

DAGSORDEN

TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

26-01-2024 09:00

MØDESTED

Regionsgården

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen	Formand	
Stella Hansen	Formand	
Alberte Bryld Burgaard		
Annette Randløv		
Bente Clausen		
Bente Ourø Rørth		Afbud
Berit Juhl Schau		
Charlotte Hosbond		
Gitte Bylow Larsen		Afbud
Helle Hagemann Olsen		
Helen Bernt Andersen		
Helene Døssing		
Helene Rasmussen		
Iben Kyhn Riis		
Jette Bay		
Jørgen Steen Andersen		
Katrine Ring		
Lone Bjørklund		
Lone Kvist		
Nina Husfeldt Clasen		
Peder Reistad		
Per Bennetsen		
Sille Arildsen		
Steen Ledsager		
Søren Trier Høisgaard		
Tina Holm Nielsen		Afbud

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Præsentation af kommunikationspakke til understøttelse af det nære sundhedsvæsen og sundhedsklyngerne
3. Drøftelse: Samarbejde og koordination om indlæggelser og udskrivelser: Erfaringer fra Kom trygt hjem og projekt fra sundhedsklynge Lillebælt
4. Beslutning: Samarbejdsstruktur i regi af sundhedsaftalen
5. Beslutning: Opdaterede kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner
6. Beslutning: Brug af korrespondancemeddelelsen (KM) mellem kommunernes myndighedsområder inden for børnesocialområdet, Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) og almen praksis
7. Drøftelse: Den underliggende aftale om lokale aftaler med almen praksis i Region Hovedstaden
8. Beslutning: Godkendelse af revideret kommissorium for driftsfora på det psykiatriske område
9. Beslutning: Klinisk organisatorisk driftsorganisation for tværsektoriel telemedicin
10. Eventuelt
11. Orientering: Arbejdet med integreret dobbeltdiagnosebehandling af mennesker med samtidig alvorlig psykisk sygdom og rusmiddelproblematik
12. Orientering: Proces vedrørende de særlige pladser i psykiatrien
13. Orientering: Status ny kommunikationsaftale

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	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, Forperson 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
Steen Ledsager	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget
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: PRÆSENTATION AF KOMMUNIKATIONSPAKKE TIL UNDERSTØTTELSE AF DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN OG SUNDHEDSKLYNGERNE

FORMÅL MED SAGEN

Sundhed.dk tilbyder en række redskaber blandt andet til datadeling, som understøtter det sundhedsfaglige arbejde i sektorovergangene, styrker patientens indsigt i egen helbredssituation og understøtter, at mere behandling fremover skal ske i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet eller tæt på borgerens eget hjem.

Morten Elbæk Petersen, direktør for sundhed.dk, præsenterer på mødet en ny kommunikationspakke, udviklet i samarbejde med centrale aktører inden for sundhedssektoren. Kommunikationspakken har til formål at stille skarpt på redskaber og løsninger, der allerede er udviklet i fællesskab og kan tages i brug i det tværgående samarbejde om patienten og dermed understøtte det nære sundhedsvæsen og sundhedsklyngerne.

På baggrund af oplægget skal Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfte, hvordan brugen af sundhed.dk/sundhedsjournalen bedst kan understøtte samarbejde på tværs af sektorgrænser.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter, hvordan sundhed.dk/sundhedsjournalen kan bidrage til tværsektoriel datadeling med henblik på bedre og mere sammenhængende patientforløb.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhed.dk er Danmarks fællesoffentlige sundhedsportal, der har eksisteret siden 2003, og som er ejet af Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og KL.

På Sundhed.dk har borgere og de sundhedsfaglige sikker adgang til den enkeltes borgers sundhedsoplysninger og til generel information om sundhed og sygdom. Det giver borgeren indsigt i og mulighed for at bevare overblikket over egne oplysninger og for at tage aktiv del i beslutninger om egen sygdom og sundhed, og det understøtter de sundhedsfaglige i at levere sammenhængende og helhedsorienterede sundhedsydelser.

Hver måned er der 3,8 mio. besøg på sundhed.dk. Det er ca. 124.000 om dagen. På Min Sundhed-app er der 1,6 mio. besøg om måneden. Det er 53.000 om dagen.

Sundhed.dk har tilbudt de fem sundhedssamarbejdsudvalg et besøg for en nærmere orientering om indhold og muligheder i brugen af Sundhed.dk/sundhedsjournalen mm. De vil orientere om de muligheder og løsninger, der eksisterer, herunder Sundhedsjournalen, der nu også vinder udbredelse i kommunerne, Sundheds- og Forebyggelsestilbud (SOFT), Linkportalen, Find Behandler, Forløbsbeskrivelser, Lægehåndbogen, adgang til hjemmemåling, PRO-skemaer mv.

I forhold til Sundhedsjournalen, som udstiller patientdata fra flere sektorer, herunder hospitalerne, skal der peges på, at patientdata fra Region Hovedstadens og Region Sjællands hospitaler også udstilles via SP-Link. SP-Link giver kommunerne en læseadgang til tidstro patientdata fra hospitalerne. SP-Link skal

ses som et supplement til den allerede etablerede digitale kommunikation med MedCom-standarder. I SP-Link kan alene ses journaloplysninger fra indlæggelser på Region Hovedstadens- og Regions Sjællands Hospitaler, ikke fra resten af landet. Ligesom SP-Link heller ikke vil kunne vise patientdata fra privathospitaler, almen praksis og andre sundhedsaktører. Det er alene kommuner med omsorgssystemet CURA (i hovedstadsregionen 15 kommuner), der har mulighed for at tilgå SP-Link. 10 kommuner i hovedstadsregionen har valgt dette. Der arbejdes på at få etableret en integration til de kommuner, der benytter sig af omsorgssystemet NEXUS (i hovedstadsregionen 14 kommuner). I alt 18 kommuner i hovedstadsregionen har i dag adgang til Sundhedsjournalen. Fem kommuner har adgang til både Sundhedsjournalen og SP-Link. Se i bilag 1 oversigt over udbredelse af SP-Link og Sundhedsjournalen i kommunerne i hovedstadsregionen.

VIDERE PROCES

Det er planlagt, at Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) får tilsvarende oplæg om Sundhed.dk/sundhedsjournalen på mødet den 1. marts, og at pointer fra drøftelserne i TSS vil indgå i sagen til SSU.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. overblik over adgang til SJ eller SP-Link

3. DRØFTELSE: SAMARBEJDE OG KOORDINATION OM INDLÆGGELSER OG UDSKRIVELSER: ERFARINGER FRA KOM TRYGT HJEM OG PROJEKT FRA SUNDHEDSKLYNGE LILLEBÆLT

FORMÅL MED SAGEN

På de seneste møder har Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) drøftet sager om samarbejde og koordination i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser. Til mødet den 1. december 2023 fik SSU en status for igangsatte tværsektorielle aktiviteter på området, herunder eksempler på samarbejder fra sundhedsklyngerne i hovedstadsregionen.

På mødet den 1. december besluttede SSU, at de som en del af videreførelsen af drøftelsen ønsker oplæg om det tværsektorielle projekt Kom Trygt Hjem. Danske Regioner (DR) har besluttet, at regionerne skal arbejde for at udbrede erfaringerne fra dette projekt, og DR og KL har sammen udsendt en pressemeddelelse herom, hvor KL bakker op om dette. Der ønskes desuden oplæg om Sundhedsklynge Lillebælts projekt om at forebygge indlæggelser, fx via delegation fra almen praksis til kommuner.

Som grundlag for sagen og oplægget til SSU skal Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) derfor drøfte, hvordan erfaringerne fra de to projekter kan tjene som inspiration for samarbejde og udvikling i hovedstadsregionen.

Projektet Kom Trygt Hjem er velkendt på tværs af landet og er derfor beskrevet i sagsfremstillingen, men vil ikke blive særskilt præsenteret på TSS-mødet. Projektet fra Sundhedsklynge Lillebælt er også beskrevet i sagen, men da projektet blev startet i efteråret 2023 og således ikke er bredt kendt, vil der på TSS-mødet også være en præsentation af projektet, som vil rumme de foreløbige erfaringer.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter, hvordan erfaringerne fra projekterne kan bruges til at understøtte styrkede borgerforløb og understøtte samarbejdet på tværs af sektorerne.
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter, om der med fordel kan ske en koordineret implementering af erfaringerne fra Kom trygt hjem, herunder om der skal være en fælles understøttelse på tværs af alle sundhedsklyngerne, eller om opgaven skal lægges ud til de enkelte sundhedsklynger.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Kort om projekt ”Kom Trygt Hjem” og indsatser for borgere med hoftebrud

Projektet indebærer en fælles standard for opfølgning, som stiller krav til ændrede arbejdsgange og forandringer i både kommuner og på sygehus. Det vurderes, at det netop er den gensidige forpligtelse og de systematiske indsatser i både kommune og på sygehus, som er centrale for den tidlige opsporing og forebyggelse. Det gælder fx ift.:

- sygehuset beholder behandlingsansvaret i 14 dage, hvor der tilbydes rådgivning og sparring til plejepersonalet i kommunerne

- kommunerne sørger i de første seks dage efter udskrivelsen for en systematisk og klart defineret daglig opfølgningsindsats, som varetages af både personale på plejehjemmet og af kommunens akutsygeplejersker.

Evaluering af projektet viser, at andelen af patienter med hoftenært lårbensbrud, som genindlægges inden for 30 dage, reduceres fra 30 % til 14 %, og 30 dages-dødeligheden reduceres fra 13 % til 6 %. Samtidig ses en positiv effekt på livskvalitet.

Som nævnt har DR besluttet, at regionerne skal arbejde for at udbrede erfaringerne fra Kom trygt hjem, hvilket KL har udtrykt opbakning til. Med øje for de gode erfaringer fra 72 timer med en fælles understøttet indsats med mulighed for en vis lokal tilpasning, bedes TSS drøfte, om der med fordel kan ske en koordineret implementering med en form for fælles understøttelse a la 72 timer. Eller om alle sundhedsklynger hver især skal lægge en plan for implementering.

Den nationale styregruppe (hvor DR og KL har formandskab) for Lærings- og Kvalitetsteams (LKT) har besluttet at igangsætte LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb, hvor anbefalingerne i høj grad bygger på Kom Trygt Hjem-projektet. Der er lagt op til, at beslutning om deltagelse skal træffes i sundhedsklyngerne.

Indsatsområderne i LKT'et er:

1. Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer om borgere med hoftebrud efter udskrivelse
2. Systematisk og tydelig kommunikation med og om borgere med hoftebrud og deres pårørende
3. Daglig mobilisering
4. Tidlig og tilstrækkelig genoptræning
5. Indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv
6. Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har også gode erfaringer med en systematisk indsat ved hoftenære brud. Blandt andet med et udkørende team af sygeplejersker, der besøger patienter med hoftenære lårbensbrud to til tre gange inden for 14 dage efter udskrivelse. Teamet samarbejder også med kommunens personale. Her er det også opnået at mindske genindlæggelser og dødelighed.

Kort om projektet fra sundhedsklynge Lillebælt

Projektet har til formål overordnet at forebygge indlæggelser via et tværsektorielt samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, almen praksis og Akutsygeplejen i Middelfart kommune gennem optimering af de præhospitale, akutte vurderinger inklusive start af relevant behandling i primærsektoren. Projektet er igangsat i efteråret 2023 og forløber ét år frem.

Projektet har desuden til formål at:

- give bedre behandlingsforløb for de borgere i Middelfart Kommune, der kan undgå en indlæggelse
- øge kvaliteten og hastigheden af den præhospitale vurdering af den akutte patient
- opspore sygdom før og begynde behandling tidligere.

Det søges opnået via fire indsatser, hvor snitflader, tilgang og ansvar er beskrevet:

- Akutsygeplejen i Middelfart Kommune tilføres udstyr, som gør det muligt på få minutter at give svar på infektionstal, blodprocent, blodsukker og væsketal. Hermed kan de hurtigt vurdere,

hvorvidt patienten har en infektion, blodmangel eller er dehydreret.

- Rammedelegationer til akutsygeplejen, så akutsygeplejen kan tage blodprøver, når de efter klinisk vurdering finder grund til dette. Almen praksis kontaktes derfor ift. patienter, hvor det vurderes relevant. Almen praksis kan også bede akutsygeplejen om at foretage et akut besøg hos en borger.
- Hvis akutsygeplejen skal i kontakt med almen praksis uden for åbningstid, kontakter de fælles akutmodtagelse i Kolding (FAM) for om muligt at forebygge indlæggelser
- Klare arbejdsgange for behandling med IV til væske og antibiotika, så dette kan iværksættes hurtigt.

På mødet i TSS 26. januar vil projektets organisering og foreløbige erfaringer blive præsenteret af repræsentanter fra sundhedsklynge Lillebælt. Til orientering er desuden vedlagt projektbeskrivelsen for projektet (bilag 1).

Brugerperspektiv

Begge projekter har fokus på at forebygge sygdom/forværring og tab af funktionsevne hos ældre sårbare/svækkede borgere med henblik på at undgå indlæggelse eller genindlæggelse og de gener, som dette kan medføre. I begge projekter er patienternes livskvalitet desuden en indikator i evalueringen.

VIDERE PROCES

Drøftelserne fra TSS vil indgå i oplægget til dagsorden og møde i SSU den 1. marts.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Projektbeskrivelse fra projekt i Sundhedsklynge Lillebælt

4. BESLUTNING: SAMARBEJDSSTRUKTUR I REGI AF SUNDHEDSAFTALEN

FORMÅL MED SAGEN

Det er aftalt, at Tværsektoriel strategisk styregruppe i forbindelse med overgangen til Sundhedsaftale 2024-2027 skal drøfte, om der er behov for ændringer i den tværsektorielle organisering i regi af sundhedsaftalen, som foregår på tværs af klyngerne, og som ligger udover arbejdet med aftalens fokusområder.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at tværsektorielle samarbejdsfora for henholdsvis data og økonomi, genoptræning og rehabilitering samt behandlingsredskaber og hjælpemidler videreføres.
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at Tværsektorielt samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade nedlægges, og at opgaver i forhold til neurorehabiliteringsområdet fremover håndteres i Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering.
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at beslutning vedrørende videreførelse af Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation afventer erfaringer fra arbejdet med revision af kommunikationsaftalen om indlæggelser og udskrivelser.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Samarbejdet om Sundhedsaftale 2024-2027 handler i høj grad om videreudvikling af samarbejdet inden for aftalens tre fokusområder. Der er imidlertid også samarbejdsflader, der ikke er direkte nævnt under fokusområderne, men som ikke desto mindre udgør en del af fundamentet for det tværsektorielle samarbejde.

For at understøtte den type samarbejde har der under sundhedsaftale 2019-2023 været nedsat fem permanente samarbejdsfora inden for følgende områder:

- Data og økonomi
- Digital kommunikation
- Genoptræning og rehabilitering
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Erhvervet hjerneskade.

Forslag til fremtidig organisering

Der kommer inden for de ovennævnte områder fortsat relativt ofte nationale tiltag eller udmeldinger, som enten skal fortolkes og indarbejdes i eksisterende aftaler, eller hvor implementering kræver nye aftaler på tværs af klyngerne.

Det er også områder, hvor der opstår praksisnære problemstillinger i driften, som går på tværs af klyngerne, og som skal afklares eller præciseres, eller som giver anledning til at drøfte principielle udfordringer i samarbejdet på et konkret område. Fx nye MedCom-standarder, nye behandlingsredskaber eller hjælpemidler eller ændring af opgavevaretagelse, der har indvirkning på tværsektorielle overgange og snitflader.

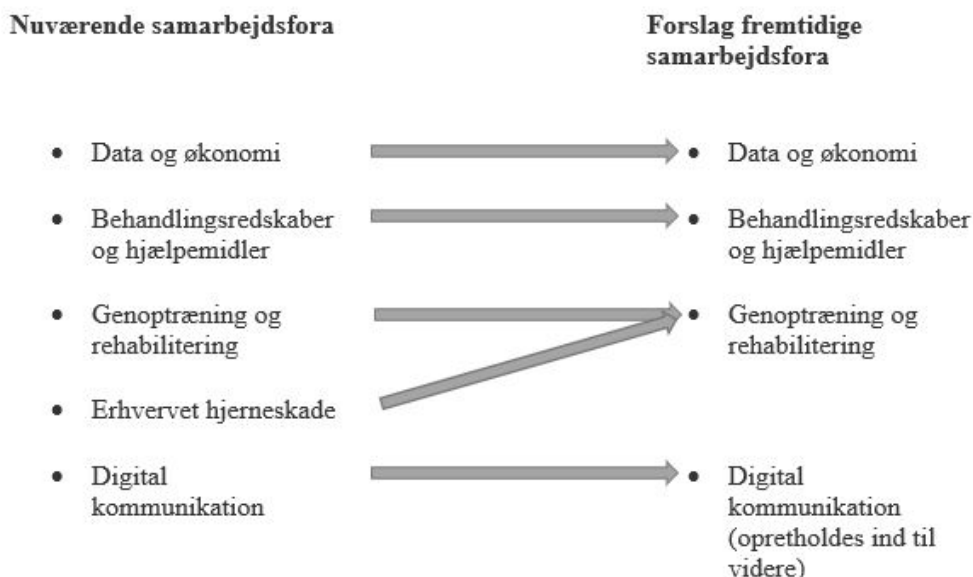
På den baggrund vurderes, at der fortsat er et behov for de ovenfor nævnte samarbejdsfora.

Dog vurderer sekretariatet, at der ikke længere er stort behov for et selvstændigt samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade, da samarbejdsforummet er lykkedes med at håndtere mange af de praksisnære problemstillinger og tvister, der var baggrunden for etableringen af dette forum. Det foreslås derfor, at forummet nedlægges, og at opgaver i forhold til neurorehabilitering fremover håndteres i samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering.

Det bemærkes desuden, at der kan være behov for at se på, om det nuværende samarbejdsforum vedrørende digital kommunikation fuldt dækker behovet for et tværsektorielt forum, der kan håndtere driftsnære spørgsmål og opgaver i forhold til at sikre sammenhæng i forbindelse med indlæggelser/udskrivelse samt overgange ved ambulant behandling. Det foreslås dog, at en drøftelse heraf afventer, at der er høstet erfaringer fra arbejdet med revision af kommunikationsaftalen om indlæggelser og udskrivelser.

Sekretariatet har også drøftet, om der er behov for permanente samarbejdsfora på andre områder, men vurderer ikke, at dette er tilfældet for nærværende.

Samlet foreslås:



Opgaver og bemanding i de fremtidige samarbejdsfora

Der er som bilag vedlagt en status fra de nuværende samarbejdsfora, hvor de beskriver resultater, akutte opgaver, samarbejdsrelationer m.m.

Det bemærkes, at der kan være behov for nogle tilpasninger i forhold til samarbejdsforas opgaver og bemanding. Der kan fx være behov for visse justeringer af opgaver og deltagerkreds i Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering, hvis dette forum fremover skal håndtere opgaver i relation til erhvervet hjerneskade.

Der er også samarbejdsfora, som selv har foreslået justeringer. Fx fremhæver Tværsektorielt samarbejdsforum for data og økonomi, at der er brug for et mere systematisk samarbejde med de faglige sundhedsklynger. Herunder vil det være naturligt, at klyngerne også kan rette henvendelse til samarbejdsfora med spørgsmål, som ønskes behandlet i disse fora.

Brugerinvolvering

I forbindelse med tilpasningen af kommissorier for de fremtidige samarbejdsfora er der også behov for drøftelser og afklaring i forhold til brugerinvolveringen.

Sekretariatet har i forbindelse hermed modtaget nogle umiddelbare bemærkninger fra forretningsudvalget for Patientinddragelsesudvalget. Heri bemærkes blandt andet, at det bør klargøres, hvilke opgaver brugerrepræsentanterne skal løse, og hvilke profiler der er behov for, samt at der kan arbejdes med forskellige typer af brugerinvolvering. Ligeledes fremhæves, at der bør være overvejelser om, hvor stor en arbejdsbyrde der pålægges brugerrepræsentanter i forbindelse med samarbejdsfora. Forslag i forhold til organisering af brugerinvolvering vil blive beskrevet i de kommissorier, der skal udarbejdes for de enkelte samarbejdsfora.

VIDERE PROCES

Hvis Tværsektoriel strategisk styregruppe tilslutter sig forslag om videreførelse af tværsektorielle samarbejdsfora for henholdsvis data og økonomi, genoptræning og rehabilitering samt behandlingsredskaber og hjælpemidler, udarbejder sekretariatet på baggrund af drøftelsen i TSS forslag til kommissorier for de tre fora med henblik på godkendelse i TSS d. 12. april 2024. Herunder vil også forslag i forhold til organisering af brugerinvolvering blive beskrevet.

Endvidere kan bemærkes, at der planlægges efter, at TSS på et kommende møde skal drøfte arbejdet med sundhedsaftalens fokusområder.

Desuden bemærkes, at forslag til revideret kommissorium for Tværsektoriel strategisk styregruppe fremlægges, når strukturkommissionens anbefalinger er offentliggjorte.

BILAGSFORTEGNELSE

📄 1. Oversigt nuværende samarbejdsfora

5. BESLUTNING: OPDATEREDE KVALITETSSTANDARDE FOR DE KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER

FORMÅL MED SAGEN

På mødet den 3. november 2023 fik Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) en orientering om, at kvalitetsstandarden for de kommunale akutfunktioner er blevet opdateret. Der blev samtidig orienteret om, at der frem mod mødet den 26. januar 2024 ville blive set på behovet for at opdatere den gældende samarbejdsaftale om de kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden.

Samarbejdsaftalen i Region Hovedstaden er indgået mellem kommunerne i Region Hovedstaden, PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden. Aftalens parter har den 11. december 2023 holdt et møde og drøftet behovet for en revision af samarbejdsaftalen.

TSS får her en orientering om drøftelsen og anmodes om at godkende, at der igangsættes et arbejde med at opdatere samarbejdsaftalen om de kommunale akutfunktioner.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der har til opgave at revidere den gældende samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender kommissorium for arbejdsgruppen.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Der har den 11. december 2023 været afholdt et møde mellem repræsentanter fra kommunerne, PLO-Hovedstaden og regionen om de nye kvalitetsstandarde for de kommunale akutfunktioner og eventuelt behov for revision af den regionale samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden.

De væsentligste ændringer i de nye kvalitetsstandarde er:

- Det er obligatorisk, at alle kommuner har etableret en kommunal akutfunktion eller har et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan.
- Målgruppen for akutfunktionen er præciseret.
- IV-behandling er en obligatorisk indsats i akutfunktionen.
- Der er krav om adgang til rådgivning og sparring fra sygehus og almen praksis.
- Der er præciserede krav til lægeligt behandlingsansvar.
- Der er krav om, at akutfunktionen er opsøgende med henblik på at sikre, at funktionen bruges rettidigt og relevant.
- Samarbejdsflader til andre forvaltninger og lovgivningsmæssige områder i kommunen er uddybet.
- Der stilles i højere grad krav til kompetencer frem for uddannelsesmæssig baggrund, og det tværsektorielle samarbejde om kompetenceudvikling er fremhævet.
- Krav til monitorering og kvalitetsudvikling er udbygget og opdateret.
- Klare lokale samarbejdsaftaler er angivet som en forudsætning for succesfuld implementering af kvalitetsstandarde.

De nye kvalitetsstandarder indeholder nye krav til både kommuner, regioner og almen praksis. Der var på mødet enighed om, at den gældende samarbejdsaftale danner et godt udgangspunkt for en opdatering.

Det indstilles derfor til TSS, at der sker en opdatering af den gældende regionale samarbejdsaftale om de kommunale akutfunktioner, og at der nedsættes en arbejdsgruppe, der får til opgave at opdatere den gældende samarbejdsaftale ud fra de nye kvalitetsstandarder.

Sekretariaterne har efter mødet udarbejdet et udkast til kommissorium for arbejdsgruppen (bilag 1).

Tidsplan for arbejdsgruppens arbejde er:

- Uge 5: Udpegningsmail vedr. deltagelse i arbejdsgruppen. Frist for svar den 19/2.
- Uge 10: 1. møde i arbejdsgruppen.
- Uge 15: 2. møde i arbejdsgruppen.
- Uge 18 eller 19: 3. møde i arbejdsgruppen. På dette møde godkender arbejdsgruppen udkast til den reviderede aftale.

VIDERE PROCES

Den reviderede samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner forelægges til godkendelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe på mødet den 7. juni 2024.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Udkast til kommissorium for arbejdsgruppe

6. BESLUTNING: BRUG AF KORRESPONDANCEMEDDELELSEN (KM) MELLEM KOMMUNERNES MYNDIGHEDSOMRÅDER INDEN FOR BØRNESOCIALOMRÅDET, REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI (RHP) OG ALMEN PRAKSIS

FORMÅL MED SAGEN

Politisk sundhedsklynge Nord har på deres møde den 23. november 2023 drøftet behovet for digital kommunikation mellem almen praksis, de kommunale Pædagogisk Psykologisk Rådgivninger (PPR) samt Region Hovedstadens børne- og ungepsykiatri. Dette har givet anledning til en anmodning om, at Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation (TSDK) får til opgave at afdække udfordringer på området i forhold til brug af MedComs korrespondancemeddelelse (KM) og udarbejde oplæg til en regionalt dækkende aftale for digital kommunikation med anvendelse af KM.

INDSTILLING

Det indstilles:

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter, at TSDK får til opgave at;
 - afdække udfordringerne for de kommunale PPR i forhold til digital kommunikation med de øvrige sektorer via MedComs KM
 - udarbejde udkast til en regionalt dækkende aftale for digital kommunikation mellem sektorerne med anvendelse af MedComs KM for børn og unge med psykisk sygdom.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Drøftelser om børn og unge i mistrivsel har gennem 2023 været på dagsordenen i flere politiske og faglige sundhedsklynger. Faglig Sundhedsklynge Nord har således ved flere lejligheder i løbet af 2023 behandlet emnet, herunder drøftet behovet for en lokal model til at sikre klare kommunikationsveje om børn og unge i mistrivsel for at sikre tidlig opsporing.

Dette arbejde har taget afsæt i drøftelser i de kommunale lægelige udvalg (KLU) i kommunerne i Nordklyngen, hvor hovedkonklusionen er, at dialogen har givet et øget fokus på muligheder og behov for sikker kommunikation mellem parterne.

På KLU-møderne har almen praksis fremsat ønske om en ensartet kommunikationsmodel for de otte kommuner via MedCom-standarden. For almen praksis vil dette være den bedste løsning, da det er vanskeligt for dem at håndtere, at hver kommune har deres egen kommunikationsmodel/it-understøttelse. De kommunale PPR'er har peget på, at de aktuelt ikke har mulighed for dette, da deres it-administrative systemer ikke understøtter MedCom-standarden.

Endelig peges der på det arbejde, der i regi af TSDK, er udført for at afdække udfordringer for brug af digital kommunikation via MedComs KM mellem sektorerne vedrørende voksne med psykiske lidelser og den efterfølgende udarbejdelse af kommunikationsaftale for brugen heraf. Aftalen blev godkendt af TSS i foråret 2023 og er pt. ved at blive implementeret.

På Politisk sundhedsklynge Nords møde den 23. november 2023 blev der orienteret om ovenstående. Her var der enighed om, at det er mest hensigtsmæssigt, at der arbejdes for en regional aftale om anvendelse af MedCom-standarderne mellem de tre sektorer; kommunernes børne- og unge område herunder PPR, almen praksis og Region Hovedstadens børne-ungdomspsykiatri. Det blev derfor besluttet at anmode Tværsektoriel strategisk styregruppe om at give TSDK til opgave at afdække udfordringer for de kommunale PPR i forhold til digital kommunikation med de øvrige sektorer via MedComs standarder og i forlængelse heraf udarbejde udkast til en regionalt dækkende kommunikationsaftale for brugen af MedCom standarderne på området. Se bilag 1 for sagfremstilling/referat om emnet fra møde Politisk klynge Nord den 23. november 2023.

VIDERE PROCES

Under forudsætning af TSS' godkendelse af overstående skal TSDK overdrages opgaven, jf. indstilling. Opgaven igangsættes i så fald på næste møde i TSKD den 7. marts 2024.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Bilag 1. Politisk klyngenord sag 23. november digital kommunikation børn socialpsyk

7. DRØFTELSE: DEN UNDERLIGGENDE AFTALE OM LOKALE AFTALER MED ALMEN PRAKSIS I REGION HOVEDSTADEN

FORMÅL MED SAGEN

Indgåelse af lokale aftaler med almen praksis skal ske i regi af Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) mellem Region Hovedstaden, kommunerne i regionen (KKR) og PLO-Hovedstaden. De lokale aftaler udgør et supplement til Overenskomsten om almen praksis og udmønter initiativer blandt andet fra Sundhedsaftalen og Praksisplanen for almen praksis i Region Hovedstaden.

Den underliggende aftale fastsætter de overordnede rammer, som skal gælde for alle nuværende og fremtidige lokalaftaler uanset indhold. Det foreslås, at den underliggende aftales bestemmelser erstatter nuværende lokalaftalers bestemmelser om tvister, sanktioner, klager, opmand, opfølgning, økonomi og opsigelse.

PLO-Hovedstaden, KKR og regionen har udarbejdet et første udkast til aftalen. Det indstilles, at TSS godkender, at sekretariatene arbejder videre med udkastet, før den endelige aftale kan forelægges for SSU til godkendelse.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe kommer med input med henblik på eventuel justering af aftalen.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Indtil 2014 var mulighederne for at indgå lokalaftaler en del af overenskomst om almen praksis, såkaldte § 2 aftaler. Med overenskomsten for 2014 blev lokalaftalerne flyttet ud af overenskomsten. Det var hjemlet i overenskomsten, at parterne skulle have mulighed for at indgå en underliggende aftale. Begrebet underliggende aftale beskriver en generel aftale, som indeholder generelle bestemmelser for alle aftaler, der indgås regionalt, dvs. udenfor overenskomsten. Det lykkedes ikke dengang, trods flere forsøg at indgå en underliggende aftale i Region Hovedstaden.

I tiden herefter har parterne indgået flere lokalaftaler i regi af Praksisplanudvalget (PPU). Parterne har konstateret, at der er behov for et solidt hjemmelsgrundlag, og der mangler bestemmelser i en række af de indgåede lokalaftaler, fx i forhold til spørgsmål om tilbagebetaling af forkert anvendte ydelser.

Efter nedlæggelse af PPU har TSS godkendt en ramme for snittet mellem SSU og klyngerne, hvor det fremgår, at nye lokalaftaler skal indgås i regi af SSU, og at dette kræver en rammeaftale (den underliggende aftale).

Forslag til underliggende aftale

PLO-Hovedstadens sekretariat og regionsadministrationen (Center for Sundhed, Enhed for praksisaftaler) har i første omgang arbejdet med et udkast til den underliggende aftale. Lidt senere i processen er KKR-sekretariatet kommet med i arbejdet. Udkast til aftalen er vedhæftet som bilag 1.

Der er i den forbindelse drøftet muligheden for at nedsætte et regionalt lokalaftaleudvalg under SSU. Lokalaftaleudvalget er ansvarlig for "den daglige drift" af eksisterende aftaler, det vil sige at udvalget følger op på aftalerne, håndterer fortolkningsspørgsmål, tildeler sanktioner, løser tvister og opsig aftaler. Lokalaftaleudvalget kan indgå nye aftaler, som Sundhedssamarbejdsudvalget godkender.

Det forventes endvidere, at der fremadrettet kan være ønsker til nye lokalaftaler fra sundhedsklyngerne, hvilke vil skulle aftales i regi af den underliggende aftale.

Arbejdsgruppen foreslår, at udvalget kommer til at bestå af 1 medlem udpeget af kommunerne i regionen, 1 medlem udpeget af regionen og 1 medlem udpeget af PLO-Hovedstaden. Udvalgets medlemmer findes blandt medlemmerne af SSU.

Det foreslås, at den underliggende aftale skal indeholde følgende:

- Formål med aftalen
- Aftalens parter
- Beskrivelse af lokalaftaleudvalg
- Målgruppen for lokalaftaler
- Arbejdstilrettelæggelse
- Kvalitetskrav til lægerne
- Afregning af ydelser efter lokalaftalerne
- Regulering af honorarer i lokalaftalerne
- Økonomi og økonomistyring af lokalaftalerne
- Tvister
- Lokalaftaleudvalgets sanktionsmuligheder
- Klagemuligheder
- Uenighed mellem parterne
- Opsigelse

Ved indgåelse af den underliggende aftale vil fremtidig aftaleindgåelse være mere enkel, og fremtidig opfølgning på brug af aftalerne vil være mere hensigtsmæssig. Endvidere vil udviklingen af det nære sundhedsvæsen i langt højere grad kunne afspejle sig i aftalerne. Der vil være en smidigere politisk proces, idet lokalaftaleudvalget vil bestå af politikere fra SSU. En underliggende aftale og et lokalaftaleudvalg vil ikke medføre yderligere ressourcetræk, idet arbejdet allerede nu bliver udført af sekretariaterne.

VIDERE PROCES

Såfremt TSS tiltræder indstillingen, vil sekretariaterne udarbejde et endeligt udkast. Herefter vil det endelige udkast blive forelagt TSS med henblik på indstilling om endelig godkendelse i SSU.

Tidsplan

- 26. januar 2024: TSS drøfter
- Marts: Arbejdsgruppe retter
- April: TSS godkender
- Juni: SSU godkender.

BILAGSFORTEGNELSE

📄 1. Udkast til den underliggende aftale

8. BESLUTNING: GODKENDELSE AF REVIDERET KOMMISSORIUM FOR DRIFTSFORA PÅ DET PSYKIATRISKE OMRÅDE

FORMÅL MED SAGEN

Der er efter etableringen af sundhedsklynger behov for at tilpasse kommissoriet for de tidligere lokale samordningsudvalg og Psykiatriens fælles samordningsudvalg, så kommissoriet afspejler den aktuelle samarbejdsstruktur. Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) har udarbejdet et forslag til revideret kommissorium, som er tilpasset efter en høringsrunde i formandskaberne for driftsfora på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, hvor både kommuner og psykiatriske centre/BUC er repræsenteret, samt i KAP-H.

Det tilpassede kommissorium forelægges med henblik på godkendelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS).

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter og godkender forslag til revideret kommissorium for driftsfora på det psykiatriske område.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

De tidligere samordningsudvalg på det psykiatriske område blev med etableringen af sundhedsklynger den 1.7.2022 omdannet til driftsfora. Psykiatriens fælles samordningsudvalg, der var det overordnede og koordinerende udvalg på tværs af alle planområder blev nedlagt.

Driftsfora på det psykiatriske område viderefører i et vist omfang det arbejde, der blev varetaget i de tidligere samordningsudvalg.

Forslag til revideret kommissorium

RHP har med udgangspunkt i det tidligere kommissorium udarbejdet et forslag til et nyt kommissorium, der dækker de lokale driftsfora på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet samt samarbejdet til sundhedsklyngerne.

Forslag til kommissorium har været sendt i høring hos formandskaberne for de lokale driftsfora på både voksenområdet og børne- og ungeområdet samt hos KAP-H.

Forslag til kommissorium er tilpasset på baggrund af de fremsendte bemærkninger, herunder med et bud på snitfladen til og samarbejdet med sundhedsklyngerne. Herunder er det beskrevet, at den nærmere afgrænsning og snitflade mellem sundhedsklyngernes faglige og politiske niveauer og driftsfora aftales efter behov mellem forpersonerne for sundhedsklynger og driftsfora i forhold til de opgaver, der både arbejdes med i driftsfora og sundhedsklynger.

Brugerperspektiv

Der er fortsat bruger- og pårørenderepræsentanter i driftsfora på det psykiatriske område.

VIDERE PROCES

Januar 2024: TSS drøfter og godkender kommissorium.

Februar 2024: Kommissoriet drøftes som en del af dagsordenen på de førstkommende møder i alle driftsfora efter godkendelsen i TSS.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Forslag til tilpasset Kommissorium for driftsfora under sundhedsklyngerne - tidligere samordningsudvalg

9. BESLUTNING: KLINISK ORGANISATORISK DRIFTSORGANISATION FOR TVÆRSEKTORIEL TELEMEDICIN

FORMÅL MED SAGEN

Der ønskes etableret en fælles og tværsektoriel virtuel klinisk-organisatorisk driftsorganisation til at understøtte det telemedicinske tilbud i kommuner og ambulatorier. Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) orienteres om behovet for en klinisk-organisatorisk driftsorganisation for tværsektoriel telemedicin med henblik på at godkende, at der primo 2024 påbegyndes etablering.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender etablering af en klinisk-organisatorisk driftsorganisation for tværsektoriel telemedicin i landsdel Hovedstaden.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Den landsdækkende og tværsektorielle indsats med udbredelse af et telemedicinsk tilbud til borgere med KOL (TeleKOL) er under implementering i landsdel Hovedstaden. Alle kommuner og ambulatorier er klar til/i færd med at inkludere borgere i det telemedicinske tilbud og således gå i drift, hvorved landsdelsprogrammet, som har varetaget den overordnede styring af programmet, nedlægges og forventes erstattet af en tværsektoriel driftsorganisation.

Når programmet overgår fra programorganisering til drift i Landsdel Hovedstaden, vil der være en række opgaver, der skal løftes i tværsektorielt regi for at understøtte, vedligeholde, fastholde og videreudvikle det tværsektorielle, telemedicinske tilbud. Der er tale om opgaver, der ligger i forlængelse af, at kommuner og ambulatorier selv løfter den sundhedsfaglige telemedicinske opgave.

Driftsorganisationens fokus vil være på understøttelse af de kliniske og organisatoriske dele af det telemedicinske tilbud, heraf navnet klinisk-organisatorisk driftsorganisation. Den digitale del vil spille en meget begrænset rolle i driftsorganiseringen, da forvaltnings- og videreudviklingsansvaret af den telemedicinske infrastruktur og de tilhørende digitale medarbejder- og borgerløsninger er placeret i henholdsvis Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Opgaverne ligger inden for følgende områder (bilag 1):

1. Det sundhedsfaglige tilbud
2. Service og supportopgaver, der ligger udenfor supporten i Københavns Kommune
3. Kommunikation og samarbejde
4. Kompetenceudvikling
5. Økonomi og opfølgning på effekter.

En fælles klinisk-organisatorisk driftsorganisation i Landsdel Hovedstaden vil få til formål at håndtere og koordinere fælles opgaver fra kommuner og ambulatorier samt understøtte, at det telemedicinske tilbud fortsat fastholdes og videreudvikles med afsæt i den overordnede strategiske retning for det fælles samarbejde om sundhed i hovedstaden og nationalt. Driftsorganisationen skal konkret understøtte et

ensartet tværsektorielt telemedicinsk tilbud til borgere, der bygger på det sundhedsfaglige grundlag og de aftaler, der er indgået mellem region og kommuner inden for sundhedsaftaleområdet, herunder fokusere på sundhedsfaglige og organisatoriske problematikker og understøtte videndeling, kompetenceudvikling samt sikre, at fælles organisatoriske og sundhedsfaglige problematikker bliver håndteret.

Endvidere skal driftsorganisationen løbende følge op på inklusionstakt og stå for håndtering af diverse forespørgsler fra kommuner og lungeambulatorier og sende statusorientering til relevante styregrupper, herunder TSS, samt varetage indrapporteringer til staten på fremdrift og håndtere forespørgsler fra staten og øvrige samarbejdspartnere.

Endelig skal driftsorganisationen varetage afregning mellem kommuner og region af indkøbte udstyrspakker og sikre, at indgåede aftaler mellem parterne til enhver tid er opdateret.

Den klinisk-organisatoriske driftsorganisation organiseres som et tværsektorielt sekretariat og forventes etableret primo 2024. Det organiseres på strategisk operationelt niveau under "Styregruppen for Tværsektoriel Telemedicin" (den tidligere programstyregruppe i Landsdel Hovedstaden). Omkostninger til driftsorganisationen finansieres i fællesskab af kommuner og regionen og estimeres samlet til 1,5 årsværk fordelt mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune med 50 % til hver – svarende til 0,75 årsværk til hver. Hovedstaden dækker selv de 0,75 årsværk. Den kommunale andel finansieres efter fordelingsnøglen mellem de 29 kommuner. TeleKOL er det første telemedicinske tilbud, der går i drift. Herefter følger Telemedicin til patienter med hjertesvigt (Telehjerter), som er under udvikling nu, Telemedicinsk sårvurdering (Telesår) og øvrige sygdomsområder, som over tid vil inkluderes i den klinisk-organisatoriske driftsorganisation (Bilag 1).

Det nuværende tværsektorielle netværk (referencegruppen) af implementeringsansvarlige i de 29 kommuner og på lungeambulatorier videreføres, indtil andet besluttet.

Driftsorganiseringen optimeres løbende og justeres i takt med, at der kommer nye tværsektorielle sygdomsområder på den telemedicinske infrastruktur.

Omorganiseringen medfører, at kommunerne i fællesskab skal finansiere deres andel af det tværsektorielle sekretariat svarende til 0,75 årsværk. Derfor skal etableringen af sekretariatets finansiering endeligt godkendes i KKR Hovedstaden.

VIDERE PROCES

Etablering af driftsorganisationen kan igangsættes primo 2024. TSS vil løbende få en status.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden

10. EVENTUELT

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager eventuel mundtlig orientering til efterretning.

KONKLUSION

11. ORIENTERING: ARBEJDET MED INTEGRERET DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING AF MENNESKER MED SAMTIDIG ALVORLIG PSYKISK SYGDOM OG RUSMIDDELPROBLEMATIK

FORMÅL MED SAGEN

Region Hovedstadens Psykiatri samarbejder med psykiatrierne i de resterende regioner, KL, andre kommunale repræsentanter og repræsentanter med bruger- og pårørendeerfaring om at udarbejde patientforløbsbeskrivelser og kompetenceudviklingsplaner for et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Derudover arbejder Region Hovedstadens Psykiatri på at fastlægge en lokal organisering og implementeringsplan og ”oversætte” de tværregionale patientforløbsbeskrivelser, så de tager hensyn til lokale organisatoriske forhold.

Region Hovedstadens Psykiatri vil gerne orientere Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) om det pågående arbejde med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud og indstille, at styregruppen og de fire driftsfora i psykiatrien løbende holdes orienteret om fremdriften i arbejdet.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppetager orientering om arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud til efterretning.
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at TSS og de fire driftsfora i psykiatrien løbende holdes orienteret om arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomiaftalen for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 trinvist skal indfase et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet en faglig visitationsretningslinje (1), der beskriver målgruppen og rammerne for tilbuddet nærmere:

Det integrerede dobbeltdiagnosetilbud er målrettet mennesker over 18 år med moderat til svær psykisk sygdom (eller mistanke herom) og samtidig rusmiddelproblematik. Henvielse til det integrerede tilbud skal tage udgangspunkt i en individuel, helhedsorienteret afdækning af den enkeltes behandlingsbehov og hidtidige forløb, herunder karakteren og sværhedsgraden af den psykiske sygdom og rusmiddelproblematikken, den samlede funktionsevne og forekomsten af sociale problemer og somatiske sygdomme.

I den faglige visitationsretningslinje skelnes der mellem parallelle behandlingsforløb, hvor psykiatri- og rusmiddelbehandling foregår samtidigt og koordineret på tværs af kommune og region, og integrerede behandlingsforløb, hvor psykiatri- og rusmiddelbehandling udelukkende foregår i regionen og er forankret på én lokation.

Visitationsretningslinjen beskriver en model for ”stepped-care”, hvor det parallelle forløb og det integrerede forløb er placeret på hver sit trin i modellen. Det er centralt, at den enkelte borger modtager behandling på det rette indsatstrin og har let adgang til behandling. Visitationsretningslinjen peger i den

sammenhæng på, at regionerne skal følge princippet om ”no wrong door” i behandlingen til mennesker med dobbeltdiagnose.

Trinvis indfasning af integreret dobbeltdiagnosetilbud

et er politisk besluttet, at det integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal indføres trinvist efter modellen i tabel 1. Den trinvis indfasning betyder, at regionerne først begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling fra juli 2025.

Tabel 1: Plan for indfasning af integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne		
Tidspunkt	Målgruppe	Antal (landsplan)
Indfases fra: September 2024	Gruppe 1: Patienter i aktuel behandling i psykiatrien, men ingen samtidig behandling for rusmiddelproblem	4.600
Indfases fra: Juli 2025	Gruppe 2: Patienter i aktuel behandling i psykiatrien og samtidig behandling for rusmiddelproblem i kommunalt regi	4.000
Indfases fra: Juli 2026	Gruppe 3: Patienter alene i behandling for rusmiddelproblem i kommunalt regi, men formodning om moderat til svær psykisk lidelse	700

Til at finansiere det integrerede dobbeltdiagnosetilbud øges regionernes bloktilskud med 64 mio.kr. i 2024, 178 mio. kr. i 2025, 285 mio. kr. i 2026 og 323 mio. kr. i 2027 og frem. Samtidig reduceres kommunernes bloktilskud med 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem.

Tværregionalt arbejde med integreret dobbeltdiagnosetilbud

I efteråret 2022 nedsatte regionernes psykiatridirektører en tværregional arbejdsgruppe til udvikling af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Arbejdet med at udvikle tilbuddet foregår tværregionalt for at sikre et ensartet tilbud på tværs af landet. Det er Region Hovedstaden, der leder arbejdet, og det gennemføres i tæt samarbejde med Kommunernes Landsforening, Foreningen for Ledere i Offentlige Rusmiddelbehandling (FLOR) og andre kommunale repræsentanter.

Den tværregionale arbejdsgruppe har til opgave at udarbejde beskrivelser af ambulante patientforløb og forløb for indlagte patienter. Arbejdsgruppen udarbejder derudover indholdet i en fælles kompetenceudvikling, som dog gennemføres lokalt i den enkelte region, så der er mulighed for at tage hensyn til regionale implementeringsplaner og andre regionalt betingede forhold. Kompetenceudviklingen er primært målrettet medarbejdere i regionerne, men der arbejdes også på at afdække muligheder for kompetenceudvikling til kommunale medarbejdere og pårørende.

Den ambulante patientforløbsbeskrivelse er godkendt af regionernes psykiatridirektører, og forløbsbeskrivelsen for indlagte patienter forventes godkendt i slutningen af januar 2024. Herefter ligger der i hver region en opgave med at ”oversætte” de tværregionale patientforløbsbeskrivelser, så de tager hensyn til organisatoriske forhold i den enkelte region.

Regionalt arbejde med integreret dobbeltdiagnosetilbud

Det regionale arbejde med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud er aktuelt forankret i Hospitalsledelsen for Region Hovedstadens Psykiatri, som understøttes af en programledelse. Imidlertid er der en stor opmærksomhed på, at en succesfuld udvikling og implementering af tilbuddet forudsætter et tæt tværsektorielt samarbejde og et samarbejde med et bredt udsnit af bruger- og pårørenderepræsentanter.

Aktuelt arbejder Region Hovedstadens Psykiatri på at beskrive en organisering af det fremadrettede tværsektorielle samarbejde: Indledningsvist har Kommunekontaktrådet (KKR) udpeget to kommunale repræsentanter til at indgå i arbejdet, og det foreslås derudover, at TSS og de fire driftsfora i psykiatrien løbende holdes orienteret om arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Endelig er der opmærksomhed på, at det er nødvendigt at afklare, hvordan det mere lokale samarbejde mellem hvert psykiatrisk center og kommunerne i centerets optageområde organiseres mest hensigtsmæssigt.

Det er forventningen, at Region Hovedstadens Psykiatri har en konkret plan for implementeringen af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud klar i februar 2024. På nuværende tidspunkt er der besluttet en række principper for implementeringen:

- Implementering i eksisterende tilbud og opretholdelse af nuværende organiseringer for at undgå yderligere overgange i behandlingen, det vil sige at der ikke oprettes specialtilbud eller -enheder
- Implementering i hovedfunktioner først for at sikre grundlæggende erfaringer inden der tages stilling til implementering i eventuelle specialtilbud
- Trinvis implementering for sikre en lærings- og kompetenceudviklingsproces, der tager hensyn til resterende drift, tilstrækkelige ressourcer til implementeringsunderstøttelse og optimale muligheder for løbende læring og justering
- Eksisterende dobbeltdiagnosetilbud fortsætter som tidligere, indtil der er indsamlet erfaringer med den integrerede behandling og dermed viden om, hvordan behandlingen påvirker de eksisterende tilbud

Foruden arbejdet med en implementeringsplan og det fremadrettede tværsektorielle samarbejde har Region Hovedstadens Psykiatri fokus på at indarbejde de tværregionale patientforløbsbeskrivelser i de eksisterende forløbsbeskrivelser i regionen og udarbejde mere konkrete planer for kompetenceudvikling.

Brugerperspektiv

Mennesker med dobbeltdiagnose har historisk haft svært ved at opnå en sammenhængende psykiatri- og rusmiddelbehandling, fordi ansvaret for behandlingen har været delt mellem to sektorer. Oprettelsen af et integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne skal imødegå denne udfordring og understøtte, at mennesker med dobbeltdiagnose ikke længere ”falder mellem to stole”, fordi de har behov for behandling i både kommune og region.

I arbejdet med at udvikle og implementere det nye integrerede dobbeltdiagnosetilbud samarbejder Region Hovedstadens Psykiatri systematisk med mennesker, der har relevant bruger- og pårørenderfaring. Repræsentanter med bruger- og pårørenderfaring har blandt andet deltaget på de tværregionale events, hvor patientforløbsbeskrivelser og rammer for kompetenceudvikling er fastlagt, og Region Hovedstadens Psykiatri samarbejder nu med flere af de samme repræsentanter om at fastlægge en model for den systematiske inddragelse af bruger- og pårørenderfaring i regionens mere lokale arbejde med implementering af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

1) (link) www.sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2023/Visitation-til-integreret-behandling-af-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-rusmiddelproblematik

VIDERE PROCES

Region Hovedstadens Psykiatri vil i første kvartal 2024 beskrive en organisering af det fremadrettede tværsektorielle samarbejde om det integrerede dobbeltdiagnosetilbud, og vil derudover løbende orientere TSS og de fire driftsfora i psykiatrien om arbejdet med tilbuddet.

12. ORIENTERING: PROCES VEDRØRENDE DE SÆRLIGE PLADSER I PSYKIATRIEN

FORMÅL MED SAGEN

Formålet med sagen er at orientere Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) om status for de igangværende politiske drøftelser om den fremtidige placering af de særlige pladser og om driftssituationen på de særlige pladser, som den ser ud ultimo januar 2024.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen vedrørende de særlige pladser til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

I aftalen om regionernes økonomi for 2024 er besluttet, at De Særlige Pladser i psykiatrien fra 1. juli 2024 omlægges til "...et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe." Omlægningen af De Særlige Pladser træder i kraft den 1. juli 2024.

Region Hovedstadens Psykiatri vil ikke umiddelbart kunne fastholde driften af de særlige pladser i Frederikssund, når pladstallet, som følge af økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner, reduceres til fra 42 til 28 pr. 1. juli 2024. Region Hovedstadens Psykiatri oplever det allerede tiltagende vanskeligt at opretholde driften af de nuværende 42 senge på grund af personalemangel.

Derfor er der nu en proces i gang, hvor der ses på flere scenarier for den fremtidige tilrettelæggelse af pladserne. Scenarierne forventes forelagt Region Hovedstadens social- og psykiatriudvalg d. 6. februar 2024. Derefter skal sagen godkendes i forretningsudvalg og regionsrådet.

Derfor ønsker regionen at orientere TSS om, at der kan komme ændringer i organiseringen af de særlige pladser – og om mulige ændringer - i tiden frem til, at reduktionen af pladstallet træder i kraft. Fx overvejes det at samle aktiviteten på to afsnit (mod tre i dag) tidligere end planlagt. I givet fald skal der også ske ændringer med hensyn til tomgangsbetaling. Det er nødvendigt, at belægningen ikke er markant over 28, når pladstallet bliver reduceret, da det vil skabe en omplaceringsproblematik

Det skal samtidig nævnes, at det er Region Hovedstaden Psykiatris ønske at fastholde en visitationsproces med stor inddragelse af kommunerne også efter den 1. juli 2024, selvom visitationsretten overgår til regionerne.

VIDERE PROCES

Sagen forventes forelagt Social- og Psykiatriudvalget d. 6. februar 2024. Derefter skal den fremtidige organisering godkendes i forretningsudvalget og regionsrådet. Kommunerne og TSS vil blive orienteret om den endelige beslutning.

13. ORIENTERING: STATUS NY KOMMUNIKATIONSÅFТАLE

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektoriel strategiske styregruppe (TSS) har den 1. september 2023 besluttet at nedsætte en styregruppe for arbejdet med den nye kommunikationsaftale. Formålet med denne sag er at orientere TSS om status på etablering af styregruppen.

INDSTILLING

- At Tværasektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Tværasektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation (TSDK) orienterede TSS på deres møde den 1. september 2023 om den videre proces for arbejdet med den nye kommunikationsaftale på det somatiske område, jf. bilag 1. Det blev i den forbindelse besluttet at nedsætte en styregruppe for dette arbejde. Formålet med styregruppen er at sætte en faglig og strategisk retning for arbejdet samt bidrage med perspektiver og forslag til kommunikationsaftalen med blik for at koble det tekniske, operationelle og strategiske niveau.

Der er siden mødet den 1. september 2023 blevet udarbejdet et kommissorium for styregruppen, som er godkendt af TSS-formandskabet den 22. november 2023, jf. bilag 2.

Styregruppen består af tre kommunale og tre regionale repræsentanter. For at sikre sammenhæng til det arbejde, der allerede er igangsat i regi af TSDK, er det besluttet, at formandskabet for TSDK (vicedirektør for Amager Hvidovre Hospital Tina Holm Nielsen og digitaliseringschef i Københavns Kommune Rikke Saltoft) også udgør formandskabet for styregruppen. Udpegningen af styregruppemedlemmerne forventes at være tilendebragt medio januar 2024 mhp. et første styregruppemøde primo februar.

VIDERE PROCES

Det forventes, at det første styregruppemøde afholdes primo februar. Status på styregruppens arbejde vil være fast punkt på TSS dagsordner fremover.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag 1.TSS sag 1. sep 2023

2. Bilag 2. Kommissorium for Styregruppe for ny kommunikationsaftale

Bilag 1 - overblik over adgang til SJ eller SP-Link

Overblik over kommuner i hovedstadsregionen der har
Sundhedsjournal,- og/eller SP-Link adgang til hospitaltsdata pr.12 jan 2024

Rækkemærkater	Sundhedsjournal		SP-Link eller sundhedsjournal
	adgang	SP-Link adgang	adgang
CURA	7	10	11
Albertslund Kommune	0	0	0
Allerød Kommune	1	1	1
Bornholms Regionskommune	0	0	0
Dragør Kommune	0	1	1
Egedal Kommune	0	1	1
Frederiksberg Kommune	1	1	1
Frederikssund Kommune	0	0	0
Glostrup Kommune	1	0	1
Hvidovre Kommune	0	1	1
Høje-Taastrup Kommune	1	1	1
Ishøj Kommune	1	1	1
Københavns Kommune	1	1	1
Rødovre Kommune	0	0	0
Tårnby Kommune	0	1	1
Vallensbæk Kommune	1	1	1
nexus	11	0	11
Ballerup Kommune	1	0	1
Brøndby Kommune	1	0	1
Fredensborg Kommune	0	0	0
Furesø Kommune	1	0	1
Gentofte Kommune	1	0	1
Gladsaxe Kommune	1	0	1
Gribskov Kommune	1	0	1
Halsnæs Kommune	0	0	0
Helsingør Kommune	1	0	1
Herlev Kommune	1	0	1
Hillerød Kommune	1	0	1
Hørsholm Kommune	1	0	1
Lyngby-Taarbæk Kommune	1	0	1
Rudersdal Kommune	0	0	0
Hovedtotal	18	10	22

Bilag 1 - overblik over adgang til SJ eller SP-Link

Overvejer SJ adgang	
7	17
1	0
0	2
1	0
0	1
0	1
1	2
1	0
0	1
0	1
0	2
0	2
0	2
1	0
1	1
1	2
2	11
0	1
0	1
0	0
1	1
0	1
0	1
0	1
0	0
0	1
0	1
0	1
1	1
0	
0	
9	



Projektbeskrivelse og Rammedelegation

Tværasektorielt samarbejde mellem Sygehus Lillebælt,
almen praksis og akutsygeplejen Middelfart kommune



1. Formål og baggrund

1.1 Baggrund

I Region Syddanmark og de 22 kommuner er det en fælles målsætning at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter (Sundhedsaftalen 2019-2023).

En indlæggelse af ældre, skrøbelige patienter kan medføre at tab af funktioner bliver permanente, og at risikoen for at dø inden for det næste halve år øges. Ældre patienter med flere kroniske sygdomme er i risiko for flere komplikationer ved indlæggelse, ligesom risikoen for genindlæggelser er op mod 15 % i den første måned efter udskrivelse (www.sundhed.dk).

Foruden ovenstående overordnede baggrunds faktorer er der omstændigheder, som kan problematisere processen omkring den akutte patient i samarbejdet mellem almen praksis, sygehus og kommune, for eksempel:

- sjældent muligt med svar på blodprøver samme dag
- stor forskel på om praksis prioriterer/har tid til hjemmebesøg i efterspurgt omfang
- stor forskel på de diagnostiske muligheder på tværs af almen praksis

Ud fra en betragtning om, at vi ikke kan blive ved med at gøre, som vi plejer (pga. den demografiske udvikling, antal borgere med kronisk sygdom og antal sengepladser), og for at sikre, at det nære sammenhængende sundhedsvæsen faktisk hænger sammen, er alle parter nødt til at tænke nyt og afprøve nye arbejdsgange, der både er smidige for de sundhedsprofessionelle, og som kommer borgerne til gode. En fælles indsats for hurtigere vurderinger i hjemmet vil bidrage til mere lighed i sundhed, idet diagnostikken fra akutsygeplejen både vil være med til at give hurtig og adækvat behandling, ligesom tilgangen til tilbuddet ikke afhænger af borgerens eller de pårørendes egne ressourcer.

Nærværende projekt lever op til dette, ved for eksempel at forholde sig til følgende:

- er "akut syg" det samme som at behandlingen skal foregå på sygehuset?
- indlægges borgere via almen praksis, som kunne have været håndteret i primærsektoren med bedre initial diagnostik samt mulighed for udvidede behandlingsmuligheder?
- skal IV-behandling altid opstartes på sygehuset?

1.2 Formål

Med baggrund i ovenstående problemstillinger har nærværende projekt til formål overordnet at forebygge indlæggelser via et tværsektorielt samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, almen praksis og Akutsygeplejen i Middelfart kommune gennem optimering af de præhospitale, akutte vurderinger inklusive opstart af relevant behandling i primærsektoren.

Projektet har desuden til formål at:

- give bedre behandlingsforløb for de borgere i Middelfart kommune, der kan undgå en indlæggelse
- øge kvaliteten og hastigheden af den præhospitale vurdering af den akutte patient
- opspore sygdom før og begynde behandling tidligere



2. Indhold

Projektet består af fire trin:

Titel	Indsats
1. Point Of Care Testing (POCT)	Akutsygeplejen i Middelfart tilføres POCT udstyr, som gør det muligt på få minutter at give svar på infektionstal, blodprocent, blodsukker og væsketal. Dette gør det muligt hurtigt at vurdere, hvorvidt patienten har en infektion, blodmangel eller er dehydreret.
2. Rammedelegation	Der er udarbejdet rammedelegationer til akutsygeplejen, så akutsygeplejen kan tage blodprøver, når de efter klinisk vurdering finder grund til dette (normalt må blodprøver kun tages efter forudgående kontakt med patientens egen læge). Dette styrker samarbejdet mellem akutsygeplejen og almen praksis, og begge parter sparer tid, da almen praksis kun konfereres om de patienter, som akutsygeplejen har vurderet, er relevante. Omvendt skal akutsygeplejen ikke ringe og spørge om lov til at tage prøver (som akutsygeplejen ellers normalt skal). Akutsygeplejen kan således lave en vurdering af borgere, som akutsygeplejen er blevet gjort opmærksomme på af hjemmeplejen, og kun kontakte almen praksis med relevante observationer. Almen praksis kan også bede akutsygeplejen om at foretage et akut besøg hos en borger.
3. Uden for åbningstid	Hvis akutsygeplejen skal i kontakt med almen praksis uden for åbningstid (man-fre. 8-16), kontakter de lægen på fælles akutmodtagelse i Kolding (FAM) for om muligt at forebygge indlæggelse f.eks. via igangsættelse af behandling i hjemmet. Projektet involverer ikke lægevagten. Dette er for at sikre, at medarbejdere på tværs af sektorer, der bliver kontaktet, har kendskab til projektet og de målinger, der bliver foretaget, og kan handle umiddelbart på disse.
4. IV-behandling væske	Hvis borgeren via akutsygeplejens vurdering skal have IV-væske kontaktes først borgerens egen læge lige som ved de øvrige kontakter. Herefter kontakter almen praksis den vagthavende medicinske læge, Sygehus Lillebælt, som eventuelt igangsætter behandlingen og ordinerer i FMK. For eksempel særligt blandt: • plejehjemsbeboere • personer med demens • terminale patienter • raske ældre, der er dehydrerede
5. IV-behandling antibiotika	Hvis borgeren via akutsygeplejens vurdering skal have IV-antibiotika kontaktes først borgerens egen læge lige som ved de øvrige kontakter. Herefter kontakter almen praksis den vagthavende medicinske læge, Sygehus Lillebælt, som eventuelt igangsætter behandlingen og ordinerer medicinen i FMK. Her følges altså den samarbejdsaftale, der er indgået i forhold til IV-behandling i nærområdet (IV-behandling i nærområdet, 2021), dog uden at borgeren skal på sygehuset til de første to behandlinger.



	Der er allokeret et rum på Middelfart sygehus til IV-væske og IV-antibiotika inklusive remedier. På denne måde sikres det, at der ikke bruges transportudgifter eller tidsforbrug på at fragte disse fra Sygehus Lillebælt, Kolding. Hermed bliver behandlingen heller ikke yderligere forsinket.
--	---

3. Projektforløb og tidsplan

Projektet er berammet til at løbe i 12 måneder med opstart i 3. kvartal 2023 og afslutning efter 2. kvartal 2024. I denne periode vil der indsamles data, som skal danne grundlag for den evaluering, som skal præsenteres for Sundhedsklynge Lillebælt i 2024.

4. Organisering

Organisering	Medlemmer
Projektleder	Jonas Strunge, praktiserende læge, Middelfart
Arbejdsgruppe	Jonas Strunge, praktiserende læge, Middelfart Marianne Britt Larsen, leder af sygeplejen, Middelfart kommune Anne Friesgaard Christensen, cheflæge, Sygehus Lillebælt Mohamad El-Faramawi, ledende overlæge, Sygehus Lillebælt
Styregruppe	Hanne Andersen, sygeplejefaglig direktør, sygehus Lillebælt Mette Heidemann, direktør, Fredericia kommune Irene Rossavik, social- og sundhedsdirektør, Middelfart kommune Rebekka Reinert, praktiserende læge, PLO-repræsentant
Projektsupport	Iben Lykke Eggertsen, sundhedsplanlægger, Middelfart kommune Anne Marie Burgdorf, konsulent, sygehus Lillebælt

Beskrivelse af organiseringen omkring dataindsamling og analyse, samt konkrete arbejdsgange følger.

5. Projektøkonomi

Erfaringer fra nuværende periode

- Akutsygeplejen har i den indledende projektperiode fra oktober 2022 – februar 2023 foretaget 84 vurderinger. Erfaringerne viser at: 30 % indlæggelser kan forebygges af akutsygeplejen
- 50 % af akutsygeplejerskernes besøg afsluttes uden yderligere behandling ved almen praksis eller i hospitalsregi

Timer

Akutsygeplejersken bruger i alt 80 minutter på at lave en vurdering af en borger, og med en gennemsnitlig timepris på kr. 438,50, koster en vurdering i alt kr. 584,67.

Udstyr

For at kunne lave målingerne, er der indkøbt 1x POCT udstyr til decentral prøveanalyser. Dette har en indkøbspris (uden moms) på kr. 60.000. For at kunne lave målingerne er der indkøbt *kassetter*, der



anvendes til målinger ved den enkelte borger. Her anvendes hver gang to *kassetter*, á hhv. kr. 250 og kr. 150, dvs. samlet set kr. 400.

Økonomi ved indlæggelse

DRG taksten på indlæggelse er kr. 2240 pr. dag. Denne takst er en grundtakst, hvortil der lægges behandling, undersøgelser og laboratorieprøver, dvs. at det vil variere fra patient til patient. Standardlaboratorieprøver koster samlet set kr. 441. Hvis borgeren er indlagt i mere end 24 timer, og hvis der skal tages ekstra prøver, røntgenbilleder, scanninger mv., øges prisen.

IV-behandling

Såfremt der ordineres IV væske til borgeren, har Sygehus Lillebælt (FAM) behandlingsansvaret jf. projektbeskrivelsen. Prisen for IV væske er 1000 kr. i alt som honoreres efter fordelingsnøgle 70/30 jf. Samarbejdsaftale for IV i nærområdet.

Såfremt der ordineres IV antibiotika til borgeren, har Sygehus Lillebælt (FAM) behandlingsansvaret jf. projektbeskrivelsen. Prisen for IV antibiotika er 7.000 kr. De remedier, der anvendes i forbindelse med behandlingen, betales af Sygehus Lillebælt, og kommunen honoreres efter fordelingsnøgle 70/30 jf. Samarbejdsaftalen for IV i nærområdet.

Transport

Når en borger indlægges, foregår det enten med ambulance (5.000 for en liggende transport pr. vej) eller selv-transport, hvor f.eks. en pårørende skal tage fri fra arbejde, for at kunne transportere borgerne fra hjemmet til sygehuset. Transportomkostningerne afhænger derfor af flere faktorer.

Almen praksis

Almen praksis modtager honorar for at varetage sygebesøg hos borgere, der ikke kan komme til egen læge. Et sygebesøg, der har formål at forebygge indlæggelse koster mellem kr. 1.021 – kr. 1.827, og kræver opkald fra sygeplejen. Øvrige sygebesøg koster mellem kr. 410 – kr. 1.400 (plus kilometer).

5.1 Estimerede projektudgifter

Regneeksempel ud fra at 20 % vurderes til behov for indlæggelse, 30 % opstartes med behandling i hjemmet og 50 % afsluttes uden yderligere behandling.

Finansiering af tværsektorielt samarbejde mellem sygehus Lillebælt, almen praksis og akutsygeplejen Middelfart kommune

Projektperiode: 12 måneder (opstart 3. kvartal 2023)

Udgiftspost	Specificering	Finansiering	Samlet budget
-------------	---------------	--------------	---------------

Lønmidler	Projekt måneder	Timer pr. måned	Timeløn (kr.)	Sygehus Lillebælt (kr.)	Middelfart kommune (kr.)	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
Projektleder	12	8	974,60			93.562	93.562
Projektsygeplejerske	12	10	438,50			52.620	52.620
Akut sygeplejerske	12	80	585,00			561.600	561.600
I alt				-	-	707.782	707.782

IV materiale	Projekt måneder	Antal pr. måned	Pris pr. behandling	Sygehus Lillebælt 70%	Middelfart kommune 30 %	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
IV antibiotika	12	4	7.000	235.200	100.800		336.000
IV væske	12	4	1.000	33.600	14.400		48.000
I alt				268.800	115.200	-	384.000

Transport	Projekt måneder	Antal pr. måned	Pris pr. kørsel	Sygehus Lillebælt (kr.)	Middelfart kommune (kr.)	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
Transport af IV udstyr til Middelfart							
I alt				-	-	-	-



Yderligere materiale	Projekt måneder	Antal pr. måned	Pris (kr.)	Sygehus Lillebælt (kr.)	Middelfart kommune (kr.)	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
Analyseinstrument til POCT-analyser			60.000	60.000			60.000
Kassetter til POCT-analyser	12	60	400	288.000			288.000
I alt				348.000	-	-	348.000

Samlede udgifter				616.800	115.200	707.782	1.439.782
-------------------------	--	--	--	----------------	----------------	----------------	------------------

Tabel 1: Baseret på nuværende viden, estimeres ovenstående forudsat at der: gennemføres 80 vurderinger pr. måned, igangsættes 4 IV antibiotikabehandlinger pr. måned, igangsættes 4 IV væske behandlinger pr. måned

5.2 Estimerede besparelser

Såfremt indlæggelse forebygges, forudsættes nedenstående, hvilket er vanskeligt at sætte økonomi på:



- transport til og fra sygehuset undgås
- laboratorieprøver skal ikke tages
- sygehuset anvender ressourcer på relevante patienter
- borgerens funktionsniveau falder ikke i samme grad, som ved indlæggelse. Det medfører mindre behov for efterfølgende genoptræning, pleje og praktisk hjælp i hjemmet, da funktionsniveauet opretholdes

Ovenstående er estimerede omkostninger, hvis vi gør noget. Vi skal imidlertid også holde for øje, hvad der sker, hvis vi *ikke* gør noget – altså fortsætter som vanligt. Vi skal holde flere borgere hjemme, så sengepladserne bliver brugt til "de rigtige". Vi kan derfor ikke være sikre på, at vi kommer til at se en faktisk besparelse på indlæggelser, men hvis vi *ikke* gør noget, vil udgifterne stige, med samtidig risiko for øget dødelighed, såfremt behandling igangsættes for sent. Vi er derfor nødt til at tænke nyt, så de fælles ressourcer bruges bedst muligt til gavn for både borgere og samfund.

Estimerede besparelser:

	Pris (kr.)	Antal	Pr. måned (kr.)	Pr. år (kr.)
Liggende transport, pr. vej	5.000	48	240.000	2.880.000
Sygebesøg, forebyggelse af indlæggelse, varetaget af egen læge	1.021-1.827 (gennemsnit 1.424)	60	85.440	1.025.280
Forebyggelse af indlæggelse	2.240 (DRG) 441 (blodprøvepakke)	48	128.688	1.544.256
	I alt = 2.681			
Estimeret total				5.449.536



6. Succeskriterier – borgerperspektiv

Projektet skal via en grundig og systematisk dataindsamling i projektperioden og via den efterfølgende analyse være med til at belyse, hvorvidt projektets formål er opnået. Herunder påvisning af, at der via en hurtigere og bedre diagnostik i akutsygeplejen, samt en mere ensrettet tilgang til den akutte patient kan forebygges indlæggelser på sygehuset uden at gå på kompromis med behandlingens kvalitet.

Dette borgerfokus betyder, at den enkelte borger vil opleve en hurtigere opsporing og behandling af sygdom i nærmiljøet, hvorved indlæggelse kan undgås. Det er forventningen, at sygehuset vil opleve færre akutte patienter, almen praksis vil få allokert mere tid til andre kerneopgaver og akutsygeplejen vil opleve en opkvalificering af medarbejdere og dermed stå stærkere i forhold til at tiltrække kompetente medarbejdere. Desuden vil der være en samfundsøkonomisk besparelse i forhold den ændrede tilgang til den akutte borger og behandlingen heraf.

Ud fra et borgerperspektiv er projektet altså med til at forebygge indlæggelser blandt de borgere, for hvem en indlæggelse vil kunne resultere i tabt funktionsniveau og forværring af tilstanden herunder øget sygelighed og dødelighed (www.sundhed.dk). Derudover vil borgeren opleve kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløbet i kraft af, at det er det personale, der kender borgeren bedst, der forestår behandlingen i borgerens eget hjem / vante omgivelser. Projektet kan derfor have store og vigtige konsekvenser for den enkelte borger og dennes pårørende.

7. Evaluering

Projektet vil blive devalueret efter 6 måneder og slutevalueret efter projektets udløb. Devalueringen skal bidrage til at belyse, om der skal foretages justeringer i projektet med henblik på bedste udkomme. Slutevaluering skal bidrage til at belyse projektets potentiale særligt med henblik på udbredelse.

Evalueringen af antallet af forebyggelige indlæggelser vil primært basere sig på data trukket fra sygehus Lillebælt. Disse data vil sammenholdes med en sammenlignelig kommune, for at belyse om, og i hvilket omfang, projektet er med til at forebygge indlæggelse af borgere fra Middelfart kommune.

Akutsygeplejen i Middelfart kommune indsamler under projektperioden data i forhold til antallet af vurderinger, de udfører, og hvad udfaldet af denne vurdering bliver. På den måde er det hensigten at skabe valide data i forhold til 1) borger afsluttet i hjemmet uden behandling 2) borger får igangsat behandling i hjemmet 3) borger indlægges til behandling på sygehuset.

Desuden vil der udarbejdes borger/pårørende interviews med henblik på at belyse borgerperspektivet. Disse interviews vil tage udgangspunkt i borgerens oplevelse særligt i forhold til flow, sammenhæng i forløbet og nærhed.



Procedure

Rammedelegation akutteamet for måling af blodsukker (bIs), C-reaktivt protein (CRP), hæmoglobin (Hb), væsketal, leucocyttter og differentieltælling.	
Oprettet/godkendelse af: Hvem har oprettet og hvem har godkendt.	Udarbejdet i samarbejde mellem udviklingssygeplejerske, praksiskonsulent Jonas Strunge og akutteam september 2022. Godkendt af Kvalitetsudvalget september 2022. Redaktionelle ændringer maj 2023. Praksiskonsulent Gritt Nyhegn er ansvarlig for rammedelegationen.
Målgruppe: Hvem henvender proceduren sig til? En beskrivelse af procedurens formål, og effekten af den.	Akutsygeplejen Omfatter alle borgere som akutsygeplejen er i kontakt med.
Formål: Hvad ønsker vi at opnå?	Bedre diagnostik og behandling i primærsektoren for derigennem at få opstartet behandlingen tidligere hos svage ældre borgere og undgå unødvendige indlæggelser. Sikre at akutsygeplejen bliver benyttet som første led i opsporingen af syge ældre beboere. Arbejdsgangen er at sygeplejen kontakter Akutsygeplejen hvorefter denne tager stilling til om patientens egen læge skal involveres, hvis der klinisk er belæg for dette. Ensartet tilbud til alle Middelfarts ældre beboere uanset, hvilken læge de er tilknyttet.
Definition af begreber: Forklaring af anvendte begreber	Rammedelegation: Den autoriserede sundhedsperson delegerer til en medhjælp inden for en forud fastsat ramme selv at vurdere behovet for behandling og gennemførelse heraf. Der kan foretages rammedelegation af forbeholdt virksomhed i forhold til behandling af en veldefineret patientgruppe, uden at den autoriserede sundhedsperson forinden nødvendigvis har taget stilling til, om eller hvornår behandlingen iværksættes i forhold til enkelte patienter. Ordinationer og opgaver beskrevet i instruksen kan ikke videredelegeres til andre.
Beskrivelse/fremgangs måden: Detaljeret beskrivelse af hvad, hvornår og hvordan af fremgangsmåden.	Måling af blodsukker, CRP og Hb ved kapillærblodprøve samt væsketal, leucocyttter og differentieltælling ved venøs blodprøve hører som invasive indgreb under lægeligt forbeholdt virksomhedsområde. Rammeordinationen giver på baggrund af indhentning af informeret samtykke, sygeplejersker i akutteamet i Middelfart Kommune mulighed for at: • Måle patienternes blodsukker uden en



	lægeordination, hvis der efter klinisk vurdering er mistanke om hypo- eller hyperglykæmi (indikation se VAR) • Måle patienternes CRP uden en lægeordination, hvis der efter klinisk vurdering herunder temperaturmåling er mistanke om infektioner, vævsskader eller inflammationer. • Måle patienternes Hb uden en lægeordination, hvis der efter klinisk vurdering er mistanke om anæmi (indikation se VAR) • Måle patientens væsketal, såfremt der er klinisk mistanke om dehydratio hos en klinisk påvirket patient. Klinisk mistanke kunne være stort væsketab ex længerevarende diarre/opkastning, nytilkommet konfusion, svimmelhed eller nedsat hudtugor. • Måle patienternes leucocyttal og foretage differentialtælling, hvis der efter klinisk vurdering herunder temperaturmåling er mistanke om infektioner, vævsskader eller inflammationer. Handlinger: Ved AKUT kontakt til læge fra akutsygeplejersken ved brug af en af nedenstående rammedelegationer skal der altid foreligge fuld TOBS/triagering samt klinisk vurdering. Blodsukker: Når en sygeplejerske i akutteamet måler et for højt eller for lavt blodsukker tages kontakt til lægen. For ikke diabetikere vil blodsukker normalt være: 4-11. Ved blodsukker <4 skal der handles jf. "VAR" hvis fortsat symptomer efter dette kontaktes egen læge. Hos ikke diabetiker med blodsukker >12. Hos diabetiker ved blodsukker over 20 såfremt ikke allerede plan for dette i journal eller på FMK. • Hvis der er kliniske symptomer, skal lægen kontaktes akut pr. telefon, særligt ved lave blodsukre. Crp: Når en sygeplejerske i akutteamet måler et forhøjet CRP over 10mg/L tages kontakt til lægen. • Hvis der er kliniske symptomer, skal lægen kontaktes akut pr. telefon. Hb: Når en sygeplejerske i akutteamet måler en for lav eller for høj Hb tages kontakt til lægen. Referenceinterval for hæmoglobin: Mænd er 8,3 - 10,5 mmol/L Kvinder er 7,3 - 9,5 mmol/L.
--	---



- Ved Hb værdier under 5 mmol/L skal lægen kontaktes akut pr. telefon. Hvis der er mistanke om pågående blødning skal lægen kontaktes akut uanset Hb niveau.

Væsketal:

Når en sygeplejerske i Akutteamet måler en for høj eller lav værdi svt væsketallene (Na, Ka, kreatinin) tages kontakt til patientens egen læge.

Referenceintervallerne for væsketallene er følgende:

Kalium: 3,5-4,4

Natrium: 137-145

Kreatinin for ældre: Mænd 60-125 mikromol/l, kvinder 45-105 mikromol/L

- Ved Kalium < 3 eller > 5,5 - der tages akut kontakt til lægen
- Ved Natrium < 130 eller > 150 - der tages akut kontakt til lægen
- Ved kreatinin over referenceintervallet hos en påvirket ældre patient skal der tages kontakt til lægen

Hvis der er kliniske symptomer skal lægen altid kontaktes akut.

Leucocyter:

Referenceintervallet er følgende:

Leukocyter 3,5-10 mia/L

Der tages tlf kontakt ved leukocyter under 2 eller over 10.

Differentialtælling:

Neutrofile: 2-7 Mia/L

Lymfocytter: 1,3- 3,5 mia/L

Monocyter: 0,2 - 0,7 Mia/L.

Eosinofile: <0,5 Mia/L.

Basofile: <0,1 Mia/L.

Der skal tages telefonisk kontakt til egen læge ved:

Neutrofile over 7

Lymfocytter over 10

Eosinofile over 1,0.

Abnorme fund ift monocytter og basofile noteres i korrespondance til egen læge.

Lægelig kontakt:

I hverdage mellem 8-16 kontaktes borgers egen læge. Hvis egen læge mod forventning ikke kan kontaktes, kan medicinsk bagvag FAM Kolding kontaktes på 7636 2555.

Uden for egen læges åbningstid kontaktes medicinsk bagvag FAM Kolding på 7636 2555.

Faglig sparring i vagttid:

Ved behov for lægefaglig sparring i vagttid kan medicinsk bagvag FAM Kolding kontaktes på 7636 2555.

Ved behov for sygeplejefaglig sparring i vagttid kan zoneleder FAM Kolding kontaktes på 7636 3195.



Referencer: Det er vigtigt at angive de referencer/kilder der er brugt.	Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundhedsstyrelsen, VEJ nr 115 af 11/12/2009 Måling af C - Reaktivt protein og hæmoglobin (Hb), lokal procedure i VAR Blodglukosemåling, procedure i VAR Administration af insulin med insulinpen, procedure i VAR Reference til klinisk biokemi, Sundhed.dk/Lægehåndbogen/Blodprøver https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/klinisk-biokemi/blodproever/												
Specielle lokale forhold: Hvis der er forhold der vigtige lokalt-fx tlf. nr. el. fysiske rammer.	Alle lægehuse skal kontaktes på bagomnumre eller akuttelefon. Disse numre forefindes på lommekort i akutsygeplejens tasker.												
Revideres af: Hvem har ansvar for at revidere.	Praksiskonsulent Gritt Nyhegn, tlf 6441 0646 (lægehuset). Underskrifter: <table><tr><td>Gritt Nyhegn/dato</td><td>Henrik Mott</td></tr><tr><td>Frandsen/dato</td><td></td></tr></table> <table><tr><td>Praksiskonsulent og Fænosundlægerne Ravn</td><td>Stedfortræder for social- og sundhedsdirektør Irene</td></tr><tr><td>Teglårdsparken 116, 1. 5500 Middelfart</td><td>Rossavik Social- og</td></tr><tr><td>Sundhedsforvaltningen</td><td>Middelfart Kommune</td></tr><tr><td></td><td>Nytorv 9, 5500 Middelfart</td></tr></table>	Gritt Nyhegn/dato	Henrik Mott	Frandsen/dato		Praksiskonsulent og Fænosundlægerne Ravn	Stedfortræder for social- og sundhedsdirektør Irene	Teglårdsparken 116, 1. 5500 Middelfart	Rossavik Social- og	Sundhedsforvaltningen	Middelfart Kommune		Nytorv 9, 5500 Middelfart
Gritt Nyhegn/dato	Henrik Mott												
Frandsen/dato													
Praksiskonsulent og Fænosundlægerne Ravn	Stedfortræder for social- og sundhedsdirektør Irene												
Teglårdsparken 116, 1. 5500 Middelfart	Rossavik Social- og												
Sundhedsforvaltningen	Middelfart Kommune												
	Nytorv 9, 5500 Middelfart												



NOTAT

Til: Oversigt over samarbejdsfora organiseret under TSS

Tværasektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet

På baggrund af forespørgsel fra sundhedssekretariatet ifm. udløb af den eksisterende sundhedsaftale 2019-2023 ved årsskiftet, følger her tilbagemelding fra *Tværasektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet*. Forespørgslen har været drøftet i forummet ved møde d. 5. september og igen d. 23. november 2023 med udgangspunkt i de spørgsmål, som er gengivet i nedenstående tilbagemelding.

Overordnet er der et ønske om at bibeholde samarbejdsforummet, mens det skal tilsikres, at kommissoriet for gruppen udbygges, således der sker en understøttelse og koordinering af databehov mellem sundhedsklyngerne og sparring og videndeling ift. mulighederne for udarbejdelse af analyser i de enkelte klynger. Der lægges stor vægt på, at forummet giver værdifuldt input til nationalt arbejde med data på tværs af sektorer, og at arbejdet relateret til analyser og ledelsesinformation skal være efterspørgselsdrevet.

1. Hvad er de primære arbejdsopgaver for jeres samarbejdsforum? (præciser gerne nærmere end formuleringer i kommissorium) Og hvilke opgaver/områder har I brugt mest tid på?

- Bidrag til forskellige projekter, hvor der har været behov for data og viden om afregning, herunder særligt:
 - Afregningsmodel for IV-aftalen.
 - Hjerterehabilitering.
 - Ryglidelser (2 forskellige arbejdsgrupper, hhv. afdækning af område og monitorering af pilotprojekt).
- Arbejde med kvalificering og forbedring af nationale data, særligt ift. det nationale projekt 'Sundhedsdata på tværs'.

- Sparring og videndeling fra nationale fora vedr. data og økonomi.
- Arbejde med tilgængelighed af Datapakke for Det Nære Sundhedsvæsen, så det bliver tilgængeligt for kommuner og øvrige interesserede (DMZ-serveren).

2. Er det vigtigt, at disse arbejdsopgaver løses på tværs af klyngerne? Eller er det opgaver, der bedst håndteres lokalt?

- Det er vigtigt, at der sikres en videndeling regionalt, og ikke kun på klyngeniveau.
- De specifikke projekter, der er nævnt ovenfor, går alle på tværs af kommuner i hele regionen, hvorfor koordinering centralt er vigtigt.
- Der er et stort ønske om at kunne koordinere bedre med og mellem klyngerne, end det er tilfældet i dag.
- Vi er blevet opmærksomme på, at der findes et netværk for klyngesekretariater, som måske kunne være et relevant sted, at gøre reklame for samarbejdsforummets kompetencer.
- I dag ved vi, at der findes datagrupper under klynge midt og byen, der ser på nøgletal, der kan anvendes lokalt – vi har et ønske om, at udvikling af evt. supplerende ny ledelsesinformation sker i et samarbejde på regionsniveau, således alle klynger ikke skal opfinde den dybe tallerken (med risiko for forskellige løsninger). Forebyggelige indlæggelser er et eksempel, hvor det nye nationale data desværre ikke svarer på relevante spørgsmål, herunder mulighed for opdeling på diagnosegrupper og prioritet.

Behovet for at kunne udveksle CPR nr. ift. at finde fællesmængden af borgere/patienter har været drøftet ift. statistiske formål, som ikke kan honoreres i det nationale arbejde p.t.

3. Hvad er de vigtigste resultater, I har opnået med jeres samarbejdsforum?

- Videndeling og sparring, herunder input til nationale fora omkring løsninger i 'Sundhedsdata på tværs', som sikre en bedre og mere anvendelig national dataløsning
- Afregningsmodel for IV-aftalen
- Indsigt i hjerterehabileringsopgaven gennem analyse
- Afdækning af muligheder i eksisterende data ifm. nyt forløbsprogram for ryglidelser samt udarbejdelse af monitoreringsdesign til pilot

4. Hvilke opgaver/områder arbejder I aktuelt med eller har pipeline?

- Udviklingsopgaver i nationalt regi og input til dette (bl.a. Sundhedsdata på tværs)
- Udvikling af indikatorer for det nære sundhedsvæsen regionalt
- Der forventes et større arbejde ifm. ny medfinansieringsmodel, når denne er klarlagt nationalt

- Ryglidelser og afrapportering på pilotprojekt i starten af 2024
- Opfølgning på IV-aftalen og input til evaluering

5. Er det jeres oplevelse, at samarbejdsforummet har den rette sammensætning, hvis samarbejdsforummet skal fortsætte?

- Lige nu er forummet ikke så relevant for følgende områder, hvor vi kunne have et ønske om at have en referencegruppe, hvorfra vi kunne trække på medlemmer ad hoc (og medlemmer skal ligeledes kunne dagsordenssætte punkter), fx til temadrøftelser:
 - Almen praksis
 - Psykiatri.
- Der er ønske om at supplere kommissoriet med koordinering af data-behov og dataunderstøttelse mellem sundhedsklyngerne.
- For at imødekomme koordineringsbehov, vil vi gerne afprøve at gøre brug af at supplere samarbejdsforummet med ad hoc repræsentanter fra hver klynge/datagruppe i hver klynge, som også skal have mulighed for at dagsordenssætte punkter. Det er vigtigt, at det tænkes som supplement til eksisterende struktur og medlemmer, således at vigtig viden, der er genereret i gruppen over lang tid, ikke går tabt.

Supplerende til ovenstående spørgsmål, har vi i forummet på foranledning af formændene drøftet yderligere.

Hvem bør være gruppens vigtigste samarbejdspartnere?

- Klyngerne
- Andre grupper under sundhedsaftalerne, som har opgaver, der skal løses på dataområdet

Hvordan får man bedst etableret det samarbejde?

- Ved bedre koordinering med klyngesekretariater/datagrupper (se ovenstående)
- Gennem det fælleskommunale sundhedssekretariat, som skal være gode til at guide opgaver omkring data gennem samarbejdsforummet

Er det vigtigt med gruppen som informationskanal i forhold til dataarbejdet i stat, region og kommune?

- Ja, meget jf. ovenstående.

Har gruppen en berettigelse fremadrettet?

- Ja, jf. ovenstående. Men gruppen skal være efterspørgselsdrevet.

Mødestruktur forventes at der indkaldes op til 4 gange årligt i det ordinære samarbejdsforum. Vi skal dog være meget skarpe på ikke at mødes mere end

Bilag 1 - Oversigt nuværende samarbejdsfora

der er dagsorden til, og fysiske møder skal give mening ift. indholdet på dagsorden. Vi skal være opmærksomme på at aflyse, hvis det ikke er relevant at mødes, eller omlægge til virtuelt møde.



NOTAT

Til: Oversigt over samarbejdsfora organiseret under TSS

Tværasektoriel samarbejdsforum for digital kommunikation

Tilbage melding fra formandskabet

1. Hvad er de primære arbejdsopgaver for jeres samarbejdsforum? (præciser gerne nærmere end formuleringer i kommissorium) Og hvilke opgaver/områder har I brugt mest tid på?

Udarbejdelse af udkast til regionale aftaler om brug af diverse digitale kommunikationsveje. Sikring af samtidig ibrugtagning og ensartet brug af nye kommunikationsveje i alle relevante sektorer i hovedstadsregionen. Overblik over hvad der er på vej nationalt/lokalt.

Vi har konkret arbejdet med:

- Understøtte arbejdet med 72 timers behandlingsansvar
 - Aftale om brug af kommunikationsveje
 - VDX videoløsning etableret
- Understøtte arbejdet med IV aftalen
 - Aftale om brug af kommunikationsveje
- Kvalitet i epikriser
 - Sikre bedre overskuelighed i epikriser fra hospital til praksis
- Aftale mellem kommuner og region om arbejdsgang ved fejl i overførsel af data fra SP til FMK
- Igangsat brugen af MedComs SOR-vejledning til kommunerne
- Udarbejde kommunikationsaftale med KM mellem Region Hovedstadens Psykiatri og de kommunale myndighedsområder på social og psykiatriområdet
- Opstart på revision af kommunikationsaftale for det somatiske område
 - Tilpasset bilag til den eksisterende kommunikationsaftale for indlagte
 - Analyse af akut ambulans arbejdsgang

- Procesplan for involvering af samarbejdspartnerne
- Aftale om brug af KM til kropsbårne hjælpemidler
- Aftale om brug af KM til fremsendelse af terminale erklæringer fra hospital til kommune
- Følger udvikling på nationalhold/MedCom. Eksempelvis MedCom 13 arbejdsprogrammet, implementeringen af sundhedsdatastyrelsens "Fælles patient overblik", Kommunernes adgang til SP-Link og Sundhedsjournalen

2. Er det vigtigt, at disse arbejdsopgaver løses på tværs af klyngerne? Eller er det opgaver, der bedst håndteres lokalt?

Implementering af nationale/regionale digital kommunikation, kræver samtidig ibrugtagning og udarbejdelse af tværsektorielle aftale om ensartet brug på tværs af sektorer. Da samme borger kan blive behandlet på flere forskellige hospitaler alt efter diagnose, er det vigtigt at der samme kommunikationsarbejdsgang mellem alle hospitaler og kommuner. Dette kan ikke løses lokalt.

3. Hvad er de vigtigste resultater, I har opnået med jeres samarbejdsforum?

Kommunikationsaftale på det psykiatriske område har længe været efterspurgt. Her er der blevet godkendt aftale med brug af korrespondancemeddelelsen mellem regionens psykiatriske centre og de kommunale myndighedsområder inden for social og psykiatri.

November 2024 er det forventningen at det ny "advis om sygehus ophold", som også dækker advisering til kommunerne om borgere som opholder sig på hospitalernes akutmodtagelser, starter op. Gruppen har her opstartet udarbejdelse af analyse om kommunikation omkring akutambulante borgere. I den forbindelse skal der også ske en revision af den eksisterende kommunikationsaftale.

Endelig er det i regi af TSDK at der sikret fremdrift i arbejdet med kvalitetsforbedringer af indholdet i epikriserne.

Samarbejdsforaet har også en vigtig funktion i forhold til at

- komme med oplæg til kommunikation i forhold til diverse indgåede aftaler - 72 timers behandlingsansvar, IV aftalen mm.
- komme med bud på, hvordan tunge arbejdsgange kan forsimples og gøres hurtigere primært til gavn for det samlede patientforløb. At få terminalerklæringen transformeret fra at blive sendt med almindelig post til at den nu sendes via korrespondancemeddelelse er et eksempel på dette.
- have overblik over hvad der er af nationale planer/MedCom udvikling for området og kan igangsætte tværsektorielt samarbejde i hovedstadsregionen omkring dette.

4. Hvilke opgaver/områder arbejder I aktuelt med eller har pipeline?

- Kommunikationsaftale mellem kommuner og hospitaler omkring akut-ambulante borgere og revisionen af eksisterende kommunikationsaftale for indlagte borgere
- Implementering af KM på psykiatriområde
- Ensartet navngivning af kommunale enheder i SOR
- Kvalitetsforbedringer af epikriser

5. Er det jeres oplevelse, at samarbejdsforummet har den rette sammensætning, hvis samarbejdsforummet skal fortsætte?

For de fleste opgaver har TSDK den rette sammensætning i forhold til at komme i mål med opgaven. I flere tilfælde er der trukket ad hoc medlemmer ind i gruppen med særlig viden inden for et specielt område. Endelig har det vis sig nødvendigt at supplere TSDK med en egentlig styregruppe, for det noget større projekt med revision af kommunikationsaftalen. Dette for at sikre faglig strategisk retning for området. Her forventes det at TSDK får formandskabet for styregruppen og at TSDK skal agere arbejdsgruppe for styregruppen. Begge dele for at sikre sammenhæng mellem TSDK og styregruppe.

I forhold til det nye klyngesamarbejde er det nødvendigt med en repræsentant fra hver klynge i gruppen. Dette for at sikre frem/tilbage melding mellem TSDK og klyngerne.



NOTAT

Til: Oversigt over organiseringen under TSS

Tværasektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering

1. Hvad er de primære arbejdsopgaver for jeres samarbejdsforum? (præciser gerne nærmere end formuleringer i kommissorium) Og hvilke opgaver/områder har I brugt mest tid på?

Tværasektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering (herefter Samarbejdsforum) har primært arbejdet med kommunikation i overgange, problemstillinger og arbejdsgange relateret til snitflader generelt og i relation til specifikke patientgrupper (herunder COVID-19) og understøtte implementering af samarbejdsaftaler (særligt snitfladebeskrivelse for genoptræning efter indlæggelse på et psykiatrisk center), samt implementering og opdatering af Tværasektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser.

Derudover har samarbejdsforum arbejdet med at zoome ind på, hvordan der kan arbejdes med ulighed i sundhed, patient- og pårørendeinddragelse og ledelse på tværs i relation til genoptræning og rehabilitering. Fx drøftelser om frafald ved rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer, betydning af sundhedskompetencer og personalets forforståelse.

Dvs. samarbejdsforummet har overordnet haft fokus på og brugt mest tid på:

- Kommunikation på tværs
- Snitflader ift. udvalgte patientgrupper (herunder COVID-19)
- Implementering af samarbejdsaftaler
- Tværasektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Ulighed i sundhed
- Patient- og pårørendeinddragelse.

2. Er det vigtigt, at disse arbejdsopgaver løses på tværs af klyngerne? Eller er det opgaver, der bedst håndteres lokalt?

I Samarbejdsforum er alle sundhedsklynger/planområder repræsenteret med en repræsentant fra en kommune og fra et hospital. Det betyder, at hvis der behandles en problemstilling, der er opleves i et område, kan der opnås perspektiver fra de andre områder. Det kan dels afdække, om der er tale om en mere generel problemstilling, dels bidrage til mere ensartet håndtering på tværs af områder, idet der kan tages principielle drøftelser og evt. beslutninger.

Generelt har Samarbejdsforum en stor rolle og opgave i at understøtte et ensartet og velfungerende tværsektorielt samarbejde om genoptræning og rehabilitering på tværs af regionen/sundhedsklynger. Hertil kommer, at mange specialer kun ligger på 1-3 hospitaler. Desuden er Rigshospitalet ikke repræsenteret i de tværsektorielle samarbejdsfora under sundhedsklyngerne, hvorfor samarbejdet i forhold til en lang række patientgrupper er svært at tage op lokalt. Samarbejdsforummet er på den måde også med til at udbrede erfaringer / viden fra fx Byg Bro projekter eller forskning.

Samarbejdsforum finder, at den nuværende struktur med et forum på tværs af regionen og lokale samarbejdsfora under sundhedsklyngerne er velfungerende, da de lokale samarbejdsfora er bedst til at håndtere de helt lokale praksisnære udfordringer, der opstår i samarbejdet i det daglige. De mange års samarbejde på dette område har betydet, at der er gode relationer både på ledelses- og medarbejderniveau, som muliggør et smidigt samarbejde i dagligdagen til gavn for borgerne. Dette kunne evt. styrkes ved at have flere delestillinger. De lokale samarbejdsfora er alle repræsenteret i Samarbejdsforum, og det er derfor let at få afklaret de lokale problemstillinger dér, fremfor at det skal rettes til Faglig sundhedsklynge, som herefter kan rette henvendelse til Tværsektoriel strategisk styregruppe. Desuden er der en oplevelse af, at Faglige sundhedsklynger og TSS almindeligvis beskæftiger sig med mere overordnede problemstillinger.

3. Hvad er de vigtigste resultater, I har opnået med jeres samarbejdsforum?

- Sikre ensartede arbejdsgange og genoptræning og rehabilitering af høj kvalitet, og dermed bidrage til bedre og sammenhængende patientforløb (fx udarbejde og opdatere de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser, udarbejde eller revidere snitfladekataloger/beskrivelser)
- Understøtte implementering af snitfladebeskrivelse om G-GOP i psykiatrien
- Skabt større opmærksomhed på ulighed i sundhed ift. genoptræning og rehabilitering, herunder pilotafprøvning af et screeningsredskab for

sundhedskompetencer og kommunikation mellem sektorer om sundhedskompetencer

- Ledelse på tværs: Sikre kendskab på tværs og mulighed for at håndtere problemstillinger inden for en formaliseret ramme.

4. Hvilke opgaver/områder arbejder I aktuelt med eller har pipeline?

- Udarbejde og få godkendt snitfladebeskrivelse for samarbejdet om genoptræning af børn og unge, der udskrives fra psykiatrien
- Justeringer af snitfladebeskrivelse for samarbejdet om genoptræning af voksne, der udskrives fra psykiatrien
- Følge op på pilotafprøvning af et screeningsredskab for sundhedskompetencer og kommunikation mellem sektorer om sundhedskompetencer
- Opdatering af snitfladekatalog for genoptræning af voksne, der udskrives fra somatikken
- Drøfte endelige resultater af pilotafprøvning af nyt forløbsprogram for ryglidelser og implementering af forløbsprogrammet
- Opfølgning – indrapportering fra kommuner til hjerterehabiliteringsdatabase.

5. Er det jeres oplevelse, at samarbejdsforummet har den rette sammensætning, hvis samarbejdsforummet skal fortsætte?

Samarbejdsforummet er enige om, at den nuværende sammensætning er den rette i forhold til de opgaver, der aktuelt håndteres. Medlemmerne er ledelsesrepræsentanter for genoptræning og rehabilitering fra henholdsvis hospitalerne og kommunerne, hvilket betyder, at de er tæt på driften, tæt på det tværsektorielle samarbejde samt de personer der lokalt står for udvikling og implementering af nye tiltag, nye snitflader indenfor genoptræning og rehabilitering.

Det er desuden afgørende, at der er både repræsentanter fra kommuner og hospitaler fra hvert planområde, i forhold til at sikre ensartethed på tværs og kunne tage principielle drøftelser/beslutninger. Her er sammenhængen til de lokale samarbejdsfora vigtig.

Bilag: Oversigt over konkrete opgaver/emner, behandlet af Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering efter 2020-2023

Emne	Beskrivelse
Håndtering af og samarbejde om genoptræning og rehabilitering under COVID-19	Videndeling om håndtering af forskellige patientgrupper under nedlukning og aftaler ved evt. ny nedlukning. Videndeling om samarbejde om patienter med COVID-19 – behov, symptom billede, senfølger, test, forventning til antal GOP, arbejds gange. Pukkelaftvikling. Samarbejde om patienter med COVID-19, herunder senfølger. Behov for tværsektoriel temadag drøftet.
Gennemgang af samarbejdsaftaler på genoptræningsområdet	Sanering i gamle aftaler og mindre justeringer (i 2020). Beslutning om at opdatere snitfladekataloget for voksne (somatic) (ultimo 2023).
Implementering af snitfladebeskrivelse for samarbejdet om genoptræning af borgere, der udskrives fra psykiatriske centre	Godkendelse af plan, og nedsættelse af arbejdsgruppe for implementering af GOP i psykiatrien (voksne). Følge arbejdsgruppe og drøfte fremdrift. Henvendelse om projekt Udvikling af tværsektorielt kompetence- og videndelingsprogram om den psykiatriske patient. Beslutning om, at samarbejdsforum bliver styregruppe og arbejdsgruppen om GOP i psykiatrien nedsætter en projektgruppe.
Følge udvikling, implementering og opdatering af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser (TGFB)	TGFB for skulderalloplastik TGFB for den ældre medicinske patient med dysfagi Opdateret TGFB for TKA Opdateret TGFB for hoftenært brud Audit af TGFB for den ældre medicinske patient med funktionsnedsættelse Audit af TGFB skulderalloplastik Drøftelse af behov><ressourcer. Fokus på nationale kliniske retningslinjer.
Lighed i sundhed	Oplæg og drøftelser, bl.a. sundhedskompetencer, muligheder for differentiering, fælles sprog, støtte i overgange. Lighed i sundhed som en fast del af sagsfremstillinger.

Kvalitet i genoptræningsplaner	Genoptræningsplanen som det vigtigste kommunikationsredskab i det tværsektorielle samarbejde om genoptræning – en god genoptræningsplan er væsentlig for et godt forløb. Nedsættelse af arbejdsgruppe: Afprøve hypotese om information om sundhedskompetencer i GOP kan understøtte kommunernes tilrettelæggelse af forløb, særligt for patient med en mindre grad af sundhedskompetencer. Følge pilot > ønske om opskalering af pilotprojekt.
Forløbsprogrammer - henvisningsprocedurer	Audit om afsendelse af GOP og kommunehenvisning for kræftpatienter. Enighed om at Notat om Henvisningsprocedure: XREF15-GOP er fortsat gældende, og hospitalsrepræsentanterne sætter fokus på dette. Gentagelse af audit viser fortsat behov for fokus på at få henvist korrekt med hhv. GOP og XREF15. Særligt at der også laves en GOP. Beslutning om, at chefterapeuterne igen går tilbage til de henvisende afdelinger og ambulatorier for at sikre korrekt afsendelse af GOP/kommunehenvisning.
Forløbsprogram for kræft	Oplæg om tværsektorielt og tværkommunalt samarbejde om kræftrhabilitering. Drøftelse af status for implementering (REHPA), herunder ønske om fokus på opsamling af data på nationalt niveau. Opfordring til lokale drøftelser.
Revideret forløbsprogram for hjertekar-sygdomme	Drøftelse af revideret program. Oplæg om og drøftelse af årsager til frafald og fravær ved hjerterehabilitering, herunder ved sektorovergange.
Forløbsprogram for ryglidelser	Orientering om status på nyt forløbsprogram for ryglidelser, herunder at igangsættelse af pilotprojekt. Følge pilot.
Hjerterehabiliteringsdatabase	Drøftelse om kommunernes mulighed for at indrapportere til den nationale kvalitetsdatabase Dansk hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). Københavns Kommune vil afprøve Region Midts løsning – skal følges i samarbejdsforum.
Kommunale kvalitetsdatabaser	Orientering om ny national kommunal database for borgere, der proteseforsynes efter benamputation (Pro-Amp), samt drøftelse af evt. andre kvalitetsdatabaser.
Samarbejde ift. genoptræning af intensive patienter	Oplæg om Byg Bro projekt. Enighed om særlig opmærksomhed på genoptræningsbehov efter intensiv indlæggelse. Som minimum bør det fremgå af

	genoptræningsplanen, at patienten har været indlagt på intensivafdeling, så kommunen kan være opmærksom på senfølger afledt af dette.
Patienter med Guillain-Barré syndrom	Drøftelse af erfaringer, indhold i GOP, behov for individuel vurdering. Ved behov for tidlig opstart af genoptræning efter udskrivelse, skal dette varsles. Ofte almen GOP, men ved stor symptomkomplekshed og behov for tværfaglig indsats skal der tilbydes GOP på specialiseret rehabilitering.
Patienter med Claudicatio intermittens	Orientering om materiale til implementering i klinisk praksis, og drøftelse af snitfladerne imellem sektorerne. Kan evt. henvises til forebyggende tilbud (§119). Behov for mere viden om målgruppe og tilbud lokalt.
GOP til børn og unge i psykiatrien	Drøftelse af behov for snitfladebeskrivelse ift. børn og unge i psykiatrien. Beslutning om at nedsætte en arbejdsgruppe.
Ledelse på tværs	Oplæg om ledelse på tværs og relationel koordinering. Drøftelse af, hvordan ledelse på tværs kan understøtte de sammenhængende patientforløb. Beslutning om indgå som overordnet princip.
Samarbejdet om den ældre medicinske patient	Opfølgning på auditresultaterne fra TGFB den ældre medicinske patient, særligt opmærksomheden på at sikre ernæringstilskud i forbindelse med træning til borgere med sarcopeni. Desuden hvilken rolle terapeuterne har i genoptræningsforløbet i fremtiden og hvordan civilsamfundet eksempelvis kan aktiveres i forbindelse med den ældre borgers genoptræningsforløb.



NOTAT

Til: Oversigt over samarbejdsfora organiseret under TSS

Tværasektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler

1. Hvad er de primære arbejdsopgaver for jeres samarbejdsforum? (præciser gerne nærmere end formuleringer i kommissorium) Og hvilke opgaver/områder har I brugt mest tid på?

- Videreførelse af eksisterende udviklings- eller driftsopgaver på hjælpemiddelområdet i regi af sundhedsaftalen, fx opdatering eller videreudvikling af snitfladekataloget for behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Kvalificering og perspektivering af henvendelser fra samordningskonsulenter, region og kommuner, som vedrør praksisnære problemstillinger og arbejdsgange, samt finansieringsansvar for de enkelte typer af behandlingsredskab/hjælpemiddel
- At fungere som mægler imellem uenige parter med afsæt i snitfladekataloget og en fælles fortolkning af afgrænsningscirkulærets rammer.

2. Er det vigtigt, at disse arbejdsopgaver løses på tværs af klyngerne? Eller er det opgaver, der bedst håndteres lokalt?

I dag søges problemstillingerne vedrørende snitflader i forvejen løst lokalt (og i langt de fleste tilfælde med stor succes), men når parterne kører fast, kontakter de Samarbejdsforum, som kan give sit bud på løsning af den konkrete problemstilling.

I den henseende er Samarbejdsforum – med sin brede deltagerkreds og sit store bagland – medvirkende til, at potentielle konflikter løses med stor saglighed og med samtlige regionens og kommunernes kompetencer til rådighed.

Når en problemstilling er drøftet og samarbejdsforum har budt ind med sin vurdering, anlægges samarbejdsforums vurdering og tilgang ofte efterfølgende i forholdet mellem andre kommuner og hospitaler end de, som bragte problematikken til torvs.

I belysningen af tværsektorielle problemstillinger, har Samarbejdsforum desuden haft stor glæde af at sende dem til kommentering i det, vi betegner som hhv. det regionale bagland og det kommunale bagland, hvor i forvejen udpegede repræsentanter fra de to sektorer bidrager med uvurderlig viden til forummets arbejde.

3. Hvad er de vigtigste resultater, I har opnået med jeres samarbejdsforum?

Aftalen om kropsbårne hjælpemidler: Samarbejdsforum udarbejdede i 2022 Aftale om ansøgning om kropsbårne hjælpemidler til indlagte/ambulante patienter, som ikke selv kan ansøge digitalt. Samarbejdsaftalen betyder, at regions personale på vegne af borgeren (med samtykke) kan ansøge kommunerne om varige hjælpemidler på udvalgte områder, når borger er i kontakt med hospitalet enten via indlæggelse eller ambulant.

Ansøgningen sendes via en korrespondancemeddelelse og regionen forpligter sig til at medsende de nødvendige oplysninger, så borgers ansøgning kan behandles ud fra det foreliggende. Herved skabes en hurtig og smidig arbejdsgang for region og kommune til gavn for borgeren, idet borgeren hurtigere får behandlet sin ansøgning.

Revision af Snitfladekataloget: Det er en ressourcetung proces at opdatere og vedligeholde Snitfladekataloget. Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler er godt rustet til det løbende arbejde, da såvel region og kommuner i forvejen er repræsenteret her med meget vidende folk fra hjælpemiddel/ behandlingsredskabs-området.

Samarbejdsforum har lavet et relativt stort forarbejde til at omlægge Snitfladekataloget til et digitalt opslagsværk, ligesom samarbejdsforum løbende har holdt sig opdateret med hvilke revisioner, der skal foretages i fremtidige versioner.

Samarbejdsforums historik og erfaring på området kan være svær at replikere, hvis en anden enhed skulle varetage de fremtidige revisioner af Snitfladekataloget.

Brugerinddragelse: Samarbejdsforum er førende indenfor inddragelse af patienter og benytter sig løbende af sit eget brugerpanel, eller PIU til at kvalificere Samarbejdsforums arbejde. Efter et vellykket pilotprojekt besluttede Samarbejdsforum i 2023, at alle dagsordener forud for møder i forummet skal sendes til kommentering hos brugerpanelet, som skriver brugerperspektivering til hvert eneste dagsordenspunkt.

Det har været tankevækkende og lærerigt for alle involverede at blive tvunget til at forholde sig til brugerperspektivet på *alle* sager – også sager, vi ellers ikke ville have troet havde et brugerperspektiv, eller som vi tidligere ville have vurderet var for komplekse til at lægge til kommentering hos personer uden sundhedsfaglig baggrund. Vi vurderer det er en positiv tilgang til processen og drøftelserne i vores forum.

4. Hvilke opgaver/områder arbejder I aktuelt med eller har pipeline?

Samarbejdsforum udarbejdede sit bud på en snitflade for kompressionsstrømper (Snitflade 2c), som indgik i oplægget til TSS, da TSS besluttede at godkende alle opdateringer til snitfladekataloget med undtagelse af 2c, da området var for konfliktfyldt på daværende tidspunkt. Samarbejdsforum følger denne snitflade med stor interesse og spiller aktivt og konstruktivt ind i det igangværende arbejde med at finde en løsning på problematikken.

Samarbejdsforum har igennem flere år arbejdet på at foregribe, at borgere utilstet bliver fanget imellem region og kommune, samt løbende opsamlet konkrete eksempler fra sit arbejde. Den opsamlede data og viden tager Samarbejdsforum med sig ind i den arbejdsgruppe, Sundhedssamarbejdsudvalget har nedsat. Arbejdsgruppen skal udarbejde et overblik over områder, hvor praksis er entydig og områder, der er uklarhed om, samt forslag til foreløbig håndtering af områder der er uklarhed om med fokus på, at der kan opnås en mere ensartet praksis på tværs af regionen og ikke mindst ensartet kommunikation til borgerne.

Samarbejdsforum har desuden arbejdet på et visionspapir for en ny finansieringsmodel, der italesætter processen fra behandlingsredskab til varigt hjælpemiddel, som erfaringsmæssigt er den snitflade, der oftest giver anledning til uenighed imellem region og kommune om betaling. En løsning, der varetager disse snitflader vil derfor have en betydelig positiv indvirkning på antallet af sager, hvor borgere bliver fanget imellem sektorerne og i værste fald selv må betale for hjælpemidler/ behandlingsredskaber, som burde være stillet til rådighed for dem.

5. Er det jeres oplevelse, at samarbejdsforummet har den rette sammensætning, hvis samarbejdsforummet skal fortsætte?

Samarbejdsforum har ved flere lejligheder savnet juridiske kompetencer blandt mødedeltagerne. Kompetencerne findes i såvel region som kommuner, men af hensyn til fremdriften i arbejdet, kunne det være en fordel, at de var knyttet tættere til Samarbejdsforum – og helst sad med som medlemmer.



NOTAT

Til: Oversigt over samarbejdsfora organiseret under TSS

Tværsektorielt samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade

1. Hvad er de primære arbejdsopgaver for jeres samarbejdsforum? (præciser gerne nærmere end formuleringer i kommissorium) Og hvilke opgaver/områder har I brugt mest tid på?

Nedenfor er opsummeret de vigtigste, ifølge dem selv, arbejdsopgaver og herunder deres konkrete opgaveløsning.

- Gode overgange fra barn til voksen
 - Inddragelse af eksperter fra børneområdet.
 - Afholdelse af møder med udvalgte kommuner
 - Udarbejdelse af notater
 - Henvendelse til sundhedsstyrelsen
- Tværsektoriel Kompetenceudvikling
 - godkendelse af notat
 - samarbejde med HR
 - Beskrivelser af indhold
- Logopædisk indsats efter indlæggelse – kommunikationsveje, ventetider og samtykke
 - Kortlægning, oplæg, afprøvninger, invitation af gæster udefra – drøftelser om fokus på forbedringer og forkortelser af ventetider
- Status på implementering af implementeringsplanerne for voksne
 - Drøftelser – udarbejdelse af oversigter
- Nationale anbefalinger
 - Oplæg fra sundhedsstyrelsen
 - Mulige initiativer til implementering af de nye anbefalinger
 - Plan udarbejdes og drøftes
 - implementering
- Tværsektorielt samarbejde ved overgange
 - Udarbejdelse af en samarbejdsaftale
- Børn og unge tema

- Temamøde med gæster udefra
 - Udpegning af fokusområder – udarbejdelse af oversigter
 - Prioritering af fokusområder
 - Status implementeringsplan fra 2018
 - Opfølgninger
- Implementering af de nationale anbefalinger
 - Prioriteringer ud fra oversigt og plan
- Samarbejdsaftale om ensretning af tværsektorielt samarbejde ifm. overgange
 - Udarbejdelse af tværsektoriel aftale
- Synsudredning
 - Nedsat en arbejdsgruppe til belysning af problemstillinger på området – udarbejdelse af en VIP – tages med ind i Sundhedsfagligt råd
- Tilretning og Evaluering af samarbejdsaftalen vedr. udskrivelse af personer med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret niveau
 - Udarbejdelse af et nyt oplæg
 - Workshop med gennemgang af ny aftale
 - Udarbejdelse af ny aftale
 - Udsendelse og implementering
- Konkretisering af handlemuligheder ved opfølgning og revurdering af genoptræning og rehabiliteringsbehovet i forløbet
 - Arbejdsgruppe i SF
 - Efter en del arbejde sendes den videre til SFR – som har nedsat en arbejdsgruppe

2. Er det vigtigt, at disse arbejdsopgaver løses på tværs af klyngerne? Eller er det opgaver, der bedst håndteres lokalt?

Nedenfor er et overblik over hvor Erhvervet hjerneskade vurderer, at opgaveløsningen håndteres bedst:

- Gode overgange fra barn til voksen
 - Ligger godt i SF – forarbejdet ligger dels i kommunerne og dels i regionen Tværsektoriel Kompetenceudvikling
- Tværsektoriel Kompetenceudvikling
 - Ligger godt i SF
- Logopædisk indsats efter indlæggelse – kommunikationsveje, ventetider og samtykke
 - Ligger godt i SF
- Status på implementering af implementeringsplanerne for voksne
 - Ligger godt i SF
- Nationale anbefalinger
 - Ligger godt i SF – tværsektorielle anbefalinger
- Tværsektorielt samarbejde ved overgange
 - Ligger godt i SF
- Børn og unge tema
 - Ligger godt i SF
- Implementering af de nationale anbefalinger

- Ligger godt i SF
- Samarbejdsaftale om ensretning af tværsektorielt samarbejde ifm. overgange
 - Ligger godt i SF
- Synsudredning
 - Opstart ligger godt i SF er givet videre til sundhedsfagligt Råd
- Tilretning og Evaluering af samarbejdsaftalen vedr. udskrivelse af personer med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret niveau
 - Ligger godt i SF
- Konkretisering af handlemuligheder ved opfølgning og revurdering af genoptræning og rehabiliteringsbehovet i forløbet
 - Opstart ligger godt i SF er givet videre til sundhedsfagligt Råd

3. Hvad er de vigtigste resultater, I har opnået med jeres samarbejdsforum?

Det er opgaverne som beskrevet i spørgsmål 1 og 2.

Fra drøftelsen:

- Tværsektoriel kompetenceudvikling
- Børneområdet
- Understøttelse af implementering af forløbsprogrammer og nationale anbefalinger
- Projekt GGOP
- Samarbejdsaftale vedr. udskrivelse af personer med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret niveau
- Udvikling af et godt samarbejde

4. Hvilke opgaver/områder arbejder I aktuelt med eller har pipeline?

- konkretisering af handlemuligheder ved opfølgning og revurdering af genoptræning og rehabiliteringsbehovet i forløbet
- Synsområdet
- Kvalificering af børneområdet
- Orientering om neurohuset

5. Er det jeres oplevelse, at samarbejdsforummet har den rette sammensætning, hvis samarbejdsforummet skal fortsætte?

Den regionale sammensætning bør genovervejes

Derudover blev det drøftet:

Arbejder samarbejdsforum med de rette opgaver:

- Nogle emner, fx synsområdet, kan have været placeret forkert.
- Det opleves, at arbejdsgangene kan være træge, og at repræsentanter kan være i tvivl om, hvad SF har mandat til.
- Tværsektorielt samarbejdsforum skal have skærpet opmærksomheden på nye nationale anbefalinger, fx på det specialiserede socialområde

Har Samarbejdsforum en oplevelse af, at arbejdet har gjort en forskel for patienter og pårørende?

- Brugerrepræsentanter repræsenterer og bidrager med borger- og pårørendeperspektiv, hvilket har været med til at gøre en forskel for fokusområder i Tværsektorielt samarbejdsforum
- Behov opstår i driften i hospitals- og kommunalt regi, hvilket har medført fokus på diverse emner og drøftelser.

Bilag 1

Primære opgaver i Samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade 2019 - 2023

Årstal	Indhold	Kommentarer	Tyngde 1-5	Vigtigt at opgaven løses på tværs af klyngerne/tværssektorielt	Kunne bedst håndteres lokalt
2019	Gode overgange fra barn til voksen	Inddragelse af eksperter fra børneområdet. Afholdelse af møder med udvalgte kommuner Udarbejdelse af notater Henvendelse til sundhedsstyrelsen	4	Ligger godt i SF – forarbejdet ligger dels i kommunerne og dels i regionen	
	Støtte til søskende og forældre	Der er et udækket behov – SF kan ikke løfte den videre - afsluttes	1		ligger dels i kommunerne og dels i regionen
	Tværssektorielt Kompetenceudvikling	godkendelse af notat samarbejde med HR	4	Ligger godt i SF	
	Samarbejde med Center for hjerneskade	Kvoteforløb - orientering	1	Ligger godt i SF	
	Oplæg fra videncenter for neurorehabilitering	Oplæg og drøftelse	1	Ligger godt i SF	
	Brug af eksterne leverandører ved rehabilitering på specialiseret niveau - forundersøgelser	Drøftelse med CfN	3	Ligger godt i SF	
	Logopædisk indsats efter indlæggelse – kommunikationsveje, ventetider og samtykke	Kortlægning, oplæg, afprøvnings, invitation af gæster udefra – drøftelser om fokus på forbedringer og forkortelser af ventetider	4	Ligger godt i SF	
2020	Logopædisk indsats efter indlæggelse – kommunikationsveje, ventetider og samtykke	Der arbejdes videre med problemstillingen fra 2019	4	Ligger godt i SF	
	Status på implementering af implementeringsplanerne for voksne	Drøftelser – udarbejdelse af oversigter	4	Ligger godt i SF	
	Kommunernes forskellighed i kvaliteten af genoptræning og rehabilitering af erhvervet hjerneskade	Drøftelse af artikler i medierne	1		Ligger i kommunerne
	Specialiseret rehabilitering af svært svækkede borgere	Er det de rigtige borgere, der får specialiseret <u>rehab</u> ? PTA – niveauer Der inviteres oplægsholdere PTA – behov italesættes Besøg fra klinik for <u>neurorehabilitering</u>	3	Ligger godt i SF	
		Problemet omfang var lille til at gå videre med			
	Tværssektorielt Kompetenceudvikling	<u>Videreførsel</u> fra 2019 Beskrivelser af indhold	4	Ligger godt i SF	
2021	Nationale anbefalinger	Oplæg fra sundhedsstyrelsen Mulige initiativer til implementering af de nye anbefalinger Plan udarbejdes og drøftes implementering	5	Ligger godt i SF – tværssektorielle anbefalinger	
	Data vedr. udvikling i den specialiserede rehabilitering	Der følges op på dat én gang årligt	1	Ligger godt i SF	
	Tværssektorielt Kompetenceudvikling	<u>Videreførsel</u> fra 2020	4	Ligger godt i SF	
	Tværssektorielt samarbejde ved overgange	Udarbejdelse af en samarbejdsaftale	4	Ligger godt i SF	
	Systematisk inddragelse af borger og pårørende	Temadrøftelse – fremhævelse af udfordringer – oplæg om flere projekter og initiativer – skriftligt overblik Stort arbejde – svært at vedligeholde	3	Ligger godt i SF	
2022	Børn og unge tema	Temamøde med gæster udefra Udpegning af fokusområder – udarbejdelse af oversigter Prioritering af fokusområder Status implementeringsplan fra 2018 opfølgninger	5	Ligger godt i SF	
	Børn som pårørende	Indsats på Herlev - orientering	1	Ligger godt i SF godt at vide	
	Implementering af de nationale anbefalinger	Prioriteringer ud fra oversigt og plan	5	Ligger godt i SF	
	Systematisk inddragelse af borger og pårørende	Temadrøftelse – fremhævelse af udfordringer – oplæg om flere projekter og initiativer – skriftligt overblik	3	Ligger godt i SF	
	Samarbejdsaftale om ensretning af tværssektorielt samarbejde <u>ifbm</u> overgange	Udarbejdelse af tværssektorielt aftale	4	Ligger godt i SF	
	SF udvides med 2 fra børneområdet	Godkendt i TSS	1	Ligger godt i SF	
	Synsudredning	Nedsat en arbejdsgruppe til belysning af problemstillinger på området – udarbejdelse af en VIP – tages med ind i Sundhedsfagligt råd	4	Opstart ligger godt i SF er givet videre til sundhedsfagligt Råd	

Bilag 1 - Oversigt nuværende samarbejdsfora

2023	Tilretning og Evaluering af samarbejdsaftalen vedr. udskrivelse af personer med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret niveau	Udarbejdelse af et nyt oplæg Workshop med gennemgang af ny aftale Udarbejdelse af ny aftale Udsendelse og implementering	5	Ligger godt i SF	
	Tværasektoriel kompetenceudvikling	Orientering forud for igangsættelse	1	Ligger godt i SF	
	Konkretisering af handlemuligheder ved opfølgning og revurdering af genoptræning og rehabiliteringsbehovet i forløbet	Arbejdsgruppe i SF Efter en del arbejde sendes den videre til SFR – som har nedsat en arbejdsgruppe	4	Opstart ligger godt i SF er givet videre til sundhedsfagligt Råd	
	Data vedr. udvikling i den specialiserede rehabilitering	Der følges op på data én gang årligt	1	Ligger godt i SF	

1. **De vigtigste resultater opnået i SF:** Dem med tyngden 5 og 4
2. **Opgaver aktuelt:** opgaverne i 2023 – børn, synsudredning, konkretisering af handlemuligheder
3. **Opgaver i pipelinen:** orientering om [neurohuset](#), børneområdet

Udkast til kommissorium for arbejdsgruppe om revision af samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden

Baggrund

I september 2023 udgav Sundhedsstyrelsen opdaterede kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner. Standarderne erstatter 'Kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen' fra 2017.

Der i dag en samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden, som er udarbejdet med baggrund i kvalitetsstandarderne fra 2017. Da kvalitetsstandarderne nu er ændret, skal samarbejdsaftalen også revideres.

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal opdatere den eksisterende samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner.

Opgaver

Med udgangspunkt i de væsentligste ændringer i kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner skal arbejdsgruppen revidere den eksisterende samarbejdsaftale. De væsentligste opdateringer i kvalitetsstandarderne er følgende:

- 'Det er obligatorisk, at alle kommuner har etableret en kommunal akutfunktion eller har et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan.
- Målgruppen for akutfunktionen er præciseret.
- IV-behandling er en obligatorisk indsats i akutfunktionen.
- Der er krav om adgang til rådgivning og sparring fra sygehus og almen praksis.
- Der er præciserede krav til lægeligt behandlingsansvar.
- Der er krav om at akutfunktionen er opsøgende mhp. at sikre, at funktionen bruges rettidigt og relevant.
- Samarbejdsflader til andre forvaltninger og lovgivningsmæssige områder i kommunen er uddybet.
- Der sættes i højere grad krav til kompetencer fremfor uddannelsesmæssig baggrund, og det tværsektorielle samarbejde om kompetenceudvikling er fremhævet.
- Krav til monitorering og kvalitetsudvikling er udbygget og opdateret.
- Klare lokale samarbejdsaftaler er angivet som en forudsætning for succesfuld implementering af kvalitetsstandarderne'.

Gruppen skal sikre at der foreligger indikatorer, som parterne kan anvende til at følge op på aftalen. I arbejdet indgår beskrivelse af hvordan kommunikation og samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis samt 1813 skal foregå, herunder beskrivelse af hvordan aftalen understøttes af it.

Desuden skal gruppen komme med forslag til, hvordan samarbejde om rådgivning til de kommunale akutfunktioner skal foregå.

Bilag 1 - Udkast til kommissorium for arbejdsgruppe

Arbejdsgruppen skal også udarbejde forslag til i hvilket omfang, der er behov for opfølgning på tværs af regionen og hvordan implementeringen kan foregå i sundhedsklyngerne, herunder vurderes behovet for at følge aftalen fremadrettet. Heri vil indgå regionale erfaringer med brug af den eksisterende samarbejdsaftale.

Rammerne for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen nedsættes under Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Drøftelse af principielle spørgsmål sker primært i arbejdsgruppen. Hvis der ikke er enighed i gruppen, forelægges det til Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Arbejdsgruppens sammensætning

- 3-4 ledelsesrepræsentanter udpeget af kommunerne
- 2 repræsentanter udpeget af PLO-H
- 3-4 ledelsesrepræsentanter udpeget af Region Hovedstaden
- 1-2 ledelsesrepræsentanter udpeget af Akuttefonen 1813
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Region Hovedstadens psykiatri.

Formandskab

Formandskabet er tredelt med repræsentation fra kommuner, PLO-H og regionen udpeget blandt ovenstående medlemmer i gruppen.

Sekretariatsbetjening

Gruppen sekretariatsbetjenes af et fælles sekretariat med medarbejdere fra Det fælleskommunale sundhedssekretariat, PLO-H og regionens Center for sundhed.

Sekretariatet bistår formandskab og arbejdsgruppe med praktisk mødeforberedelse, herunder udarbejdelse af dagsordener med oplæg til drøftelser, referater samt gennemskrivning af samarbejdsaftalen.

Tidsforbrug og arbejdsform

Det forventes at arbejdsgruppen skal afholde 2-3 møder af 2 timers varighed. Arbejdet forventes igangsat i marts 2024.

Tidsplan fra arbejdet

Der sigtes efter at forelægge den reviderede samarbejdsaftale til godkendelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe på gruppens møde den 7. juni 2024.

4. [Orientering] Kommunikation mellem almen praksis og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Nord besluttede den 10. maj 2023 tre forskellige indsatser vedrørende mental mistrivsel hos børn og unge.

Det blev bl.a. besluttet, at de enkelte kommuner sammen med almen praksis og børne- og ungepsykiatrien drøfter, hvordan der kan findes en lokal model til at sikre klare kommunikationsveje om børn og unge i mistrivsel for at sikre tidlig opsporing og indsats.

Faglig sundhedsklynge Nord drøftede sagen den 9. oktober 2023 og besluttede, at sende sagen til orientering hos Politisk sundhedsklynge Nord.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Politisk sundhedsklynge Nord tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Faglig sundhedsklynge Nord har besluttet, at lokale modeller for klare kommunikationsveje om børn og unge i mental mistrivsel mellem almen praksis og PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) skal drøftes i kommunernes KLU (Kommunal Lægelig Udvalg).

På mødet i Faglig sundhedsklynge Nord den 9. oktober 2023 gjorde kommunerne status for deres lokale drøftelser i KLU-regi.

Hovedkonklusionen fra de lokale drøftelser i kommunernes KLU er, at dialogen har givet et øget fokus på muligheder og behovet for sikker kommunikation mellem almen praksis og PPR. Alle parter ønsker at styrke dialogen på dette område og finde den mest enkle måde at gøre det på.

Repræsentanterne fra almen praksis i Faglig sundhedsklynge Nord pointerede, at de ønsker en mere ensartet kommunikationsmodel for de otte kommuner og peger på Med-Com standarder (sikker kommunikationsvej som i dag anvendes på sundhedsområdet), som den bedste løsning til dette. Det er vanskeligt for almen praksis, at hver kommune har deres egen model.

Aktuelt er det ikke muligt for kommunernes PPR at benytte sig af Med-Com standarder, idet der er en række IT-tekniske udfordringer ved dette. Sundhedsplejen i kommunerne har mulighed for at benytte Med-Com standarder i dialogen med almen praksis, men der er en række

uhensigtsmæssige arbejdsgange samt GDPR udfordringer, hvis dialogen fra almen praksis til PPR skal gå via Sundhedsplejen.

Opsummerende blev det konkluderet, at der arbejdes proaktivt mellem kommunerne og almen praksis i KLU-regi for at sikre gode lokale kommunikationsveje mellem PPR og almen praksis. Via dialogen er parterne i fællesskab det sidste års tid kommet et stykke af vejen, men kommunerne har ikke mulighed for at sikre elektronisk kommunikation via Med-Com standarder, som det er nu.

Der pågår et arbejde med en kommunikationsaftale for voksenområdet inden for psykiatri, og det vil være et naturligt næste skridt at lave en aftale for børneområdet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen følges i Faglig sundhedsklynge Nord.

Beslutning for Punkt 4: [Orientering] Kommunikation mellem almen praksis og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Der var enighed om, at det er mest hensigtsmæssigt, at der arbejdes for en regional aftale om anvendelse af MedCom-standarder på børneområdet, dvs. kommunikationsveje mellem PPR, almen praksis og regionens børne- og ungdomspsykiatri.

På vegne af Politisk sundhedsklynge Nord vil der blive sat et punkt på det førstkomende møde i Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (under Sundhedssamarbejdsudvalget) i januar 2024 med forslag om, at Tværsektorielt Samarbejdsforum for Digital Kommunikation får til opgave at:

1. afdække udfordringerne for de kommunale PPR i forhold til digital kommunikation med de øvrige sektorer via MedCom standarderne
2. udarbejde udkast til en regionalt dækkende aftale for digital kommunikation med anvendelsen af MedCom-standarder på børneområdet.

Politisk sundhedsklynge Nord gav mandat til at afsætte midler til at understøtte it-kommunikationen mellem almen praksis, børne- og ungdomspsykiatrien og klyngekommunerne, hvis der er behov for dette. Der kan disponeres op til 250.000kr jf. beslutning af den 10. maj 2023 om principper for fordeling af klyngemidler.

Faglig sundhedsklynge Nord undersøger mulighederne for en teknologisk løsning, der kan styrke kommunikationen på tværs af almen praksis, PPR og børne- og ungepsykiatrien til gavn for den fælles indsats for børn og unge. Dette arbejde kan indgå i en evt. regional aftale om brug af Medcom-standarden "korrespondancemeddelelsen" på børne- og ungeområdet i lighed med den aftale, der er indgået på voksenområdet.

Politisk sundhedsklynge Nord forelægges status og forslag i maj 2024.

Vedhæftet til orientering er "Samarbejdstale om børn og unge i psykisk mistrivsel" fra Region Midtjylland samt notat fra Bornholms Regionskommune vedrørende "Oplæg vedrørende tilvejebringelse af data fra PPR med henblik på styrkelse af det tværsektorielle samarbejde".



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION
HOVEDSTADEN

KKR
HOVEDSTADEN



**Region
Hovedstaden**

Den underliggende aftale om lokale aftaler i Region Hovedstaden

§ 1 Formål

Den underliggende aftale formål er at fastsætte ensartede overordnede rammer for indgåelse af lokale aftaler vedrørende almen praksis til gavn for borgere i Region Hovedstaden.

§ 2 Baggrund

Muligheden for at indgå lokale aftaler sker i regi af Sundhedssamarbejdsudvalget mellem Region Hovedstaden, kommunerne i Regionen og PLO-Hovedstaden.

De lokale aftaler udgør et supplement til Overenskomsten om almen praksis og udmønter initiativer blandt andet fra Sundhedsaftalen og Praksisplanen for almen praksis i Region Hovedstaden.

Sundhedssamarbejdsudvalget

Sundhedssamarbejdsudvalget består af medlemmer af Regionsrådet, borgmestre, samt repræsentanter for Almen Praksis i Region Hovedstaden udpeget af PLO-H. Sundhedssamarbejdsudvalget har det overordnede politiske ansvar for at samarbejdet imellem region, kommuner og almen praksis udvikles, herunder udarbejdelse af og opfølgning på sundhedsaftalen. Sundhedssamarbejdsudvalget skal godkende alle lokalaftaler

Sundhedsaftalen

Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejder en sundhedsaftale, der opstiller målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet i regionen herunder særlige områder og målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget efterfølgende kan beslutte at indgå aftaler om. Sundhedsaftalen udgør rammen for samarbejdet om sundhed mellem de praktiserende læger, Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden.

Praksisplanen

Praksisplanen for almen praksis i Region Hovedstaden udarbejdes i et fællesskab mellem almen praksis, kommunerne og regionen. Praksisplanen er med til at sætte en fælles ramme for udviklingen af almen praksis, så patienterne har adgang til et godt og samlet sundhedstilbud i Region Hovedstaden. Praksisplanen skal understøtte en tilgængelig almen praksis med kapacitet til at understøtte et godt tværsektorielt samarbejde i såvel det nære sundhedsvæsen mellem almen praksis, kommunerne og den øvrige praksissektor som mellem almen praksis og hospitalerne.

På baggrund af sundhedsaftalen og praksisplanen kan der være behov for at indgå lokale aftaler med de praktiserende læger.

§ 3 Indhold

Bilag 1 - Udkast til den underliggende aftale

Den underliggende aftale fastsætter de overordnede rammer gælder for alle nuværende og fremtidige lokalaftaler uanset indhold.

Den underliggende aftales bestemmelser erstatter nuværende lokalaftalers bestemmelser om tvister, sanktioner, klager, opmand, opfølgning, økonomi og opsigelse.

§ 4 Parter

Den underliggende aftale er indgået mellem Region Hovedstaden, kommunerne i Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden på vegne af de praktiserende læger med ydernummer i regionen. Aftalen indgås i regi af Sundhedssamarbejdsudvalget.

Stk. 2

Aftaler kan indgås mellem Region Hovedstaden og/eller kommunerne i Region Hovedstaden på den ene side og PLO-Hovedstaden på den anden side. Aftaler kan indgås på forskellige niveauer. Aftaler der dækker kommuner, aftaler der dækker en sundhedsklynge og aftaler der hele regionen.

Alle aftaler skal forelægges Lokalaftaleudvalget og godkendes af Sundhedssamarbejdsudvalget.

§ 5 De omfattede lokalaftaler

Ydelserne og tiltagene omfattet af den underliggende aftale fremgår af lokalaftaler vedrørende de enkelte ydelser og tiltag.

Lokalaftalerne kan også fastlægge rammerne for ikke-honorerede initiativer som fx fordelingen af opgaver og samspillet med sundhedsvæsenet i øvrigt.

§ 6 Interessenter

Kommunalt Lægelige udvalg (KLU) nedsat i henhold til Overenskomst om almen praksis

PLO-Kommunalt (PLO-K) er en forening af praktiserende læger i en kommune. Formålet er at repræsentere de praktiserende læger i det kommunalt, lægelige samarbejde, herunder stille repræsentanter til KLU.

KLU består af lokale, praktiserende læger og repræsentanter fra kommunen. Udvalgene drøfter de lokale sundhedsmæssige problemstillinger, som vedrører kommunerne og lægerne, herunder muligheder for eventuelle lokale initiativer, og kan komme med forslag til lokale aftaler til Sundhedssamarbejdsudvalget.

Sundhedsklynger

Sundhedsklynger er forpligtende samarbejder mellem kommuner, almen praksis og hospitaler, som pr. 1. juli 2022 er etableret omkring landets akuthospitaler. Sundhedsklyngerne er forankret om hvert akuthospital i Region Hovedstaden. Der i alt 5 klynger i Region Hovedstaden.

Sundhedsklyngerne skal særligt samarbejde om de borgere/patienter, som kommuner, almen praksis og hospitaler er fælles om, men de har også et populationsansvar for befolkningens sundhed i klyngen. De skal udvikle og aftale lokale modeller for blandt andet bedre forløb for borgerne med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed, fx for udvalgte målgrupper.

Hvis en sundhedsklynge indgår aftaler som omfatter almen praksis, skal aftalen godkendes af lokalafaleudvalget og herefter Sundhedssamarbejdsudvalget.

§ 7 Lokalaftaleudvalg

Der nedsættes et regionalt lokalaftaleudvalg. Udvalget består af 1 medlem udpeget af kommunerne i regionen, 1 medlem udpeget af regionen, og 1 medlem udpeget af PLO-Hovedstaden. Udvalgets medlemmer findes blandt medlemmerne af Sundhedssamarbejdsudvalget.

Udvalget skal indgå aftaler, følge op på aftalerne, håndtere fortolkningsspørgsmål, tildele sanktioner, løse tvister og opsigte aftaler.

Regionen sekretariatsbetjener Lokalaftaleudvalget, som holder møder efter behov, eller når en af parterne ønsker det. Møder i Lokalaftaleudvalget tilstræbes afholdt i forbindelse med møder i Sundhedssamarbejdsudvalget.

KKR deltager i møderne efter eget ønske.

Såfremt et projekt omhandler færre end 5 praksis, behøver aftalen ikke at forelægges Sundhedssamarbejdsudvalget til godkendelse, men aftalen kan godkendes direkte mellem parterne. Sundhedssamarbejdsudvalget skal informeres om aftalen.

Lokalaftaleudvalget fastlægger en forretningsorden for sit arbejde. Forretningsordenen skal godkendes af Sundhedssamarbejdsudvalget.

Lokalaftaleudvalget sekretariatsbetjenes i fællesskab af Region Hovedstaden, Kommunerne i Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden

§ 8 Målgruppen for lokalaftaler

Borgere med bopæl i Region Hovedstaden er omfattet af lokalaftalerne, medmindre andet fremgår af lokalaftalen.

Grænsearbejdere, der arbejder i et andet EU/EØS-land eller Schweiz og bor i et andet EU/EØS-land, har samme rettigheder, som gruppe 1-sikrede, hvis grænsegængerens særlige sundhedskort er udstedt af en kommune i Region Hovedstaden, og når grænsegængerens opholder sig i Danmark.

Ydelser i lokalaftaler, kan kun anvendes i Region Hovedstaden.

Lokalaftalerne omfatter alment praktiserende læger med ydernummer i Region Hovedstaden og regionalt drevne regionsklinikker i Region Hovedstaden.

§ 9 Arbejdstilrettelæggelse

Alle ydelser i henhold til den enkelte lokalaftale skal som udgangspunkt leveres af den praksis, som patienten er tilmeldt. Har lægen ferie eller er fraværende fra praksis og henviser til andre læger, kan ydelserne i lokalaftalerne leveres af en navngiven stedfortrædende læge, som lægen har indgået aftale med.

Ydelser i henhold til den enkelte lokalaftale kan leveres af enten lægen eller andet personale i praksis. Hvis det kun er lægen, der kan levere ydelserne, skal det fremgå af den enkelte lokalaftale.

§ 10 Kvalitetskrav

Parterne er enige om, at leveringen af ydelser omfattet af lokalaftalerne baserer sig på de til enhver tid gældende kliniske faglige retningslinjer og standarder m.v. Kvaliteten skal være tilfredsstillende såvel fagligt, organisatorisk som borgeroplevet.

Såfremt der i forbindelse med en ydelse er behov for at stille særlige krav til uddannelse og kompetencer, vil den pågældende lokalaftale indeholde en bestemmelse herom.

Den enkelte læge/klink er forpligtet til at levere de af de enkelte lokalaftaler omfattede ydelser i henhold til gældende kliniske faglige standarder og med respekt for de almindelige offentligretlige forpligtelser til at sikre en forsvarlig økonomi.

Såfremt en læge ved anvendelse af lokalaftalerne har påført regionen unødvendige udgifter, kan der iværksættes sanktioner overfor lægen jf. § 16 i nærværende aftale.

§ 11 Ydelser og honorarer

Honoreringen af de enkelte ydelser fremgår af den respektive lokalaftale.

Lokalaftaler kan også vedrøre ikke-honorerede tiltag, fx samarbejdsaftaler.

Der tages ved indgåelsen af den enkelte lokalaftale stilling til de aftalte ydelsers forhold til allerede eksisterende ydelser, som de aftalte ydelser kan kombineres med. Ydelser i den enkelte lokalaftale kan ikke kombineres med andre ydelser, end dem der fremgår af aftalen.

Der sker en fuld forvalidering inden afregningen af ydelserne, for så vidt angår fx patienter, ydelser og diagnose. Limitering fremgår af den enkelte lokalaftale.

§ 12 Afregning

Afregning af den enkelte ydelse sker elektronisk efter MedCom-standard. Lægen skal indsende regning til regionen indeholdende følgende oplysninger:

- Patientens personnummer, navn og bopæl
- Dato og klokkeslæt for ydelsen
- Ydelsesnummer og antal
- P-markering

Eventuelle andre oplysninger af relevans for honoreringen af den udførte ydelse kan fremgå af den enkelte lokalaftale.

Medmindre andet følger af lokalaftalen, skal afregning ske efter samme retningslinjer og principper som i den til enhver tid gældende overenskomsts bestemmelser (p.t. OK 2022 § 85).

§ 13 Regulering af honorarer

Honorarer aftalt i de enkelte lokalaftaler reguleres, medmindre andet er aftalt i lokalaftalen, med en reguleringssats tilsvarende reguleringen af honoraret for ydelser leveret under Overenskomst om almen praksis.

Reguleringen af honorarer finder sted hvert år henholdsvis den 1. april og 1. oktober.

Bilag 1 - Udkast til den underliggende aftale

§ 14 Økonomi og økonomistyring

Finansiering af ydelser indeholdt i lokalaftaler findes i regionens budget, klyngemidler, i puljer eller særskilte forsøgs- og udviklingsmidler og overenskomstmidler, fx hvis midlerne for samtaleterapi tages ud af overenskomsten.

Parterne er enige om, at det skal være muligt at følge aktivitet og udgiftsudvikling for de aftalte ydelser og opgaver. Der fastlægges ved den enkelte lokalaftales indgåelse en økonomisk ramme for ydelserne i aftalen. Forbruget følges løbende. Såfremt der er udsigt til, at loftet for den økonomiske ramme nås, bringes dette til drøftelse i Sundhedssamarbejdsudvalget med henblik på eventuelt at iværksætte foranstaltninger.

Ydelserne jf. lokalaftalerne indgår ikke i beregningen af den økonomiske ramme i henhold til økonomiprotokollatet eller i kontrolstatistikken jf. overenskomsten om almen praksis kapitel IX (OK 2022), medmindre det fremgår af aftalen.

Lokalaftaleudvalget foretager løbende opfølgning på lægernes anvendelse af alle aftaler, dog mindst en gang om året på baggrund af statistik udarbejdet af regionen. Skal der ske opfølgning hyppigere, skal dette fremgå af den enkelte lokalaftale.

Læger, der afviger med 25 % eller derover på den enkelte ydelse eller den enkelte aftale i forhold til regionen som helhed, kan gøres til genstand for kontrol jf. § 16.

Generel stillingtagen til eventuel limitering kan aftales yderligere og vil fremgå af den enkelte lokale aftale, både med antal ydelser og afvigelsesprocent.

Af den enkelte lokalaftale fremgår, hvilken statistisk behandling der knyttes til den pågældende aftale. Opfølgning kan ske i forhold til såvel honorerede ydelser og tiltag som i forhold til ikke-honorerede ydelser og tiltag. Der vil eksempelvis kunne blive tale om opfølgning ved hjælp af følgende statistikker:

- Antal patienter, der har modtaget en behandling/ydelse jf. en lokalaftale
- Antal ydelser pr. patient jf. en lokalaftale
- Udgifter til lokalaftalen fordelt på ydelser/hændelser/møder
- Antal læger, der har benyttet en lokalaftale
- Antal ydelser indenfor en afgrænset periode (fx 5 døgn efter udskrivelse)
- Udgifter til en lokalaftale fordelt på antal forløb
- Antal læger, som ikke er en del af aftalen, der har anvendt denne

Stk. 2

Såfremt det viser sig, at regionen har udbetalt ydelser i henhold til en lokalaftale, og det efterfølgende viser sig, at der ikke var grundlag for udbetalingen, vil tilbagebetalingskravet følge dansk rets almindelige forældelsesregler for tilbagebetalingskrav.

§ 15 Tvister

Bilag 1 - Udkast til den underliggende aftale

PLO-Hovedstaden, kommunerne i regionen og/eller regionen kan anmode Lokalaftaleudvalget om at behandle eventuelle fortolkningsspørgsmål og tvister.

Lokalaftaleudvalget træffer kun afgørelser ved enighed. Ved uenighed forelægges sagen for Sundhedssamarbejdsudvalget.

§ 16 Vejledning

Lokalaftaleudvalget vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af den underliggende aftale og lokalaftaler.

§ 17 Lokalaftaleudvalgets sanktionsmuligheder

Lokalaftaleudvalget har mulighed for at iværksætte sanktioner over for en læge, regionen eller en kommune ved misligholdelse eller overtrædelse af denne aftale og/eller de i medfør heraf indgåede lokalaftaler.

De sanktioner, som lokalafaleudvalget har adgang til er, at

- tilbyde rådgivning og vejledning,
- udtale misbilligelse eller tildele advarsel,
- beslutte at pålægge regionen/kommunen/lægen at betale/tilbagebetale et af Lokalaftaleudvalget fastsat beløb,
- pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
- beslutte, at en læge pga. misligholdelse ikke længere kan gøre brug af en konkret lokalafale.
- Pålægge en læge en højeste grænse for konkrete lokalafaler

Såfremt en læge udelukkes fra at udføre opgaver i relation til en specifik lokalafale, skal Lokalaftaleudvalget søge en løsning i forhold til, at borgere/patienter ikke mister adgangen til lokalt aftalte sundhedsydelser.

§ 18 Fremsættelse af klager

Såfremt en læges/praksis' misligholdelse, overtrædelse, manglende efterlevelse af eller brud på den underliggende aftale og/eller de i medfør heraf indgåede lokalafaler giver anledning til tillige at udelukke lægen/praksis fra at praktisere under overenskomsten, indbringes sagen for det regionale samarbejdsudvalg til behandling jf. § 111, stk. 8 i Overenskomst om almen praksis (OK22).

Såfremt en patient fremsætter klager over serviceforhold herunder lægens adfærd og opførsel omhandlet i lokalafalen indbringes klagen for det regionale samarbejdsudvalg til behandling jf. kapitel XIV i overenskomst om almen praksis (ok22).

§ 19 Opmand

Opnås der ved drøftelse i Lokalaftaleudvalget ikke enighed, kan sagen forelægges sundhedssamarbejdsudvalget.

Opnås der ikke enighed i sundhedssamarbejdsudvalget kan sagen af hver af parterne henvises til afgørelse ved en af parterne udpeget uafhængig opmand. I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af Sundhedsministeren.

Bilag 1 - Udkast til den underliggende aftale

Udgifter til opmandens virksomhed fordeles ligeligt mellem aftalens parter. Det vil sige de parter, der har indgået den aftale, hvor der er uenighed.

Sager om fortolkning og anvendelse af den underliggende aftale og lokalaftaler hvor der ikke kan opnås enighed i Lokalaftaleudvalget, kan af hver af aftaleparterne indbringes for opmanden.

Såfremt en af parterne ønsker, at opmanden skal mægle mellem parterne, indkaldes der, forinden sagen indbringes for opmanden, til møde mellem opmanden og Lokalaftaleudvalget, hvor opmanden undersøger muligheden for et forlig og om muligt fremsætter et forligsforslag. Opnås der ikke ved denne forhandling enighed, kan sagen af hver af parterne henvises til afgørelse ved en voldgiftsret bestående af en opmand.

Sager om idømmelse af organisationsansvar kan ligeledes indbringes for opmanden. Også i sager om organisationsansvar gælder bestemmelserne om mægling.

Opmandens kendelser er bindende for de lokale aftaleparter. I sager om idømmelse af organisationsansvar kan der pålægges en af parterne en bod.

Som alternativ til en opmand kan parterne opsig lokalaftalen med den opsigelsesfrist, der er aftalt i lokalaftalen.

§ 20 Opsigelse

Den underliggende aftale kan opsiges med 6 måneders varsel til udgangen af en måned.

Opsigelse af "Den underliggende aftale om lokale aftaler i Region Hovedstaden" betyder samtidig opsigelse af alle lokalaftaler indgået inden for den underliggende aftale, også lokalaftaler indgået forud for den underliggende aftales indgåelse.

Enhver lokalaftale i øvrigt er gældende, indtil den med 3 måneders varsel til udgangen af en måned opsiges af en af de lokale parter, medmindre andet fremgår af aftalen. Opsigelse af en lokalaftale berører ikke den underliggende aftale eller andre lokalaftalers gyldighed.

Når den underliggende aftale eller en lokalaftale opsiges eller bortfalder, påhviler det i fællesskab regionen/kommunerne og PLO-Hovedstaden at orientere de berørte praktiserende læger herom.

For Region Hovedstaden

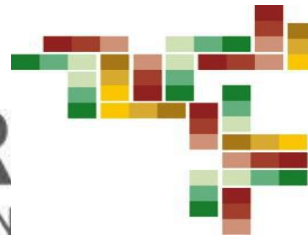
For PLO-Hovedstaden

For Kommunerne i Region Hovedstaden



**Region
Hovedstaden**

KKR
HOVEDSTADEN



Kommissorium for driftsfora på det psykiatriske område

Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe den dd. mm.år

Baggrund

I forbindelse med etableringen af sundhedsklynger i Region Hovedstaden blev det besluttet, at de tidligere samordningsudvalg på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet skulle omdannes til driftsfora under sundhedsklyngerne.

Det blev desuden besluttet, at Psykiatriens fælles samordningsudvalg skulle nedlægges. Psykiatriens fælles samordningsudvalg var det overordnede og koordinerende udvalg, der på tværs af planområder dækkede alle kommuner og alle psykiatriske centre i Region Hovedstaden.

Kommissoriet er derfor opdateret og er i det følgende opdelt i to dele:

- Kommissorium for driftsfora for psykiatri på voksenområdet
- Kommissorium for driftsfora for psykiatri på børne- og ungeområdet

Ikrafttræden

Kommissoriet træder i kraft, når det er godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Kommissorium for driftsfora for psykiatri på voksenområdet

Formål

Driftsfora på voksenområdet skal bidrage til at styrke og forbedre det driftsnære tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, psykiatriske centre og almen praksis om borgere med psykisk sygdom. Driftsfora skal have en særlig opmærksomhed på implementering af den tværsektorielle samarbejdsaftale på voksenområdet. Driftsfora skal desuden bidrage til at konkretisere og udvikle fokusområder og mål, som er aftalt i Sundhedsaftalen og som der eventuelt også arbejdes med i sundhedsklyngerne.

Den nærmere afgrænsning og snitfladen mellem sundhedsklyngernes faglige og politiske niveauer og driftsfora aftales efter behov mellem forpersonerne for sundhedsklynger og driftsfora ift. de opgaver, der både arbejdes med i driftsfora og sundhedsklynger. Det sker ud fra det hensyn, at sundhedsklyngerne arbejder mere overordnet med mål fra sundhedsaftalen og ift. sekretariatsbetjening og håndtering af drøftelser og beslutninger i sundhedsklyngernes politiske niveauer. Sundhedsklyngerne har opgaver både ift. det somatiske og psykiatriske område og dækker både voksenområdet og børne- og ungeområdet. Driftsfora på det psykiatriske område arbejder mere driftsnært, herunder med konkrete udfordringer i det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykisk sygdom.

Opgaver

Driftsfora på voksenområdet skal tilrettelægge arbejdet på en måde, som giver mulighed for, at der kan arbejdes med konkrete udfordringer i det tværsektorielle samarbejde. Der skal samtidig være mulighed for, at der kan arbejdes med udfordringer, der udspringer af arbejdet i sundhedsklyngerne. Det kan fx være fokusområder, der løbende bliver udarbejdet af sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalget, herunder opfølgning på mål og indsatser, der arbejdes med i den gældende sundhedsaftale. Det vil være hensigtsmæssigt at koordinere opgaver, der arbejdes med i begge samarbejdsfora, herunder koordinere det arbejde, der foregår i arbejdsgrupper under sundhedsklyngerne med det arbejde, der foregår i driftsfora, hvor det vil være muligt at driftsfora kan komme med input til arbejdsgrupper under sundhedsklyngerne.

Driftsfora på voksenområdet skal ligesom sundhedsklyngerne tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, der blandt andet omhandler helhedstænkning, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling, fælles kompetenceudvikling og borgerinddragelse – med henblik på at sikre, at brugerperspektivet tænkes med fra start.

Spørgsmål til arbejdet med sundhedsaftalens mål og fokusområder af principiel karakter forelægges i første omgang for den relevante sundhedsklynge med henblik på en afklaring og eventuelt videre forløb, herunder beslutning om, hvorvidt der er tale om en problemstilling, der skal forelægges for Sundhedssamarbejdsudvalget.

Driftsfora på voksenområdet fungerer ikke som sekretariat for sundhedsklyngerne. Sundhedsklyngerne kan således ikke bestille materiale mv. i driftsfora.

Sammensætning

Fra Region Hovedstadens Psykiatri:

- Relevant ledelsesmæssig repræsentation, herunder:

Bilag 1 - Forslag til tilpasset Kommissorium for driftsfora under sundhedsklyngerne - tidligere samordningsudvalg

- Centerchef fra de centre, der er beliggende i planområdet
- Ledende socialrådgiver fra de centre, der er beliggende i planområdet
- Tværsektoriel konsulent fra de centre, der er beliggende i planområdet

Øvrige repræsentanter fra det psykiatriske center, hvis der er behov for det

Fra kommunal side:

- Relevant ledelsesmæssig repræsentation, herunder:
 - Repræsentanter fra både myndighed og udførerområdet i kommunerne

Øvrige repræsentanter fra kommunal side, hvis der er behov for det

Desuden deltager:

- Bruger-/pårørenderepræsentanter
- Specialepraksiskonsulent, der udpeges af KAP-H

Driftsfora på voksenområdet kan efter behov tilknytte yderligere ressourcepersoner til forummet. Ligeledes kan de enkelte driftsfora nedsætte tema-/ arbejdsgrupper.

Forpersoner

Der etableres et forpersonskab, der består af en kommunal repræsentant og en repræsentant fra Region Hovedstadens Psykiatri.

Sekretariat

Sekretariatsbetjeningen varetages af en medarbejder fra Region Hovedstadens Psykiatri og en medarbejder fra forpersonkommunen.

Forretningsorden

Driftsforum udarbejder selv sin forretningsorden og eventuelt årshjul. Forretningsorden og årshjul bør afstemmes med det arbejde, der foregår i sundhedsklyngerne, så der er mulighed for at koordinere opgaverne på tværs af de to fora, når der er behov for det.

Mødefrekvens

Driftsforum mødes 4 gange årligt.

Kommissorium for driftsfora for psykiatri på børne- og ungeområdet

Formål

Driftsfora på børne- og ungeområdet skal bidrage til at styrke og forbedre det driftsnære tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og almen praksis om børn og unge med psykisk sygdom. Driftsfora skal have en særlig opmærksomhed på implementering af den tværsektorielle samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet. Driftsfora skal desuden bidrage til at konkretisere og udvikle fokusområder og mål, som er aftalt i Sundhedsaftalen og som der eventuelt også arbejdes med i sundhedsklyngerne.

Den nærmere afgrænsning og snitfladen mellem sundhedsklyngernes faglige og politiske niveauer og driftsfora aftales efter behov mellem forpersonerne for sundhedsklynger og driftsfora ift. de opgaver, der både arbejdes med i driftsfora og sundhedsklynger. Det sker ud fra det hensyn, at sundhedsklyngerne arbejder mere overordnet med mål fra sundhedsaftalen og ift. sekretariatsbetjening og håndtering af drøftelser og beslutninger i sundhedsklyngernes politiske niveauer. Sundhedsklyngerne har opgaver både ift. det somatiske og psykiatriske område og dækker både voksenområdet og børne- og ungeområdet. Driftsfora på det børne- og ungdomspsykiatriske område arbejder mere driftsnært, herunder med konkrete udfordringer i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykisk sygdom og deres familier.

Opgaver

Driftsfora på børne- og ungeområdet skal tilrettelægge arbejdet på en måde, som giver mulighed for, at der kan arbejdes med konkrete udfordringer i det tværsektorielle samarbejde. Der skal samtidig være mulighed for, at der kan arbejdes med udfordringer, der udspringer af arbejdet i sundhedsklyngerne. Det kan fx være fokusområder, der løbende vil blive udarbejdet af sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalget, herunder opfølgning på mål og indsatser, der arbejdes med i den gældende sundhedsaftale. Det vil være hensigtsmæssigt at koordinere opgaver, der arbejdes med i begge samarbejdsfora, herunder koordinere det arbejde, der foregår i arbejdsgrupper under sundhedsklyngerne med det arbejde, der foregår i driftsfora, hvor det vil være muligt at driftsfora kan komme med input til arbejdsgrupper under sundhedsklyngerne.

Driftsfora på børne- og ungeområdet skal ligesom sundhedsklyngerne tage afsæt i sundhedsaftalen bærende principper for samarbejdet, der blandt andet omhandler helhedstænkning, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling, fælles kompetenceudvikling og borgerinddragelse – med henblik på at sikre, at brugerperspektivet tænkes med fra start.

Spørgsmål til arbejdet med sundhedsaftalens mål og fokusområder af principiel karakter forelægges i første omgang for den relevante sundhedsklynge med henblik på en afklaring og eventuelt videre forløb, herunder beslutning om, hvorvidt der er tale om en problemstilling, der skal forelægges for Sundhedssamarbejdsudvalget.

Driftsfora på børne- og ungeområdet fungerer ikke som sekretariat for sundhedsklyngerne. Sundhedsklyngerne kan således ikke bestille materiale mv. i driftsfora.

Sammensætning

Fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center:

- Relevant ledelsesmæssig repræsentation, herunder:

Bilag 1 - Forslag til tilpasset Kommissorium for driftsfora under sundhedsklyngerne - tidligere samordningsudvalg

- Repræsentant fra centerledelsen på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
- Ledende socialrådgiver
- Tværsektoriel konsulent
- Øvrige repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, hvis der er behov for det.

Fra kommunal side:

- Relevant ledelsesmæssig repræsentation, herunder:
 - Repræsentanter fra myndighedsområdet
 - Repræsentanter fra den Pædagogiske Psykologiske Rådgivningsfunktion (PPR) i hver kommune
 - Øvrige repræsentanter, hvis der er behov for det

Desuden deltager:

- bruger-/pårørende repræsentanter
- specialepraksiskonsulent, der udpeges af KAP-H

Driftsfora på børne- og ungeområdet kan efter behov tilknytte yderligere ressourcepersoner til forummet.

Ligeledes kan de enkelte driftsfora nedsætte tema-/arbejdsgrupper.

Forpersoner

Der etableres et forpersonskab, der består af en kommunal repræsentant og en repræsentant fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center.

Sekretariat

Sekretariatsbetjeningen varetages af en medarbejder fra Region Hovedstadens Psykiatri og en medarbejder fra forpersonskommunen.

På børne- og ungeområdet holdes et fælles formands- og sekretærmøder på tværs af driftsfora på børne- og ungeområdet og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center forud for de 4 årlige møder. Ansvar for at sekretariatsbetjene de fælles formands- og sekretærmøder går på skift mellem kommunale sekretariater og sekretariatet i Region Hovedstadens Psykiatri.

Forretningsorden

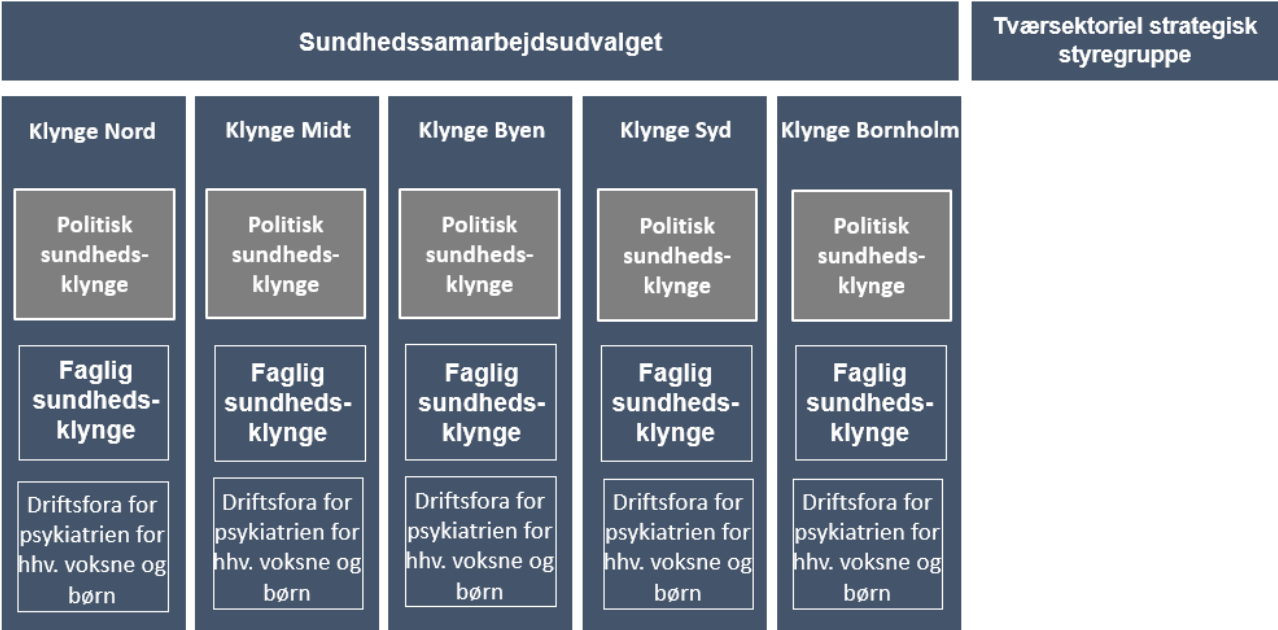
Driftsforum udarbejder selv sin forretningsorden og eventuelt årshjul. Forretningsorden og årshjul bør afstemmes med det arbejde, der foregår i sundhedsklyngerne, så der er mulighed for at koordinere opgaverne på tværs af de to fora, når der er behov for det.

Mødefrekvens

Driftsforum mødes 4 gange årligt, ligesom der holdes fælles formands- og sekretærmøder 4 gange årligt.

Bilag 1 - Forslag til tilpasset Kommissorium for driftsfora under sundhedsklyngerne - tidligere samordningsudvalg

Grafisk fremstilling af samarbejdsstrukturen



Bilag 1

Klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden



November 2023

0. Læsevejledning

- Der har igennem flere år været et tæt samarbejde i Landsdel Hovedstaden mellem regionen og de 29 kommuner om udvikling, implementering og udbredelse af det telemedicinske tilbud til borgere med KOL.
- (Sam)arbejdet er blevet styret af Programstyregruppen for TeleKOL med delt formandskab og programleder-/sekretariatsfunktion mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune.
- Udbredelse og drift af det telemedicinske tilbud til borgere med KOL forsætter parallelt med, at nye sygdomsområder starter op – begyndende med hjerteområdet fra 2024.
- Dette dokument har først og fremmest til formål at understrege vigtigheden af at fastholde en organisering på tværs af Landsdel Hovedstaden, der kan forsætte arbejdet med at understøtte de tværsektorielle telemedicinske indsatser i landsdelen, når KOL-programmet overgår til drift.
- For at understøtte det tværsektorielle samarbejde om den telemedicinske indsats, og for at tydeliggøre den kommende indsats inden for hjerteområdet og øvrige sygdomsområder, er der brug for en klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden.
- Da dokumentet udelukkende har fokus på tværsektoriel, klinisk-organisatorisk drift, vil programledelse for hjerteområdet og øvrige sygdomsområder samt finansiering hertil skulle afklares i et andet regi
- Ressourceopgørelsen og oplæg til fælles finansiering af sekretariatsfunktion vedrører i dette dokument **alene** KOL-driftsorganisering.

Indholdsfortegnelse

1. Formål og baggrund
2. Overgang fra implementering til driftsorganisering
3. Opgaver i tværsektoriel, klinisk-organisatorisk driftsorganisation
4. Organisering
5. Bilag 1: Ressourcetræk og finansiering for opgaver i tværsektoriel, klinisk-organisatorisk driftsorganisation

1. Formål og baggrund

- Den telemedicinske indsats med udbredelse af det landsdækkende telemedicinske tilbud til borgere med KOL er for alvor begyndt at tage fart. I Landsdel Hovedstaden forsætter implementeringsindsatsen, og i slutningen af 2024 igangsættes implementeringen af telemedicin til hjerteområdet. Parallelt med arbejdet inden for TeleKOL og TeleHjerte forhandles og aftales der nye tværsektorielle sygdomsområder, hvor telemedicin kan være med til at spille en afgørende rolle.
- Dette dokument beskriver en klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden med fokus på TeleKOL, idet der, når programmet overgår fra programorganisering til drift, vil være en række opgaver, der skal løftes i et tværsektorielt regi. Mange af opgaverne har programledelsen løftet indtil nu.
- I en KOD for tværsektoriel telemedicin i Hovedstaden spiller det systemtekniske en meget begrænset rolle, da forvaltnings- og videreudviklingsansvaret af den telemedicinske infrastruktur og KOL-/hjerteløsningen (TELMA) er placeret i hhv. Region Midtjylland og Region Nordjylland.
- Fokus er i dokumentet på opgaverne i Landsdel Hovedstaden. Meget andet foregår på nationalt niveau og i den enkelte region/kommune. Dette medtages ikke i dette dokument.

1. Formål og baggrund

Klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin

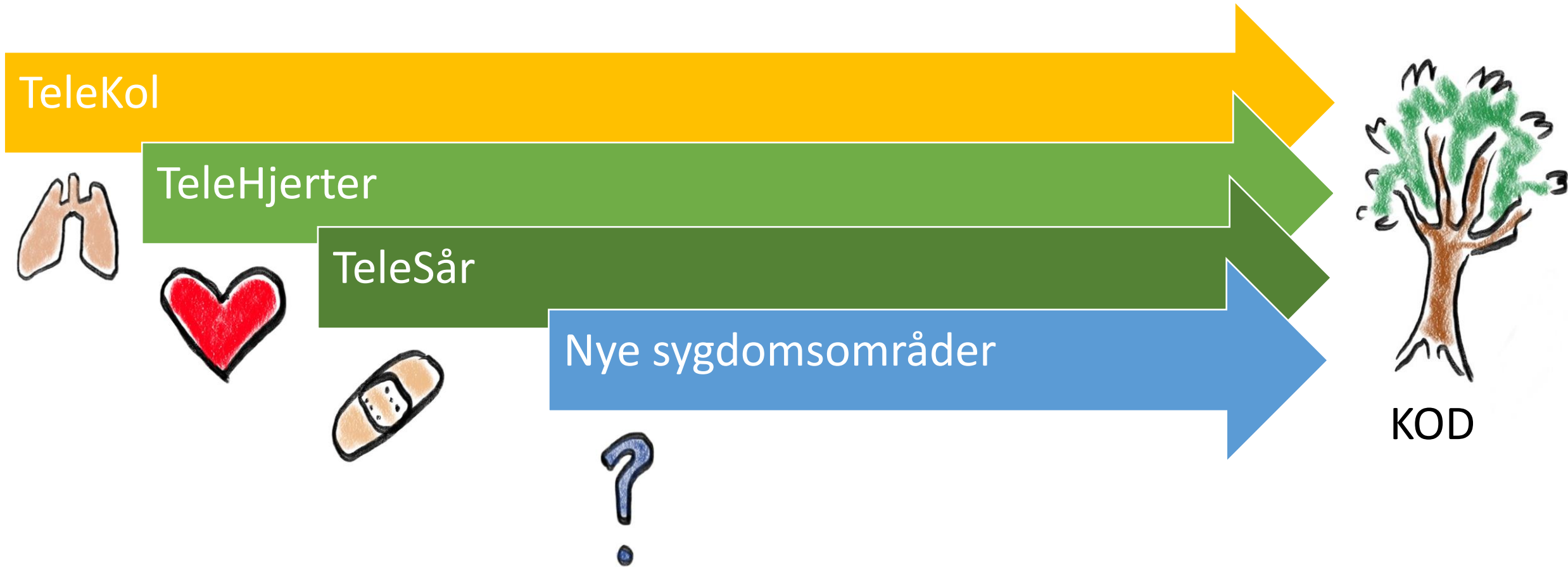


Illustration: KOD for tværsektoriel telemedicin, hvor flere sygdomsområder kommer til i takt med at de overgår til drift

1. Formål og baggrund – Rammer og principper

Følgende overordnede rammer og principper gælder for KOD for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden:

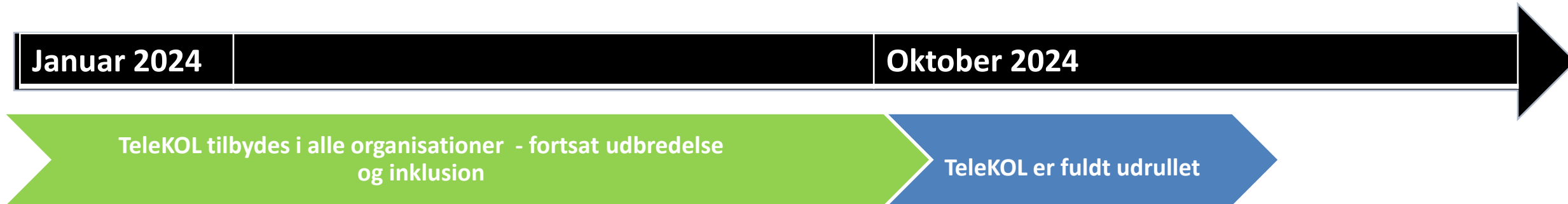
- Der skal være en beslutningsmæssig forankring i regi af Sundhedsaftalen og med reference til Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS)
- Der etableres en fælles/tværsektoriel virtuel klinisk-organisatorisk driftsorganisation til at understøtte det telemedicinske tilbud i kommuner og ambulatorier, og som har det løbende driftsansvar
- Både kommuner og regionen skal være repræsenteret i den beslutningsstruktur, der etableres
- Omkostninger til en klinisk-organisatorisk driftsorganisation finansieres i fællesskab af kommuner og regionen.
- Det nuværende tværsektorielle netværk (referencegruppen) af implementeringsansvarlige i de 29 kommuner og på lungeambulatorier videreføres i første omgang (indtil andet beslutes).
- Modellen optimeres løbende og justeres i takt med, at der kommer nye tværsektorielle sygdomsområder på den telemedicinske infrastruktur.

2. Overgang fra implementering til drift

Landsdelsprogrammet ophører som omdrejningspunkt for opgaveløsning pr. 31. december 2023, hvor alle organisationer har gennemført forberedelserne og er klar til inklusion af borgere.

Der vil imidlertid fortsat være en del opgaver i relation til koordination, vedligeholdelse og videreudvikling af det samlede telemedicinske tilbud til borgere med KOL, hvorfor det er relevant at etablere en driftsorganisering

Den klinisk-organisatoriske driftsorganisation forventes etableret primo 2024



3. Opgaver i driftsorganisering

En KOD for tværsektoriel telemedicin:

- Skal understøtte et ensartet tværsektorielt telemedicinsk tilbud til borgere, der bygger på det sundhedsfaglige grundlag og de aftaler, der er indgået mellem region og kommuner indenfor sundhedsaftaleområdet
- Skal have fokus på sundhedsfaglige og organisatoriske problematikker og endvidere understøtte videndeling, kompetenceudvikling og sikre, at fælles organisatoriske og sundhedsfaglige problematikker bliver håndteret
- Skal løbende følge op på inklusionstakt og stå for håndtering af diverse forespørgsler fra kommuner og lungeambulatorier og sende statusorientering til styregrupper, herunder TTS
- Skal varetage indrapporteringer til staten på fremdrift og håndtere forespørgsler fra staten og øvrige samarbejdspartner
- Skal varetage afregning mellem kommuner og region af indkøbte udstyrspakker
- Skal sikre at indgåede aftaler til enhver tid bliver opdateret.

7. Klinisk-organisatorisk driftsorganisation

Nedenstående er et overblik over opgaver, der skal løftes i en klinisk-organisatorisk driftsorganisation for det tværsektorielle telemedicinske tilbud til borgere med KOL.

Det sundhedsfaglige tilbud – vedligehold og udvikling

- Løbende opfølgning på inklusionsvolumen af borgere i ambulatorier og almen praksis
- Justering og videreudvikling af det samlede sundhedsfaglige tilbud, herunder opdatering af det sundhedsfaglige grundlag samt opfølgning på og justering af vejledninger, arbejdsgange og tværsektorielt samarbejde
- Løbende opfølgning på/revision af samarbejdsaftaler samt koordination ift. forløbs-program og sundhedsaftaler

Service og support opgaver, der ligger udenfor fælles support varetaget af KK

- Løbende opfølgning på samarbejdet om fælles service og support, herunder på aftaler og finansieringsmodel
- Løbende opdatering og formidling af tekniske vejledninger og instrukser
- Løbende opdatering af whitelist ift. it-udstyr og devices
- Test af nyt udstyr svarende til whitelist og opdatering af den telemedicinske udstyrsshop
- Sikre vedligeholdelse af KAM-skema ift. sundhedsfagligt grundlag
- Understøtte lokal brugergruppe for Telma, herunder ændringsanmodninger

Kommunikation og samarbejde

- Løbende status på fremdrift til faglige sundhedsklynger, Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS), Sundhedskoordinations-udvalg samt kommunalt embedsmandsudvalg (KKR)
- Kommunikation til borgere og sundhedsfaglige, herunder opdatering af materiale
- Vedligeholdelse af hjemmeside med diverse dokumenter.
- Løbende dialog/samarbejde med øvrige interessenter (PLO-Hovedstaden, Lungeforeningen mv.)
- Løbende kommunikation og videndeling med øvrige landsdele
- Koordination med nationale parter
- Sekretariatsbetjening af referencegruppens møder
- Drift af klyngerne for monitoreringsansvarlige sygeplejersker i kommuner og regionen

93/112

Kompetenceudvikling

- Løbende planlægning og afholdelse af kompetencekurser
- Opdatering og videreudvikling af uddannelsesmateriale
- Deltagelse i vedligeholdelse af nationalt udarbejdet e-læringsmateriale til TeleKOL

Økonomi og opfølgning på gevinster/effekter

- Varettagelse af afregning mellem kommuner og region af udstyrspakker (refusion (65/35 pct) ved køb af udstyrspakke)
- Opfølgning på nationale og landsdelsspecifikke effekter / gevinster
- Håndtering af bestillinger fra diverse fællesoffentlige styregrupper
- Afregning i forbindelse med Service og support til KK

3. Opgaver i driftsorganisering

Hovedopgaver i en fremtidig driftsmodel estimeres samlet til **1,5 årsværk** fordelt mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune med 50 % til hver – svarende til 0,75 årsværk til hver.

Region Hovedstaden dækker selv de 0,75 årsværk. Den kommunale andel finansieres efter fordelingsnøglen mellem de 29 kommuner.

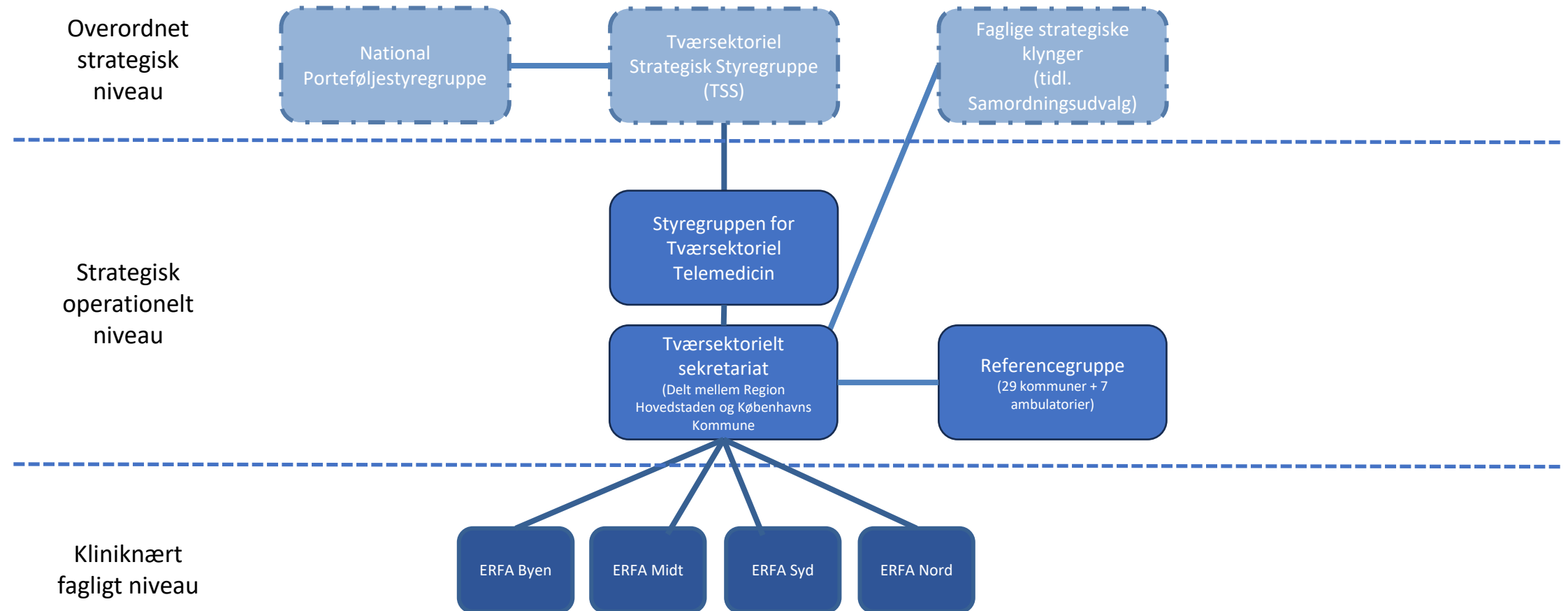
I bilag A (fra slide 14) er hver af de fem hovedområder detaljeret yderligere.

1. Det sundhedsfaglige tilbud
2. Service og supportopgaver, der ligger udenfor supporten i KK
3. Kommunikation og samarbejde
4. Kompetenceudvikling
5. Økonomi og opfølgning på effekter

Der er en række væsentlige opmærksomhedspunkter:

- Opgørelsen omfatter alene opgaver, der skal videreføres eller som kommer til, i en fremtidig model
- En række opgaver i det fremtidige set-up er kendte, men ikke ressourceestimeret. Det drejer sig primært om praktisk afvikling af kompetenceudvikling
- Ressourceforbruget er, i forhold til den fremtidige model, estimeret som et ligeligt fordelt træk over en treårig periode. Der er derfor ikke taget stilling til udsving i ressourcebehovet i løbet af perioden
- Der er ikke medregnet en buffer til uforudsete opgaver.

4. Organisering



4. Organisering

Overordnet strategisk niveau

Den fællesoffentlige porteføljestyregruppe skal sikre fremdrift i udbredelsen af telemedicin, herunder gevinstrealisering, opfyldelse af målsætninger samt erfaringsudveksling om udbredelsen af telemedicin på tværs af landet

Tværsektoriel Strategisk Styregruppe har et overordnet administrativt ansvar for politiske målsætninger i regi af sundhedsaftalen, herunder telemedicin / KOL, og godkender eventuelt budget

Strategisk operationelt niveau

Styregruppen for Tværsektoriel Telemedicin (den tidligere programstyregruppe) har ansvar for løbende drift og styring af det telemedicinske tilbud til KOL og kommende tværsektorielle telemedicinske tilbud. Styregruppen skal sikre, at der sker en koordination og prioritering i forhold til det sundhedsfaglige tilbud på tværs af sektorer, herunder drøfte problemstillinger relateret til det tværsektorielle samarbejde og videreudvikling af det telemedicinske tilbud.

Tværsektoriel referencegruppe skal sikre løbende opfølgning og koordination på tværs af kommuner og ambulatorier, have ansvar for identifikation af forretningsbehov og løfte/drøfte generelle problemstillinger relateret til de tværsektorielle, telemedicinske tilbud mv.

En klinisk-organisatorisk driftsorganisation skal håndtere administrative opgaver, kontraktstyring, kommunikationsaktiviteter, økonomistyring, sekretariatsbetjening af den tværsektorielle referencegruppe, samarbejde med FUT/Telma systemforvaltning ift. ændringsønsker / teleløsninger, løbende understøtte kommuner og ambulatorier i forhold til daglig drift mv.

Kliniknært fagligt niveau

ERFA-grupperne for monitoreringsansvarlige sygeplejersker fra kommuner og regioner drøfter praksisnære problematikker i egen klynge

Bilag A:

Ressourcetræk og finansiering for opgaver i tværsektoriel, klinisk-organisatorisk driftsorganisation

5. Det sundhedsfaglige tilbud - vedligehold og videreudvikling

Placering og estimeret ressourceforbrug for hovedopgaver efter "Go Live"

Opgave	Delopgaver	Placering af opgave i fremtidig driftsmodel	Estimeret ressource-forbrug i fremtidig driftsmodel
Løbende opfølgning på inklusion af borgere	• Indsamling og analyse af data fra kommunale monitoreringsansvarlige • Løbende dialog med AP og hospitaler • Besvarelse af spørgsmål og øvrige henvendelser fra monitoreringsansvarlige	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,1 ÅV Kvartalsopgave
Justering og videreudvikling af det samlede telemedicinske tilbud	• Opsamling og sammenfatning af erfaringer hos monitorerings- og behandlingsansvarlige samt fra støtte funktioner og øvrige interessenter • Opdatering af sundhedsfagligt grundlag • Justering af arbejdsgange og tværsektorielt samarbejde • Løbende opdatering og formidling af sundhedsfaglige vejledninger, instrukser, procesbeskrivelser mm.	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,2 ÅV Årlig opgave
Løbende opfølgning på/revision af samarbejdsaftaler samt koordination ift. forløbsprogram, kliniske retningslinjer og sundhedsaftaler	• Revision/opdatering af forløbsprogram for KOL • Opdatering af sundhedsfagligt grundlag • Opdatering af kliniske og organisatoriske vejledninger	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,05 ÅV Årlig opgave

5. Service og support opgaver – der ligger udenfor selve supportfunktionen i KK

Placering og estimeret ressourceforbrug for hovedopgaver efter 'go live'

Opgave	Delopgaver	Placering af opgave i fremtidig driftsmodel	Estimeret ressource-forbrug i fremtidig driftsmodel
Justering og styring af teknisk setup	Løbende opfølgning og justering af samlet teknisk setup (telemedicinsk løsning, hardware og teknisk support)	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	Er finansieret i regi af SSL-aftalen
Kommunikation til kommuner og hospitaler om teknisk setup mv.	- Løbende opdatering og formidling af tekniske vejledninger og instrukser - Understøtte lokal brugergruppe for Telma, herunder ændringsanmodninger	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,1 ÅV Årlig opgave
Løbende opdatering af whitelist ift. it-udstyr og devices	- Opdatering af whitelist ift. it-udstyr og devices i takt med, at der kommer nyt udstyr på markedet - Test af nyt udstyr svarende til whitelist og opdatering af den telemedicinske udstyrsshop	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	Er finansieret i regi af SSL-aftalen
Sikre vedligeholdelse af KAM-skema ift. sundhedsfagligt grundlag, samt deltagelse i nationalt gruppe for konfigurations	Løbende opdatering/udbygning af KAM-spørgeskemaer	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,05 ÅV

5. Kommunikation og samarbejde

Placering og estimeret ressourceforbrug for hovedopgaver efter 'go live'

Opgave	Delopgaver	Placering af opgave i fremtidig driftsmodel	Estimeret ressource-forbrug i fremtidig driftsmodel
Politisk/strategisk sekretariats-betjening	- Betjening af egen styregruppe, herunder mødeforberedelse og –opfølgning - Statusrapportering til TSS - Statusrapportering til øvrige fora (faglige klynger, sundhedskoordinationsudvalg samt kommunalt embedsmandsudvalg) - Dialog med øvrige parter (PLO Hovedstaden, Lungeforeningen m.fl.) - Koordination med nationale parter (KL, Danske Regioner, SUM m.fl.)	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,25 ÅV Løbende
Kommunikation til borgere og sundhedsfaglige	- Nyhedsbreve - Information om opdateringer og ændringer i telemedicinsk tilbud - Løbende dialog	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,1 ÅV Løbende
Tværasektoriel hjemmeside	- Vedligeholdelse af hjemmeside med diverse dokumenter/vejledninger mv. - Afklaring om placering udestår	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,2 ÅV

5. Viden og kompetencer

Placering og estimeret ressourceforbrug for hovedopgaver efter 'go live'

Opgave	Delopgaver	Placering af opgave i fremtidig driftsmodel	Estimeret ressource-forbrug i fremtidig driftsmodel
Gennemførelse af kompetencekurser	- Kursusadministration (tilmeldinger, lokaler m.m.) - Afholdelse af kurser	Region Hovedstaden	Finansieres separat via kursusafgift
Koordination og videreudvikling af kompetenceudvikling	- Justering og opdatering af kursusmateriale (landsdelsspecifikt) - Vedligeholdelse af e-læringsmateriale til TeleKOL (nationalt) - Løbende opfølgning på uddannelsesbehov	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	Finansieres delvist separat via kursusafgift
Koordination af vidensdeling og erfaringsudveksling i landsdelen	Drift af netværk for monitoreringsansvarlige sygeplejersker i kommuner og regionen	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,1 ÅV Kvartalsvis opgave
Vidensdeling på tværs af landsdele	Løbende kontakt og udveksling af erfaringer med andre landsdele	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,05 ÅV Løbende

5. Økonomi og opfølgning på effekter/gevinster

Placering og estimeret ressourceforbrug for hovedopgaver efter 'go live'

Opgave	Delopgaver	Placering af opgave i fremtidig driftsmodel	Estimeret ressource-forbrug i fremtidig driftsmodel
Evaluering og fornyelse af aftaler om økonomi	• Evaluering og fornyelse af aftale om fordelingsnøgle mellem kommuner og regioner • Evaluering og fornyelse af aftale om finansiering af teknisk support • Evaluering og fornyelse af afregningsmodel for udstyr, herunder pakkepris og operationel afregning	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,1 ÅV Årlig opgave
Opfølgning på nationale og landsdels-specifikke effekter/gevinster	• Indsamling og analyse af data • Indrapportering til nationalt niveau	klinisk-organisatorisk driftsorganisation	0,1 ÅV Kvartalsvis opgave
Operationelle økonomi-opgaver	• Håndtering af fakturering og afregning mellem region, kommuner og øvrige aktører • Afregning i forbindelse med Service og support til KK	Region Hovedstaden og KK	0,1 ÅV Årlig opgave

DAGSORDEN

TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE

Tværsektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

01-09-2023 10:00

MØDESTED

Regionsgården

MEDLEMMER

Bilag 1 - Bilag 1.TSS sag 1. sep 2023

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

4. Drøftelse: Revision af kommunikationsaftalen

4. DRØFTELSE: REVISION AF KOMMUNIKATIONSÅFTALEN

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

Tværsektoriel strategisk styregruppe drøftede forslag til revision af kommunikationsaftalen.

Der var enighed om, at afsættet for arbejdet med revisionen af aftalen skal være grundlæggende drøftelser om, hvordan aftalen bør udformes set i lyset af erfaringer med brugen af den nuværende aftale og de aktuelle tekniske muligheder for tværsektoriel kommunikation.

Tværsektoriel strategisk styregruppe besluttede endvidere at nedsætte en styregruppe, der skal sætte en faglig strategisk retning for arbejdet med aftalen. Herunder blev aftalt, at forslag til kommissorium for styregruppen kan godkendes af formandskabet for Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Tværsektoriel strategisk styregruppe aftalte desuden, at den planlagte interview-/spørgeskemaundersøgelse kan igangsættes som planlagt.

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 Præhospitalet 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

Kommissorium for styregruppe til udarbejdelse af ny kommunikationsaftale

Kommunikationsaftalen skal understøtte, at borgeren efter endt behandling i forbindelse med indlæggelse eller akutambulantbehandling udskrives sikkert og hurtigt. Som det *fremgår af nuværende kommunikationsaftale for indlagte, starter udskrivelsen ved indlæggelsen: "En tidlig og relevant dialog med og om borgeren skal være med til at styrke samarbejdet i sektorovergangen blandt det sundhedsfaglige personale, der er involveret i borgerens indlæggelses- og udskrivningsforløb"* (s. 5 i [kommunikationsaftalen](#)). Det er derfor vigtigt, at en ny aftale også sikrer, at medarbejderne på hospitaler og i kommuner får enkle og konkrete rammer for rettidig kommunikation med de parter, der er relevante i det konkrete patientforløb.

Udover at medvirke til, at borgeren og eventuelle pårørende får et trygt forløb i forbindelse med indlæggelse eller den akutambulante behandling, skal aftalen også sikre sammenhængende og effektive udrednings- behandlings- og plejeforløb. Hospitaler og kommuner skal kommunikere præcist og rettidigt og samarbejde om at sikre et sammenhængende tilbud til borgeren.

I den nuværende kommunikationsaftale er der desuden listet en række forudsætninger, som skal være til stede for, at aftalen reelt kan skabe bedre sektorovergange for borgeren. De forudsætninger betragtes også som relevante for arbejdet med en ny kommunikationsaftale. Parterne bag aftalen ønsker, at alle aktører arbejder med et udgangspunkt, der er præget af respekt for hinanden på tværs af sektorerne, og at vi tænker i effektiv ressourceudnyttelse som et fælles ansvar.

I den nye kommunikationsaftale er det altoverskyggende og fælles mål, at aftalen understøtter, at borgeren bliver taget godt imod ved indlæggelse/start af akutambulant behandling og oplever en tryk udskrivelse, hvor kommunerne kan overtage evt. behov for videre (syge)pleje.

I det følgende præsenteres organisering af en styregruppe, som har til opgave at sætte en faglig, strategisk retning for udarbejdelse af ny kommunikationsaftale og derved bidrage til, at den nye kommunikationsaftale også fremover kan medvirke til at understøtte borgeren og medarbejderne i forbindelse med indlæggelser/akutambulantbehandling og udskrivelser herfra.

Afsæt for styregruppen

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) har på mødet den 1. september 2023 aftalt, at afsættet for den planlagte nye kommunikationsaftale skal være grundlæggende drøftelser om, hvordan aftalen bør udformes set i lyset af erfaringer med brugen af den nuværende aftale og i forhold til de aktuelle tekniske muligheder for tværasektoriel kommunikation. Den nye aftale skal have et gennemgående blik for at indtænke en tryk indlæggelse og udskrivelse samt start/afslutning på akutambulant behandling for borgeren.

TSS har derfor besluttet at nedsætte en styregruppe, som skal sætte en faglig, strategisk retning for dette arbejde og bidrage med perspektiver og forslag til kommunikationsaftalen med blik for at koble det tekniske, operationelle og strategiske niveau. Desuden skal styregruppen sikre implementering og forankring af aftalen parterne imellem. Det forventes derfor, at styregruppen er aktiv frem til november 2025 – et år efter forventet idriftsættelse af ny aftale. Styregruppen tager sit afsæt i den viden, Tværasektorielt Samarbejdsforum for Digital Kommunikation (TSDK) allerede har tilvejebragt om potentiale for forbedringer.

Styregruppens opgaver og funktion

- Styregruppen skal sætte en faglig strategisk retning for den nye kommunikationsaftale, som understøtter patientsikre tværsektorielle overgange mellem kommuner og hospitaler, herunder have blik for mulige forenklinger af aftalegrundlaget.
- Styregruppen skal understøtte, at udarbejdelse af den nye kommunikationsaftale sker med et gennemgående blik for en fælles og effektiv ressourceudnyttelse på tværs af sektorerne, og skal afdække muligheder for brugen af de nye datadelingsveje fx SP-Link og Sundhedsjournalen, herunder ressourceforbruget i den forbindelse i alle sektorer.
- Styregruppen skal sikre, at kommunikationsaftalen understøtter ensartet brug af MedComs hjemmepleje-sygehusstandarder på tværs af kommune(r) og hospitaler. Dette for at sikre et sammenhængende og patientsikkert borgerforløb, herunder understøtte en ensartet, simpel og så vidt muligt autogeneret kommunikation mellem hospitaler og kommuner.
- Styregruppen skal følge kommunikationsaftalen op til et år efter idriftsættelse for at sikre den videre implementering og forankring af aftalen på alle hospitaler, kommuner og praktiserende læger. Aftalen forventes at være i drift i november 2024. Styregruppen forventes derfor at være aktiv frem mod november 2025.
- Opfølgning på kommunikationsaftalen forventes blandt andet at berøre: It-understøttelse af kommunikationsaftalen og kommunikation, samarbejde og arbejdsgange mellem hospitaler og kommuner.

Mandat

Styregruppen refererer til TSS. TSS har det overordnede administrative ansvar for den videre implementering af aftalen.

Styregruppen skal tilvejebringe et relevant beslutningsgrundlag for arbejdet med den nye kommunikationsaftale.

Styregruppen godkender et endeligt udkast til kommunikationsaftale til videre behandling på TSS (TSDK til orientering og kommentering).

Sammensætning og organisering

Styregruppen udpeges af TSS formandskabet og sammensættes af:

- Tre kommunale repræsentanter på ledelsesniveau – fx sundhedschefer eller digitaliseringschefer (Københavns Kommune og to andre kommuner fra Region Hovedstaden)
- Tre regionale repræsentanter (fx vicedirektører fra hospitaler, evt. en repræsentant fra hospital på kvalitetschefniveau, enhedschef fra Center for It og Medicoteknologi)
- TSDK-formandskab: Vicedirektør Tina Holm Nielsen, Amager-Hvidovre Hospital og digitaliseringschef Rikke Saltoft, Københavns Kommune (formænd for styregruppen)

Styregruppens sammensætning skal sikre ledelsesmæssigt ophæng på tværs af kommuner og region, herunder sikre fokus på organisering og anvendelse af kommunikationsaftalen i praksis.

Styregruppen kan desuden bede arbejdsgruppen/TSDK om ad hoc at inddrage relevante fagpersoner til afklaring af konkrete problemstillinger.

Bilag 2 - Bilag 2. Kommissorium for Styregruppe for ny kommunikationsaftale Godkendt af TSS's formandskab den 22. november 2023

TSDK-formandskabet udgør også formandskabet for styregruppen for at sikre sammenhæng og synergi mellem TSDK, styregruppen og TSS. TSDK fungerer som arbejdsgruppe for styregruppen i forhold til at bidrage med input, analyser mm.

Formandskab

Formandskabet udgøres af det siddende TSDK-formandskab.

Sekretariat

Sekretariatet varetages i et samarbejde mellem Center for Sundhed, Region Hovedstaden, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat-Hovedstaden og sekretariatet for TSDK.

Mødefrekvens og tidsforbrug

Der forventes at blive afholdt et til to møder i 2023. Deltagere i styregruppen må forvente at skulle bruge tid mellem møderne til forberedelse eller kommentering af oplæg til møderne.

Ved udgangen af 2023 tages der stilling til behovet for mødefrekvens i 2024 og 2025.

Revisionsarbejdet forventes at forløbe frem til maj 2024, hvor SSU skal behandle et nyt aftaleudkast. Derpå afvikles der undervisning i ny aftale, og ny kommunikationsaftale forventes i drift per november 2024.

Fokus på solid implementering af aftalen sker i 2025.

TSS holdes løbende orienteret om styregruppens arbejde.

Ikrafttræden

Kommissoriet træder i kraft, når det er godkendt af det samlede TSS-formandskab. [dato indføres]

Baggrund

"Kommunikationsaftalen" i Region Hovedstaden udgør rammen for tværsektoriel kommunikation mellem kommuner og hospitaler for borgere/patienter, der indlægges og udskrives i somatisk regi. Omdrejningspunktet i kommunikationsaftalen er MedComs hjemmepleje-sygehusstandarder, der anvendes som digitalt kommunikationsredskab mellem hospital og kommune i forløbet med indlæggelse og udskrivelse af en patient/borger, som får hjælp og støtte i kommunen eller får behov for det efter udskrivelsen. Hjemmepleje-sygehusstandarderne er implementeret i alle regioner og kommuner som en del af sundhedsaftalerne.

I takt med, at flere og flere patienter ikke indlægges, men opholder sig akut ambulant på sygehuset, er der opstået et behov for advisering om borgere, som opholder sig akut ambulant på sygehuset. For at tilgodese dette er der i Den Nationale Bestyrelse for Sundheds-it aftalt, at en ny MedCom-standard "Advis sygehusophold" bliver idriftsat november 2024. "Advis sygehusophold" sendes automatisk fra hospitalerne med besked til kommunerne om, at borgere med kommunale ydelser opholder sig/bliver behandlet på hospitalernes akutmodtagelser.

I regi af TSDK er der igangsat et analysearbejde i forhold til kommunikation for akut ambulant behandling og samtidig en revision af den nuværende kommunikationsaftale for indlagte borgere.

Bilag 2 - Bilag 2. Kommissorium for Styregruppe for ny kommunikationsaftale
Godkendt af TSS's formandskab den 22. november 2023

TSS har på mødet 1. september 2023 aftalt, at afsættet for revision af Kommunikationsaftalen skal være grundlæggende drøftelser om, hvordan aftalen bør udformes set i lyset af erfaringer med brugen af den nuværende aftale og de aktuelle tekniske muligheder for tværsektoriel kommunikation. TSS har derfor besluttet at nedsætte en styregruppe, der skal sætte en faglig strategisk retning for TSDK's arbejde med kommunikationsaftalen. TSS besluttede på møde den 1. september 2023, at TSDK's allerede igangsatte arbejde med fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse kunne fortsætte uændret.