, med budgetaftalen for 2021, politisk besluttet at sætte retning på regionens arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Vi ser, at der er flere områder, hvor pilen peger på os selv, både når det gælder udfordringer og når der skal findes nye løsninger. Vi vil starte med at se indad og sammen med hospitaler og og koncerntre finde konkrete indsatser, som vi selv kan sætte i gang for at skabe større nærhed og sammenhæng i patientforløb. Vi er den største aktør i sundhedstrekanten. Vi vil tage ansvar for at sikre bedre overgange mellem egen læge, kommune og hospital, og se på hvordan vi kan bidrage til, at vores samarbejdspartnere i kommuner og praksissektor får de bedste betingelser for at give behandling og pleje, når de er i kontakt med borgere.

Værdibaseret sundhed hele vejen

Region Hovedstaden har et overordnet mål om at skabe værdi for patienten og samtidig levere mest mulig sundhed for pengene. Det mål skal bl.a. indfris via en ny model for styring på hospitalerne – værdibaseret sundhed, som sigter mod: Den patientoplevede kvalitet og effekt, Den faglige kvalitet og God ressourceudnyttelse. Disse tre pejlemærker sætter også rammen for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Nye hospitaler

Regionens hospitaler flytter i disse år i nye fysiske rammer med enestuer, akutmodtagelser og logistik, der understøtter nye behandlingsformer og effektive patientforløb. Hospitalerne skal kunne prioritere den højt specialiserede behandling til dem, der har det største behov. Borgere, der kan få gavn af mindre indgribende behandling uden at møde op på hospitalet, skal have den mulighed. Hospitalerne kan bl.a. bruge digitale løsninger til mere målrettede og tidlige indsatser i eller tæt på borgernes hjem. Samtidig skal hospitalerne tage større ansvar og være en stærk medspiller også uden for hospitalsmatriklen ved fx at tage behandlingsansvar eller stille specialistviden til rådighed for kommuner og praksis og dermed bidrage til, at den samlede sundhedsopgave løses på nye måder.

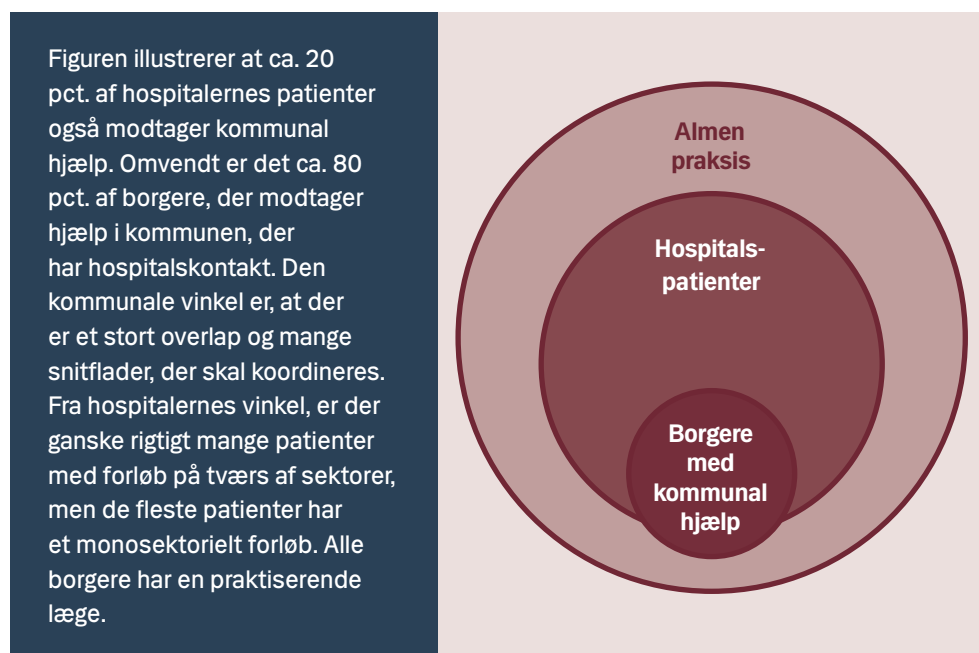
Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -3 af 28

Vi står på et godt fundament af erfaringer med udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal bygge videre på gode erfaringer og et velfungerende tværsektorielt samarbejde med kommuner og praksissektoren. Samarbejdet i regionen står på et godt fundament, bl.a. med sundhedsaftalen, der sætter rammer for parternes ansvar og udvikling af opgaver i de kommende år. Samarbejdet under COVID19 har sat en meget høj barre for, hvad der er muligt, når vi på tværs af region, kommuner og praksissektor arbejder for samme mål og løfter sammen. Samordningsudvalgene har bl.a. arbejdet med signaturprojekter under Sundhedsaftalen, fx IV-hjemmebehandling, aftalen om kommunale akutfunktioner, herunder lægefagligt behandlingsansvar, samt mulighed for kommunal adgang til data i sundhedsplatformen/SP-Link. Dette veletablerede samarbejde skal vi bygge videre på.

Der er behov for, at regionen sammen med kommuner og praksissektoren har et flerårigt politisk fokus på samarbejdet om fælles behandlingsforløb og de udfordringer og indsatser for borgerne, som ingen af os kan løse på egen hånd.



Region Hovedstadens arbejde med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen følger nationale tiltag, regeringens udspil, regulering, overenskomster og økonomiaftaler mv. Det er vigtigt, at vi hele vejen fra idé til handling overvejer, hvordan indsatsen understøtter målene i det nationale kvalitetsprogram – på mål, som vi allerede er enige om på tværs af sundhedsvæsenet.

Udfordringer som vi skal håndtere

Flere ældre borgere, mere komplekse forløb – og flere børnefamilier

Frem mod 2030 bliver der op mod 200.000 flere borgere end i 2018 i Region Hovedstaden. Stigningen ses i alle aldersgrupper, men den største stigning forventes blandt de ældste borgere. I takt med at flere lever længere, får flere kroniske sygdomme og mange lever med mere end en kronisk sygdom. Heraf følger et mere komplekst sygdomsbillede, og mange borgere er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet. Flere borgere vil have alvorlige sygdomme, der kræver længerevarende behandling. Ligesom der er flere borgere med samtidige somatiske og psykiatriske problemstillinger. I nogle dele af regionen stiger antallet af børnefamilier og unge mennesker, derfor skal vi også arbejde klogt med forebyggelse og tidligere indsatser til bl.a. sårbare familier og unge.

Patientbehandling og arbejdsgange omlægges løbende. Det betyder gennemsnitligt kortere indlæggelser, at flere behandlinger kan foregå ambulant og at nogle ambulante kontakter kan omlægges til fx virtuelle kontakter. Regionens nye hospitaler understøtter denne omlægning i arbejdsgange og behandlingsformer. Den demografiske udvikling forventes ikke at øge behovet for hospitalssenge, mens antallet af ambulante kontakter alt andet lige formodes at stige.

Nye behandlingsmuligheder og forventninger

Sundhedsvæsenet skal løbende indarbejde nye behandlinger og teknologier, der giver bedre behandlingseffekt og gør det lettere at være patient. Samtidig ønsker mange borgere så vidt muligt at være aktivt part i egen behandling og at blive taget med på råd, når der skal tages beslutninger. Sundhedsvæsenet skal understøtte, at behandling og tilbud tager udgangspunkt i den enkelte patient og målrettes efter hans og hendes behov, livssituation og forudsætninger. Nye behandlingsmuligheder, målretning af indsatserne og borgernes forventninger er både en udfordring og en del af løsningen, hvis vi griber det rigtigt an.

Et presset arbejdsmarked - regionen skal være et godt sted at arbejde

Ændringer i demografi og pres for omstilling gør det afgørende, at Region Hovedstaden har dygtige og engagerede medarbejdere, der kan arbejde ind i patientens samlede forløb og har redskaberne til at bruge hinanden rigtigt. Det kræver målrettede indsatser for rekruttering, uddannelse og fastholdelse. Det er vigtigt at have blik for, at rekrutterings- og kompetenceudfordringer i praksissektor og i kommunerne har betydning for det samlede sundhedsvæsen. Vi skal tage et større ansvar for, at Region Hovedstaden er et godt sted at arbejde, uanset hvor man har sit virke.

Danmarks største region med mange samarbejdspartnere

Region Hovedstaden er Danmarks største region. Vi samarbejder med landets største kommune og med nogle af de mindste. De geografiske områder, patienterne kommer fra (planområderne), er forskellige, hvad angår befolkningstæthed, sociodemografi og de har forskellige forudsætninger for samarbejde. Blandt praktiserende læger er der både enkeltmandspraksis og store lægehuse, ligesom der på tværs af regionen er forskelle i adgang til og mønstre for samarbejde med speciallæger. Regionen bedriver forskning og udvikling på højt internationalt niveau, den samarbejder med forsknings- og uddannelsesinstitutioner, life science virksomheder mv., og den varetager en række højt specialiserede funktioner og behandler borgere fra hele Danmark.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
Bilag 1 - Side -5 af 28

Et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen kan ikke være "one size fits all", men vi ønsker, at alle borgere skal have lige adgang til behandling af høj kvalitet. Derfor har vi brug for nye modeller for samarbejde og opgaveløsning, der kan rumme den variation, der er i regionen. Ellers er risikoen, at vi ikke finder de rigtige løsninger, og at det er laveste fællesnævner, der sætter ambitionsniveauet og tempoet for, hvad vi som region kan tilbyde.

Vi har i regionen en fælles ambition om at skabe værdi for borgerne. Derfor skal vi kunne skalere og implementere løsninger bredt, så der ikke over tid opstår store forskelle i, hvad man som borger kan forvente af tilbud.

Vi har som region tyngde - og en kæmpe trækraft til at lykkes med det, vi sætter os for.

6 mål for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Region Hovedstaden vil udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Regionen giver her bud på, hvor vi på egen banehalvdel kan være med til at skabe et mere menneskeligt sundhedsvæsen og samtidig ruste regionen til at imødegå de kommende års udfordringer. Med det afsæt sætter Region Hovedstaden 6 mål for arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen:

1. Tidligere indsats og mere behandling hjemme, når det giver mening for patienten og er fagligt relevant
2. Mere tryghed før og efter hospitalsbehandling
3. Lighed i sundhed og høj kvalitet i behandlingstilbud for alle
4. Let og sikker adgang til viden: Sundhedsprofessionelle skal have relevante oplysninger i patientforløb og adgang til specialistrådgivning og dialog i hverdagen
5. Flere kompetencer og ny viden om behandling hjemme og om samarbejde på tværs
6. Investeringer i det nære sundhedsvæsen, herunder i ledelse, kapacitet og implementeringskraft

Sådan
skaber vi
værdi for
borgeren:

Mere
behandling
hjemme

Tryghed
før og efter
hospitalsop-
hold

Lighed i
sundhed

Sådan
kommer
vi i mål:

Adgang
til relevant
viden
og sparring

Kompetencer
og ny viden

Investering
og implemen-
teringskraft

Mål 1: Tidligere indsats og mere behandling hjemme, når det giver mening for patienten og er fagligt relevant

Vi skal tilbyde behandling med afsæt i patientens behov og situation

Region Hovedstaden vil arbejde for, at behandling i større grad planlægges med udgangspunkt i den enkelte patients - borgers behov, ønske og livssituation. Ny teknologi og digitale løsninger skal hjælpe med at give et sundhedstilbud, der er mest muligt tilpasset borgernes liv og mindst muligt indgribende.

Med afsæt i kvalitet i behandling, patientsikkerhed og fornuftig brug af ressourcer, skal vi starte en udvikling mod, at vi tilbyder behandling hjemme, når det giver mening for patienten, og når det er fagligt relevant.

Behandling i eller tæt på eget hjem åbner muligheder for mere fleksible behandlingstilbud til borgere i et meget bredt spektrum af målgrupper. Det kan være den ældre medicinske patient med mange diagnoser, hvor ophold på hospitalet er krævende, indgribende og kan opleves utrygt. Det kan være den erhvervsaktive borger med kronisk sygdom, som har brug for, at fx løbende kontroller kan tilbydes under størst mulig hensyntagen til et aktivt liv. Det kan være en borger med psykisk sygdom, der har glæde af et fleksibelt tilbud, hvor kontakten sker hjemme hos borgeren, når det passer bedst. Det kan også være børn, hvor forældrene har ressourcerne til at klare en del af behandlingen, og familien kan slippe for mange transporter eller et langt ophold på hospitalet. Tidligere indsatser og behandling hjemme kan være relevant i hele patientforløbet fra tidlig diagnostik, fortløbende monitorering og tilrettelæggelse af selve behandlingen, og efterbehandling og kontroller, træning mv. Regionen kan også fx med digitale løsninger understøtte, at flere borgere kan mere, når det gælder sundhed, uden at de har brug for hospitalet.

Med COVID19 har rigtig mange borgere fået sundhedsvæsenet i lommen, med sundhedsapps og fx videokontakt til lægen. Mange er helt vant til selv at booke tid til prøvetagning på coronaprover.dk og hente prøvesvar fx på appen MinSundhed. Pandemien har også vist os, hvor hurtigt innovation kan gå, og at fx prøvetagning i nogle situationer kan ske og analyseres på stedet. Hospitalsafdelinger og Akutberedskabet har fået flere erfaringer med virtuelle kontakter, med video og telefon som supplement til fysiske kontroller. Fx blev flere prøver mobile og rykkede hjem til patienten for at skåne for smitterisiko. Pandemien har også vist, at nogen har brug for hjælp og træning i at bruge digitale løsninger, ligesom der er borgere og situationer, hvor det digitale ikke duer.

R rigtig mange borgere kan og vil gerne bruge de nye løsninger. Og regionen kan, bl.a. med Sundhedsplatformen, MinSP og teleambulatorier understøtte, at diagnostiske forløb og behandling tilbydes på nye måder, fx at man som borger kan have mere kontakt på video, kan følge sygdom med løbende målinger eller simpelt selv booke sin tid. Vi skal bruge det momentum, de erfaringer og den nysgerrighed der er til at omlægge behandling og ikke falde tilbage i gamle vaner.

Digitale løsninger er et vigtigt redskab til tidligere diagnostik og mere fleksible og målrettede behandlingstilbud

Region Hovedstaden vil målrette behandlingstilbud, så fx kontroller og konsultationer i højere grad kan ske, når patienten har behov og ikke efter faste rutiner. Når mere behandling sker hjemme hos

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -8 af 28

patienten, giver det samtidig bedre rum for fysisk fremmøde på hospitalet, for de patienter og i de situationer, hvor hospitalsophold er den bedste løsning.

Behandling hjemme er bl.a. teknologisk understøttet af:

- Video- og telefonkontakt mellem behandler og patient
- Hjemmemonitorering, fx med wearables
- Patientrapporterede oplysninger (PRO)
- Mobil blodprøvetagning og andre udgående funktioner
- Nye teknologier fx point of care-diagnostik
- Beslutningsstøtteværktøjer, bl.a. i SP

Som patient skal man kunne være tryk ved, at en del af behandlingen kan flyttes fra hospital til hjemmet. Patienter skal være klædt på til at indgå som aktiv part i egen behandling og have let adgang til support og rådgivning. Det betyder også, at der skal være lydhørhed over for, at nogle patienter har behov for eller foretrækker fysisk fremmøde eller de kan være bekymrede for nye behandlingsformer. Patienten skal inddrages i beslutninger om sin behandling. Det kræver en systematisk tilgang og værktøjer fx fælles beslutningstagning. Ligesom hjemme-måling i nogle tilfælde forudsætter, at medarbejdere kan ruste patienter til at forstå symptomer og sygdom og hvad målinger betyder, ift. hvordan man kan handle og mestre sin situation. Tilsvarende skal Sundhedsprofessionelle have de rette værktøjer og træning. De skal kunne vurdere, hvilke patienter, der har brug for hjælp til at tage imod tilbud om behandling hjemme, og hvilke patienter, der har brug for mere fysisk kontakt. Og de skal trænes i at have en god patientkontakt virtuelt, strukturere dialog og træffe faglige beslutninger, fx baseret på data, som patienten har indrapporteret hjemmefra.

En grundlæggende præmis for, at vi som region kan tilbyde mere behandling i patientens hjem er, at hospitalernes fokuserede arbejde med kvalitet og patientsikkerhed følger med ind i hjemmet. Der skal være klarhed om ansvar og opgaver, forudsigelige og dokumenterede processer, systematisk rapportering, fokus på hygiejne osv.

En bevægelse i retning af mere behandling hjemme sker ikke af sig selv, men kræver koordineret indsats i mange led. En hel række kliniske, praktiske og systemmæssige forudsætninger skal på plads. Regionen skal arbejde for, at ansvar, viden, teknologi, data, logistik og infrastruktur understøtter, at mere behandling kan ske i borgerens hjem. Det er fx vigtigt, at sundhedspersonale kan ordinere prøver og booke prøvetagning i Sundhedsplatformen, og at der er løsninger for fx mobil prøvetagning og andre relevante udgående funktioner.

Region Hovedstaden vil intensivere arbejdet med behandling hjemme ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ Hvert hospital, herunder Akutberedskabet, laver efter et ensartet format en plan for systematisk arbejde med omlægning af behandling på udvalgte patientgrupper/diagnoser. Det vil gælde behandling i hjemmet, fx videokonsultationer, som alene varetages af hospitalerne (monosektorielt).
- ▶ Udvide ordning med mobil prøvetagning til også at omfatte hospitalspatienter, som led i udgående funktioner.
- ▶ Fælles plan for arbejdet med PRO: Nye PRO-spørgeskemaer skal implementeres i SP og tages i brug. Der skal være teknisk understøttelse og kapacitet, så kliniske frontløbere ikke bremses. Der skal være en fælles ramme for implementering i klinikken i større skala.
- ▶ Innovation der kan skaleres: Afprøvning af nye patientforløb og nye teknologier, der testes, afprøves og tilpasses i patientbehandling/tidlig diagnostik. Fx brug af wearables der måler vitale værdier i samspil m. apps og integreres til SP, nye beslutningsstøtte-værktøjer mv.

Mål 2: Mere tryghed før og efter hospitalsbehandling

Region Hovedstadens hospitaler skal understøtte, at borgere oplever gode samlede behandlingsforløb, og at der samlet set er en hensigtsmæssig brug af ressourcer. Det kræver bl.a., at der er en tryk overgang mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på kommunale døgnpladser/plejecentre.

Nogle akutte indlæggelser sker, fordi der er brug for en sundhedsfaglig vurdering af borgerens tilstand eller for en akut, men relativt enkel behandling, fx ved dehydrering. En række af de akutte situationer kan forebygges, hvis hospitalerne i højere grad understøtter, at der er relevant viden og faglighed hjemme hos eller tættere på borgeren, som dermed kan undgå akut indlæggelse. Nye behandlingsformer og optimering af forløb på hospitalerne gør, at patientophold på hospitalet i dag i gennemsnit er kortere end tidligere. Hospitalerne udskriver borgerne, når de er lægefagligt færdigbehandlede og idermed ikke længere har behov for behandling på hospitalet. En del borgere vil dog fortsat have behov for mere intensiv pleje og/eller støtte efter afsluttet hospitalshandling. Her er det vigtigt, at hospitalet tager et større ansvar for det samlede patientforløb, også efter udskrivelse.

Det er afgørende, at hospitalet konsekvent leverer relevant og rettidig kommunikation til samarbejdspartnere – plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter til kommuner og epikriser til almen praksis og hurtig adgang til kvalificeret rådgivning, når noget uforudset opstår. Er der ikke sikret en god og tryk overgang, er der alt for stor risiko for en unødvendig genindlæggelse, ligesom det trækker kræfter i primærsektor. På samme vis vil akutte indlæggelser i en række tilfælde kunne undgås, hvis der er adgang til mere udvidet lægekontakt og diagnostik på stedet. Dermed kan akutte indlæggelser omlægges til roligere subakutte forløb, som kan give større tryghed og kvalitet for borgeren.

Hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter hospitalsbehandling for borgere, som også er i kommunal pleje

For de mest skrøbelige patienter vil Region Hovedstaden udvide behandlingsansvaret til 72 timer efter udskrivning. Det vil mindske risikoen for, at borgere bliver genindlagt unødvendigt. Regionen vil foreslå kommunerne og almen praksis, at vi implementerer en model for behandlingsansvar, der rettes mod en større målgruppe. Modellen vil tage afsæt i den aftale om behandlingsansvar, der er lavet under aftalen om kommunale akutpladser. Det udvidede behandlingsansvar på 72 timer vil til start gælde for borgere, som efter endt hospitalskontakt har behov for kommunal pleje.

Med **aftalen om kommunale akutfunktioner** er det lægefaglige behandlingsansvar for en borger givet til den læge, der har henvist til akutfunktionen. Det vil sige, at ansvaret ligger hos enten den praktiserende læge, lægen hos Akuttefonen 1813 eller hos en hospitalslæge. COVID-epidemien har accelereret afprøvning af behandlingsansvar uden for hospitalet med aftalen om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -11 af 28

Hospitalet skal være rustet til at løfte dette behandlingsansvar. Fx skal Sundhedsplatformen tilrettes, så afdelingerne nemt kan få overblik over de patienter, de har ansvar for. Derudover skal hvert hospital konkret beskrive, hvordan 72-timers behandlingsansvaret løftes bedst i samarbejde mellem hospitalets sygeplejersker og læger.

Udgangspunktet er, at behandlingsansvaret omfatter de sygdomme hospitalet har behandlet, og bl.a. indebærer medicin-gennemgang. Behandlingsansvaret er en funktion, der påhviler den afdeling, der har udskrevet patienten.

Modellen er ensartet, den dækker alle hospitaler og er et tilbud om samarbejde til alle kommuner og praktiserende læger i Region Hovedstaden. Afhængig af de enkelte hospitalers vilkår kan der være variation i, hvordan opgaven gribes an. Fælles er, at hospitalerne arbejder efter en model, som kan træde i kraft primo 2022. Modellen udvikles og udbygges, når der er erfaringer med den.

Rettidig tværsektoriel kommunikation af høj kvalitet

Det udvidede behandlingsansvar vil forventet øge de enkelte hospitalsafdelingers opmærksomhed på det videre patientforløb og herunder den kommunikation, som patient og pårørende, kommunal pleje og praksissektor har brug for efter udskrivning fra hospitalet. Ordningen med udvidet behandlingsansvar skal derfor ikke stå alene. Der er behov for, at hospitalerne gør en ekstra indsats for at øge kvalitet og rettidighed i den udgående kommunikation så som plejeforløbsplaner, udskrivningsrapporter, genoptræningsplaner, epikriser mv.

Fra akut til subakut behandling

I nogle situationer bliver borgere indlagt, fordi det i situationen opleves som det eneste alternativ, selvom det ikke er den bedste løsning for borgeren. Det kan være en tilstand, som kan vurderes og behandles af specialister på hospitalet i et subakut ambulant besøg den efterfølgende dag. En ordning med et subakut behandlingstilbud kræver et godt samarbejde med praktiserende læger, kommunale akutsygeplejersker og Akutberedskabet, fordi det er i kontakten med Akuttelefonen 1813, Den Centrale Visitation eller den praktiserende læge, at det vurderes, om der skal gives et tilbud om et subakut ambulant besøg eller om der er brug for en indlæggelse.

Region Hovedstadens Akutberedskab løser i dag en række akutte opgaver hjemme hos borgeren eller via Akuttelefonen 1813. Der er potentiale for, at flere akutte situationer kan løses uden indlæggelse. Regionen vil, med afsæt i hospitalerne og Akutberedskabets erfaringer, udvide tilbud om subakut behandling. Samtidig vil vi arbejde for at, gå efter en udvidet øge kendskabet blandt kommuner og praktiserende læger til de subakutte tilbud. Endelig vil vi se på, om Akutberedskabet i højere grad kan afslutte, færdigbehandle og følge op på borgeren i eget hjem.

Videokonference og teknologi til fremskudt diagnostik mv. kan støtte vurderingen af, hvor kritisk situationen er. I dag har Akuttelefonen 1813 udbredt brug af video både som støtte og supplement til konsultation med borgere og samarbejde med flere kommunale akutteams. Videokonsultationer kan spare unødige transporter og bekymringer og hjælper de sundhedsprofessionelle indbyrdes med at vurdere den relevante behandling. Tilsvarende er det oplagt, at videokonference, diagnostiske værktøjer mv. bruges i højere grad i faglig dialog mellem kommunal pleje, Akuttelefonen 1813 og de fælles akutmodtagelser mv.

Region Hovedstaden vil øge tryghed før og efter hospitalsbehandling ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ I samarbejde med hospitaler beskrives en model for behandlingsansvar på 72 timer efter hospitalsbehandling til borgere, som modtager kommunal pleje (efter sundhedsloven). Modellen, aftales med kommuner og med PLO
- ▶ Fortsat fokuseret indsats for at løfte kvalitet og rettidighed i udgående kommunikation
- ▶ Indsats for mere subakut behandling med afsæt i eksisterende erfaringer
- ▶ Innovation: Nye arbejdsgange og ny teknologi til at understøtte fremskudt diagnostik og udgående ambulante funktioner for både somatiske og psykiatriske forløb.

Mål 3: Lighed i sundhed og høj kvalitet i behandlingstilbud for alle

Borgere i Region Hovedstaden skal have lige adgang til behandling af høj kvalitet. Det betyder, at vi skal arbejde strategisk med at fremme lighed og kvalitet på flere fronter. Vi skal sætte ind over for geografisk ulighed, social ulighed og ulighed, der kan være relateret til fx handicap eller etnisk herkomst.

Region Hovedstaden er landets største region med stærke hospitaler og mange snitflader mod kommuner og praksissektoren. Hospitalerne har forskellige demografiske og geografiske vilkår for at løse deres opgaver. Det er en præmis for udvikling af kvalitet og behandlingstilbud på tværs af regionen. Hospitalerne løser deres opgave på lidt forskellig måde, men det er et mål, at borgere får sammenlignelige tilbud af høj kvalitet i hele regionen. På grund af forskelle i regionens hospitalsstruktur og geografi etableres nogle tilbud kun lokalt, fx de kommende regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund, mens andre tilbud løftes i en ensartet model med fælles rammer, fx udvidet behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsophold.

Social ulighed i sundhed viser sig ved, at der er en stærk sammenhæng mellem social baggrund og sundhed. Vi ved fx, at forskelle i, hvor hurtigt sygdom diagnosticeres, hænger sammen med social ulighed – og giver ulighed i sundhed. Social ulighed kan vise sig igennem hele livet og derfor har Region Hovedstaden både i sin forebyggelsesplan og i sundhedsaftalen fokus på forebyggelsesindsatser, der i stor udstrækning skal løftes sammen med praksis og kommunerne, der har hovedansvaret for forebyggelse.

Høj kvalitet i behandlingstilbud til alle borgere

Borgerne i Region Hovedstaden skal kunne forvente høj faglig kvalitet i hele regionen og nogenlunde ensartede tilbud og servicerammer – også når der i de kommende år afprøves og implementeres nye behandlingsmodeller og tilbud. Hospitalerne skal have mulighed for at afprøve forskellige modeller for fx behandling hjemme, som er tilpasset hospitalernes forhold og patientgrundlag. Dermed opnås også et bredere regionalt erfaringsgrundlag for, hvordan behandling hjemme kan bidrage til at skabe mere værdi for patienten, faglig kvalitet og bedre ressourceudnyttelse.

Vi skal holde fast i målet om, at gode tiltag, der iværksættes rundt på hospitalerne, kan skaleres bredt og implementeres i hele regionen, når vi har dokumenteret, at de skaber værdi for borgeren.

Det skal være mere gennemsigtigt for sundhedsprofessionelle i kommuner og praksis, hvem der gør hvad i forhold til hospitalerne. Klarhed om opgaver og ansvar i patientforløb gør det lettere at samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, og man kan så vidt muligt sørge for, at patienten får det rigtige tilbud i første forsøg. Samtidig er det i en travl hverdag vigtigt, at sundhedsprofessionelle har overblik over de tilbud der gælder, og kan arbejde efter, at der gælder samme aftaler og modeller for samarbejde og patientforløb i hele regionen.

Nogle typer indsatser skal implementeres efter en ensartet model i regionen, og andre kan med fordel implementeres med større variation. Det er vigtigt, at regionen er garant for kvaliteten i det samlede forløb og kan løfte sin del af opgaverne, når det gælder fælles patienter.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -14 af 28

Region Hovedstaden vil se på muligheder for at tilbyde mere ensartet service på tværs af hospitalerne og se på, hvordan regionen kan påtage sig opgaver i det samlede patientforløb, afhængigt af, hvilke hospitaler og kommuner, der samarbejder. Fx kunne Region Hovedstadens Akutberedskab dække nogle opgaver for Bornholms Hospital, som andre hospitaler løser in house. På Bornholm anvender man allerede teknologiske muligheder, fx video til at tilbyde bedre adgang til speciallægekompetencer for øens borgere. Der er et større potentiale for, at Region Hovedstaden kan tilbyde mere ens service både for borgere og for sundhedsprofessionelle i kommuner og praktiserende læger.

Lokale løsninger: Sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund som spydspids for afprøvning af nyt samarbejde

Mere lighed i adgang til sundhed fordrer, at vi arbejder med at finde lokale løsninger, så borgere får lettere adgang til samme tilbud. Et eksempel er, at der i forbindelse med sammenlægningen af hospitalsmatriklerne i Nordsjælland til et nyt moderne hospital, etableres regionale funktioner i sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund. Det skal sikre tilbud om hospitalsydelser tæt på borgernes hjem og giver samtidig mulighed for at udvikle nye samarbejdsformer med de omkringliggende kommuner og praktiserende læger. Her er afsættet, at uanset om behandlingen tilbydes på et hospital, et sundhedshus eller hjemme, sker det med samme høje kvalitet. Borgerne vælger selv, om de vil modtage behandling i et af sundhedshusene eller på hospitalet i Hillerød.

Regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund

Som en del af hospitals- og psykiatriplan 2020 blev det aftalt at etablere sundhedshuse med en akutklinik i Helsingør og Frederikssund. Planlægningen af de regionale funktioner i sundhedshusene er i gang. De omfatter ambulante kontroller til borgere med kronisk sygdom, jordemoderkonsultationer og fødselsforberedelse, særlige tilbud til sårbare gravide, ambulante tilbud til overvægtige mv.

Aktuelt er der årligt ca. 5.000 ambulante besøg i sundhedshuset i Helsingør. I det nye sundhedshus planlægges med ca. 25.000 ambulante besøg. Både af hensyn til kvaliteten og for at få mest sundhed for pengene skal der være tilstrækkelig volumen til at behandle patientgrupperne på flere matrikler. For nærværende findes ikke grundlag for at udlægge yderligere aktivitet.

Der forventes et stort potentiale i at etablere et tættere samarbejde, både fysisk og digitalt, mellem kommuner, almen praksis og hospitalet om tilbud til borgere. Det kan fx være fælles konsultationer, fælles kompetenceudvikling, fælles rehabiliteringsforløb mv.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -15 af 28

De regionale funktioner i sundhedshusene og samarbejdet om patientforløb etableres med ambitionen om, at borgere skal opleve forbedrede og sammenhængende forløb af høj kvalitet tættere på deres hjem. De indsatser for mere sammenhængende patientforløb, som springer ud af samarbejdet med kommuner og praksis, vil være et væsentligt bidrag til regionens arbejde med kvalitet og lighed i sundhed i de kommende år.

Social ulighed i sundhed

Regionens Sundhedsprofiler viser store forskelle i sundhed og forventet levetid afhængigt af socio-demografiske faktorer som fx uddannelse. Ulighed i sundhed er et strukturelt problem, som sundhedsvæsenet ikke kan kompensere for, men det er vigtigt, at vi ikke forstærker den sociale ulighed i sundhed gennem den måde, vi tilrettelægger og udvikler sundhedstilbud på. Sundhedsvæsenet kan være svært at navigere i, særligt for mennesker med flere samtidige sygdomme, psykosociale problemer og behov for støtte fra flere aktører og sektorer. Regionen er gennem en årrække lykkedes med at bruge socialsygeplejersker til at bistå de allermost udsatte patienter. Deres kernekompetencer bygger på specialistviden om de socialt udsattes komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer og på evnen til at bygge bro mellem patient og sundhedspersonale og understøtter, at behandlingen kan ske på patientens præmisser.

Nye behandlingsmuligheder, hvor flere tilbydes behandling i eller tættere på eget hjem kan understøtte, at flere patienter kan klare mere selv og dermed, at der kan blive bedre plads til de patienter, der har mest brug for mere omfattende hjælp fra sundhedsvæsenet. Men nye behandlingsmuligheder og ny teknologi mv. kan også bruges målrettet og skræddersyet til at løfte kvalitet i diagnostik og behandling for udsatte borgere. Det kan fx være nye behandlingstilbud, der gør, at sundhedsvæsenet kan følge borgere tættere, eller stille sig til rådighed på nye måder, så det er lettere for borgere at række ud efter hjælp. Det gælder fx borgere med psykiske lidelser, som kan have særlig svært ved at opsøge og følge behandling. Region Hovedstadens Psykiatri har et særligt tilbud om ambulant behandling til patienter med psykisk sygdom, der har brug for et fleksibelt behandlingstilbud. Her tilbydes den ambulante behandling i patientens nærmiljø af et såkaldt F-ACT team. Et andet eksempel, hvor vi skal have fokus på nye måder at tilbyde vores indsatser på er kræftbehandling. Kræft kan i mange tilfælde behandles, hvis sygdommen opdages i tide, men det er fortsat et problem, at diagnosen kommer for sent - og det følger stadig sociale skel. Vi skal gå efter at række bredere ud med forebyggelse, tidlig diagnostik og screeningsprogrammer og bruge nye samarbejds måder, teknologi mv. til at få alle med.

Ulighed i sundhed er i stor udstrækning et strukturelt problem, men for det enkelte menneske et individuelt problem med komplekse og sammensatte udfordringer. Derfor skal der arbejdes på to strenger. Vi skal blive bedre til at møde det enkelte menneskes behov med individuelt tilpassede løsninger. Samtidig skal vi sætte ind strukturelt for at bekæmpe ulighed med viden og med forebyggelse. Region Hovedstaden skal bidrage med at udvikle fælles målrettede tidlige indsatser med udgangspunkt i data fx fra sundhedsprofilerne og ved at gå forrest med løsninger, som gør at flere borgere kan få gavn af vores behandlingstilbud.

Region Hovedstaden vil arbejde for lighed i sundhed ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ Skalering og implementering af succesfulde projekter, fx signaturprojekter, i hele regionen
- ▶ Lykkes med at skabe og dokumentere gode resultater for de regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund
- ▶ Tydeliggøre "hvem gør hvad" og arbejde med nye samarbejdsmodeller, der kan understøtte mere ensartede tilbud, fx ved at Akutberedskabet eller udvalgte afdelinger bistår i opgaveløsningen i det samlede behandlingsforløb
- ▶ Tilbyde viden, data og kompetencer til at arbejde med fælles populationsansvar med data, der viser indlæggelsesmønstre og forløb på tværs af sektorer bl.a. med henblik på at arbejde med ulighed i sundhed på strukturelt niveau.

Mål 4: Let og sikker adgang til viden: Sundhedsprofessionelle skal have relevante oplysninger i patientforløb og adgang til specialistrådgivning og dialog i hverdagen

Et mere sammenhængende og trygt forløb for borgerne forudsætter, at sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer agerer koordineret og har opdateret viden om det samlede behandlingsforløb. Uanset hvor komplekst et forløb er, skal borgeren have tryghed for, at der er styr på det. Når behandlerne på tværs af sundhedsvæsenet har adgang til opdateret viden, der er relevant for det fortsatte patientforløb og samtidig har gode vilkår for dialog og faglig sparring, understøtter det kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløbet. Det handler om at arbejde for ét samlet sundhedsvæsen, hvor de forskellige led understøtter hinanden, så der er relevant viden i det samlede forløb.

Region Hovedstaden vil blive bedre til at stille viden til rådighed dér, hvor borgeren er. Det skal bidrage til, at flere borgere undgår et unødvendigt besøg på hospitalet. Hvis praktiserende læger eller plejepersonalet i kommunerne har trækningsret på specialisten til sparring eller til at få svar på konkrete faglige spørgsmål, kan flere problemstillinger løses i eller tæt på borgerens hjem.

Rationalet er, at et godt fagligt samarbejde, hvor man har blik og respekt for hinandens opgaver, ansvar og kompetencer, kan spare unødige hospitalsbesøg og bidrage til at styrke kvalifikationer og faglighed dér, hvor borgeren er. Og modsat, hvis borgerne sendes unødigt rundt i systemet eller hvis den enkelte sundhedsprofessionelle mangler viden om behandlingsforløbet, så forringer det muligheden for, at den sundhedsprofessionelle kan løse sine opgaver, det kan forsinke indsatsen, og der er øget risiko for, at der opstår fejl, der truer patientsikkerheden. Når den praktiserende læge oplever, at en henvisning tilbagevises fra hospitalet, giver det frustration. Når den kommunale sygeplejerske oplever at vente på adgang til den information eller medicingodkendelse, der gør at hun kan komme videre med behandling af en syg borger, giver det frustration. Når akutafdelingen oplever, at der er pres på sengene på grund af unødige indlæggelser, giver det frustration. Hospitalspersonale, praktiserende læger og kommunalt plejepersonale er hinandens kolleger i patientens samlede forløb. Og regionen har en særlig opgave i at sikre, at alle kan spille hinanden gode.

Målet om let og sikker adgang til viden løber i to spor. Det handler for det første om indhold i og rammer for tværsektoriel kommunikation. Det handler for det andet om, at regionen kan stille sin ekspertise til rådighed for kolleger i primærsektoren og på tværs i regionen og tilbyde faglig sparring og dialog.

Tværsektoriel kommunikation og fælles viden

Kommunikation og deling af patientoplysninger er afgørende for en tryk og korrekt behandling af patienten. Komplekse patientforløb, hvor patienten har mange sideløbende kontakter i forskellige sektorer, betyder at behovet for at dele viden kun er stigende. Der skal være let og sikker adgang til de oplysninger, der er relevante i behandlingssituationen. Det understøttes af digital kommunikation. Der er behov for adgang til viden om det samlede behandlingsforløb både på hospitalet, i den kommunale pleje eller i praksissektoren.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -18 af 28

Der sker i disse år et skifte i den digitale kommunikation, så flere oplysninger deles via opslag i fælles registre. Det skal fremme, at sundhedsprofessionelle har overblik over det samlede forløb, når borgerne har flere samtidige kontakter. Et klassisk eksempel er, at både hospital, praktiserende læge og kommunal pleje har fælles overblik over aktuel medicinering via det fælles medicinkort.

Arbejdet med digital kommunikation i sundhedsvæsenet sker i samarbejde mellem parterne nationalt. Region Hovedstaden arbejder for, at det er de rigtige løsninger, der prioriteres nationalt og sikrer, at de fælles løsninger implementeres og virker i regionen. Hospitalerne har mange ønsker til digital udvikling og Region Hovedstaden har derfor en vigtig opgave i at holde balancen og også prioritere de tiltag, der kan gøre hverdagen lettere for kolleger i kommuner og praksis, og som understøtter, at patienter og pårørende kan holde overblik over de samlede forløb, på tværs af sektorer.

Region Hovedstaden prioriterer digital kommunikation med borgere, kommuner og praksissektor

Mange oplysninger deles digitalt. Det gælder fx i epikriser, Fælles Medicinkort (FMK) mv. Regionen arbejder for, at sundhedsprofessionelle kan dele viden om medicin, og er på vej med at understøtte fælles viden om patientens stamdata, aftaler, fravalg af genoplivning mv. via "Et samlet patientoverblik" og om gravide i "Digital understøttelse af graviditetsforløb". Speciallæger og almen praksis kan via Sundhedsjournalen tilgå patientoplysninger fra hospitalerne. Der arbejdes p.t. regionalt med en it-løsning, som gør det muligt at udveksle billedmateriale mellem hospital og speciallægepraksis. Region Hovedstaden har åbnet mulighed for, at kommuner kan tilgå oplysninger via SP-link, ligesom kommuner i hele landet har fået adgang til data via Sundhedsjournalen. Det er en prioritet, at patientoplysninger fra primærsektoren og private hospitaler m.fl. også deles nationalt, så man på hospitalerne kan se dem via Sundhedsplatformen. Det understøtter, at kommuner og praksissektor kan samarbejde tættere om patientbehandling. Det betyder også at borger kan se sit samlede forløb, også aftaler mv. i primærsektor, bl.a. på Min Sundhed og Min SP.

Struktureret deling af oplysninger i patientforløb giver også strukturerede data, som er vigtige for udvikling af kvalitet og forskning i samlede patientforløb mv.

Udgående kommunikation, fx epikriser og genoptræningsplaner mv., fra hospitalerne skal være relevant og rettidig, hvis praktiserende læge og kommunalt plejepersonale skal kunne følge op på behandling efter et hospitalsophold. Regionen vil sætte ind for at løfte kvaliteten. Dette skal understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder og kommunal plejetilbuds videre behandling af borgere efter endt hospitalsophold.

Særligt i psykiatrien er der brug for bedre rammer for at kunne dele oplysninger på tværs af sektorer, fordi forløb ofte går på tværs af sundhedsfaglige og sociale indsatser.

Kan vi gøre det lettere at gøre det rigtige hurtigere? For ofte oplever praktiserende læger, at henvisninger til hospitalerne bliver tilbagehenvist. Et problem der fx gør sig gældende inden for psykiatrien. Årsager kan findes flere steder. I nogle tilfælde er henvisningerne mangelfulde, i andre tilfælde kan det skyldes uklarhed om visitationsretningslinjer eller manglende mulighed for at finde relevant tilbud til

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -19 af 28

patienten. Region Hovedstaden vil fortsætte samarbejdet med almen praksis om at finde en løsning på dette problem fx med dialog via praksiskonsulentordningen, audits og et datagrundlag.

En konkret løsning på at give mere smidig adgang til at viderehenvise patienter, er at bruge speciallægepraksis i større udstrækning, når det er fagligt relevant. Det er også relevant at se på modeller for screening-/straskontakt, som kan bidrage til at sortere og lette pres på henvisninger.

Det forudsætter, at der er klare visitationsretningslinjer, som er udarbejdet i samarbejde med speciallægepraksis, hospitaler og almen praksis. Målet er at tydeliggøre opgavefordelingen, bidrage til bedre ressourcenyttelse, og at skabe mere klarhed over patienternes vej gennem sundhedsvæsenet

Specialistrådgivning og dialog

Almen praksis har en ret veludbygget adgang til specialistrådgivning, ligesom der er gode muligheder for adgang til diagnostiske undersøgelser og henvisning til videre udredning. Der er også mulighed for rådgivning ved de Centrale Visitations enheder (CVI) eller på afdelingsniveau om konkrete patienter, hvor det er uklart, om der skal foregå en videre udredning i praksis eller på hospitalet. Men tilbuddene kan bruges endnu mere end de gør i dag. Regionen vil arbejde for, at de praktiserende læger får et bedre overblik over de eksisterende rådgivningstilbud. Der er et potentiale i at forbedre adgangen til specialistrådgivning i speciallægepraksis, der også kan være med til at aflaste hospitalerne. Rådgivningsfunktioner skal udvikles i samarbejde med almen praksis for at sikre, at de opleves som en service, der opfylder konkrete behov.

Kommunale plejetilbud har også behov for, at hospitalerne er tilgængelige med sparring og vejledning. Region Hovedstaden vil arbejde for at udbygge de nuværende ordninger med telefonisk rådgivning, så de forenkles og udvides, så der er adgang til specialistrådgivning døgnet rundt. Flere problemstillinger skal kunne løses, når de opstår. En mulighed er at bruge bl.a. video mere og se på, hvordan bl.a. Akuttelefonen 1813 kan gøre en større forskel for kommuner og praksis.

Regionen kan også stille sin specialistviden til rådighed ved at bidrage til kompetenceudviklingsforløb i primærsektoren, bl.a. om de store kroniske sygdomme. Fx bidrager Steno Diabetes Center Copenhagen i dag til uddannelsestilbud til både sundhedsprofessionelle i kommuner, almen praksis og fodterapeuter.

Der etableres i disse år, i forlængelse af nationale aftaler på området, fælles patientforløb efter såkaldt "shared care"-modeller, bl.a. for diabetespatienter med fodsår, for borgere med KOL og forløb for hjerte-rehabilitering. Disse fælles patientforløb understøtter tidligere, målrettede behandlingsindsatser og er baseret på faglig dialog og samarbejde på tværs af sektorer. Regionen har en opgave i at lykkes med at bruge nye samarbejdsformer fagligt og organisatorisk.

Region Hovedstaden vil prioritere let og sikker adgang til viden ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ Regionen vil være "klar tidligt" når det gælder digital kommunikation, deling af data mv. Etablere digitale løsninger mv., der understøtter bedre samlede patientforløb så bl.a. primærsektor og borgere har nem adgang til relevante oplysninger. Det gælder både tiltag, der er aftalt nationalt og regionale spydspids-tiltag, fx samlet patientoverblik, fravalg af genoplivning, billeddiagnostik, prøvesvar, SP-link mv.
- ▶ Nedbringe tilbageviste henvisninger. Indsatsen skal aftales med almen praksis og kan tage afsæt i dialog, fælles audits og ved at udnytte praksiskonsulentordningen.
- ▶ Udvikle en model for adgang til specialistrådgivning, der sikrer en overskuelig og døgndækket adgang fx ved, at rådgivningsfunktionen løses i fællesskab på tværs af hospitaler, Akuttelefonen 1813 og speciallægepraksis.
- ▶ Succesfuld implementering af aftalte fælles patientforløb for KOL, hjerterehabilitering mv.

Mål 5: Flere kompetencer og ny viden

Region Hovedstaden ønsker at udvikle et sundhedsvæsen, hvor flere borgere kan modtage behandling hjemme, med større vægt på forebyggelse og tidligere indsatser og bedre sammenhæng også i komplekse behandlingsforløb.

Det kræver en omstilling, der skal bæres frem af de sundhedsprofessionelle. Det er dem, der hver dag træffer beslutninger om behandling sammen med patienten. De skal have de rigtige kompetencer og fagligt grundlag for at vurdere, om patienten får den rigtige behandling i situationen. Derfor er der brug for at investere i nye kompetencer i takt med, at vi bruger nye behandlingsmetoder, og at vi bliver klogere på, hvad der giver værdi i det samlede patientforløb.

Regionen har stærke kompetencer, når det gælder at arbejde datadrevet, evidensbaseret og med høj faglig kvalitet. Den tilgang skal stærkere i spil og kan drive udvikling frem, når det gælder nye løsninger, faglig kvalitet og patientsikkerhed i de samlede patientforløb. Der skal flere kræfter i at udvikle og forbedre behandlingsforløb, også uden for hospitalets matrikel. Skal regionen arbejde offensivt for at gentænke diagnostiske indsatser og patientforløb, afprøve nye teknologier mv., kalder det også på nye fagligheder og samarbejde, bl.a. med universiteter, life science virksomheder, inspiration fra udland mv.

Og når nye løsninger viser lovende resultater, skal vi afkorte tiden fra afprøvning og drift i mindre skala til udbredelse i stor skala. Der skal mere takt og tempo på indsatsen. Vi skal være bedre til at høste af hinandens erfaringer og tro på, at det nogen har haft succes med, måske også kan bringes til at virke andre steder. Det handler også om, at regionen kan blive bedre til at stille viden og data om patientforløb til rådighed for kommuner og praksissektor.

Nye kompetencer og patientinddragelse

Kontakten med patienten og patientomsorg tager en anden form, når man ikke sidder fysisk sammen i et ambulatorium. Behandling hjemme kræver nye kompetencer hos både patienten og den sundhedsprofessionelle. Og begge skal kunne bruge og mestre den digitale løsning. Der opstår nye rammer for at arbejde med diagnostik, kommunikation og forberedelse, og det skal både sundhedsprofessionelle og patienter være klædt på til.

Hospitalerne skal arbejde både med kompetencer hos sundhedsprofessionelle og hos patienten, når patienten skal tage mere aktiv del i behandlingen. Der skal opbygges praktisk erfaring med, hvordan digitale løsninger bedst indpasses i patientens hverdag. Der ligger en stor opgave hos hospitalerne i at understøtte, at mange patienter kan få gavn af nye former for behandlingsløb, og at sundhedsprofessionelle har motivation til arbejde på nye måder og kan imødekomme forskellige patientbehov.

Hospitalerne skal have kompetencer, der kan understøtte afdelingerne i at omlægge til mere behandling hjemme og mere samarbejde på tværs.

Samtidig skal regionens koncerncentre understøtte hospitalerne og formidle viden, læring og kompetencer, tilrettelægge ensartede forløb mv.

Regionen kan også række mere offensivt ud, fx til vidensmiljøer og life science virksomheder, for at tage nye måder at tilrettelægge forløb, behandlingsformer og teknologier ind. Regionens arbejde skal være drevet af, hvad der giver værdi for patienten, men inspiration, nye teknologier og tilgange kan komme fra andre brancher og i samarbejde med nye aktører.

Kvalitet og patientsikkerhed

En grundlæggende præmis for at omlægge behandlingsforløb, så mere behandling kan ske hjemme hos patienten, er at det sker patientsikkert og med høj faglig kvalitet. Hospitalerne har mange års erfaring med at arbejde systematisk med kvalitet og patientsikkerhed. Den forbedringskultur, der i dag er inde på hospitalerne, skal udvides og i højere grad omfatte patientforløb hjemme hos borgerne og forløb, der går på tværs af sektorgrænser.

Hospitalernes kvalitetsarbejde er bundet op på det Nationale Kvalitetsprogram. Der kommer forventet større fokus på kvalitet i det sammenhængende patientforløb gennem tværsektorielt samarbejde og i takt med, at der kommer flere data fra kommuner og praksissektoren. Som led i at en del af behandlingen kan foregå tættere på eller i borgeres hjem i større skala, er der brug for tidssvarende rammer også for arbejdet med patientsikkerhed, så det enkelte hospital og den enkelte afdeling og kliniker er på sikker grund, også når behandlingsansvaret flytter uden for hospitalsmatriklen. Det handler bl.a. om forudsigelighed, dokumentation og processikkerhed. Det kan fx være gennem systematiske risikoanalyser, når nye tiltag tages i brug.

Patientbehandling på nye måder: Forskning, innovation og nye teknologier

Regionen har stærke faglige og forskningsbaserede miljøer, der driver den kliniske udvikling frem og skaber nye behandlingsmuligheder. Patientbehandling er understøttet med data, og ledelser på alle niveauer er vant til at arbejde datadrevet. Regionen har en kapacitet, som den kan stille til rådighed for en mere datadrevet og evidensbaseret tilgang, også når det gælder de samlede tværsektorielle forløb. Og den kan sætte flere kræfter ind på ny teknologi, der kan understøtte nye behandlingsmåder.

Vi vil prioritere i forskning om det nære sundhedsvæsen. Det kunne være følgeforskning i sektorovergange og samarbejde om patientforløb.

Forskning, innovation og anvendelse af nye digitale teknologier flytter sig hastigt fremad, og regionen skal have kapacitet til at tage de nye teknologier i brug. Klinikken skal være understøttet i at følge med denne udvikling fx med beslutningsstøtteværktøjer til at behandle indkomne data fra patientens egne målinger, så klinikerne kun skal forholde sig til data, når der er afvigelser. Det kan være løsninger baseret på kunstig intelligens. Der skal både være viden og grundlag for at afprøve ny teknologi og nye behandlingsformer i mindre skala, og der skal være viden og kompetencer til at få løsningerne ud i stor skala i daglig klinisk drift.

Regionen vil prioritere indsatser, der skal fremme udvikling af kompetencer og ny viden om behandling hjemme og mere sammenhæng i behandlingsforløb:

- ▶ Opbygge kompetencer på hospitalerne og i primær sektor om sammenhæng i behandlingsforløb og om behandling i hjemmet, herunder hjemmemonitoreringsløsninger, i regi af bl.a. Center for HR og Uddannelse.
- ▶ Anvende modeller for beslutningsstøtte, når det gælder tilbud om hjemmebehandling, der skal tilpasses de enkelte specialer.
- ▶ Forskning og kvalitetsudvikling i samlede patientforløb og folkesundhed.
- ▶ Prioritere kvalitetsudvikling i tværsektorielle forløb i regi af samarbejdet om Lærings- og Kvalitetsteams.

Mål 6: Investeringer i det nære sundhedsvæsen, herunder i ledelse, kapacitet og implementeringskraft

Region Hovedstaden har siden 2019 arbejdet efter principperne i værdibaseret sundhed. Disse principper skal også være drivende for arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, fordi det er en grundlæggende ambition for al udvikling og ny måder at arbejde på, at vi skal skabe værdi for patienten.

Hospitalet skal tage et samlet populationsansvar. Det betyder, at patientens samlede oplevelse af værdi, sammenhæng og kvalitet skal være i fokus, også det der sker både før og efter patienten kommer på hospitalet. Hospitalet skal i højere grad prioritere en tidlig, målrettet, forebyggende indsats sammen med de praktiserende læger og kommuner.

Hospitalet har en nøglerolle i den omstilling, vi vil sætte i gang i Region Hovedstaden. Mere behandling i og tæt på borgerens hjem samt større tryghed om det samlede hospitalsforløb skal primært være forankret i og drevet af hospitalet. Hospitalet har patientkontakten, driftsapparatet og fagligheden til at vurdere, hvad der er brug for. Og hospitalet skal kunne omstille ansvar, styring og drift til mere behandling hjemme, flere tidlige forebyggende indsatser og mere samarbejde med eksterne parter. Det er ikke en bevægelse, der bare sker. Det er en stor omvæltning, når vaner, kultur og forståelse af god patientbehandling skal ændres. Der er afhængigheder og sten, der skal ryddes, hvis indsatsen skal lykkes.

Den omstilling vi sætter i gang skal forankres lokalt, og samtidig ske som en samlet bevægelse i hele regionen med fælles mål, blik for afhængigheder og gennemsigtighed om fremdriften. Det er en ledelsesopgave på alle niveauer og i alle led at finde ressourcer og kapacitet til at drive nye løsninger frem. Skal vi lykkes med at skabe forandringer i en travl klinisk hverdag, er der brug for kraft til implementering og datadrevet opfølgning på det vi sætter i gang, så vi ved at vi flytter os i rigtig retning.

Værdibaseret sundhed og rammestyring er grundlag for omstilling

Værdibaseret sundhed sætter rammerne for, at patienten får mest mulig værdi ud af sit møde med sundhedsvæsenet. Afregningen til hospitalet efter aktivitet er afskaffet til fordel for rammestyring. Det betyder, at hvert hospital får tildelt et budget og er forpligtet til, inden for disse økonomiske rammer, at behandle de patienter, der har behov. Som følge af at takststyringen er afskaffet, har hospitalet mulighed for at omlægge behandlingen uden at blive "straffet" økonomisk, hvis de nye arbejdsgange medfører en lavere DRG-værdi. Værdibaseret sundhed, som fælles model for den måde vi yder behandling til borgerne, har fjernet en række barrierer men det kræver stærkt ledelsesfokus og de rette incitamenter, hvis vi skal skabe den forandring vi ønsker.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
Bilag 1 - Side -24 af 28

Værdibaseret sundhed: Region Hovedstaden ønsker et mere menneskeligt sundhedsvæsen, hvor patienten får den behandling, som giver ham eller hende mest mulig værdi. Det skal ske ved, at sundhedsvæsenet fokuserer på: Den patientoplevede kvalitet og effekt, faglig kvalitet og god ressourceudnyttelse.

Hospitaler, der omlægger patientbehandlingen og frigør ressourcer, kan som udgangspunkt selv disponere over, hvordan de bruger ressourcerne. De skal løbende tilpasse og prioritere ressourcerne, så de bliver brugt dér, hvor behovet er størst, og vi får mest sundhed for pengene. Hospitalerne har bl.a. et særligt ansvar for at sikre de nødvendige ressourcer til den videre behandling i overgangen fra hospital til eget hjem.

Nærhedsfinansiering: Regionerne og regeringen har aftalt mål for omstilling, som er bundet op på det regionale budget.

Ledelse, kapacitet og redskaber til omstilling

Vi skal som region kunne flytte os hurtigere og flytte os samlet. Ledelserne på alle niveauer har ansvar for, at der er incitamenter til at prøve nye løsninger og forbedre behandlingen. Det handler bl.a. om at fjerne barrierer for at flytte mere behandling ud af hospitalet, og at der er de rette værktøjer og kompetencer, der kan støtte udviklingen i hverdagen.

Regionens centre har ansvar for at levere fælles løsninger, fx:

Center for Ejendomme skal levere logistik ifm. udstyr til borgeren.

CIMT skal levere data- og teknologiunderstøttelse.

Center for HR og Uddannelse skal bistå med kompetenceudvikling og ledelsesunderstøttelse.

Center for Sundhed skal understøtte rammer for Patientinddragelse, brug af PRO og telemedicin i samlede patientforløb mv.

Center for Økonomi skal bistå med udvikling af datarapporter, ledelsesinformation og understøtte god ressourceudnyttelse fx ved indkøb.

Center for Regional Udvikling skal understøtte forskning og innovation og bygge bro til universiteter og life science virksomheder.

Center for Politik og Kommunikation skal understøtte kommunikationen til patienter, medarbejdere, samarbejdspartnere og omverdenen.

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -25 af 28

Primærsektoren har ansvar for sin del af opgaveløsningen i de samlede forløb. Region Hovedstaden ønsker at agere ordentligt og aktivt bl.a. ved i højere grad at investere i løsninger, som primærsektoren har brug for. Det betyder også, at vi skal have en opmærksomhed på, at omlægning og udvikling af behandling ikke medfører afledte nye kommunale opgaver uden, at det er aftalt mellem parterne. Der er også en opgave, på tværs i regionen, at prioritere løsninger, der fremmer samarbejdet med kommuner og praksissektoren. Det kunne være adgang til prøvetagning, specialistviden og data om patienten eller populationen.

Tillid, opfølgning og data understøtter implementeringsindsatsen

Der skal være rum og fleksibilitet til, at ledere og medarbejdere hver dag arbejder for at skabe størst mulig værdi for alle patienter. Samtidig er det vigtigt, at vi har en datadrevet ledelse af sundhedsvæsenet. Det handler bl.a. om at øge tillid gennem øget gennemsigtighed om data, åben dialog og helhedstænkning. Vi skal bl.a. følge op på, hvordan omlægning af behandling kan bidrage til god ressourcudnyttelse.

Blandt de centrale mål for den patientoplevede kvalitet og effekt er, at patientbehandling hænger sammen på tværs af hospitalsafdelinger og sektorer, og patienten oplever en stor effekt af behandlingen.

Region Hovedstaden vil investere og sikre implementeringskraft i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ved at prioritere følgende indsatser:

- ▶ Hospitalsdirektørkredsen har ledelse for et samlet program for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, De skal kvalificere og prioritere de enkelte indsatser i årlige handleplaner. Og de skal have samlet blik for fremdrift, risici og afhængigheder.
- ▶ Regionens centre prioriterer indsatser for "det nære og sammenhængende", der kan understøtte hospitalernes opgaveløsning – det kan handle om digital understøttelse, kompetenceudvikling, logistik, patientsikkerhed, opfølgning mv.
- ▶ Efter fælles skabelon sætter hvert hospital en plan for prioriterede indsatser og opfølgning på fremdrift, herunder måltal for omstilling af patientforløb. Hvert hospital arbejder med incitamenter til omstilling af behandling og opfølgning på ressourceforbrug.
- ▶ Region Hovedstaden følger få relevante datapunkter som led i Dataoverblikket, det kan fx være omlægning af patientforløb fra fysiske til digitale kontakter, løbende LUP, Det nationale kvalitetsprogram. PRO til at følge om patienterne oplever værdi i de samlede patientforløb på tværs af sektorer.

Forandring kræver handling

I Region Hovedstaden arbejder vi for at fremtidssikre vores sundhedsvæsen, så det fortsat kan tilbyde den behandling, der giver mest værdi for patienten.

I dette oplæg har vi præsenteret 6 mål for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Hvert mål akkompagneres af en række konkrete indsatser, som sætter retning på, hvordan vi i regionen vil arbejde med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Nogle indsatser er valgt, fordi de kan give værdi for patienten og vores samarbejdspartnere. Andre indsatser skal sætte takt og tempo på en del af de mange initiativer, der allerede er i gang. Fælles er, at indsatserne er led i en omstilling, der tager flere år. Noget kan regionen gøre selv og andet skal udvikles og igangsættes sammen med kommuner og praksissektoren.

Vi starter på egen banehalvdel

Regionens hospitaler og koncerncentre vil sammen forberede implementering af de første indsatser, så vi hurtigt kommer i gang. Det er fx målet, at vi vil kunne tilbyde udvidet behandlingsansvar på 72 timer for en større gruppe af patienter i starten af 2022. Det kræver ledelsesmæssigt fokus og prioritering. De indsatser, der er nævnt i dette oplæg, vil blive prioriteret og beskrevet i en handleplan, så vores medarbejdere og samarbejdspartnere ved, hvornår de kan forvente en realisering.

Kommuner og praksissektor er en del af løsningen

Hvis vi skal lykkes med at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen tæt på borgerne, skal det gøres sammen med kommuner og praksissektoren.

Danske Regioner og KL har sat 12 fælles pejlemærker for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. De er et godt fælles afsæt for, at regionen, de 29 kommuner og praksissektoren kan finde nye fælles løsninger. Vi skal se på Region Hovedstadens borgere som vores fælles ansvar. Derfor har alle parter en fælles interesse i at sætte et særligt fokus på forebyggelse, tidlig opsporing og egenomsorg ligesom vi skal samarbejde om at skabe optimale behandlingsforløb, der har borgerens behov i centrum. Tilsvarende har Danske Regioner og PLO formuleret en "Vision for almen praksis 2030", ligesom der med FAPS er formuleret "En fælles retning" som en fælles vision for udvikling af speciallægepraksis.

Der er gode pejlemærker for udvikling og samarbejde i kommende år, som skal forfølges konkret bl.a. i Hovedstaden. Der er en kommende Praksisplan for almen praksis på vej i høring og Praksisplan for bl.a. Speciallægeområdet og Fysioterapi er under vejs. Omstillingen af hospitalernes opgaver og udviklingen i praksissektor med bl.a. en hensigtsmæssig anvendelse af praksissektors kapacitet hænger tæt sammen.

Regionen, kommuner og praksissektoren skal bygge videre på det velfungerende tværsektorielle samarbejde vi har. Gode erfaringer med samarbejde under COVID19 og signaturprojekter under sundhedsaftalen skal bringes i spil, når der skal udvikles endnu flere nye løsninger. Der skal være en klar plan og ramme for samarbejdet om nye fælles initiativer, så forventninger og kapacitet følges ad. Derfor vil regionen også samarbejde med kommuner og praksissektor om aftalt opgaveudvikling i kommende år og meget gerne baseret på modeller, som parterne kender, fx svarende til samarbejdet om kommunale akutfunktioner, modeller for IV-hjemmebehandling mv

Punkt nr. 9 - Orientering om 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -27 af 28

Region Hovedstaden vil gerne i fællesskab med kommunerne og praksissektoren sætte et flerårigt politisk fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. Vi skal sammen komme med konkrete bud på, hvordan vi kan udvikle sundhedsvæsenet i regionen. Sundhedskoordinationsudvalget skal følge arbejdet og sikre involvering af udvalgene for praksisplaner, når det er relevant.

Borgernes aftryk

Borgernes behov og situation skal være den røde tråd i det arbejde vi sætter i gang, både internt i regionen og fælles med kommuner og praksissektoren. Det stiller krav om, at vi gør os umage med at invitere borgerne ind i maskinrummet, når vi prioriterer indsatser, og udvikler nye løsninger og initiativer. Vi har erfaringer med brugerinddragelse i regionen, vi har oprettet brugerråd, patientfora og vi har patienter med i administrative fora under sundhedsaftalen. Den organisatoriske brugerinddragelse skal også ske i udarbejdelse af både regionens handleplan og i det fortsatte samarbejde mellem kommuner, praksissektoren og regionen om et styrket fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

E-mail: regionh@regionh.dk
www.regionh.dk

NOTAT

Til: Tværsektoriel Strategisk Styregruppe
Bilag til sag om status på endeligt udkast til Region Hoved-
stadens sundhedsberedskabsplan 2021

Akutberedskab

Sekretariat & Kommunikation

Region Hovedstadens
Akutberedskab

Telegrafvej 5
2750 Ballerup

Opgang opgang 2, 3. sal
Telefon 38698000

Dato: 15. september 2021

Tematisk oversigt over udvalgte høringsvar

Oversigt over hovedtemaer i høringsvar til Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan 2021 af relevans for kommunerne.

Tema i høringsvar	Håndtering af høringsvar
Væsentligste ændringer	
Massevaccination	
Kommunerne har en del kommentarer til organisering af massevaccination, hvor de overordnet set efterspørger præcisering af opgave- og ansvarsfordeling mellem sektorer. Desuden efterspørger flere kommuner, at erfaringer fra covid-19 medtages.	Tages til efterretning og imødekommes til en vis grad, da beskrivelsen af massevaccination tilpasses, så den er i overensstemmelse med organiseringen under covid-19. Detaljerede overvejelser om organisering af massevaccination (og

Punkt nr. 13 - Orientering: Status på endeligt udkast til Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan 2021
Bilag 1 - Side -2 af 4

Almen praksis vil gerne skrives ind ift. massevaccination.	test) må drøftes i forbindelse med udarbejdelse af den kommende pandemiplan. Sundhedsstyrelsen planlægger at udarbejde en pandemiplan med erfaringer fra covid-19, og regionens pandemiplan vil blive udarbejdet på baggrund af dette.
Ekstraordinær udskrivelse	
En del kommuner har bemærkninger til ekstraordinær udskrivelse, bl.a. hvordan der kommunikeres, hvor meget medicin der medgives etc. Kommentarerne vedrører primært følgende: A. Ved ekstraordinær udskrivelse bør der medgives medicin til mere end to hverdage. Flere efterspørger til tre hverdage. B. Det bør præciseres, hvad de 20 % ekstraordinære udskrivelser betyder. C. Regionen bør have ansvar for at medgive evt. midlertidige hjælpemidler og utensilier, i stedet for at "det tilstræbes". D. Fælles Medicinkort (FMK) skal være opdateret ifm. ekstraordinær udskrivelse. E. Der skal være telefonisk overlevering ved ekstraordinær udskrivelse for alle patienter. Flere kommuner vurderer, at det bør være et supplement til den elektroniske kommunikation. F. Behandlingsansvar efter ekstraordinær udskrivelse bør præciseres. Almen praksis har en række kommentarer til ekstraordinær udskrivelse, bl.a. hvordan der kommunikeres, hvor meget medicin der medgives etc.	A. Imødekommes, så der medgives medicin til tre hverdage. Dette er også i overensstemmelse med ny beredskabsaftale mellem Praktiserende Lægers Organisation Hovedstaden (PLO-H) og Region Hovedstaden indgået i juni 2021. B. Præcisering af at det er op til i alt 20 % af de indlagte, som kan udskrives. C. Imødekommes ved ændring til, at der medgives evt. midlertidige hjælpemidler og utensilier i overensstemmelse med Snitfladekataloget for behandlingsredskaber og hjælpemidler. D. Præcisering af at FMK opdateres, hvis indlæggelse har medført ændringer i patientens medicinering. E. Imødekommes ikke grundet patientsikkerhedshen-syn. Ved behov for supplerende oplysninger i konkrete tilfælde kan der tages telefonisk kontakt. F. Imødekommes ikke. Beskrivelsen vurderes tilstrækkelig, bl.a. ud fra beredskabsaftalen med Praktiserende Lægers Organisation Hovedstaden (PLO-H). G. Se under punkt A ovenfor.

Punkt nr. 13 - Orientering: Status på endeligt udkast til Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan 2021
Bilag 1 - Side -3 af 4

Kommentarerne vedrører bl.a., at materialet skal opdateres ift. beredskabsaftalen med Praktiserende Lægers Organisation Hovedstaden (PLO-H), f.eks. hvad angår: G. Ved ekstraordinær udskrivelse bør der medgives medicin til tre hverdage. H. Opdateret procedure for at alarmere de praktiserende læger	H. Imødekommes.
Værnemidler	
Flere kommuner efterspørger at se det kommende action card om rekvirering af personlige værnemidler, bl.a. ift. fordeling ift. kommunerne.	Der udarbejdes et action card om rekvirering af personlige værnemidler med regionen som målgruppe. Det forventes at blive efterfulgt af en ny udgave, der også omhandler fordeling og distribution til region og kommune.
Utilsigtede hændelser	
Håndtering af tværsektorielle utilsigtede hændelser bør beskrives.	Imødekommes ved at emnet tilføjes under patientsikkerhedsorganisationens arbejdsområde.
Evakuerings- og Pårørende Center	
Enkelte kommuner har kommentarer til Evakuerings- og Pårørende Center, bl.a. efterspørger præcisering af hvad der er egnede forhold for Evakuerings- og Pårørende Center.	Imødekommes ikke, da ansvar for udpegning og klargøring ligger hos Politi og Kommune.

Punkt nr. 13 - Orientering: Status på endeligt udkast til Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan 2021
Bilag 1 - Side -4 af 4

Korrektur	
Der angives teksthæne kommentarer til præcisering af indhold, sproglige rettelser og ajourføring af begreber og henvisninger.	Imødekommes hvor det vurderes passende.
Forhold der arbejdes videre med	
Massevaccination	
Der efterspørges præcisering ift. massevaccination, jf. beskrivelse ovenfor.	Massevaccination (og test) kan drøftes i forbindelse med udarbejdelse af den kommende pandemiplan, jf. beskrivelse ovenfor.
Værnemidler	
Flere kommuner efterspørger at se det kommende action card om rekvirering af personlige værnemidler, jf. beskrivelse ovenfor.	Der udarbejdes yderligere materiale om værnemidler, jf. beskrivelse ovenfor.