

DAGSORDEN

TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

01-09-2023 10:00

MØDESTED

Regionsgården

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen	Formand	
Stella Hansen	Formand	
Alberte Bryld Burgaard		
Annette Randløv		
Bente Clausen		
Bente Ourø Rørth		
Berit Juhl Schau		
Charlotte Hosbond		
Gitte Bylow Larsen		
Helle Hagemann Olsen		
Helen Bernt Andersen		Afbud
Helene Døssing		
Helene Rasmussen		
Iben Kyhn Riis		
Jette Bay		
Jørgen Steen Andersen		
Katrine Ring		
Lone Bjørklund		
Lone Kvist		Afbud
Nina Husfeldt Clasen		
Peder Reistad		
Per Bennetsen		Afbud
Sille Arildsen		
Søren Trier Høisgaard		
Tina Holm Nielsen		
Christian Hejlesen		Afbud
Markus Hahn		
Andreas Schløer Madsen		
Winnie Brandt		
Kamilla Walther		
Trine Cornelius Høgh		Afbud
Sara Birkedal		
Emilie Baagøe		
Astrid Hjortø		

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Børn og unges mentale sundhed, herunder rapport vedr. fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien samt samarbejde om henvisninger
3. Beslutning: Godkende endeligt forslag til Sundhedsaftale 2024-2027
4. Drøftelse: Revision af kommunikationsaftalen
5. Beslutning: Opfølgning på Aftale om intravenøs behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden
6. Beslutning: Indsatser under målsætningerne 2 og 5 i "Praksisplan for almen praksis"
7. Drøftelse: Forslag til indsatser under målsætning 4 i "Praksisplan for almen praksis"
8. Beslutning: Godkendelse af underaftale om brug af korrespondancemeddelelsen (KM) mellem kommunernes myndighedsområder inden for voksen-socialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) samt implementering af grundaftale for brug af KM mellem parterne
9. Drøftelse: Input til Region Hovedstadens arbejde med en regional lægedækningsstrategi
10. Drøftelse: Snitfladen vedrørende kompressionsmaterialer
11. Eventuelt
12. Orientering: Tværsektorielle opgaver fra regeringens akutplan
13. Orientering: Vaccination mod covid-19 og influenza i sæson 2023/2024

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

Navn	Titel
Anne Skriver - Formand	Koncerndirektør, Region Hovedstaden
Stella Hansen - Næstformand	Direktør, Helsingør Kommune
Alberte Bryld Burgaard	Velfærdsdirektør, Ishøj Kommune
Annette Randløv	Praktiserede læge, PLO-Hovedstaden
Bente Clausen	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget
Bente Ourø Rørth	Direktør, Nordsjællands Hospital
Berit Juhl	Enhedschef, Akutberedskabet
Charlotte Hosbond	Direktør for Center for Sundhed, Region Hovedstaden
Gitte Bylov Larsen	Social- og sundhedsdirektør, Gladsaxe Kommune
Helen Bernt Andersen	Konstitueret vicedirektør, Rigshospitalet
Helene Bliddal Døssing	Vicedirektør, Herlev Gentofte Hospital
Helene Rasmussen	Direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune
Helle Hagemann Olsen	Direktør for Job, Social og Sundhed, Hillerød Kommune
Iben Kyhn Riis	Sundheds- og Forebyggelseschef, Bornholms Regionskommune
Jette Bay	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget
Jørgen Steen Andersen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden
Per Bennetsen	Administrerende direktør, Københavns Kommune
Katrine Ring	Socialdirektør, Københavns Kommune
Lone Bjørklund	Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri
Lone Kvist	Direktør, Allerød Kommune
Nina Husfeldt Clasen	Enhedschef, Det nære sundhedsvæsen, CSU, Region Hovedstaden
Peder Reistad	Praktiserende læge, formand for PLO-Hovedstaden
Sille Arildsen	Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Søren Trier Høisgaard	Direktør, Egedal Kommune
Tina Holm Nielsen	Vicedirektør, Amager Hvidovre Hospital

INDSTILLING

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

KONKLUSION

2. DRØFTELSE: BØRN OG UNGES MENTALE SUNDHED, HERUNDER RAPPORT VEDR. FREMTIDSSIKRING AF BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN SAMT SAMARBEJDE OM HENVISNINGER

FORMÅL MED SAGEN

I forlængelse af sundhedaftalens fokusområde om børn og unges sundhed har Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) ad flere omgange drøftet børn og unges mentale sundhed. Der arbejdes med området mange steder, blandt andet fordi der opleves en stor stigning i antallet af børn og unge, der mistrives. Alle sundhedsklyngerne arbejder med området, og regionen har udarbejdet en rapport om fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien (bilag 1), ligesom der er fokus på det fra regeringens side med 10-årsplanen for psykiatrien.

TSS skal drøfte og tage stilling til igangsættelse af en afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for at styrke samarbejdet, samt drøfte behov for eventuelle yderligere tiltag. Som optakt vil der på mødet være en præsentation af rapporten vedrørende fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien samt et oplæg om samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og centralvisitationen om henvisninger af børn og unge til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) ved henholdsvis Kirsten Hansen, enhedschef for Enhed for hospitalsplanlægning, og Lene Wadland, overlæge i centralvisitationen i BUC.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen om Region Hovedstadens færdige rapport vedrørende fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien til efterretning.
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at der igangsættes en afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for styrket samarbejde for at skabe sammenhængende og koordinerede forløb og rette indsats for børn og unge
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe kommer med input til ovennævnte afdæknings formål og leverancer
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter eventuelle yderligere behov for tiltag, der kan bidrage til at sikre, at børn og unge med psykiske symptomer eller sygdomme får den rette hjælp til tiden.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Rapport vedrørende fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien

Rapporten, som TSS blev orienteret om på møde den 6. marts 2023, er bestilt af Social- og psykiatriudvalget i Region Hovedstaden. Formålet med rapporten er blandt andet at præsentere et datagrundlag, der belyser den nuværende situationen i børne- og ungdomspsykiatrien for at beskrive mulige veje til en fremtidssikring af kapaciteten, så ventetider kan holdes nede, og behandling med høj faglig kvalitet kan sikres.

I rapporten præsenteres det aktuelle udfordringsbillede og situationen i børne- og ungdomspsykiatrien med fokus på kapacitetsproblemer og overholdelse af udredningsretten. Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har gennem en årrække været udfordret i forhold til overholdelse af udredningsretten. Den væsentligste årsag er det stigende antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien og udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personale. Siden 2014 er antallet af henvisninger mere end fordoblet. Der ses en stor forskel på, hvor stor en andel af børn og unge, der bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, afhængigt af hvilken kommune de kommer fra i regionen. Der er på nuværende tidspunkt ikke viden om årsagerne til denne variation.

Der er allerede igangsat en række indsatser, der skal bidrage til at robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien, fx budgettilførsler og effektiviseringer. På det tværsektorielle område beskrives i rapporten de igangværende samarbejder om STIME og Koordineret Indsats på Tværs (KIT), som er en model for et godt og systematisk samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne.

I rapporten præsenteres også et katalog over forslag til nye indsatser i tre spor, som man fremadrettet løbende kan arbejde med. Indsatserne skal ses i sammenhæng med Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. Der vil løbende

kunne komme nye og flere forslag til indsatser. Et af sporene er anbefalinger i forhold til det tværsektorielle samarbejde, som i analysen bliver fremhævet som vigtigt.

På det tværsektorielle område indeholder analysen følgende forslag til indsatser:

- Udvikling af nye løsninger til hurtig udredning og behandling, nytænkning af patientforløb, nye samarbejdsformer med kommuner og praksissektor, fast-track ordninger mv.
- Det etablerede døgninstitutionsteam, der bidrager til at styrke den psykiatriske behandling for børn og unge, der bor på døgninstitution udvides til at betjene yderligere 1-2 døgninstitutioner
- Afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for styrket samarbejde for at skabe sammenhængende og koordinerede forløb og rette indsats for børn og unge, fx også kommunernes behov for understøttelse fra regionen til at opbygge lettere behandlingstilbud (jf. 10-årsplanen) (i samarbejde med kommunerne)
- Flytning af udvalgte opgaver (fx medicinkontroller) fra hospital til praksissektoren (forudsætter forhandling og indgåelse af nye aftaler mellem de relevante faglige organisationer).

I rapporten præciseres det, at de overordnede rammer for det tværsektorielle samarbejde om sundhedsområdet mellem region, kommuner og praksisområdet er forankret i sundhedsaftalerne samt i de nye sundhedsklynger, og at problemstillinger og eventuelle initiativer i forhold til børn og unge med mistrivsel og psykiske lidelser, som regionen ønsker at drøfte med kommunerne eller praksisområdet, med fordel kan adresseres her.

Rapporten skitserer også den nuværende tværsektorielle organisering, opgavefordeling og henvisningsveje (rapportens bilag 3). På mødet vil overlæge Lene Wadland uddybe, hvordan samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og centralvisitationen om henvisninger foregår.

Analyse af mulige årsager til, at børn og unge henvises til børne-ungepsykiatrien (Årsagsanalysen)

I Region Hovedstaden er der fortsat et stort politisk fokus på børn og unges mentale mistrivsel. For at få viden til evt. brug i det forebyggende arbejde har regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i april 2023 besluttet at igangsætte en analyse af årsagerne til stigningerne i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Analysen skal udføres af forskere fra BUC med udgangspunkt i registerdata. Formålet med analysen er at svare på spørgsmål som:

- Ses stigningen især i nogle kommuner, aldersgrupper eller diagnostiske grupper (fx angst og depression)?
- Skal forklaringen på stigningen især findes i en ændret diagnoseopfattelse, en lavere tærskel for at blive henvist eller en bedre opsporing?
- Hvilken betydning har misbrug af rusmidler, overvægt og/eller socioøkonomiske vanskeligheder hos forældrene?

Der indgår fire faser i analysen:

1. En gennemgang af den eksisterende litteratur om den stigende forekomst af psykiatriske diagnoser hos børn og unge, herunder udviklingen over tid, erfaringer fra andre lande og betydningen af COVID-19.
2. En detaljeret undersøgelse af de tidsmæssige ændringer i antal henvisninger, dvs. betydningen af faktorer som geografiske forhold, alder, køn og diagnosekategori.
3. En analyse af mulige sammenhænge mellem henvisninger og mulige årsager som lokalområdets og forældrenes socioøkonomiske forhold, somatisk og psykiatrisk sygdom i familien, misbrug af rusmidler og trivselsmål.
4. En vurdering af, hvilke strukturelle tiltag som vil have størst forebyggende effekt, herunder hvordan forløbene for børn og unge med behov for udredning og behandling kan styrkes.

Der er afsat i alt 2,8 mio. kr. til analysen, som forventes at være gennemført og afrapporteret ved udgangen af 2025. Analysen er aktuelt under igangsættelse, herunder med en beskrivelse af organiseringen. Der planlægges en følgegruppe, hvor der gerne inddrages et eller flere kommunale medlemmer.

Indsatser i sundhedsklyngerne

Alle sundhedsklynger har sat fokus på børn og unges mentale sundhed, og fire sundhedsklynger har truffet beslutning om at afsætte midler til indsatser.

Sundheds- klynge	Besluttede indsatser (med udmøntet økonomi)
Byen	1. Analyser af henvisninger til BUC 2. Fælles kompetenceudvikling 3. Afdækning og analyser af samarbejdet og opgavevaretagelsen mellem BUC og kommunerne om børn og unge med komplekse problemstillinger
Syd	Understøtte implementering og brug af den eksisterende samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom
Midt	1. Analyse af mistrivsel og samarbejdsstruktur i Klynge Midt (ikke igangsat) 2. Indsats ift. styrket sammenhæng på tværs, bl.a. udviklingsforløb, som skal give medarbejderne større viden om samarbejdspartners rammer og vilkår
Nord	1. Udbredelse af STIME til alle kommuner 2. Udbredelse af KIT til nogle kommuner 3. Modeller for samarbejde mellem almen praksis og kommunerne om tidlig opsporing
Bornholm	Drøftes fortsat

Hertil kommer, at STIME er ved at blive udbredt til flere kommuner uafhængigt af indsatserne i sundhedsklyngerne (oversigt over implementering af STIME fremgår af bilag 2).

Drøftelse af behov for yderligere tiltag

I forbindelse med oplæg fra Pia Jeppesen, professor og overlæge i Region Sjælland og i Region Hovedstadens Psykiatri, samt programleder Nana Friis Madsen fra Gentofte Kommune på TSS-mødet den 18. november 2022, blev der blandt andet peget på, at der er mange afgørende livsfaser, hvor både forældre og miljø, fx i daginstitutioner og skoler, spiller en stor rolle, og hvor også sundhedsvæsenets og psykiatriens rolle har betydning i forhold til at kunne forebygge udviklingen af psykisk mistrivsel. Pia Jeppesen påpegede også, at der ligger et potentiale i at blive klogere på modificerbare risikofaktorer, og hvordan de kan identificeres. Behovet for, at sektorerne får gensidigt kendskab og taler samme sprog blev fremhævet som væsentligt.

På TSS-mødet 6. marts 2023 blev det ved orienteringen om regionens analyse af fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien blandt andet bemærket, at børne- og ungdomspsykiatrien og kommunernes børneområde (herunder særligt PPR) hænger tæt sammen, og at kommunerne gerne vil inddrages i den videre proces med at finde løsninger. Det blev besluttet, at når rapporten var færdig, skulle der ses på behov og mulighed for at gennemføre en bredere analyse eller lignende i et samarbejde med henblik på at finde gode tværsektorielle løsninger, der omfatter hele området.

Det bemærkes, at sundhedsklynge Midt beslutning om en analyse af mistrivsel, vil afdække udfordringsbilledet i Sundhedsklynge Midt i forhold til børn og unges mistrivsel, herunder kvantitative data om målgruppen samt kvalitative data om fx hvor der opleves udfordringer i det tværsektorielle samarbejde med henblik på at identificere lokale forbedringspotentialer i det tværsektorielle samarbejde i Sundhedsklynge Midt. Analysen er endnu ikke igangsat.

Det bemærkes desuden, at regeringen har afsat en årlig ramme på 250 mio. kr. fra 2024 til opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Social- og Boligstyrelsen og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet nedsat en arbejdsgruppe med 16 aktører, der skal fastlægge rammerne for tilbuddet. Det forventes, at arbejdet er færdiggjort i efteråret 2023.

Endeligt kan det tilføjes, at der primo oktober 2023 udkommer en ny børne- og ungesundhedsprofil baseret på data fra den kommunale sundhedspleje, herunder mental trivsel ved ind- og udskolingsundersøgelserne. Der vil indgå data fra de 27 kommuner i Region Hovedstaden, som indgår i Databasen Børns Sundhed, og der vil blive set på ændringer, siden den sidste børne- og ungesundhedsprofil i Region Hovedstaden udkom i 2018.

VIDERE PROCES

Sundhedssamarbejdsudvalget vil blive præsenteret for rapporten vedrørende fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien på møde den 13. oktober 2023. Sundhedsklyngernes sekretariater har fået rapporten tilsendt med henblik på, at sundhedsklyngerne også kan bruge viden fra rapporten i deres arbejde med børn og unge med mental sundhed.

Sundhedsaftalesekretariatet og regionsadministrationen vil på baggrund af drøftelserne i TSS arbejde videre med den tværsektorielle opfølgning på rapporten vedrørende fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien, herunder

en beskrivelse af en afdækning af det tværsektorielle område med henblik på et beslutningsoplæg, der kan fremlægges for TSS på et kommende møde.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Rapport vedr. Fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien FINAL
- 📎 2. Status på udrulning af STIME i kommuner i Region Hovedstaden pr. 7. august 2023

3. BESLUTNING: GODKENDE ENDELIGT FORSLAG TIL SUNDHEDSAFTALE 2024-2027

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) sendte udkast til Sundhedsaftale 2024-2027 i bred høring fra den 19. april til 9. juni 2023. Der er modtaget 47 høringssvar i alt.

Formandskabet for Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har drøftet de indkomne høringssvar, og der foreligger på den baggrund nu et endeligt forslag til Sundhedsaftalen til godkendelse (bilag 1). Herefter forelægges Sundhedsaftalen SSU til godkendelse den 13. oktober 2023.

Det bemærkes, at Sundhedsaftalen vil blive layoutet inden forelæggelse for SSU.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender endeligt forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 med henblik på forelæggelse for Sundhedssamarbejdsudvalget.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Der er indsendt 47 høringssvar, hvoraf kommunerne i Sundhedsklynge Midt har sendt ét samlet høringssvar. Herudover havde SSU i forbindelse med behandlingen af høringsudkastet nogle ønsker til ændringer i det endelige forslag (fremgår af bilag 2).

Høringssvarene viser, at der er en stor opbakning til sundhedsaftalens visioner, principper og fokusområder samt det øgede fokus på forebyggelse og populationsansvar. Der er dog også fremsat ønsker om uddybninger og/eller præcisering af aftaleteksten. Herunder nogle forslag om nye supplerende målsætninger.

TSS-formandskabet og sundhedsaftalesekretariatet har ved gennemgangen lagt vægt på at være tro mod udgangspunktet for sundhedsaftalen – det vil sige ønsket om en enkel, fokuseret og dynamisk aftale. Derfor er det som udgangspunkt kun forslag, der går igen i flere høringssvar, og som kan indarbejdes uden vidtgående ændringer i aftalen, der er foreslået indarbejdet.

For de øvrige bemærkninger og forslag gælder, at mange vil kunne indgå som input i det videre arbejde med konkretisering og implementering af aftalens visioner, mål og principper.

Ændringsforslag er indsat som synlige rettelsesforslag i vedlagte forslag til sundhedsaftale 2024-2027 (bilag 1).

Desuden er der vedlagt en skematisk oversigt over alle indkomne høringssvar (bilag 2).

Øget fokus på socialt udsatte

Det bliver i flere høringssvar (blandt andet fra Frederiksberg og Københavns kommuner) bemærket, at der er behov for øget fokus på socialt udsatte. Derfor er der indskrevet en sætning vedrørende social udsatte i indledningen til fokusområderne.

Det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykisk sygdom

SSU og flere høringsparter hæfter sig ved vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde særligt om borgere med psykisk sygdom. For at efterkomme dette yderligere er der under fokusområdet ”Sammen om borgere med psykisk sygdom” indskrevet et fokus på borger- og patientforløb, der går på tværs af hospital, kommuner og almen praksis, og som omhandler både psykiske og somatiske problemstillinger.

Civilsamfund og øvrige aktører

Flere høringsparter (blandt andet Københavns Kommune og kommunerne i sundhedsklynge Midt) bemærker desuden, at det tværsektorielle samarbejde i højere grad også bør omfatte civilsamfundet og øvrige aktører herunder på beskæftigelsesområdet. Derfor er der skrevet en sætning ind herom i afsnittet ”Rammen for vores sundhedsaftale”.

Rekruttering, fastholdelse og fælles kompetenceudvikling

SSU og flere høringsparter (blandt andet Fredensborg, København, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) har ønsket et stærkere fokus på rekruttering, fastholdelse og uddannelse. Princippet ”Rekruttering og fælles kompetenceudvikling” er blevet ændret til at hedde ”Rekruttering, fastholdelse og fælles kompetenceudvikling”. Under princippet er desuden tilføjet, at der skal være et samlet blik for medarbejderressourcer og fagligheder samt større fokus på at få flere ind på sundhedsuddannelserne. Desuden er uddannelse og fastholdelse også skrevet frem i indledningen.

VIDERE PROCES

Den 13. oktober 2023 forelægges endeligt forslag til Sundhedsaftale 2024–2027 for SSU med henblik på godkendelse. Herefter skal sundhedsaftalen godkendes i Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i alle 29 kommuner i regionen. Dette skal ske inden årets udgang, hvor aftalen skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📄 1. Endeligt forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 version 18.08.23
- 📄 2. Oversigt over alle høringssvar til sundhedsaftalen 2024-2027

4. DRØFTELSE: REVISION AF KOMMUNIKATIONSÅFÅALEN

FORMÅL MED SAGEN

Det er i Den Nationale Bestyrelse for Sundheds-it aftalt, at den nye MedCom-standard "Advis sygehusophold" bliver idriftsat november 2024. Hermed bliver det, som noget nyt, også muligt at sende advis fra hospitalerne til kommunerne om, at borgere med kommunale ydelser opholder sig/bliver behandlet på hospitalernes akutmodtagelser.

Der er derfor i Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation (TSDK) igang sat et analysearbejde i forhold til kommunikation for akut ambulant behandling og igangsat en revision af den nuværende kommunikationsaftale for indlagte borgere.

Med denne sag lægges der op til en drøftelse af processen for dette arbejde, herunder hvordan kommuner, hospitaler og patientrepræsentanter bliver involveret.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe:

- drøfter udkast til proces for det videre arbejde med revision af kommunikationsaftale for indlagte og for akut ambulant behandling
- fremsætter eventuelle ønsker på strategisk niveau til indholdet på de to områder.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er afhængigt af et velfungerende samarbejde mellem parterne på tværs af sektorskel. Kommunikation er afgørende for dette samarbejde - for at sikre smidige og sammenhængende forløb for borgerne, gode indlæggelser og udskrivelser og patienttilfredshed. En af de vigtigste grundsten i det tværsektorielle samarbejde om behandling af fælles borgere er digital kommunikation via MedCom-standarder. Den nuværende "Kommunikationsaftale - Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivelser i somatikken" (efterfølgende kommunikationsaftalen) udgør rammen for kommunikationen mellem hospitaler og kommuner i hovedstadsregionen for indlagte borgere. Med implementeringen af den nationalt aftalte nye MedCom Standard "Advis om sygehusophold", som erstatter den eksisterende "Advis om udskrivelse", bliver det muligt at udvide kommunikationsaftalen til også at favne det akut ambulante område.

Af TSDKs kommissorium fremgår det, at gruppen skal stå for revision af den nuværende kommunikationsaftale og sikre samarbejde om tværsektoriel brug af nye MedCom-standarder. TSDK har derfor udarbejdet et udkast til en samlet procesplan for revision af kommunikationsaftalen inklusiv udarbejdelse af aftale for det akut ambulante område. Endvidere har TSDK påbegyndt analysearbejde med at afdække mulighederne for digital kommunikation for det akut ambulante område. I dette arbejde lægges der vægt på, at nye arbejdsopgaver, som følger af de nye kommunikationsmuligheder, skal bidrage væsentligt til sikring af gode patientforløb på tværs af sektorerne og tage hensyn til den pressede personalesituation i både kommuner og på hospitaler. Udgangspunktet er derfor, at der alene skal kommunikeres digitalt om borgere med behov for ændrede eller nye kommunale ydelser efter endt akut ambulant behandling.

Uanset, at processen for nuværende løber i to spor - et om den nuværende aftale og et om fremtidig aftale for akutområdet - er det intentionen, at der på sigt vil være én kommunikationsaftale.

Proces for revision af kommunikationsaftalen

For at sikre en god proces med involvering af kommuner, hospitaler og patientrepræsentanter er Center for Patientinddragelse indkøbt til at rådgive om gennemførelse af en involverende proces samt gennemførelse af en række fokusinterviews og spørgeskemaundersøgelser.

TSDK har udarbejdet en samlet procesplan for involvering af parterne og arbejdet på området – vedhæftet som bilag 1: "Udkast til procesplan for arbejdet med kommunikationsaftale".

Der lægges i procesplanen op til, at der umiddelbart efter sommerferien 2023 gennemføres to fokusgruppeinterviews med hver 10 deltagere – én kommunal og én hospitalsrepræsentant fra hver af de fem faglige sundhedsklynger. De to fokusgruppeinterviews har forskelligt sigte. Det ene skal afdække ønsker til kommunikation om akut ambulante borgere, og det andet skal afdække erfaringer og ønsker til revision af den nuværende kommunikationsaftale om indlagte borgere - herunder hvor der opleves uhensigtsmæssigheder. Der vil i den forbindelse blive behov for at rette henvendelse til de faglige sundhedsklynger med henblik på udpegning af deltagere til fokusgruppeinterviews/spørgeskemaundersøgelse. Deltagerne til fokusgruppeinterviews skal være daglige brugere af kommunikationsaftalen for indlagte og forventelige brugere af den nye kommunikationsaftale for akut ambulante borgere.

Med afsæt i fokusgruppeinterviews og input fra TSDK udarbejdes der tre spørgeskemaer, der sendes til de sundhedsprofessionelle, der arbejder med kommunikationsaftalen eller forventes at skulle det i fremtiden, både i kommunerne og hospitalerne:

- Et spørgeskema målrettet de kommunalt ansatte medarbejdere med berøring og erfaring med kommunikationsaftalen (både indlagte og akut-ambulante)
- Et spørgeskema målrettet de hospitalsansatte med berøring og erfaring med kommunikationsaftalen for indlagte borgere
- Et spørgeskema målrettet de hospitalsansatte, som skal bruge en kommende kommunikationsaftale for akut-ambulante borgere

Det forventes, at resultatet af fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse vil ligge klar primo december 2023.

Analysegrundlag

Arbejdet med revision af kommunikationsaftalen for indlagte og udkast til aftale for det akutambulante område vil tage afsæt i følgende:

- Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen, jf. ovenstående
- En oversigt over indhold og form af de øvrige regioners kommunikationsaftaler
- En samling/gennemgang af nationale tendenser, aftaler mv. for kommunikation/datadeling i sundhedsvæsenet

Som indledningsvis nævnt er TSDK gået i gang med at analysere muligheder for digital kommunikation på det akut ambulante område.

Brugerperspektiv

Patientinddragelsesudvalget (PIU) inviteres til et særskilt møde om revision af kommunikationsaftalen. Formålet med mødet er at få belyst, hvad der er vigtigt for patienterne og pårørende i sektorovergangen mellem kommunerne og hospitalet, og at kvalificere temaerne i de to fokusgruppeinterviews. Når endelige udkast til de to kommunikationsaftaler foreligger, vil aftalerne blive forelagt PIU til kommentering.

Tilsvarende vil Sundhedsfagligt råd for Præhospital og Akut Modtagelse blive orienteret om det forestående arbejde og inviteret med i høringen om kommunikationsaftale for akut ambulante borgere.

VIDERE PROCES

Det er målet at kunne sende udkast til aftalen dækkende både indlagte og akut ambulante i bred høring i kommuner og blandt hospitaler medio februar 2024.

På TSS-mødet den 12. april 2024 er det forventningen, at aftalen forelægges med henblik på at anbefale en godkendelse på Sundhedssamarbejdsudvalgets mødet den 17. maj 2024. Inden aftalen træder i kraft (november 2024), skal brugerne af kommunikationsaftalen modtage undervisning.

TSS vil løbende få forelagt status på processen og herunder få lejlighed til at drøfte de indkomne resultater af spørgeskemaundersøgelsen, når de foreligger.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Udkast til procesplan for revision af kommunikationsaftalerne 10-august

5. BESLUTNING: OPFØLGNING PÅ AFTALE OM INTRAVENØS BEHANDLING I KOMMUNALT REGI I REGION HOVEDSTADEN

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) besluttede på mødet den 23. juni 2023 at forlænge aftalen om intravenøs behandling for borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden frem til udgangen af 2024. Forlængelsen af aftalen sker med henblik på at igangsætte en opfølgning, der blandt andet vil omfatte en afdækning af barrierer for implementeringen samt en evaluering. I sagen foreslås, at der nedsættes en implementeringsgruppe til at foretage denne opfølgning herunder en evaluering af aftalen.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe nedsætter en implementeringsgruppe, som skal varetage opfølgningen på IV-aftalen.
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender kommissoriet for implementeringsgruppen, jf. bilag 1.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) besluttede på mødet den 23. juni 2023 at forlænge aftalen om intravenøs behandling for borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden frem til udgangen af 2024. Forlængelsen af aftalen sker med henblik på at igangsætte en opfølgning, der blandt andet vil omfatte en afdækning af barrierer for implementeringen samt en evaluering.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) skal på den baggrund beslutte, hvordan en opfølgning på IV-aftalen skal foregå. Det foreslås, at TSS nedsætter en implementeringsgruppe med ledelsesmæssig forankring, som skal afdække udfordringer ved aftalen samt give konkrete løsningsforslag og igangsætte initiativer med henblik på at opnå en yderligere implementering af aftalen. Herudover skal implementeringsgruppen sikre gennemførelse af en evaluering af aftalen. Implementeringsgruppen nedsættes i første omgang for et år.

Kommissoriet for implementeringsgruppen er vedhæftet (bilag 1).

Tidsplan

Det foreslås, at der indledningsvist afsættes et år til opfølgning på IV-aftalen. Implementeringsgruppen skal inddrage de faglige sundhedsklynger i opfølgningen. Opfølgningen indebærer desuden, at implementeringsgruppen igangsætter en evaluering af aftalen med henblik på at tilvejebringe et grundlag for beslutning om forlængelse af aftalen, herunder bl.a. i forhold til en opfølgning på takstmodellen for aftalen.

Efter et halvt år giver implementeringsgruppen en status på arbejdet til TSS. SSU forventes at få forelagt resultatet af evalueringen ultimo 2024, hvor der kan træffes beslutning om en evt. forlængelse af aftalen.

Medlemmer

Det foreslås, at implementeringsgruppen består af:

- 1 formand (vicedirektør fra et hospital)
- 1 formand (velfærdsdirektør fra en kommune)
- 1 ledelsesrepræsentant fra hvert hospital
- 1 ledelsesrepræsentant fra regionsadministrationen
- 1 kommunal ledelsesrepræsentant fra hver sundhedsklynge
- 1 repræsentant fra regionsapoteket.

Brugerperspektiv

IV-aftalen blev indgået mellem de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden med det formål at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi, så ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser. For at sikre at borgernes perspektiv er med til at sætte retningen for det fortsatte arbejde i implementeringsgruppen, foreslås en systematisk inddragelse af brugerrepræsentanter i implementeringsgruppens arbejde. Dette vil indebære, at brugerrepræsentanter inviteres med til enten det andet eller tredje møde i implementeringsgruppen, hvor de får forelagt gruppens foreløbige afdækning og forslag til initiativer.

Foreløbige erfaringer med IV-aftalen

Der er blandt aftalens parter overordnet set en oplevelse af, at aftalen er med til at skabe nære og sammenhængende forløb for borgere, der skal modtage IV-behandling. Samtidig er der også udfordringer i forhold til at få aftalen implementeret.

Der er i perioden oktober 2021 til medio august 2023 (21 måneder) afregnet for i alt 1.015 IV-behandlinger i Region Hovedstaden. Det faktiske antal kan være lidt højere, da ikke alle kommuner har fremsendt fakturaer for alle gennemførte forløb. Dette afviger en del fra de 5.700 forløb per år, som var planlægningsgrundlaget. Der er mellem hospitalerne en variation i antallet af IV-behandlinger i kommunalt regi.

Både på regional og på kommunal side har der været drøftelser af hvilke årsager, der kan ligge til grund for, at aftalen er anvendt i mindre grad end forventet. Implementeringsgruppen kan tage udgangspunkt i nogle af de foreløbige tilbagemeldinger fra kommuner og hospitaler om aftalen.

Overordnede tilbagemeldinger fra kommunerne:

- De forløb, der er i kommunerne, fungerer ofte godt, men der er en oplevelse af, at mange på hospitalerne ikke kender til aftalen.
- Flere kommuner har kompetencerne til rådighed, men der er også risiko for, at kompetencerne i kommunerne forsvinder, når aftalen ikke bliver brugt nok.
- Udfordringer i forhold til levering af utensilier som for eksempel dropstativer.
- Behov for at forbedre set up i forhold til blodprøvetagning.
- Det kan være en udfordring, når der skal udføres behandlinger om natten, da der ikke altid er natsygeplejersker til stede i kommunerne. Her kunne døgnpumper undersøges som en løsning.
- Der mangler innovation i forhold til udstyr, og der bør kigges på lovgivning i forhold til, at kommunerne kan få lov at opbevare medicin.

Overordnede tilbagemeldinger fra hospitalerne:

- Tidskrævende arbejdsgange ifm. at udskrive patienter til IV-behandling i kommunalt regi.
- Begrænsede muligheder for at give behandling fire gange i døgnet i kommuner, hvilket har betydning for hvilke typer af IV-behandlinger, der kan gives i hjemmet.
- Behov for at optimere logistikken omkring levering af medicin og utensilier i hjemmet, især er der udfordringer vedr. dropstativer.
- En løbende udvikling på området, der betyder, at der i højere grad kan anvendes peroral behandling. Det betyder, at planlægningsgrundlaget på 5.700 antal forløb per år er sat for højt.
- Muligheden for at få taget blodprøver i hjemmet er ofte ikke tilstrækkelig ift. behovet.
- Kommuner, der afviser at kunne tage forløb pga. manglende kapacitet.

Regionen har nedsat en regional arbejdsgruppe primo 2023, som har til formål at afsøge hvilke udfordringer, der har været ved implementeringen af IV-aftalen, og finde fælles løsninger på disse. Arbejdsgruppen ser hovedsageligt på de udfordringer, som kan løses på den regionale side. Det drejer sig eksempelvis om logistiske løsninger i forbindelse med bestilling og levering af medicin, pumper og utensilier.

Nationalt fokus på IV-behandling i kommunalt regi

IV-behandling er skrevet ind som en kommunal skal-opgave i Sundhedsstyrelsens høringsudkast for kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner. Såfremt det også fremgår af de endelige standarder, skal der derfor indgås en national aftale, som præciserer rammerne for opgaven. Dette arbejde vil blive forankret i Sundhedsstyrelsen. Umiddelbart lægges der ikke

op til at ændre på finansieringsmodellerne i de fem regioner. Da de endelige kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner endnu ikke er offentliggjorte, kendes rammer og planer for en national IV-aftale fortsat ikke.

VIDERE PROCES

Såfremt TSS godkender sagens indstilling, vil sekretariatet sørge for udpegning af medlemmer til implementeringsgruppen, således at arbejdet kan opstartes snarest muligt i efteråret 2023.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Udkast til Kommissorium for implementeringsgruppe vedr. opfølgning og evaluering af IV-aftalen september 2023
- 📎 2. Aftale om intravenøs behandling

6. BESLUTNING: INDSATSER UNDER MÅLSÆTNINGERNE 2 OG 5 I "PRAKSISPLAN FOR ALMEN PRAKSIS"

FORMÅL MED SAGEN

Formålet med sagen er, at Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) indstiller over for Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) at godkende forslag til indsatser under praksisplanens målsætning 2 om at øge andelen af praksis, der har åbent for patienttilgang, og målsætning 5 om at understøtte lægedækning og tilgængelighed gennem indsatser for rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe indstiller over for Sundhedssamarbejdsudvalget at godkende følgende indsatser under Praksisplan for almen praksis:
 1. at parterne samarbejder om udviklingen af lokale løsninger, der kan bidrage til flere åbne praksis i de områder hvor borgernes lægevalgsmuligheder er særligt udfordrede
 2. at der udarbejdes informationsindsatser rettet mod medicinstuderende, uddannelseslæger og yngre læger med henblik på at øge lysten til at blive speciallæge i almen medicin og til at etablere egen praksis.
 3. at der samarbejdes for at styrke processer for opslag og aktivering af kapaciteter med særligt fokus på områder med lægedækningsudfordringer
 4. at der udvikles indsatser til etablerede praktiserende læger, som kan understøtte et bæredygtigt arbejdsliv og sikre kontinuitet for patienterne gennem "den gode praksisoverdragelse" mellem læger.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Praksisplan for almen praksis indeholder ti målsætninger inden for temaerne lægedækning, kapacitet, kvalitet og samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen kan findes her: <https://www.regionh.dk/Sundhed/Politikker-Planer-Strategier/Praksisplaner/Sider/Praksisplan-almen-praksis.aspx?rhKeywords=praksisplan+for+almen+praksis>.

Jf. den overordnede tidsplan for implementeringsarbejdet (Praksisplanudvalget, december 2021) forelægges Tværsektoriel strategisk styregruppe med denne sag beskrivelser af de foreslåede indsatser under målsætning 2 og 5 med henblik på indstilling til godkendelse i SSU.

- Målsætning 2: At andelen af praksis med åbent for tilgang øges, idet vi i fællesskab gør en særlig indsats i områder, hvor borgernes lægevalgsmuligheder er begrænsede.
- Målsætning 5: At rekrutterings- og fastholdelsesindsatser med fokus på et attraktivt arbejdsliv understøtter lægedækning og tilgængelighed i almen praksis.

Indsats under målsætning 2

For at løfte arbejdet med målsætningen foreslår fællessekretariatet for praksisplan for almen praksis (bestående af repræsentanter for PLO-H sekretariatet, det fælleskommunale sundhedssekretariat i Region Hovedstaden og Region Hovedstadens administration), at følgende indsats implementeres:

- Der samarbejdes om at identificere udfordringer og udarbejde *lokale* løsninger for at øge andelen af åbne praksis i områder, hvor borgernes lægevalgsmuligheder er særligt udfordrede.

Beskrivelse af indsatsen

Andelen af åbne praksis påvirkes lokalt af en lang række faktorer, som er relateret til lægedækningen i det enkelte planlægningsområde, såvel som i de omkringliggende områder. Det betyder, at det ikke nødvendigvis er de samme udfordringer, der er gældende i alle områder med en høj andel af lukkede praksis, og at løsninger derfor skal målrettes lokale forhold.

Fællessekretariatet foreslår derfor, at parterne samarbejder lokalt om udviklingen af lokale løsninger, der kan bidrage til flere åbne praksis og dermed bedre lægevalgsmuligheder for borgerne.

Regionsadministrationen udvælger løbende på baggrund af vurdering af den samlede lægedækningssituation og med input fra PLO-H og Det fælleskommunale sundhedssekretariat områder, der er særligt udfordrede i forhold til andelen af åbne praksis. Områderne kan være en enkelt kommune eller planlægningsområde/bydel, eller det kan være flere nabokommuner/planlægningsområder, hvor udfordringsbilledet er det samme, og der med fordel kan samarbejdes om indsatsen.

Der etableres efter udvælgelsen af et område en midlertidig arbejdsgruppe med repræsentanter fra Det fælleskommunale sundhedssekretariat, PLO-H sekretariatet samt lokale repræsentanter for kommuner og almen praksis. Gruppen skal identificere udfordringer og udarbejde målrettede løsninger for at øge andelen af åbne praksis i det pågældende område. Det forventes, at der arbejdes med et område ad gangen og med to til tre områder årligt med mulighed for at opjustere antallet efter arbejdets omfang. Arbejdsgrupperne kan iværksætte lokale løsninger for at imødegå udfordringer lokalt. Arbejdsgrupperne kan evt. deltage ved møder i de kommunalt-lægelige udvalg, hvor de lokale PLO-K repræsentanter deltager sammen med kommunale repræsentanter.

Principielle indsatser eller beslutninger, der kræver finansiering og/eller politisk godkendelse kommunalt eller regionalt, forelægges for det relevante politiske forum.

Indsatser under målsætning 5

For at løfte arbejdet med målsætningen foreslår fællessekretariatet, at følgende indsatser implementeres:

Indsats 1: Den tidlige dialog:

- Der udarbejdes informationsindsatser rettet mod medicinstuderende, uddannelseslæger og yngre læger med henblik på at øge lysten til at blive speciallæge i almen medicin og til at etablere egen praksis.

For at styrke lysten til at blive almen mediciner og nedsætte sig som alment praktiserende læge vil parterne bag praksisplanen sikre eksponering og gentagen dialog med medicinstuderende og uddannelseslæger på alle trin i uddannelsen til speciallæge om muligheden for at blive praktiserende læge i Region Hovedstaden. Formålet med dialogen er dels at skabe kendskab til regionens og KAP-H's tilbud og dels at medvirke til at nedbryde fordomme og barrierer relateret til arbejdet som praktiserende læge. Dialogen skal indledes og opretholdes i tæt samarbejde mellem regionens rekrutteringsfunktion, PLO, de ansvarlige for lægeuddannelsen, Studerendes Almen Medicinske Selskab (SAMS) og Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM).

For at kunne målrette tilbud og indsatser vil rekrutteringsfunktionen indledningsvist undersøge barrierer for nedsættelse og ønsker til støtte blandt uddannelseslæger og speciallæger. På baggrund heraf vil Region Hovedstadens rekrutteringsfunktion udvikle nye tilbud i form af informationsmateriale og arrangementer. Eksempelvis vil rekrutteringsfunktionen afholde arrangementer i samarbejde med PLO-H, FYAM og kommuner med ledige kapaciteter eller lægedækningsudfordringer. Formålet er at understøtte, at læger søger ud i og nedsætter sig i disse konkrete områder.

PLO-H, det fælleskommunale sundhedssekretariat og Region Hovedstaden vil arbejde for attraktive uddannelsesforløb i almen praksis. En mulighed er at arbejde for at tilbyde samlede uddannelsespakker i områder, der er særligt udfordrede på lægedækning eller geografisk beliggenhed. Hensigten med samlede uddannelsespakker er at give lægerne mulighed for en stærkere tilknytning til ét geografisk område i deres familiemæssigt formative år. Dermed skabes bedre forudsætninger for, at lægerne ønsker at blive efter endt uddannelse.

Indsats 2: På vej i praksis:

- Der samarbejdes om at styrke processer for opslag og aktivering af kapaciteter med særlig fokus på områder med lægedækningsudfordringer.

Denne indsats er målrettet læger, der er i konkrete overvejelser om etablering af praksis, og frem til de åbner deres praksis.

Regionens rekrutteringsfunktion fungerer som en fælles indgang for læger, der ønsker viden og rådgivning. Gennem mail og telefon til rekrutteringsfunktionen, kan lægerne dagligt indgå i dialog om muligheder for at etablere sig i regionen.

Parterne vil arbejde for, at samarbejdet mellem rekrutteringsfunktionen og kommunerne bliver yderligere styrket i de kommuner, hvor regionen aktuelt har ledige kapaciteter – især i lægedækningstruede områder. Samarbejdet skal understøtte: 1) lokal forankring og formidling af annoncer for kapaciteter, 2) bidrage med lokalkendskab med henblik på at understøtte lægens etablering fx med viden om muligheder for kliniklokaler, 3) give lægen relevant viden om sundhedsfaglige tilbud og samarbejde med kommunen.

For at sikre en succesfuld aktivering af kapaciteten inviteres læger, der får tildelt nye kapaciteter, til velkomstmøde. Her deltager rekrutteringsfunktionen og en repræsentant fra den kommune, kapaciteten er opslået i. Rekrutteringsfunktionen vil efterfølgende være i tæt dialog med lægerne, indtil lægerne har aktiveret/etableret deres praksis.

Med Lov om ændring af sundhedslovens § 227 om regionsklinikker har regionen fra 1. juli 2023 mulighed for at understøtte etablering med et midlertidigt vederlag til praksis i områder med lægemangel. De konkrete muligheder skal afklares nærmere og er under forudsætning af, at der findes finansiering hertil.

Indsats 3: Tilknytning til praksis og praksisoverdragelse:

- Der udvikles indsatser til etablerede praktiserende læger, som kan understøtte et bæredygtigt arbejdsliv og sikre kontinuitet for patienterne gennem "den gode praksisoverdragelse" mellem læger.

Denne indsats er målrettet etablerede alment praktiserende læger i alle faser af deres arbejdsliv, men med særligt fokus på læger, der oplever udbrændthed. Indsatsen skal understøtte en længere tilknytning til praksis og forebygge tidligt praksisophør.

For at skabe en stærkere tilknytning til praksis vil rekrutteringsfunktionen, KAP-H og PLO-H øge lægernes kendskab til, hvordan man gennem overenskomsten og organisering af klinikken kan skabe et arbejdsliv i balance og afhjælpe eventuelt arbejdspress. Dette vil ske gennem styrket fokus på rådgivning, konsulentbesøg, udvikling af informationsmateriale og arrangementer.

Parterne bag praksisplanen ønsker desuden at skabe opmærksomhed om "den gode overdragelse af praksis" mellem læger. Dels ved at udvikle nye arrangementer for seniorlæger og dels ved at udbrede eksisterende rådgivning – særligt fra KAP-H's Organiseringsteam – om tidlig refleksion over den attraktive praksis, generationsskifteaftalen og rettidig planlægning af overdragelse.

Indsats under målsætning 3

TSS blev på møde den 8. maj orienteret om fællessekretariatets forslag til indsats under praksisplanens målsætning 3, der lyder:

- Målsætning 3: At rammerne for kapacitetsplanlægningen fortsat udvikles under hensyntagen til bl.a. udviklingen i befolkningen og sundhedsvæsenet i øvrigt samt lægernes ønsker til antal patienter.

Regionsadministrationen har vurderet, at der ikke er behov for yderligere uddybning af indsatsen på nuværende tidspunkt, eftersom de konkrete justeringer af kapacitetsplanlægningen skal ske løbende og under særlig hensyntagen til den udvikling der følger af sundhedsreformen fra 2022, hvor kapaciteten udvides i almen praksis samtidig med at der flyttes opgaver fra det specialiserede sundhedsområde til almen praksis. Eftersom kapacitetsplanlægningen i almen praksis er regionalt kompetenceområde og behandles i regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, forelægges indsatsen ikke til godkendelse i TSS og SSU. Sager vedr. den årlige kapacitetsplanlægning forelægges som hidtil TSS til kommentering.

VIDERE PROCES

Indsatser under praksisplanens målsætning 2 og 5 forelægges for SSU på møde den 13. oktober 2023 med henblik på godkendelse. Indsats under målsætning 3 forelægges SSU den 13. oktober 2023 til orientering.

7. DRØFTELSE: FORSLAG TIL INDSATSER UNDER MÅLSÆTNING 4 I "PRAKSISPLAN FOR ALMEN PRAKSIS"

FORMÅL MED SAGEN

Sagen forelægges Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) med henblik på drøftelse, kvalificering og evt. prioritering af forslag til indsatser, der skal arbejdes videre med under praksisplanens målsætning vedrørende tiltag, der kan øge behandlingskapaciteten i almen praksis.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter, giver input til og evt. prioriterer i forslag til indsatser under målsætning 4 i "Praksisplan for almen praksis".

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Målsætning 4 i Praksisplan for almen praksis lyder:

- At behandlingskapaciteten øges ved, at vi udvikler rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling både i almen praksis og tværsektorielt

Sekretariatene for regionen, kommunerne og PLO-H har i fællesskab formuleret tre foreløbige forslag til indsatser, der omhandler henholdsvis organisering, digitalisering og opgave- og ansvarsfordelingen i almen praksis. Der vil blive arbejdet med at konkretisere de forslag, som TSS vælger at prioritere, inden de forelægges TSS igen og siden i SSU til godkendelse. Arbejdsgruppens uddybende beskrivelse af forslagene fremgår af bilag 1.

1. Understøttelse af god praksisdrift og brug af praksispersonale

- Der tilrettelægges en indsats for at understøtte optimeret praksisdrift og for at udbrede anvendelsen af praksispersonale. Indsatsen løftes gennem en bred formidlingsindsats af mulighederne for organisatorisk udvikling i praksis og gennem udbredelse af KAP-H's eksisterende tilbud vedrørende organisering i almen praksis, så flere læger gør brug af det.

Måden hvorpå den praktiserende læge driver sin praksis organisatorisk, har betydning for behandlingskapaciteten samt risikoen for at lægen brænder ud. I takt med at der i de kommende år skal lægges flere opgaver ud til almen praksis fra hospitalerne, bliver det tiltagende nødvendigt i fællesskab at arbejde for, at almen praksis optimerer klinikkernes organisering og praksisdrift. Anvendelsen af praksispersonale kan bidrage til en øget behandlingskapacitet såvel som aflastning, da lægen gennem uddelegering af opgaver får frigjort tid. Mere brug af praksispersonale skal dog ske under hensyntagen til den generelle mangel på sundhedsfagligt personale. Også andre organisatoriske greb kan bidrage til en mere optimal klinikdrift og ressourceudnyttelse. KAP-H tilbyder fx kurser indenfor ledelse og udvikling, besøg i klynger vedrørende optimering af arbejdsgange og besøg i den enkelte klinik vedrørende kliniks-specifikke udfordringer og muligheder. Det skal i tilrettelæggelsen overvejes, hvordan der nås ud til de læger, der har størst behov for hjælp til organisering.

2. Lokal implementering af appen KontaktLæge

- Der gøres en indsats for at understøtte lokal implementering af KontaktLæge app'en i almen praksis, i hjemmeplejen, på kommunale plejecentre og regionale og kommunale bosteder, med henblik på at understøtte borgernes adgang til egen læge, samt frigive tid i almen praksis gennem øget brug af videokonsultationer.

I dag er 1 % af alle konsultationer i almen praksis videokonsultationer gennem appen MinLæge og brugen forventes at stige i de kommende år. MinLæge kræver dog personligt login med fx MitID, som beboere på plejehjem og botilbud ofte ikke kan anvende. Med appen KontaktLæge kan kommunens social- og sundhedsfaglige personale assistere deres borgere med teknisk at starte en videokonsultation med borgers egen læge og samtidig støtte borgeren i selve videokonsultationen efter behov. Dermed frigøres tid i almen praksis, ved at lægen i mange tilfælde ikke behøver at tage på hjemmebesøg, og samtidig understøttes særligt sårbare og ældre borgers adgang til egen læge.

KontaktLæge anvendes i dag kun i begrænset omfang i kommunerne i Region Hovedstaden, men erfaringer fra kommuner i andre regioner viser, at der ved en målrettet implementeringsindsats kan være et stort potentiale.

3. Indsats vedrørende håndtering af parakliniske undersøgelser

- Der tilrettelægges en indsats med henblik på at sikre, at ansvarsfordeling og håndtering af parakliniske undersøgelser er i overensstemmelse med retningslinjer på området, af hensyn til patientsikkerheden og behandlingskapaciteten i almen praksis.

Af patientsikkerhedsårsager er der fastlagt et princip om, at den læge der bestiller fx en blodprøve, selv følger op på den bestilte prøve og giver patienter svar på undersøgelserne mv. Dette er beskrevet i Sundhedsstyrelsens Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser (link til vejledning: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2011/9207>).

PLO-H oplever, at hospitalslæger i tiltagende grad pålægger egen læge at følge op på blodprøver og andre undersøgelser, fx mikrobiologiske prøvesvar og radiologiske undersøgelser – røntgen, CT-skanninger, MR-skanninger, ultralydsskanninger, DEXA-skanninger mm., som hospitalslægen har bestilt. Denne praksis er derfor både udfordrende i forhold til behandlingskapaciteten i almen praksis, men også for patientsikkerheden.

VIDERE PROCES

- September: Arbejdsgruppe uddyber de indsatser, der skal arbejdes videre med.
- 3. november: TSS indstiller indsatser under praksisplanens målsætning 4 til godkendelse i SSU.
- 1. december: SSU godkender indsatser under praksisplanens målsætning 4

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Målsætning 4 indsatser til TSS

8. BESLUTNING: GODKENDELSE AF UNDERAFTALE OM BRUG AF KORRESPONDANCEMEDDELELSEN (KM) MELLEM KOMMUNERNES MYNDIGHEDSOMRÅDER INDEN FOR VOKSENSOCIALOMRÅDET OG REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI (RHP) SAMT IMPLEMENTERING AF GRUNDAFTALE FOR BRUG AF KM MELLEM PARTERNE

FORMÅL MED SAGEN

Med denne sag forelægges udkast til underaftale om tværsektoriel kommunikation via korrespondancemeddelelsen (KM) mellem kommunernes myndighedsområder inden for voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) med henblik på godkendelse.

Endvidere lægges der op til en reimplementering af den allerede eksisterende "Grundaftale for tværsektoriel brug af korrespondancemeddelelsen" til sundhedsfaglig kommunikation mellem parterne.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender:

- Underaftalen om brug af KM mellem kommunernes myndighedsområde inden for voksensocialområdet og Regionens Psykiatriske centre samt implementering af denne
- Reimplementering af "Grundaftale om brug af KM" mellem parterne.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

For at forbedre et sammenhængende patientforløb for socialpsykiatriske borgere udtrykkes der i Sundhedsaftalen 2019-2023 et ønske om at kunne kommunikere digitalt mellem kommunernes socialpsykiatri, hospitaler og almen praksis. Der er enighed om at starte den digitale kommunikation mellem parterne ved brugen af KM. Tilbage i juni 2020 opfordrede K-29 derfor alle kommuner i hovedstadsregionen til at have implementeret KM på socialområdet fra medio 2021.

For at følge op på brugen af KM for området har Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation (TSDK) under Sundhedsaftalen nedsat en ad hoc arbejdsgruppe, som har analyseret behovet for og parathed til at bruge KM til tværsektoriel digital kommunikation.

Afdækning af behov

Arbejdsgruppen har afdækket, at der i dag er en vis kommunikation med KM mellem parterne. Denne kommunikation følger den eksisterende "Grundaftale for brug af KM" og omhandler primært sundhedsfaglig kommunikation - for eksempel mellem almen praksis og botilbud om sundhedsfaglige problemområder. Her mangler dog en fuld udbredelse af brug af denne aftale. Grundaftalen er vedlagt som bilag 1.

Det er endvidere blevet afdækket et behov for digital kommunikation mellem RHP og kommunernes myndighedsområde inden for voksensocialområdet. Dette vil kunne understøtte arbejdsgangene i "Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom".

En øget digitalisering vil desuden medføre styrkelse af patientsikkerhed og understøtte større lighed i sundhed.

Forslag til løsninger

Det foreslås derfor, at brug af KM nu udbredes til at dække det digitale kommunikationsbehov mellem RHP og kommunernes myndighedsområde inden for voksensocialområdet.

Hvis dette etableres, vil det sikre et første skridt på vejen til fuld digital kommunikation, svarende til den tværsektorielle digitale kommunikation på det somatiske område.

RHP er teknisk parat. Kommunerne kan være parat ved implementering, da der findes tekniske løsninger, som umiddelbart kan ibrugtages. For enkelte kommuner vil det betyde en ændret arbejdsgang eller en mindre økonomisk investering.

Derudover er der behov for at udbrede grundaftale om brug af KM til sundhedsfaglig digital kommunikation fuldt ud til alle parter. Alle har it-systemer til at understøtte dette, men der mangler en plan om ibrugtagning.

Udkast til underaftale

Arbejdsgruppen har derfor udarbejdet udkast til kommunikationsaftale på myndighedsområdet, i første omgang mellem voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri. Se bilag 2.

Aftaleudkastet omhandler kommunikation via KM ved behov for:

- vurdering af ændrede eller nye sociale indsatser i kommunen
- tværsektorielle netværksmøder, herunder udarbejdelse af udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Aftaleudkastet har været i høring i Region Hovedstadens Psykiatri og via KKR i kommunerne.

RHP og 13 kommuner har responderet på høringsmaterialet. En enkelt kommune peger på problem med teknisk adgang til brug af KM. Der har været konkret kontakt til denne kommune, som er indforstået med at overkomme de tekniske udfordringer.

Høringen har givet anledning til tekstmæssige præciseringer, som er indarbejdet.

Patientinddragelsesudvalget er lidt sent blevet forelagt aftaleudkastet, hvorfor udvalget alene kan nå at komme med en overordnet udtalelse, som vil blive forelagt på mødet.

VIDERE PROCES

Under forudsætning af godkendelse af indstillingerne foreslås, at implementeringen af både Grundaftale og Underaftale sker fra 4. kvartal 2023 med henblik på ibrugtagning i 1. kvartal 2024.

Arbejdsgruppen tilbyder at understøtte udarbejdelse af implementeringsmateriale til brug for lokal undervisning samt en løbende monitorering af ibrugtagningen af begge aftaler det første halve år.

Der foreslås følgende proces:

- Udsendelse af aftalerne til kommuner og RHP i efteråret 2023 inklusiv implementeringsmateriale
- Udsendelse til de faglige sundhedsklynger og driftsfora i psykiatrien med henblik på opfølgning på den organisatoriske implementering af aftalerne.
- Arbejdsgruppen foretager løbende monitorering og udarbejder overblik over parternes implementering af aftalen
- TSDK evaluerer aftalen 1 år efter ibrugtagning.

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Grundaftale om brug af korrespondancemeddelelse
- 2. Endeligt udkast til underaftale om brug af KM på psykiatriområdet

9. DRØFTELSE: INPUT TIL REGION HOVEDSTADENS ARBEJDE MED EN REGIONAL LÆGEDÆKNINGSSTRATEGI

FORMÅL MED SAGEN

På baggrund af et medlemsforslag fra Det Konservative Folkeparti besluttede Regionsrådet den 23. august 2022, at der skulle udarbejdes en strategi for styrket lægedækning og reelt frit lægevalg i Region Hovedstaden. Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har ad to omgange drøftet en synopsis, der danner ramme for lægedækningsstrategien. Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) forelægges denne sag med henblik på at give input til det igangværende arbejde med lægedækningsstrategien, og forelægges desuden den foreløbige synopsis for strategien. TSS' input medtages i regionens videre arbejde med strategien for lægedækning i Region Hovedstaden.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe giver input til Region Hovedstadens arbejde med en regional lægedækningsstrategi.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsloven fastlægger, at regionen har ansvar for, at alle borgere har adgang til almen medicinsk lægehjælp. Regionen har med strategien "Alle skal med" fra 2021 taget første skridt i retning af en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis. Derudover planlægges allerede en række indsatser til understøttelse af lægedækningen i det fælles arbejde med implementering af "Praksisplan for almen praksis 2021" mellem Praktiserende Lægers Organisation Hovedstaden, kommunerne og regionen.

Sundhedsreformen fra 2022 sætter fokus på omstilling fra behandling på hospitaler til indsatser i det nære sundhedsvæsen - herunder almen praksis. Flere opgaver flyttes fra det specialiserede sundhedsområde til almen praksis, som får en større tovholderrolle i patientforløbene. Det ligger i tråd med Danske Regioners og PLO's fælles "Vision for almen praksis 2030". Af visionen fremgår det, at almen praksis skal have større ansvar for patienternes samlede forløb, og at arbejdet i almen praksis i højere grad skal understøttes af øget tværsektorielt samarbejde, data og kvalitetsudvikling. Et centralt element i omstillingen er planen om, at der i 2035 nationalt skal være 5.000 praktiserende læger – 1.500 flere end de aktuelt ca. 3.500. Regionens lægedækningsstrategi skal tage højde for udviklingen i opgaveløsningen for almen praksis hen over de kommende år og sætte en politisk retning for fremtidens almen praksis.

I sin nuværende form tager synopsis for lægedækningsstrategien afsæt i følgende fire fokusområder:

1. Let og lige adgang til praktiserende læger i hele Region Hovedstaden
2. Udvikling af rammerne for organisering, digitalisering og opgaveudvikling i almen praksis
3. Udvikling af almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde
4. Rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger til Region Hovedstaden gennem fokus på et attraktivt arbejdsliv i almen praksis.

Af bilag 1 fremgår synopsis for den kommende lægedækningsstrategi med udgangspunkt i de fire fokusområder.

TSS bedes give input til Region Hovedstadens arbejde med en regional lægedækningsstrategi. Der indhentes desuden input fra regionens Patientinddragelsesudvalg til brug for det videre arbejde med lægedækningsstrategien. Strategien drøftes desuden sideløbende med PLO-H's formandsskab.

VIDERE PROCES

Inputs fra TSS medtages i det videre arbejde med strategien for lægedækning i Region Hovedstaden. Den endelige strategi forelægges til godkendelse i udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen på mødet den 21. november 2023. Herefter forelægges lægedækningsstrategien til godkendelse i Regionsrådet den 12. december 2023. Sundhedssamarbejdsudvalget orienteres om lægedækningsstrategien den 1. marts 2024.

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. 230109_Synopsis_Lægedækningsstrategi

10. DRØFTELSE: SNITFLADEN VEDRØRENDE KOMPRESSIOMATERIALER

FORMÅL MED SAGEN

Det har løbende været dialog mellem region og kommuner omkring afgrænsningscirkulæret, herunder snitfladerne om flere typer af produkter, der både kan være hjælpemidler og behandlingsredskaber. Senest har der hen over sommeren været fokus på kompressionsområdet i forlængelse af Ankestyrelsens principmeddelelse vedr. kompressionsstrømper nr. 20-22 og den efterfølgende præciseringskrivelse. Det kan derfor drøftes, om der er behov for fælles initiativer på området.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter status for området samt drøfter evt. afklaringer eller initiativer, som i fællesskab kan tages på området.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Snitfladen mellem Afgrænsningscirkulæret og Servicelovens hjælpemiddelbestemmelser er kompleks og uklar, hvilket betyder at den kan fortolkes forskelligt. Det giver indenfor bestemte områder anledning til dialog mellem region og kommuner, idet nogle redskaber både kan betegnes som hjælpemidler og behandlingsredskaber, alt efter kontekst og tolkning af redskabernes hovedformål. Dette er tilfældet nu i forhold til kompressionsstrømpeområdet.

Dialogen og evt. uklarhed opstår oftest, når hospitalsbehandlingen afsluttes, men borgerne varigt har brug for et redskab til afhjælpning af følgerne af sygdommen samtidig med, at der er en vis risiko for, at borgerens funktionsevne bliver forringet, såfremt borgeren ikke anvender redskabet. Typisk opstår uklarheden omkring udvalgte produkttyper f.eks. kompressionshjælpemidler, diabeteshjælpemidler og sansestimulerende hjælpemidler.

VIDERE PROCES

Den tværsektorielle arbejdsgruppe om hjælpemidler og behandlingsredskaber, som er nedsat under TSS, har sat punkt om afgrænsningscirkulæret på næste møde d. 28. september. Drøftelserne og evt. beslutning fra TSS vil indgå som grundlag for dagsordenen til dette møde.

11. EVENTUELT

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager eventuelle orienteringer til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

12. ORIENTERING: TVÆRSEKTORIELLE OPGAVER FRA REGERINGENS AKUTPLAN

FORMÅL MED SAGEN

Regeringen indgik aftale med Danske Regioner om en akutplan på sundhedsområdet i februar 2023 (1) på baggrund af et presset sundhedsvæsen. Dele af planen er ligeledes aftalt med KL. Planen vedrører også det tværsektorielle samarbejde, idet der er fokus på at forebygge akutte indlæggelser og sikre bedre udnyttelse af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsklyngerne har derfor også en væsentlig rolle i udmøntningen af planen, hvorfor Tværsektoriel strategisk styregruppe med sagen orienteres, og der kan aftales mulighed for videndeling imellem klyngerne i forhold til dette konkrete område.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orientering om akutplan til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Akutplanen lægger op til en række initiativer, der skal nedbringe ventetiderne, robustgøre akutmodtagelserne og løfte aktiviteten og produktiviteten på sygehusene.

Akutplanen indeholder fem indsatsområder:

- Afhjælpning af flaskehalse og bemandingsmæssige problemer
- Hurtigere autorisation af udenlandsk arbejdskraft
- Bedre brug af kapaciteten på de offentlige sygehuse
- Robustgørelse af akutmodtagelser
- Brug af kapacitet på private sygehuse.

Der er i planen et stort fokus på det regionale område med vægt på bemandingsmæssige problemer, men i indsatsområdet ”robustgørelse af akutmodtagelser” lægges der også op til tværsektorielt samarbejde.

Robustgørelse af akutmodtagelser

I akutplanen peges der på, at der mellem 2019 og 2022 ses et øget antal akutte patienter, og regionerne oplever udfordringer med pres på de medicinske afdelinger. Det fremgår, at Regeringen, Danske Regioner og KL derfor er enige om behovet for et stærkt fokus på at forebygge akutte kontakter samt sikre bedre udskrivningsforløb i samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Der peges på, at en styrkelse af de kommunale akutfunktioner (med revideret kvalitetsstandard på vej), sammen med aftaler om lægeligt behandlingsansvar (aftale om 72 timers behandlingsansvar), vil bidrage til, at færre borgere opleve at blive indlagt eller genindlagt, når det kunne have været forebygget. Det kan dermed også bidrage til at aflaste akutmodtagelserne.

Det fremgår således af planen, at parterne skal arbejde med:

1. Forebygge sygehusophold og skabe gode overgange (i klyngerne)
2. Udbrede plejehjems-læger
3. Udbrede dosispakket medicin.

Status for arbejdet med akutplan

72 timers behandlingsansvar

72-timers behandlingsansvar er implementeret i Region Hovedstaden, men der arbejdes fortsat med at opnå fuld implementering af aftalen. En justeret version af aftalen trådte i kraft 1. januar 2023, jf. sag på TSS i maj 2023. Aftalen evalueres, og første del af evalueringen forventes klar i uge 35.

Den reviderede kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner var i høring i foråret 2023.

Forebyggelse af sygehusophold

Der pågår et arbejde med at forebygge sygehusophold og skabe gode overgange i relation til den ældre medicinske patient i alle sundhedsklynger, idet alle klyngerne har besluttet at have indsatser på dette område.

På landsplan ses et fald i antal af færdigbehandlede dage for somatiske patienter fra 2021 til 2022, men i Region Hovedstaden ses en markant stigning fra godt 4.000 færdigbehandlede dage i 2020 til knap 9.000 i 2021 og 10.000 i 2022. Pr. 1 maj 2023 er tallet for 2023 for Region Hovedstaden 3.600 færdigbehandlede dage. Udviklingen fra 2020 til 2021 skal ses i lyset af covid-19-pandemien og den pressede personalesituation. Antallet af færdigbehandlingsskift i psykiatrien er på landsplan faldet lidt fra 2021 til 2022. Det gælder også Region Hovedstaden fra 8.526 i 2021 til 7.768 i 2022. Der er i første halvår 2023 registreret i alt 5.440 færdigbehandlingsskift på de psykiatriske centre for patienter med bopæl i Region Hovedstaden (tallet kan ikke bruges som prognose på grund af den anvendte opgørelsesmetode).

Det er relevant, at sundhedsklyngerne følger udviklingen færdigbehandlingsskift nøje, særligt med henblik på at få vendt udviklingen i somatikken. Klyngerne vil derfor løbende få fremsendt data for området fordelt på både hospitaler og kommuner, og data er nu gjort tilgængelige på regionens hjemmeside til kommunernes brug.

Andre igangsatte tiltag der forventes at bidrage til forebyggelse af sygehusophold:

- Øget brug af udgående funktioner og specialistrådgivning til almen praksis
- Udbrede kendskab til og brug af subakutte tider
- Analyse af det samlede akutsystem i Region Hovedstaden med fokus på samspillet mellem 1813 og akutmodtagelserne
- Revision af kommunikationsaftalen, jf. sag 4.

Region Hovedstadens Akutberedskab har gennemført et pilotprojekt, hvor udkørende vurderingslæger fra 1813 har kørt på hjemmebesøg hos borgere, som de sundhedsfaglige visitatorer på Akuttefonen 1813 ellers ville have visiteret til fysisk konsultation på akutmodtagelser- og klinikker. 87 % af patienterne blev afsluttet til egen læge eller egenomsorg, og dermed blev sparet en hospitalskontakt. Det er hensigten at bruge erfaringerne fra pilotprojektet til at drøfte behovet for at udvikle lignende forsøg/indsatser i sundhedsklyngerne.

Plejhjemslæger

I Region Hovedstaden har 27 ud af 29 kommuner tilknyttet plejhjemslæger. Regionens Center for sundhed vil i løbet af efteråret tage en dialog med de kommuner, hvor der ikke er plejhjemslæger.

Dosispakket medicin

Danske Regioner har i marts 2023 indgået honoraraftale med PLO om dosispakket medicin, og i KL-regi er der nedsat en national programstyregruppe for et tværsektorielt implementeringsprogram. Implementeringsprogrammet skal følge op på anbefalingerne fra en rapport udarbejdet af MUUSMAN, som peger på, at dosispakket medicin er mere patientsikkert, og at der er et potentiale for frigørelse af mellem 600-900 sygeplejersker/SOSU-assistenters (årsværk) i kommunerne på mellemlangt til langt sigt (yderligere 40-60.000 borgere på dosispakket medicin).

Der blev i slutningen af juni 2023 indgået en aftale med Dansk Apotekerforening, hvor bl.a. apotekernes rolle i at udbrede dosispakket medicin indgår.

MedCom er projektledere på det nationale program, der har tre spor:

1. Undervisning af kommunerne (herunder vejledninger, materialer, forslag til samarbejdsaftale mellem kommuner og almen praksis mv.)
2. Tværsektorielle aktiviteter (herunder undgå stop af dosisdispensering ved indlæggelser), ensartet service fra apotekerne, opdatering af vejledninger fra Styrelsen for patientsikkerhed)
3. Undervisning af almen praksis (tekniske forbedringer i lægepraksissystemer, webinarer, fyraftensmøder mv.).

I sundhedsklynge Byen er der igangsat en konkret indsats om dosispakket medicin, hvor der arbejdes med understøttelse af aktørerne (undervisning, hotline og kommunikation) samt afprøvning af nye arbejdsgange på hospitalet.

Sundhedsklynge Syd har også som mål at øge antallet af borgere på dosispakket medicin som led i temaet Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse.

Sundhedsklynge Nord, Midt og Bornholm har ikke dosispakket medicin som et eksplicit fremhævet indsatsområde.

1) Link til

akutplanen: <https://sum.dk/Media/638127382383915179/Aftale%20om%20akutplan%20for%20sygehusv%C3%A6senet.pdf>

VIDERE PROCES

Regionen afrapporterer via Danske Regioner kvartalsvist til Indenrigs- og sundhedsministeriet om fremdriften i akutplanen. I den forbindelse kan sundhedsklyngerne blive bedt om at give status for deres arbejde.

Det kan overvejes at drøfte udbredelse af gode erfaringer fra klyngerne eller andre regioner inden for disse emner på et kommende møde i TSS.

13. ORIENTERING: VACCINATION MOD COVID-19 OG INFLUENZA I SÆSON 2023/2024

FORMÅL MED SAGEN

Med denne sag gives en overordnet beskrivelse af, hvordan vaccinationsindsatsen tilrettelægges i sæson 2023/2024.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen om vaccinationsindsatsen til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsstyrelsen udgav i juni 2023 det faglige grundlag for den kommende vaccinationsindsats, som kan ses her: planlægningsgrundlag. Formålet med vaccinationsprogrammet er at forebygge indlæggelser og dødsfald samt den heraf afledte belastning af sundhedsvæsenet.

Det fremgår blandt andet, at:

- Vaccinationsprogrammet omfatter covid-19 og influenza og planlægges opstartet den 1. oktober 2023 med en udrulningsperiode på 8 uger med jævn kapacitet og dernæst 6 ugers udfasning.
- Målgrupperne for vaccinationstilbuddet er de samme for begge vacciner og omfatter:
 - Alle personer på 65 år eller derover.
 - Personer under 65 år i øget risiko for et alvorligt forløb af covid-19 og/eller influenza.
 - Gravide i 1. til 3. semester.

Herudover er der den undtagelse i forhold til de fælles målgrupper, at børn i alderen 2-6 år alene tilbydes influenzavaccination.

Der vil dermed ikke være tilbud om vaccination til sundhedspersonale.

Sundhedsstyrelsen arbejder på en beskrivelse af kriterierne for, hvornår borgere under 65 år er i øget risiko for et alvorligt forløb. Det har bl.a. betydning for, hvilke borgere på botilbud, som vil være i målgruppen for vaccination. Det betyder ligeledes, at det endnu ikke er afklaret, i hvilket omfang socialt udsatte borgere, som fx hjemløse, vil blive tilbudt vaccination.

Overordnet tilrettelæggelse af vaccinationsindsatsen i Region Hovedstaden

Regeringen har besluttet, at organiseringen af vaccinationsindsatsen forankres i regionerne med inddragelse af andre udførende aktører. Regionerne vil få en fast bevilling, som skal dække alle udgifter til varetagelse af vaccinationsopgaven. I Region Hovedstaden vil der blive etableret regionale vaccinationssteder i forbindelse med alle akuthospitalerne samt Bornholms Hospital. Desuden vil der blive etableret decentrale vaccinationssteder mindst et sted i hver kommune og mindst 50 steder i alt i Region Hovedstaden. De decentrale vaccinationssteder vil blive drevet af en privat leverandør. Der er aktuelt et fælles regionalt udbud på området.

Ud fra sidste års erfaringer med tilslutningen til vaccinationsprogrammet er det forventningen, at ca. 400.000 voksne (65+ årige og personer under 65 år i særlig risiko) og ca. 30.000 børn (2-6 årige) skal vaccineres i regionen.

Udkørende vaccination

Der er i år ikke indgået en aftale med de praktiserende læger om deres medvirken i vaccinationsindsatsen. Almen praksis kommer derfor ikke til at tilbyde vaccination i klinikken eller varetage udkørende vaccination til plejecentre og botilbud samt hjemmevaccination. Region Hovedstaden har i stedet indgået en aftale med en privat leverandør om varetagelse af udkørende vaccination. Der sendes hurtigst muligt information til kommunerne om, hvordan samarbejdet med den private leverandør tilrettelægges i forhold til plejecentre, sociale botilbud samt hjemmevaccination.

Tværsektoriel koordination af vaccinationsindsatsen

Den tidligere tværsektorielle koordinationsgruppe på vaccinationsområdet, som har været benævnt SPOR 7, er genetableret og forventes at mødes regelmæssigt før og under vaccinationssæsonen. Kommunerne er repræsenteret med en repræsentant fra hver klynge på baggrund af udpegning via det fælles kommunale sundhedssekretariat (KKR).

Alle kommuner har desuden, som i tidligere vaccinationsrunder, indmeldt en eller flere kontaktpersoner i forhold til vaccinationsindsatsen, som vil modtage løbende information om vaccinationsindsatsen.

VIDERE PROCES

TSS får på mødet den 3. november en status på vaccinationsindsatsen.



Fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien

Indhold

Kapitel 1 – Indledning	4
1.1 Formål.....	4
1.2 Baggrund	4
1.3 Kommissorium for udarbejdelse af rapport om fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden	5
1.4 Nationale initiativer	5
1.5 Region Hovedstadens psykiatriplan	6
Kapitel 2 – Udfordringsbillede.....	7
2.1 Stigende mistrivsel blandt børn og unge.....	7
2.2 Den tværsektorielle kapacitet	8
2.3 Stigning og ændring i diagnosticering af børn og unge	8
2.4 Udfordringer med fastholdelse og rekruttering af personale	8
Kapitel 3 – Analyse af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden	10
3.1 Introduktion til analyse.....	10
3.2 Overholdelse af udrednings- og behandlingsretten.....	10
3.3 Udvikling i antallet af henvisninger	11
3.4 Hvor kommer henvisningerne fra.....	12
3.5 Udvikling i patientindtaget og kontakttid med patienten og pårørende	15
3.6 Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.....	16
3.7 Udvikling i antal indlæggelser og genindlæggelser	17
3.8 Hvad bliver patienten udskrevet til.....	19
3.9 Personale i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden	19

3.10 Forventning til udvikling i antallet af henvisninger og kapacitet	21
--	----

Kapitel 4 – Igangsatte indsatser til robustgørelse af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden 23

4.1 Igangsatte indsatser	23
--------------------------------	----

4.2 Indsatser i hospitalspsykiatrien	23
--	----

4.3 Tværsektorielle indsatser	26
-------------------------------------	----

4.4 Videns- og forskningsindsatser.....	28
---	----

Kapitel 5 – Katalog over forslag til nye indsatser til fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien 29

5.1 Behov for yderligere indsatser til fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien	29
--	----

5.2 Forslag til nye indsatser i Region Hovedstadens Psykiatri og deres finansiering.....	30
--	----

5.3 Forslag til nye tværsektorielle indsatser.....	33
--	----

5.4 Forslag til nye videns- og forskningsindsatser	35
--	----

Bilag 1 – Kommissorium for udarbejdelse af rapport om fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden 36

Bilag 2 – Oversigt over forslag til nye indsatser med tidsplan og økonomi 39

Bilag 3 – Den tværsektorielle organisering af børne- og ungeområdet inkl. flowdiagram.....44

Version: 1
Udformet af: CSU og RHP
Senest opdateret: 17.04.2023

Kapitel 1 – Indledning

1.1 Formål

Mange børn og unge samt deres forældre i Region Hovedstaden oplever, at udredningsretten ikke overholdes. De venter længere end en måned på at få en udredning og behandling for deres sygdom, og at deres forløb trækker ud.

Formålet med denne rapport er at præsentere et datagrundlag, der belyser den nuværende situationen i børne- og ungdomspsykiatrien og at beskrive forslag til indsatser, der kan bidrage til at robustgøre og dermed fremtidssikre børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Indsatserne tager afsæt i den forventede udfordring med udredningskapaciteten fra 2025 og afspejler, at der er behov for fortsat nytænkning i børne- og ungdomspsykiatrien for at kunne imødegå den store stigning i antallet af henvisninger. Det gælder både i forhold til tilpasningen af tilbuddene og udviklingen af nye tilbud til børn og unge.

Forslagene til indsatser skal ses som et katalog, hvor nogle indsatser vil kunne igangsættes umiddelbart, mens andre kræver midler, der vil skulle tages stilling til politisk. Der vil løbende kunne komme yderligere forslag til indsatser, da de skal ses i sammenhæng med 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed.

1.2 Baggrund

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har i en årrække i tiltagende grad været udfordret af et stigende antal henvisninger og afledt heraf et pres på kapaciteten. Regionsrådet har derfor de seneste år prioriteret midler til styrkelse af kapaciteten inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Fra 2021 og frem har der været tilvejebragt 29 mio. kr. årligt og med budget 2023 blev der tilført yderligere 30 mio. kr. voksende til 35 mio. kr. årligt til formålet.

Som led i tilvejebringelsen af de 29 mio. kr. blev det besluttet, at der i 2022 skulle udarbejdes en analyse af det fremtidige ressourcebehov i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden med henblik på at håndtere det fortsat stigende antal henvisninger.

Social- og psykiatriudvalget blev på møde den 25. maj 2022 forelagt analysen, som præsenterede udviklingen i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i regionen, herunder forventninger til den fremtidige stigning i antallet af henvisninger, ligesom kapacitetsudfordringen på kort og lang sigt blev beskrevet. Det fremgik, at forventningen var, at børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden også i 2023 ville være udfordret af et fortsat stigende antal henvisninger. På den baggrund besluttede social- og psykiatriudvalget, at der skulle udarbejdes en udvidet analyse af, hvordan børne- og ungdomspsykiatrien fremtidssikres.

1.3 Kommissorium for udarbejdelse af rapport om fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

Til udarbejdelse af rapporten om fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden blev udarbejdet et kommissorium, hvoraf bl.a. medlemmer af arbejdsgruppen fremgår. Kommissoriet er vedlagt som bilag 1.

1.4 Nationale initiativer

Rapporten skal ses i sammenhæng med 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed, og der vil blive peget på forslag til indsatser, der strækker sig over samme periode som den nationale plan.

I september 2022 indgik den daværende regering en bred politisk aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed, hvor der udmøntes 450 mio. kr. i 2023 stigende til 500 mio. kr. i 2024 og frem. I aftalen er der øremærket 77,2 mio. kr. til regionerne som engangsbeløb i 2023 i en her-og-nu-kapacitetspakke.

I 10-årsplanen sættes rammen for den politiske forpligtigelse til at udvikle det samlede psykiatriområde og indsatsen for bedring af den mentale sundhed de kommende 10 år.

Aftalepartierne er enige om at sætte ind med en her-og-nu-kapacitetspakke til psykiatrien, som skal nedbringe stigende ventetider og bidrage til overholdelse af udrednings- og behandlingsrettighederne. Kapacitetspakken betyder, at der kan ansættes ca. 100 ekstra personer i psykiatrien på landsplan med patientrettede funktioner. Derudover er aftalepartierne enige om prioriterede indsatser på de fem områder, som i det faglige oplæg fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen¹ vurderes at have det største behov.

De fem områder er:

- Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse
- Styrkede indsatser for mennesker med svære psykiske lidelser og her-og-nu-kapacitetspakke til den regionale psykiatri
- Oplysnings- og afstigmatiseringsindsatser
- Styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer
- Bedre rammer for forskning i forebyggelse og behandling af psykiske lidelser

Det fremgår endvidere af regeringsgrundlaget for den nuværende SVM-regering, at regeringen, foruden det aftalte i "Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed", vil prioritere indsatser på tværs af sektorer, både i forhold til

¹ Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen - Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Sundhedsstyrelsen, 2022

mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser yderligere med 3 mia. kr. over en 10-årig periode.

1.5 Region Hovedstadens psykiatriplan

Med regionens budgetaftale for 2023 vedtog regionsrådet, at der skal laves en ny regional plan for udviklingen i psykiatrien, som tager udgangspunkt i det nationale udspil til en 10-årsplan for psykiatri. Social- og psykiatriudvalget besluttede i oktober 2022, at fokus i en kommende regional psykiatriplan vil være børn og unge samt svært psykisk syge. Nærværende rapport vil således indgå som delelement i den kommende regionale psykiatriplan, som forventes at træde i kraft medio 2024.

Kapitel 2 – Udfordringsbillede

2.1 Stigende mistrivsel blandt børn og unge

Der er over en årrække sket en stigning i antallet af børn og unge i Danmark, der rapporterer, at de mistrives, hvilket fremgår af en række forskellige undersøgelser. Baggrunden for mistrivsel gives der ikke et entydigt og klart svar på.

Hvert fjerde år udarbejdes Danmarks største befolkningsundersøgelse om sundhed, sygdom og trivsel: Den Nationale Sundhedsprofil². Undersøgelsen omfatter ikke børn og unge under 16 år. Seneste undersøgelse er foretaget i 2021, hvor flere end 180.000 respondenter indgik i undersøgelsen. Undersøgelsen viser blandt andet, at det særligt er unge, som har en dårlig mental sundhed, og at den er steget gennem årene – det gælder især for unge i alderen 16-24 år.

Det Nationale Forsknings - og Analysecenter for Velfærd (VIVE) publicerede i december 2022 sin fjerde rapport om børn og unges trivsel i Danmark³. I rapporten konkluderes, at de fleste børn og unge i Danmark generelt lever et godt og trygt liv. Og at unge, der oplever psykiske mistrivselsproblemer, er problemerne af varierende karakter og dybde. I rapporten identificeres flere forandringer i børn og unges livsforhold bl.a., at børn og unges samvær med venner undergår en markant forandring, og skoleglæden er dalende.

Som en konsekvens af den øgede mistrivsel oplever familier med børn og unge med mistrivsel og begyndende tegn på psykiske lidelser på landsplan på tværs af kommuner, regioner og praksissektorer en stigende efterspørgsel på hjælp og behandling. Denne udvikling har potentiel alvorlige konsekvenser for børn og unges udvikling, skolegang og videre livsforløb.

Børne- og ungdomspsykiatrien på landsplan oplever et stigende pres, som fører til fald i overholdelse af udredningstiden og en stigning i ventetid til behandling. Overholdelsen af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien har i 2022 ligget lavt på mellem 40-54%. I 4. kvartal 2022 var overholdelsen af udredningsretten i Region Hovedstaden på 54% og på landsplan lå overholdelsen på 48%⁴. I 1. kvartal 2023 var overholdelse på udredningsretten i Region Hovedstaden på 65% ifølge egne opgørelser i sundhedsplatformen.

Mange psykiske lidelser kompliceres af misbrug af alkohol eller stoffer. For regionernes nye behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug forventes målgruppen initialt at skulle være voksne. For at sætte

² Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021, Sundhedsstyrelsen m.fl., 2022

³ Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2022, VIVE, 2022

⁴ <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Monitorering-af-udredningsretten-i-psykiatrien>

tidligt ind er det vigtigt, at tilbuddet hurtigst muligt også kommer til at omfatte unge under 18 år.

2.2 Den tværsektorielle kapacitet

Det stigende antal børn og unge i mistrivsel kræver en fælles tværsektoriel og tværfaglig indsats både for så vidt angår forebyggelse, lettere behandling og specialiseret behandling.

Der kan i den forbindelse nævnes flere udfordringer. Der er kun ganske få praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, i alt syv i Region Hovedstaden, hvilket er en situation, som også ses i de øvrige regioner. Kommunernes kapacitet og forskellen i deres kapacitet inden for Pædagogisk Psykologisk Rådgivning er også af betydning. Behovet for kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien har sammenhæng med kapaciteten i de andre sektorer.

2.3 Stigning og ændring i diagnosticering af børn og unge

Der er flere børn og unge end tidligere, der får stillet en psykiatrisk diagnose. Ligeledes diagnosticeres børn og unge med psykiske lidelser i en tidligere alder. Antallet af henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden er fordoblet fra 2014 til 2022.

Af det faglige oplæg til 10-årsplanen fremgår, at adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser er den hyppigste psykiatriske sygdomsgruppe blandt børn og unge. Her er det særligt ADHD, som er den hyppigste psykiske lidelse, med en aktuelt estimeret forekomst på 3,6%. Udviklingsforstyrrelser, herunder autisme, er den anden hyppigste sygdomsgruppe. Der er sket en markant stigning i antallet af børn og unge med udviklingsforstyrrelser. I 2009 blev der registreret ca. 13.000 børn og unge med autisme og andre udviklingsforstyrrelser i den regionale psykiatri, mens antallet i 2018 var ca. 24.000 i Danmark.

Det fremgår af det faglige oplæg til 10-årsplanen, at der på nuværende tidspunkt ikke er et entydigt billede af de præcise årsager til stigningen i antallet af børn og unge, der diagnosticeres med en psykisk lidelse. Årsagerne er komplekse og kan skyldes en kombination af både strukturelle, biologiske, psykologiske og sociale forhold, der betyder, at forekomsten af psykisk sygdom hos børn og unge er øget, ligesom stigningen kan afspejle ændret faglig, sociokulturel eller politisk praksis.

2.4 Udfordringer med fastholdelse og rekruttering af personale

Som i det øvrige sundhedsvæsen er børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden udfordret i forhold til at rekruttere erfarent personale, særlig vanskelig er det at rekruttere speciallæger, især til ledelsesstillinger.

På landsplan arbejder hver fjerde speciallæge i børne- og ungdomspsykiatrien ikke længere i den offentlige psykiatri, mens det for 10 år siden var hver tiende.

Det gælder særligt børne- og ungepsykiatere under 45 år, hvor tre ud af fire arbejder i det private⁵.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden har det samme antal speciallæger som for fem år siden, men stigningen i antal patienter betyder på det ambulante område, at der er flere patienter pr. læge end tidligere, og det giver løbende opgaveflytning til andre personalegrupper. Endvidere kan det også give flaskehalse i afsnittene, fordi der er for få ressourcer til specifikke opgaver som fx kliniske konferencer, medicinopstart mv.

Udfordringen med at rekruttere personale og oplæring af nye medarbejdere har også betydning for muligheden for opstart og drift af nye afsnit.

⁵ <https://www.laeger.dk/media/hplplmhw/afvandring-fra-offentlig-til-privat-psykiatri-sommeren-2022.pdf>

Kapitel 3 – Analyse af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

3.1 Introduktion til analyse

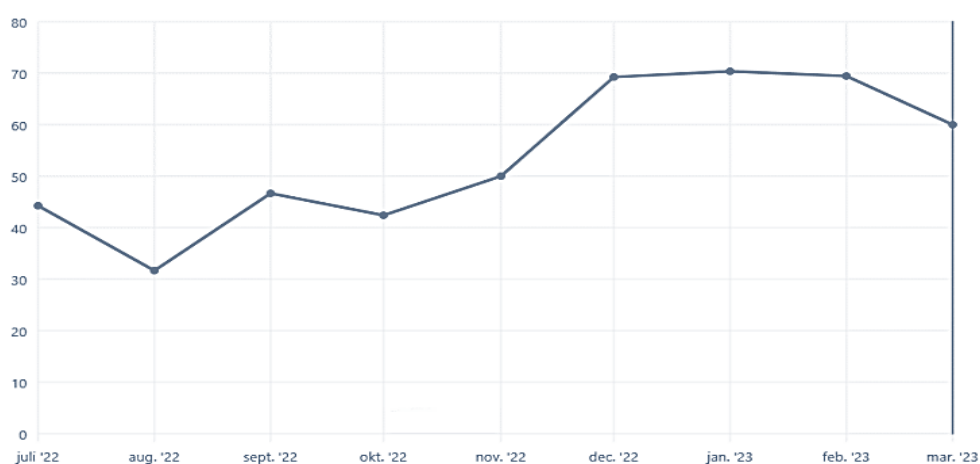
I dette kapitel analyseres den nuværende situation i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden med fokus på overholdelse af udredningsretten og kapacitetsproblemer. Analysen er baseret på data overvejende fra perioden 2018 til 2022.

3.2 Overholdelse af udrednings- og behandlingsretten

Retten til hurtig udredning betyder, at alle henviste børn og unge skal have et tilbud om at blive undersøgt og udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Kan udredningsretten ikke overholdes har patienten ret til at få en konkret plan for den videre udredning inden for 30 dage. Kan udredningen ikke tilbydes på regionens egne sygehuse inden for de 30 dage, har regionen pligt til at undersøge andre muligheder herunder andre offentlige eller private hospitaler.

Gennem en årrække har børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden været udfordret af at overholde udredningsretten. Som det fremgår af nedenstående graf 1, har der været en positiv udvikling i overholdelse af udredningsretten siden slutningen af efteråret 2022. Dette kan forklares ved, at stigningen i antallet af henvisninger var lavere end forventet sammenholdt med, at kapaciteten er øget, og der derfor behandles flere børn og unge.

Graf 1. Overholdelse af udredningsretten



Af data for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fremgår, at overholdelse af udredningsretten for 1. kvartal 2023 er på 65%, og 48% børn og unge er blevet udredt inden for 30 dage.

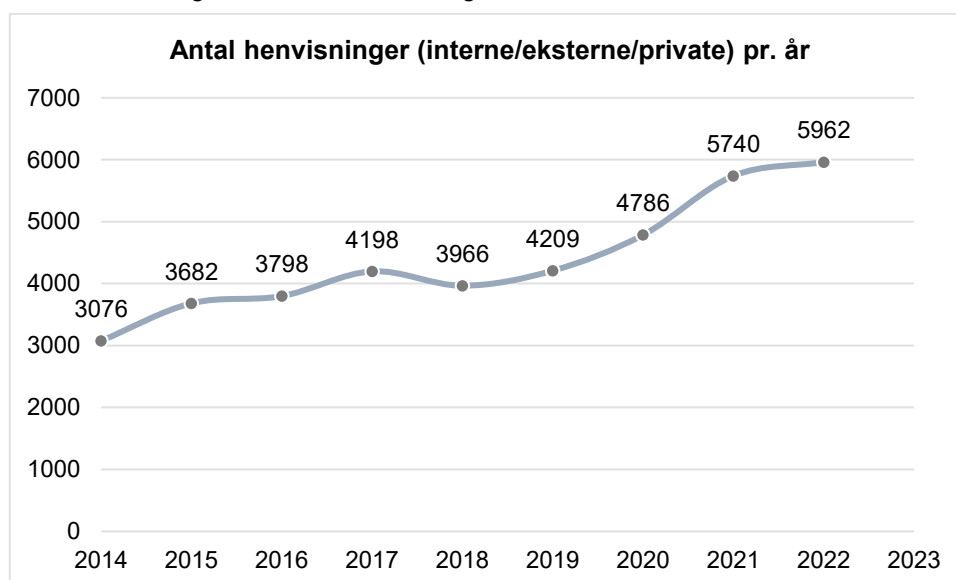
3.3 Udvikling i antallet af henvisninger

Den væsentligste årsag til problemerne med at overholde udredningsretten er det stigende antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Målgruppen i børne- og ungdomspsykiatrien er moderat til svært psykisk syge børn og unge, der skal udredes og behandles.

Fra 2014 til 2022 er henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fordoblet. Der har været en årlig stigning på gennemsnitlig 8,6% i denne periode. Det varierer dog fra år til år, hvor stor stigningen har været. Den største stigning har været fra 2019 til 2021. I 2022 var den på 4%, hvilket således ligger under den gennemsnitlige stigning.

Nedenstående graf 2 viser udviklingen i antallet af henvisninger for børn og unge, der er i målgruppen for udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Graf 2. Udvikling i antallet af henvisninger fra 2014 til 2022



Interne henvisninger kan være internt i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fx fra skadestuen, fra de somatiske hospitaler mv. Eksterne henvisninger er fra egen læge, kommuner praktiserende speciallæger.

I tallene indgår både eksterne henvisninger, interne henvisninger og henvisninger videresendt til privathospitaler.

De seneste to år er der blevet viderehenvist mellem 400-500 børn og unge om året til privathospitaler, hvilket er flere end tidligere. Det øgede antal henvisninger til det private kan være udfordrende for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, fordi privathospitalerne skal rekruttere flere medarbejdere. Det er den samme gruppe af medarbejdere, som børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden skal rekruttere sine kommende medarbejdere blandt. Derudover er det en økonomisk udfordring for Region Hovedstadens Psykiatri, da udgiften til privathospitaler skal afholdes af Region Hovedstadens Psykiatri's eget budget.

3.4 Hvor kommer henvisningerne fra

Praktiserende læger, praktiserende speciallæger og kommuner kan alle henvise til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Der kan også være interne henvisninger. For uddybning af henvisningsveje henvises til bilag 2.

Henvisningerne behandles af Region Hovedstadens Psykiatrisk Center for Visitation og Diagnostik, som vurderer, om patienten er i målgruppen for udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Nedenstående tabel 1 viser udviklingen i antallet af henvisninger opdelt efter, hvem der henviser.

Tabel 1. Udvikling i henvisninger opdelt på, hvem der henviser

År	Kommune		Praktiserende læge		Praktiserende speciallæge		Interne henvisninger		Samlet
2018	1515	42%	1119	31%	96	3%	817	23%	3589
2019	1632	41%	1410	35%	98	2%	866	22%	4012
2020	1797	40%	1787	40%	107	2%	823	18%	4516
2021	2126	40%	2217	42%	143	3%	848	16%	5338
2022	2249	41%	2336	42%	181	3%	759	14%	5529

Andre kliniske enheder kan være somatiske afdelinger, internt i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra fx skadestuen mv.

I 2022 kom 83% af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra kommuner og praktiserende læger.

Der har siden 2018 været en stigning i andelen af henvisninger fra praktiserende læger på 11 procentpoint, mens andelen fra kommunerne er konstant. Andelen fra de praktiserende speciallæger er ligeledes konstant. Antallet af interne henvisninger dvs. fra børne- og ungdomspsykiatrien selv og somatiske hospitaler er faldet med ni procentpoint.

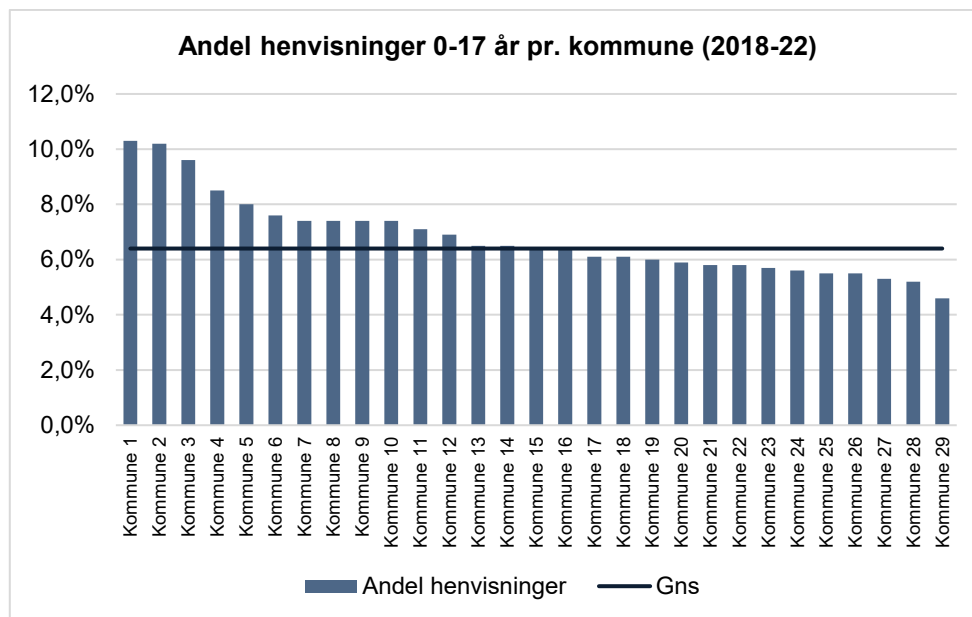
Der har i perioden fra 2018 til 2022 været en kraftig stigning fra både kommuner og praktiserende læger i det absolutte antal af henvisninger. Den største stigning har været fra de praktiserende læger, hvor der har været mere end en fordobling af antal henvisninger. Dette betyder, at henvisninger fra praktiserende læge i dag udgør en større andel af det samlede antal henvisninger.

3.4.1 Fordeling af henvisninger opdelt på Region Hovedstadens kommuner

Stigningen i andelen af børn og unge, som bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden afhænger af, hvilken kommune de bor i. Der er stor variation mellem kommunernes henvisningsmønstre.

Nedenstående graf 3 viser på kommuneniveau i Region Hovedstaden, hvor stor en andel af 0-17-årige, der bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden i perioden 2018-2022.

Graf 3. Andel 0-17-årige, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien opdelt pr. kommune



Som det fremgår af grafen, varierer andelen af kommunens børn og unge, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien fra ca. 5% til ca. 10%. Årsagen til denne store variation mellem kommunerne kendes ikke.

3.4.2. Tilbagevisning af henvisninger

Region Hovedstadens Psykiatrisk Center for Visitation og Diagnostik har mulighed for at tilbagevise en henvisning, fx hvis der mangler vigtige oplysninger, eller hvis patienten ikke hører til målgruppen for hospitalspsykiatri dvs. moderat til svært psykisk syge børn og unge.

Stigningen i antal godkendte henvisninger kan bl.a. skyldes, at der tilbagevises færre henvisninger end tidligere.

Nedenstående tabel 2 viser udviklingen i antallet af tilbagevisninger på antal og i % på henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Tabel 2. Tilbagevisning af henvisninger

År	Tilbagevisning		Godkendt		Samlet
2018	2778	44%	3590	56%	6368
2019	2669	40%	4012	60%	6681
2020	2661	37%	4516	63%	7177
2021	3015	36%	5338	64%	8353
2022	2346	30%	5529	70%	7875

Der har været et procentuel fald i tilbagevisninger af henvisninger fra 44% i 2018 til 30% i 2022. Selvom andelen af tilbagevisninger er faldet 14 procentpoint, er det absolutte antal fortsat højt.

Tilbagevisningsprocenten fordelt på, hvem der henviser, er opgjort i nedenstående tabel 3.

Tabel 3. Andel tilbagevisning opgjort pr. henviser

	Kommune	Klinisk enhed	Praktiserende læge	Praktiserende speciallæge
2018	26%	21%	63%	44%
2019	27%	24%	54%	43%
2020	27%	24%	48%	31%
2021	25%	23%	47%	32%
2022	18%	19%	40%	28%

Det samlede fald i tilbagevisninger skyldes primært et fald i tilbagevisninger af henvisninger fra praktiserende læge, idet der er et fald fra 2018 til 2022 på 23 procentpoint.

Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik foretog i 2021 en audit for at undersøge årsagerne til tilbagevisning af henvisninger.

Årsagerne til tilbagevisningerne fordeler sig som følgende:

Tabel 4. Årsager til tilbagevisninger af henvisninger

Årsag	%-andel
Manglende oplysninger	42%
Primærsektor ikke forsøgt	29%
Fejlhenvisning	20%
Uden for målgruppekriterierne	7%
Ikke egnet tilbud	2%

Som det fremgår af tabel 4, skyldes knap halvdelen af tilbagevisningerne manglende oplysninger, hvor det må forventes, at disse patienter bliver genhenvist

relativt kort tid efter. De patienter, hvis henvisninger er tilbagevist af andre årsager, vil sandsynligvis enten ikke blive genhenvist eller afprøve et tilbud i primærsektor.

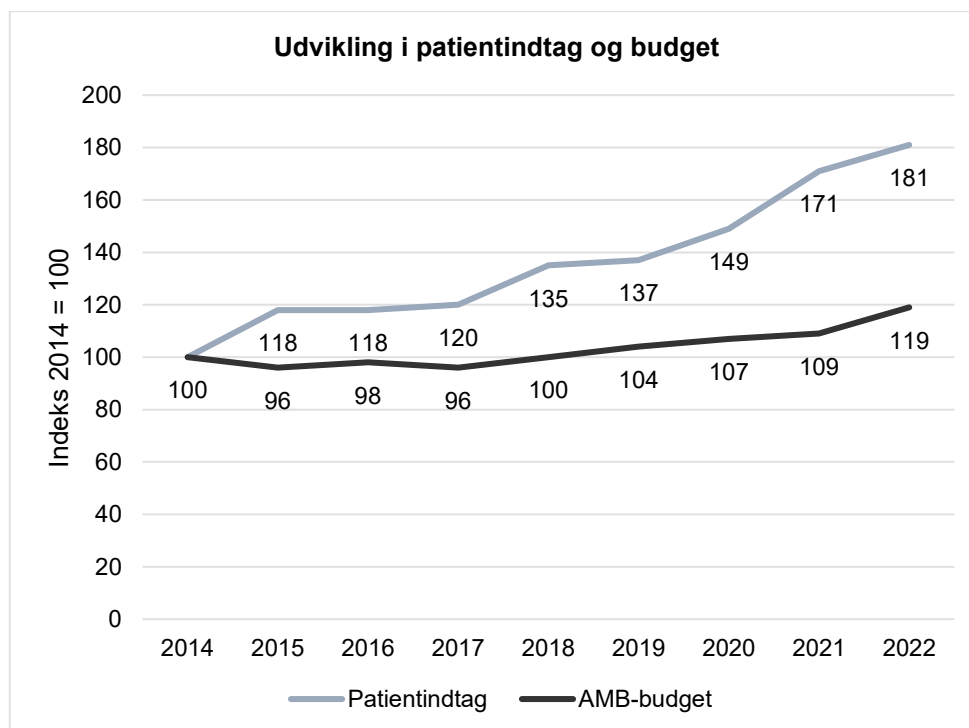
Udviklingen i afvisningsprocenten kan skyldes, at der er blevet indført klinisk visitation i løbet af perioden med det formål at øge kvaliteten i vurderingen af henvisninger/patienter. Det indebærer, at patient og pårørende indkaldes til en indledende samtale, hvis Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik er i tvivl om, om patienten er inden for målgruppen. Derudover kan det skyldes den vejledning, som henviser modtager i forbindelse med en tilbagevisning.

3.5 Udvikling i patientindtaget og kontakttid med patienten og pårørende

Stigningen i antallet af henvisninger har betydet, at det har været nødvendigt løbende at øge den ambulante kapacitet. Det ambulante patientindtag i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden er, jf. graf 4 nedenfor, steget med 81% fra 2014 til 2022. I samme periode er budgettet til den ambulante børne- og ungdomspsykiatri steget med 19%, hvilket ligeledes fremgår af grafen.

Den primære øgning af patientindtaget i perioden er således muliggjort gennem effektiviseringer og tilpasning af udrednings- og behandlingsforløbet på trods af, at der politisk, som tidligere beskrevet, er blevet tilført væsentlige midler over de senere år.

Graf 4. Udvikling i patientindtag og budget på det ambulante område

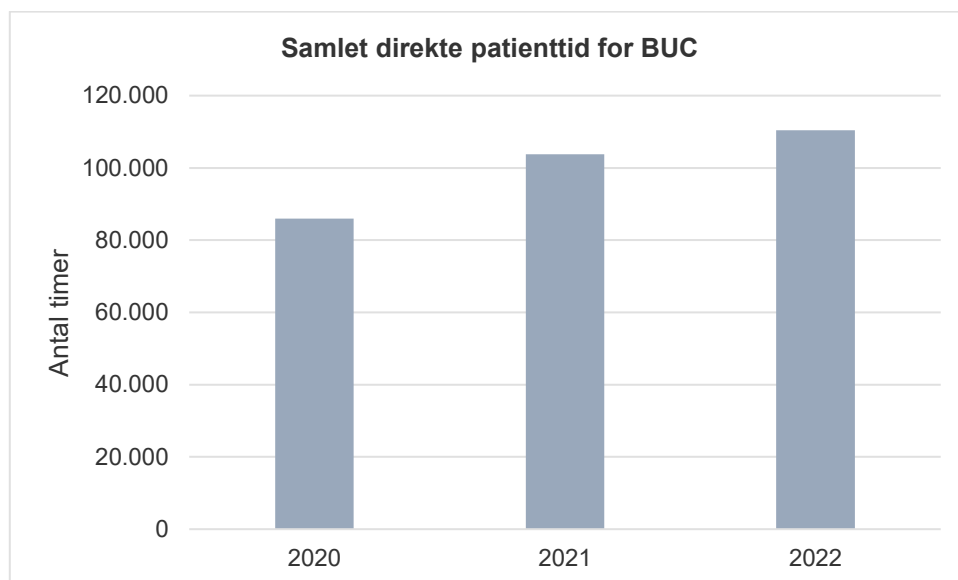


Den ambulante kapacitetsøgning kan også ses ved, at den samlede patienttid er øget. Fra 2020 til 2022 er den tid, som den enkelte behandler bruger til direkte

kontakt med patienterne (patienttiden), øget med 28%. I samme periode er antallet af patienter øget med 21%.

Nedenstående graf 5 viser udviklingen i den samlede direkte patienttid i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden opgjort i timer.

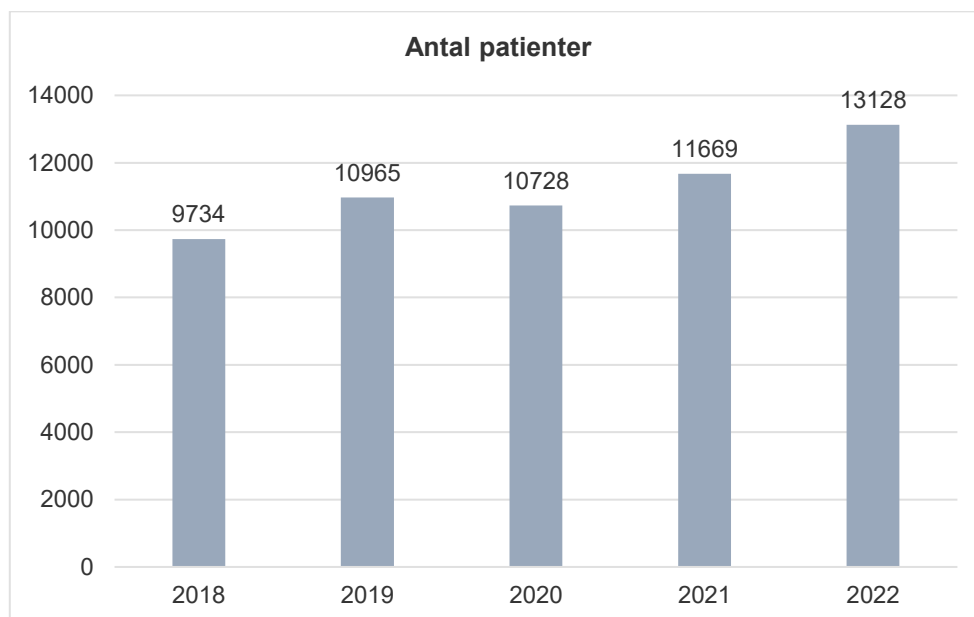
Graf 5. Samlet direkte patienttid



3.6 Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

Nedenstående graf 6 viser, hvor mange patienter børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har haft fra 2018 til 2022.

Graf 6. Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden



Som det fremgår, er udviklingen gået fra knap 10.000 patienter pr. år i 2018 til godt 13.000 patienter i 2022, hvilket er en stigning på 26%. Forholdet mellem antal aktive patienter og patientindtaget giver en indikation på den gennemsnitlige tidslængde på de ambulante patientforløb, hvilket er omkring 2,5 år.

Der er dog variation i behandlingsforløbene. Den medicinske behandling af fx ADHD kan forløbe fra henvisning, indtil patienten bliver 18 år, og er dermed et langt forløb. Den ikke-medicinske behandling vil ofte være et kortere forløb på under et år.

Det er igennem en årrække lykkedes at øge antallet af patienter. Den primære metode til løbende at effektivisere har været årlige kapacitetsanalyser. Her er det fremadrettede kapacitetsbehov blevet estimeret, og indsatser til at øge kapaciteten er identificeret og efterfølgende implementeret.

Eksempler på indsatser:

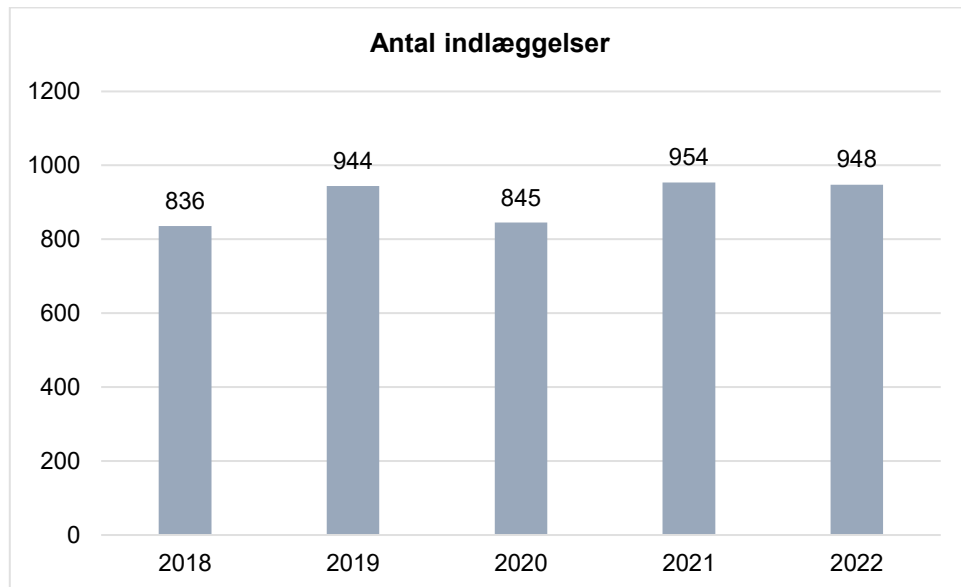
- Der er afsat mindre tid til møder, undersøgelser, faglig udvikling, konferencer mv.
- Mere effektiv planlægning og booking af patientforløb
- Optimering af behandlernes ugeplaner
- Udvikling af målstyringen og styring af det ambulante område

3.7 Udvikling i antal indlæggelser og genindlæggelser

Det er kun ca. 3% af patienterne, som udredes og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien i et givent år, der har behov for indlæggelse.

I perioden fra 2018 til 2022 har antallet af indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden varieret mellem 836-954 indlæggelser pr. år, jf. graf 7 nedenfor. Variationen over årene indikerer, at der ikke har været en stigning i antal indlæggelser.

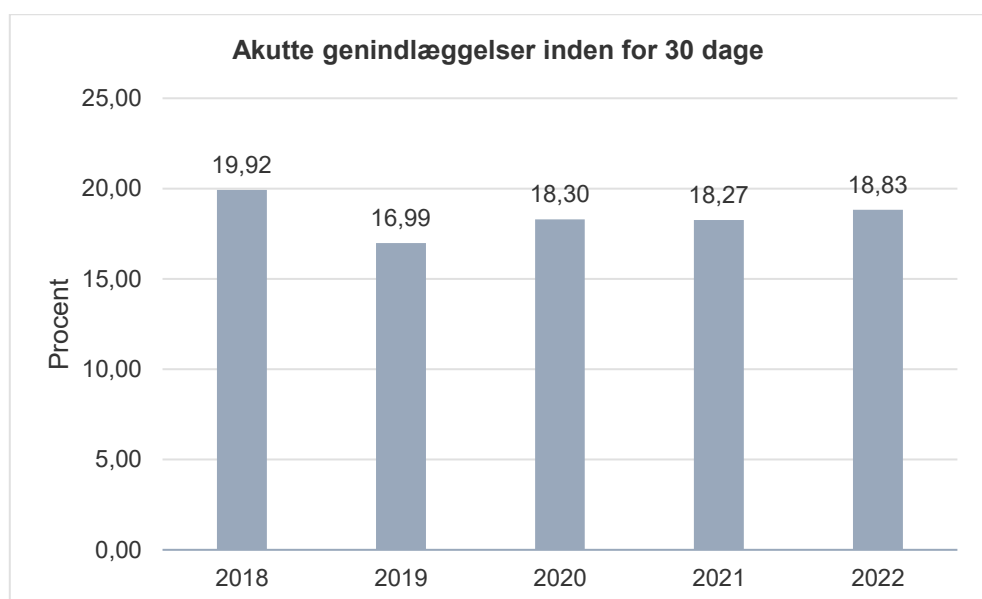
Graf 7. Antal indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra 2018 - 2022



I forhold til det samlede antal indlæggelser og ambulante henvisninger var andelen af indlæggelser i 2018 21%, mens den i 2022 udgjorde 14%. Der er således en mindre andel af patienterne, som bliver indlagt i 2022 end i 2018. Det skal ses i lyset af, at der fagligt er et øget fokus på ambulant behandling, således at patienten mest muligt befinder sig i sit nærmiljø og hverdagsliv.

I samme periode har der været et stabilt antal akutte genindlæggelser inden for 30 dage i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, jf. graf 8 nedenfor.

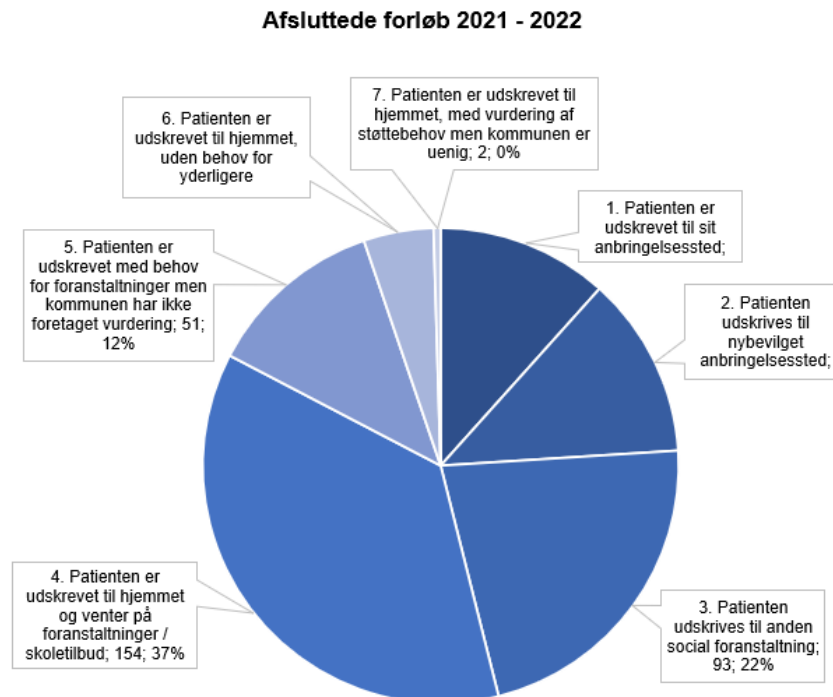
Graf 8. Antal genindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra 2018 - 2022



3.8 Hvad bliver patienten udskrevet til

Nedenstående figur 1 viser en manuel opgørelse af, hvad patienterne bliver udskrevet til i kommunerne. Opgørelsen er foretaget af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Figur 1. Oversigt over, hvad patienter fra børne- og ungdomspsykiatrien udskrives til



Som det fremgår af figuren, bliver knap halvdelen af patienterne udskrevet til eget hjem, hvor de venter på kommunale tilbud.

3.9 Personale i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

Antallet af årsværk i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden lå i perioden 2018-2020 stabilt på lige under 700 årsværk. Fra 2020-2022 steg antallet af årsværk med 82 svarende til 12% for hele børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Ca. halvdelen af de tilførte årsværk er knyttet til ambulante afsnit, jf. nedenstående tabel 5, og afspejler dermed den kapacitetsudvidelse, der er sket de seneste år.

Tabel 5. Udvikling i antal årsværk i børne- og ungdomspsykiatrien

	2018	2019	2020	2021	2022
Ambulant afsnit	307	308	300	310	343
Sengeafsnit	240	246	245	265	267
Forskningsafsnit	20	22	22	23	24
Øvrige afsnit	105	99	94	100	108
I alt	671	675	661	698	743

Nedenstående tabel 6 viser udviklingen inden for de forskellige personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra 2018 til 2022 i ambulatorierne.

Tabel 6. Udvikling i antal årsværk for personalegrupper i ambulatorierne børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra 2018 - 2022

Personalegrupper	Årsværk					Årsværk, udvikling	
	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	2020-2022
Chef-/overlæger	28	27	28	26	26	-2	-2
Speciallæger	10	11	11	14	14	4	3
Øvrige læger	46	48	50	47	46	-1	-4
Sygeplejersker	87	86	83	89	107	20	25
SOSU/plejer	0	0	0	0	0	0	0
Terapeuter	0	0	0	0	1	1	1
Psykologer	107	106	101	103	114	7	13
Pædagogiske personale	13	10	7	4	6	-7	-1
Øvrige sundhedspersonale	13	12	12	16	20	7	8
Service- og teknisk personale	1	2	2	2	1	0	-1
Administrativt personale inkl. lægesekretærer	3	8	7	9	9	6	2
I alt	307	308	300	310	343	36	43

Det samlede antal af lægeårsværk i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden er steget med 13 årsværk siden 2018. Denne vækst er næsten ligeligt fordelt mellem speciallæger og øvrige læger, mens der har været et mindre fald i chef- og overlæger i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Væksten af læger har været på døgnafsnittene, mens antallet på det ambulante område kun er steget med én læge samlet set. Dette betyder, at der er væsentlig flere ambulante patienter pr. læge i 2022 end i 2018.

Det øgede antal psykologer siden 2018 er fordelt ligeligt mellem ambulante afsnit og sengeafsnit, og det samme er gældende for øvrige sundhedspersonaler, hvor socialrådgivere udgør de 80%. Udviklingen i pædagogisk personale dækker over, at der i perioden er færre ansat på ambulante afsnit og flere på sengeafsnit.

Der har også været vækst i sygeplejerskeårsværk siden 2020, men øgningen skal ses i lyset af et fald i antallet af sygeplejersker i den første del af perioden.

3.9.1 Fastholdelse og rekruttering

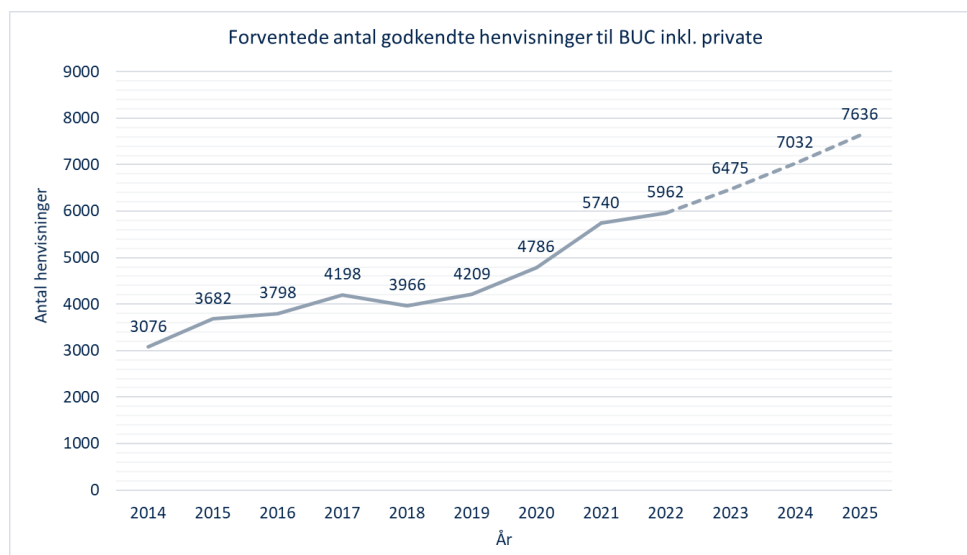
I forhold til fastholdelse har børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden en personaleomsætning, der er steget fra 14% i 2020 til 16% i 2022, men det kan dække over store variationer mellem de forskellige personalegrupper. For lægerne er personaleomsætningen rimelig lav (9-14%) i perioden, mens den er højere for plejepersonalet og har været stigende i perioden for denne personalegruppe.

Der er en udfordring med at fastholde nyansat personale i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Inden for det seneste år har 20% af personalet, som er blevet ansat, stoppet igen.

3.10 Forventning til udvikling i antallet af henvisninger og kapacitet

Nedenstående graf 9 viser prognosen for udvikling i antallet af henvisninger til det ambulante område.

Graf 9. Prognose for udvikling i antallet af henvisninger



Siden 2014 har den gennemsnitlige stigning i antallet af henvisninger været årligt på 8,6%. Prognosen for 2024 og 2025 er baseret på den historiske stigningstakst. På dette grundlag forventes i 2025, at godt 7.600 patienter vil blive henvist til børne- og ungdomspsykiatrien. Prognosen angiver forventningerne til børne- og

ungdomspsykiatrien i Region Hovedstadens fremtidige kapacitetsbehov, men må naturligvis tages med forbehold, da det alene er en direkte fremskrivning af den historiske udvikling.

På det ambulante område vil det forventede kapacitetsbehov i 2023 være det forventede antal henvisninger inkl. de patienter, som venter for længe i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden i dag, hvilket er godt 380 patienter. Dette giver et samlet estimeret kapacitetsbehov i 2023 på omkring 6.850 patienter, 7.000 patienter i 2024 og 7.600 patienter i 2025.

Kapitel 4 – Igangsatte indsatser til robustgørelse af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

4.1 Igangsatte indsatser

På baggrund af kapacitetsudfordringerne er der igangsat en række indsatser, der skal bidrage til at robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Dette gælder både inden for hospitalspsykiatrien, i det tværsektorielle samarbejde samt i forhold til forskning og viden.

4.2 Indsatser i hospitalspsykiatrien

I det følgende beskrives de indsatser, som børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden internt har igangsat.

4.2.1 Budgettilførsler til børne- og ungdomspsykiatrien

Der er i 2022 og i 2023 sket en udvidelse af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien ved budgettilførsler, så der kan udredes og behandles endnu flere patienter. Patientindtaget skal samlet set øges med godt 1.800 patienter i perioden 2022-24, hvis kapaciteten skal følge med udviklingen i antallet af henvisninger. Beregningen på, hvor mange ekstra patienter, der kan udredes og behandles for de tilførte midler, tager afsæt i de løbende kapacitetsanalyser, som foretages i Region Hovedstadens Psykiatri for at holde overblik over kapacitetsbehovet. Her er der taget højde for følgende elementer for at få en så realistisk beregning som muligt:

- Tyngde i patientforløbene (patienttimer)
- Forberedelse og dokumentation
- Medarbejdernes ferie, helligdage, sygdom, kurser
- Personaleomsætning
- Andre opgaver

Det mulige patientindtag afhænger af, hvilke typer afsnit, som midlerne er blevet allokaret til, fordi patienttyngden er varierende.

Nedenstående tabel 7 angiver, hvordan budgetmidlerne i 2022 er disponeret:

Tabel 7. Disponering af budgetmidler i 2022

Udgiftsposter	Beløb
Lønudgifter til nyt ambulatorium	16,2 mio. kr.
Lønudgifter til øvrige almene ambulatorier	4,05 mio. kr.
Lønudgifter til ambulante specialfunktioners udredning og intensivbehandling af ptt. (spiseforstyrrelser og psykose)	4,1 mio. kr.
Lønudgifter til klinisk sekretariat	3,0 mio. kr.
Lønudgift til lærestolsprofessor	1,25 mio. kr.
Løbende driftsomkostninger	0,4 mio. kr.
Løbende årlige udgifter i alt, når fuldt indfaset:	29 mio. kr.

I 2022 har der været en del engangsudgifter grundet etableringsomkostninger dvs. indkøb af møbler, it- og conferenceudstyr og klinisk udstyr, samt der har været udgifter til renovering af eksisterende bygning og etablering af en pavillon.

De tilførte budgettilførsler har fået fuld effekt mod slutningen af 2022.

I 2023 blev der afsat i alt 30 mio. kr. og voksende til 35 mio. kr. i 2024 og frem til øget kapacitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien, jf. nedenstående tabel 8. Heraf finansieres 8 mio. kr. af omprioriteringer fra administration til behandling. Midlerne er allokeret til to store udvidelser af eksisterende afsnit samt mindre udvidelser af andre eksisterende afsnit.

Budgettilførslerne er disponeret på følgende måde:

Tabel 8. Disponering af budgetmidler

Udgiftsposter	Beløb
Lønudgifter til almene ambulatorier	27 mio. kr.
Lønudgifter til ambulante specialfunktioner udredning og intensivbehandling af ptt. (spiseforstyrrelse)	2,3 mio. kr.
Lønudgifter til klinisk sekretariat	3,9 mio. kr.
Løbende driftsomkostninger	1,8 mio. kr.
Løbende årlige udgifter i alt, når fuldt indfaset:	35 mio. kr.

Når kapacitetsudvidelsen i 2023 er fuldt implementeret, forventes den samlede kapacitet at være øget med godt 1000 ekstra patienter om året. På grund af den gradvise indfasning med løbende rekruttering og udvidelse af de fysiske rammer i løbet af året, så forventes der, at patientindtaget øges med ca. 60% af det fulde potentiale i 2023, og midlerne har fuld effekt hele 2024 og fremover jf. graf 9. De tilførte midler på i alt 35 mio. kr. bør derfor kunne imødekomme det kapacitetsbehov, som er estimeret i prognosen til og med 2025. Kapacitetsudvidelsen forudsætter naturligvis, at det lykkes at rekruttere medarbejdere, og at børne og ungdomspsykiatrisk center har den organisatoriske kapacitet, som det kræver at onboarde de nye medarbejdere og oplære dem.

Budgettilførslen på 35 mio. kr. giver mulighed for at en ressourceførsel i form af ansættelse af 45-50 sundhedsfaglige årsværk og ni lægesekretærer. Estimatet for årsværkene er baseret på en gennemsnitsløn i børne- og ungdomspsykiatrien, men det kan være forskelligt fra afsnit til afsnit, hvad de har brug for af kompetencer. Det er især vanskeligt at rekruttere det nødvendige antal speciallæger og specialpsykologer.

Rekrutteringsprocessen er igangsat ultimo 2022 og vil ske løbende i 2023.

4.2.2 Effektiviseringer

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har igennem en årrække gennemført kapacitetsanalyser for at opnå løbende effektiviseringer samt sikre, at ressourcerne bruges bedst muligt. Dette har medført, at børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har opnået betydelige effektiviseringer.

I 2022 var der en målsætning om at effektivisere med 5%, hvilket afspejler sig i de mål, der er sat for patientindtag og patienttid fremover ved, at de er øget med 5% grundet effektiviseringerne. Målsætningen med den kapacitetsanalyse, som skal implementeres i år, er at skabe mere fleksibel tid til uforudsete opgaver, hvilket skal sikre en mere realistisk kapacitet. Målet er at skabe 5-7% fleksibel tid i afsnittene. Der er på nuværende tidspunkt gennemført kapacitetsanalyser for de ni aldersafsnit i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center centre for at identificere yderligere indsatser, som skal implementeres i 2023.

Den største indsats på baggrund af kapacitetsanalysen er at nedbringe den tid, som behandlerne bruger på administrative opgaver især med fokus på dokumentation. For at nedbringe dokumentationstiden skal der udarbejdes gode standarder for de vigtigste notater, der er understøttet af smartphrases mv. i Sundhedsplatformen. Derefter skal medarbejderne oplæres i de nye standarder. Indsatsen skal dataunderstøttes, så det er muligt at følge udviklingen.

Herudover er der mindre tilpasninger af patientforløbene i forhold til, hvor meget tid der skal afsættes til de enkelte elementer. Over tid er der tilpasset en del i patientforløbene for at øge kapaciteten.

4.2.3 Fastholdelse og rekruttering

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden arbejder fokuseret med indsatser, som fastholder medarbejdere længere i deres job, og som fortsat sikrer muligheden for at rekruttere dygtige og kvalificerede medarbejdere. Herunder er fokus på også fremadrettet at være en attraktiv arbejdsplads, hvor man kan tilbyde patienter og pårørende udredning og behandling af høj kvalitet.

Målet for 2023 er, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center maksimalt har en personaleomsætning på 15% og, at der rekrutteres ca. 50 nye medarbejdere til den ambulante kapacitetsudvidelse.

Der er to prioriterede tværgående indsatser i forhold til rekruttering og fastholdelse. Den første indsats handler om at udvide programmet for introduktion og kompetenceudvikling af nye medarbejdere fra to måneder til et år samt, at metoden for oplæring videreudvikles. Den anden indsats omhandler

introduktionsstillinger for sygeplejersker, som fremover skal omfatte arbejde på forskellige typer af afsnit.

4.2.4 Digitalisering

Digitalisering har til formål både at øge kvaliteten ved bl.a. at kunne stille mere nøjagtige diagnoser, give mere målrettet behandling og at effektivisere opgaveløsningen. Der er fx til indhentning af basisoplysninger om patienten og forældre gennem MinSP udarbejdet et udkast til et spørgeskema, der skal bruges. Næste skridt er, at det bliver implementeret i Sundhedsplatformen/MinSP, og at løsningen bliver taget i brug.

Børne- ungdomspsykiatrien har endvidere igangsat udviklingen af et online-tilbud ift. psykoedukation. Dette gøres via en hjemmeside til patienter og forældre, herunder udvikling af 12 animationsfilm. Online-tilbuddet kan erstatte andre tilbud om psykoedukation. En ud af de 12 animationsfilm er i drift. De resterende film vil blive udviklet i løbet af 2023. Derudover udvikles materiale, som børn og unge og deres forældre kan bruge i hverdagen, der bliver bl.a. linket til informationssitet Mindhelper og andre relevante aktører og patientforeninger mv.

4.3 Tværsektorielle indsatser

Samarbejdet med primærsektoren er centralt i forhold til at aflaste Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden. Det er her den vigtige tidlige opsporing af børn og unge i mistrivsel foregår, og det er her de relevante forebyggende indsatser skal finde sted. Det kan fx være indsatser i forhold til tidlig opsporing i sundhedsplejen, hos praktiserende læge eller på daginstitutions- og skoleområdet. Det kan være indsatser i forhold til børn, unge og deres familier i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning eller på socialområdet, herunder udredning, støtte i skolen eller familiebehandling. Almen praksis kan desuden efter 11 henvisningskriterier samt den vederlagsfri behandling af unge med angst og depression mellem 18 og 24 år henvise til praktiserende psykologer.

4.3.1 Kommunesamarbejde

STIME er et tværsektorielt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne i Region Hovedstaden. Målgruppen for STIME er børn og unge mellem tre år og 17 år. Kommunerne opsporer og udfører en hurtig og relevant støtte. Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden bidrager med specialiseret viden om udvikling af nye indsatser og klæder gennem uddannelse, supervision og løbende rådgivning primært psykologer i kommunerne på til at kunne levere lettere behandling.

Regionsrådet har i budgetaftalerne for 2022 og 2023 afsat midler til den regionale del af udgifterne til at udbrede STIME og gøre det permanent til alle kommuner. Forventningen er, at 16 kommune drifter eller er i gang med at implementere STIME i 2023.

Frem mod 2025 sigter børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden mod at have et samarbejde med alle kommuner i Region Hovedstaden om STIME, men det forudsætter tilsagn og finansiering fra den enkelte kommune.

Der er igangsat udvikling og afprøvning af et nyt STIME-behandlingsspor for OCD. Samtlige STIME-kommuner tilbydes at deltage i afprøvningen. Manualen udvikles og publiceres i 2023. Der er bevilget satspuljemidler til afprøvningen i kommunerne, og børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden medfinansierer via egne udgifter til løn. Derudover opstartes evaluering/forskning i selve samarbejdsmodellen og effekt af indsatserne, hvilket forudsætter eksterne finansiering (1-2 fonde).

Et andet initiativ er Koordineret Indsats på Tværs (KIT), som er en model for et godt samarbejde på tværs af børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne. Med KIT-modellen arbejdes der med systematiserede arbejdsgange for samarbejdet, vejledninger og standardiserede skabeloner, som skal sikre et tættere og mere smidigt samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatrien. Og endvidere give bedre betingelser for, at alle kan handle koordineret og samtidigt.

Indtil videre har KIT-samarbejdet foregået med de kommuner, der selv har taget kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien, men fremadrettet vil børne- og ungdomspsykiatrien afsætte ressourcer til at rekruttere nye kommuner til samarbejdet. Ligeledes kommer der til at blive afholdt tværsektorielle seminarer og workshops med fokus på både KIT og på samarbejdsaftalen om børn og unge med psykisk sygdom⁶ - godkendt af Tværsektoriel Strategisk Styregruppe den 1. april 2022.

Mind My Mind er et projektsamarbejde mellem Region Hovedstaden, TrygFonden, Psykiatrifonden, Region Sjælland, Region Midtjylland og fire kommuner. Formålet er at udvikle og afprøve et program for hurtig og effektiv psykologisk behandling af de mest almindelige mentale helbredsproblemer blandt børn og unge med henblik på tidlig og forebyggende indsats. Indsatsen består af modulbaseret kognitiv adfærdsterapi og/eller forældretræning til børn og unge i skolealderen med angst, depressive symptomer og/eller adfældsproblemer.

I projektet er gennemført et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor Mind My Mind-programmet er sammenlignet med den sædvanlige behandling i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i fire kommuner (Næstved, Vordingborg, Helsingør og Holstebro). I projektet blev fundet, at børnene i begge grupper fik det bedre, men børnene i Mind My Mind havde fået det markant bedre end børnene i kontrolgruppen.

4.3.2 Opgaven i speciallægepraksis

Børne- og ungdomspsykiatri er et lille speciale i speciallægepraksis med syv speciallægepraksis fordelt på seks fuldtidspraksis og én deltidspraksis.

Opgaven i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis er at udrede og behandle børn og unge med psykisk sygdom på baggrund af henvisning fra almen praksis. Der er et sammenfald på hovedfunktionsniveau mellem de patientgrupper,

6

<https://www.brk.dk/Borger/sundheds sygdom/patientforl%C3%B8b/Documents/Samarbejdsaftale%20om%20b%C3%B8rn%20og%20unge%20med%20psykisk%20sygdom.pdf>

der behandles i Region Hovedstadens Psykiatri og speciallægepraksis, hvor de hyppigst forekommende patienter er børn og unge med ADHD, angst, OCD og depression.

Derudover opslås en ny børne- og ungdomspsykiatrisk fuldtidspraksis primo 2023, som forventes besat ultimo 2023. Region Hovedstaden har, jf. overenskomst om speciallægehjælp, afsat midler på praksisbudgettet til kapacitetsudvidelsen, og processen er igangsat.

Der foregår løbende analyser af enkelte specialer i speciallægepraksis, som kaldes for moderniseringer. Dette sker for at sikre, at ydelserne afspejler den løbende faglige udvikling på sundhedsområdet. Der vil i efteråret 2023 blive igangsat en modernisering af børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis.

Region Hovedstaden har derudover indgået en rammeaftale med praktiserende pædiatere om at udrede og behandle børn og unge med ADHD. Aftalen giver mulighed for, at der årligt kan behandles ca. 200 patienter. Aftalen er indgået med seks speciallæger i pædiatri med særlige kompetencer inden for neuropsykiatri.

4.4 Videns- og forskningsindsatser

Der mangler aktuel viden om blandt andet årsagerne til den stigende mistrivsel, og at så mange børn og unge i disse år får brug for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig mangler der viden om hvilke indsatser, som kan forebygge mental trivsel samt forebygge, at denne mistrivsel udvikler sig til mere alvorlig psykisk lidelse.

Region Hovedstadens Psykiatri har beskrevet et forskningsprojekt, der skal undersøge de bagvedliggende årsager til den store stigning i mental mistrivsel, herunder væksten i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien mhp. identifikation af forebyggende indsatser. Der er søgt om finansiering af projektet i udvalg for det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor behandling af ansøgningen pågår på nuværende tidspunkt jf. forslag 9 i kapitel 5.

Kapitel 5 – Katalog over forslag til nye indsatser til fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien

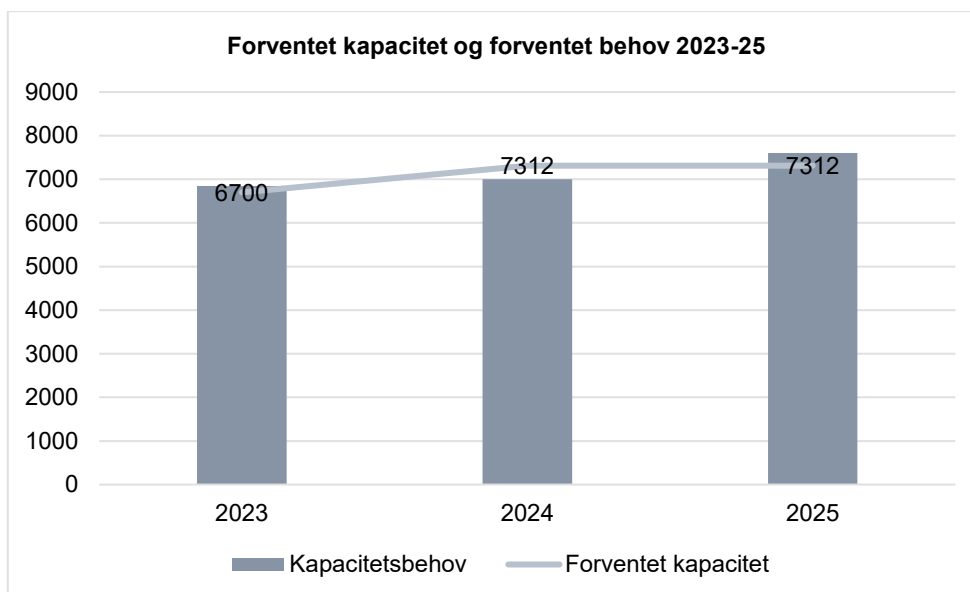
5.1 Behov for yderligere indsatser til fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien

Af prognosen, der er baseret på den historiske stigningstakst, for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fremgår, at der kommer et yderligere pres i form af flere henvisninger jf. afsnit 3.10 samtidig med, at der fortsat forventes at være rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer de næste år jf. afsnit 3.9. Dette vil ske efter en periode, hvor der allerede er høstet væsentlige effektiviseringsgevinster. Det er ikke oplagt, at der uden videre kan hentes betydeligt mere i effektiviseringer uden, at det har betydning for kvaliteten i tilbuddet.

Nedenstående graf 10 angiver med de nuværende indsatser, som er beskrevet i kapital 4, hvordan kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden forventes at udvikle sig frem til 2025.

Kapacitetsbehovet har som en forudsætning, at der fremover vil kunne viderehenvises 500 børn og unge årligt til andet relevante tilbud uden for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Derudover angiver tabellen, hvad kapacitetsbehovet vil være frem til 2025, hvilket er baseret på den historiske stigningstakst samt den pukkel af patienter, som i dag venter for længe på udredning.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden forventes således at have kapacitetsproblemer i 2023, hvilket skyldes en pukkel af patienter, som har ventet for længe. Efter pukkelafviklingen i 2023 vil der i 2024 opnås balance mellem kapaciteten og antallet af henvisninger trods en forventet stigning i antallet af henvisninger. Men afhængig af udviklingen i antallet af henvisninger de kommende år forventes det at være nødvendigt at styrke kapaciteten yderligere fra 2025.

Graf 10. Forventet kapacitet og kapacitetsbehov

Der er derfor i særdeleshed behov for den fortsatte nytænkning både i hospitalspsykiatrien, men også i det tværsektorielle samarbejde således, at der så tidligt som muligt sættes ind med den rette og tidlige forebyggende indsats til patienten, samt at patienten hurtigt kommer i gang med udredning og eventuelt behandling.

Indsatserne skal ses i sammenhæng med 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. Der vil løbende kunne komme nye og flere forslag til indsatser afledt af de løbende kapacitetsanalyser i børne- og ungdomspsykiatrien og givet det aktuelle udfordringsbillede, der politisk skal tages stilling til finansiering af, hvis det kræver tilførsel af midler samt evt. prioriteres.

Indsatserne fordeler i tre overordnede spor hhv. hospitalspsykiatrien, det tværsektorielle samarbejde og forskning og viden. Under hvert spor er der oplyst forslag til nye indsatser. Af bilag 2 fremgår tidsplan og økonomi for forslag til nye indsatser.

5.2 Forslag til nye indsatser i Region Hovedstadens Psykiatri og deres finansiering

For at fremtidssikre børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden foreslås indsatser igangsat i forhold til hurtig udredning og behandling, fastholdelse og rekruttering, digitalisering og organisering.

5.2.1 Indsatser til hurtig udredning og behandling

Der er i børne- og ungdomspsykiatrien stor fokus på arbejdet med kapacitetsudvidelser, som der blev givet midler til med de seneste budgetaftaler, og som forventes at kunne holde nogenlunde trit med behovet frem mod udgangen af 2024. Men afhængig af udviklingen i antal henvisninger de kommende år kan kapaciteten potentielt være udfordret fra 2025.

Der er derfor behov for fortsat at udvikle nye løsninger, der bidrager til at fremtidssikre børne- og ungdomspsykiatrien, så børn og unge og deres familier – også på længere sigt – kan tilbydes hurtig udredning og behandling uden unødigt ventetid.

Forslag 1: Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Sundhed fokuserer på at følge udviklingen i kapacitetsbehovet og finde muligheder for at kunne imødekomme behovet. Der skal i den sammenhæng ses på mulighederne for yderligere at udvikle tilbuddene bredt ved at undersøge nye løsninger til hurtig udredning og behandling, nytænkning af patientforløb, nye samarbejdsformer med kommuner og praksissektor, fast-track ordninger mv. Patienter og pårørende inddrages i den konkrete udvikling af, hvordan udvalgte eksisterende tilbud kan forbedres og effektiviseres. Udviklingsarbejdet og en ny analyse af væksten i henvisninger afsluttes medio 2024, hvor der politisk vil skulle tages stilling til eventuelt behov for finansiering med budgetforhandlingerne for 2025.

5.2.2 Udvidelse af den intensive ambulante behandlingskapacitet

Det er forventningen, at antallet af børn og unge, der bliver henvist med svær psykisk sygdom, vil stige de kommende år, ligesom det gør sig gældende for de øvrige patientgrupper i børne- og ungdomspsykiatrien.

Den intensive ambulante kapacitet, der tilbyder behandling til børn og unge med svær psykisk sygdom, er aktuelt ikke omfattet af de igangværende kapacitetsudvidelser med de seneste budgetaftaler. Der er aktuelt behov for at øge den intensive ambulante behandlingskapacitet i form af F-ACT-behandling for at følge med behovet.

Forslag 2: Region Hovedstadens Psykiatri udvider den intensive ambulante kapacitet i form af F-ACT-behandling i 2025 til børn og unge med svær psykisk sygdom.

5.2.3 Opgaveflytning

Der skal arbejdes målrettet med opgaveflytning mellem faggrupper, så flaskehalsproblemer grundet mangel på specifikke medarbejdergrupper (særligt speciallæger) undgås. Dette betyder, at nogle af de opgaver, som specialisterne løser på nuværende tidspunkt, skal andre faggrupper oplæres i at løse, så det sikres, at opgaverne også fremover bliver løst med en god kvalitet.

Forslag 3: Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder i andet halvår af 2023 en plan for opgaveflytning mellem faggrupper, oversigt over omfanget af opgaver, der kan flyttes samt en plan for implementering.

Foreslået initiativ ligger inden for Region Hovedstadens Psykiatris opgaveområde og budgetramme.

5.2.4 Fastholdelse og rekruttering

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har vanskeligt ved at rekruttere det antal speciallæger og specialpsykologer, der skal til for at matche behovet for udvidelser i disse år.

Antallet af speciallæger har været nogenlunde konstant siden 2018. Det betyder, at der er flere patienter pr. speciallæge i dag i forhold til i 2018. Dette kan potentielt give drifts- og kvalitetsproblemer i afsnittene, hvis der er meget få speciallæger og specialpsykologer. Samtidig er uddannelsesforløbene for læger i hoveduddannelsesforløb struktureret på en måde, hvor der nogle gange er "trængsel" af H-læger i nogle funktioner, mens der slet ikke er nogle i andre funktioner, uden at ledelsen kan allokere dem til funktioner, hvor der mangler læger.

Forslag 4: Center for HR og Uddannelse undersøger i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og uddannelsesrådet i børne og ungdomspsykiatrien mulighederne for justering/optimering af lægernes fordeling og opgaveløsning på afdelingsniveau, når de er ansat i hoveduddannelsesforløb med henblik på at balancere praksisbehov og uddannelse bedst muligt.

5.2.5 Digitalisering

Der vurderes at være et potentiale i og mulighed for at nytænke patientforløbet ved at øge digitaliseringen og anvendelsen af teknologi i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, bla. fordi teknologi allerede er en integreret og velkendt del af patientgruppen og de pårørendes hverdag. Regionen har i dag værdifulde it-systemer, som kan bidrage til at øge graden af mobilitet for patienterne, understøtte behandling uden for hospitalerne og skabe nye måder, hvor patienterne kan deltage aktivt i sit eget forløb fx gennem interaktiv læring, digitale forløbsassistenter.

Samtidig er der nedsat en tværregional digitaliseringstaskforce, der har igangsat flere pilotforløb, hvorfor erfaring og viden fra dette arbejde skal indgå i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstadens videre arbejde med digitalisering. Der er imidlertid ingen strategi på området. Desuden er der et stort kompetencegab både hos medarbejdere og ledere, og der vil være brug for investeringer for at styrke og modne området. Effekten vil således ikke kunne ses de første år.

Forslag 5: Region Hovedstadens Psykiatri og Center for IT og Medicoteknologi udarbejder sammen en strategi og handlingsplan, der sigter mod at indfri potentialerne på området gennem tilpasning og ibrugtagning af regionens nuværende it-systemer evt. suppleret med yderligere tiltag samt med inddragelse af nationale erfaringer på området. Der udarbejdes en tilhørende implementeringsplan og afdækning af budgetbehov. Formålet er både at udvikle patientforløbet samt at øge udrednings- og behandlingskapaciteten. Strategien udvikles i tæt samarbejde med andre relevante aktører blandt andre børne- og ungdomspsykiatriens forskningsenhed, Videnscenter for Telesundhed og øvrige regioner.

Initiativet vil forudsætte nogle midler til især afprøvning, udstyr m.m.

Regeringen har den 25. marts 2023 meldt ud, at der udmøntes 500 mio. kr. i 2023-2028 til investeringer i teknologi og udstyr, som kan understøtte hjemmebehandling i kommuner og regioner, og måske kan disse midler indgå i dette udviklingsarbejde, men det må afklares nærmere.

5.3 Forslag til nye tværsektorielle indsatser

Der er et stort fokus på kommunale og tværsektorielle indsatser i 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. En stor del af de midler, der afsættes i regi af 10-årsplanen, går til opbygning af tidlige indsatser i kommunerne, så børn og unge med psykiske problemer kan opspores tidligt, også inden de evt. får brug for hospitalspsykiatrien.

Børn og unges mentale mistrivsel er også et tema, der har været drøftet i de nye sundhedsklynger, der er etableret omkring de fem akuthospitaler i Region Hovedstaden med repræsentation fra både det somatiske og psykiatriske område, kommunerne samt almen praksis.

Nye tværsektorielle indsatser ift. børn og unge med mistrivsel og psykiske lidelser skal planlægges og etableres i samarbejde med kommunerne og eventuelle øvrige aktører.

De overordnede rammer for det tværsektorielle samarbejde om sundhedsområdet mellem region, kommuner og praksisområdet er forankret i sundhedsaftalerne samt i de nye sundhedsklynger. Det er hjørnesten i den eksisterende struktur for udvikling af samarbejdet om såvel det somatiske som det psykiatriske område. Derfor vil der være et potentiale i, at problemstillinger og evt. initiativer ift. børn og unge med mistrivsel og psykiske lidelser, som regionen ønsker at drøfte med kommunerne eller praksisområdet, adresseres her.

5.3.1 Kommunesamarbejde

Der er etableret et døgninstitutionsteam i børne- og ungdomspsykiatrien, der bidrager til at styrke den psykiatriske behandling af børn og unge, der bor på døgninstitutioner samt samarbejdet med døgninstitutioner. Der er imidlertid behov for at identificere yderligere indsatser, der kan medvirke til at forbedre samarbejdet mellem kommuner og børne- og ungdomspsykiatri for patienter, der har været døgnindlagt i børne- og ungdomspsykiatrien. Der er blandt andet en del døgnindlagte patienter, hvor der ikke er de nødvendige foranstaltninger klar, når de bliver udskrevet. Dette indebærer en øget risiko for genindlæggelser samt risiko for forlænget indlæggelse.

Forslag 6: I Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center er der etableret et døgninstitutionsteam, der bidrager til at styrke den psykiatriske behandling for børn og unge, der bor på døgninstitution. Der udarbejdes en plan, der kan understøtte opfyldelsen af et mål om, at døgninstitutionsteamet skal kunne betjene yderligere 1-2 døgninstitutioner.

Indsatsen forventes at kunne finansieres af 10-årsplanens indsats for udbredelse af botilbudsteams, hvor 58 mio. kr. deles mellem region og kommuner fra 2024.

Der er stor forskel på hvor stor en andel af børn og unge, der bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden afhængig af, hvilken kommune de kommer fra i regionen, hvilket beskrives i kapitel 3. Der er på nuværende tidspunkt ikke viden om årsagerne til den store variation mellem kommunerne. Dertil kommer, at der med 10-årsplanen over de kommende år skal

opbygges styrkede let tilgængelige tilbud til børn og unge i mistrivsel eller med let behandlingsbehov. Der vil være brug for yderligere dialog og samarbejde med kommunerne om, hvordan regionen kan understøtte udviklingen.

Forslag 7: Center for Sundhed igangsætter i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne en nærmere afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for styrket samarbejde for at skabe sammenhængende og koordinerede forløb og rette indsats for børn og unge. Endvidere også med fokus på kommunernes behov for understøttelse fra regionen til at opbygge lettere behandlingstilbud. De nærmere rammer for afdækningen drøftes i relevante samarbejdsfora administrativt og politisk.

5.3.2 Samarbejde med almen praksis og praktiserende speciallæger

De praktiserende læger er ofte første indgang til sundhedsvæsenet i forhold til at vurdere behovet for videre behandling hos fx praktiserende speciallæger, praktiserende psykologer og børne- og ungdomspsykiatrien. Der er derfor potentiale i forhold til at aflaste psykiatrien ved at aftale opgavevaretagelse i praksissektoren. Lægges opgaver i stor udstrækning uden for børne- og ungdomspsykiatrien, skal det afvejes mod psykiatriens mulighed for selv at rekruttere og fastholde disse personalekategorier. Også set i lyset af at finansiering af denne ydelse afholdes af psykiatriens eget budget.

Forslag 8: Center for Sundhed tager initiativ til forhandlinger om at øge kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien ved at flytte udvalgte opgaver fra Region Hovedstadens Psykiatri til praksissektoren. Forslaget forudsætter forhandling og indgåelse af nye aftaler mellem de relevante faglige organisationer (PLO-Hovedstaden og Foreningen af Praktiserende Speciallæger) og Region Hovedstaden.

Opgaver, der kan varetages, kan fx være følgende:

- Somatisk vurdering af patienten inden patienten henvises til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden fra praktiserende læge. Den praktiserende læge honoreres med en konsultation 153,61 kr. (oktober 2022).
- Medicinkontroller af patienter med ADHD, der er stabile, gennemføres af praktiserende læge med mulighed for rådgivning af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Det estimerede budget hertil er kr. 1,9 mio. årligt.
- Medicinkontroller af patienter, der er stabile og i medicinsk søvnbehandling, kan varetages af praktiserende læge. Det estimerede budget er ca. kr. 2,0 mio. årligt.
- Hurtig psykiatrisk vurdering hos praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Der udestår en vurdering af behovet i Region Hovedstaden set i sammenhæng med kapaciteten inden for specialet.

- Yderligere udvidelse af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien med en fuldtidspraksis svarende til en årlig udgift for regionen på 2,6 mio. kr. eller konvertering af deltidspædagogik til fuldtidspraksis til en årlig udgift på 1,5 mio. kr. Kapaciteten vil også kunne udvides ved at give børne- og ungdomspsykiatere mulighed for at ansætte assisterende speciallæge evt. med løft af speciallægenes omsætningsloft/knækgrænse.

De oplyste forslag er en bruttoliste med mulighed for at foretage en udvælgelse af tiltag eller/og successiv implementering.

Der er ikke overskydende midler på regionens praksisbudget til at løfte området, og der vil således skulle afsættes midler til nye indsatser. Nævnte indsatser vil dog aflaste Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til opgaver, men vil samtidig kræve en budgetoverførsel fra Region Hovedstadens Psykiatri til praksisbudget, ligesom der kan være en risiko for, at klinikere fra Region Hovedstadens Psykiatri flytter med opgaven.

5.4 Forslag til nye videns- og forskningsindsatser

Der mangler aktuel viden om bl.a. årsagerne til den stigende mistrivsel, og at så mange børn og unge i disse år får brug for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig mangler der viden om, hvilke indsatser, som kan forebygge mental mistrivsel, og at denne mistrivsel udvikler sig til alvorlig psykisk lidelse.

Forslag 9: Region Hovedstadens Psykiatri har beskrevet et forskningsprojekt, der skal undersøge de bagvedliggende årsager til den store stigning i mental mistrivsel, herunder væksten i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien mhp. identifikation af forebyggende indsatser.

Der er søgt om finansiering af projektet i udvalg for det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor behandling af ansøgningen pågår på nuværende tidspunkt.

I 2023 udmøntes nationalt 0,7 mia. kr. til sundhedsforskning. Udmøntningen sker gennem projektansøgninger. Region Hovedstaden forventes at få tildelt en væsentlig andel og vil også her kunne ansøge om finansiering til det nævnte projekt.

Bilag 1 – Kommissorium for udarbejdelse af rapport om fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

Baggrund

Der har gennem en længere årrække været et stigende antal børn og unge, der mistrives, ligesom der ses en kraftig vækst i antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien især de seneste tre år. Antallet af henvisninger i 2022 er mere end fordoblet sammenlignet med 2014. Det har betydet, at kapaciteten aktuelt er udfordret som følge af den øgede efterspørgsel, hvilket har ført til stigende ventetider og udfordringer med at overholde udrednings- og behandlingsretten. Dertil er der også i børne- og ungdomspsykiatrien en udfordring med fastholdelse og rekruttering af personale.

Med budgetaftale 2022 blev besluttet: *"...at Region Hovedstadens Psykiatri og administrationen i første halvår 2022 udarbejder en analyse af de fremtidige ressourcebehov på området og prioriteringsmulighederne inden for psykiatriens område med henblik på, at børne- og ungdomspsykiatrien har tilstrækkelig kapacitet i de kommende år til at overholde udredningsretten og behandlingsgarantien".*

Social- og psykiatriudvalget blev på møde den 25. maj 2022 forelagt analysen og godkendte indstillingen om, at der udarbejdes en udvidet analyse af, hvordan børne- og ungdomspsykiatrien kan fremtidssikres.

Krav til arbejdet:

- Analysen skal, udover at bygge videre på den eksisterende analyse, gå dybere ned i, hvordan patientmønstrene har udviklet sig, hvordan de nuværende behandlingstilbud matcher patientmønstrene mv.
- Endvidere skal der tages højde for planen for fastholdelse og rekruttering i Region Hovedstaden, og det er vurderingen, at det også her er nødvendigt at tænke nyt både ift. arbejdsmetoder og nye teknologier, da det ikke er muligt at uddanne eller rekruttere sig ud af udfordringerne.
- Analysen vil blive igangsat i forlængelse af budget 2023 og foreslås færdiggjort i løbet af 1. kvartal 2023. Analysen skal danne afsæt for budgetforhandlingerne for 2024.

Formål

Formålet med analysen er at beskrive den aktuelle situation og de initiativer, der allerede er igangsat for at imødegå problemstillingerne, beskrive den mulige

udvikling samt de mulighedsrum og anbefalinger, der er for at håndtere de forventede udfordringer også på den længere bane. Der skal bl.a. være fokus på:

- Kapacitet
- Tilpasning af tilbuddet/effektivisering
- Teknologisk understøttelse
- Fastholdelse og rekruttering af personale
- Samarbejde med kommuner om forebyggelse og tidlig indsats
- Tiltag i praksissektor mv.

Beskrivelsen af muligheder og anbefalinger vil også kunne relateres til igangværende nationale og regionale aftaler og strategier på området, ikke mindst "Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed".

Derudover fremlægges en konkret beskrivelse af den kapacitetsmæssige situation i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder balancen mellem bemanding, forventet antal patienter, tid til udredning og behandling samt andre opgaver.

Tidshorisont

Ultimo oktober 2022 vil konkretisering af analysens indhold påbegyndes, herunder udpegning af arbejdsgruppens deltagere.

Det endelige udkast til analysen skal forelægges koncerndirektionen til godkendelse på møde i februar 2023, hvorefter analysen behandles i social- og psykiatriudvalget på møde den 23. marts 2023.

Organisering af arbejdet

Der nedsættes en arbejdsgruppe, som er ansvarlig for at udarbejde analysen.

Arbejdsgruppen refererer og afrapporterer til Region Hovedstadens Koncerndirektion og vil blive ledet af Center for Sundhed.

Der udpeges en tovholder for hhv. Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Sundhed, som er ansvarlig for koordinering og samling af bidrag til analysen. Det aftales i arbejdsgruppen, hvilke konkrete leverancer i planen som hver er ansvarlig for.

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, Center for Sundhed og Center for Økonomi.

Medlemmer af arbejdsgruppen er:

- Charlotte Hosbond, centerdirektør, Center for Sundhed (formand)
- 1-3 repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri
- 1 repræsentant fra Patientlogistik og Dataafdelingen, Region Hovedstadens Psykiatri
- Sven Knudsen, økonomi- og planlægningschef, Økonomi- og Organisationsafdelingen, Region Hovedstadens Psykiatri

- Line Sønderby Christensen, enhedschef, Enhed for Praksisaftaler, Center for Sundhed
- Nina Husfeldt Clasen, enhedschef for Det Nære Sundhedsvæsen
- Chris Wiencke, chefkonsulent, Budget og Opfølgning, Center for Økonomi

Arbejdet understøttes og koordineres af følgende personer:

- Mette Thøgersen Grønkjær, chefkonsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed (*tovholder*)
- Camilla Grønbæk, konsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed
- Ulla Fremlev, seniorkonsulent, Enhed for Praksisaftaler, Center for Sundhed
- Anja Methling, chefkonsulent, Enhed for det Nære Sundhedsvæsen, Center for Sundhed

Arbejdsgruppen vil inddrage øvrige centre i regionen, hvor det er relevant og ved behov.

Mødekadence

Der afholdes to møder i arbejdsgruppen hhv. den 8. december 2022 og den 26. januar 2023. Eventuelle møder herudover aftales i arbejdsgruppen.

Status for arbejdet med analysen vil derudover blive drøftet på de faste koordinationsmøder mellem direktionerne for Center for Sundhed og Region Hovedstadens Psykiatri hhv. den 9. december 2022 og den 10. februar 2023.

Bilag 2 – Oversigt over forslag til nye indsatser med tidsplan og økonomi

Administrationen forudsætter ingen økonomiske konsekvenser i 2023 og 2024.

Som indledningsvist nævnt har Regionsrådet de seneste år prioriteret midler til styrkelse af kapaciteten inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Fra 2021 og frem har der været tilvejebragt 29 mio. kr. årligt og med budget 2023 blev tilført yderligere 30 mio. kr. voksende til 35 mio. kr. årligt til formålet. Trods betydelig tilførsel kan den tætte opfølgning af kapaciteten vise, at det er nødvendigt at prioritere yderligere midler på sigt siden den øgede udredningskapacitet vil alt andet lige medføre et øget behov for behandling.

De fleste foreslåede initiativer kan afholdes inden for egen budgetramme. Samarbejdet med kommunerne forventes finansieret af 10-årsplanen, når midlerne finder sin endelige fordeling mellem regioner og kommuner. Opgaveflytning til praksissektoren vil aflaste Region Hovedstadens Psykiatri aktivitetsmæssigt, men vil også medføre en budgetoverførsel, der kan have negative aktivitetsmæssige konsekvenser.

Tabel A: Indsatsspor og finansiering 2023 ->

Indsatsspor/Indsats	Tidsplan		
	2023	2024	2025 -
Hospitalspsykiatrien			
Forslag 1: Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Sundhed fokuserer på at følge udviklingen i kapacitetsbehovet og finde muligheder for at kunne imødekomme behovet. Der skal i den sammenhæng ses på mulighederne for yderligere at udvikle tilbuddene bredt ved at undersøge nye løsninger til hurtig udredning og behandling, nytænkning af patientforløb, nye samarbejdsformer med kommuner og praksissektor, fast-track ordninger mv. Patienter og pårørende inddrages i den konkrete udvikling af, hvordan udvalgte eksisterende tilbud kan forbedres og effektiviseres.	Kræver ingen finansiering	Udviklingsarbejdet og en ny analyse af væksten i henvisninger afsluttes medio 2024, hvor der politisk vil skulle tages stilling til eventuelt behov for finansiering med budgetforhandlingerne for 2024.	
Forslag 2: Region Hovedstadens Psykiatri udvider den intensive ambulante kapacitet i form af F-ACT-behandling i 2025 til børn og unge med svær psykisk sygdom.		Der vil skulle tages politisk stilling til behov for finansiering fra 2025	
Forslag 3: Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder i andet halvår af 2023 en plan for opgaveflytning mellem faggrupper, oversigt over omfanget af opgaver, der kan flyttes samt en plan for implementering.	Kræver ingen finansiering		
Forslag 4: Center for HR og Uddannelse undersøger i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og uddannelsesrådet i børne og ungdomspsykiatrien mulighederne for justering/optimering af lægernes fordeling og opgaveløsning på afdelingsniveau, når de er ansat i hoveduddannelsesforløb med henblik på at balancere praksisbehov og uddannelse bedst muligt.	Kræver ingen finansiering		
Forslag 5: Region Hovedstadens Psykiatri og Center for IT og Medicoteknologi udarbejder sammen en strategi og handlingsplan, der sigter mod at indfri potentialerne på området gennem tilpasning og ibrugtagning af regionens nuværende it-systemer evt. suppleret med yderligere tiltag samt med inddragelse af nationale erfaringer på området. Der udarbejdes en tilhørende implementeringsplan og afdækning af budgetbehov. Formålet er både at udvikle patientforløbet samt at øge udrednings- og behandlingskapaciteten. Strategien udvikles i tæt samarbejde med andre relevante aktører blandt andre børne- og ungdomspsykiatriens forskningsenhed, Videnscenter for Telesundhed og øvrige regioner.	Regeringen har den 25. marts 2023 meldt ud, at der udmøntes 500 mio. kr. i 2023 -2028 til investeringer i teknologi og udstyr, som kan understøtte hjemmebehandling i kommuner og regioner.		

Tværsektorielle indsatser - Samarbejde med kommuner	2023	2024	2025 –
Forslag 6: I Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center er der etableret et døgninstitutionsteam, der bidrager til at styrke den psykiatriske behandling for børn og unge, der bor på døgninstitution. Der udarbejdes en plan, der kan understøtte opfyldelsen af et mål om, at døgninstitutionsteamet skal kunne betjene yderligere 1-2 døgninstitutioner.		Indsatsen forventes finansieret af 10 års planens indsats for udbredelse botilbudsteams hvor 58 mio.kr. deles mellem region og kommuner fra 2024	
Forslag 7: Center for Sundhed igangsætter i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne en nærmere afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for styrket samarbejde for at skabe sammenhængende og koordinerede forløb og rette indsats for børn og unge. Endvidere også med fokus på kommunernes behov for understøttelse fra regionen til at opbygge lettere behandlingstilbud. De nærmere rammer for afdækningen drøftes i relevante samarbejdsfora administrativt og politisk.	Kræver ingen finansiering		
Tværsektorielle indsatser- Tiltag i praksissektor			
Forslag 8: Center for Sundhed tager initiativ til forhandlinger om at øge kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien ved at flytte udvalgte opgaver fra Region Hovedstadens Psykiatri til praksissektoren. Forslaget forudsætter forhandling og indgåelse af nye aftaler mellem de relevante faglige organisationer (PLO-Hovedstaden og Foreningen af Praktiserende Speciallæger) og Region Hovedstaden.	Nævnte indsatser vil aflaste Region Hovedstadens Psykiatri og kræve en budgetoverførsel fra Region Hovedstadens Psykiatri til praksisbudgettet.		
Forskning og viden			
Forslag 9: Region Hovedstadens Psykiatri har beskrevet et forskningsprojekt, der skal undersøge de bagvedliggende årsager til den store stigning i mental mistrivsel, herunder væksten i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien mhp. identifikation af forebyggende indsatser.	Der er søgt om finansiering af projektet i udvalg for det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen. Behandling af ansøgningen pågår på nuværende tidspunkt. I 2023 udmøntes nationalt 0,7 mia. kr. til sundhedsforskning. Udmøntningen sker gennem projektansøgninger. Region Hovedstaden forventes at få tildelt en væsentlig andel og vil også her kunne ansøge om finansiering til det nævnte projekt.		

Der er i Finanslovsforslaget afsat 179,1 mio. kr. i 2023, 464,2 mio. kr. i 2024, 454 mio. kr. i 2025 og 458,6 mio. kr. i 2026. Fra 2027 er der varigt afsat 500 mio. kr. Der udestår for nogle af initiativerne fortsat en fordeling af midlerne mellem regioner, kommuner og stat. Den konkrete fordeling afhænger af efterfølgende forhandlinger mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL i takt med, at det faglige arbejde udarbejdes i løbet af 2023.

10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed er finansieret via forskellige kanaler, hvoraf en stor del af finansieringen sker via finansloven, som kan ses via tabel 2.

Hovedparten af midlerne er afsat til etablering af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse og Implementering af forløbsbeskrivelser for børn og unge samt voksne med svære psykiske lidelser. I ovenstående tabel A ses en oversigt over de konkrete initiativer samt den afsatte økonomi. Ligeledes er angivet den forventede målgruppe for midlerne.

Bemærk at Region Hovedstadens andel af 77,2 mio. kr. på 24,1 mio. kr. i her-og-nu-kapacitetspakken er jf. regionrådsbeslutning den 14. marts 2023 disponeret til anbefalinger fra Task Force efter hændelsen i Field's den 3. juli 2022.

Tabel B: Udmøntning af aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed i forslag til finanslov 23 (FL23)

Initiativ, mio.kr.	2023	2024	2025	2026	Varigt fra 2027	Forventet målgruppe
Etablering af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse	100	257,5	250	250	250	Kommuner
Her-og-nu kapacitetspakke til den regionale psykiatri, der skal gå til en generel styrkelse af kapaciteten i psykiatrien.	77,2					Øremærket til regionerne
Udbredelsen af botilbudsteams.		57,8	59	59	59	Kommuner/ regioner
Implementering af forløbsbeskrivelser for børn og unge samt voksne med svære psykiske lidelser.		133,5	133,5	138,1	138,1	Regioner/ kommuner
Udbygning af kliniske kvalitetsdatabaser på psykiatriområdet.		9,4	8	8	8	Stat/regioner/ kommuner
Monitorering af indikatorer, opfølgning og analyser.	1,9	6	3,5	3,5	3,5	Staten
Reserve til senere udmøntning					41,4	Ukendt
I alt	179,1	464,2	454	458,6	500	

Kilde: FL23

Bilag 3 – Den tværsektorielle organisering af børne- og ungeområdet inkl. flowdiagram

Tilbud og indsatser til børn og unge i mistrivsel varetages på tværs af forskellige aktører/sektorer, myndhedsområder og lovgivninger, som har hver deres politikere, økonomi, lovgivning og faglige paradigme.

I dette bilag opridses den nuværende overordnede organisering på området, hvor der er taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplans bilagsrapport⁷ og Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom af 1. april 2022. Derudover præsenteres en oversigt, der viser, hvordan vejene for et barn og en ung i Region Hovedstaden kan se ud ind i børne- og ungdomspsykiatrien, dvs. veje mellem praksissektor (almen praksis, praktiserende speciallæger og psykologer), kommuner (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning og socialpsykiatri) og den regionale børne- og ungdomspsykiatri i Region Hovedstaden.

Det tværsektorielle samarbejde er vigtigt for et sammenhængende, koordineret og helhedsorienteret tilbud til børn og unge. Af "Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom" fremgår

- *"at børn, unge og deres familier får rettidig og relevant hjælp, behandling og støtte*
- *at børn, unge og deres familier deltager aktivt i udredning og behandling med henblik på at bringe barnet eller den unge i trivsel og udvikling*
- *at indsatsen tager udgangspunkt i barnets/den unges ønsker og behov, uanset om indsatsen ydes af en kommune, almen praksis eller Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center*
- *at børn, unge og deres familier oplever en sammenhængende og koordineret indsats på tværs af kommune, almen praksis og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, og at der tages hånd om barnet, den unge og deres familiers samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom, eller sociale problemer*

Kommunerne, PLO-Hovedstaden og børne- og ungdomspsykiatrien er enige om, at børn og unge med psykisk sygdom og deres familier skal opleve, at indsatserne i de forskellige sektorer hænger sammen, og at alle relevante aktører er inddraget.

⁷ Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en 10 årsplan, Sundhedsstyrelsen, 14.01.2022

Barnet/den unge og deres familiers perspektiv inddrages i vurderingen af, hvilke aktører der er relevante at inddrage.

For at opnå sammenhæng og undgå unødvendig ventetid skal den samlede indsats tilrettelægges, så der arbejdes med samtidige og koordinerede indsatser".

⁸

Indsatsen i kommunerne

Mentale sundhedsfremmende indsatser er primært forankret i kommunerne, da de har ansvaret for den kommunale sundhedsindsats samt for indsatsen på socialområdet og beskæftigelsesområdet. De kommunale indsatser er primært forankret i serviceloven. Den sundhedsfaglige kommunale indsats til mennesker med psykiske lidelser er reguleret af sundhedsloven.

Eksempler på sådanne indsatser kan være sundhedsplejerskens tilsyn med børns trivsel og sundhed i de første leveår ved hjemmebesøg, pædagogiske og didaktiske indsatser, der fremmer trivsel, positive fællesskaber og robusthed i dagtilbud, skole, ungdomsuddannelser og på videregående uddannelse samt den brede befolknings deltagelse i trivselsfremmende fritidsaktiviteter. Flere kommuner medfinansierer også et lokalt Headspace-center, der tilbyder rådgivning til børn og unge i alderen 12 til 25 år.

Socialpsykiatrien betegner kommunernes indsats for mennesker med psykisk sygdom med udgangspunkt i serviceloven. Kommunernes indsats omfatter dels myndighedsopgaven med at vurdere og visitere den enkelte til det rette tilbud og den rette socialpsykiatriske indsats og dels opgaven med at levere indsatsen.

Målgruppen i socialpsykiatrien spænder fra mennesker med psykisk mistrivsel eller begyndende tegn på psykiske lidelser til mennesker med moderate eller svære psykiske lidelser, der behandles i den regionale psykiatri. Dertil har en del af målgruppen også komplekse sociale problemer, såsom fx et misbrug eller hjemløshed.

Indsatsen i socialpsykiatrien skal fremme den enkeltes mulighed for at komme sig og bidrage til at forebygge, at nogle begyndende psykiske vanskeligheder udvikler sig til egentlige psykiske lidelser, der kræver en mere intensiv indsats og behandling. Endvidere at yde støtte, hjælp og omsorg til mennesker med psykiske lidelser med henblik på at hjælpe borgerne til at komme sig helt eller delvist og leve et meningsfuldt og så selvstændigt et liv som muligt med familie og venner, uddannelse og beskæftigelse samt aktiv deltagelse i samfundet. Og at yde støtte, hjælp og omsorg til mennesker med langvarigt behov for hjælp som følge af svære psykiske lidelser med fokus på at understøtte den enkelte i at trives og få et aktivt og meningsfuldt liv med den psykiske lidelse, også uden for botilbuddet, hvis der er tale om mennesker, der bor på botilbud.

⁸ Uddrag af "Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom" Godkendt af Tværsektoriel Strategisk Styregruppe, 1. april 2022.

I socialpsykiatrien tales der om sociale indsatser eller specialiserede sociale indsatser målrettet mere omfattende og/eller komplekse problemstillinger.

På myndighedsområdet kan der efter serviceloven gives støtte til børn og unge med psykisk mistrivsel eller psykiske lidelser som tidlige, forebyggende indsatser. Hvis kommunen vurderer, at der er behov for mere omfattende støtte, skal der udarbejdes en børnefaglig undersøgelse, og på baggrund heraf kan der gives mere omfattende forebyggende ambulante foranstaltninger.

Indsats i praksissektoren

Regionerne har efter sundhedsloven ansvaret for praksissektoren herunder almen praksis, praktiserende speciallæger og praktiserende psykologer med ydernummer.

Samarbejdet med praksissektoren er aftalt i overenskomster indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de faglige organisationer (PLO-Hovedstaden, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Dansk Psykolog Forening).

Indsats i almen praksis

Almen praksis er ofte første indgang til sundhedsvæsenet og gatekeeper til videre behandling i den øvrige dele af sundhedsvæsenet fx på hospital, ved praktiserende speciallæger, praktiserende psykologer mv. For børn og unge er indgangen særligt via kommunerne, herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, sundhedsplejersker m.fl.

De fleste mennesker med psykiske lidelser udredes og behandles i almen praksis. I forhold til børn og unge vil den alment praktiserende læge have ansvaret for at undersøge og evt. behandle børn og unge med lettere symptomer på psykisk sygdom fx nedtrykthed, stress, krisereaktioner, moderat depression/angst og personlighedsforstyrrelser. Den praktiserende læge kan også henvise til praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, praktiserende psykologer eller til udredning og behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center.

Det er oftest almen praksis, som enten direkte eller via Pædagogisk Psykologisk Rådgivning henviser børn og unge til udredning hos speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri eller til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Indsats i speciallægepraksis

Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri

Praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri varetager udredning og behandling, herunder medicinsk behandling og psykoterapeutisk behandling.

De største grupper er børn med ADHD og autisme samt angst, OCD og depression. Der er på hovedfunktionsniveau et stort sammenfald mellem de diagnosegrupper, som behandles på hospitalerne og i speciallægepraksis. Ved behov for specialiseret, tværfaglig udredning og behandling henvises til hospital.

Speciallæger i pædiatri

Speciallæger i pædiatri kan udrede og behandle børn og unge med ADHD. Aftalen i Region Hovedstaden er indgået med seks speciallæger i pædiatri med særlige kompetencer inden for neuropsykiatri. Ved behov for medicinsk behandling skal pædiaterne rådføre sig med praktiserende børne- og ungdomspsykiater eller hospital.

Indsatsen i den regionale børne- og ungdomspsykiatri

Hospitalsindsatsen er underlagt sundhedslovens og psykiatrilovens regelsæt om patientrettigheder, behandlingsansvar, krav om kvalitet, dokumentation, forskning, uddannelse mv.

Børn og unge med psykiske lidelser og med et behov for psykiatrisk udredning og en specialiseret tværfaglig behandlingsindsats henvises til en psykiatrisk hospitalsafdeling (indlæggelse eller ambulant) eller kan henvende sig akut ved en akutmodtagelse.

Hospitalsindsatsen består overordnet af udredning, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. De psykiatriske afdelinger består typisk af flere forskellige afsnit fx et åbnet døgnafsnit, intensive døgnafsnit (døren til afdeling er aflåst) og mere specialiserede afsnit.

Behandlingen kan bestå af medicinsk behandling, psykoterapi, psykoedukation, psykosociale indsatser, pårørendeinddragelse, flerfamiliegrupper, socialrådgivning, støtte, omsorg, miljøterapi og andre terapeutiske indsatser.

Når patienter ikke længere har behov for behandling under indlæggelse, afsluttes de typisk til videre opfølgning i almen praksis, praktiserende speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, et ambulant psykiatrisk forløb fx i regionspsykiatrien eller et specialiseret ambulant tilbud.

Henvisningsveje til børne- og ungdomspsykiatri

Vejene ind i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden kan se forskellige ud og gennemgås i det følgende.

Henvisning fra almen praksis

Almen praksis kan henvise til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, speciallæger i pædiatri og den regionale børne- og ungdomspsykiatri i Region Hovedstaden.

Center for Visitation og Diagnostik

Det er Center for Visitation og Diagnostik, der modtager henvisninger til udredning og behandling i den hospitalsbaserede psykiatri på det børne- og ungdomspsykiatriske område i Region Hovedstaden.

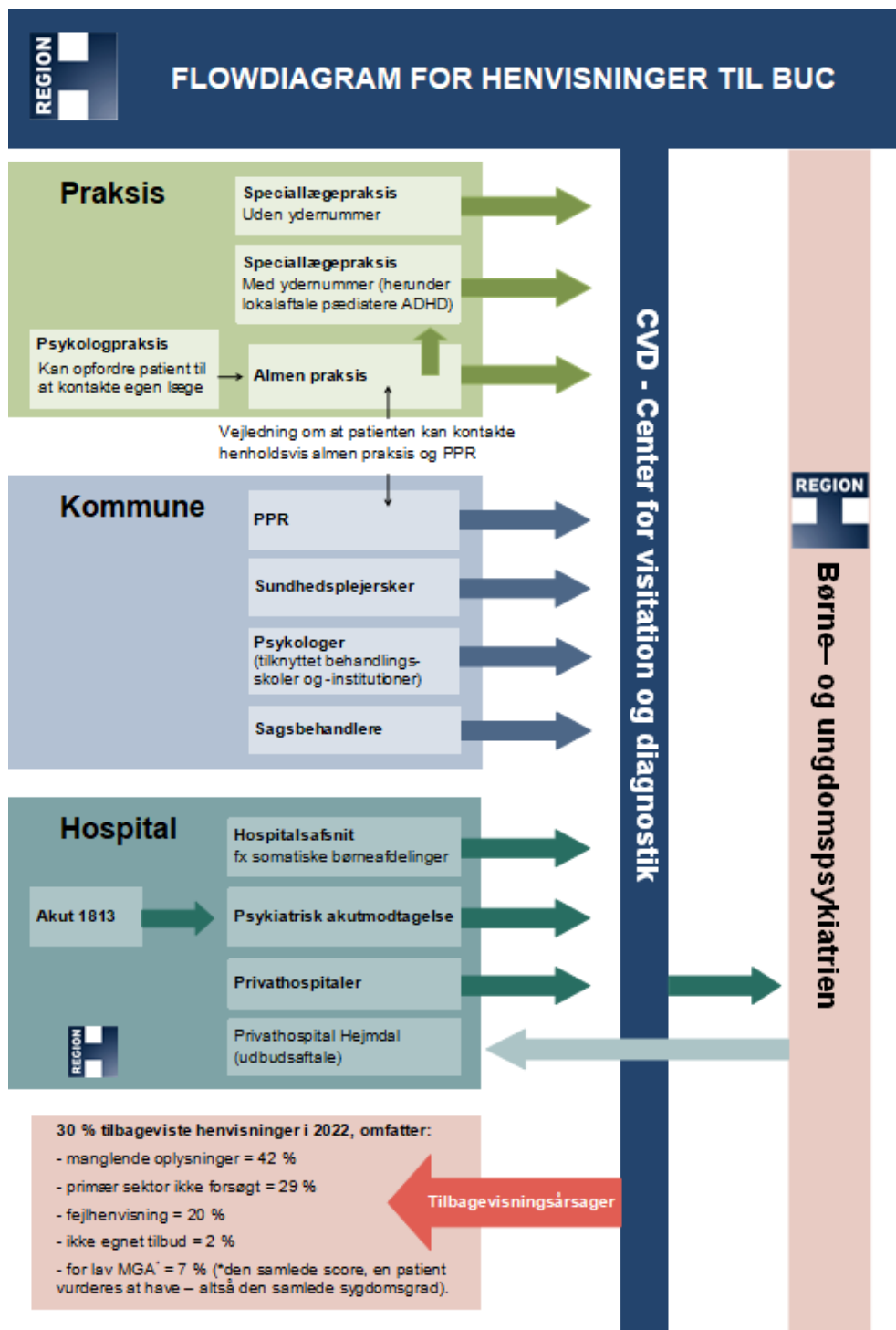
Center for Visitation og Diagnostik forestår visitation af henvisninger til pakkeforløb og specialfunktioner. Henvisninger til den fagspecifikke visitation skal også sendes til Center for Visitation og Diagnostik, men bliver dog visiteret lokalt.

Link til CVD's hjemmeside <https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/Tvaersektorielt-samarbejde/Samarbejdsaftaler/boern-og-unge/Behandlingsforl%C3%B8b/Sider/Henvisning.aspx>

Hvem kan henvise til børne- og ungdomspsykiatrien?

Praktiserende læger og andre speciallæger kan henvise direkte til børne- og ungdomspsykiatrien. Endvidere kan kommuner henvise via Pædagogisk Psykologisk Rådgivning eller sagsbehandler i relevant kommunal forvaltning samt psykologer tilknyttet behandlingsskoler og behandlingsinstitutioner under kommunale forvaltninger. Spædbørn kan henvises af sundhedsplejersker.

Det er en forudsætning, at barnet/den unge er set og vurderet af den, der henviser.



Status på udrulning af STIME i kommuner i Region Hovedstaden pr. 7. august 2023

Tabel: Status på udrulning af STIME i kommuner i Region Hovedstaden

Klynge	Kommuner	STIME-spor				STIME-spor under udvikling (afprøves i 7 kommuner fra jan. 2024 til 2025 herefter klar til drift)			
		Selvskade	Spis	EMO (bekymring og tristhed)	Uro, opmærksomhed eller impulsivitet		OCB	Har indgået aftale om opstartsmøde	Pågår implementering herunder udd. STIME-behandlere
Bornholm									
	Bornholms Regions Kommune	x	x	x*	x	x			x
Byen									
	Frederiksberg Kommune	x	x	x*	x**	x			x
	Københavns Kommune	x	x			x			x
Midt									
	Ballerup Kommune								
	Egedal Kommune				x			x (opstart jan. 2024)	
	Furesø Kommune	x		x					x
	Gentofte Kommune	x	x	x*	x**	x			x
	Gladsaxe Kommune	x	x	x*	x**	x			x
	Herlev Kommune	x	x						x
	Lyngby-Taarbæk Kommune	x	x	x*	x**	x			x
	Rudersdal Kommune						x (aug. 2023)		
	Rødovre Kommune				x				x
Nord									
	Allerød Kommune						x (sep. 2023)		
	Fredensborg Kommune	x	x				x (aug. 2023)		
	Fredrikssund Kommune			x	x		x (sep. 2023)		
	Gribsskov Kommune	x	x						x
	Halsnæs Kommune	x		x	x				x
	Helsingør Kommune	x	x	(x) kun FSPA	x				x
	Hillerød Kommune			x	x		x (sep. 2023)		
	Hørsholm Kommune			x	x		x (sep. 2023)		
Syd									
	Albertslund Kommune								
	Brøndby Kommune								
	Dragør Kommune								
	Glostrup Kommune								
	Hvidovre Kommune								
	Høje-Tåstrup Kommune	x		x*	x	x			x
	Ishøj Kommune								
	Tårnby Kommune	x	x	x*	x**				x
	Vallensbæk Kommune								

*Tilbyder også Få Styr På Angsten (FSPA), som er en tilkøbsindsats fra anden leverandør. Kommunerne har i projektperioden fået betalt uddannelse i indsatsen. I dag finansierer kommunerne selv al uddannelse og drift

**Tilbyder også New Forest Parenting Program (NFPP), som er en tilkøbsindsats fra anden leverandør. Kommunerne har i projektperioden fået betalt uddannelse i indsatsen. I dag finansierer kommunerne selv al uddannelse og drift

Forslag til sundhedsaftale 2024 – 2027 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

August 2023

Indledning

Et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for borgerne. Det skal karakterisere vores fælles sundhedsvæsen.

Et sammenhængende sundhedsvæsen skal sørge for, at alle borgere føler sig trygge i mødet med sundhedsvæsenet og styrke sundheden i regionen. Vores sundhedsvæsen skal være tæt på borgerne med behandlingsmuligheder i borgernes nærmiljø. Det er et fælles ansvar på tværs af kommuner, region og almen praksis at løfte denne opgave, så vi sammen bevæger os hen mod ét fælles sundhedsvæsen til større gavn for borgerne.

Omstillingen til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er i fuld gang. Kommunerne, almen praksis og regionen arbejder i dag mindre silo-opdelt og med et mere helhedsorienteret syn på borgernes behov og deres vej gennem sundhedsvæsenet. Intravenøs behandling i kommunalt regi, Aftale om udvidet behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling og samarbejde om lægedækning på botilbud er eksempler på, hvordan vi med tværsektorielle aftaler og samarbejde er i fuld gang med at skabe bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb for vores borgere.

Vi er kommet langt! På trods heraf står vi imidlertid stadig over for store udfordringer.

Udviklingen i samfundet og inden for sundhedsvæsenet betyder, at der hele tiden er nye aspekter, som vi må forholde os til. Frem mod 2035 kan vi forvente at blive mere end 100.000 flere borgere i regionen – cirka 25 pct. af befolkningen vil til den tid være over 60 år, og flere vil leve i mange år med én eller flere kroniske sygdomme. Denne udvikling sker samtidig med, at alle dele af sundhedsvæsenet i dag står med svære udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere. Desuden ses en tendens til, at det kan blive vanskeligt at få uddannet tilstrækkeligt sundhedspersonale i fremtiden. Sammenlagt skaber dette et stort pres på sundhedsvæsenet og dets medarbejdere, mens patienter oplever lange ventelister, og udskudte behandlingsforløb og usammenhængende forløb. Det er derfor helt nødvendigt, at vi sikrer den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet, og at vi fokuserer på at skabe gode og attraktive arbejdspladser samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. Samtidig betyder de knappe personaleressourcer, at vi er nødt til at samarbejde og organisere os på nye måder.

Vi ser også en udvikling, hvor nye behandlingsformer, ny teknologi og omlægning af opgaver betyder, at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgerens hjem. Det er i sig selv en positiv udvikling, men det stiller nye krav til den måde, som kommunerne, praksissektoren og regionen samarbejder på.

Vi ved også, at sygdom rammer socialt skævt – både med hensyn til, hvem der bliver ramt af sygdom, og hvilke konsekvenser sygdommene har. Der er stadig alt for mange borgere, som oplever mangel på sammenhæng i deres forløb eller får tilbudt indsatser, der ikke modsvarer deres ressourcer, behov og ønsker.

Sammen skal vi derfor tænke nyt – til gavn for borgerne!

Kommenterede [KW1]: SSU og flere høringsparter (blandt andet Fredensborg, København, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) har ønsket et stærkere fokus på rekruttering, fastholdelse og uddannelse.

Rammen for vores sundhedsaftale

Sundhedsaftalen er den fælles ramme for udviklingen af vores samarbejde om sundhed i Region Hovedstaden.

Som noget nyt er denne sundhedsaftale skabt inden for rammerne af den nye politiske samarbejdsstruktur på sundhedsområdet med et sundhedssamarbejdsudvalg og fem lokale sundhedsklynger. Det fælles populationsansvar er overliggeren i denne nye samarbejdsstruktur.

Sundhedsaftalens visioner, målsætninger og indsatser tager afsæt i det fælles populationsansvar; det vil sige et fælles ansvar for patienter og borgere, som vi møder på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Sundhedsaftalen skal danne fundament og sætte retning for sundhedsklyngerne. Samtidig betyder ansvaret for populationen, at sundhedsklyngerne skal handle differentieret og proaktivt i forhold til borgernes sundhed og at indsatser skal tilrettelægges, så de bedst tilgodeser den population, som de enkelte sundhedsklynger har ansvar for. Sundhedsklyngerne kan gøre dette ved at tage afsæt i konkrete data om populationen. [I arbejdet med konkrete indsatser vil det være væsentligt at indtænke yderligere relevante aktører \(eksempelvis civilsamfundet\) og områder \(eksempelvis beskæftigelsesområdet\).](#)

Med afsæt i populationen skal sundhedsaftalen i de næste år danne rammerne for videreudviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så vi også i fremtiden sikrer, at borgere, uanset hvor i regionen de bor, modtager den rette behandling.

Kommenterede [KW2]: Flere høringsparter (blandt andet Københavns Kommune og kommunerne i sundhedsklynge Midt) har bemærkninger om, at sundhedsaftalen også bør nævne, at det tværsektorielle samarbejde i højere grad også bør omfatte civilsamfundet og øvrige aktører såsom beskæftigelsesområdet.

Vores visioner - Sammen om sundhed

Borgerne i Region Hovedstaden skal møde et sundhedsvæsen, hvor sammenhæng, høj faglig kvalitet og nærhed er i fokus. Der skal være lige muligheder for at leve et **langt godt** og sundt liv, og alle borgere skal inddrages aktivt i egen sundhed. Samtidig er det helt nødvendigt, at vi sikrer bedst mulig brug af vores fælles ressourcer.

Sundhedsaftalen skal derfor være en stærk katalysator for et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor vi i og på tværs af vores fem sundhedsklynger tager fælles ansvar for at løfte sundheden i regionen.

Styrket sammenhæng i borgerens forløb

Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet, og i overgangene mellem sektorerne. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstækning og mindre silotækning.

Det vil vi, fordi sundhedsvæsenet bliver stadig mere komplekst, hvilket kan gøre det svært for både borgeren selv, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over borgerens forløb. Men kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke blive til ulempe for borgeren og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom.

Mere lighed i sundhed

Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed. Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser. Og vi vil fortsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer. Det betyder også, at vi åbner op for at differentiere vores tilbud.

Det gør vi, fordi mange borgere oplever store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold. Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar, som vi vil gå sammen om at løfte.

Tættere samspil med borgerne

Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag. Vi vil derfor skabe det nødvendige rum for et aktivt samspil med borgerne.

I de individuelle forløb vil vi møde borgerne, der rammes af sygdom, og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter og handler i overensstemmelse med deres viden, ressourcer og ønsker.

Det vil vi, fordi et afsæt i borgerens og de pårørendes behov, ønsker og ressourcer både giver højere brugertilfredshed, men også bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Kommenterede [KW3]: Høringssvar fra Bornholms Hospital om, hvorvidt et langt liv nødvendigvis er ønsket med forslag om at omformulere til et godt liv. Lignende høringssvar fra Glostrup Kommune vedr. lignende formulering på side 9.

Bedre brug af ressourcerne

Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem helhedssyn, velbeskrevne samarbejdsflader, tydelig ansvarsfordeling, brug af ny teknologi og fortsat kompetenceudvikling.

Det er nødvendigt, da hele sundhedsvæsenet er under stigende pres, og ressourcerne – ikke mindst personaleressourcerne – er knappe. Opgaveløsningen skal derfor gentænkes på måder, der løbende sikrer effektiv ressourceudnyttelse og giver mest værdi for borgerne.

Vores principper for samarbejdet

Vores visioner skal omsættes til handlinger. Det kræver fælles forståelse af den måde, som vi vil samarbejde på inden for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor har vi aftalt en række principper for, hvordan vi vil arbejde sammen om de dele af borgernes liv, som vi er fælles om.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der i de enkelte sundhedsklynger kan være forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi arbejder ud fra fælles mål, men vi skal samtidig være opmærksomme på, at der kan være lokale variationer i valg af metoder.

Borgernes perspektiv

Vi skal invitere borgerne med fra start, når vi udvikler og konkretiserer vores fokusområder, og når vi aftaler konkrete indsatser. Borgerens perspektiv skal altid være udgangspunkt for vores samarbejde. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi og kvalitet for borgerne. Borgerperspektivet kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at tilrettelægge forløb på borgernes og deres pårørendes præmisser.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaveløsningen til gavn for borgerne og efter princippet om effektiv ressourceudnyttelse frem for traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændringer i opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og en rimelig balance i økonomien sektorerne imellem. Vi skal være opmærksomme på, at kapacitetsændringer i én sektor ofte kan have stor betydning for de øvrige sektorer i sundhedsvæsenet og for de mål, som vi har sat i sundhedsaftalen. Vi drøfter derfor kapacitetsændringer med hinanden med fokus på, hvordan vi kan understøtte målene og sikre en effektiv ressourceudnyttelse. For at opnå den mest effektive ressourceudnyttelse skal vi samtidig have blik for, hvordan vi kan frigøre tid til kerneopgaverne for eksempel gennem øget brug af sundhedsteknologiske løsninger.

Rekruttering, fastholdelse og fælles kompetenceudvikling

Når vi udfolder vores indsatser, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Det betyder blandt andet, at vi skal sørge for medarbejdernes medindflydelse, faglige udvikling og fokus på kerneopgaverne. Mangel på sundhedsfagligt personale er en fælles udfordring. Derfor skal vi have en samlet tilgang til de

medarbejderressourcer, der er til rådighed, og have blik for, hvordan de forskellige fagligheder samlet set bedst anvendes på tværs af kommuner, region og almen praksis til gavn for borgerne. Desuden vil vi sammen arbejde for at tiltrække flere til sundhedsuddannelserne for at sikre den nødvendige arbejdskraft i det samlede sundhedsvæsen. Samtidig stiller udviklingen i

sundhedsvæsenet og de aftaler, vi indgår i Sundhedsaftalen, nye og store krav til vores medarbejdere. Vi skal derfor have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling og efteruddannelse.

Kommenterede [KW4]: SSU og flere høringsparter (blandt andet Fredensborg, København, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) har ønsket et stærkere fokus på rekruttering, fastholdelse og uddannelse.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Det skal være tydeligt for medarbejderne i sundhedsvæsenet, hvor ansvaret for de enkelte opgaver ligger, og vi skal sikre, at det sundhedsfaglige og socialfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad og hvornår. Det gælder både for den organisering, vi har i dag, og ved implementering af nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved flytning af opgaver indgår vi samarbejdsaftaler, der tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordeling og økonomi.

Helhedssyn

Vi vil sikre helhedssyn, når vi igangsætter nye initiativer. Det betyder, at vi har blik for både de sundhedsmæssige, brugeroplevede og ressourcemæssige konsekvenser af sundhedsindsatserne. Det skal bidrage til at forbedre effekten af sundhedsvæsenets ydelser. Helhedssyn betyder samtidig, at vi skal tage afsæt i borgernes – især sårbare borgers – samlede behov og livssituation, når vi udvikler indsatser. Vi skal udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se, at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremme lighed i sundhed.

Sammenhængskraft

Vi vil styrke vores sammenhængskraft på tværs ved at øge kendskab til hinandens opgaver, arbejdsgange, handlemuligheder, sprog og kultur. På den måde understøtter vi fælles forventningsafstemning i borgernes forløb. Samtidig skaber vi et fælles afsæt for det fortsatte arbejde med at styrke tværsektoriel kommunikation og sammenhængende patientforløb.

Datadeling

Vi skal arbejde for, at mere viden og flere data kan deles på tværs af klynger og sektorgrænser. På den måde kan vi understøtte, at nye initiativer igangsættes på de områder, hvor der er størst behov og potentiale for udvikling af samarbejdet.

Samtidig betyder lettere adgang til data på tværs også mere sammenhængende patientforløb og bedre grundlag for at sikre trygge overgange.

Sundhedsaftalens fokusområder

Vi er ambitiøse på borgernes vegne og ønsker en dynamisk sundhedsaftale til gavn for både den enkelte borger og det samlede sundhedsvæsen. Vi vil derfor samle kræfterne om tre fokusområder, hvor vi ser et særligt stort behov og potentiale for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

I foråret 2022 udkom Sundhedsprofil 2021. Den tegner på mange områder et bekymrende billede af helbredstilstanden blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det gælder både den fysiske og mentale sundhed. Udviklingen kalder i høj grad på et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde om forebyggelse på flere niveauer. Lige fra primær forebyggelse af risikofaktorer til forebyggelse af, at kroniske sygdomme forværres. Forebyggelse er derfor et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet inden for alle vores fokusområder.

Samtidig vil vi fortsætte vores samarbejde om de borgere, der er blevet ramt af sygdom. De skal sikres tryghed og sammenhængende forløb med den rette behandling på rette sted. [Vi vil have særligt fokus på, at dette også gælder borgere, som kan have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet - eksempelvis de socialt udsatte borgere.](#)

Kommenterede [KW5]: Flere høringsparter (blandt andet Frederiksberg og Københavns Kommuner) har bemærkninger om, at sundhedsaftalen bør have mere fokus på socialt udsatte borgere, borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser mv.

Sammen om børn og unges sundhed

Det er vores mål, at:

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til forældrene allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig, koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Vi ved også, at stadigt flere børn og unge mistrives i deres hverdag. Det er en udvikling, vi tager meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Sammen om borgere med psykisk sygdom

Vores mål for fokusområdet

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever sammenhæng i behandlingsforløb og et koordineret udskrivningsforløb.
- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.

40 – 50 pct. procent af alle borgere får i løbet af deres liv en psykisk sygdom.

Hverdagslivet er for mange borgere med psykisk sygdom præget af mange og komplekse udfordringer.

Flere borgere med psykiatriske diagnoser har samtidig somatisk sygdom og har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis.

I målgruppen er også borgere med komplekse sociale udfordringer som hjemløshed og rusmiddelmisbrug. Mange oplever et behandlingsforløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for deres individuelle behov. Vi skal derfor have opmærksomhed på borger- og patientforløb, der går på tværs af psykiatrisk center, hospital, kommune og almen praksis, og som omhandler både psykiske og somatiske problemstillinger. Vi skal desuden arbejde målrettet for, at mennesker med psykiske sygdomme lever har flere gode leveår længere liv.

Gennem de seneste år er der sket en positiv udvikling i samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunernes botilbud og socialpsykiatri. Der er dog fortsat brug for at styrke samarbejdet blandt andet om implementering af eksisterende aftaler og udbredelse af veldokumenterede indsatser. Vi skal indrette os bedre for at sikre en sammenhængende og rettidig indsats for den enkelte borger.

Kommenterede [KW6]: Høringssvar fra Københavns Kommune angiver, at 'rusmiddelbrug' er mindre stigmatiserende end 'misbrug'.

Kommenterede [KW7]: SSU har ønsket at præcisere, at der skal være fokus på borger- og patientforløb, der går på tværs af hospital, kommuner og almen praksis, og som omhandler både psykiske og somatiske problemstillinger.

Kommenterede [KW8]: Høringssvar fra Glostrup Kommune bemærker, at der ikke kun bør fokuseres på, at patienterne skal leve længere, men også på at højne deres livskvalitet. Et lignende høringssvar fra Bornholms Hospital, dog vedr. formulering på side 4.

Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Vores mål for fokusområdet

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.

Sammen om ældre og borgere med kroniske sygdomme

For ældre og borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen ofte en særlig udfordring.

Borgere med kroniske sygdomme er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet, og antallet af kontakter stiger eksponentielt med borgernes alder.

Samtidig ved vi, at ældre og borgere med kroniske sygdomme er i stor risiko for at blive indlagt eller genindlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem tidligere indsatser og mere koordinerede forløb.

For alle borgere skal vi sikre, at de oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og, når det er muligt, sætte ind med en tidlig og hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem. Og når livet nærmer sig sin afslutning, er det vigtigt at understøtte det enkelte menneskes ønsker til en værdig afslutning på livet.

Fra aftale til handling

Borgerne skal opleve, at sundhedsaftalen gør en forskel. Det sker først, når aftalen kommer ud at leve i hverdagen hos vores medarbejdere på hospitalerne, i kommunerne og i praksissektoren.

Det er vigtigt for Sundhedssamarbejdsudvalget, at vejen fra aftale til handling bliver så kort som muligt. Men det er samtidig afgørende, at vi udfolder fokusområderne på en måde, som afspejler vores bærende principper for samarbejdet, og som tager afsæt i borgernes ønsker og helhedstænkning. Derfor inviteres borgere altid med, når konkrete indsatser skal udvikles.

Sundhedsaftalens visioner og fokusområder skal konkretiseres og implementeres i de organisatoriske rammer for det tværsektorielle samarbejde om sundhed i regionen. Det vil først og fremmest sige i Sundhedssamarbejdsudvalget, sundhedsklyngerne og Tværsektoriel Strategisk Styregruppe.

Grundpillerne i vores organisering er:

Sundhedsklyngerne

Sundhedsklyngerne er etableret med udgangspunkt i planområder, det vil sige et hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet, samt psykiatrisk center. Sundhedsklyngerne består af et politisk niveau og et fagligt niveau. I sundhedsklyngerne indgår repræsentanter fra regionen, kommunerne og almen praksis. Disse parter er også repræsenteret i de faglige sundhedsklynger, hvor der desuden er repræsentanter for brugerne.

Sundhedsklyngerne har et indgående kendskab til både lokale udfordringer og muligheder og et tæt samarbejde, der giver en unik mulighed for at udforske nye veje i det samlede sundhedsvæsen, der kommer såvel borgere som sundhedsvæsenet til gavn.

Sundhedsklyngerne har en drivende rolle i udviklingen af et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen. En væsentlig opgave for sundhedsklyngerne er derfor at udvikle lokale løsninger inden for sundhedsaftalens fokusområder, ligesom de skal sikre implementering af tværgående indsatser.

Sundhedssamarbejdsudvalget

Sundhedssamarbejdsudvalget består af politiske repræsentanter fra regionen, kommuner og almen praksis, herunder formandskaberne for de fem politiske klynger i regionen.

Sundhedssamarbejdsudvalget samler dermed de primære parter bag sundhedsaftalen i hele regionen. Vi vil i Sundhedssamarbejdsudvalget have fokus på at skabe en fælles retning og nye tværgående muligheder, når det gælder om at finde gode løsninger for udviklingen af det nære

sundhedsvæsen. Og vi vil igangsætte konkrete initiativer, når det vurderes, at det er hensigtsmæssigt med ensartede løsninger inden for hele regionen.

Temaer og problemstillinger inden for sundhedsaftalen vil løbende blive drøftet, og vi vil følge arbejdet i sundhedsklyngerne med stor opmærksomhed, så gode lokale løsninger kan blive understøttet, når der er behov for det, og udbredt, når de er klar til det.

Tværsektoriel strategisk styregruppe

Tværsektoriel strategisk styregruppe er en administrativ styregruppe, som er sammensat af repræsentanter fra kommunerne, almen praksis, regionen og det regionale Patientinddragelsesudvalg.

Styregruppen har det overordnede administrative ansvar for arbejdet med sundhedsaftalen, herunder de praktiske opgaver med at sikre overblik over arbejdet med sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Herudover varetager styregruppen koordinering af de opgaver, som vi i øvrigt arbejder sammen om på sundhedsområdet.

Opfølgning

Vi følger op på arbejdet med sundhedsaftalen med afsæt i indikatorer, som vi aftaler, når vi igangsætter arbejdet med de enkelte fokusområder og mål.

Vi anvender i videst muligt omfang eksisterende og landsdækkende datakilder – det vil sige data fra de otte nationale mål om sundhed samt data fra for eksempel Sundhedsprofilen og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). På den måde kan vi følge udviklingen over tid, og vi får mulighed for at sammenholde vores resultater med de resultater, der opnås i de andre regioner.

Ved igangsættelse af nye indsatser aftales det, om der er brug for at finde eller udvikle yderligere indikatorer for at sikre en relevant monitorering og evaluering, da det er vigtigt for os at afdække, om indsatser virker, og at bidrage til generering af datafunderet viden på det tværsektorielle område. Det er vigtigt, at vi hele tiden forsøger at svare på, om vores indsatser gavner borgerne, og om de har en positiv betydning for vores samarbejde og samlede ressourcetræk.

Et centralt mål for vores opfølgning er også at sikre konkret læring og videndeling. Vi vil derfor supplere med andre former for opfølgning, hvor vi sætter fokus på at dele de gode lokale erfaringer fra samarbejdet.

Derudover udarbejder vi en samlet midtvejsstatus for arbejdet med alle vores fokusområder og mål. I forbindelse hermed drøfter vi også behovet for justeringer i vores aftale.

Ved udgangen af aftaleperioden følger vi op på vores erfaringer og resultater i en slutstatus.

Bilagsoversigt Underaftaler og andre bilag til sundhedsaftalen

Der er i forbindelse med de tidligere sundhedsaftaler udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, forløbsprogrammer og konkrete underaftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne. Disse eksisterende vejledninger, aftaler mm. videreføres til denne sundhedsaftale, indtil der eventuelt træffes andre beslutninger herom.

Bilagene kan hentes på www.regionh.dk/sundhedsaftale

Kommenterede [KW9]: Der er af to høringsparter (Glostrup Kommune og Bornholms Hospital) efterspurgt mere tydelighed af eksisterende aftaler.

Bilag: Sammendrag af høringssvar - Sundhedsaftalen 2024-2027



Nr.	Afsender	Sammendrag af høringssvar	Administrationens anbefalinger
	Sundheds-samarbejdsud-valget (SSU)	Bemærkninger: Sundhedssamarbejdsudvalget tilkendegav i forbindelse med udvalgets behandling af høringsudkast Sundhedsaftale 2024-2027 ønske om: At der er i det endelige forslag til sundhedsaftale 2024-2027 indarbejdes et stærkere fokus på fastholdelse og rekruttering samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. At det under fokusområdet "Sammen om borgere med psykisk sygdom" i det endelige forslag til ny sundhedsaftale præciseres, at der skal være fokus på borger- og patientforløb, der går på tværs af hospital og kommuner, og som omhandler både psykiske og somatiske problemstillinger. Derudover blev fremhævet, at der i forbindelse med implementeringen af aftalen løbende vil være behov for, at der sættes fokus på hvordan hospitaler, kommuner og almen praksis bedst muligt kan hjælpe hinanden.	Flere høringsparter (bl.a. Fredensborg Kommune, Københavns Kommune, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) har også ønsket et stærkere fokus på fastholdelse og rekruttering samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. Administrationen foreslår tilføjelser i indledningen og i afsnittet om rekruttering og fælles kompetenceudvikling. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 2 og 6. Administrationen foreslår ændring i afsnittet om fokusområdet "Sammen om borgere med psykisk sygdom". Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 9. -



1	Albertslund Kommune	Generelle bemærkninger: Kommuner, almen praksis og region løfter forskellige opgaver på sundhedsområdet. Mange borgere har dog behov for indsatser på tværs af sektorgrænserne. Albertslund Kommune bakker op om det perspektiv, at det er en fælles opgave at sikre en god sammenhængende indsats for borgerne gennem et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem aktørerne i sundhedsvæsenet. Sundhedsaftalen for 2024 – 2027 er en politisk aftale med fokus på de områder, som kommuner, region og almen praksis vil udvikle i perioden. Samarbejdet på tværs om den enkelte borger læner sig op ad en række fælles visioner og fokusområder. Albertslund Kommune tilslutter sig visioner og fokusområder. Albertslund Kommune er enig i vurderingen af, at den kommende sundhedsaftale fint kan bygge ovenpå de gode erfaringer fra den tidligere sundhedsaftale for 2019-2023, hvor Covid-19 har været en hæmsko fuld indfrielse af aftalen. Sundhedsaftalen danner fundament og sætter retning for arbejdet i sundhedsklyngerne. Albertslund kommune læner sig op ad betragtningen om, at sundhedsklyngerne skal handle differentieret og proaktivt i forhold til borgernes sundhed, så indsatser tilgodeser og tilrettelægges ud fra sundhedsklyngernes populationsansvar. Dog med hensyn til lokale forhold og lokalpolitiske prioriteringer. KL har formuleret 5 særlige prioriteringsområder, som er særligt væsentlige set ud fra en kommunal virkelighed. Albertslund Kommune bakker op om prioriteringerne: 1) Prioritering af børne- og ungeområdet i gensidig respekt for hinandens tilbud, visitationsansvar mv. 2) Understøttelse af sundhedsklyngernes populationsansvar og det lokale politiske handlerum 3) At forebyggelse bliver tænkt ind i alle indsatser, som et tværgående tema 4) Prioritering af psykiatrien og udsatte borgere 5) Fælles fokus på prioritering af knappe ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet.	-
		Fokusområder – Generelt Med afsæt i den nyeste viden fra Sundhedsprofilen bakker Albertslund Kommune op om et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse på flere niveauer. Lige fra primær forebyggelse af risikofaktorer til forebyggelse af forværring af kroniske sygdomme. Albertslund Kommune anser det for ambitiøst og positivt, at forebyggelse er et centralt omdrejningspunkt inden for alle sundhedsaftalens fokusområder.	-



		Opfølgning Hvis borgerne skal opleve, at sundhedsaftalen g�r en konkret forskel for dem, skal den indarbejdes i hverdagen på hospitalerne, i kommunerne og hos almen praksis. Der lægges op til, at den konkrete implementering skal udvikles i samspil med borgerne. Albertslund Kommune har lang tradition for borgerinddragelse og ser en stor værdi i, at borgerne får mulighed for at bidrage med perspektiver på l�sningen af borgernære problemstillinger.	-
2	Allerød Kommune	Generelle bemærkninger:	-
3	Ballerup Kommune	Generelle bemærkninger: [Se også høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt] Sundheds og �ldreudvalget i Ballerup Kommune ser med tilfredshed, at sundhedsaftalen bygger oven på de tidligere gode erfaringer, visioner og fokusområder med et særskilt fokus på ældre og kroniske sygdomme. Det er i den forbindelse vigtigt, at ældre borgere sikres den rette hjælp på rette sted. Ballerup Kommune tilslutter, at der særligt bakkes op om: 1. Prioritering af børne- og unge-området i gensidig respekt for hinandens tilbud, visitationsansvar mv. 2. Understøttelse af sundhedsklyngernes populationsansvar og det lokale politiske handlerum 3. At forebyggelse bliver tænkt ind i alle indsatser, som et tværgående tema 4. Prioritering af psykiatrien og udsatte borgere 5. Fælles fokus på prioritering af knappe ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet. Det er også glædeligt, at sundhedsaftalen er tilpasset den nye samarbejdsstruktur med sundhedsklynger, og at der er tilføjet ekstra fokus på forebyggelse og fælles ansvar for den fælles population.	- -
4	Bornholms Regionskommune	Generelle bemærkninger: Regionskommunen vurderer, at Sundhedsaftalen fortsat er enkel og fokuseret i sin opbygning. Desuden ser kommunen det som positivt, at fokusområderne videreføres i den nye aftale, da disse områder særligt kræver tværsektorielt samarbejde.	-



		Herudover er det positivt, at forebyggelse på flere niveauer er centralt beskrevet som en del af l�sningen på den negative udvikling i borgernes fysiske og mentale sundhed i Region Hovedstaden. Forebyggelse er i høj grad en medvirkende faktor til at forbedre den samlede sundhed.	
		<u>Rammen for vores sundhedsaftale:</u> Kommunen finder det positivt, at aftalen tager afsæt i det fælles populationsansvar. Hermed er det borgerens perspektiv og sundhed, som sættes f�r sektortankegangen.	-
		<u>Visioner – mere lighed i sundhed:</u> Det fælles ansvar om borgeren på tværs af sektorer er en vigtig forudsætning i samarbejdet mellem kommune, region og praktiserende læge. Det er derfor samtidig positivt, at der åbnes op for en differentiering i behandlingstilbud til borgere i anerkendelse af det fælles populationsansvar. Dette har betydning for borgere på Bornholm, hvor også den geografiske placering stiller krav til samarbejde på tværs af sektorer – både på �en og på fastlandet. Ved at kunne differentiere i tilbud med udgangspunkt i den enkelte borgers situation åbnes der samtidig op for muligheden for at kunne nedbryde ulighed i sundhed. Hvis man som borger oplever en barriere i mødet med sundhedsvæsenet på grund af psykiske forhold, kan denne barriere forstærkes, hvis der samtidig er tale om geografiske forhold, som vanskeliggør tilg�engeligheden i forhold til behandlingstilbud. En rejse med bus, færge eller fly kan være uoverskuelig for en borger med psykiske barrierer forårsaget af psykiske lidelser såsom angst. Bornholms Regionskommune ønsker derfor, at der under Sundhedsaftale 2024-2027 i afsnittet ”Mere lighed i sundhed” på side 4 tilføjes et fokus på den geografiske placering og lige tilg�engelighed i behandlingstilbud.	-
		<u>�vrige bemærkninger:</u> Regionskommunen vurderer, at det tværsektorielle samarbejde om Sundhedsaftalen i regi af sundhedsklyngerne har fungeret godt, og at processen har været tilfredsstillende.	-



5	Brøndby Kommune	Generelle bemærkninger: I forhold til den nye aftale bakkes der fælleskommunalt op om: 1. Prioritering af børne- og unge-området i gensidig respekt for hinandens tilbud, visitationsansvar mv. 2. Understøttelse af sundhedsklyngernes populationsansvar og det lokale politiske handlerum 3. At forebyggelse bliver tænkt ind i alle indsatser, som et tværgående tema 4. Prioritering af psykiatrien og udsatte borgere 5. Fælles fokus på prioritering af knappe ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet Der lægges desuden vægt på relevant involvering af brugerrepræsentanter.	-
		Fokusområder generelt Brøndby Kommune understreger betydningen af, at der i arbejdet med alle sundhedsaftalens fokusområder er stor opmærksomhed på at mindske ulighed i sundhed.	-
		Fokusområde – Sammen om borgere med psykisk sygdom Kommunen vil gerne betone, at der i forhold til prioritering af psykiatrien og udsatte borgere (punkt 4), bør være et stort fokus på det tværsektorielle samarbejde i forhold til borgere med komplekse sociale udfordringer, herunder borgere med diagnoser på tværs af somatik og psykiatri.	-
6	Dragør Kommune	Generelle bemærkninger: Dragør Kommune har meddelt, at de ikke har nogen bemærkninger.	-
7	Egedal Kommune	Generelle bemærkninger: [Se fælles høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
8	Fredensborg Kommune	Generelle bemærkninger: Det vurderes, at Sundhedsaftalen indeholder gode elementer og perspektiver. Den helhedsorienterede tilgang fremhæves som værdiskabende for borgerforløbene, da der ønskes sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorer.	-
		Visioner – rekruttering og fælles kompetenceudvikling: Kommunen vurderer, at de nye opgaver, der kommer til at tilgå primær sektor, kræver en helt anden faglighed blandt kommunens ansatte. Det kræver, at kommunen er i stand til, at rekruttere og fastholde de rette kompetencer samt udvikling af nye og mere specialiserede kompetencer. Dette gælder særligt,	SSU og flere høringsparter (bl.a. Københavns Kommune, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) har også ønsket et



	når både flere og dårligere borgere med fx forskelligartede kroniske sygdomme. Det kan udfordre mange kommuner, at der er ansat ufaglærte til at varetage opgaver ift. den praktiske hjælp til borgere. Faglærte vil skulle varetage komplekse opgaver. Kommuner har allerede rekrutteringsudfordringer, særligt i hjemmeplejen. Der vil være behov for, at den faglige personalesammensætning tilpasses for at kunne løfte visionen. Det kræver øget viden, ressourcer og fleksibilitet, at kunne opfylde forskellige ønsker, som borgeren og de pårørende måtte efterspørge i den sidste tid. Fredensborg Kommune består af fire bysamfund, som vil have brug for flere specialiserede enheder for at opnå den kvalitet.	stærkere fokus på fastholdelse og rekruttering samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. Administrationen foreslår tilføjelser i indledningen og i afsnittet om rekruttering og fælles kompetenceudvikling. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 2 og 6. -
	<u>Visioner – mere lighed i sundhed:</u> Kommunen er enige i, at ulighed i sundheden er et nødvendigt fokus, og at der kan gøres endnu mere, for at skabe mere lighed i sundhed og lighed mellem kønnene. Kommunen ønsker, at forebyggelse og sundhedsfremme indgår også, som et element i en forskningsorienteret indsats.	-
	<u>Principper – datadeling:</u> For at sikre borgertilfredshed med kvaliteten af kommunale tilbud kræver det mere forskning i kommunalt regi. Det anbefales, at sundhedsklyngerne samarbejder omkring kvalificering og sammenligning af data. Der vil altså være behov for at afsætte ressourcer til at indsamle, behandle og formidle data på en kvalificeret måde. Dette vil være med til at underbygge arbejdet omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunen mener, at der er et stort potentiale i at arbejde i endnu højere grad med den digitale udvikling på tværs af sektorerne	- -
	<u>Principper – klar opgave- og ansvarsfordeling:</u> Kommunen ser det øgede samarbejde omkring borgerforløbene som positivt. Dog kræver dette, at det konkrete ansvar og snitfladerne mellem hver sektor bliver tydeliggjort i endnu højere grad. F.eks. at det faglige, etiske og økonomiske ansvar placeres entydigt. Der er en bekymring for, hvordan en mulig uenighed mellem sektorerne kan løses bedst muligt til gavn for borgeren. Desuden hvordan der skabes enighed omkring finansiering af de kommende opgaver på tværs af sektorerne.	-



		Principper – borgerens perspektiv: Kommunen ser det øgede borgerrettede fokus i aftalen som gavnligt. Det medfører, at borgerne i højere grad er i stand til at kunne følge med i eget forløb og bidrage med ønsker til egen situation. Borgernes forløb skal blive så optimale som muligt samtidig med, at der er et konstant fokus på rehabilitering og forebyggelse i alle sektorer.	-
		Fokusområder – sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom: Kommunen anser det som væsentligt, at udvikling og implementering af forløbsprogrammer, for de store somatiske og psykiatriske sygdomme, udvikles. Kommunens Forebyggelsesr�d er enige i, at denne udvikling skal prioriteres yderligere. Sammenh�engende forløb imellem praktiserende læge, sygehus, kommune er af central betydning ved bl.a. kronisk sygdom. Det er dokumenteret, at kontinuitet hos egen læge for multikronikere, sikrer bedre overlevelse på sigt for borgerne	-
		Opfølgning: Der skal muligvis udarbejdes en arbejdsgangsbeskrivelse i forhold til at kunne håndtere situationer, hvor borgene har forventninger til deres eget forløb, som ikke kan imødekommes. Det skal konkretiseres hvilke standarder, som sundhedsvæsnet kan leve op til både i relation til kompetencer og �konomi.	-
	Fredensborg seniorråd	Fredensborg Seniorråd anbefaler at sundhedsaftalen kommer til at indeholde såvel en vision som en strategi med overordnede ”handlings-pinde”. Forslag til ”handlings-pinde” i Dokumentet I det følgende præsenterer Fredensborg Seniorråd deres 8 forslag til ”handlings-pinde”, som de anbefaler at sætte ind i aftale dokumentet. WHO’s overordnede sundhedspolitiske målsætninger Forslag til dokumentets tekst f.eks. s. 4, om ”vores visioner”: 1. Vi vil i regionen og lokalt bidrage til videreudvikling af Verdenssundhedsorganisationens overordnede 4 sundhedspolitiske målsætninger: > Et længere liv – med mindre dødelighed > Et sundere liv – med mindre sygelighed > Et rigere liv – med bedre livskvalitet > Lighed i sundhed – med mindre ulighed Sammenh�engende forløbsprogrammer for de store folkesygdomme Forslag til tekst f.eks. s. 9 om fokusområder:	- - -

8



		8. Vi vil sikre involvering af brugere/patientinteresser i udviklingsprocesser og relevante organisationer på området.	-
9	Frederiksberg Kommune	Generelle bemærkninger: Kommunen kvitterer for en grundig og inddragende proces forud for udarbejdelsen af høringsudkastet og bakker endvidere op om videreførelse af erfaringer fra den gældende aftale med hensyn til enkeltheden samt videreførelsen af visioner og fokusområder. Enkeltheden giver de lokale sundhedsklynger et stort påvirkningsrum for at udvikle lokale løsninger.	-
		Generelle bemærkninger til fokusområderne: Trods sundhedsfremme og forebyggelse nævnes som et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet inden for alle fokusområderne, nævnes den rehabiliterende tilgang og forløbsprogrammerne slet ikke i udkastet. Selvom kommunerne har en central rolle i det forebyggende arbejde, må det være et fælles fokus for sektorerne at stå sammen om at lede borgerne i rigtige retning, når de er motiverede.	-
		Fokusområde – socialt udsatte som fokusområde: Kommunen savner, at socialt udsatte fremstår som et selvstændigt fokusområde, da borgere med komplekse sociale udfordringer ikke nødvendigvis lider af psykisk sygdom. Indsatser for denne gruppe af borgere bør i et bredere perspektiv have fokus på ulighedsskabende betingelser omkring borgeren, og ikke kun samarbejdet mellem somatik, psykiatri og socialområde.	Forslaget om særskilt fokusområde vedrørende socialt udsatte forslås ikke imødekommet, idet der i andre høringssvar tilkendes opbakning til fokusområderne. Men andre høringssvar (bl.a. Københavns Kommune) har også tilkendegivet ønske om styrket fokus på socialt udsatte. Administrationen foreslår en tilføjelse herom i det indledende afsnit om fokusområderne. Se forslag til Sundhedsaftale 2024–2024 s. 8.



		Fokusområde – sammen om borgere med psykisk sygdom: Teksten kan i dette afsnit uddybes med hensyn til overgange mellem sektorerne særligt i snitfladen mellem udredning og behandling/visitation til tilbud, hvor kommunen særligt på voksenområdet ser et behov for et styrket samarbejde samt klar opgave- og ansvarsfordeling.	-
		Fokusområde – sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom: Kommunen savner en præcisering af, at der skal arbejdes på at udvikle og sikre gode overgange for sårbare borgere som ældre, kronisk syge og borgere med psykiske lidelser.	-
		Principper – effektiv ressourceudnyttelse: Kommunen savner, at brug og udvikling af digitale og teknologiske løsninger udfoldes mere, da der er en forventning om et større fokus på dette – fordret af en fremtid med flere ældre og færre hænder. I denne sammenhæng skal der være en opmærksomhed på, at udbredelsen af digitale løsninger kan gøre grupper af borgere mere udsatte eller udfordrede i deres adgang til sundhedsvæsenet.	-
		Principper – datadeling: Kommunen bakker op om, at data være skal med til at bidrage til et optimeret samarbejde. Dog bør der være en opmærksomhed på, at alle sektorer ikke allerede i dag generer de data de på sigt ønsker at dele, og mere deling af data på tværs risikerer at føre til mere dokumentation. Dertil skal der også være fokus på den enkelte borgers retssikkerhed, herunder tavshedspligt og datalovgivning.	-
		Opfølgning: Afslutningsvis bifalder kommunen, at nogle af de store udfordringer, som det samlede sundhedsvæsen står overfor, og som potentielt kan stå i vejen for de gode hensigter, er omfattet af aftalen – nemlig økonomi, ressourcer, uddannelse, kompetencer og ansvar. Frederiksberg Kommune forventer, at disse udfordringer skal have et gennemgående fokus på i udvikling af løsninger.	-
10	Frederikssund Kommune	Generelle bemærkninger: Frederikssund Kommune kvitterer for et godt udkast til Sundhedsaftale 2024-2027. Det fremhæves, at udkastet bygger videre på det eksisterende samarbejde og den fælles rejse som kommuner, regionen og almen praksis er påbegyndt sammen. Det er vigtigt.	-
		Frederikssund Kommune bakker op om både visionerne og principperne for samarbejdet. Skal vi sikre et bedre sundhedsvæsen for borgerne, kræver det mere helhedstænkning og mindre silotænkning. Vi skal blive bedre til at tænke i samlede tilbud til borgerne, så de oplever en sammenhængende og velkoordineret indsats, der tager udgangspunkt i deres behov og ønsker.	-



		Det stiller krav til, at vi bliver endnu bedre til at differentiere vores tilbud og tilpasse dem til den enkelte borger. Kommuner, regioner og almen praksis er dog allerede i gang med denne udvikling. Frederikssund Kommune foreslår derfor, at der tilføjes et "yderligere" i sætningen om differentiering i afsnittet Mere lighed i sundhed på side 4, så der står: "Det betyder også, at vi åbner yderligere op for at differentiere vores tilbud".	-
		<u>Vision og principper om ressource udnyttelse</u> Kommunen lægger stor vægt på, at det flere steder fremhæves, at vi skal sikre den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsnets samlede kapacitet. Såvel kommuner som region er allerede i dag udfordret på ressourcer, herunder fx udfordringer med at rekruttere medarbejdere. Det er vigtigt, at vi ikke ser det som den enkelte kommunes eller hospitals problem, men i fællesskab løser udfordringerne. Som udkastet lægger op til, skal kommuner og region blive bedre til at sikre sammenhæng og samarbejde indenfor den samlede mængde ressourcer på tværs af sektorer.	-
		<u>Principper – Klar opgave- og ansvarsfordeling</u> En vigtig forudsætning for samarbejdet mellem kommuner og regioner er en klar opgave- og ansvarsfordeling. Det kan ikke understreges nok. Uklarheder er årsag til daglige udfordringer i samarbejdet – og går i sidste ende ud over borgerne og kvaliteten af den behandling og støtte, de får.	-
		<u>Fokusområderne:</u> Frederikssund Kommuner bakker op om de tre fokusområder i udkastet til sundhedsaftalen og de mål, der er opstillet for de tre områder: Kommunen finder helt rigtig at opprioritere forebyggelse og se det som et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet indenfor alle tre områder. Der er behov for, at vi på tværs af kommuner, region og almen praksis sammen bremser stigningen i antallet af kronisk syge, sårbare gravide, børn og unge med tegn på mental mistrivel og borgere med psykisk sygdom. Og der er behov for, at vi forebygger (gen)indlæggelser, sikrer gode overgange mellem sektorerne og understøtter, at ældre kan klare sig længst muligt på egen hånd i eget hjem. Først og fremmest af hensyn til den enkelte borger og dennes livskvalitet, men også af hensyn til de begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet.	- -

Bilag: Sammendrag af høringssvar - Sundhedsaftalen 2024-2027



		Kommunen bifalder, at udkastet tager afsæt i den ny samarbejdsstruktur og i det fælles populationsansvar. Det er i vid udstrækning en ny tilgang, der både er en stor opgave og også kræver, at vi tænker anderledes.	-
		øvrige bemærkninger: Kommunen understreger vigtigheden af afsnittet i Rammen om sundhedsaftalen slår fast, at sundhedsklyngerne skal handle differentieret og tilrettelægge indsatserne, så de bedst tilgodeser den population, som klyngen har ansvar for. Regionr�dets beslutning om at etablere et sundhedshus i Helsingør og Frederikssund fremhæves som godt eksempel på et initiativ, der tager højde for forskellene klyngerne imellem. Sundhedshusene anses som en væsentlig brik i arbejdet med at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen til alle borgere i Region Hovedstaden.	-
11	Furesø Kommune	Generelle bemærkninger: [Se høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
12	Gentofte Kommune	Generelle bemærkninger: [Afventer. Se også høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
13	Gladsaxe Kommune	Generelle bemærkninger: [Se høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
14	Glostrup Kommune	Generelle bemærkninger: Glostrup Kommune hilser en fokuseret og enkel sundhedsaftale velkommen og er enige i aftalens visioner og forebyggelse som tværgående tema. Kommunen ønsker at henlede opmærksomhed på, at ønsket om effektiv ressourceudnyttelse, den demografiske udvikling, geografisk ulighed i sundhed og den økonomiske situation på området vil kræve skærpet prioritering, hvilket Sundhedsaftalen med fordel kunne adressere. Det er positivt, at aftalen holdes på et overordnet plan, da det giver mulighed for at udvikle lokale løsninger, der matcher de lokale udfordringer, behov og ønsker. Samtidig foranlediger aftalens form, en stor opgave i sundhedsklyngesamarbejdet i forhold til at konkretisere og implementere aftalen.	-



		Princip – Borgernes perspektiv Glostrup Kommune bakker op om, at borgerperspektivet bliver vægtet højt. Det er vigtigt i den forbindelse, at de mest udsatte og marginaliserede grupper også bliver hørt.	-
		Fokusområder - generelt Det er fornuftigt at holde fast i fokusområderne fra tidligere. Det vurderes stadig at være, de tre store fælles målgrupper, hvor der i særdeleshed skal samarbejdes på tværs. Desuden at man lokalt kan få mulighed for at arbejde videre med de tiltag, man allerede er i gang med.	-
		Fokusområde – Sammen om borgere med psykisk sygdom Vedr. første fokuspunkt: <i>Alle borgere med psykisk sygdom oplever sammenhæng i behandlingsforløb og et koordineret udskrivningsforløb</i>: I den forbindelse er det vigtigt, at der arbejdes målrettet for at undgå genindlæggelser. Ift. teksten: <i>Der rettes opmærksomhed på borger- og patientforløb, der går på tværs af somatikken og psykiatrien, og der skal arbejdes målrettet for, at mennesker med psykiske sygdomme lever længere liv</i>. Der bør ikke kun fokuseres på, at patienterne skal leve længere, men også på at højne deres livskvalitet.	- Bornholms Hospital har lignende bemærkning, dog i relation til tekst i vision om at leve et <i>langt</i> og sundt liv. Administrationen foreslår en ændring under fokusområdet "Sammen om borgere med psykisk sygdom" således at ordene "lever længere liv" ændres til har flere gode leveår. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 9. Desuden en ændring i indledning til visioner således at "et langt liv" ændres til "et godt liv". Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 4.



		Desuden bør det også fremgå, at der skal være opmærksomhed på overgangen fra børne/unge-psykiatri til voksenpsykiatri både i region og kommuner, så der arbejdes målrettet for at sikre sammenhæng når "de unge" overgår til voksen. Ift. teksten: <i>Der er dog fortsat brug for at styrke samarbejdet blandt andet om implementering af eksisterende aftaler og udbredelse af veldokumenterede indsatser</i>: Det er positivt, at aftalen beskriver et fortsat behov for udbredelse af veldokumenterede indsatser. I den forbindelse bør det også prioriteres, at der fortsat er fokus på forskning indenfor området.	-
		<u>Fokusområde – Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</u> Ift. teksten: <i>Samtidig ved vi, at ældre og borgere med kroniske sygdomme er i stor risiko for at blive indlagt eller genindlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem tidligere indsatser og mere koordinerede forløb</i>: Der opfordres til, at dette også inkluderer borgere med misbrug, der rammes tidligere af aldringssygdomme end "normalbefolkningen".	-
		<u>Øvrige bemærkninger</u> Sundhedsaftalen kan med fordel rumme en formulering om, at der indenfor rammerne af aftalen, er en række tværsektorielle underaftaler, samarbejdsaftaler, vejledninger mv., der beskriver snitflader og opgaver, som fortsat vil være gældende.	Bornholms Hospital har også efterspurgt mere synlighed ift. eksisterende tværsektorielle underaftaler mv. Overskriften i afsnittet om bilagsoversigt forslås ændret til "Underaftaler og andre bilag til sundhedsaftalen". Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 14.
		<u>Øvrige bemærkninger</u> Det fremgår af aftalen, at tilrettelæggelsen af opgaverne skal ske efter princippet om effektiv ressourceudnyttelse til gavn for borgerne. Det giver god mening. I den forbindelse fremgår det, at de økonomiske konsekvenser skal være klarlagt ved ændringer i opgavevaretagelsen mellem sektorerne. Det er i den forbindelse vigtigt, at der laves tydelige opgavebeskrivelser, samarbejdsaftaler og konkrete aftaler om den økonomiske ressourcefordeling.	-



15	Gribskov kommune	<u>Generelle bemærkninger</u> Kommunen finder det positivt at der aftalen har et aktivt og bredt fokus på forebyggelse. Kommunen finder det ligeledes væsentligt at det fælles populationsansvar ligger som en overordnet retningsgiver for visioner, målsætninger og kommende indsatser.	-
		<u>Vision og principper om aktivt samarbejde med borgerne</u> Det fremgår af udkastet, at 'alle borgere skal inddrages aktivt i egen sundhed'. Kommunen vurderer ikke, at dette er realistisk, dels fordi, der vil være en gruppe borgere, der ikke ønsker en aktiv rolle samt en gruppe borgere, der ikke er i stand til at varetage en aktiv rolle grundet sygdom m.m. Det er dermed ikke alle borgere, der har de fornødne ressourcer til at varetage egenomsorg i denne forstand. Kommunen anser det som positivt, at der medtænkes stor grad af borgerinddragelse i udviklingen af indsatser.	-
		<u>Vision - mere lighed i sundhed</u> Kommunen anerkender, hvor vigtigt det er, at vi møder borgeren, hvor denne er. Herunder er det positivt, at der åbnes op for at differentiere behandlingstilbud. Dette vil understøtte at skrøbelige borgere inddrages i egen sundhed	-
		<u>Fokusområdet: Sammen om Børn og Unges Sundhed:</u> Kommune bakker op om fokusområdet og ser frem til yderligere konkretisering og samarbejde om ambitionerne. Det imødeses, at der i udmøntningen af den kommende Sundhedsaftale lægges vægt på tidlig forebyggelse med indsatser allerede i graviditeten. Der bør derfor for fremtiden lægges vægt på styrkelse af koordineret, tværfaglig og tværsektoriel opsporing af tilstande hos forældrene, som kan prædikere...	-



		Det ønskes, at der i udmøntningen også ses på effekterne af Corona-nedlukningen for unges mistrivsel samt at der i udmøntningen ses på digital sundhed i form af effekterne af de store mængder og tilgængelighed af informationer for hjernens trivsel, såvel som den sociale mistrivsel blandt voksne som unge.	
		<u>Fokusområdet: Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom:</u> Gribskov Kommunen undrer sig over, at ældre og borgere med kronisk sygdom er placeret i samme fokusområde. Borgere med kroniske sygdomme er ikke nødvendigvis ældre, men kan også være yngre borgere, som har behov for et andet fokus. Der ønsker større opmærksomhed på livets afslutning i udkastet til Sundhedsaftalen. Værdighed i livets afslutning taler ind i målet om, at borger opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.	-
		<u>Fokusområdet - Sammen om borgere med psykisk sygdom:</u> Gribskov Kommune imødeser fokus på problematikken for borgere med psykiatrisk sygdom og samtidigt misbrug. Herunder at der er fokus på relevante behandlingstilbud for disse borgere i udmøntningen af den fremtidige Sundhedsaftale. Gribskov Kommune vurderer, at psykiatrisk behandling af mennesker med udviklingshandicaps er nedprioriteret i udkastet til Sundhedsaftalen. Der bør i udmøntningen af den fremtidige Sundhedsaftale være fokus på at tilbyde botilbudsteams til de sociale botilbud. Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom	- -
		<u>Vedr. fokusområde: Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom:</u> Der ønskes et øget samarbejde om tidspunkt for udskrivelse fra hospital til kommune for at sikre, at borger bliver tilset hurtigt.	- -



		Kommune deler erfaringen med de beskrevne udfordringer med rekruttering og fastholdelse og ønsker undersøgelse af, hvorvidt der kan oprettes delestillinger for sygeplejersker mellem region og kommune. Kommune oplever, at det 72 timers udvidede behandlingsansvar medfører, at borgere udskrives med større grad af kompleksitet fra hospital til kommune og imødeser behov for skærpet opmærksomhed på, om borger modtager behandling samt opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst	-
		Opfølgning Kommunen komplementerer udkastet til Sundhedsaftalen for at sætte fokus på, at de økonomiske konsekvenser skal være klarlagt ved ændringer i opgavevaretagelsen. Men der udtrykkes bekymring omkring, hvorvidt der er økonomi og personale til at sikre implementeringen af de gode intentioner. Det er væsentligt, at intentionerne også giver en mærkbar forbedring hos både borgere og ansatte. Det foreslås, at der indføres målepunkter, for eksempel i form af spørgsmål til patienter og personale omkring den oplevede kvalitet.	-
		Øvrige bemærkninger Kommune efterspørger, om der ikke også skal være et fokus på rengøring på hospitaler og hjemme hos borgerne, da dette kan have en forebyggende effekt og har stor betydning for sundhed og trivsel	-
		Fra aftale til handling Kommunen tilslutter sig intentionen om at vejen fra aftale til handling bliver så kort som mulig. Gribskov Kommune bemærker, at det vigtigste er at implementeringen sker for borgerne, og ikke for processen.	-
16	Halsnæs Kommune	Generelle bemærkninger: Halsnæs Kommune finder generelt at høringsudkastet er velskrevet og præcis. De hæfter sig ved, at udkastet er udarbejdet med en fælles vision om at tage fælles ansvar for at løfte sundheden i regionen. Kommunen bakker desuden op om: 1) Prioritering af børne- og unge-området i gensidig respekt for hinandens tilbud, visitationsansvar mv. 2) Understøttelse af sundhedsklyngernes populationsansvar og det lokale politiske handlerum 3) At forebyggelse bliver tænkt ind i alle indsatser, som et tværgående tema 4) Prioritering af psykiatrien og udsatte borgere 5) Fælles fokus på prioritering af knappe ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet.	-



		Principper – datadeling: Kommunen ønsker et særligt fokus på at generere data om borgere med multisygdom ikke kun på regions - og klyngeniveau, men også på kommuneniveau. Det vil give kommunerne bedre mulighed for at tilrettelægge sundhedstilbud til denne målgruppe.	-
17	Helsingør Kommune	Helsingør Kommune tilslutter sig de fælles visioner og fokusområder og finder det positivt, at der er lagt vægt på at videreføre de gode erfaringer, enkeltheden, relevant involvering af brugerrepræsentanter samt forebyggelse og det fælles populationsansvar i udkastet til ny sundhedsaftale. Endvidere bifalder Helsingør Kommune, at konkrete forslag til nye, specifikke indsatser løbende skal kunne iværksættes inden for den ramme, som sundhedsaftalen skaber. I Helsingør Kommune er dette særligt relevant, idet en række tværsektorielle indsatser inden for sundhedsaftalens fokusområder udvikles, afprøves og implementeres i det nyetablerede sundhedshus. Endelig vil Helsingør Kommune i høringssvaret påpege, at det er en forudsætning, at kommunerne tilføres den nødvendige økonomi for at indfri sundhedsaftalens mål.	- - -
	Helsingør Seniorråd	Seniorrådet tilslutter sig kommunens høringssvar, gerne med en mere præcis argumentation for flere penge til at føre aftalen ud i livet. Helsingørs alvorlige sundhedsprofil skiller sig ud i forhold til det �vrige Nordsjælland, og her er en anledning til at påpege, at det ikke er gratis at rette op.	-
18	Herlev Kommune	Generelle bemærkninger: [Se også høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
19	Hillerød Kommune	Generelle bemærkninger: Generelt er det opfattelsen i Hillerød Kommune, at Sundhedsaftale 2024–2027 er en god ramme for at bygge videre på det eksisterende samarbejde mellem kommuner, almen praksis og regionen. De fælles visioner for den nye sundhedsaftale kan byrådet godt tilslutte sig. I forbindelse med høringen har byrådet modtaget grundige og perspektivrige høringssvar fra Hillerød Handicapråd og Hillerød Seniorråd og byrådet ønsker at pointerne fra høringssvarene vil indgå i arbejdet med sundhedsaftalen i den kommende periode.	- -



		Princip: Borgernes perspektiv og Sammenhængskraft 1. Ved overgange mellem sygehus, hjem, praktiserende læge, sundhedshuse (efterbehandling, rekonvalescens og rehabilitering) må man nøje overveje borgerens kræfter og inddrage borgeren i planlægningen af dette forløb, især i de tilfælde, hvor der ikke er pårørende i hjemmet (ca. 1/3 borgere bor alene). En borger med handicap har som oftest hjælp i hjemmet i forhold til normal situation, men det kan være umuligt for borgeren at klare sig uden ekstra hjælp, hvis der er tilkommet ekstra skader eller afkræftende sygdom, selv om ikke-handicappede kan klare det. Det må sikres, at ekstra hjælp i hjemmet er til stede ved ankomsten til hjemmet. 2. Det skal sikres, at borgere med handicap kan få deres hjælpemidler herunder el-kørestole med på sygehus og hjem igen. Hjælpemidlerne er ofte tilpassede den enkelte borger, og man kan ikke lige bruge noget tilfældigt på sygehuset. 3. Borgere med handicap, der er færdigbehandlet på en afdeling og er sat til at vente på hjemtransport, skal sikres mulighed for håndsækninger til toiletbesøg, drikke, mad og information.	-
		Fokusområde – Sammen om børn og unges sundhed Børn, Familie og Ungeudvalget i Hillerød Kommune har udtalt stor tilfredshed med, at sundhedsaftalen har et udtrykt fokus på børn og unges fysiske og psykiske sundhed, og at der er lagt op til samarbejde og gensidig respekt for regionen og kommunernes muligheder, herunder tilbud og ansvar.	-
	Hillerød Handicapråd	Udkastet til sundhedsaftale er et meget overordnet papir med en række målsætninger og hensigtserklæringer. Men som der også står i aftalen, vil den først komme til at leve, når den når den praktiske hverdag. Rådet har følgende overordnede opmærksomhedspunkter. 1. Der indføres sundhedsklynger til at styrke behandlingen og sammenhængskraften. Den overordnede styring af disse er beskrevet, men det fremgår ikke, hvordan det konkrete samarbejde mellem sundhedsklyngerne og kommunerne skal føres ud i livet. 2. Der skal være lige muligheder for at leve et langt og sundt liv, og alle borgere skal inddrages aktivt i egen sundhed. Samtidig er det helt nødvendigt, at vi sikrer bedst mulig brug af vores fælles ressourcer'. Det er nok en nødvendighed, men det bliver endog meget interessant at se, hvordan dette kan lade sig gøre i praksis.	- -



	3. Der omtales flere steder sundhedsteknologiske hjælpemidler. Hillerød Handicapråd vil meget gerne kraftigt understrege, at der skal sættes fokus på tilgængeligheden for handicappede (universelt design) i denne sammenhæng. 4. Der nævnes flere steder det tværsektorielle samarbejde, hvilket er en god ting. Men hvilke sektorer, det drejer sig om, fremgår meget indirekte. Især kan det undre, at samarbejdet med det sociale område glimrer ved sit fravær. Rådet vil gerne fremhæve det principielle i, at flytter man sygehusfunktioner hjem til borgeren har det implikationer andre steder i kommunal service, hvor det vil kræve efteruddannelse. Fx er IV behandling flyttet hjem til borgeren. Hillerød Handicapråd har kendskab til en sag, hvor hjemmeplejen ikke er uddannet i at lifte personer, der er tilkoblet IV. Dette betyder sengeleje, så længe det foregår (15-18 timer i døgnet). Det er en forringelse af livskvalitet i forhold til sygehuset, som lifter. Hillerød Handicapråd bemærker, at ingen af ordene 'handicap' eller 'funktionsnedsættelse' er nævnt i aftalen. Det finder Rådet skuffende. Rådet vil derfor gerne komme med følgende forslag til supplement til sundhedsaftalen. Styrket sammenhæng i borgerens forløb Personer med handicap har ofte mere ned 1 – 2 lidelser. Det gør det vanskeligt for den handicappede såvel som sundhedspersonale og pårørende at overskue den samlede situation og behandlingsbehov og dermed samarbejde mellem specialer og afdelinger. Dette nødvendige samarbejde har trange vilkår allerede i dag og er ofte ikke eksisterende. Derfor foreslås det, at der tilknyttes en tovholder (læge eller evt. sygeplejerske), der kan følge den handicappede rundt til de mange forskellige undersøgelses- og behandlingsforløb og have overblikket. Bedre brug af ressourcerne 1. En del undersøgelsesapparatur (f.eks. scannere, røntgenapparater) er ikke altid egnet for alle handicappede, f.eks. borgere der sidder i kørestol. 2. En del borgere er IT-handicappede af mange grunde (fysiske såvel som psykiske). De er ofte afskåret fra at få information herunder oplysninger fra patientjournal.	- - - - -
--	---	--



		Borgernes perspektiv, Sammenhængskraft 1. Ved overgange mellem sygehus, hjem, praktiserende læge, sundhedshuse (efterbehandling, rekonvalescens og rehabilitering) må man nøje overveje borgerens kræfter og inddrage borgeren i planlægningen af dette forløb, især i de tilfælde, hvor der ikke er pårørende i hjemmet (ca. 1/3 borgere bor alene). En borger med handicap har som oftest hjælp i hjemmet i forhold til normal situation, men det kan være umuligt for borgeren at klare sig uden ekstra hjælp, hvis der er tilkommet ekstra skader eller afkræftende sygdom, selv om ikke-handicappede kan klare det. Det må sikres, at ekstra hjælp i hjemmet er til stede ved ankomsten til hjemmet. 2. Det skal sikres, at borgere med handicap kan få deres hjælpemidler herunder el-kørestole med på sygehus og hjem igen. Hjælpemidlerne er ofte tilpassede den enkelte borger, og man kan ikke lige bruge noget tilfældigt på sygehuset. 3. Borgere med handicap, der er færdigbehandlet på en afdeling og er sat til at vente på hjemtransport, skal sikres mulighed for håndsrækninger til toiletbesøg, drikke, mad og information.	-
	Hillerød Seniorråd	Generelle bemærkninger Det er påfaldende, at indstilling og sagsfremstilling i meget begrænset omfang nævner ældre borgere. Der er et fokusområde om ældre og borgere med kronisk sygdom. Men �ldre borgere har også psykiske sygdomme ligesom problemer med mistrivsel og ensomhed, som er vigtige elementer i et godt liv og den enkeltes livskvalitet. Af indstillingen om særlige indsatser, er ældre ikke medtaget. Seniorrådet har med stor interesse l�st Høringsudkastet, som i sagens natur har en lang tidshorisont. Velvidende udgangspunkter er sundhedspolitik, vil Seniorrådet ikke undlade at pege på behov for at gøre en ekstra indsats for at sikre de personelle ressourcer til at l�se de mange opgaver. Seniorrådet synes det er interessant at der skal nedbrydes barrierer som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed. Seniorrådet er spændte på at se, hvorledes den lige adgang til sundhed sikres. Ligesom Seniorrådet ser frem til hvorledes behovet for kompetent ledelse l�ses. Seniorrådet håber at den enkelte borgers sundhedsdata beskyttes i henhold til GDPR i den nye aftale.	-.



20	Hvidovre Kommune	Generelle bemærkninger: Kommunen er meget tilfreds med høringsudkastet og dets videreførelse af gode erfaringer fra tidligere aftaler. Kommunen bakker op om både visioner, principper samt de tre fokusområder for samarbejdet. Kommunen lægger særligt vægt på og finder det væsentligt, at betragte behovet for målrettede indsatser til sårbare borgere. Kommunen er meget tilfreds med, at der med opgaveglidningen følger aftaler som fx 72 timers behandlingsansvar, som både sikrer klar opgave- og ansvarsfordeling samt sammenhængskraft i borgenes forløb.	- - - -
21	Høje-Tåstrup Kommune	Generelle bemærkninger: Høje-Tåstrup Kommune tilslutter sig KKR Hovedstadens vurdering af, at arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-23 ikke er færdiggjort, bl.a. grundet Covid-19, og bakker derfor op om at bygge ovenpå gode erfaringer, herunder at videreføre visioner og fokusområder. Herunder, at der fra kommunal side lægges vægt på: 1) Prioritering af børne- og unge-området i gensidig respekt for hinandens tilbud, visitationsansvar mv. 2) Understøttelse af sundhedsklyngernes populationsansvar og det lokale politiske handlerum 3) At forebyggelse bliver tænkt ind i alle indsatser, som et tv�erg�ende tema 4) Prioritering af psykiatrien og udsatte borgere 5) Fælles fokus på prioritering af knappe ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet	- -
		Fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom Høje-Tåstrup Kommune er bl.a. optaget af, hvordan udmøntningen af målsætningerne i "Sammen om borgere med psykisk sygdom" med fokus på sammenhæng i borgerens behandlingsforløb vil ske i praksis, eksempelvis hvordan aktørerne omkring borgerne kan lave aftaler på tværs af sektorer.	-



22	Hørsholm Kommune	Generelle bemærkninger: Hørsholm Kommune bifalder, at det er besluttet, at høringsudkastet skal videreføre de gode erfaringer fra tidligere sundhedsaftale, både hvad angår enkelthed/fleksibilitet i aftalen samt en videreføring af fokusområderne: Børn og unges sundhed, Borgere med psykisk sygdom samt Ældre og borgere med kronisk sygdom. Det betyder, at udgangspunktet for den kommende sundhedsaftale bliver noget, der kan arbejdes videre med og bygges oven på.	-
23	Ishøj Kommune	Generelle bemærkninger: Ishøj Kommune tilslutter sig aftalen og takker SSU for dets store arbejde med at få bygget konstruktivt videre på den eksisterende aftale. Kommunen har gennem sundhedsklyngesamarbejdet bidraget med input til høringsudkastet og står bag den udformning, som aftalen er landet på.	-
24	Københavns Kommune	Generelle bemærkninger: Københavns Kommune bakker overordnet op om høringsudkastet, som viderefører de gode erfaringer fra den nuværende sundhedsaftale. Det er væsentligt at sikre en fleksibel sundhedsaftale, som giver mulighed for eventuelle tilpasninger undervejs, fx når regeringens strukturkommission i 2024 har fremlagt deres anbefalinger til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Københavns Kommune bemærker, at det er positivt, at det fælles populationsansvar er skrevet ind som den overordnede ramme for samarbejdsstrukturen, så det fælles ansvar for patienter og borgere på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis er fremhævet. I udfoldelsen af det fælles populationsansvar og arbejdet med konkrete indsatser vil det dog være væsentligt også at indtænke flere aktører og arenaer, som eksempelvis beskæftigelsesområdet og civilsamfundet.	- Andre høringsparter (bl.a. Kommunerne i Klynge Midt) fremhæver også ønske om fokus på samarbejde med civilsamfund. Administrationen foreslår tilføjelse herom i afsnittet "Rammen for vores sundhedsaftale". Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 3.
		Vision – Lighed i sundhed Det er positivt, at der i visionen sættes fokus på mere lighed i sundhed, for eksempel ved at åbne op for muligheden for differentierede tilbud og fleksible løsninger, der skal tilpasses borgernes forskellige behov.	



		Ulighed i sundhed opstår imidlertid også ofte længe inden, borgeren møder sundhedsvæsenet, og lighed i sundhed bør derfor også tænkes sammen med en stærk og strukturel forebyggelsesindsats.	
		Vision og princip: Bedre brug af ressourcerne og Rekruttering og fælles kompetenceudvikling Kommunen efterlyser et større fokus på de massive fastholdelses- og rekrutteringsudfordringer på sundheds- og omsorgsområderne. Der er behov for et fælles fokus på udfordringerne og en samlet tilgang til de medarbejderressourcer, der er til rådighed. Det gælder ikke mindst i drøftelser om flytning af opgaver og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Der er behov for at sundhedsaftalen også forholder sig til, hvordan de samlede fagligheder bedst anvendes på tværs af kommuner, region og almen praksis til gavn for borgerne.	SSU og flere høringsparter (bl.a. Fredensborg Kommune, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) har også ønsket et stærkere fokus på fastholdelse og rekruttering samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. Administrationen foreslår tilføjelser i indledningen og i afsnittet om rekruttering og fælles kompetenceudvikling. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 2 og 6.
		Fokusområder – Generelt Kommunen ser gerne, at lighed i sundhed også adresseres tydeligere i de enkelte fokusområder. Det gælder ikke mindst i forhold til de borgere, som møder flest barrierer i adgangen til sundhedsvæsenet eller i muligheden for at gøre brug af sundhedsydelser, herunder på grund af fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsættelse og borgere, der er særligt udsatte på grund af sociale problemer, rusmiddelbrug mv. Det er relevant med en særlig opmærksomhed på disse målgrupper både i arbejdet med børn og unges sundhed, borgere med psykiske lidelser, ældre og borgere med kronisk sygdom. Kommunen anerkender, at forebyggelse er skrevet frem i udkastet, men finder det væsentligt, at dette fokus integreres i og udfoldes under alle tre fokusområder med opmærksomhed på, at forebyggelse og sundhedsfremme i dag drives og løftes i kommunerne. Det er i den forbindelse vigtigt at tydeliggøre, hvad der menes med forebyggelse og i hvilket regi, da udtrykket bruges om forskellige typer indsatser i de forskellige sektorer og forvaltningsområder.	Andre høringsparter (bl.a. Frederiksberg Kommune) har også tilkendegivet ønske om styrket fokus på socialt udsatte. Administrationen foreslår en tilføjelse i det indledende afsnit om fokusområderne. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 8. -



	<u>Fokusområde – Sammen om børn og unges sundhed</u> I oplægget fokuseres på løsninger i form af tidlige indsatser til børn, der udviser tegn på mistrivsel. I den forbindelse bemærker Københavns Kommune, at det bl.a. kan omfatte samarbejde og snitflader ift. etablering af de lettilgængelige tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse, som er en del af Aftale om en 10-års-plan for psykiatrien og mental sundhed (september 2022), og som må forventes at få betydning for såvel kommuner, børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis. I forhold til fokus på forebyggelse nævnt ovenfor har dette også betydning for brugen af ressourcer i kommunerne. Københavns Kommune sigter efter, at PPR på børne- og ungeområdet fremadrettet kan prioritere mere tid til det generelle forebyggende arbejde og til arbejde med trivsel i det brede børnefællesskab. For at arbejde forebyggende på børne- og ungeområdet er der således behov for en fælles forståelse blandt parterne i sundhedsaftalen om, at der udover tid til individuelle udredninger og forløb også skal være tid til fokus på det forebyggende arbejde i bredere børnefællesskaber, herunder i klassefællesskaber, hos PPR. En forståelse for de forskellige aktørers roller kan også siges at bidrage til en effektiv ressourceudnyttelse på sigt, jf. principper for samarbejdet.	-
	<u>Fokusområde – Sammen om borgere med psykisk sygdom</u> I oplægget kan der med fordel indarbejdes et fokus på forebyggelse, herunder et styrket samarbejde på tværs af sektorer i forhold til opsporing af voksne i særlig risiko for mental mistrivsel, herunder pårørende og borgere med kronisk sygdom. Borgere med psykisk sygdom og samtidigt rusmiddelbrug er en særligt sårbar målgruppe, og med det forestående arbejde med et samlet regionalt tilbud til mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug foreslår Københavns Kommune, at det afspejles i den første målsætning. Fx "Alle borgere med psykisk sygdom oplever sammenhæng i behandlings- og udskrivningsforløb, herunder borgere med psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelbrug." I forlængelse heraf foreslår Københavns Kommune, at ordet "misbrug" erstattes af "rusmiddelbrug". I Københavns Kommune bruges denne term i rusmiddelbehandlingen, da den er mindre stigmatiserende og mere borgercentreret.	- Administrationen foreslår, at ordet misbrug ændres til rusmiddelbrug. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 9.



		Derudover kan det med fordel tydeliggøres, at fokusområdet ikke alene gælder borgere med psykisk sygdom som sådan, men også borgere med andre psykiatriske diagnoser med fx kognitiv og psykisk funktionsnedsættelse, som har kontakt med både kommune, regional psykiatri og almen praksis. Endelig mener Københavns Kommune, at det med fordel kan fremgå, at målsætningerne også gælder børn og unge med psykisk sygdom.	-
		Fokusområde – Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom I lyset af det stigende antal ældre og borgere med kronisk sygdom vil det her være væsentligt også at fremhæve en styrket forebyggelsesindsats målrettet disse borgergrupper med henblik på at mindske såvel omkostningerne for den enkelte som for sundhedsvæsenet. Københavns Kommune bemærker desuden, at man med fordel kan adressere de særlige behov, der gælder borgere med kronisk sygdom og fx fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsættelse eller social udsathed i forhold til at opleve en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker. Tilsvarende gælder det, at også socialt udsatte borgere med fx hjemløshed og rusmiddelbrug lever længere og f�r flere aldersrelaterede helbredsproblemer oveni deres komplekse udsathedsproblemer.	Andre høringsparter (bl.a. Frederiksberg Kommune) har også tilkendegivet ønske om styrket fokus på socialt udsatte. Administrationen foreslår tilføjelse herom i det indledende afsnit om fokusområderne. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 8.
25	Lyngby – Taarbæk Kommune	Generelle bemærkninger: -	-
26	Rudersdal Kommune	Generelle bemærkninger: [Se høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
27	Rødovre Kommune	Generelle bemærkninger: [Se høringssvar fra kommunerne i Klynge Midt]	-
28	Tårnby Kommune	Generelle bemærkninger: =	-



29	Vallensbæk Kommune	Generelle bemærkninger: -	-
30	Kommunerne i sundhedsklyng e Midt	Generelle bemærkninger: Kommunerne i Sundhedsklynge Midt mener overordnet, at der er tale om en fornuftig aftale med mange konkrete problemstillinger, som aftalens parter skal arbejde målrettet med for at lykkes. Kommunen bifalder, at Sundhedsaftale 2024-2027 bygger videre på tidligere aftaler og samtidig udvikler samarbejdet i de to sektorer i forhold til de krav, der er fra borgere, den økonomiske virkelighed vi står i, rekrutteringsudfordringerne her og nu, men også på sigt, samt den teknologiske udvikling, som både bidrager til nye muligheder, men som også medfører en større kompleksitet.	-
		Vision: Sammen om sundhed Sundhedsaftalens parter har en fælles opgave med at skabe et sundhedsvæsen, hvor sammenhæng, høj faglig kvalitet og nærhed er i fokus. Det fordrer dog, at parterne sammen ser på, hvor opgaverne mest hensigtsmæssigt løses. Eksempelvis giver det ved helt særlige behandlingsformer bedst mening, at borgeren er i et regionalt tilbud, mens det omvendt kan være mest hensigtsmæssigt, at opgaver med en større volumen løses i kommunerne. Med udviklingen i det borgernære sundhedsvæsen er det særligt vigtig at se på de kommunale midlertidige pladsers rammebetingelser og opgaveløsning. Det fælles populationsansvar kræver således, at parterne ser helhedsorienteret på, hvor det giver bedst mening, fagligt og økonomisk, at løse de enkelte opgaver. I forlængelse heraf er det afgørende, at økonomi og midler fordeles i overensstemmelse hermed.	-
		Vision: Styrket sammenhæng i borgerens forløb Hvis det skal være tydeligt for borgerne/de pårørende, hvordan de skal bevæge sig i sundhedssystemet – eksempelvis ved overgange – er det nødvendigt i forbindelse med borgers behandling at få afklaret, hvem der fremadrettet har behandlingsansvaret. Det er særligt kroniske syge borgere, som har flere lidelser, der er udfordret efter udskrivning. Eksempelvis er der ikke én behandlingsansvarlig læge, men flere afhængigt af den kroniske lidelse. Dette kan både være udfordrende for borgerne/de pårørende, men også for medarbejdere i kommunerne, når de har behov for at komme i kontakt med borgerens behandlingsansvarlige læge. Således er det centralt, at der er en tydelig afklaring af behandlingsansvar mellem aftaleparterne.	-



		<u>Princip: Samme høje kvalitet</u> Kommunerne i Sundhedsklynge Midt bifalder, at sundhedsaftalen anerkender, at der er behov for fælles retning i regionen, men at der samtidig også er behov for lokale løsninger, da der kan være forskelle i muligheder og udfordringer i sundhedsklyngerne. Det giver grobund for et samarbejde i de enkelte sundhedsklynger, som tager afsæt i klyngens lokale udfordringer. Samtidig er det væsentligt, at der er et kontinuerligt fokus i samarbejdet på, at behov og udfordringer kan ændre sig i forhold til de opgaver, der skal løses tværsektorielt. Derfor er det centralt, at aftalen har en dynamisk tilgang.	-
		<u>Fokusområder – Generelt</u> Kommunerne foreslår, at der ud over henvisningen til Sundhedsprofilen også henvises til 'De otte nationale mål for sundhedsvæsenet' som argument vedr. behovet for et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde.	-
		<u>Fokusområde – Ældre og borgere med kronisk sygdom</u> Et styrket samarbejde om palliative forløb kan med fordel betones, herunder en øget prioritering af de udgående palliative funktioner fra hospitalet.	
		<u>Opfølgning</u> Kommunerne foreslår også at inddrage data fra sundhedsplejen – Databasen Børns sundhed i opfølgning på og monitorering af indsatserne. Link til databasen: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed	-
		<u>Øvrige bemærkninger</u> Kommunerne ønsker en betoning af at tænke civilsamfundets aktører mere strategisk og målrettet ind i forhold til eksempelvis træningsmuligheder til kronisk syge. Det handler både om den kommunale opgave i at sikre fællesskabsorienterede træningsfaciliteter, men også et ønske om, at privatpraktiserende læger (og andre henvisende læger) har opmærksomhed på at indtænke relevante tilbud i civilsamfundet.	Andre høringsparter (bl.a. Københavns Kommune) fremhæver også ønske om fokus på samarbejde med civilsamfund. Administrationen foreslår tilføjelse herom i afsnittet "Rammen for vores sundhedsaftale". Se forslag til Sundhedsaftale 2024–2027 s. 3.





	Patientinddragelses udvalget	<u>Generelle bemærkninger</u> PIU ser overordnet mange positive forslag til sundhedsaftalen for perioden 2024-2027, men der er også enkelte væsentlige mangler. Sundhedsaftale er af meget overordnet karakter. Der skal danne rammen for løbende konkrete muligheder for udfoldelse og implementering af aftalen hen over de fire år, som aftalen dækker. PIU kan være bekymret for, om denne meget overordnede sundhedsaftale uden konkrete mål er tilstrækkelig. PIU anbefaler, at der i aftalen indsættes noget om forpligtelse til at udarbejde forløbs-programmer for de store folkesygdomme og andre sygdomme/tilstande med stort pres på det tværsektorielle sundhedsvæsen. PIU havde endvidere gerne set, at aftalen var mere konkret i forhold til, hvordan Klyngerne skal sikre forebyggelse, lighed, sammenhæng og kvalitet i klyngesamarbejdet for patienter/pårørende omfattet af fokusområderne PIU understreger at Populationsansvar er mere end at samarbejde om sygdom. Det handler om at synliggøre, drøfte og handle i forhold til en given befolkningsgruppe – f.eks. gruppen af børn og unge, voksne på arbejdsmarkedet og ældrebefolkningen. Både forebyggelse, genoptræning/rehabilitering/habilitering og pleje skal også tages i betragtning – ikke mindst når man i stigende grad forskyder funktioner fra sygehusvæsenet ud i kommunerne. Populationsansvaret skal tage hensyn til hvilke sundhedsudfordringer, der er i de forskellige klynger. PIU påpeger, at det at	- - - - - -
--	--	---	---



	blive ældre ikke er en diagnose, som medtages i det statistiske materiale. PIU anbefaler derfor, at ældreplejen indtænkes i populationsansvaret. PIU efterlyser, at Klyngerne i højere grad også skal inddrage andre metoder fx Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS). VIVE har udviklet en webbaseret beregner (BIS), der kan udregne det økonomiske potentiale ved indsatser for en række patientgrupper. BIS indeholder data fra sundheds- og arbejdsmarkedsområdet og kan både regne på de offentlige kassers gevinst ved indsatser rettet mod patienter og mod forældre, der får flere arbejdsdage som følge af mindre sygdom hos deres børn.¹ Modellen medtager også livskvalitet for borgeren i beregningerne. Dissemineret Sclerose nævnes som eksempel på diagnosegruppe der vil blive omfattet ibis. Endvidere anføres, at SST har maj 2023 via KKR udsendt "Anbefalinger til tværsektorielle forløb for mennesker med Sclerose" til udvalgene i regionerne, der arbejder med sundhedsaftalerne. Intentionen er at de skal huske denne gruppe i sundhedsaftalerne. PIU vil opfordre Sundhedssamarbejdsudvalget, Tværsektoriel strategisk Styregruppe og klyngerne til generelt at samarbejde med borgere, pårørende og frivillige i den videre udvikling af Sundhedsaftalen, herunder revidering og evaluering. PIU ser sig her som en oplagt og vigtigt central aktør, og stiller sig gerne til rådighed.	-
	Indledning PIU påpeger, at der ikke alene er social skævhed i at blive ramt af sygdom og konsekvenser heraf. Borgerne bliver også under forløbet ramt af et sundheds- og socialsystem, som kan øge denne ulighed.	-



		<u>Rammen for vores sundhedsaftale</u> PIU påpeger, at der i den nye samarbejdsstruktur i Faglige Klynger reelt er tale om 4 ligeværdige parter, der samarbejder om opgaveløsningen: kommune, hospital, almen praksis og organisatoriske patient-/pårørenderepræsentanter. Og at dette vil kræve en bevidst kulturændring for at lykkes.	-
		<u>Vores visioner – Sammen om Sundhed</u> <i>Generelle kommentarer</i> PIU er enig i Sundhedsaftalens visioner og principper, men så gerne, at Sundhedsaftalen i højere grad dannede rammen for og satte konkrete mål for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling. Eksempelvis med målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering og særligt i forbindelse med sektorovergange. PIU ønsker, at det tilføjes at borgernes perspektiv altid skal inddrages. <i>Bedre brug af ressourcerne</i> PIU undrer sig over, at der intet sted nævnes noget om prioritering af indsatser eller arbejde for at undgå spild og/eller fejlbehandling. Ligeledes ser PIU gerne, at der også i disse afsnit indskrives noget om alle niveauer af forebyggelse. På samme måde som professionelle skal spille hinanden gode, bør de professionelle også i høj grad spille patienter/pårørende gode i det ligeværdige samarbejde/partnerskab. PIU vil også henlede opmærksomheden på tab af borgernes ressourcer i form af f.eks. løntab, afskedigelse pga. unødigt mange sygedage, eller skader pga. UTH, transporttid og udgifter til unødige undersøgelser/behandlinger, ventetid, usikkerhed, magtesløshed etc.	-
		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Samme høje kvalitet</i> PIU er bekymret over, hvordan det beskrevne rum til udvikling af lokale løsninger vil påvirke lighed i sundhed negativt, udfordre borgernes retfærdighedssans eller kravs-opfattelse, når det bliver kommunernes kvalitetsstandarder, der sætter barren lavt. PIU er ligeledes bekymret over, hvorvidt sundhedsklyngerne i sig selv sammen med sundhedshedssamarbejdsudvalget kan sikre ensartet kvalitet, kompetencer og indsatser til at løfte alle fokusområderne. Vi er i en proces under pres på personaleressourcer og økonomi, hvor man er i	-



		gang med at rykke behandling ud i det nære sundhedsvæsen uden at kompetencer, ressourcer, lægefagligt ansvar og kvalitet er fulgt med. Samtidig med at der ikke er en national ramme for en national kvalitetsmonitorering og tilsyneladende ingen indsats for at udvikle en regional kvalitetsmonitorering. <i>Borgernes perspektiv</i> PIU anbefaler, at systemerne er mere opmærksomme på anvendelse af en patientnæstisk tilgang til patienter/pårørende, som også giver sig udtryk i sprogbruget. Fx når der er patientrettigheder på området, så har man ret til noget, og det skal ikke omtales som 'får lov til'. <i>Klar opgave- og ansvarsfordeling</i> PIU anbefaler, at det også er transparent for patient/pårørende/borgerne, især når nye løsninger implementeres og/eller opgaver flyttes mellem sektorerne, ligesom information til patient/pårørende/borgere skal være tydelig.	-
		Sundhedsaftalens fokusområder <i>Sammen om børn og unges sundhed</i> PIU ser gerne, at der også kommer fokus på initiativer og tiltag, der bredt fremmer støtte til børn af alvorligt syge forældre og at Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne sammen finder ensartede løsninger for de børn, hvor den ene/begge forældre er meget syg/-e. <i>Sammen om ældre borgere med kronisk sygdom</i> PIU savner, at man for de svageste patienter, som vurderes til at være ude af stand til selv at gennemføre et kompliceret behandlingsforløb, tilbyder en mentorordning, så der opnås mere lighed i sundhed. PIU anbefaler, at man indskrifter et fælles ansvar for tandsundhed hos ældre svage borgere.	-



		PIU anbefaler, at der er fokus på uddannelse og opkvalificering af medarbejderne i ældreomsorgen samt en indsats for at fastholde seniorer i job generelt i sundhedsvæsnen i regionen.	
27	Regionsældrerådet	Generelle bemærkninger: Der findes mange værdifulde elementer i den eksisterende aftale, som bør videreføres. Samtidigt finder Regionsældrerådet, at der er sendt et kraftigt signal fra Regering og Folketing om behovet for nytænkning på sundhedsområdet. Bl.a. ved at etablere en sundhedsstrukturkommission, herunder fremsætte forslag til ændret sundhedslov marts 2023. Et politisk aftaledokument bør efter vor opfattelse have såvel en vision som en strategi. Det foreliggende høringsudkast mangler i høj grad strategiske komponenter, som kan anvendes ved gennemførelse af visionerne. Derfor finder regionsældrerådet det væsentligt, at dokumentet suppleres med ekspliciterede, overordnede "handlings-spinde". Sådanne "handlingspinde", sætninger, er desuden erfaringsmæssigt væsentlige, når politikere stiller spørgsmålet. Har vi nået vores aftalte mål	-



	<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> <i>�ldre og borgere med kronisk sygdom</i> Sammenhængende forløbsprogrammer for de store folkesygdomme. Kr�ftpakkerne er eksempler på sammenhængende forløbsprogrammer, som er indarbejdet og velkendt af de professionelle i sundhedsvæsenet. Der mangler fx for slidgigt og fald samt multikroniker. Følgende tekst foreslås tilføjet: <i>Vi vil sikre udvikling af og revision og implementering af forløbsprogrammer for de store somatiske og psykiatriske folkesygdomme.</i> <i>Vi vil styrke befolkningens sundhedskompetence og bidrage til videreudvikling af den organisatoriske sundhedskompetence.</i> Forslag om forklaring af begrebet fx i tekstb�kse. Forebyggende handlingsprogrammer Tidlig forebyggende indsats er væsentlig for at forhindre sygdom i at opstå. Her mangler generelt aftalte handlingsprogrammer for samspil region, kommune, almen lægepraksis. Vi ved fra sundhedsprofilerne, at der i forhold til at opnå god sundhed i befolkningen er store mangler i forhold til de såkaldte KRAMS-faktorer, Kost, Rygning, Alkohol, Motion, Stress. Selv om sundhedsloven vidtgående henlægger forebyggelse til kommunerne, er der behov for bedre samordning af indsats, bl.a. til implementering af Sundhedsstyrelsens såkaldte forebyggelsespakker. Med ændret sundhedslov 2023 forpligtes kommunerne til patientrettet forebyggelse. Følgende tekst foreslås tilføjet: <i>Vi vil bidrage til udvikling og implementering af forebyggende handlingsprogrammer for risikofaktorer bag somatisk og psykiatrisk sygdom, bl.a. KRAMS faktorerne (evt. som nyt fokusområde).</i> Forslag til tekst, f.eks. som nyt fokusområde: 8. Vi vil sikre involvering af brugere/patientinteresser i udviklingsprocesser og relevante organisationer på området.	-
--	---	---



	<u>Øvrige bemærkninger</u> Følgende tekst foreslås tilføjet: Vi vil i aftaleperioden sikre gennemførelse af forslag fra den i 2023 nedsatte sundhedsstrukturkommission, herunder implementere ændringer af sundhedsloven. Regionsældrerådet opfordrer til at der sikres dialog og erfaringsudveksling mellem regionens sundhedsklynger. Forslag til tekst, f.eks. som nyt fokusområde: <i>Vi til sikre dialog og erfaringsudveksling mellem regionens sundhedsklynger.</i> Udvikling og omstilling forudsætter vilje til forsøg, praktisk, økonomisk. Derfor bør det ekspliciteres i en sundhedsaftale, at man ser positivt på sådanne indsatser, der ofte vil skulle gå på tværs af den samlede organisation af sundhedsvæsenet. Forslag til tekst, f.eks. under fokusområder: <i>Vi vil stimulere og støtte forsøgs- og udviklingsarbejde.</i>	- - -
--	--	---------------------



	Region Hovedstaden (Udvalget for Det Nære og Sammenhængende sundhedsvæsen på vegne af Region Hovedstaden)	<u>Generelle bemærkninger</u> Region Hovedstaden finder, at udkastet til Sundhedsaftalen 2024-2027 udgør et godt fundament for en videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde om sundhed til gavn for borgene i Region Hovedstaden. Særligt positivt er det, at det fælles populationsansvar nu er indskrevet som en rammesættende overligger for hele aftalen. Regionen hæfter sig også ved, at samarbejdet om forebyggelse er skrevet frem under aftalens tre fokusområder: Sammen om børn og unge, Sammen om borgere med psykisk sygdom, Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom. Et tæt samarbejde om forebyggelse kan have afgørende betydning for den enkelte borgere og er helt nødvendigt, hvis parterne skal kunne håndtere de store udfordringer, som det samlede sundhedsvæsen står over for. Der ses derfor frem til et tæt og bredt samarbejde om forebyggelse, så region, kommuner og almen får et stærkt samarbejde både om indsatser, der kan forebygge sygdomsforværring og om indsatser, der understøtter den generelle sundhedstilstand blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det bemærkes, at regionen oplever, at gode resultater fra det tværsektorielle samarbejde om sundhed ikke altid får den opmærksomhed, som de fortjener. Samtidig ses begrænset kendskab til hinandens tilbud og tværsektorielle samarbejdsaftaler ofte som væsentlige barrierer for sammenhæng i borgernes forløb. Udvalget vil derfor opfordre til, at der i det videre arbejde med sundhedsaftalen sikres et stort fokus på kommunikation og andre former for implementeringsunderstøttende aktiviteter	- - - - - -
--	---	---	---



		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bemærker også, at udfordringer i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale har fokus i aftaleudkastet. Det er vigtigt, da udfordringerne gælder for alle dele af sundhedsvæsenet, og løsninger derfor må udvikles i fællesskab mellem region, kommuner og praksisområdet.	-
	Diabetes Foreningen	<u>Generelle bemærkninger</u> Sundhedsaftalen indeholder mange gode visioner og principper, som Diabetes Foreningen ser frem til, bliver omsat til handling.	-
		<u>Vores visioner – Sammen om sundhed</u> <i>Tættere samspil med borgene</i> Diabetesforeningen er glade for, at Sundhedssamarbejdsudvalget har en vision om et tættere samspil med borgerne. I forlængelse af denne vision vil foreningen opfordre til, at borgere og patienter også inddrages i udviklingen af de konkrete målsætninger, aktiviteter og indsatser, som sundhedsaftalen sætter rammerne for.	-
		<u>Fokusområder</u> <u>Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</u> Et af de steder, hvor der er manglende sammenhæng på diabetesområdet, er ift. henvisning til patientuddannelse. Foreningen anerkender, at kommunerne har forskellige forudsætninger for at løse opgaverne - eksempelvis kan mindre kommuner have vanskeligere ved at skaffe de rette specialiserede kompetencer, som er relevante og nødvendige for at sikre høj kvalitet og effekt i patientrettet forebyggelse til en bred målgruppe af diagnoser. Derfor anbefales, at kommunerne afsøger muligheder for at samarbejde - eksempelvis inden for sundhedsklyngerne – om at udbyde fælles patientrettet forebyggelse. Herudover opfordres til, at kommunerne i Region Hovedstaden kigger mod Syddanmark og patientuddannelsesstilbuddet <i>Lev livet med Type-2- diabetes</i>, udviklet af Steno Odense og 5 kommuner.	- - -



		Foreningen opfordrer til at sundhedssamarbejdsudvalget støtter op om implementeringen af behandlingsrådets anbefaling ift. sensorbaserede glykemålere og sikrer at alle borgere med type 1-diabetes i regionen får adgang til behandling af samme høje kvalitet og et opgør med postnummerlotteriet, i tråd med principperne fra sundhedsaftalen. <i>Sammen om borgere med psykisk sygdom</i> VIVE har i en litteraturgennemgang identificeret seks overordnede grupper, som er sårbare i forhold til diabetes, der blandt andet viser, at der er en forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes forbundet med psykisk sygdom. Hvis diabetes opspores i tide, kan mange følgesygdomme forebygges og udskydes. Derfor opfordrer foreningen til, at systematisk opsporing af kronisk sygdom tænkes ind i indsatser målrettet risikogruppen. Sundhedsstyrelsen har tidligere udarbejdet en række anbefalinger for målrettet opsporing af type 2-diabetes i kommunerne, som indsatserne kan læne sig op ad.	-
	Kræftens bekæmpelses Regionsudvalg for Region Hovedstaden	<u>Generelle bemærkninger</u> Regionsudvalget vil indledningsvis nævne, at udvalget bakker op om et fælles fokus på SSU. Og sundhedsklyngerne for at skabe fælles retning i samarbejdet med tværgående initiativer og muligheder. Regionsudvalget anerkender også vigtigheden af, at der er et begrænset antal fokusområder.	-
		<u>Vores Visioner – sammen om sundhed</u> <i>Mere lighed i sundhed</i> Ulighed i kræft er et alvorligt problem. Regionsudvalget støtter op om, at der også er behov for at finde differentierede muligheder. Regionsudvalget vil gerne bidrage til at fremme disse og indgår gerne i drøftelser og samarbejder i sundhedsklyngerne.	-
		<u>Vores fokusområder</u> <i>Ældre og borgere med kronisk sygdom</i> I Region Hovedstaden lever 63.000 borgere med senfølger efter kræft. Få ved, hvor de kan få hjælp, og de oplever at blive sendt frem og tilbage mellem den praktiserende læge og hospitalsafdelingen. Blandt andet fordi der blandt de sundhedsprofessionelle ikke er klart definerede rammer og ansvar for behandlingen af senfølger. Det er således regionsudvalgets forslag, at der i sundhedsaftalen sættes fokus på, at sundhedsklyngerne ser på de muligheder, der er på sygehusene og i kommunerne blandt de sundhedsprofessionelle for at tilrettelægge indsatsen for at afhjælpe generelle senfølger. I	-



		den sammenhæng b�r samarbejdet med specialafdelinger, almen praksis og kommunerne beskrives, fx i en task force. Regionsudvalget mener derfor også, at regionen skal sikre en tydeligere indgang for patienter til hjælp til senfølger, fx ved at etablere senf�lgekl�nikker, og afsætte ressourcer til at beskrive behovet og behandlingsmulighederne samt den organisatoriske tilrettelæggelse af indsatsen for at afhjælpe generelle senfølger. <i>Sammen om børn og unges sundhed</i> Region Hovedstaden har været 'first mover' på projektet Børn som pårørende. Den foreløbige evaluering af pilotprojektet peger på bedre og hyppigere kommunikation om og med børnene og deres familier. Regionsudvalget har noteret sig, at det fremgår af sundhedsaftalen, <i>at alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, f�r den rette hjælp i tide. Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidligere forebyggelsesindsatser.</i> Børn som pårørende-projektet er ikke kr�ftspecifikt, men favner derimod somatikken bredt. Regionsudvalget ser gerne, at Børn som pårørende bliver et tiltag som Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne sammen kan finde ensartede løsninger på inden for hele regionen. I den sammenhæng vil Kræftens Bekæmpelse gerne finansiere en undersøgelse af brugerperspektivet.	-
	Radiograf Rådet	<u>Generelle bemærkninger</u> Radiograf Rådet kvitterer for at man tilstræber fleksible løsninger og differentierede tilbud der er tilpasset den enkeltes borgers behov. Dette fordrer dog at borgeren er i stand til at vurdere behandlingens effekt og bivirkninger. Der må derfor stilles markant højere krav til informanten, der skal kommunikere til borgeren og indhente det nødvendige samtykke for at den sundhedsprofessionelle kan starte eller fortsætte behandlingen uden, at borgeren oplever det som et overgreb.	-



		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> Sundhedssektoren er en sektor, hvor der sker store teknologiske udviklinger, som der derfor kræver et stort behov for kompetenceudvikling og efteruddannelse blandt sundhedsprofessionelle. Rådet mener derfor, det er meget vigtigt, at personalet får dette stillet til rådighed. <i>Sammenhængskraft</i> Rådet savner i høj grad at Region Hovedstaden kommer med mere konkrete bud på hvordan man vil løse udfordringen med sammenhæng i indsatsen helt ude fra borgerens eget hjem og ind på hospitalerne.	- -
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> <i>Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</i> Ældre og borgere med kroniske sygdomme i stor risiko for at blive indlagt eller genindlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem tidligere indsatser og mere koordinerede forløb. Derfor er det vigtigt at forløbet er målrettet og det gøres ikke uden præcis diagnostik og som oftest billeddiagnostik.	-
	Dansk Psykolog forening	<u>Generelle bemærkninger</u> Dansk Psykolog Forening ser positivt på sundhedsaftalens visioner og principper, herunder mere lighed i sundhed, mere borgerinddragelse, et helhedssyn og en bedre sammenhængskraft på tværs af region, kommuner og almen praksis. Prioriteringen i fokusområder er foreningen også positivt indstillede overfor. Det bemærkes, at psykiatrien og PPR i kommunerne har brug for et kapacitetsløft, hvis sundhedsaftalens visioner og principper skal realiseres. Udfordringer med udviklingen i antal borgere med psykiske problemstillinger og sårbarheder samt øvrige demografiske tendenser er adresseret i sundhedsaftalen, men løsninger er fraværende. Dansk Psykolog Forening vil gøre opmærksom på, at en styrket indsats for sårbare patienter på det somatiske område, herunder sårbare gravide kræver, at der er tilstrækkeligt personale ansat,	- -



		herunder psykologer til at skabe en helhedsorienteret indsats under graviditet, fødsel og for nye sårbare forældre. Det anbefales at ambitionen om helhedssyn afspejles i indsatsområderne, herunder at nonfarmakologisk og farmakologisk behandling sidestilles i afsnittet om styrkede indsatser til borgere med psykisk sygdom.	-
		Introduktion Der er behov for en generel ressource tilførsel i både psykiatrien og PPR, hvis vi skal tilbyde både hurtigere og bedre hjælp til borgere som mistrives eller som udvikler en psykisk lidelse. Dansk Psykolog Forening foreslår, at der investeres i det forebyggende område i PPR, at psykiatrien f�r et kapacitetsløft, der modsvarer udviklingen i antallet af borgere med psykiske udfordringer, og at der indføres psykologbehandling efter behov, så den praktiserende læge skal have mulighed for at henvise på baggrund af et vurderet behov for psykologhjælp.	-
		Sundhedsaftalens fokusområder <i>Sammen om børn og unges sundhed</i> Dansk Psykolog forening bemærker at foreningen har sendt høringssvar på regionens fødeplan, hvor foreningen har påpeget, at der har været personalenedskæringer på de somatiske afsnit, som de facto betyder færre psykologfaglige kompetencer til at sikre en helhedsorienteret behandling og til at forebygge og behandle denne patientgruppe, både under graviditet, fødsel og som nye forældre. Sundhedsplanen bør derfor anvise, hvordan bemanningen genoprettes og om der er taget højde for at realisering af sundhedsaftalens ambitioner vil kræve et ressource løft.	-
	Kredsbestyrelsen for apotekerne i Region Hovedstaden	Generelle bemærkninger Kredsbestyrelsen støtter fuldt ud op om ønske om at tilrettelægge opgaveløsningen til gavn for borgerne og efter princippet om effektiv ressourceudnyttelse. Det er vigtigt at nedbryde traditionelle sektor- og faggr�nsere og tænke mere tværsektorielt for at opnå en mere effektiv ressourceudnyttelse.	-

43



		sygdomme. Det samme gælder for apotekets ydelse Tjek på Inhalation, som er målrettet patienter med astma eller KOL. Kredsbestyrelsen ønsker, at regionen fortsætter det gode samarbejde, der blev etableret i 2022 med apotekerne i Region Hovedstaden således, at både apotek og region kan planlægge vaccinationsindsatsen inden for forudsigelige rammer.	
	Udsatterådet i Region Hovedstaden	Generelle bemærkninger Udsatterådet bifalder, at der i aftalen er fokus på både lighed i sundhed og sammenhæng i forløbene for borgere med flere sygdomme eller problemstillinger. Rådet ser også med tilfredshed, at aftalen omfatter tættere samspil med borgerne og vægtning af borgerens perspektiv. Den kommende Sundhedsaftale er meget overordnet formuleret, og det er vanskeligt at vurdere, hvilke konkrete initiativer den vil munde ud i, og hvad effekten af disse vil være. Udsatterådet anbefaler i denne sammenhæng, at sundhedsaftalen eksplicit udtrykker et mål om særskilt at involvere mennesker i udsathed i udviklingen af nye indsatser og sundhedstiltag. Udsatterådet bifalder desuden, at aftalen fokuserer på kompetenceudvikling. Her ser rådet gerne, at udsatte-kompetencer fremhæves som en vigtig nøgle til at sikre lighed i sundhed. Når det handler om psykisk sygdom, bifalder Udsatterådet, at Sundhedsaftalen tydeligt adresser samtidig rusmiddelforbrug og psykisk sygdom, ligesom det glæder rådet med fokus på sammenhæng i behandlingen. Derudover opfordrer rådet til, at der løbende igennem det videre arbejde med konkretisering af den kommende Sundhedsaftale sikres involvering af Udsatterådet og andre relevante aktører, ligesom rådet opfordrer til, at der løbende igennem den fremadrettede proces kommunikeres til rådet og andre relevante aktører om arbejdet med Sundhedsaftalen.	Det bemærkes, at andre høringsparter (bl.a. Frederiksberg og Københavns Kommune også har ønsket et stærkere fokus på udsatte borgere. Administrationen foreslår en tilføjelse herom i det indledende afsnit om fokusområderne. Se forslag til Sundhedsaftale 2024 - 2027 s. 8.
		Sundhedsaftalens fokusområder <i>Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</i> Udsatterådet finder det positivt, at aftalen omfatter tryk behandling for �ldre. Dog savner Udsatterådet et fokus på de særlige problemstillinger som ældre i udsathed oplever, herunder i sammenhængen med den kommunale hjælp. Rådet anbefaler, at der i forbindelse med konkretisering	-



		af aftalen indgås forpligtende samarbejder i fx sundhedsklyngerne om konkrete forbedringer for socialt udsatte mennesker.	
	Region Hovedstadens Psykiatri	<u>Generelle bemærkninger</u> Region Hovedstadens Psykiatri mener overordnet, at udkast til sundhedsaftale 2024-2027 skaber en solid ramme for det tværsektorielle samarbejde. Region Hovedstadens Psykiatri bakker op om, at der bygges videre på den struktur, der er etableret i den gældende sundhedsaftale med visioner og fokusområder, der giver et godt afsæt for det videre tværsektorielle samarbejde.	-
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> <i>Sammen om borgere med psykisk sygdom</i> Det bemærkes, at børn og unge indgår i sundhedsaftalen med et fokus på børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel. Dette er positivt, men der er behov for et mere nuanceret fokus på børn og unge, hvor der bør skelnes mellem mental mistrivsel og psykisk sygdom. Det bemærkes desuden, at arbejdet med at konkretisere sundhedsaftalens målsætninger bør tænkes sammen med det arbejde, der skal foregå i regi af 10-årsplanen, herunder etablering af et lettilgængeligt tilbud til børn og unge i mistrivsel.	
		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Borgernes perspektiv</i> Region Hovedstadens Psykiatri bakker op om dette princip, men gør opmærksom på, at det kan være vanskeligt at arbejde med i praksis – særligt på børne- og ungeområdet, hvor der er tale om forældre, der både skal passe et arbejde samtidig med, at de står i en meget presset familiesituation, når et eller flere børn har brug for særlig støtte.	-
	Lægeforeningen Hovedstaden	<u>Generelle bemærkninger:</u> Lægeforeningen Hovedstaden støtter udkastet til sundhedsaftalen for 2024-2027 og mener, at udkastets fokus på hhv. regionens svageste borgere og det nære sammenhæng er både velvalgt og vigtigt.	-



	Lægeforeningen mener videre, at sundhedsaftalen i højere grad burde adressere og anerkende, at det samlede sundhedsvæsen i regionen er presset af bl.a. travlhed og på medarbejdertrivsel og økonomien. Det betyder bl.a., at rekruttering og fastholdelse vanskeliggøres betragteligt.	SSU og flere høringsparter (bl.a. Fredensborg Kommune, Københavns Kommune, og Dansk Sygeplejeråd) har også ønsket et stærkere fokus på fastholdelse og rekruttering samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet.
	Af samme grund, er foreningen positivt stemte overfor sundhedsaftalens afsnit på side 10 om tidlig forebyggelse af indlæggelse. Lægeforeningen ser gerne, at regionens tidligere pilotprojekt om øget brug af kørende læger fra 1813 genetableres for at mindske presset på hospitalernes akutmodtagelser.	-
	Overordnet ønsker vi, at problematikken med svage borgere og patienter nævnes meget tidligt i sundhedsaftalen. Når der er udfordringer i samarbejdet mellem parterne, er det denne gruppe der rammes hårdest, hvorfor det er vigtigt at gruppen er i fokus. Af samme grund bør det i sundhedsaftalen nævnes, at psykisk sygdom nogle gange kan bedres når kommunale tilbud er optimeret.	-
	Udkastet prioriterer overordnet hhv. forebyggelse, et samarbejdende sundhedsvæsen og bedre brug af medarbejderressourcerne – tre prioriteter, som Lægeforeningen bakker op om. Lægeforeningen har for nyligt udgivet to analyser, der undersøger hhv., hvordan konkrete digitale løsninger kan aflaste	-



		sundhedspersonale, og hvilken effekt forskellige nationale og lokale forebyggelsesindsatser har. Analyserne kan være brugbare i det videre arbejde med sundhedsaftalen.	
		Vores visioner – Sammen om sundhed Foreningen er glade for, at regioner og kommuner åbner for at differentiere tilbuddene til borgerne (side 4). Det vil give sundhedspersonalet mulighed for at prioritere ressourcerne derhen, hvor der er mest behov for dem. Det er vores overbevisning, at denne mulighed vil hjælpe de svageste i regionen. Differentiering har dog også svagheder. Foreningen har forståelse for, at kommunerne har forskellige udgangspunkter, og derfor må benytte sig af forskellige metoder til at opnå målene sundhedsaftalens mål. Det er vigtigt, at personalet på hospitalerne har kendskab til – eller let kan finde ud af – hvad patienterne udskrives til af tilbud i de forskellige kommuner.	-
		Vores principper for samarbejdet <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> Lægeforeningen Hovedstaden er meget glade for udkastets fokus på efteruddannelse (side 6-7). Det bemærkes, at det kan være vanskeligt at nå at bruge deres efteruddannelsesdage p�ga. mangel på tid og ressourcer til at finansiere efteruddannelsesdagene. (Hos yngre læger og overlæger) Efteruddannelse er vigtig for, at regionens lægestand kan holdes ajour med de nyeste behandlings- og udredningsmetoder – og dermed sikre et tidssvarende sundhedssystem. Foreningen er meget glad for, at aftalen nævner medindflydelse, som værende et vigtigt parameter for at sikre attraktive arbejdspladser. Vi ved fra tidligere undersøgelser, at bl.a. manglende medindflydelse kan medvirke til, at lægefagligt personale søger væk fra regionale stillinger. Foreningen håber, at medinddragelse kommer til at ske systematisk og effektivt inden implementering af nye tiltag, organisationsændringer mv. Foreningen kunne ønske, at medarbejdernes viden og erfaringer blev skrevet tydeligere frem i sundhedsaftalen.	-
	Danske Fysioterapeuter	Generelle bemærkninger: Danske Fysioterapeuter vil gerne rose sundhedsaftalens fokusområder, hvor det fremgår, at særligt forebyggelsesindsatser på flere niveauer skal være et centralt omdrejningspunkt samt, at sundhedsaftalen skal bidrage til at ”sikre helhedssyn ved nye initiativer”.	-



	Dernæst også ros for at understrege vigtigheden af, at medarbejderne føler sig rustet og kompetente til de opgaver de skal løse i både primær og sekundær sektor. Det mener vi er helt afgørende for kvalitet, brugeroplevelse, fastholdelse og det psykiske arbejdsmiljø. Danske Fysioterapeuter synes det er en rigtig god ide, at regionen vil prioritere forebyggelse, ... "fordi sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser." Danske Fysioterapeuter er helt enige. Vi skal satse på forebyggelse for alle. Danske Fysioterapeuter er uforstående over for, at Region Hovedstaden i udkastet, til forskel fra de øvrige regioner, ikke har inkluderet indikatorer, som skal skabe sammenhæng mellem sundhedsaftalens visioner og pejlemærker til de nationale mål og overordnede lokale målsætninger. Danske Fysioterapeuter uforstående over for, hvorfor regionen ikke i arbejdet med Sundhedsaftalen 2024-2027, har inkluderet fysioterapeuter, hvis kernefaglighed bl.a. er forebyggelse. Danske Fysioterapeuter foreslår, at relevante faggrupper bliver en del af Region Hovedstadens sundhedsklynger, eller der oprettes et fast fora for samarbejdet med SSU og den samlede praksissektor, som har til opgave at bistå med at kvalificere sundhedsaftalen.	- - - -
	<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> Med sundhedsvæsenets udfordringer i forhold til at rekruttere og fastholde medarbejdere, er det ærgerligt, at udkastet ikke nævner den fysioterapeutiske praksissektor som samarbejdspartner i den forebyggende indsats. Ikke at involvere den fysioterapeutiske praksissektor er en tabt mulighed for at mindske ulighed i sundhed og samtidig bidrage til, at den forebyggende indsats kommer tættere på borgeren. Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at det i Region Hovedstadens Sundhedsaftale 2024-2027 tydeligt	- -



		fremgår, at man vil involvere fysioterapipraksissektoren ifm. planlægning og implementering af initiativer der skal fremme borgernes sundhed.	
		Sundhedsaftalens fokusområder <i>Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</i> Danske Fysioterapeuter foreslår, at følgende indikator til at måle rehabiliterings- og forebyggelsesindsatserne i regionen: Stigning i antal borgere, der henvises til og benytter kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Danske Fysioterapeuter vurderer, at man er nødt til at måle på hvor mange der egentlig benytter sig af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, hvis effekten skal måles. <i>Sammen om borgere med psykisk sygdom</i> Langvarig psykisk lidelse og indlæggelse ofte forbundet med funktionstab på grund af inaktivitet og uhensigtsm�essigt brug af kroppen. Mange mennesker med psykiske lidelser kan derfor have behov for genoptræningstilbud, som imødekommer de funktionsnedsættelser, som psykisk lidelse kan medføre. Der foreslås en indikator til at måle antal af genoptræningsplanerne til psykiatriske patienter i børne- og voksenpsykiatrien: Stigning i antal børn og voksne i psykiatrien, som udskrives med en genoptræningsplan. Med en indikator på genoptræningsplaner vil regionen i højere grad end tilfældet er i dag, kunne sikre borger deres ret til en genoptræningsplan.	- - -
	ældre sagen	Generelle bemærkninger: �ldre Sagen er enig i sundhedsaftalens visioner og principper, men så gerne, at sundhedsaftalen i højere grad dannede rammen for og satte konkrete mål for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling - eksempelvis med målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering og særligt i forbindelse med sektorovergange som fx udskrivning og samarbejde om behandling og pleje til ældre medicinske patienter eller mennesker med demens. �ldre Sagen kan være bekymret for, om den meget overordnede sundhedsaftale uden konkrete mål er tilstrækkelig for, at sundhedsklyngerne kan efterleve sundhedsaftalens vision.	- -



	Ældre Sagen havde gerne set, at aftalen var mere konkret i forhold til, hvordan klyngerne skal sikre lighed, sammenhæng og kvalitet i klyngesamarbejdet særligt for ældre patienter. Ældre Sagen mener, at der er behov for: 1) Yderligere fokus på mulighederne for fælles ledelse og økonomi mellem region og kommuner for fælles ældre patienter, herunder understøtte øget adgang til fælles data. 2) Ensartede krav til kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme på tværs af klyngerne. Ældre Sagen savner, at Sundhedsaftalen indeholder mål og tager stilling til: 1) Et fælles ansvar for tandhygiejne hos ældre svage borgere. 2) Mere uddannelse og opkvalificering af medarbejderne i ældreomsorgen. 3) En indsats for at fastholde seniorer i job generelt i sundhedsvæsenet i regionen. En plan på tværs af sundhedsvæsenets sektorer efterlyses. 4) At kommunernes midlertidige pladser ændres til akutpladser under sundhedsloven, så det ikke skal koste penge at være indlagt på en kommunal sengeplads i lighed med en hospitalssengeplads. 5) At der sættes mål og rammer for de kommunale akutpladser mht. bemanning, behandling og faciliteter. 6) At digitale løsninger udformes, så de tager hensyn til alle aldersgrupper og patienters brugarfærdigheder og ikke kun ses som intern ressourceoptimering. Ældre Sagen er bekymret for, hvorvidt sundhedsklyngerne i sig selv sammen med sundhedssamarbejdsudvalg kan sikre ensartet kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme og er i den sammenhæng bekymret for ulighed mellem sundhedsklyngerne. Ældre Sagen vil endvidere opfordre Sundhedskoordinationsudvalget til generelt at samarbejde med borgere, pårørende og frivillige i den videre udvikling af sundhedsaftalen, herunder revidering og evaluering. I Ældre Sagen er vi ligeledes parate til fremtidig dialog om sundhedsaftalen.	- - -
--	--	----------------------------



		Sundhedsaftalens fokusområder <i>Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</i> Ældre Sagen mener, at det er vigtige og relevante fokusområder, der er valgt i sundhedsaftalen, men at der i henhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med multisygdom bør beskrives, hvilket ansvar og opgaver de enkelte aktører har i forhold til mennesker med multisygdom, og at der udarbejdes standardiserede beskrivelser af samarbejdsgange for forløb, hvor flere aktører i hhv. region og kommune er inddraget. Ældre Sagen finder målsætningen om, at alle borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst meget vigtig som grundlæggende i en tid, hvor man er i gang med at rykke behandling ud i det nære sundhedsvæsen uden kompetencer, ressourcer, lægefagligt ansvar og kvalitet er fulgt med. Mange kommuner har ikke akutpladser, men andre former for midlertidige pladser, hvor selve opholdet ikke er omfattet af sundhedsloven, men af serviceloven. Der bør derfor stilles kvalitetskrav til behandling på midlertidige pladser samt til den kommunale sygepleje og andre sundhedsfaglige kommunale indsatser.	- - -
		Opfølgning Ældre Sagen finder det positivt, at det foreslås, at sundhedsaftalen skal tage udgangspunkt i indikatorer, som aftales i forbindelse igangsættelse af arbejde. Så længe der ikke er en national ramme for en national kvalitetsmonitorering, bør der inden for regionen laves nogle regionale kvalitetsindikatorer, som klyngerne kan arbejde efter udover LUP. Ældre Sagen ser derfor gerne, at sundhedsaftalerne også tager udgangspunkt i fx allerede kendte data for genindlæggelser og/eller forebyggelige indlæggelser målt for patienter fra akutfunktioner, omfang og brug af midlertidige kommunale pladser og akutpladser, genoptræningstilbud mv.	- -
		Øvrige bemærkninger Ældre Sagen foreslår, at der i regi af sundhedsaftalen laves konkrete aftaler om: 1) En forløbskoordinator, der tager den enkelte patient i hånden og sikrer et værdigt og sammenhængende forløb fra start til slut – på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommunale tilbud. 2) En individuel forløbsplan med tværfaglig og tværsektoriel planlægning af det samlede forløb omfattende udredning, behandling, rehabilitering og pleje.	-



		3) Opfølgende hjemmebesøg, hvor ex praktiserende læge og hjemmesygeplejerske umiddelbart efter udskrivning sikrer opfølgning i borgerens eget hjem – eller på akutplads. 4) Kommunale visitatorer på sygehusene, der allerede før udskrivningen vurderer behov og igangsætter indsatser for borgeren, når vedkommende udskrives. 5) Konkrete mål for den palliative indsats og samarbejde om den palliative indsats. 6) Konkrete mål for medicingennemgang og medicinafstemning - særligt med fokus på polyfarmacipatienter i overgange, eksempelvis udskrivelse fra hospital, samt oprydning i Det fælles medicinkort (FMK). 7) Udvikling af hhv. akutfunktioner i kommuner, midlertidige pladser, udgående funktioner og rådgivning fra hospitaler. 8) Inddragelse af patienten. Ældre Sagen ser overordnet behov for at sikre kvalitet, sammenhæng og fælles finansiering, tydeligt lægefagligt behandlingsansvar og ingen øget brugerbetaling. Dette bør adresseres i sundhedsaftalen.	
	Dansk Sygeplejeråd (Kreds Hovedstaden)	<u>Generelle bemærkninger</u> DSR noterer det overordnede mål om et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for borgerne, som Sygeplejerådet også tilslutter sig Sundhedsklyngerne er en god og rigtig organisering. Det skal dog sikres, at det ikke kun bliver en politisk og organisatorisk indsat. Der skal i disse klynger foregå faglige drøftelser og overvejelser; evt. ud fra reelle borgercases. Dertil er der behov for sundhedsfaglige repræsentation eller inputs, samt større gennemsigtighed i klyngernes proces og arbejdsplaner. Sygeplejefaglig ledelse af afgørende for det gode borgerforløb. DSR foreslår, at man anvender sygeplejerskernes kompetencer bedre gennem stærk faglig ledelse: 1. Gør det tydeligt for sygeplejerskerne, at deres bidrag til tværfagligheden er vurdering, observation, analyse og planlægning. 2. Brug principper for relationel koordinering i organiseringen og ledelse af ældreplejen; fokus på fælles mål, sprog, viden gensidig respekt samt en effektiv kommunikation blandt medarbejdere.	- - -



		3. Tilbyde kompetenceudvikling i: 1) Klinisk lederskab – Flere sygeplejersker bør have specialuddannelsen i borgernær sygepleje. 2) Systematiske metoder til borgersamarbejde og tværfagligt samarbejde. ”Vores sundhedsvæsen skal være tæt på borgerne med behandlingsmuligheder i borgernes nærmiljø.” (s. 2) DSR tilslutter sig målsætningen og g�r opmærksom på, at det er nødvendigt at styrke borgernes kompetencer til at håndtere egen sygdom, samt prioritering af ressourcer og personel, hvis det nære sundhedsvæsen i fremtiden skal løfte en større opgave med sundhedspleje, forebyggelse og rehabilitering. DSR Kreds Hovedstaden deltager gerne i de videre drøftelser omkring sundhedsaftalen for 2024-2027.	-
		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Klar opgave- og ansvarsfordeling</i> Begrebet ”Styrk det tværsektorielle samarbejde” skal dog i højere grad foldes ud til et mere konkret niveau og fokus på og tydelighed i snitfladerne mellem de forskellige fagligheder og sektorer er afgørende for en implementeringssucces, ligesom tydelige indgange samt effektive, samarbejdende kommunikationsredskaber er et imperativ. <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> DSR ser derfor med bekymring på den voksende udfordring med at fastholde og rekruttere kollegaer. Der er derfor brug for at sammentænke indsatsen omkring styrkelse af det patientnære behandlingsforløb med de aktuelle udfordringer med det tilg�engelige fagpersonel. DSR bemærker: 1) Fasthold nye medarbejdere gennem gode introduktions- og onboarding-programmer. Det forudsætter, at vi holder på erfarne sygeplejersker og styrker patientsikkerheden gennem bedre l�n og arbejdsvilkår, herunder adgang til kompetenceudvikling og seniorordninger. 2) Hvis vi skal fastholde personale, kræver det kompetenceudvikling, som g�r medarbejderen i stand til at løfte den tværgående opgave. Særligt i kommunerne skal der være ekstra fokus på tid og ressourcer til at udvikle medarbejdernes kompetencer til at pleje og behandle multisygge borgere. 3) Tid til kerneopgaven er en forudsætning for et godt arbejdsmiljø	Det bemærkes, at SSU og flere høringsparter (bl.a. Fredensborg Kommune, Københavns Kommune, og Lægeforeningen) også har ønsket et stærkere fokus på fastholdelse og rekruttering samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. Administrationen foreslår tilføjelser i indledningen og i afsnittet om rekruttering og fælles kompetenceudvikling. Se forslag til



		Udviklingen i sundhedsopgaverne skal følges af relevante uddannelses- og kompetencetilbud, når opgaverne eller rammerne for organiseringen af arbejdet ændres. De teknologiske løsninger kommer til at spille en stadig større rolle i fremtidens sundhedsvæsen. For at bruge deres potentiale optimalt er det afgørende at: styrke de sundhedsprofessionelles teknologiforståelse både i grunduddannelsen samt gennem efter- og videreuddannelse; inddrage sundhedsprofessionelle i teknologiudviklingen; og endelig at anvende modeller til at vurdere teknologier, inden der træffes beslutning om at indføre dem.	Sundhedsaftale 2024-2027 s. 2 og 6. -
		Sundhedsaftalens fokusområder DSR Kreds Hovedstaden finder aftalens 3 fokusområder meget væsentlige: 1) Afsnittet om børn og unges sundhed har fokus på forebyggelse. Kreds Hovedstadens holdning er, at forebyggelse er en klog investering. 2) For borgere med psykisk sygdom retter Kreds hovedstaden en særlig fokus på indsatser, der særligt understøtter borgere med dobbelt diagnoser og/eller somatisk sygdom. Disse borgere falder ofte gennem sikkerhedsnettet og passer ikke ind i patientforløbsbeskrivelser. 3) For den ældre borger og borgere med kronisk sygdom er der fokus på sammenhæng i overgange mellem sektorer, tidlige indsatser og mere koordinerede forløb. Her er sygeplejersker et vigtigt bindeled mellem fagprofessioner og har blik for det gode forløb.	-
	Jørgen Busch, Brugerrepræsentant i Faglig sundhedsklynge Nordsjælland	Sundhedsaftalens fokusområder Under fokusområderne: Somatik, kronikere og ældre, psykisk sygdom og børn og unge ønskes der tydeligere og klarere henvisninger til de kommunale sundhedsfremmende og sundhedsforebyggende indsatser. Og at der er 2-3 plejemærker for hvert fokusområde samt, at der peges på en ramme for ovennævnte forløbsprogrammer.	-
	Danske Bioanalytikere	Generelle bemærkninger Det glæder os, at regionen har fokus på et sammenhængende sundhedsvæsen med både et centralt og specialiseret niveau samt de nære sundhedstilbud.	-



		Danske Bioanalytikere mener, at bioanalytikeres kompetencer kan anvendes endnu bedre i alle faser af patientforløbet. Derfor arbejder Danske Bioanalytikere for, at bioanalytikeres rolle som diagnostisk samarbejdspartner styrkes i sygehusvæsnet og primærsektoren. Bioanalytikere kan med fordel stå for uddannelse af andre sundhedsprofessionelle og patienter i korrekt brug af analyseudstyret, samt i andre forhold, der kan påvirke resultatets pålidelighed. Derudover kan bioanalytikere rådgive om svartolkning og stå for løbende kvalitetssikring af udstyret. Almen praksis kommer til at spille en større rolle i kronikerindsatsen. Her kan bioanalytikere bidrage med deres kompetencer i kvalitetssikring, statistik og organisering til at optimere arbejdsgange og udvikle faglige instrukser. Ligeledes kan de bidrage til koordineringen af patientforløb og diagnostiske ydelser på tværs af sygehus, almen praksis, sundhedscentre og ældrepleje.	-
	Psykiatriciens fællesråd	<u>Generelle bemærkninger</u> Psykiatriciens fællesråd tilslutter sundhedsaftalen med afsæt i Patientindragelsesudvalgets (PIU) kommentarer.	-
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> <i>Sammen om borgere med psykisk sygdom</i> Psykiatriciens fællesråd foreslår at der bliver indsat til sætningen: "alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom og misbrug"	-



	Ergoterapeutforeningen Region øst	<u>Generelle bemærkninger</u> i Ergoterapeutforeningen Region Øst enige i at samfundsudviklingen stiller nye krav til dens måde, som kommuner, praksissektoren og regionen samarbejder på. Rehabilitering bør fylde mere og er desværre ikke nævnt i det nuværende udkast til sundhedsaftalen. I Ergoterapeutforeningen er vi glade for, at Sundhedsaftalen peger på, at brugerne skal repræsenteres i sundhedsklyngerne. Foreningen mener dog herudover, at det er vigtigt at sikre, at de faglige sundhedsklynger også har et udsnit af faglige stemmer og anbefaler derfor en tværfaglig sammensætning, som favner både lægelige, sygeplejefaglige samt fysio- og ergoterapeutiske kompetencer.	- -
		<u>Principper for samarbejdet</u> De "principper for samarbejdet", der fremgår på side 6 og 7, lægger sig tæt op ad den rehabiliterende tilgang. Ved at indlejre rehabilitering, som en fælle referenceramme på alle niveauer, styrkes et fælles sprog og forståelse for, hvordan man inddrager borgerens perspektiv og ressourcer, sikre helhedstænkning og tværfaglighed. Ergoterapeutforeningen anbefaler derfor at definitionen af rehabilitering og "Hvidbog om rehabilitering" anbefalinger indarbejdes som en central reference for det kommende arbejde og aftaler på tværs af sundhedsklyngerne.	
		<u>Vores visioner – Sammen om sundhed</u> Ergoterapeutforeningen er grundlæggende enige i Sundhedsaftalens visioner.	-
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> Ergoterapeutforeningen kvitterer for valget af de 3 fokusområder i Sundhedsaftalen.	-
	Kost og Ernæringsforbundet	<u>Generelle bemærkninger</u> Kost og Ernæringsforbundet anerkender presset på det samlede sundhedsvæsen og er enige i, at der fortsat er behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Kost og ernæring bør generelt spille en langt højere rolle i sundhedsfremme, forebyggelse og behandling end det sker i dag. Problemerne med rekruttering og fastholdelse i sundhedsvæsenet betyder, at der er behov for at anvende ressourcer og kompetencer bedst muligt. Kost og Ernæringsforbundets medlemmer kan sættes langt bedre i spil, end det sker i dag. Dette ved at de inddrages i ernærings- og kostrelaterede	- -



		opgaver, hvor de har de bedste kompetencer til opgaverne. Fx ved at bidrage til at ernæringsbehandlingen følger borgerne på tværs af sektorer samt ved, at kliniske diætister anvendes langt mere systematisk og smidigt både i regioner, kommuner og i samarbejde med almen praksis. Forbundet er enige i aftalens beskrivelser af behov for et tværsektorielt samarbejde om forebyggelse på flere niveauer. Kostvejledning og diætbehandling er indsatser, som forebygger sygdom og forværring af sygdom på mange forskellige områder og for alle generationer. Forbundet bidrager gerne i drøftelser, om hvorledes ernæring kan være med til at forebygge og behandle borgerne i Region Hovedstaden.	-
		<u>Vores Principper for samarbejdet</u> Forbundet tilslutter sig aftalens ambitioner i principperne for samarbejde og finder det meget betydende, at der er fokus på at sikre den nødvendige kompetenceudvikling og efteruddannelse for medarbejderne.	-
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> <i>Sammen om børn og unges sundhed</i> Forbundet ser meget positivt på indsatsen for børn og unges sundhed. Særligt i forhold til intentionen om at styrke samarbejdet om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier, ser Forbundet et stort potentiale i at sætte fokus på ernæring. Der er brug for at styrke det tværfaglige samarbejde mellem jordemoder, almen praksis, sundhedsplejen og klinisk diætist for på den måde at skabe sammenhængende forløb med et forebyggende sigte. <i>Sammen om borgere med psykisk sygdom</i> I psykiatrien er der meget få diætister ansat på trods af, at nogle patienter lider af spiseforstyrrelser som fx anoreksi og tvangsoverspisning, og andre har kraftige vægtøgninger pga. deres medicinske behandling. Patienter med psykisk sygdom med behov skal have tilbud om kostvejledning og diætbehandling af en professionsbachelor i ernæring og sundhed eller klinisk diætist således, at der sættes fokus på at forebygge somatisk sygdom.	-



		<i>Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom</i> Borgere med flere sygdomme kan have brug for en klinisk diætist, der kan udføre individuel diætbehandling, der tager højde for borgerens individuelle behov og tilstand. Der er således behov for, at almen praksis kan henvise mere smidigt til klinisk diætist, og også med tilskud til de privatpraktiserende diætister. Underernæring er et problem især blandt ældre. Ældre bliver ofte indlagt i længere tid, bliver oftere genindlagt og har større behov for hjælp efter udskrivelse. Derfor er opsporing og behandling af underernæring særligt vigtigt i den tværsektoriel indsats. Der bør være et særligt fokus på overdragelse af oplysninger om den ældre borgers ernæringsstatus og plan for behandling af fx underernæring eller dysfagi (tygge-synkebesvær).	-
	Praktiserende lægers organisation - Hovedstaden (PLO-H)	<u>Generelle bemærkninger</u> PLO-Hovedstaden bifalder det sendte udkast til Sundhedsaftalen 2024-2027. PLO-H er meget positive over for de overordnede temaer, som er målgruppen for Sundhedsaftalen 2024-2027, og ønsker i de kommende år at tage et medansvar for konkretiseringen af aftalen. PLO-H mener, at det har været det helt rigtige valg at lade fokusområderne i Sundhedsaftalen 2024-2027 tage afsæt i den tidligere Sundhedsaftale for 2019-2023. Sundhedsaftalen kunne godt være mere læsevenlig for borgere ved at undgå brug af lange og komplicerede ord. Eksempelvis "<i>silo-opdelt, intravenøs mv.</i>" Den nye sundhedsstruktur i det tværsektorielle samarbejde med sundhedsklynger giver gode muligheder for implementering af Sundhedsaftalen på mere decentrale niveauer. PLO-H er dog på samme tid bekymrede for, at sundhedsklyngerne i høj grad kommer til at overtage rollen fra Sundhedssamarbejdsudvalget. Det er vigtigt, at der fortsat sker en udvikling, som drives fra det regionale niveau, og hvor der sættes retning for arbejdet. Eksempelvis mener PLO-H, at lighed i sundhed ikke alene kan overlades til de enkelte sundhedsklynger, men fortsat skal være en opgave, som er højt prioriteret på det regionale tværsektorielle niveau.	- - - - -



		Ud fra en styringsmæssig forståelse vil PLO-H derfor også anbefale, at der ændres i rækkefølgen i afsnittet om "Grundpillerne i vores organisering", således at "Sundhedssamarbejdsudvalget" beskrives f�r "Sundhedsklynger" og "Tværsektoriel Styregruppe".	
		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Klar opgave- og ansvarsfordeling</i> PLO-Hovedstaden er bekymret for, at der i det tværsektorielle samarbejde opstår et sundhedsvæsen i to niveauer – med nye supersygehuse med specialiserede pladser på den ene side, og kommuner og almen praksis på den anden – uden, at de fornødne ressourcer følger med i samme hastighed som opgaverne udlægges. Derfor er PLO-H særligt glade for, at opgave- og ansvarsfordeling beskriver, at der efterspørges en tydelighed over for lægeligt ansvar, ansvarsfordeling og �konomi.	-
	Amager Hvidovre Hospital	<u>Generelle bemærkninger</u> Amager og Hvidovre Hospital bakker overordnet op om udkastet til Sundhedsaftale 2024 – 2027. Sundhedsaftalen formår at danne ramme for et godt og fleksibelt beslutningsrum i sundhedsklyngerne.	-
		<u>Vores visioner – Sammen om sundhed</u> Amager og Hvidovre Hospital støtter, at der i Sundhedsaftalens visioner sættes fokus på styrket sammenhæng i borgerens forløb og herved overgangene mellem sektorerne.	-
		<u>Vores principper for samarbejdet</u> Det er Amager og Hvidovre Hospitals erfaring, at det pt. er udfordrende at dele data på tværs af sektorgrænser. Det er derfor positivt, at aftalen fordrer mere datadeling på tværs af klynger og sektorgrænser.	-
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> Amager og Hvidovre Hospital vil gerne kvittere for, at forebyggelse er et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet inden for alle Sundhedsaftalens fokusområder.	-
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	<u>Generelle bemærkninger</u> Bispebjerg og Frederiksberg hospital savner et afsnit om alle de øvrige områder, som har afgørende indflydelse på, hvor langt der kan gå i udviklingen af nye løsninger fx i hjemmet. Aftalen om IV-behandling i hjemmet afhænger af logistikløsninger (levering af medicin og utensilier i hjemmet), udvikling af medicin med forlænget holdbarhed - krav til at stabiliteten på al ny medicin er målt og kendt over 24 timer.	-



		<u>Vores principper for samarbejdet</u> <i>Datadeling</i> Bispebjerg og Frederiksberg hospital bemærker at principperne for datadeling er beskrevet, men at det kunne fremhæves, at muligheden for datadeling er udgangspunktet for meget af det arbejde og prioriteringer, som skal igangsættes. De prioriterede indsatser vil derfor afhænge af, hvor langt vi kommer med tilladelserne til datadeling på tværs af sektorer. <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> Der bemærkes at tværsektorielle kompetenceudviklingstiltag godt kunne skrives i princippet om rekruttering og fælles kompetenceudvikling.	-
	Bornholms Hospital (BOH)	<u>Generelle bemærkninger</u> Bornholms Hospital finder overordnet indholdet i sundhedsaftalen meget relevant. Det findes yderst relevant at social og geografisk lighed prioriteres i indledningen. Den geografiske ulighed er i særdeleshed vigtigt, da Region Hovedstaden også skal kunne rumme de udfordringer, der er på Bornholm, hvor adgang til sundhedsvæsenets ydelser både behandlings- forebyggelses- og rehabiliteringsm�ssigt grundet afstand og beskeden størrelse af optageområdet ikke er tilsvarende den øvrige del af Region Hovedstaden. Indledningsvist anvendes ordet <i>for</i> borgeren. Det ønskes, at der i højere grad bliver set på borgeren/patientens egne sundhedskompetencer og patientinddragelse, som en vigtig nøglefunktion i bevægelsen mod et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Og dermed også inkluderer et <i>med</i> borgeren. Indledningen fokuserer mest på somatikken eks. flere kroniske syge, iværksatte tiltag som IV aftalen, 72. timers behandlingsansvar, men der mangler overordnet også et fokus på psykiatrien fra starte.	- - - -



		BOH vil anbefale brug af begrebet tilknytning fremfor fastholdelse af medarbejdere (side 2).	
		Vores visioner – Sammen om sundhed "Borgerne i Region Hovedstaden skal møde et sundhedsvæsen, hvor sammenhæng, høj faglig kvalitet og nærhed er i fokus." Kommentar: Kvalitetsbegrebet er flerdimensionelt og kan beskrives ud fra forskellige perspektiver "sundhedsfaglig kvalitet", "patientoplevelse kvalitet" og "organisatorisk kvalitet". Derfor bør man overveje at slette "faglig" eller tilføje de andre perspektiver. "Det vil Bornholms Hospital, fordi sundhedsvæsenet bliver stadig mere komplekst..." Kommentar: Ønskeligt havde været at sigte mod at gøre sundhedsvæsenet mindre komplekst og mere brugervenligt. I stedet for at tilskrive, at Bornholms Hospital forventer at sundhedsvæsenet bliver mere komplekst. "Der skal være lige muligheder for at leve et langt og sundt liv..." Kommentar: Er et langt liv nødvendigvis ønsket – eller skal det omformuleres til et godt liv.	- - Glostrup Kommune har en lignende bemærkning, dog i relation til afsnittet om fokusområdet "sammen om borgere med psykisk sygdom". Administrationen foreslår en ændring i indledning til visioner således at "et langt liv" ændres til "et godt liv". Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 4. Desuden ændring under fokusområdet "Sammen om borgere med psykisk sygdom" således at ordene "lever længere liv" ændres til har flere gode leveår. Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 9.



	"Bornholms Hospital vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem helhedssyn, velbeskrevne samarbejdsflader, tydelig ansvarsfordeling, brug af ny teknologi og fortsat kompetenceudvikling." Kommentar: Hvis sundhedsvæsenet i højere grad vil nedbryde siloerne, så kan ordet "tydelig ansvarsfordeling" have en negativ påvirkning, hvor sektorovergangene kan blive mere opdelt og mindre smidigt. <u>Vedr. populationsansvar</u> Sundhedsklynge Bornholm er meget afhængig af samarbejdet med andre hospitaler. Selvom borgerne tilhører Sundhedsklynge Bornholm, ser BOH det som et fælles ansvar på tværs af sundhedsklyngerne, at borgerne på Bornholm får den rette behandling på rette sted med rette kompetencer, hvilket også kan betyde behandling i den øvrige del af regionen. Herunder vil virtuelle løsninger på tværs af regionen også være en vigtig indsats, som Bornholm ikke kan løse i egen sundhedsklynge, men er afhængige af, at de større hospitaler bakker op om indsatserne. Nogle borgere i Sundhedsklynge Bornholm kan være tilknyttet eks. Rigshospitalet uden at have et forløb på Bornholm Hospital, dermed går samarbejdet og indsatserne på tværs mellem Bornholms Regionskommune og Rigshospitalet og dermed også på tværs af klyngerne. Således bliver det et fælles ansvar for populationen i Sundhedsklynge Bornholm.	-
	<u>Vores principper for samarbejdet</u> Side 6: Vores visioner skal omsættes til handlinger. Det kræver fælles forståelse af den måde, som vi vil samarbejde på inden for det samlede sundhedsvæsen.... Derfor har vi aftalt en række principper.... Kommentar: Hvem er "vores" og "vi" – er det Sundhedssamarbejdsudvalget? Eller det alle ansatte? Dette er gennemgående i beskrivelsen om "Principper for samarbejdet". <i>Rekruttering og fælles kompetenceudvikling</i> Det bemærkes at det er vigtigt er det at have fokus på at kunne imødekomme de forskellige generationers ønsker og behov. Der er fire generationer på arbejdsmarked, som vægter og prioriterer meget forskelligt. Derfor kræver det også at man som arbejdsgiver kan tilpasse og udvikle sig for at tilgodese alle.	-



		Øvrige Side 14: Bilagsoversigten ønskes mere synliggjort. Enten fremhævet i en boks eller nævnt på forsiden. Bornholms Hospital erfarer, at kendskabet og brugen af samarbejdsaftalerne er ikke tilstrækkelig kendt og anvendt i praksis.	Glostrup Kommune har også efterspurgt mere synlighed ift. eksisterende tværsektorielle underaftaler mv. Overskriften i afsnittet om bilagsoversigt forslås derfor ændret "Underaftaler og andre bilag til sundhedsaftalen". Se forslag til Sundhedsaftale 2024-2027 s. 14.
	Nordsjællands Hospital	<u>Generelle bemærkninger</u> Nordsjællands Hospital finder, at udkastet til Sundhedsaftale er en rigtig god ramme for udviklingen af vores samarbejde om sundhed i Region Hovedstaden. Nordsjællands Hospital bakker således op om sundhedsaftalens visioner, principper og fokusområder.	-

64



	Rigshospitalet	<u>Generelle bemærkninger</u> Rigshospitalet hæfter sig ved at fokus på patienten/borgeren er så tydeligt i aftalen. Rigshospitalet tilkendegiver endvidere, at det er derfor en fornøjelse at se en sundhedsaftale, som konkret beskriver det fælles populationsansvar og som først og fremmest fokuserer på, at borgerens individuelle behov bliver set og imødekommet af alle aktører i aftalen. Aftalen ses som et solidt udgangspunkt for at fremme sammenhængen i patienternes forløb helt konkret og lokalt via det tværsektorielle samarbejde i sundhedsklyngerne. Rigshospitalet ser frem til det videre arbejde i de kommende år.	- - -
	Herlev og Gentofte Hospital (HGH)	<u>Generelle bemærkninger</u> Sundhedsaftalen indeholder et godt fundament for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. HGH bemærker, at den øgede udbredelse af velfærdsteknologi og omstilling til nye digitale løsninger i hjemmet ikke adresseres eksplicit i høringsudkastet til sundhedsaftalen 2024-2027. HGH finder det også vigtigt, at der i aftalen indgår ambitioner om, hvordan vi kan etablere nye rammer til at styrke forskningen inden for det tværsektorielle samarbejde i regionen.	- -
		<u>Sundhedsaftalens fokusområder</u> <i>Sammen om borgere med psykisk sygdom</i> Det fremgår, at flere borgere med psykiatriske diagnoser har samtidig somatisk sygdom og har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis”. Men det gælder også for børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel. HGH foreslår derfor, at afsnittet om ”Børn og unges sundhed”, jf. s. 8, præciserer ovennævnte forhold, fordi der er tale om helt parallelle problemstillinger.	-

Udkast til procesplan for arbejdet med kommunikationsaftalen

Tid/periode	Opgave
8. maj 2023	TSS orienteres kort om at proces med revision af kommunikationsaftale er i gang med involvering af kommuner og hospitaler
juni 2023	Arbejdsgruppen udarbejder procesplan
22. juni 2023	Sundhedscheferne i kommunerne drøfter ønsker til revision af kommunikationsaftale
23. jun. 2023	TSDK gives en status
24. august 2023	Hospitalsdirektørerne drøfter ønsker til revision af kommunikationsaftale
sep-nov 2023	CPI gennemfører fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse
1. sep. 2023	TSS orienteres om proces med revision af kommunikationsaftale - herunder plan for involvering af kommuner og hospitaler
sep. 2024	TSDK gives en status
sep. 2024	Orienteringsmøde med PIU om forestående proces
sep. 2024	Inddragelse af SFR for Præhospitalet og Akut Området om forestående proces og oplæg til kommunikation for akutområdet
1. dec. 2024	CPR fremlægger afrapportering omkring spørgeskemaundersøgelse
28. sep. 2023	TSDK gives en status
dec. 23-feb. 24	Udarbejdelse af udkast til revideret kommunikationsaftale
6. dec. 2023	TSDK gives en status
feb. 2024	Godkendelse af aftaleudkast i TSDK
feb.-mar. 2023	Udkast til aftale i høring i kommuner og på hospitaler
mar. 2024	Tilpasning af aftaleudkast i forhold til høringsrunde
12. apr. 2024	TSS får aftaleudkast til godkendelse
17. maj 2024	Godkendelse af aftale i Sundhedsamarbejdsudvalget
apr. 2024	Udsendelse af godkendt aftale og plan for undervisning
maj-jun. 2024	Udarbejdelse af undervisningsmateriale
sep.-okt. 2024	Undervisning af kommuner og hospitalspersonale i den reviderede aftale for indlagte og nye aftale for akutambulante
nov. 2024	Revideret aftale omkring indlagte og ny aftale om akut ambulante borgere i drift
dec. 2024-maj 2025	Opfølgning

UDKAST

Direkte 21176006

Dato: 2. august 2023

Kommissorium for implementeringsgruppe vedr. IV-aftalen

Baggrund

I oktober 2021 indgik de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden [Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden](#) (IV-aftalen). Formålet med aftalen er at give borgerne mulighed for at modtage intravenøs behandling (IV-behandling) i hjemmet 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.

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) besluttede på mødet den 23. juni 2023 at forlænge aftalen om intravenøs behandling for borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden frem til udgangen af 2024. Forlængelsen af aftalen sker med henblik på at igangsætte en opfølgning, der blandt andet vil omfatte en afdækning af barrierer for implementeringen samt en evaluering.

På den baggrund nedsætter Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) en implementeringsgruppe, som skal afdække udfordringer ved aftalen samt give konkrete løsningsforslag og igangsætte initiativer med henblik på at opnå en yderligere implementering af aftalen. Herudover får implementeringsgruppen ansvar for at igangsætte evalueringen, som skal forelægges Sundhedssamarbejdsudvalget ultimo 2024.

Opgaver

Implementeringsgruppens primære ansvar er at sikre en opfølgning på implementering af IV-aftalen. Det indebærer en afdækning af barrierer for implementeringen samt udvikling og igangsættelse af konkrete initiativer til at

fremme implementeringen. Dette skal ske i samarbejde med de fem faglige sundhedsklynger. Dernæst er det implementeringsgruppens ansvar at planlægge og gennemføre en evaluering af IV-aftalen. Det udmønter sig i følgende opgaver:

- Barrierer og løsninger vedr.:
 - Arbejdsgange, aftaler og kommunikation ifm. det konkrete IV-forløb
 - Logistik omkring bestilling og leverance af medicin og utensilier
 - Kompetenceudvikling
 - Evt. øvrige barrierer
- Involvere brugere i arbejdet med at afdække barrierer og pege på løsninger
- Involvere sundhedsklyngerne i arbejdet med at afdække barrierer og pege på løsninger
- Gennemføre evaluering af aftalen:
 - Sikre at der indsamles relevante kvantitative data (i aftalen er det præciseret, hvilke data der monitoreres på)
 - Vurdere hvilke yderligere parametre, der skal indgå i evalueringen
 - Godkende evalueringsrammen og den endelige evaluering inden den forelægges SSU.
- Komme med anbefalinger til eventuelle tilpasninger af aftalen ifm. forelæggelse af beslutningsoplæg om forlængelse til SSU.
- Anbefale form og rammer for den videre opfølgning på IV-aftalen, såfremt SSU beslutter at forlænge aftalen efter 2024.

Implementeringsgruppens sammensætning

Formandskab:

1 formand som er vicedirektør fra et hospital

1 formand som er velfærdsdirektør fra en kommune.

Øvrige medlemmer:

1 ledelsesrepræsentant fra hvert hospital.

1 ledelsesrepræsentant fra regionsadministrationen.

1 kommunale ledelsesrepræsentant fra hver Sundhedsklynge.

1 repræsentant fra regionsapoteket

Brugerrepræsentanter

Der foreslås en systematisk inddragelse af brugerrepræsentanter i implementeringsgruppens arbejde. Dette vil indebære, at brugerrepræsentanter inviteres med til enten det andet eller tredje møde i implementeringsgruppen, hvor

de får forelagt gruppens foreløbige afdækning og forslag til initiativer med henblik på at komme med input og forslag til arbejdet. Brugerrepræsentanternes input skal sikre, at borgernes perspektiv er med til at sætte retningen for det fortsatte arbejde i implementeringsgruppen.

Sekretariat

Gruppen sekretariatsbetjenes i fællesskab af Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat og Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen.

Mandat

Implementeringsgruppen nedsættes af TSS og får med dette kommissorium mandat, som det fremgår af ovenstående.

Implementeringsgruppen vil forelægge status for TSS midtvejs i arbejdet.

Såfremt der opstår principielle problemstillinger, som vurderes at ligge uden for implementeringsgruppens mandat, kan de løftes til drøftelse i TSS. Ligeledes kan det være relevant, at udvalgte større implementeringstiltag evt. drøftes i de faglige sundhedsklynger, inden de iværksættes.

Tidsplan, tidsforbrug og arbejdsform

Evalueringen forelægges SSU mhp. beslutning om evt. forlængelse af aftalen ultimo 2024. Der forventes at blive holdt i alt 4-5 møder. Det kan blive nødvendigt med en arbejdsindsats og koordinerende aktivitet mellem møderne fx i forbindelse med udarbejdelse af konkrete løsningsforslag eller kommentering af oplæg.

Der vil blive planlagt både fysiske og virtuelle møder.



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.



- 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.

3
168/190

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/mekaniske pumper til døgndækkende behandling. I takt med udvikling af døgndækkende elastomeriske/mekaniske 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.

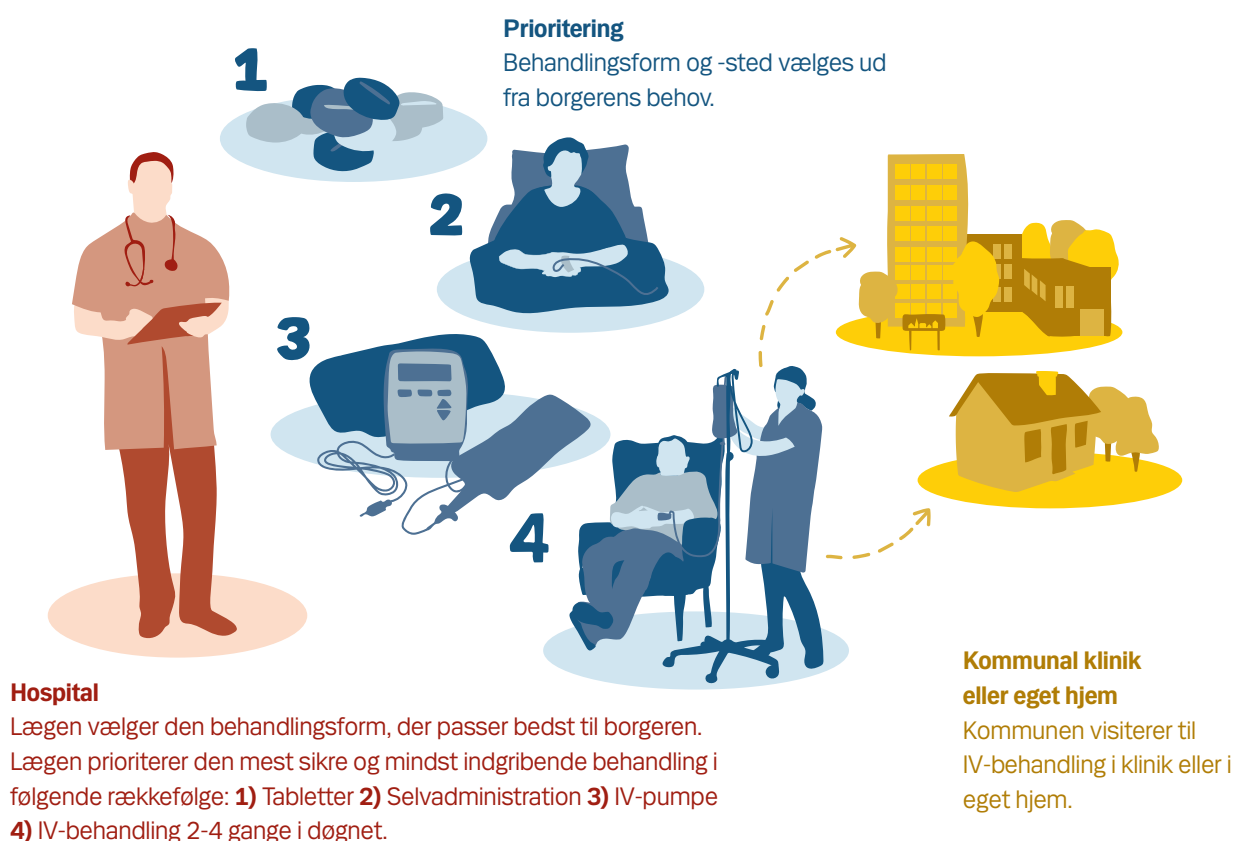
Den behandlingsansvarlige læge skal skriftligt præcisere, hvis borgeren ikke må forlades under indgiften.

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 destruktion af materielle 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 Sundhedskoordinationsudvalget 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

Forslag til indsatser under praksisplanens målsætning 4

Målsætning 4:

- *"At behandlingskapaciteten øges ved, at vi udvikler rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling både i almen praksis og tværsektorielt"*

Ved at udvikle rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling, kan vi understøtte frigørelse af lægetid i almen praksis og derved øge den samlede behandlingskapacitet i almen praksis, så almen praksis bliver bedre i stand til at løfte de flere og mere komplekse opgaver i det nære sundhedsvæsen. Samtidig kan indsatser, der understøtter målsætningen om øget behandlingskapacitet bidrage til en tilrettelæggelse af praksisdriften, der understøtter aflastning og et attraktivt arbejdsliv for de praktiserende læger og en optimal anvendelse af den eksisterende kapacitet i regionen.

Som følge heraf foreslås følgende indsatser:

1. Der tilrettelægges en indsats for at understøtte optimeret praksisdrift og for at udbrede anvendelsen af praksispersonale. Indsatsen løftes gennem en bred formidlingsindsats af mulighederne for organisatorisk udvikling i praksis og gennem udbredelse af KAP-H's eksisterende tilbud vedr. organisering i almen praksis, så flere læger gør brug af det.
2. Der gøres en indsats for at understøtte lokal implementering af Kontaktlæge app'en i almen praksis, i hjemmeplejen, på kommunale plejecentre og regionale og kommunale bosteder, med henblik på at understøtte borgernes adgang til egen læge, samt frigive tid i almen praksis gennem øget brug af videokonsultationer.
3. Der tilrettelægges en indsats med henblik på at sikre, at ansvarsfordeling og håndtering af parakliniske undersøgelser er i overensstemmelse med retningslinjer på området, af hensyn til patientsikkerheden og behandlingskapaciteten i almen praksis.

Understøttelse af god praksisdrift og brug af praksispersonale

Almen praksis er selvstændige virksomheder, der selv beslutter deres interne organisering mv. Måden hvorpå den praktiserende læge driver sin praksis organisatorisk, har betydning for behandlingskapaciteten samt risikoen for at lægen brænder ud. I takt med at der i de kommende år skal lægges flere opgaver ud til almen praksis fra hospitalerne, bliver det tiltagende nødvendigt i fællesskab at arbejde for, at almen praksis optimerer klinikernes organisering og praksisdrift. Anvendelsen af praksispersonale kan bidrage til en øget behandlingskapacitet såvel som aflastning, da lægen gennem uddelegering af opgaver får frigjort tid.

I VIVE rapporten *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser* fra 2020, konkluderes det, at der er en klar sammenhæng mellem andelen af KOL- og diabetespatienter, der modtager årskontroller i almen praksis og antallet af sygehuskontakter for disse patientgrupper, og at praksispersonale er en vigtig brik og *"fremstår som en forudsætning for at opretholde aktiviteten i kronikerindsatsen, og som noget, der bidrager til at lette lægernes arbejde og koncentrere deres ressourcer om de mere komplicerede multisyge patienter."*

Bilag 1 - Målsætning 4 indsatser til TSS

Også andre organisatoriske greb kan bidrage til en mere optimal klinikdrift og ressourceudnyttelse. KAP-H tilbyder fx kurser indenfor ledelse og udvikling, besøg i klynger vedr. optimering af arbejdsgange og besøg i den enkelte klinik vedr. kliniks specifikke udfordringer og muligheder.

Det foreslås derfor, at der gøres en indsats for at udbrede kendskabet til de fordele, der kan opnås gennem organisatorisk udvikling, og dermed inspirere flere til at arbejde med organisatorisk udvikling af klinikken. Indsatsen skal desuden formidle de muligheder der er for at få hjælp fra KAP-H til at arbejde med organisatorisk udvikling. Formidlingsindsatsen kan foregå ved såvel eksisterende arrangementer i region, kommuner og PLO-H, og ved særskilte fyraftensmøder, webinarer eller lignende. Det skal i tilrettelæggelsen overvejes hvordan der nås ud til de læger der har størst behov for hjælp til organisering. Formidlingsindsatsens formål er bl.a. at flere praksis modtager et tilbud vedr. organisering ved KAP-H med fx bedre trivsel og mindre udbrændthed til følge.

Lokal implementering af appen KontaktLæge

I dag er 1 % af alle konsultationer i almen praksis videokonsultationer gennem appen MinLæge og brugen forventes at stige i de kommende år. MinLæge kræver dog personligt login med fx MitID, som beboere på plejehjem og botilbud ofte ikke kan anvende. Med appen KontaktLæge kan kommunens social- og sundhedsfaglige personale assistere deres borgere med teknisk at starte en videokonsultation med borgers egen læge og samtidig støtte borgeren i selve videokonsultationen efter behov. Dermed frigøres tid i almen praksis, ved at lægen i mange tilfælde ikke behøver at tage på hjemmebesøg, og samtidig understøttes særligt sårbare og ældre borgers adgang til egen læge.

KontaktLæge anvendes i dag kun i begrænset omfang i kommunerne i Region Hovedstaden, men erfaringer fra andre kommuner viser, at der ved en målrettet implementeringsindsats kan være stort potentiale.

Det foreslås derfor, at der gøres en fælles indsats for implementeringen af KontaktLæge appen på kommunernes plejecentre, i hjemmeplejen, på kommunale og regionale bosteder samt almen praksis.

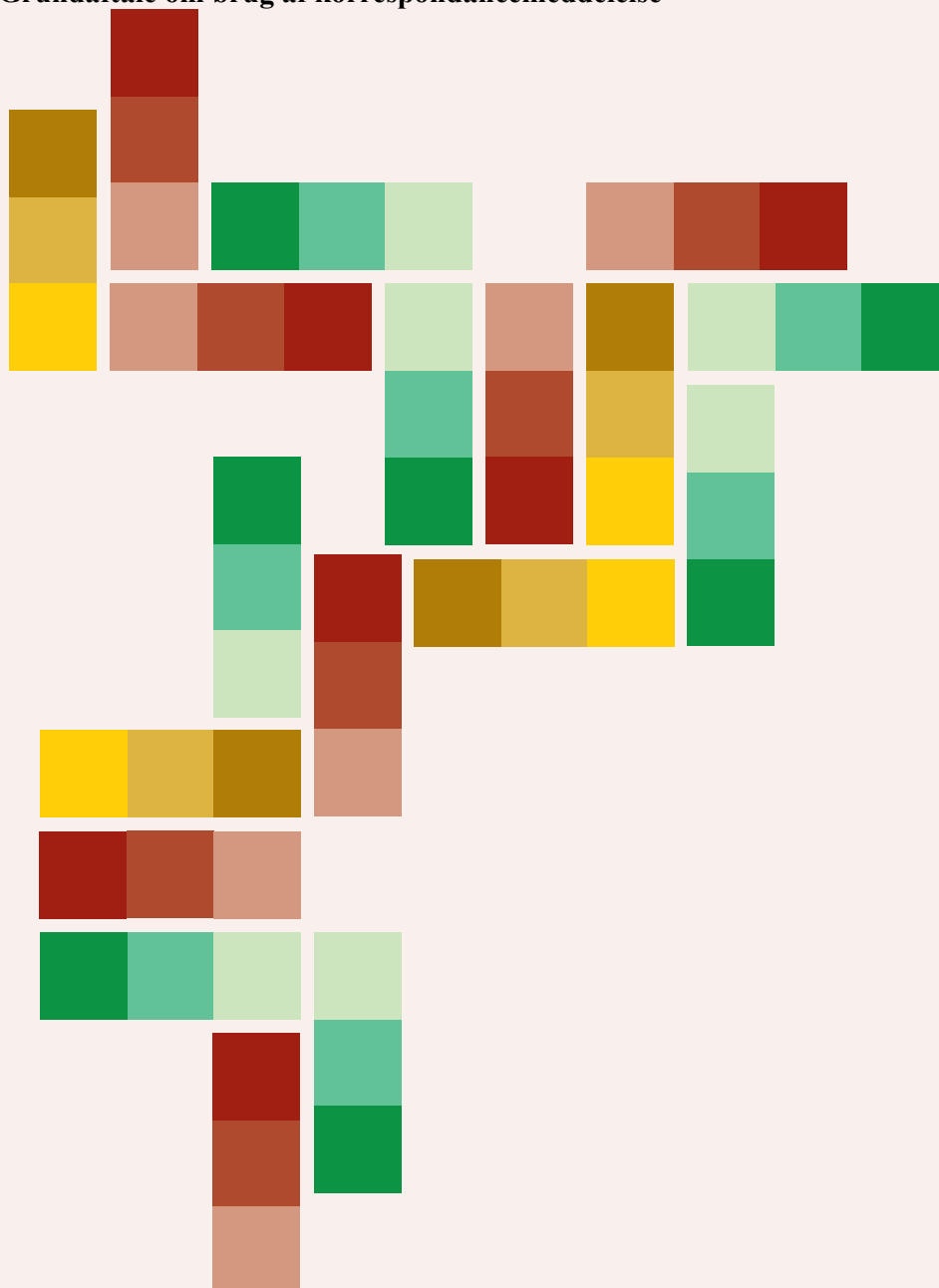
Indsats vedr. håndtering af parakliniske undersøgelser

Af patientsikkerhedsårsager er der fastlagt et princip om, at den læge der bestiller fx en blodprøve, selv følger op på den bestilte prøve og giver patienter svar på undersøgelserne mv. Dette er beskrevet i Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser.

PLO-H oplever, at hospitalslæger i tiltagende grad pålægger egen læge at følge op på blodprøver og andre undersøgelser, fx mikrobiologiske prøvesvar og radiologiske undersøgelser – røntgen, CT-skanninger, MR-skanninger, ultralydsskanninger, DEXA-skanninger mm., som hospitalslægen har bestilt.

Denne praksis er derfor både udfordrende ift. behandlingskapaciteten i almen praksis, men også for patientsikkerheden.

Det foreslås derfor, at der tilrettelægges en indsats under målsætning 4 med henblik på at tydeliggøre ansvarsfordelingen, når der bestilles parakliniske undersøgelser, og sikre at denne er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser.



Aftaler om brug af Korrespondancemeddelelsen

Grundaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen
i Region Hovedstaden

Underaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen mellem
kommuner og hospitaler om ambulante forløb

Grundaftale om brug af korrespondancemeddelelse (KM) i Region Hovedstaden

Aftaleparter

Kommuner, somatiske - og psykiatriske hospitaler, almen praksis – og praktiserende speciallæger samt apoteker.

Elektronisk korrespondancemeddelelse

Elektronisk korrespondancemeddelelse er en MedCom standard - korrespondancemeddelelse (KM).

En KM er altid knyttet til en borger og dennes cpr.nr.

Der kan sendes KM til modtagere på både kendte og ukendte borgere i modtagersystemet.

Anvendelsesområde

Hvor der ikke findes andre strukturerede meddelelser anvendes KM. Overordnet set anvendes korrespondancen IKKE til akutte henvendelser.

Grundaftalen

Aftalen beskriver de minimumskrav til samarbejdet vedrørende brug af KM der er fastsat.

Aftalen består af en grundaftale med tilhørende underaftaler. Aftalen udvides med specifikke underaftaler i takt med, at nye områder tager KM i brug.

Formål

KM skal bidrage til:

- At borgeren oplever et sammenhængende forløb
- At styrke patientsikkerhed, dokumentation og rettidig information
- At effektivisere arbejdsgange og kommunikation
- At sikre en tydelig opgave- og ansvarsfordeling

Samtykke

Udveksling af personfølsomme oplysninger følger gældende lovgivning. Borgere og evt. pårørende orienteres om indholdet i korrespondancemeddelelsen.

Målgruppe for anvendelse

Personale med sundhedsfagligt ansvar.

Principper for indhold

For at lette modtagerens fordeling af korrespondance til rette modtager internt skal feltet "overskrift/emneord" altid udfyldes jævnfør vedhæftede oversigt over emneord.

Grundaftale om brug af korrespondancemeddelelse (KM) i Region Hovedstaden

Link til emneordsliste: [TRYK HER](#)

Indholdet i KM skal være entydigt, specifikt og relevant. Derfor skal ISBAR-tjekliste tænkes ind i kommunikationen, dvs.:

- **I:** Identifikation (patient information fremgår automatisk af KM: medarbejder og afdelingen tilføjes)
- **S:** Situation - Borgers situation – årsag til henvendelse
- **B:** Baggrund – referat af sygdomshistorie (diagnose/symptomer)
- **A:** Analyse (vurdering af problemet)
- **R:** Råd

Det skal fremgå tydeligt i teksten, om der er tale om;

- En orientering
- Et ønske om handling
- Et ønske om faglig tilbagemelding

Responstid

Kommuner og hospitaler: KM læses og behandles løbende på hverdage i dagvagt. KM skal besvares senest kl. 10:00 efterfølgende hverdag.

Apoteker: KM læses dagligt og besvares inden 3 hverdage.

Almen praktiserende læger og praktiserende speciallæger: Svartiden tilstræbes at være maksimalt 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt.

For særlige aftaler henvises til de enkelte underaftaler.

Tekniske problemer

Hvis KM ikke kan anvendes pga. tekniske problemer, anvendes telefonen.

Evaluerings

Aftalen evalueres efter en driftsperiode på et år.

Godkendelse

Godkendt af Den Administrative Styregruppe den 4. november 2016.

Underaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen mellem kommuner og hospitaler om ambulante forløb

Indledning

Tværasektorielle ambulante patientforløb mellem kommuner og hospitaler kan kræve hurtigere kommunikation end det tilsiges i grundaftalen.

Derfor er der udarbejdet nedenstående underaftale for anvendelsen af korrespondancemeddelelsen i forbindelse med ambulante forløb.

Aftaleparter

Kommuner og somatiske - og psykiatriske hospitaler.

Formål

KM skal bidrage til:

- At borgeren oplever et sammenhængende forløb
- At styrke patientsikkerhed, dokumentation og rettidig information
- At effektivisere arbejdsgange og kommunikation
- At sikre en tydelig opgave- og ansvarsfordeling

Samtykke

Udveksling af personfølsomme oplysninger følger gældende lovgivning. Borgere og evt. pårørende orienteres om indholdet i korrespondancemeddelelsen.

Målgruppe for anvendelse

Personale med sundhedsfagligt ansvar.

Emneord

Emneordet "ambulant" skal anvendes for at tydeliggøre, for modtageren af KM, at den omhandler det ambulante område samt sikre at der handles efter gældende underaftale.

Indhold

Indholdet i KM skal være entydigt, specifikt og relevant. Derfor anbefales det, at ISBAR-tjekliste tænkes ind i kommunikationen, dvs.:

- **I** - Identifikation (patient information fremgår automatisk af KM: medarbejder og afdelingen tilføjes)
- **S** - Situation - Borgers situation – årsag til henvendelse
- **B** - Baggrund – referat af sygdomshistorie (diagnose/symptomer)
- **A** - Analyse (vurdering af problemet)
- **R** - Råd

Underaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen mellem kommuner og hospitaler om ambulante forløb

Det skal fremgå tydeligt i teksten, om der er tale om:

- En orientering
- Et ønske om handling
- Et ønske om faglig tilbagemelding

Anvendelse	Responstider	Emneord
KM fra ambulatoriet , der kræver handling i kommunen samme hverdag	Ambulatoriet afsender KM inden kl. 14.00 til kommunen. Efter kl. 14.00 skal korrespondancemeddelelsen altid suppleres med en telefonisk kontakt.	Ambulant
KM fra kommunen til ambulatoriet om vigtig information forud for borgers besøg næste gang	Kommunen afsender KM til ambulatoriet inden kl. 14.00 på sidste hverdag før det ambulante besøg . Sendes KM efter kl. 14.00 , skal korrespondancemeddelelsen altid suppleres med en telefonisk kontakt dog inden for ambulatoriets åbningstid.	Ambulant

Anden kommunikation ved brug af KM mellem parterne følger grundaftalen.

Tekniske problemer

Hvis KM ikke kan anvendes pga. tekniske problemer, anvendes telefonen.

Evaluerings

Aftalen evalueres efter en driftsperiode på et år.

Godkendelse

Godkendt af Den Administrative Styregruppe den 4. november 2016.

Underaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen (KM) mellem kommunernes myndighedsområder inden for voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri

Indledning

Denne underaftale sikrer digitalisering af [Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom](#) ved brugen af KM mellem myndighedsområdet i kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstadens Psykiatri.

Aftaleparter

Kommunernes myndighedsområder inden for voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri.

For kommunikation mellem øvrige parter henvises til Grundaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen.

Formål

KM skal bidrage til:

- At borgeren oplever et sammenhængende forløb
- At styrke patientsikkerhed, dokumentation og rettidig information
- At effektivisere arbejdsgange og kommunikation
- At sikre en tydelig opgave- og ansvarsfordeling

Samtykke

Afsender af KM har ansvar for at udveksling af personfølsomme oplysninger følger gældende lovgivning. Borgere eller værge orienteres om indholdet i KM.

Målgruppe for anvendelse

Kommunalt personale med myndighedsansvar inden for voksensocialområdet og personale i Region Hovedstadens Psykiatri.

Emneord

Emneordet "Myndighed, voksensocialområdet" skal anvendes for at tydeliggøre, for modtageren af KM, at den omhandler voksensocialområdet, samt sikre at der handles efter gældende underaftale.

Indhold i KM

Indholdet i KM skal være entydigt, specifikt og relevant.
KM må ikke anvendes til akutte henvendelser, her benyttes telefon.

Anvendelsesområde

KM ved behov for vurdering af ændrede eller nye sociale indsatser

I et behandlingsforløb i Region Hovedstadens Psykiatri, skal psykiatrisk afdeling sende KM til myndighed i borgerens kommune, hvis borger og Region Hovedstadens Psykiatri vurderer, at der er behov for at myndighed tager stilling til nye eller ændrede sociale indsatser. KM skal indeholde beskrivelse af hvilken situation borgeren befinder sig i.

Ved igangværende samarbejde mellem myndighed og Region Hovedstadens Psykiatri, orienteres myndighed i borgerens kommune via KM, når borgerens behandling afsluttes. Dette gælder også hvis behandling afsluttes ved borgerens initiativ.

For indlagte patienter hvor Region Hovedstadens Psykiatri, vurderer at borgerens udskrivelse er betinget af, at kommunale indsatser er iværksat, sendes KM til myndighed med varslings om udskrivning så tidlig som muligt og senest 8 dage før borgeren forventes at være færdigbehandlet.

KM ved behov for tværsektorielle netværksmøder

I tilfælde, hvor der er behov for en koordineret indsats i forbindelse med et behandlingsforløb, kan både Region Hovedstadens Psykiatri og myndighed tage initiativ til at invitere til et netværksmøde. Den initierende part sender en KM til samarbejdsparten med beskrivelse af de problemstillinger, der ønskes

Bilag 2 - Endeligt udkast til underaftale om brug af KM på psykiatriområdet

drøftet på mødet. Der skal tages udgangspunkt i indholdet i den fælles skabelon for afholdelse af netværksmøder. Netværksmødet skal afholdes indenfor 5 hverdage jf samarbejdsaftalen.

Den initierende part står for bookning af mødedato og den aftalte deltagerkreds via mail eller telefon.

Efter afholdelse af netværksmøde sender den initierende part referat fra mødet som KM til samarbejdsparten.

KM ved behov for Tværsektorielle møder til udarbejdelse af udskrivningsaftale eller koordinationsplan

Hvis Region Hovedstadens Psykiatri har behov for at mødes med myndighed i forbindelse med, at der skal udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, sender Region Hovedstadens Psykiatri en KM til myndighed med beskrivelse af de problemstillinger, der ønskes drøftet på mødet.

Region Hovedstadens Psykiatri står for bookning af mødedato og den aftalte deltagerkreds via mail eller telefon.

Efter afholdelse af møde sender Region Hovedstadens Psykiatri udskrivningsplan/koordinationsplan fra mødet via KM til myndighed.

Responstid

KM læses og behandles løbende i hverdage.

Hvis henvendelsen kræver svar fra den anden part, skal svaret sendes indenfor 5 hverdage.

Hvis henvendelsen kræver besvarelse hurtigere end 5 hverdage, skal der tages telefonisk kontakt.

Tekniske problemer

Hvis KM ikke kan anvendes pga. tekniske problemer, anvendes sikker mail og/eller telefon.

KM efter telefonisk kontakt

Telefonisk kontakt om borgerens situation, skal altid følges op med en KM, hvor der står beskrevet, hvad henvendelsen drejede sig om.

Bilag 1: Synopsis for Region Hovedstadens kommende lægedækningsstrategi for almen praksis

Med den kommende lægedækningsstrategi kan Region Hovedstaden sætte en retning for almen praksis, der bidrager til, at de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet anvendes effektivt og kommer borgerne bedst muligt til gavn. Endvidere kan lægedækningsstrategien understøtte og udvikle tværsektorielt samarbejde ved at sætte retning for udviklingen af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Forventningerne til almen praksis er bl.a.,

- at bidrage til en udvikling, der skaber let og lige adgang til behandling på borgernes præmisser.
- i de kommende år at varetage flere og mere komplekse opgaver, som flyttes fra det specialiserede område til almen praksis.
- i stigende grad at påtage sig tovholderrollen for patientens samlede forløb med øget fokus på populationsansvar.

Med Sundhedsreformen sættes fokus på, at der over en længere periode skal uddannes og rekrutteres flere praktiserende læger for at møde de kommende krav til opgaveløsningen i almen praksis. Samtidig er der behov for at udvikle behandlingskapaciteten - ikke mindst på den korte bane, hvor der forventes ikke at være almen medicinere nok til den vækst af praktiserende læger og udflytning af opgaver, som forudsættes i Sundhedsreformen.

Samtidig er der behov for opmærksomhed på, at lægemangel er en national udfordring, og at regionen med en kommende lægedækningsstrategi ikke trækker læger fra andre regioner. Særligt på kortere sigt er der behov for at styrke lægedækningen i regionens lægedækningstruede områder, hvor der er udfordringer med rekruttering af praktiserende læger.

I det følgende skitseres fire mulige fokusområder for en kommende strategi, der skal understøtte den ønskede udvikling af almen praksis i det samlede sundhedsvæsen. Det bemærkes, at der pågår et nationalt arbejde med honorarstrukturen for almen praksis og analyser af organisering, praksisformer samt opgaveløsning i almen praksis, der skal tænkes ind i den kommende lægedækningsstrategi.

Fokusområde 1: Let og lige adgang til praktiserende læger i hele Region Hovedstaden

Med lægedækningsstrategien skal almen praksis udvikles i retning mod, at praksis i højere grad skal være til rådighed på borgernes præmisser. Herunder kan følgende drøftes/indgå;

- Udvidet tilgængelighed, f.eks. åbningstider, telefontider, digital kontakt og tidsbestilling, eller andre tiltag, der understøtter let og lige adgang til almen praksis.
- Øget adgang til hjemmemonitorering og videokonsultationer med egen læge. Det kan være en måde at rykke behandling tættere på borgerne, og det kan spare tid for borgerne.
- Relevante måltal for åbne-/lukkestatus i almen praksis og strategisk udmøntning af puljekapaciteter.
- Andet.

Fokusområde 2: Udvikling af rammerne for organisering, digitalisering og opgaveudvikling i almen praksis

Med lægedækningsstrategien skal der udformes en langsigtet plan for, hvordan fremtidens almen praksis skal organiseres, hvilke opgaver almen praksis skal løse i det samlede sundhedsvæsen, og hvordan regionen bedst muligt understøtter udviklingen i opgaveløsningen. Herunder kan følgende drøftes/indgå;

- Udvikling af alternative organiserings- og praksisformer i almen praksis for øget behandlingskapacitet, mulighed for mere fleksible arbejdsforhold og faglige fællesskaber, som særligt er et ønske blandt yngre læger. Andre aktører kan supplere PLO-praksisformer.
- Øget digitalisering af almen praksis, f.eks. af arbejdsgange og ved brug af digitale hjælpemidler.
- Nytænkning af tværfagligt personales rolle i almen praksis.
- Andet.

Fokusområde 3: Udvikling af almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde

Med lægedækningsstrategien skal almen praksis' rolle som tovholder i det samlede sundhedsvæsen udvikles med øget fokus på populationsansvar. Dermed skal almen praksis tænkes ind i opgaveløsningen i både det specialiserede sundhedsvæsen og kommunerne. Herunder kan følgende drøftes/indgå;

- Udvikling af opgavevaretagelsen i almen praksis, så praktiserende læger tilknyttes eller rådgiver ved kommunale tilbud, f.eks. plejesektoren, akutpladser, botilbud og rehabilitering.
- Udvikling af kommunikationskanaler og -praksis mellem hospitaler, almen praksis og kommuner, f.eks. let adgang til sparring og specialistrådgivning.
- Aktiv og øget anvendelse af data i almen praksis, f.eks. til kvalitetssikring, opsporing og monitorering af særligt sårbare borgere. Andre aktører kan understøtte brugen af data i praksis.
- Andet.

Fokusområde 4: Rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger til Region Hovedstaden gennem fokus på et attraktivt arbejdsliv i almen praksis

Med lægedækningsstrategien skal der sættes ambitiøse mål for at gøre det attraktivt at specialisere sig inden for almen medicin, at almen medicinere nedsætter sig som praktiserende læger, og at øge tilknytning og fastholdelse af praktiserende læger til almen praksis i Region Hovedstaden. Herunder kan følgende drøftes/indgå;

- Øget positiv eksponering til det almenmedicinske speciale under lægernes uddannelse.
- Understøttelse af yngre lægers vej ind i almen praksis i regionen, f.eks. ved kommunikationen mellem yngre og ældre læger ved generationsskifte eller køb og salg af praksis.
- Øget informationsindsats, så praktiserende læger er opmærksomme på deres muligheder – særligt i lægedækningstruede områder eller ved andre ønsker til praksislivet.
- Andet.