

Tværasektoriel strategisk styregruppe**MØDETIDSPUNKT**

03-02-2020 08:30

MØDESTED

H7 og H8

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen	Formand	
Helene Rasmussen	Formand	
Anne Jastrup		
Anne Gotlieb Hertz		
Annemarie Hellebek		
Bente Ourø Rørth		
Janne Elsborg		
Jean Hald Jensen		
Jesper Lihn		
Jette Bay		
Jørgen Steen Andersen		
Kai Nørrung		
Karin Zimmer		
Katja Kayser		
Marianne Puge		
Mikkel Boje		Afbud
Nicolai Kjems		
Niels Peter Møller		Afbud
Rene Priess		
Torben Laurén		Afbud
Trine Mottlau		
Vibeke Abel		Afbud
Markus Hahn		
Søren Sandahl		
Winnie Brandt		
Lars Mørck Jarl		
Kamilla Walther		
Vibeke Nymann Folmer		
Henrik Abildtrup		Afbud
Sascha Volmer Sørensen		

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Tværsektorielt samarbejde om borgere med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse
3. Beslutning: Pejlemærker for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom
4. Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU
5. Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom
6. Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen
7. Beslutning: Aftale om ansvar og finansiering i forhold til borgere, der på grund af fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse, har behov for ledsagelse til hospitalsbehandling
8. Beslutning: Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger
9. Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes
10. Meddelelser
11. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

Navn	Titel	Deltager i samordningsudvalg i
Anne Skriver - Formand	Centerdirektør, Center for Sundhed (CSU), Region Hovedstaden	
Helene Rasmussen – Næstformand	Direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune	
Anne Hertz	Vicedirektør, Region Hovedstadens psykiatri	Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Anne Jastrup Okkels	Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Byen (somatik)
Annemarie Hvidberg Hellebek	Konstitueret direktør, Bornholms Hospital	Bornholm (somatik og psykiatri)
Bente Ourø Rørth,	Direktør, Nordsjællands Hospital	Nord (somatik)
Henrik Abildtrup	Social- og Sundhedsdirektør, Rødovre Kommune	
Janne Elsborg	Vicedirektør, Amager Hvidovre Hospital	Syd (somatik)
Jean Hald Jensen	Enhedschef, Det nære sundhedsvæsen, CSU, Region Hovedstaden	Nord + Midt (somatik)
Jesper Lihn	Enhedschef, Det nære sundhedsvæsen, CSU, Region Hovedstaden	
Jette Bay	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget	
Jørgen Steen Andersen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Kai Nørrung	Organisatorisk brugerrepræsentant, formand for Patientinddragelsesudvalget	
Karin Zimmer	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Katja Kayser	Direktør for Sundhed og Omsorg, Københavns Kommune	
Marianne Puge	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden	
Mikkel Boye	Socialdirektør, Københavns Kommune	Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg
Nicolai Kjems	Centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune	Syd (somatik)
Niels Peter Møller	Direktør for Social og Sundhed, Brøndby Kommune	
Rene Priess	Vicedirektør, Herlev Gentofte Hospital	Midt (somatik)
Sascha Volmer Sørensen	Kommunal direktør, Gribskov Kommune	
Torben Laurén	Konstitueret Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsdirektør, Sundheds- og omsorgschef, Frederiksberg Kommune	Byen (somatik)
Trine Mottlau	Vicedirektør, Region Hovedstadens Akutberedskab	Nord (somatik)
Vibeke Abel	Direktør for Job, Social og Sundhed, Hillerød Kommune	
Markus Hahn	Chefkonsulent, PLO-Hovedstaden (observatørpost)	
Søren Sandahl	Konsulent, KL (observatørpost)	
Winnie Brandt	Chefkonsulent, Enhed for det nære sundhedsvæsen, CSU (observatørpost)	Byen + Syd (somatik) Bornholm
Sekretariat		
Vibeke Nyman Folmer	Konsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat	
Lars Mørk Jarl	Konsulent, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat	
Kamilla Walther - sekretær	Specialkonsulent, Enhed for det nære sundhedsvæsen, CSU	

INDSTILLING

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

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe godkendte dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

Det bemærkes fra PLO-H, at de gerne vil involveres mere i forberedelsen af dagsordenen.

Anne Hertz gør opmærksom på, at deltagerlisten skal korrigeres ift. den nye struktur for samordningsudvalg i psykiatrien.

2. DRØFTELSE: TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE OM BORGERE MED DEMENS OG SAMTIDIG ADFÆRDSFORSTYRRELSE

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) har efterspurgt en drøftelse vedr. det tværasektorielle samarbejde om borgere med adfærdsforstyrrelser og demens, samt opgavedelingen mellem Region Hovedstadens Psykiatri og de regionale Hukommelsesklinikker, idet der i TSS er givet udtryk for, at der både i kommuner og almen praksis og ikke mindst for borgerne opleves uhensigtsmæssige forløb.

Form

Der lægges op til en drøftelse med fokus på at afklare nærmere, hvilke udfordringer der er på området, som evt. skal løses, med fokus på borgernes perspektiv og det tværasektorielle samarbejde. Der indledes med et oplæg fra Gunhild Waldemar (leder af Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet) og klinikchef Birte Smidt (Psykiatrisk Center København) om den regionale samarbejdsaftale mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Hukommelsesklinikkerne. Efterfølgende vil Karin Zimmer (PLO-H) dele erfaringer fra almen praksis om samarbejdet om målgruppen, og Sundhedschef Hella Obel (Hillerød Kommune) præsenterer en konkret case om en borger med adfærdsforstyrrelser.

Den efterfølgende dialog vil foregå i grupper og i plenum. Afslutningsvis skal styregruppe tage stilling til det videre arbejde med problemstillingen.

Psykiatriske symptomer ved demens

Psykiatriske symptomer ses i alle faser af sygdomsforløbet ved demens, men der er en tendens til, at forekomsten øges med graden af demens. Det er ofte vanskeligt at skelne mellem psykiatriske symptomer som led i almindelig demensudvikling og delir, idet både symptomer og årsager overlapper. Da psykiatriske symptomer ikke er særlig godt afgrænset, er forekomsten vanskelig at vurdere, men 70-90 % af de demente patienter udvikler psykiatriske symptomer eller adfærdsforstyrrelser under sygdomsforløbet (1).

En mindre del af borgere med demens kan udvikle udadreagerende adfærd og andre adfærdsforstyrrelser. Det kan fx komme til udtryk ved, at borgeren råber, truer eller optræder voldeligt eller grænseoverskridende overfor andre mennesker, eller blot er rastløs og fx flytter rundt på møbler, er agiteret og ikke kan finde ro. Sundhedsstyrelsen oplyser, at ca. 8000 af de ca. 89.000 danskere med demens har en udadreagerende adfærd (2). Disse borgere er typisk ældre mennesker, der bor på plejecentre, og de udgør et relativt lille antal beboere på de enkelte centre.

Samarbejdsaftale mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Hukommelsesklinikkerne

Der er ultimo 2018 udarbejdet en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Hukommelsesklinikkerne (bilag 1), som trådte i kraft i februar 2019. Aftalen danner rammen for opgavedeling og samarbejde omkring mennesker med adfærdsforstyrrelser og demens i Region Hovedstaden mellem hukommelsesklinikkerne og Region Hovedstadens Psykiatri. På baggrund af aftalen, er der udsendt en revideret visitationsmeddelelse til praktiserende læger, som beskriver visitation vedr. mennesker med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse. Som opfølgning på aftalen skal der i det reviderede regionale forløbsprogram for demens indarbejdes et afsnit, som beskriver det tværasektorielle samarbejde om denne patientgruppe, herunder hvordan der visiteres relevant. Revisionsarbejdet er dog pauseret, idet der afventes offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens "nationale anbefalinger vedr. tværasektorielle forløb". Arbejdet med at revidere forløbsprogrammet forventes genoptaget i 2. kvartal 2020. Der har derfor ikke været fokus på at formidle indholdet af aftalen til kommunerne pt.

Forslag til videre proces

Der pågår i øjeblikket en proces med at tilpasse den regionale samarbejdsaftale. I den forbindelse er det blevet foreslået, at der afholdes en workshop i marts/april 2020 med deltagelse af kommuner, almen praksis, patienter og pårørende samt Region Hovedstadens Psykiatri og Hukommelsesklinikkerne, hvor erfaringerne med samarbejdet kan drøftes med henblik på evt. justeringer af aftalen.

Sundhedsstyrelsen udgav i april 2019 en handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen. Der er afsat 60 mio. kr. i perioden 2019-2022 til at understøtte handlingsplanens indsatsområder og de ni initiativer. Handlingsplanens anbefalinger og initiativer kan indgå som inspiration i det videre arbejde.

Der blev i efteråret 2019 efterspurgt en drøftelse af demensområdet i Sundhedskoordinationsudvalget, og der sigtes mod en drøftelse i udvalget primo 2020.

1: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/symptomer-paa-demens/psykiatriske->

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter det tværsektorielle samarbejde om borgere med adfærdsforstyrrelser og demens med fokus på, hvilke udfordringer der opleves i samarbejdet

At Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter, om der skal afholdes en heldagsworkshop mhp. at drøfte foreløbige erfaringer med den regionale aftale og give input til eventuelle justeringer af aftalen.

At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter, om der er et behov for at kommunikere indholdet af den regionale aftale særligt vedr. visitation og tværsektorielt samarbejde om mennesker med demens og adfærdsforstyrrelser.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe drøftede på baggrund af oplæg det tværsektorielle samarbejde om borgere med adfærdsforstyrrelser og demens.

Der var enighed om, at der er mange forskellige udfordringer på området (uklarheder om opgavedeling/organisering, handlemuligheder og kompetencer). Der blev peget på, at der er brug en nærmere afklaring af udfordringer, gerne på baggrund af data.

Tværsektoriel strategisk styregruppe besluttede, at der skal afholdes en workshop med deltagelse fra hukommelsesklinikker, psykiatrien, kommunerne, almen praksis og brugere med henblik på en nærmere afklaring af udfordringer og mulige løsninger. Herunder mulighed for at give input til eventuelle justeringer af aftalen mellem den regionale psykiatri og hukommelsesklinikkerne.

Der arbejdes fra regionens side videre med planlægning af workshoppen med involvering af relevante aktører.

Efter afholdelse af workshoppen tages der stilling til behovet for en kommunikationsindsats.

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Samarbejdet om patienter med adfærdsforstyrrelser grundet demens 180703 (002)

3. BESLUTNING: PEJLEMÆRKER FOR FOKUSOMRÅDET ÆLDRE OG BORGERE MED KRONISK SYGDOM

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) havde den 19. december 2019 en temadrøftelse om ønsker og forventninger til det videre arbejde med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom".

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) skal på baggrund af drøftelsen indstille forslag til de politiske pejlemærker for det videre arbejde med de to mål under fokusområdet. Prioriteringen af pejlemærkerne skal ske på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 27. marts 2020.

Form

Indledningsvist opfordres de TSS medlemmer, som deltog i SKU's drøftelse, til at dele deres refleksioner fra mødet, særligt med henblik på at målrette fremtidige temadrøftelser i SKU.

I drøftelsen af pejlemærker lægges der op til, at TSS har en åben og udviklende dialog i plenum om, hvorvidt forslagene til pejlemærker overordnet set rammer de behov, som er blevet adresseret i SKU's temadrøftelse og baggrundsnotatet til SKU. De enkelte forslag til pejlemærker gennemgås efterfølgende i forhold til relevans og evt. behov for justeringer.

Temadrøftelsen i SKU

Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom" har to mål:

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

Temadrøftelsen tog afsæt i et baggrundsnotat (1), der baseret på input fra samordningsudvalgene og workshop med faglige repræsentanter på tværs af sektorerne samt brugerrepræsentanter, beskriver en række emneområder inden for fokusområdet, hvor der er særligt stort behov for at videreudvikle det tværasektorielle samarbejde inden for de to mål.

Temadrøftelsen blev indledt med seks korte oplæg, der satte fokus på udfordringer og muligheder i samarbejdet om såvel ældre som borgere med kroniske sygdomme. Den efterfølgende drøftelse tog også udgangspunkt i begge mål.

SKU's drøftelser handlede blandt andet om bedre kommunikation og samarbejde, mere fokus på populationsansvar, handlemuligheder i primærsektoren - herunder lægeligt behandlingsansvar - samt at have fokus på såvel nye samarbejdsformer og tilgange til borgerne, som udbredelse af projekter/gode erfaringer.

Forslag til pejlemærker

Sundhedsaftalesekretariatet har udarbejdet forslag til pejlemærker med afsæt i SKU's drøftelse samt baggrundsnotatet til SKU. Sekretariatet har i forbindelse med udarbejdelsen af forslag til pejlemærker overvejet, i hvilket omfang det giver mening at dele pejlemærkerne stringent op på de to mål, da der er overlap målene imellem. Mange af de input der er kommet, er også relateret til begge mål. Forslag til pejlemærker præsenteres derfor ikke opdelt på de 2 mål og nogle pejlemærker relaterer sig til begge mål, mens andre overvejende adresserer det ene mål.

Forslag til pejlemærke	Forslag til forankring
1) Pejlemærke: Helhedsorienteret tilgang til borgere med flere kroniske sygdomme	De somatiske samordningsudvalg
2) Pejlemærke: Samarbejdet om den akut syge ældre borger skal styrkes	De somatiske samordningsudvalg
3) Pejlemærke: Samarbejdet om lægebetjening i kommunerne skal styrkes	De somatiske samordningsudvalg
4) Pejlemærke: Der skal indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.	En temagruppe under TSS
5) Pejlemærke: Overgangen fra hospital til eget hjem eller kommunalt tilbud skal være sikker og tryk	De somatiske samordningsudvalg

Der er i bilaget vedlagt korte beskrivelser af forslagene til pejlemærker. Under hvert forslag gives en beskrivelse af baggrunden for pejlemærket og en beskrivelse af hvordan, der vil blive arbejdet med pejlemærket. Derudover indgår en overordnet vurdering af, hvorvidt arbejdet med pejlemærket kan have økonomiske konsekvenser for kommunerne, hospitalerne og/eller almen praksis.

Vurderinger af de økonomiske konsekvenser vil indgå som en del af arbejdet med konkretiseringen af de enkelte forslag

til pejlemærker. Først når pejlemærkerne er konkretiseret træffes beslutninger om implementering af nye indsatser og tilbud.

Det foreslås, at forslag til kommissorier for eventuelle temagrupper inden for fokusområdet, fremlægges til godkendelse via formandskabet for TSS med henblik på at få en så hurtig igangsættelse af arbejdet, som muligt (næste TSS møde er den 20. maj).

1: Link til SKUs dagsorden, baggrundsnotat er bilag 1 til punkt 2 <https://www.regionh.dk/politik/nye-moeder/Documents/Dagsorden%20inkl%20bilag%20-%20Sundhedskoordinationsudvalget%20d.%202019.%20december%202019.pdf>

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe deler refleksioner om afviklingen af temadrøftelsen – hvad fungerede godt? Og hvad fungerede mindre godt? Er der særlige opmærksomhedspunkter til de fremtidige temadrøftelser i SKU?

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender forslag til pejlemærker for fokusområdet: Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom samt forslag til forankring af arbejdet med de enkelte pejlemærker.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe drøftede forslag til pejlemærker for fokusområdet: Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom samt forslag til forankring af arbejdet med de enkelte pejlemærker.

Styregruppen besluttede, at forslag 3, 4 og 5 går videre til Sundhedskoordinationsudvalget, med den tilføjelse, at elementer fra forslag 2 skal skrives ind i forslag 3 og 5. Forslagene skal suppleres med, at der også skal være fokus på udlægning af opgaver fra hospitaler til primærsektor. Forslag 1 udgår som selvstændigt pejlemærke, da det opfattes som en generel forudsætning for samarbejdet om målgrupperne under fokusområdet.

Styregruppen godkendte, at Sundhedsaftalesekretariatet udarbejder de endelige forslag til pejlemærker, som godkendes af formandskabet for TSS med henblik på prioritering i SKU den 27. marts.

Efter mødet i SKU orienteres samordningsudvalgene om SKU's prioriteringer/valg af pejlemærker. Såfremt der skal nedsættes en temagruppe, vil forslag til kommissorium for temagruppen blive godkendt af formandskabet for TSS.

BILAGSFORTEGNELSE

1. 27.1.2020 Ældre - Forslag til pejlemærker

4. BESLUTNING: IGANGSÆTTELSE AF ARBEJDET MED DE POLITISKE PEJLEMÆRKER FOR ARBEJDET MED SUNDHEDSAFTALENS FOKUSOMRÅDE "SAMMEN OM BØRN OG UNGES SUNDHED" - OPFØLGNING PÅ SKU

SAGSFREMSTILLING

Denne sag handler om igangsættelse af arbejdet med de 4 pejlemærker, som Sundhedskoordinationsudvalget har prioriteret under Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed". Styregruppen skal på mødet beslutte, om de tre kommissorier og pejlemærkebeskrivelsen kan godkendes.

Baggrund

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede på udvalgets møde d. 19. december 2019 syv forslag til politiske pejlemærker for det videre arbejde med de to mål, der indgår i Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed". På mødet blev de fire nedenstående pejlemærker prioriteret.

De prioriterede pejlemærker:

Mål (A): Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres ressourcer og behov.		Forankring af opgaven:
A1	Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier.	Temagrupper
A2	Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes med særligt fokus på sårbare gravides behov og ønsker.	Samordningsudvalg for de somatiske samordningsudvalg
Mål (B): Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.		
B2	Samarbejdet skal styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet.	Temagrupper
B4	Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel	Temagrupper

Pejlemærkebeskrivelserne er vedlagt i bilag 1. Forslag til forankring af arbejdet med pejlemærkerne blev besluttet på TSS d. 1. november 2019.

Den videre proces

Arbejdet med de fire pejlemærker skal nu sættes i gang.

• Kommissorier for temagrupper

Sekretariatet har ud fra de godkendte pejlemærke-beskrivelser udarbejdet udkast til kommissorier for de tre temagrupper, der skal nedsættes – se ovenstående skema.

I kommissorierne beskrives baggrunden for pejlemærket, formål, opgaver og forslag til sammensætning af temagrupperne. Derudover er der afsnit om arbejdsform og tidsplan.

Sekretariatet har med afsæt i ønsket om at sikre hurtig fremdrift i arbejdet med Sundhedsaftalen lagt op til, at alle tre temagrupper skal afslutte deres arbejde i 2020. Herunder at to af temagrupperne skal afslutte arbejdet, således at gruppernes forslag/anbefalinger kan drøftes i TSS på styregruppens møde i september 2020.

• Arbejdet med pejlemærket om Den tværsektorielle kommunikation på svangre-området

Arbejdet med dette pejlemærke (A2) handler i første omgang om at understøtte arbejdet med implementering af den nye kommunikationsaftale på svangreområdet.

Der er ikke udarbejdet et kommissorium for arbejdet med dette pejlemærke, da opgaven skal forankres i samordningsudvalgene. Sekretariatet har i stedet udarbejdet udkast til en "pejlemærke-beskrivelse", som foreslås udsendt til samordningsudvalgene. I pejlemærkebeskrivelsen er der opridset en række opmærksomhedspunkter i forhold til samordningsudvalgenes arbejde med pejlemærket. Herunder er der gjort opmærksom på, at Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation arbejder med implementering af Kommunikationsaftalen for svangreområdet. I forbindelse hermed er der planlagt en monitorering af antallet af korrespondancemeddelelser, der sendes i "regi af denne kommunikationsaftale".

I pejlemærkebeskrivelsen er det derfor foreslået, at de enkelte samordningsudvalg må vurdere, hvilke yderligere tiltag, der lokalt er behov for at sikre en god implementering af aftalen.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender de tre kommissorier og pejlemærkebeskrivelsen.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe godkendte de tre kommissorier og pejlemærkebeskrivelsen, dog med enkelte rettelser i kommissorierne i forhold til temagruppernes sammensætning. Sundhedsaftalesekretariatet indarbejder rettelserne og udsender herefter udpegningsbreve til hospitaler, KKR og PLO-H, samt pejlemærkebeskrivelsen til de somatiske samordningsudvalg.

Kommunerne bemærkede, at der kan være behov for koordinering, når implementering af kommunikationsaftalen på svangreområdet skal håndteres lokalt, så der ikke opstår forskellige arbejdsgange på hospitalerne, da bl.a. København har fødende på flere hospitaler.

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. SKU 19-12-19 - Forslag til pejlemærker for fokusområdet - Sammen om børn og unges sundhed
- ② 2. UDCAST Kommissorium_Pejlemærke - sårbarhed -TSS030220
- ③ 3. UDCAST-Pejlemærkebeskrivelse - Gravide Kommunikation TSS030120
- ④ 4. UDCAST Kommissorium_ Pejlemærke samarbejde AP - kommune TSS030220
- ⑤ 5. UDCAST Kommissorium_ Pejlemærke ungeindsats TSS030220

5. BESLUTNING: 1. TEMADRØFTELSE – SUNDHEDSAFTALENS FOKUSOMRÅDE: SAMMEN OM BORGERE MED PSYKISK SYGDOM

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom, indeholder to mål:

- Mål (A): Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom
- Mål (B): Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb

På TSS den 13. september 2019 blev det aftalt, at temadrøftelsen om mål A deles op i to drøftelser og at temadrøftelserne om fokusområdet afvikles over 3 møder i SKU, som beskrevet i nedenstående skema:

Marts 2020	Temadrøftelse i SKU (oplæg og indledende politisk drøftelse) • Del af mål A: Fokus på borgere med psykisk og fysisk (somatisk) sygdom • Mål B: Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.
Juni 2020	Temadrøftelse i SKU (prioritering af pejlemærker) • Del af mål A: Fokus på borgere med psykisk og fysisk sygdom • Mål B: Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb. Temadrøftelse i SKU (oplæg og indledende politisk drøftelse) • Del af mål A: Fokus på Borgere med psykisk sygdom og misbrug
Oktober 2020	Temadrøftelse i SKU (prioritering af pejlemærker) • Del af mål A: Fokus på borgere med psykisk sygdom og misbrug

På mødet den 13. september blev det desuden aftalt, at forberedelsen af temadrøftelsen om borgere med psykisk og fysisk sygdom skulle ske på baggrund af input fra en workshop. Forberedelsen af temadrøftelse om koordination i udskrivningsforløb (mål B) skulle ske på baggrund af input fra samordningsudvalgene for psykiatrien.

Temadrøftelsen - Fokus på borgere med psykisk og somatisk sygdom

Den 3. december 2019 blev workshoppen om borgere med psykisk og somatisk sygdom afholdt. Der deltog omkring 50 fagpersoner fra kommunerne, almen praksis og hospitalerne (somatik og psykiatrien). Fra PIU deltog 3 repræsentanter.

På workshoppen var der fokus på hvordan, der gennem et styrket tværsektorielt samarbejde kan sikres bedre forebyggelse/opsporing samt behandling/opfølgning af fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Forslag til emner

Sekretariatet har med afsæt i workshoppen beskrevet nogle overordnede temaer/emner, der kan indgå i temadrøftelsen på SKU den 27. marts 2020.

Under de enkelte emner er der fremhævet en række pointer, som det kan være særligt relevant at sætte fokus på i et videre arbejde med området.

Generelle pointer fra workshoppen:

- Indsatser bør tilrettelægges ud fra et helhedssyn med afsæt i borgerens samlede behov, ressourcer og ønsker.
- Der er brug for, at der bygges bro mellem sektorerne.
- Der er brug for, at der bygges bro mellem specialer og forvaltninger inden for de enkelte sektorer.

Emne	Vigtige pointer
Fokus på sundhedsfremme og forebyggelse	Der er behov for at styrke fokus på betydningen af sundhedsfremme og forebyggelse af fysisk sygdom hos de fagpersoner, der primært er i kontakt med borgere med psykisk sygdom. Forebyggelsen skal tilrettelægges som en helhedsorienteret indsats. Behovet for flere forebyggelsestilbud, der er tilpasset behovene hos borgere med psykisk sygdom, skal afdækkes.
Fokus på opsporing af fysisk sygdom	Opsporing af fysisk sygdom skal ske på en måde som sikrer, at borgeren får mulighed for at tale om sin fysiske tilstand, som borgeren oplever den. De fagpersoner, som primært arbejder med mennesker med psykisk sygdom, skal kunne identificere symptomer på fysisk sygdom. Opsporing af fysisk sygdom skal ske systematisk med afsæt i fælles screeningsredskaber. Der er behov for at se på, om den praktiserende læges rolle i forbindelse med opsporing af fysisk sygdom kan understøttes bedre.
Fokus på opfølgning på behandling	Den tværsektorielle koordination på tværs af specialer og sektorer skal styrkes. Der er behov for at understøtte den elektroniske kommunikation. Der er behov for at undersøge, hvordan flere borgere med psykisk sygdom kan understøttes i at møde op hos almen praksis i forbindelse med behandling og/eller opfølgning på fysisk sygdom.
Fokus på Videndeling	Der er behov for <u>mere viden</u> om, hvilke indsatser der virker. Der er brug for at <u>sprede viden</u> om indsatser der virker.
Fokus på differentierede indsatser til særligt udsatte borgere – herunder hjemløse	De særligt udsatte borgere skal mødes, der hvor de opholder sig. Der er brug for at styrke de opsøgende indsatser / parallelle sundhedstilbud. Der er brug for at styrke samarbejdet med herberger og frivillige organisationer.

Der er som bilag vedlagt et notat, hvori de enkelte emneområder er udfoldet mere.

Temadrøftelsen - mål B: Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb

Temadrøftelsen om mål B skulle være forberedt på baggrund af drøftelser i samordningsudvalgene for psykiatrien i efteråret 2019, således at samordningsudvalgenes input kunne drøftes i TSS på mødet den 3. februar.

Processen omkring udpegninger til samordningsudvalgene for psykiatrien har imidlertid trukket ud. Der er derfor brug for en ny plan for forberedelsen af denne del af temadrøftelsen.

Sekretariatet har drøftet forskellige muligheder med formandskabet – herunder muligheder for en mere smidig igangsættelse af arbejdet med målet, end det der oprindeligt var planlagt.

Det foreslås, at afsættet for SKUs drøftelse bliver et oplæg fra formandskabet for Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg Anne Hertz og Mikkel Boje om, hvor de ser behov for at videreudvikle / intensivere de eksisterende samarbejder mellem de psykiatriske centre og kommunernes relevante enheder på det sociale område, særligt i

forbindelse med udskrivelser.

Hvis samordningsudvalgene afholder møde inden Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 27. marts foreslås, at de kommer med input til Anne og Mikkels oplæg.

Det bemærkes, at Mikkel Boje har orlov frem til 1. februar 2020. Det har derfor ikke været muligt at drøfte forslaget med Mikkel inden udsendelsen af dagsordenen.

Program for temadrøftelsen den 27. marts 2020

Sekretariatet foreslår, at temadrøftelsen afvikles med to runder.

Første runde - fokus på fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Det foreslås, at der som optakt til udvalgets drøftelse kommer 3 – 5 korte oplæg. Oplæggene skal vise eksempler på udfordringer og muligheder for bedre forebyggelse/opsporing og behandling/opfølgning på fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom - gennem et styrket tværsektorielt samarbejde.

Sekretariatet har vedlagt et udkast til program for temadrøftelsen, hvor der er beskrevet fem forslag til emner/oplæg. Det foreslås, at styregruppen drøfter udkastet og kommer med forslag til relevante oplægsholdere inden for de emner, der udvælges.

Anden runde - fokus på mål B (Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb).

Her foreslås – som nævnt – at udvalgets drøftelser tager afsæt i et oplæg fra formandskabet for psykiatriens fælles samordningsudvalg.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at vedlagte notat om styrket tværsektorielt samarbejde i forhold til forebyggelse/opsporing og behandling/opfølgning på fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom indgår som baggrundsmateriale i forbindelse med Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelse den 27. marts 2020.

At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter forslag til program for temadrøftelsen den 27. marts - herunder at udvalget kommer med forslag til oplægsholdere.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe godkendte med en enkelt rettelse, at baggrundsnotat om styrket tværsektorielt samarbejde i forhold til forebyggelse/opsporing og behandling/opfølgning på fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom indgår som baggrundsmateriale i forbindelse med Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelse den 27. marts 2020.

Tværsektoriel strategisk styregruppe drøftede forslag til program for temadrøftelsen den 27. marts, herunder forslag til oplægsholdere. Der skal sigtes mod færre oplæg.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Baggrundsnotat 1. temadrøftelse borgere med somatisk og psykisk sygdom-2
- 📎 2. Program_udkast 1 temadrøftelse Fokusområdet Sammen om borgere med psykisk sygdom

6. BESLUTNING: KOMMISSORIER FOR ØVRIG ORGANISERING AF SAMARBEJDSFLADER I REGI AF SUNDHEDSAFTALEN

SAGSFREMSTILLING

Indledning

Sundhedsaftalesekretariatet har lavet forslag til den tværsektorielle organisering i regi af sundhedsaftalen, der ligger udover arbejdet med fokusområderne. Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) drøftede på sidste møde forslaget om seks samarbejdsfora. Kommissorierne er tilrettet jf. styregruppens ønsker om at præcisere mandat, arbejdsform (fx sprint), beslutningsveje, brugerinddragelse og arbejdsplan. Der er ligeledes udarbejdet et grafisk overblik over fora. Kommissorierne lægges frem med henblik på godkendelse og aftale om videre proces med udpegning.

Form

Der indledes med en kort præsentation af forslag til organisering, samt sekretariatets arbejde med tilretninger, som afsæt for en afklarende dialog med henblik på at sikre at forslaget og kommissorierne nu har den rette form.

Baggrund

Det har i forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsaftalen 2019-2023 løbende været drøftet, hvordan det tværsektorielle samarbejde om sundhedsvæsenet bedst organiseres. Den nye aftale er fokuseret, og udvikling og implementering indsatser finder sted i ad hoc temagrupper eller samordningsudvalg. Men der er flere samarbejdsflader, som ikke er nævnt i sundhedsaftalens fokusområder, som ikke desto mindre er med til at udgøre fundamentet for det tværsektorielle samarbejde, og som vi derfor stadig skal have et systematiseret samarbejde om for at kunne sikre sammenhængende forløb af en høj kvalitet.

Styregruppen besluttede derfor i maj 2019, at der skal være et systematiseret samarbejde om følgende områder, da det er områder, som dels understøtter det konkrete arbejde med den kommende aftale, og dels er vigtige for at understøtte samarbejdet i 'driften':

- Data og økonomi
- Implementering af elektronisk kommunikation, sundheds-IT
- Patientsikkerhed
- Genoptræning og rehabilitering
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Erhvervet hjernesknade.

Det er områder, hvor der relativt ofte kommer nationale tiltag eller udmeldinger, som enten skal fortolkes og indarbejdes i eksisterende aftaler, eller hvor implementering kræver nye aftaler. Det er også områder, hvor der opstår praksisnære problemstillinger i driften, som går på tværs af planområderne, 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 udflytning af opgaver der har indvirkning på tværsektorielle overgange og snitflader.

Sekretariatet foreslår, at der etableres 6 tværsektorielle samarbejdsfora inden for de ovenstående områder, som dog sammensættes forskelligt. Ved at have disse faste fora kan TSS hurtigt give opgaver videre, og en række problemstillinger kan håndteres uden for TSS. Det giver således bedre mulighed for at arbejde agilt og strategisk i styregruppen.

De foreslåede samarbejdsfora har et stort overlap til flere af de tidligere arbejdsgrupper under Sundhedsaftalen 2015-2018. Disse arbejdsgrupper har fx løftet opgaver med udarbejdelse af samarbejdsaftaler herunder fx kommunikationsaftaler, snitfladekataloger samt redskaber til at understøtte arbejdet, fx at øge patientsikkerheden. Grafiske fremstillinger af den nye og den tidligere organisering fremgår af bilag 1 og 2.

Generelt om tværsektorielle samarbejdsfora

De tværsektorielle samarbejdsfora skal følge de principper for samarbejdet, som er skitseret i sundhedsaftalen (1). Herunder skal de løbende forholde sig aktivt til relevant inddragelse af brugernes perspektiv.

Samarbejdsforaene aftaler selv arbejdsform og mødebehov, men der lægges op til en arbejdsform, hvor der kan arbejdes fokuseret og hurtigt med konkrete opgaver, fx med sprint forløb, hvilket forudsætter en fleksibilitet i arbejdsplanlægningen.

Råderum og kompetencer

Samarbejdsforaene løser deres opgaver inden for de eksisterende rammer for det tværsektorielle samarbejde, dvs. national lovgivning og retningslinjer samt eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftale. Dvs. de kan afklare, præcisere og opdatere eksisterende aftaler eller lave mindre ændringer af målgruppe, og efterfølgende informere de relevante parter eller sende til høring.

Principielle problemstillinger og sager af politisk karakter rejses til drøftelse og i TSS. Det gælder fx ved flytning af opgaver eller aftaler om nye opgaver, som medfører merudgifter for én eller flere af parterne.

Samarbejdsforaene prioriterer selv deres opgaver, og som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS i forbindelse med opstart af de enkelte samarbejdsfora, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourceforbrug. Samordningsudvalg, temagrupper og andre samarbejdsfora kan komme med forslag til opgaver eller bede om faglig sparring.

Tværsektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet (bilag 1)

Formål: At bidrage med data og økonomianalyser som understøttelse af arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområder og udvikling af driften.

Forummet foreslås sammensat på samme måde, som den nuværende arbejdsgruppe på området med repræsentation fra kommunerne fordelt på planområder. Dog foreslås det, at forummet får mere fokus på data fra almen praksis, hvorfor sekretariatet lægger op til, at PLO-H også udpeger en repræsentant til forummet.

Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation (bilag 2)

Dette forum er en sammensmeltning af arbejdsgruppen vedr. sundheds-it, FMK-tværs-gruppen, samt Den Centrale Koordinering (forum for implementering af Kommunikationsaftalen). Det vil sige tre forskellige grupper, som har arbejdet med hver deres hjørne af den tværsektorielle digitale kommunikation.

Formål: At bidrage til at skabe de bedst mulige forudsætninger for den lokale brug og implementering af digital kommunikation med fokus på den organisatoriske tværsektorielle implementering og forankring af tekniske løsninger.

Forummet foreslås sammensat, så der sikres et tydeligt ophæng til samordningsudvalgene med henblik på at styrke sammenhængen mellem tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation og samordningsudvalgene. Et medlem for hvert samordningsudvalg indgår derfor i tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation, med henblik på at bære prioriterede emner fra samordningsudvalg til samarbejdsforummet, samt tage fx implementeringsopgaver eller løsninger med tilbage.

Det kan sikre et større ejerskab i samordningsudvalgene til området, men også mere direkte sammenhæng til de lokale behov.

Det anbefales, at der fortsat er en form for lokal organisering på området, som kan bidrage til implementering, koordinering og opsamling af viden.

Tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed (bilag 3)

Formål: At understøtte et systematisk samarbejde om tværsektoriel patientsikkerhed på tværs af regionen, herunder samle, prioritere og koordinere indsatser på tværs.

På dette område foreslås en smal model, hvor der ikke etableres en større gruppe, men kun et formandskab. Formandskabet sammensættes af tre repræsentanter fra samordningsudvalg samt den tværsektorielle risikomanager (ansat i Center for Sundhed). Formandskabet kan i særlige situationer inddrage udpegede eksperter (udpeget blandt risikomanagere fra de forskellige aktører).

Denne smalle model foreslås på dette område, fordi der både findes mange data om Utilsigtede Hændelser (UTH), som kan vise generelle tendenser, og der eksisterer lokale tværsektorielle patientsikkerhedsfora, som kan understøtte formandskabet.

Det vil derfor være en forudsætning for denne model, at der fortsat er tværsektorielle patientsikkerhedsfora i tilknytning til samordningsudvalgene.

Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering (bilag 4)

Formål: At understøtte et ensartet og velfungerende tværsektorielt samarbejde om genoptræning og rehabilitering med fokus på kvalitetsudvikling, implementering og videndeling. Samarbejdet om rehabilitering i relation til forløbsprogrammerne bliver som noget nyt også en del af forummets opgaver.

Derfor foreslås en forholdsvis bred og fagligt funderet gruppe med en sammensætning i lighed med den nuværende arbejdsgruppe på området med faglig ledelsesrepræsentation fra planområderne.

Det anbefales, at de lokale fora på området under samordningsudvalg fortsætter med fokus på at understøtte det nære driftssamarbejde og implementering.

Tværasektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler (bilag 5)

Formål: At understøtte et ensartet og velfungerende tværasektorielt samarbejde om behandlingsredskaber og hjælpemidler med henblik på at sikre, at alle borgere oplever sammenhængende forløb på tværs af sektorerne, hvor de nødvendige hjælpemidler og behandlingsredskaber bliver stillet til rådighed, når behovet opstår. Det skal blandt andet understøttes gennem en videreudvikling og en løbende opdatering af snitfladekataloget for behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Området foreslås adskilt fra genoptræning og rehabilitering, fordi der ses en tendens til, at det i højere grad er 'plejehjælpemidler' og kropsbårne hjælpemidler, som udfordrer samarbejdet. Det skyldes blandt andet, at borgerne udskrives tidligere samt udbredelse af forskellige former for 'hjemmebehandling'. Samarbejdet om hjælpemidler relateret til genoptræning og rehabilitering fungerer derimod oftest uden større problemer.

Det forventes derfor, at drøftelserne om snitfladen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler kræver andre fagligheder og kompetencer, som fx sygeplejefaglige, juridiske, administrative kompetencer mv. S sammensætningen foreslås derfor forholdsvis bred for at få forskellige relevante fagligheder og kompetencer repræsenteret. Fokus ved sammensætningen bør ligeledes i højere grad være på fagligheder og kompetencer, og mindre på at sikre en ensartet repræsentation fra alle planområderne.

Gruppen kan ved behov involvere Tværasektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering i arbejdet.

Tværasektorielt samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade (bilag 6)

Sekretariatet foreslår, at dette forum fortsætter uændret, da det fortsat er et område, hvor der løbende er brug for at drøfte principielle udfordringer i samarbejdet, og aftale præcisering af arbejdsgange eller lignende. Kommissoriet er dog opdateret i forhold til den nye sundhedsaftale og navngivning.

Videre proces

Sundhedsaftalesekretariatet vil efter godkendelse sende udpegningsbreve til de relevante parter med henblik på udpegnings senest 16. marts 2020.

Der udpeges dog ikke nye repræsentanter til Tværasektorielt samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade.

Desuden vil medlemmerne i de nuværende arbejdsgrupper blive orienteret om, at disse arbejdsgrupper nedlægges, når de nye samarbejdsfora er etableret.

1: <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Sider/Principper%20for%20samarbejdet.aspx>

INDSTILLING

At Tværasektorielt strategisk styregruppe godkender kommissorierne for tværasektorielle samarbejdsfora i regi af sundhedsaftalen.

KONKLUSION

Tværasektorielt strategisk styregruppe godkendte 5 af de 6 kommissorier for tværasektorielle samarbejdsfora i regi af sundhedsaftalen med enkelte rettelser i kommissorierne i forhold til sammensætning. Styregruppen besluttede, at der ikke nedsættes et tværasektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed. Men området håndteres via de eksisterende lokale fora, tværgående risikomanagernetværk og den regionale tværasektorielle risikomanagerfunktion.

Sundhedsaftalesekretariatet indarbejder rettelserne og udsender herefter udpegningsbreve til hospitaler, KKR og PLO-H. De nuværende arbejdsgrupper vil desuden få besked om, at disse nedlægges.

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Grafik ny organisering Sundhedsaftalen 2019-2023
- 2. Sammenhæng mellem organisering i regi af SA3 og SA4
- 3. Kommissorium tværsektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet_TSS 030220
- 4. Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation_TSS 030220
- 5. Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed_TSS 030220
- 6. Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering_TSS030220
- 7. Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler_TSS030220
- 8. Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade_TSS 030220

7. BESLUTNING: AFTALE OM ANSVAR OG FINANSIERING I FORHOLD TIL BORGERE, DER PÅ GRUND AF FYSISK OG/ELLER PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE, HAR BEHOV FOR LEDSAGELSE TIL HOSPITALSBEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Høje-Taastrup Kommune har den 3. december 2019 rettet henvendelse til Regionsrådsformanden, idet kommunen ønsker at der bliver indgået aftale om ansvar og finansiering i forhold til borgere, der på grund af fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse, har behov for ledsagelse af kommunal medarbejder til hospitalsbehandling.

I forlængelse heraf er Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) blev anmodet om, at vurdere om der er behov for udarbejdelse af nye aftaler omkring ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet præciserede i notat af 12. marts 2010 reglerne for ansvar og finansiering i forbindelse med ledsagelse til hospitalsbehandling.

Heraf fremgår, at det er hospitalets opgave at vurdere hvilket personale, der er behov for i den enkelte patients tilfælde og sørge for at dette personale stilles til rådighed, for at sikre en forsvarlig behandling. Tilsvarende skal transporten være forsvarlig. Såfremt der vurderes at være behov for ledsagelse - og patienten ikke selv har den nødvendige ledsager - er det regionens ansvar at stille en ledsager til rådighed.

Såfremt hospitalet/regionen ikke selv stiller den nødvendige hjælp til rådighed, men anmoder om hjælpen ude fra, skal hospitalet/regionen afholde udgiften hertil.

Status for aftaler om finansiering af ledsagelse under indlæggelse

Aftale om ledsagelse under indlæggelse på somatiske afdelinger

Der blev i 2018 indgået en regionsdækkende aftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne om finansiering under indlæggelse på somatiske hospitalsafdelinger.

Aftalen erstattede de lokale aftaler, der havde været indgået under flere samordningsudvalg. Se: <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktojskasse/Documents/Regional%20aftale%20om%20finansiering%20af%20ledsagelse%20under%20indlæggelse%20-%20-%20godkendt%20DAS260418.pdf>

Aftale om ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger

Der er udarbejdet forslag om en regionsdækkende aftale om finansiering under indlæggelse på psykiatriske afdelinger. Forslaget drøftes under dagsordnens næste punkt (punkt 8).

Øvrige områder

Der er endnu ikke taget stilling til behov for aftale om finansiering i forbindelse med ledsagelse under transport til hospitalsbehandling og/eller i forbindelse med ledsagelse til ambulant behandling. TSS skal derfor beslutte, om der er behov for aftaler inden for disse områder.

Den videre proces

Der er i flere regioner indgået generelle aftaler om ledsagelse - herunder ledsagelse i forbindelse med transport og i forbindelse med ambulant behandling.

Hvis det besluttes, at der skal udarbejdes nye aftaler, foreslår regionsadministrationen, at der hentes inspiration i disse aftaler og at opgaven(er) forankres i sekretariatet.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter om der skal udarbejdes forslag til aftaler om finansiering af ledsagelse i forbindelse transport til hospitalsbehandling og/eller i forbindelse med ledsagelse under ambulant hospitalsbehandling.

Og såfremt det besluttes, at der skal udarbejdes forslag til aftaler:

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at opgaven forankres i sekretariatet.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe besluttede, at der skal udarbejdes forslag til aftaler om finansiering af ledsagelse i forbindelse med transport til hospitalsbehandling og i forbindelse med ledsagelse under ambulant hospitalsbehandling.

Tværsektoriel strategisk styregruppe besluttede, at opgaven forankres i Sundhedsaftalesekretariatet.

8. BESLUTNING: GRUNDAFTALE OM FINANSIERING AF LEDSAGELSE UNDER INDLÆGGELSE PÅ PSYKIATRISKE AFDELINGER

SAGSFREMSTILLING

Denne sag fremlægges med henblik på godkendelse af vedlagte forslag til Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger.

Aftalen beskriver målgrupper, ansvar, procedurer og afregningstakst i forbindelse med ledsagelse ved kommunalt personale under indlæggelse på psykiatriske afdelinger. Herunder fremgår, at det er hospitalet (det psykiatriske center), der jf. forsyningsforpligtigelsen, vurderer om der er behov for kommunal ledsagelse under indlæggelsen, som en forudsætning for at yde en forsvarlig behandling. Kommunen vurderer, om det er muligt at efterkomme en anmodning om ledsagelse under indlæggelsen.

Aftalens indhold er identisk med den grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på somatiske hospitalsafdelinger, som blev godkendt af daværende styregruppe for arbejdet med Sundhedsaftalen (DAS) den 26. april 2018. Der er således kun foretaget enkelte nødvendige tilpasninger. Herunder er der i det indledende afsnit om baggrund og formål slettet referencer til Sundhedsaftalen for 2015 - 2018.

Den videre proces

Hvis aftalen godkendes, vil den blive sendt ud til samordningsudvalgene for psykiatrien med henblik på implementering.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender forslag til aftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe godkendte forslag til grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Regional aftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse - Udkast TSS 030220
- 📎 2. Bilag 1
- 📎 3. Bilag 2_

9. AFRAPPORTERING PÅ INDSATS SUNDHEDSAFTALE 2015-2018 AF PROJEKT OM BORGERE MED SVÆR PSYKISK SYGDOM OG TYPE 2 DIABETES

SAGSFREMSTILLING

Baggrund:

Under Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 blev der igangsat to projekter, hvor der har været fokus på at afprøve indsatser med henblik på at sikre bedre opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Det ene projekt "**Sammen om din sundhed**" er et forskningsprojekt, der har fokus på afprøvning af en model for opsporing og behandling i almen praksis af somatisk sygdom hos borgere med alvorlig psykisk sygdom. Projektet er forankret i Sektion for Tværsektoriel Forskning, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Der har deltaget 16 praktiserende læger i projektet. Projektet er gennemført i samarbejde med Københavns Kommune. Resultaterne af projektet vil blive forelagt for TSS, når de foreligger forventeligt primo maj 2020.

Det andet projektet "**psykisk sygdom og type 2 diabetes**" er samarbejdsprojekt mellem diabetesambulatorierne på Amager/Hvidovre Hospital og OP-teams under Region Hovedstadens Psykiatri. Der er et pilotprojekt, hvor formålet har været at udvikle en ny samarbejdsmodel med henblik på sikre bedre og tidligere behandling af diabetes hos borgere med alvorlig psykisk sygdom. Inden projektet startede blev der lavet en projektbeskrivelse, der blev godkendt af den administrative styregruppe 21. april 2017, og arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom fulgte projektet løbende frem til arbejdsgruppens nedlæggelse medio 2019.

Projektet "**psykisk sygdom og type 2 diabetes**" er nu afsluttet, og resultaterne af projektet fremlægges i denne sag.

Kort om projekt psykisk sygdom og type 2 diabetes

Baggrunden for projektet var, at svært psykisk syge mennesker lever 15-20 år kortere end gennemsnitsdanskere, og type 2 diabetes udgør en af de potentielle årsager til overdødeligheden. Personer med alvorlig psykisk sygdom og diabetes har således op mod fire gange så stor risiko for at dø tidligt sammenlignet med personer, der kun har diabetes.

Der har været tale om et pilotprojekt. Formålet var at udvikle og afprøve en model for samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Amager-Hvidovre Hospital i forhold til patienter/borgere, med svær psykisk sygdom og samtidig diabetes. Fra Amager- Hvidovre Hospital har deltagerne været diabetesambulatoriet på Hvidovre Hospital samt de to medicinske ambulatorier, der fysisk er placeret på Amager og Glostrup hospitaler.

Fra psykiatrien har deltagerne været 5 OP-teams i Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Amager. OP-teams er udgående, opsøgende team, der tilbyder intensiv og ambulant behandling til borgere med alvorlig/svær psykisk sygdom. Målgruppen kan således fx være borgere, som ikke er stand til/ magter at møde op til behandling i distriktpsykiatrien.

Projektet har omfattet alle borgere tilknyttet et af de 5 OP-teams, som er blevet tilbudt screening for diabetes og, hvis de fik konstateret diabetes, behandling herfor. Dette blev muliggjort ved, at der blev opbygget en ny samarbejdsstruktur mellem psykiatrien og somatikken, bl.a. ved hjælp af gensidig kompetenceudvikling, relationsopbygning og aftaler om kommunikation. Kommunerne og almen praksis har ikke været en del af selve indsatsen i projektet, da der blev sat fokus på opsporing og igangsættelse af behandling. Men begge parter ses som centrale for en styrket indsats for målgruppen på længere sigt.

Erfaringerne fra projektet viser:

- at det er muligt at screene patienter med svær psykisk sygdom tilknyttet OP-teams for diabetes
- at forekomsten af diabetes var lavere end forventet, men højere end i baggrundspopulationen, hvorfor en årlig screening er relevant
- at etablering af en god samarbejdsrelation mellem psykiatrien og somatikken er væsentlig for at styrke indsatsen for målgruppen, og
 - at dette brobygningsprojekt bør bevares og udbygges med patienten i centrum, så det omfatter psykiatrien mere bredt og alle aspekter af rehabilitering og behandling, samt
 - at kommuner og praksis også bør inddrages heri.

Styregruppen for projektet anbefaler, at ovenstående erfaringer fra pilotprojektet bliver udbredt inden for Region Hovedstadens Psykiatri og på regionens somatiske hospitaler. Status på pilotprojektet i dag er, at det fortsætter, men at dette er meget relations- og personbåret, hvorfor en videreførsel er afhængig af en indsats på området.

Der gives i afrapporteringen mere specifikke anbefalinger baseret på pilotprojektet samt en række mere generelle anbefalinger for, hvordan der kan screenes for flere sygdomme blandt mennesker med svær psykisk sygdom.

I Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om borgere med psykisk sygdom" er der fokus på, hvordan et styrket tværsektorielt samarbejde kan understøtte bedre opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom (se dagsordenes punkt 5). Erfaringerne og anbefalingerne fra projektet vil indgå som en del af baggrundsmaterialet i det videre arbejde med eventuelle politiske pejlemærker inden for dette område.

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager projektafrapporteringen til efterretning.

KONKLUSION

Tværsektoriel strategisk styregruppe tog projektafrapporteringen fra projektet Psykisk sygdom og type 2 diabetes til efterretning med bemærkning om, at erfaringerne fra projektet vil indgå i arbejdet med fokusområdet Sammen om borgere med psykisk sygdom. Det bemærkes, at erfaringerne bygger på relativt få patienter.

PLO-H bemærkede, at der ses et behov for fortsat at afprøve modeller for, hvor behandlingen af diabetes for denne målgruppe bedst placeres.

Anne Hertz orienterede om, at Region Hovedstadens Psykiatri arbejder på at ansøge om midler til shared care, blandt andet i forhold til diabetes.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Afrapportering svær psykisk sygdom og type 2_ (D6659149)

10. MEDDELELSER

SAGSFREMSTILLING

INDSTILLING

KONKLUSION

Tomt indhold

11. EVENTUELT

SAGSFREMSTILLING

Eventuelt

INDSTILLING

At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringerne til efterretning

KONKLUSION

Helene Rasmussen orienterede om, at det forventes at alle kommuner tiltræder samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner. 27 kommuner har allerede tiltrådt den. Aftalen er gældende fra 1.2 2020.

Anne Skriver orienterede om, at regionen igangsætter en afdækning af de kommunale sundhedshuse i regionen med henblik på at få overblik i GIS kort, og har i den forbindelse brug for input fra kommunerne. Det aftales, at regionen kan rette henvendelse til Det Fælleskommunale sundhedssekretariat.

Janne Elsborg efterspurgte en tydeligere kommunikation af, hvordan der arbejdes med sundhedsaftalen (gerne visuelt) – herunder hvad skal der gøres i samordningsudvalg og hvad foregår i temagrupper, politiske drøftelser mv.

Jette Bay orienterede om en undersøgelse af handicapvenlig adgang i praktiserende sundhedstilbud fra Danske Handicaporganisationer.

Beskrivelse af samarbejdet om patienter med adfærdsforstyrrelser grundet demens

Dette notat omhandler:

1. Visitationsmeddelelse
2. Målgruppeafgrænsning fra CVD- PSYK
3. Beskrivelse af svære adfærdsforstyrrelser grundet demens
4. Hvad skal kommuner forsøge og beskrive inden praktiserende læge kontaktes
5. Hvad skal praktiserende læge forsøge og beskrive inden henvisning til Hukommelsesklinikk
6. Hvad skal Hukommelsesklinikk forsøge og beskrive inden henvisning til CVD-PSYK, herunder psykiatriens tilbud
7. Kommunikation og implementering af beskrivelse af samarbejdet om patienter med adfærdsforstyrrelser grundet demens
8. Kompetenceudvikling på tværs af sektorer
9. Kontaktinformation til Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) og Hukommelsesklinikkerne

Ad 1) Henvisning og visitation af patienter med svære adfærdsforstyrrelser ved demens (ICD10, diagnose DF 00 – 03)

Henvisning

- Henvisninger vedr. adfærdsforstyrrelser som led i kendt demenssygdom **uanset alder** sendes til Hukommelsesklinikken.
 - Hvis Hukommelsesklinikken vurderer, at patienten er færdigudredt for demenssygdom, i relevant antidemens behandling, og der primært er tale om en sværere psykiatrisk problemstilling, sendes henvisning til CVD-PSYK med en begrundelse.
 - Viderehenvisning til CVD-PSYK kan ske efter vurdering af henvisning og journal eller efter klinisk vurdering af patienten
- Henvisninger vedr. adfærdsforstyrrelser hos patienter, som ikke er diagnosticeret med demens, men hvor der er mistanke om demens:
 - Sub-akut behandling for svære adfærdsforstyrrelse varetages af psykiatrien via psykiatriske akut modtagelser. De ambulante ældrepsykiatriske afsnit/team har ikke mulighed for akut/subakut behandling.
 - Hvis der er behov/indikation for udredning af demens, foregår dette via Hukommelsesklinikken. Der kan være tale om parallellforløb, som i disse tilfælde koordineres af Hukommelsesklinikken

Punkt nr. 2 - Drøftelse: Tværsektorielt samarbejde om borgere med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse

Bilag 1 - Side -2 af 6

Visitation

- Hovedfunktion:
 - Alder 18-70 år visiteres til voksenpsykiatri
 - Alder 70+ visiteres til ældrepsykiatri
- Regionsfunktion: Psykiatrisk Center Glostrup
 - Alder 65+ kan, kan visiteres til regionsfunktion for komplicerede psykiatriske problemstillinger, herunder kompliceret demens. Det drejer sig om patienter med særligt vanskeligt behandlelige adfærdsforstyrrelser, hvor relevant psykofarmakologisk behandling og sygeplejefaglig rådgivning og supervision ikke har haft den fornødne effekt. Visitation til specialfunktioner sker efter henvendelse til CVD.

Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau:

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller
2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interview som fx SCAN/PSE. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller
3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller
4. Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau

Indlæggelse

- Indlæggelse – akut og subakut
Kontakt én af Region Hovedstadens Psykiatris Akut Modtagelser.
- Indlæggelse akut og i henhold til Psykiatrilovens bestemmelser efter kl. 16.00
Kontakt **1813**, som sender videre til relevant psykiatrisk assistance.

Punkt nr. 2 - Drøftelse: Tværsektorielt samarbejde om borgere med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse

Bilag 1 - Side -3 af 6

Ad 2) Målgruppeafgrænsning fra CVI- PSYK

REGION Psykiatri MÅLGRUPPEBESKRIVELSE					
	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Tidligere behandlingsforløb/behandlingsresistens	Ingen	Tidligere enkelte forløb med godt resultat	Tidligere enkelte forløb med vekslende resultat	Tidligere forløb overvejende med dårligt resultat (behandlingsresistens)	Tidligere forløb uden resultat
Belastningsgrad	1-3	4	5	6	7
Sværhedsgrad, sygdom (symptom-niveau) CGI-S	1-3	4	5	6	7
Behandlingsregi	Ikke hospitalsbaseret	Ikke hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Hospitalsbaseret
Behandlingsniveau	►Primærsektor/ (§ 66)	►Primærsektor/ § 66	►HF: Pakkeforløb ► (§ 66)	►HF: +/- Pakkeforløb (DPC) ►RF/HSF ►Indlæggelse ► (§ 66)	►HF: ±Pakkeforløb (DPC) ►RF/HSF ►Indlæggelse
CGI	0 = Ikke vurderet 1 = Ingen tegn på psykisk sygdom 2 = Tvivlsomt, om der er psykisk sygdom 3 = Let sygdomsgrad 4 = Moderat sygdomsgrad 5 = Svær sygdomsgrad 6 = Meget udtalt sygdomsgrad 7 = Blandt de mest alvorligt syge patienter		Funktionsniveau 0 = Ikke vurderet 1 = Fremragende: Usædvanlig velfungerende social, job og fritid (hobbys) 2 = Meget god: Over normalt gennemsnit social, job og fritid (hobbys) 3 = God: Normalt fungerende eller let forstyrrelse enten social eller job 4 = Rimelig: Moderat forstyrrelse enten socialt eller job - eller nogen forstyrrelse i begge 5 = Ringe: Svær forstyrrelse enten socialt eller job - eller moderat forstyrrelse i begge 6 = Meget ringe: Meget udtalt nedsættelse socialt og job 7 = Ekstremt ringe: Ekstrem nedsættelse på alle områder		

Ifølge CVD-PSYK's ovenstående målgruppeafgrænsning, vil patienter der belastes i grad 4 og 5 henvises til ældrepsykiatriske ambulante afsnit. Arbejdsgruppen anbefaler, at målgruppeafgrænsningen indgår i visitationsmeddelelsen, således at privat praktiserende læger har bedre mulighed for at vurdere hvornår henvisninger er relevante.

Ad 3) Beskrivelse af svære adfærdsforstyrrelser grundet demens

Arbejdsgruppen anbefaler, at følgende beskrivelse anvendes af alle relevante parter i samarbejdet omkring patienter med svære adfærdsforstyrrelser grundet demens, når der i forskellige sammenhænge er behov for at beskrive hvad svære adfærdsforstyrrelser består af:

Patienter som eks. er psykotiske, svært psykiatrisk forpinte, aggressive med udadreagerende adfærd, selvmutilende og selvmordstruede.

Punkt nr. 2 - Drøftelse: Tværsektorielt samarbejde om borgere med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse

Bilag 1 - Side -4 af 6

I det regionale forløbsprogram for demens, aftales det, hvad de enkelte aktører skal forsøge at beskrive forud for/i forbindelse med kontakt videre i systemet. Nedenstående er forslag til tekst, som kan blive tilpasset efter høring af forløbsprogrammet:

Ad 4) Det anbefales, at kommunen beskriver nedenstående inden/i forbindelse med kontakt til praktiserende læge (skal indgå i revideret forløbsprogram):

- Beskrivelse af adfærdsforstyrrelsens karakter. Er borgeren præget af vrede og aggression, angst og frygt, gentagende handlinger, psykotiske symptomer med hallucinationer og vrangforestillinger, apatisk/passiv, verbalt grov af seksuel karakter, truende, manglende hæmninger. Rastløs, vandrede, søgende mod døre og vinduer. Forstyrret døgnrytme. Gradueret - CGI – funktionsniveau
- Opstået pludseligt, langsom udvikling og forværring.
- Varighed i problematiske reaktioner
- Hvordan er årsagerne undersøgt og hvad har kontaktpersoner/bosted m.fl. fundet frem til; progression i sygdom, somatiske årsager diagnoser og tilstande, medicinpåvirkning, ændringer i sociale og psykiske forhold, psykiatriske årsager. Ved pludselig forværring, hvad var årsagen/episoden
- Vær opmærksom på, om ændret adfærd kan være betinget af progression i demenssygdommen, ændringer i det daglige miljø eller af somatisk sygdom, som f.eks. infektion, febrilla, dehydrering, dysreguleret diabetes eller smerter.
- Hvis muligt, tages urinstix
- Hvad er forsøgt for at hjælpe borgeren

Ad 5) Det anbefales, at praktiserende læge beskriver nedenstående inden/i forbindelse med henvisning til Hukommelsesklinik (skal indgå i revideret forløbsprogram):

Indlæggelse

- Indlæggelse – sub-akut

Kontakt én af Region Hovedstadens Psykiatri Akut Modtagelser. Se kontaktoplysninger side 6.

- Indlæggelse akut og i henhold til Psykiatrilovens bestemmelser efter kl. 16.00

Kontakt **1813**, som sender videre til relevant psykiatrisk assistance.

- Somatisk afklaring inden henvisning:
 - Det forudsættes at egen læge har set patienten og foretaget somatisk undersøgelse før eventuel henvisning, samt at følgende blodprøver er taget inden for den sidste måned:
 - Hgb, Erythrocytter, Leukocytter, Differtælling, Trombocytter, Natrium, Kalium, Calcium ion, Magnesium, Albumin, Kreatinin, GFR, ALAT, Basiske fosfataser, Bilirubin, LDH, GGT, Folat, Cobalamin (B12), TSH, CRP, Glucose, HbA1c, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, Triglycerider, tilføjes koagulations faktorer 2,7 og 10, samt at der er taget EKG
 - Urinstix skal tages

Punkt nr. 2 - Drøftelse: Tværsektorielt samarbejde om borgere med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse

Bilag 1 - Side -5 af 6

- Om der er vurderet mulighed for ikke-medikamentel behandling
- Konferer med psykiatrisk bagvagt ved kontakt til relevant psykiatrisk Akut Modtagelse

Ad 6) Hvad skal Hukommelsesklinikken forsøge at beskrive inden henvisning til CVD-PSYK, herunder psykiatriens tilbud

- Patienter der er diagnosticeret med en demenstilstand i en Hukommelsesklinik skal beskrive;
 - Hvilken udredning og diagnose foreligger
 - Angive hvilken behandling patienten får og evt. er forsøgt, herunder anti-demensbehandling
 - Hvilke(n) svære adfærdsforstyrrelser er der tale om
- Region Hovedstadens Psykiatri's tilbud:
 - Ambulant vurdering og behandling jf. patientforløbsbeskrivelse med typisk 4-5 konsultationer. (se vedlagte bilag 1) Udrednings og behandlingsret på 30 dage overholdes
 - Ældrepsykiatriske afsnit/team har ikke akut eller subakut funktion, men relevant afsnit kan kontaktes. Se kontakthinformation side 6
 - Stillingtagen til tvangsanvendelse
 - Stillingtagen til indlæggelse ved svære adfærdsforstyrrelser
- Patienter med adfærdsforstyrrelser, der ikke er diagnosticeret med en demenstilstand i en Hukommelsesklinik, hvor der er mistanke om en underliggende demenstilstand
 - Hukommelsesklinikken kan ikke tilbyde vurdering før en patient er i stand til at kooperere til udredning.
 - Patienter med lette adfærdsforstyrrelser, hvor der mistænkes demens kan henvises til udredning i Hukommelsesklinik (eks. lette vrangforestillinger eller hallucinationer), hvis de skønnes at kunne kooperere til udredning.
 - Der er ingen akut eller sub-akut funktion tilknyttet til Hukommelsesklinikkerne i forhold til svære behandlingskrævende adfærdsforstyrrelser men læger kan ringe til Hukommelsesklinikkernes hotline mhp rådgivning

Ad 7) Kommunikation og implementering af beskrivelsen af samarbejdet om patienter med adfærdsforstyrrelser grundet demens

Arbejdsgruppen har drøftet hvordan beskrivelsen efter endt sagsbehandling bedst muligt kommunikerer til alle relevante samarbejdspartnere og foreslår følgende:

- a) Koordinationsgruppen for demens sikrer kommunikation af ændret visitationsmeddelelse ad vanlige kanaler
- b) Visitationsmeddelelsen og øvrige de 6 punkter bør efter endt sagsbehandling sættes ind i en power point præsentation, som sendes til:

Punkt nr. 2 - Drøftelse: Tværsektorielt samarbejde om borgere med demens og samtidig adfærdsforstyrrelse

Bilag 1 - Side -6 af 6

- Alle kommuners demenskoordinatorer samt kommunernes hovedpostkasser. Det påhviler kommunerne at sikre kommunikation til relevante parter i egen kommune, herunder plejehjem med særligt fokus på punkt 4: *"Hvad anbefales, at kommunen beskriver inden/i forbindelse med kontakt til praktiserende læge"*
- Alle Hukommelsesklinikker, som får til opgave at sikre kommunikation til relevante parter i egen Hukommelsesklinik, med særligt fokus på punkt 6: *"Hvad skal Hukommelsesklinikken forsøge at beskrive inden henvisning til CVD-PSYK"*.
- Via specialkonsulent Anne Rosenquist til alle Ældrepsykiatriske ambulante afsnit, som får til opgave at sikre kommunikation til relevante parter i eget afsnit med særligt fokus på *"Region Hovedstadens Psykiatris tilbud til patienter med svære adfærdsforstyrrelser grundet demens"*

Ad 8) Kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Arbejdsgruppen har ligeledes drøftet behov for kompetenceudvikling på tværs af sektorer i forhold til patientgruppen, men også i forhold til demens generelt.

Region Hovedstaden har i samarbejde med kommuner og PLO-H søgt og fået midler fra Sundhedsstyrelsens pulje vedr. "praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner". Projektet omfatter tværsektoriel kompetenceudvikling af en bred gruppe af medarbejdere på tværs af sektorer, men vurderes dog ikke at dække det samlede behov for kompetenceudvikling.

Det er i det gældende forløbsprogram aftalt, at det påhviler arbejdsgiveren at sikre og udvikle medarbejdernes kompetencer i forhold til at kunne opfylde de socialfaglige og sundhedsfaglige anbefalinger i forløbsprogrammet.

Ad 9) Kontaktinformation

Nedenstående med blå skrift er LINKS til officielle hjemmesider, hvor kontaktoplysninger løbende opdateres:

[Hukommelsesklinikkerne](#)

[RHP – akutmodtagelser](#)

Ambulante ældrepsykiatriske afsnit/teams:

[Psykiatrisk Center Amager, Ældrepsykiatriske ambulatorium](#)

[Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk ambulatorium for ældre](#)

[Psykiatrisk Center Glostrup, Ældrepsykiatrisk-team](#)

[Psykiatrisk Center København, Gerontopsykiatrisk team](#)

[Psykiatrisk Center Nordsjælland, Ældrepsykiatrisk ambulatorium](#)

Psykiatrisk Center Bornholm har ikke et ambulant ældrepsykiatrisk afsnit/team, men 1 sygeplejerske og en psykiater på nedsat tid. Derfor blot link til psykiatrisk Center Bornholms hovednummer, som vil guide videre: [Psykiatrisk Center Bornholm](#).

Forslag til pejlemærker for fokusområdet Sammen om Ældre og borgere med kronisk sygdom

Indledning

På baggrund af Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelse den 19. december 2019 om Sundhedsaftalens fokusområde Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom er der udarbejdet forslag til pejlemærker for det videre arbejde med fokusområdets 2 mål. Målene er:

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

Nedenfor er forslagene, i alt 5, beskrevet. Under hvert pejlemærke er der en kort beskrivelse af baggrunden for pejlemærket, hvordan arbejdet med pejlemærket skal sættes i gang samt en overordnet vurdering af de økonomiske konsekvenser. Nogle pejlemærker relaterer sig til begge mål, mens andre overvejende adresserer det ene mål.

Prioriteringen af pejlemærkerne skal ske på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 27. marts 2020.

Forslag til pejlemærker

1) Pejlemærke: Helhedsorienteret tilgang til borgere med flere kroniske sygdomme.

Baggrund for forslaget:

En mere personcentreret og helhedsorienteret tilgang, der tager afsæt i borgernes behov vil kunne bidrage til, at borgeren får de rette tilbud og oplever sammenhæng i forløbet. Det kræver, at de sundhedsprofessionelle fokuserer mindre på specialer og sektorgrænser, og i højere grad kommunikerer og samarbejder med og om de borgere, der har brug for en indsats på tværs.

Da borgere med flere kroniske sygdomme ofte har nedsat funktionsevne og mange kontakter til sundhedsvæsenet, stiller det også større krav til organiseringen, som skal understøtte forløbene.

Projekterfaringer har vist at samarbejde, videndeling og deling af data mellem almen praksis, kommune og hospital fremmer samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer i forhold borgere med én kronisk sygdom. Tilgangen adresserer imidlertid ikke behovet hos borgere med flere sygdomme.

En helhedsorienteret tilgang kræver, at de sundhedsprofessionelle identificerer borgere med flere kroniske sygdomme, som har behov, der rækker ud over de opgaver, de selv skal løse, og at de tænker på tværs. Samtidig skal der være et entydigt ansvar for behandling og koordinering på tværs af de relevante specialer og sektorer.

Forslag til handling:

Der skal arbejdes ud fra en helhedsorienteret tilgang, som understøtter, at borgere med flere kroniske

Punkt nr. 3 - Beslutning: Pejlemærker for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom
Bilag 1 - Side -2 af 6

sygdomme systematisk inddrages i beslutninger om deres samlede behandlingsforløb. Der tages afsæt i, hvad der er vigtigst for borgeren og i det som har potentiale for at understøtte den enkeltes hverdagsliv og livskvalitet.

Det kan overvejes at koble forskning på udvalgte indsatser med henblik på at undersøge, om indsatserne gør en forskel for borgerne.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes løbende.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Pejlemærker for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom

Bilag 1 - Side -3 af 6

2) Pejlemærke: Samarbejdet om den akut syge ældre borger skal styrkes.

Baggrund for forslaget:

Samarbejdet om den akut syge ældre borger skal styrkes med henblik på at sikre den rette indsats ved den første kontakt til sundhedsvæsenet. Når den ældre syge borger oplever akut sygdom eller forværring af kendt sygdom kontakter vedkommende, de pårørende eller kommunalt personale typisk egen læge eller det regionale akut beredskab. Henvendelsen kan føre til en indlæggelse.

I arbejdet med at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser er der blandt andet udviklet forskellige tilbud i kommunerne, herunder kommunale akutfunktioner. Ikke desto mindre indlægges mange ældre borgere akut. Det vurderes, at et tættere samarbejde om det akutte forløb kan medvirke til at flere ældre borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.

Målet er at identificere, hvilken indsats, tilbud eller forløb, der er det rette til borgeren og derved sikre, at de svageste ældre med akut opstået eller forværring af kendt sygdom får det rette tilbud ved den første kontakt. Dette hvad enten det drejer sig om behandling i eget hjem, et forløb i en kommunal akutfunktion eller indlæggelse på hospitalet.

Forslag til handling:

Der skal udvikles og afprøves samarbejdsmodeller/visitationsmodeller, som sikrer den rette indsats for den ældre borger ved den første kontakt med sundhedsvæsenet. Det skal afprøves, om et tættere samarbejde om akutte henvendelser fra ældre syge borgere kan bidrage til en bedre udnyttelse af de forskellige, eksisterende tilbud og medvirke til færre akutte indlæggelser.

Det bemærkes, at der er en sammenhæng til arbejdet med de nationale mål for sundhed i relation til akutte genindlæggelser.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes løbende af de involverede samordningsudvalg.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Pejlemærker for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom

Bilag 1 - Side -4 af 6

3) Pejlemærke: Samarbejdet om lægebetjening i kommunerne skal styrkes.

Baggrund for forslaget:

Hvis ældre, syge borgere skal opholde sig der, hvor deres behov kan varetages bedst, er det vigtigt at sætte fokus på at sikre den sundhedsfaglige kvalitet, sundhedsfaglig rådgivning og patientsikkerhed.

Akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom er hyppige årsager til indlæggelser og genindlæggelser blandt ældre syge borgere. Nemmere adgang for kommunerne til at få lægebetjening om konkrete borgere kan give flere handlemuligheder i den kommunale sygeplejefaglige indsats og bidrage til at mere behandling og flere opgaver kan varetages i primær sektor og forebygge indlæggelser.

Når en ældre borger bliver syg, er udgangspunktet at det er borgerens egen læge, der varetager behandlingen, når borgeren ikke er indlagt.

I oktober 2019 er der indgået flere aftaler med PLO Hovedstaden om at styrke samarbejdet om behandlingen af særligt de ældre borgere. Aftalerne skal bidrage til at nedbringe antallet af ind- og genindlæggelser og skabe bedre forløb. Initiativerne i aftalerne omhandler blandt andet samarbejdet om kommunale akutfunktioner, flere sygebesøg i borgernes hjem og bedre kommunikation mellem sektorerne om vanskelige patientforløb. Som led i udbygningen af det nære sundhedsvæsen har alle kommuner i Region Hovedstaden etableret kommunale akutfunktioner, som hele døgnet leverer en række sygeplejefaglige indsatser. Implementeringen af samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner skal understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813 i forhold til observation, pleje og/eller behandling af borgere i primærsektoren og i overgangene.

Endvidere tilbyder flere hospitalers fællesambulatorier subakutte tider, som praktiserende læger kan henvise til og dermed forebygge indlæggelser.

Forslag til handling:

Samordningsudvalgene skal formidle og implementere de nye aftaler, og der skal løbende følges op på, om aftalerne dækker behovet for lægebetjening i kommunerne.

Hvis lægebetjeningen til kommunerne fremadrettet skal målrettes eller ændres, skal det afklares i hvilke situationer, hvornår og hvordan kommunerne typisk har behov for mere lægebetjening. Er det om konkrete borgere eller generel sundhedsfaglig rådgivning?

For at styrke samarbejdet om behandlingen af ældre syge borgere, skal der desuden gøres en indsats for at sub akutte tider i hospitalernes (fælles)ambulatorier udnyttes bedre, så tilbuddene bliver kendt og anvendt efter hensigten og til gavn for borgerne.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

Arbejdet med pejlemærket vil ikke umiddelbart have økonomiske konsekvenser.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Pejlemærker for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom
Bilag 1 - Side -5 af 6

4) Pejlemærke: Der skal indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.

Baggrund for forslaget:

Som supplement til samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner skal der indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.

Målgruppen for aftalen kan blandt andet være borgere med akutte eller kroniske infektioner, borgere med behov for væskebehandling og/eller parenteral ernæring og borgere, der er dehydrerede. Mange af disse borgere modtager i dag deres intravenøse antibiotikabehandling eller anden intravenøse behandling på hospitalet.

Hvis borgerne i stedet kan modtage den intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for hospitalsophold og transporttid og skabe større fleksibilitet i deres hverdag.

Løsningen kræver, at det fulde behandlingsansvar kommer til at ligge hos den hospitalslæge, som har henvist borgeren til intravenøs behandling i eget hjem.

Forslag til handling:

Der skal udarbejdes en samarbejdsaftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.

Da nogle borgere selv vil kunne varetage opgaverne i relation til intravenøs behandling i eget hjem, skal det besluttet om brugerstyret behandling kan indgå som et element i aftalen.

Arbejdet med pejlemærket forankres i en temagruppe under Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Økonomiske konsekvenser:

Det skal afklares, hvordan opgaven skal finansieres.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Pejlemærker for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom

Bilag 1 - Side -6 af 6

5) Pejlemærke: Overgangen fra hospital til eget hjem eller kommunalt tilbud skal være sikker og tryk.

Baggrund for forslaget:

Det er vigtigt, at overgangen fra hospitalet til eget hjem eller kommunalt tilbud er sikker og tryk. Udskrivelsen skal planlægges sammen med borgeren, de pårørende - og hvis der er behov for det, med involvering af almen praksis og kommunen, som visiterer til egne tilbud. Der skal være en sikker overlevering i den sygeplejefaglige indsats og det lægefaglige behandlingsansvar. Det kræver en ensartet tilgang, forståelse og arbejdsgang omkring overdragelse af patientforløb på tværs af sektorer lige fra indlæggelse til udskrivelse.

På de kommunale midlertidige døgnpladser mangler det sundhedsfaglige personale ofte vigtige informationer om borgerne. I overleveringen skal det være tydeligt, hvad borgeren er blevet behandlet for, og hvad der er af fremtidige aftaler. Tilsvarende har almen praksis behov for en fyldestgørende epikrise.

Derudover er det vigtigt, at hospitalerne får en øget viden om hvilke kommunale tilbud, de kan udskrive borgerne til og hvad tilbuddene mere konkret indeholder. Fx har det sundhedsfaglige personale på de midlertidige kommunale døgnpladser ikke medicin til rådighed og der er ikke adgang til lægebetjening.

Forslag til handling:

Parterne skal prioritere den tværsektorielle, digitale kommunikation. Samordningsudvalgene skal gøre en ekstra indsats for, at kvaliteten af kommunikationen sikres og forbedres, så der udveksles de relevante informationer om borgerne i overgangene, herunder oplysninger om sygehistorie, den aktuelle medicinske behandling og personlige behov. Desuden skal det afklares, hvordan udveksling af information om borgere, fx i plejeforløbsplanerne, imødekommer behovet for oplysninger hos parterne.

I arbejdet skal der være fokus på at imødekomme modtagerens behov og handlemuligheder, fx ved at skabe større kendskab til og forståelse for hinandens opgaver og kompetencer. På samme måde kan arbejdsgangene forbedres ved at understøtte og sikre, at parterne kender hinandens tilbud.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

Arbejdet med pejlemærket vil ikke umiddelbart have økonomiske konsekvenser.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -1 af 7

Bilag: Forslag til pejlemærker for Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om børn og unges sundhed"

Den Tværsektorielle strategiske styregruppe har på baggrund af Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelse den 9. oktober 2019 om Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" udarbejdet en række forslag til pejlemærker for arbejdet med de to mål, der er under dette fokusområde.

I det nedenstående er forslagene til pejlemærkerne beskrevet. Der er under hvert forslag en kort beskrivelse af baggrund for pejlemærket og en beskrivelse af hvordan arbejdet med pejlemærket igangsættes. Derudover er der et afsnit om økonomiske konsekvenser.

Forslag til pejlemærker

Mål (A): Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres ressourcer og behov.

A1) Pejlemærke: Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Baggrund for forslaget:

En forudsætning for et styrket tværsektorielt samarbejde om sårbare gravide er en fælles forståelse af, hvem det drejer sig om. Som det ser ud i dag, er kategoriseringen af sårbare gravide og sårbare småbørnsfamilier forskellig i henholdsvis almen praksis/region og kommune. De praktiserende læger og jordemødrene refererer til Sundhedsstyrelsens kategorisering af gravide i fire omsorgsgrupper- mens sundhedsplejerskerne typisk anvender andre standardiserede metoder med udgangspunkt i barnet. Dertil kommer at selve "Sårbarhedsbegrebet" kan være problematisk at bruge. Det skyldes især den stigmatisering, der kan ligge i at blive benævnt "sårbar", men også, at sårbarhed er dynamisk, da alle kan blive sårbare i kortere eller længere perioder.

Der er derfor brug for at få et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide. Det skal være nuanceret og ikke stigmatiserende, men samtidig understøtte, at sårbare gravide får den nødvendige hjælp. Indsatsen under dette pejlemærke er en del af grundlaget for de øvrige indsatser for sårbare gravide, dvs. indsatsen om styrket kommunikation og tilbud om tværsektoriel fødsels-og forældreforberedelse.

Forslag til handling:

Der skal udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier. I arbejdet inddrages de drøftelser og løsninger, der er fundet enighed om ifm. med indgåelse af en tværsektoriel kommunikationsaftale på svangreområdet. Efterfølgende skal der arbejdes med implementering via samordningsudvalgene, så det fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier kommer i anvendelse.

Arbejdet med pejlemærket forankres i en temagruppe nedsat under Tværsektoriel Strategisk Styregruppe med relevante fagpersoner fra alle sektorer og brugere

Økonomiske konsekvenser:

Arbejdet med pejlemærket vil ikke umiddelbart have økonomiske konsekvenser.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU
Bilag 1 - Side -2 af 7

A2) Pejlemærke: Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes med særligt fokus på sårbare gravides behov og ønsker.

Baggrund for forslaget:

Kommuner, hospitaler og almen praksis møder de sårbare gravide/familierne på forskellige tidspunkter i forløbet og har forskellige roller. En afgørende forudsætning for, at der kan følges op på opsporing og iværksættes tilbud, som tilgodeser den gravide/familiens behov, er en god og tidlig kommunikation mellem de relevante aktører.

Behovet for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangreområdet, var også fremhævet i den sidste sundhedsaftale. Der blev derfor igangsat et arbejde med henblik på at styrke denne kommunikation og der foreligger nu et forslag til kommunikationsaftale for svangreområdet. Det er centralt i aftalen, at kommunerne orienteres om graviditeter af jordemødrene allerede i starten af graviditeten, og der er også fokus på sårbare gravide, som i aftalen benævnes ”gravide med særlige behov”.

Forslaget til kommunikationsaftalen for svangreområdet drøftes i den tværsektorielle strategiske styregruppe den 13. december 2019.

Aftalen forventes at understøtte en bedre og langt mere systematisk kommunikation på svangreområdet. Herunder at aftalen vil kunne sikre, at viden ikke går tabt i sektorovergangene, og at der kan igangsættes hjælp proaktivt til sårbare gravide.

Forslag til handlinger:

Fokus for arbejdet med pejlemærket er at understøtte en effektiv implementering af den nye kommunikationsaftale på svangreområdet, så aftalen bliver kendt og anvendt efter hensigten. Desuden skal der følges op på aftalen, herunder at sårbare gravide inddrages aktivt i forbindelse med udveksling af informationer om deres ønsker og behov mellem sektorerne

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

Arbejdet med pejlemærket vil ikke umiddelbart have økonomiske konsekvenser.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 1 - Side -3 af 7

A3) Pejlemærke: Alle sårbare gravide, herunder gravide i mental mistrivsel, tilbydes mulighed for at deltage i tværsektorielle fødsels- og familieforberevende tilbud.

Baggrund for forslaget:

Det er en stor og krævende rolle at blive forældre, og særligt for sårbare gravide/familier, kan det være en stor omvæltning. I dag er der ikke en fælles aftale mellem kommunerne og regionen om, hvad der tilbydes af fødsels- og forældreforberedelse. Der kan således være forskel på, hvad de gravide/familierne tilbydes, ligesom der ikke nødvendigvis er tale om et sammenhængende forløb i tilbuddene. Samtidig kommer der flere og flere erfaringer med forskellige former for familieforberevende tilbud, herunder nogle som er relativt omfattende. Der kan være tale om et meget stort forebyggelsespotentiale, hvis man gennem fødsels- og forældreforberedelse kan hjælpe sårbare gravide/familier til en bedre start på livet med deres barn.

Forslag til handling:

Der tages udgangspunkt i et overblik over de eksisterende tilbud på fødeafdelingerne og i kommunerne samt de eksisterende erfaringer fra fødsels- og familieforberevende tilbud, herunder i høj grad brugertilfredsheden. På baggrund af dette fastlægges behovet for og indholdet i fælles fødsels- og forældreforberedelse, som omsættes til konkrete tilbud i planområderne. Det kan også handle om at sikre henvisning til eksisterende tilbud til de gravide/familier, der særligt har behov herfor.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg med inddragelse af repræsentanter for de psykiatriske samordningsudvalg. Desuden skal det tværsektorielle fødeplansudvalg inddrages.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes, når det på baggrund af det indledende arbejde foreligger et klart billede af, hvilke fælles fødsels- og forældreforberedende tilbud, samordningsudvalgene foreslår etableret i de enkelte planområder.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 1 - Side -4 af 7

Mål (B): Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide

B1) Pejlemærke: Brugen af veldokumenterede metoder til behandling af børn med mental mistrivsel i nærmiljøet skal understøttes.

Baggrund for forslaget

Flere børn og unge er i mental mistrivsel. Det betyder, at de kan have svært ved at klare dagligdagens udfordringer, og at deres udvikling, læring og sociale relationer påvirkes. Desuden kan mental mistrivsel for nogen børn og unge udvikle sig til egentlige psykiske problemer, hvis ikke de får den rette hjælp. Især mangler der hjælp til de børn og unge som har mental mistrivsel af en karakter, som betyder, at de hverken er i målgruppen for udredning og behandling i børne-ungepsykiatrien eller i målgruppen for de nuværende kommunale tilbud. Denne gruppe af børn og unge skal vi tage et større fælles ansvar for, bl.a. med udgangspunkt i erfaringerne fra tidligere og igangværende tværsektorielle projekter.

Forslag til handling:

Der gennemføres en afdækning af veldokumenterede metoder og tværsektorielle projekter til behandling af børn med mental mistrivsel. Med afsæt heri laves anbefalinger om udbredelse af metoder og tværsektorielle projekter, som har vist god effekt for børn og unge med mental mistrivsel.

I arbejdet skal der være særligt fokus på, at de metoder, der anbefales, kan organiseres på en måde, så tilbuddene som udgangspunkt kan gives i nærmiljøet.

Arbejdet med pejlemærket forankres i psykiatriens samordningsudvalg, som inddrager brugere og relevante fagpersoner samt evt. forskere.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes, når afdækning og afklaring af metoder og tværsektorielle projekter, som anbefales, foreligger. Vurderingen af de økonomiske konsekvenser vil indgå som en del af samordningsudvalgenes afrapportering.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU

Bilag 1 - Side -5 af 7

B2) Pejlemærke: Samarbejdet skal styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet.

Baggrund:

Forældre til børn og unge i mental mistrivsel henvender sig ofte i almen praksis, men her kan handlingsmulighederne være begrænsede, hvis der ikke er behov for udredning og behandling i psykiatrien. Det skyldes, at de praktiserende læger ofte ikke har mulighed for at henvise direkte til kommunale tilbud eller PPR. I et modelprojekt under Sundhedsaftale 2015-2018¹ blev der i to kommuner udviklet og afprøvet en samarbejdsmodel, hvor praktiserende læger kunne henvise børn og unge med mental mistrivsel direkte til PPR, dvs. uden om daginstitution, skole eller sundhedsplejerske. Erfaringerne herfra var, at størstedelen (80 %) af de henviste børn og unge blev tilbudt en indsats i PPR.

Forslag til handling:

Det skal afklares, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og PPR kan styrkes for børn og unge med mental mistrivsel. I arbejdet kan der tages afsæt i erfaringerne fra tidligere nævnte modelprojekt i Sundhedsaftale 2015-2018. I arbejde med pejlemærket skal det også indgå, om den regionale børne-ungepsykiatri kan indgå og bidrage til at styrke samarbejdet for målgruppen.

Arbejdet med pejlemærket forankres i en temagruppe nedsat under Tværsektoriel Strategisk Styregruppe med relevante fagpersoner fra alle sektorer og brugere.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes, når afklaringen af forslag til hvordan samarbejdet mellem almen praksis, PPR og børne-ungepsykiatrien kan styrkes, foreligger. Vurderingen af de økonomiske konsekvenser vil indgå som en del af temagruppens afrapportering.

¹ Modelprojektets titel var: "Tidlig indsats for børn og unge med mental mistrivsel eller funktionelle lidelser".

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 1 - Side -6 af 7

B3) Pejlemærke: Mulighederne skal undersøges for et tættere tværsektorielt samarbejde om opsporing af børn med mental mistrivsel i første leveår.

Baggrund for forslaget:

I børns første leveår ses børnene flere gange af en sundhedsplejerske. Der er stigende belæg for, at børn, der ikke udvikler sig normalt gennem det første leveår, fx ift. kommunikation og samspil med omgivelserne, har øget risiko for udvikling af mentale problemer. Mange kommuner arbejder derfor allerede med tidlig opsporing ved hjælp af forskellige værktøjer (PUF¹ eller ADDB²) i sundhedsplejen, men det vil være relevant at se på mulighederne for at styrke denne indsats gennem et tættere tværsektorielt samarbejde, hvor kompetencerne i almen praksis og børne-ungepsykiatrien inddrages.

Forslag til handling:

Der foretages en vurdering af behovet for et tættere tværsektorielt samarbejde om opsporing af børn med mental mistrivsel i første leveår. Det er især væsentligt at få inddraget kompetencerne i almen praksis og børne-ungepsykiatrien i det arbejde, som allerede er i gang i mange kommuner, så den tidlige opsporing kvalificeres og systematiseres yderligere. Det kan fx handle om at undersøge mulighederne for at styrke samarbejdet om generel rådgivning og undervisning fra børne-ungepsykiatrien, men også muligheden for sparring med børne- ungepsykiatrien og almen praksis ift. konkrete tilfælde, hvor der er usikkerhed i sundhedsplejen angående et barns mentale trivsel.

Arbejdet med pejlemærket forankres i en temagruppe nedsat under Tværsektoriel Strategisk Styregruppe med relevante fagpersoner fra alle sektorer og brugere.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes, når det på baggrund af det indledende arbejde er afklaret, om der er behov for et tættere tværsektorielt samarbejde om opsporing af børn med mental mistrivsel i første leveår. Vurderingen af de økonomiske konsekvenser vil indgå som en del af temagruppens afrapportering.

¹ Værktøj til screening for psykisk udvikling og funktion (PUF) i første leveår

² Værktøj til screening for social tilbagetrækning (Alarm Distress Baby Scale, ADDB) hos børn fra 2-24 mdr.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 1 - Side -7 af 7

B4) Pejlemærke: Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel

Baggrund for forslaget

Mange unge tilkendegiver, at de er i dårlig mental trivsel og cirka 15 procent af de unge har været i behandling for en psykiatrisk diagnose. I grundskolen løser bl.a. sundhedsplejerskerne og Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) opgaver omkring opsporing og støtte til børn, der viser tegn på mental mistrivsel. Unge på ungdomsuddannelserne har ikke samme adgang til disse ressourcer og unge med psykiatiske sygdomme overgår fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Herudover er der kommunal variation i de individuelle tilbud til de unge på ungdomsuddannelserne. Disse forhold betyder bl.a., at det på ungdomsuddannelserne kan være svært at hjælpe de unge, og at en gruppe unge derfor ikke får den hjælp, som de har brug for. Det øger risikoen for frafald fra en ungdomsuddannelse og længerevarende alvorlige mentale og/eller sociale problemstillinger.

Forslag til handling

På nuværende tidspunkt er der ikke klarhed over hvilke indsatser, der virker bedst. Ligesom der ikke er et klart billede af, hvordan samarbejdet mellem kommunerne, ungdomsuddannelserne, praksissektoren, Region Hovedstadens psykiatri og andre relevante aktører fx i civilsamfundet bedst organiseres. Det foreslås derfor, at arbejdet igangsættes med en afdækning af mulighederne for tættere tværsektorielt samarbejde for at sikre den rette hjælp. I afdækningen sættes særligt fokus på indsamling af viden om veldokumenterede metoder til opsporing samt til behandling og støtte af unge i mental mistrivsel. Med afsæt i afdækningen fremlægges forslag til organisering af samarbejdet og udbredelse af veldokumenterede metoder.

Arbejdet med pejlemærket forankres i en temagruppe nedsat under Tværsektoriel Strategisk Styregruppe med relevante fagpersoner fra alle sektorer og brugere

Økonomi

De økonomiske konsekvenser vurderes, når afdækningen af mulighederne for et tættere tværsektorielt samarbejde foreligger. Vurderingen af de økonomiske konsekvenser vil indgå som en del af temagruppens afrapportering.



Kommissorium for temagruppe

Sundhedsaftalen 2019-2023

Fokusområde: Sammen om børn og unges sundhed



Målsætning: Vi udvikler og styrker vores samarbejde om sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer

Pejlemærke: Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier

Godkendt

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) d. xx.

Baggrund

Sundhedsaftale 2019-2023 indeholder tre fokusområder, der skal arbejdes med i de kommende fire år. De tre fokusområder er: Sammen om børn og unges sundhed, Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom samt Sammen om borgere med psykisk sygdom. Hvert fokusområde indeholder to målsætninger, som skal nås gennem pejlemærker udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget. Arbejdet med pejlemærkerne skal foregå enten i samordningsudvalg eller temagrupper.

Baggrunden for pejlemærket er, at der i dag mangler en fælles forståelse af, hvornår en gravid/småbørnsfamilie er sårbar på tværs af sektorerne. Som det ser ud i dag, er kategoriseringen af sårbare gravide/småbørnsfamilier forskellig i henholdsvis almen praksis/hospitaler og kommune. Dertil kommer, at sårbarhedsbegrebet kan være problematisk at bruge. Det skyldes især risikoen for stigmatisering, og at der kan være mange årsager til sårbarhed ligesom sårbarhed er dynamisk. Den manglende fælles forståelse af sårbarhed betyder, at der ikke altid bliver kommunikeret omkring en gravid's/småbørnsfamilies sårbarhed, som kunne have været relevant for at sikre relevante indsatser og sammenhængende forløb.

Formål

Temagruppen skal arbejde med udvikling, konkretisering og implementering af pejlemærket: "Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier".

Opgaver

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU

Bilag 2 - Side -2 af 3

Temagruppen har til opgave:

- At udvikle et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier, som ikke er stigmatiserende.
- At der sikres relevant inddragelse af brugernes perspektiv i ovenstående opgave. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.
- At beskrive forslag til, hvordan brugen af det fælles sprog kan implementeres, herunder om arbejdet med implementeringen forventes at have økonomiske konsekvenser.

I arbejdet med opgaverne skal der tages afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse

Der skal desuden sikres sammenhæng til eksisterende indsatser, særligt implementering af Kommunikationsaftalen på svangreområdet¹ og de kommende retningslinjer for svangreomsorgen fra Sundhedsstyrelsen². Det er ligeledes relevant at inddrage resultater fra tidligere evalueringer af tværsektorielle indsatser målrettet sårbare gravide³.

Arbejdsform og tidsplan

Temagruppen tilrettelægger selv sin arbejdsform.

Det forventes, at temagruppen vil have behov for at mødes 3-4 gange i forår/sommer 2020.

Arbejdet i nærværende temagruppe er et grundlag for andre indsatser omkring sårbare gravide, og det er derfor væsentligt, at arbejdet afsluttes så det kan afrapporteres til TSS på Styregruppens møde i september 2020.

Sammensætning

Temagruppen sammensættes af:

- 3-5 faglige/ledelsesrepræsentanter fra kommunerne i regionen, der udpeges via KKR Hovedstaden.
- 3-5 faglige/ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne i regionen.
- 2 repræsentanter for almen praksis, heraf 1 konsulent udpeget af KAP-H og 1 fagpolitisk repræsentant udpeget af PLO-Hovedstaden.
- Evt. brugerrepræsentanter (jf. opgavebeskrivelsen)

Der kan med fordel ses på muligheden for at udpege medarbejdere, som også har indgået i arbejdet med udarbejdelse af Kommunikationsaftalen på svangreområdet.

Temagruppen kan ved behov inddrage andre ressourcepersoner.

¹ Der er i december 2019 godkendt en Kommunikationsaftale på svangreområdet, som skal implementeres i alle sektorer i 2020.

² Høringsudkast Retningslinjer for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen oktober 2019.

³ Især ”Hånd om sårbare familier. Evaluering af tværsektorielle indsatser målrettet sårbare gravide i omsorgsgruppe 3”, Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden 2019.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU
Bilag 2 - Side -3 af 3

Formandskab

Temagruppen nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- En ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- En ledelsesrepræsentant fra regionen

Ved udpegning af formandskabet sikres, at formandskabet har et godt kendskab til Sundhedsaftalen og organiseringen af arbejdet med Sundhedsaftalen.

Sekretariatshjælp

Der etableres et fælles sekretariatet bestående af en administrativ medarbejder fra en kommune og administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Som udgangspunkt udpeges en kommunal medarbejder fra den kommune som formanden er fra.

Sekretariat bistår formandskabet med udarbejdelse af dagsordener, referater og sammenskrivninger.

Økonomi

Det er ikke umiddelbart vurderingen, at arbejdet med pejlemærket vil have økonomiske konsekvenser, men temagruppens vurdering heraf skal indgå i temagruppens afrapportering.



Pejlemærkebeskrivelse

Sundhedsaftalen 2019-2023



Fokusområde: Sammen om børn og unges sundhed

Målsætning: Vi udvikler og styrker vores samarbejde om sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer

Pejlemærke: Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes med særligt fokus på den sårbare gravides behov og ønsker

Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ...

Baggrund

Sundhedsaftale 2019-2023 indeholder tre fokusområder, der skal arbejdes med i de kommende fire år. De tre fokusområder er: Sammen om børn og unges sundhed, Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom samt Sammen om borgere med psykisk sygdom. Hvert fokusområde indeholder to målsætninger, som skal nås gennem pejlemærker udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget. Arbejdet med pejlemærkerne skal foregå enten i samordningsudvalg eller temagrupper.

Baggrunden for pejlemærket er, at almen praksis, hospitaler og kommuner møder de sårbare gravide/familier på forskellige tidspunkter i forløbet og har forskellige roller. En afgørende forudsætning for, at der kan følges op på opsporing og iværksættes tilbud, som tilgodeser den gravide/familiernes behov, er en god og tidlig kommunikation mellem de relevante sektorer.

Fokus for arbejdet med pejlemærket er at understøtte en effektiv implementering af den nye Kommunikationsaftale på svangreområdet, så aftalen bliver kendt og anvendt efter hensigten. Desuden skal der følges op på aftalen, herunder at sårbare gravide inddrages aktivt i forbindelse med udveksling af informationer om deres ønsker og behov mellem sektorerne.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU
Bilag 3 - Side -2 af 3

Kommunikationsaftale for svangreområdet

Kommunikationsaftalen for svangreområdet er udarbejdet¹ som en indsats under Sundhedsaftale 2015-2018. Formålet var især, at den kommunale sundhedspleje allerede under graviditeten informeres om graviditeten og evt. behov for svangrebesøg. Der er derfor i Kommunikationsaftalen fokus på gravide med særlige behov². Der er igangsat en implementering af Kommunikationsaftalen, og det er planlagt, at der skal være en monitorering af implementeringen på den måde, at antallet af korrespondancemeddelelser følges. Dvs. en kvantitativ procesevaluering.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen

Det skal bemærkes, at der i Sundhedsstyrelsen retningslinjer for svangreomsorgen³ forventes at være et stort fokus på det tværsektorielle samarbejde om sårbare gravide, herunder kommunikationen. Det kan således betyde, at der vil komme nationale krav i aftaleperioden, som også skal indarbejdes, hvilket Fødeplanudvalget⁴ vil være ansvarlig for.

Opgaver og forankring af opgaver

Som udgangspunkt er det aftalt, at arbejdet med pejlemærket er forankret i de somatiske samordningsudvalg. Det skal dog bemærkes, at Tværsektorielt Samarbejdsforum for digital kommunikation allerede arbejder med implementering af Kommunikationsaftalen. De enkelte samordningsudvalg må derfor vurdere, hvilke yderligere tiltag, der er behov for, ligesom der skal sikres koordinering til arbejdet i Fødeplanudvalget.

Der er følgende opgaver i forhold til Kommunikationsaftalen på svangreområdet

- Samordningsudvalgene understøtter den lokale implementering efter behov
- Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation følger op på implementeringen i starten af 2021 baseret på antallet af korrespondancemeddelelser.
- Samordningsudvalgene:
 - Drøfter ovenstående opfølgning fra Tværsektorielt samarbejdsforum, herunder om der er behov for en kvalitativ evaluering med et brugerperspektiv
 - Afrapporterer til Tværsektoriel Strategisk Styregruppe

¹ Aftalen blev godkendt af TSS den 13. december 2019, og var udarbejdet af Arbejdsgruppen vedr. Sundheds-it med inddragelse af relevante fagpersoner. Arbejdsgruppen fortsætter under Sundhedsaftale 2019-23 under navnet ”Tværsektorielt Samarbejdsforum for digital kommunikation.

² Det var vurderingen, at udtrykket ”gravide med særlige behov” var mindre stigmatiserende end ”sårbare gravide”.

³ Høringsudkast Retningslinjer for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen oktober 2019.

⁴ Fødeplanudvalget er tværsektorielt bemandet og har til opgave at følge udviklingen på svangreområdet, herunder opfølgning på regionens fødeplan samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Det forventes, at der nedsættes et nyt Fødeplanudvalg, når Sundhedsstyrelsens retningslinjer udkommer.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 3 - Side -3 af 3

Tidsplan

Det forventes, at der primo 2021 kan følges op på, om Kommunikationsaftalen på svangreområdet har den ønskede effekt.

Økonomi

Det er ikke umiddelbart vurderingen, at arbejdet med pejlemærket vil have økonomiske konsekvenser. Der kan evt. blive behov for finansiering af en evaluering af Kommunikationsaftalen på svangreområdet. Ligesom der kan vise sig behov for yderligere tiltag under pejlemærket.



Kommissorium for temagruppe

Sundhedsaftale 2019 -2023

Fokusområde: Sammen om børn og unges sundhed



Målsætning: Alle børn og unge, der viser tegn på mistrivsel, får den rette hjælp i tide

Pejlemærke: Samarbejdet styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet.

Godkendt

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) d. xx.

Baggrund

Sundhedsaftale 2019-2023 indeholder tre fokusområder, der skal arbejdes med i de kommende fire år. De tre fokusområder er: Sammen om børn og unges sundhed, Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom samt Sammen om borgere med psykisk sygdom. Hvert fokusområde indeholder to målsætninger, som skal nås gennem pejlemærker udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget. Arbejdet med pejlemærkerne skal foregå enten i samordningsudvalg eller temagrupper.

Baggrunden for pejlemærket er, at forældre til børn og unge i mental mistrivsel henvender sig ofte i almen praksis, men her kan handlemulighederne være begrænsede, hvis der ikke er behov for udredning og behandling i psykiatrien. Det skyldes, at de praktiserende læger ofte ikke har mulighed for at henvise direkte til kommunale tilbud eller PPR.

I modelprojekterne "Tidlig indsats for børn og unge med mental mistrivsel eller funktionelle lidelser" under Sundhedsaftalen 2015-2018, blev der i et samarbejde mellem almen praksis og to kommuner udviklet og afprøvet en samarbejdsmodel, hvor praktiserende læger kunne henvise børn og unge med mental mistrivsel direkte til PPR, dvs. uden om daginstitution, skole eller sundhedsplejerske. Erfaringerne herfra var, at størstedelen (80 %) af de henviste børn og unge blev tilbudt en indsats i PPR.

Formål

Temagruppen skal arbejde med udvikling og konkretisering af pejlemærket: Samarbejdet styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR) om

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU
Bilag 4 - Side -2 af 3

henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet.

Opgaver

Temagruppen har med afsæt i erfaringerne fra modelprojekterne ”Tidlig indsats for børn og unge med mental mistrivsel eller funktionelle lidelser” under Sundhedsaftalen 2015-2018, til opgave:

- At udarbejde anbefalinger for, hvordan kan samarbejdet styrkes mellem almen praksis og PPR om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet. Herunder foretages en vurdering af hvordan Børne-ungdomspsykiatrien kan bidrage til at styrke samarbejdet for målgruppen.
- At udarbejde en vurdering af anbefalingernes økonomiske konsekvenser i forhold til kommuner, almen praksis og Børne-ungdomspsykiatrien.

I arbejdet med opgaverne skal der tages afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling.

Desuden skal sikres, at brugernes perspektiv, viden og erfaringer inddrages i arbejdet på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Arbejdsform og tidsplan

Temagruppen skal tilrettelægge arbejdet på en måde, som sikrer at der arbejdes hurtigt og fokuseret med opgaverne.

Det forventes at temagruppen kan afslutte sit arbejde således, at gruppens anbefalinger kan afrapporteres i TSS på Styregruppens møde i september 2020.

Sammensætning

Temagruppen sammensættes af:

- 4-5 faglige/ledelsesrepræsentanter fra kommunerne i regionen, der udpeges via KKR Hovedstaden.
- 2-4 repræsentanter fra almen praksis
- 1-2 faglige/ledelsesrepræsentanter fra børne- og ungdomspsykiatrien.
- 2 brugerrepræsentanter

Temagruppen sammensættes på en måde, så repræsentanter med erfaring fra modelprojekterne indgår.

Temagruppen kan inddrage andre ressourcepersoner ved behov.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 4 - Side -3 af 3

Formandskab

Temagruppen nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- En ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- En repræsentant fra Almen Praksis

Ved udpegning af formandskabet sikres, at formandskabet har et godt kendskab til Sundhedsaftalen og organiseringen af arbejdet med Sundhedsaftalen.

Sekretariatshjælp

Der etableres et fælles sekretariatet bestående af en administrativ medarbejder fra en kommune og administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Som udgangspunkt udpeges en kommunal medarbejder fra den kommune, som formanden er fra.

Sekretariat bistår formandskabet med udarbejdelse af dagsordener, referater og sammenskrivninger.



Kommissorium for temagruppe

Sundhedsaftale 2019 -2023

Fokusområde: Sammen om børn og unges sundhed



Målsætning: Alle børn og unge, der viser tegn på mistrivsel, får den rette hjælp i tide

Pejlemærke: Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15-25 år, der viser tegn på mental mistrivsel

Godkendt

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) d. xx.

Baggrund

Sundhedsaftale 2019-2023 indeholder tre fokusområder, der skal arbejdes med i de kommende fire år. De tre fokusområder er: Sammen om børn og unges sundhed, Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom samt Sammen om borgere med psykisk sygdom. Hvert fokusområde indeholder to målsætninger, som skal nås gennem pejlemærker udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget. Arbejdet med pejlemærkerne skal foregå enten i samordningsudvalg eller temagrupper.

Baggrunden for pejlemærket er, at mange unge tilkendegiver, at de er i dårlig mental trivsel og cirka 15 procent af de unge har været i behandling for en psykiatrisk diagnose. I grundskolen løser bl.a. sundhedsplejerskerne og Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) opgaver omkring opsporing og støtte til børn, der viser tegn på mental mistrivsel. Unge på ungdomsuddannelserne har ikke samme adgang til disse ressourcer og unge med psykiatriske sygdomme overgår fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Herudover er der kommunal variation i de individuelle tilbud til de unge på ungdomsuddannelserne. Disse forhold betyder bl.a., at det på ungdomsuddannelserne kan være svært at hjælpe de unge, og at en gruppe unge derfor ikke får den hjælp, som de har brug for. Det øger risikoen for frafald fra en ungdomsuddannelse og længerevarende alvorlige mentale og/eller sociale problemstillinger.

Formål

Temagruppen skal arbejde med udvikling og konkretisering af pejlemærket: Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15-25 år, der viser tegn på mental mistrivsel.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om børn og unges sundhed" - opfølgning på SKU
Bilag 5 - Side -2 af 3

Opgaver

På nuværende tidspunkt er der ikke klarhed over hvilke indsatser, der virker bedst. Ligesom der ikke er et klart billede af, hvordan samarbejdet mellem kommunerne, ungdomsuddannelserne, praksissektoren, Region Hovedstadens psykiatri og andre relevante aktører fx i civilsamfundet bedst organiseres.

Temagruppens opgaver er derfor:

- At foretage en afdækning af mulighederne for tættere tværsektorielt samarbejde for at sikre unge den rette hjælp. Herunder skal der sættes særligt fokus på indsamling af viden om veldokumenterede metoder til opsporing samt til behandling og støtte af unge i mental mistrivsel.
- At udarbejde forslag til organisering af samarbejdet og udbredelse af veldokumenterede metoder, med udgangspunkt i den gennemførte afdækning. Herunder skal der foretages vurdering af forslagenes økonomiske konsekvenser for kommuner og region.

I arbejdet med opgaverne skal der tages afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling.

Herunder skal der være særligt opmærksomhed på at sikre, at brugernes perspektiv, viden og erfaringer inddrages i arbejdet. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Arbejdsform og tidsplan

Temagruppen skal tilrettelægge arbejdet på en måde, som sikrer at der arbejdes hurtigt og fokuseret med opgaverne.

Temagruppen forventes at afslutte sit arbejde inden udgangen af 2020.

Sammensætning

Temagruppen sammensættes af:

- 2 - 3 repræsentanter fra almen praksis
- 2 - 3 repræsentanter fra relevante ungdomsuddannelser
- 2 - 4 faglige/ledelsesrepræsentanter fra kommunerne, der udpeges via KKR Hovedstaden
- 2 - 4 faglige/ledelsesrepræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri
- Evt. brugerrepræsentanter (jf. opgavebeskrivelsen)

Temagruppen kan ved behov inddrage andre ressourcepersoner.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Igangsættelse af arbejdet med de politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde ”Sammen om børn og unges sundhed” - opfølgning på SKU
Bilag 5 - Side -3 af 3

Formandskab

Temagruppen nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- En ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- En ledelsesrepræsentant fra regionen
- En repræsentant fra almen praksis

Ved udpegning af formandskabet sikres, at formandskabet har et godt kendskab til Sundhedsaftalen og organiseringen af arbejdet med Sundhedsaftalen.

Sekretariatshjælp

Der etableres et fælles sekretariatet bestående af en administrativ medarbejder fra en kommune og administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Som udgangspunkt udpeges en kommunal medarbejder fra den kommune, som formanden er fra.

Sekretariat skal bistå i arbejdet med afdækningen og sammenskrivning af temagruppens forslag. Derudover skal sekretariatet bistå formandskabet med udarbejdelse af dagsordener og referater.

Der må forventes et betydeligt tidsforbrug til varetagelsen af sekretariatets opgaver. Det vil være en fordel, hvis medarbejderne i sekretariatets har erfaring fra lignende opgaver.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom

Bilag 1 - Side -1 af 5

Baggrundsnotat til temadrøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget den 27. marts 2020 om Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom

Baggrund

Under Sundhedsaftalens fokusområde ” Sammen om borgere med psykisk sygdom” er et af målene:

Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom (mål A)

Som en del af forberedelsen af Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelser om mål A, blev der den 3. december 2019 afholdt en workshop, hvor der var fokus på, hvordan der gennem et styrket tværsektorielt samarbejde kan sikres en bedre og tidligere opsporing og behandling af fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Med afsæt i input fra workshoppen følger i det nedenstående beskrivelser af nogle overordnede emner/temaer, der kan indgå i temadrøftelsen om mål A. Under de enkelte emner er der fremhævet en række pointer, som det kan være særligt relevant at sætte fokus på i det videre arbejde med mål A.

Det skal fremhæves at borgere med psykisk sygdom, der samtidig har fysisk sygdom, dækker over en stor og heterogen gruppe af borgere med meget forskellige behov, ressourcer og ønsker. Behovet for tværsektorielle tiltag kan derfor også være forskelligt.

I det nedenstående beskrives først en række emner, som i princippet er relevant i forhold til alle borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom, men som vurderes at have størst betydning i forhold til borgere, der bor på botilbud samt for den store gruppe af borgere der periodisk er i kontakt med behandlingspsykiatrien. Sidst i notat er der beskrevet opmærksomhedspunkter, der har særlig relevans i forhold til borger, der er særligt udsatte – herunder hjemløse.

Generelle pointer fra workshoppen:

- Indsatser bør tilrettelægges ud fra et helhedssyn med afsæt i borgerens samlede behov, ressourcer og ønsker.
- Der er brug for, at der bygges bro mellem sektorerne.
- Der er brug for, at der bygges bro mellem specialer og forvaltninger inden for de enkelte sektorer.

Emne	Vigtige pointer
Fokus på sundhedsfremme og forebyggelse	Der er behov for at styrke fokus på betydningen af sundhedsfremme og forebyggelse af fysisk sygdom hos de fagpersoner, der primært er i kontakt med borgere med psykisk sygdom. Forebyggelsen skal tilrettelægges som en helhedsorienteret indsats. Behovet for flere forebyggelsestilbud, der er tilpasset behovene hos borgere med psykisk sygdom, skal afdækkes.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom
Bilag 1 - Side -2 af 5

Mange undersøgelser har vist, at svær overvægt, rygning, usund kost og en stillesiddende adfærd forekommer langt hyppigere hos mennesker, der angiver at de har psykisk sygdom sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Samtidig kan den psykiske sygdom og øvrige livsvilkår betyde, at det kan være ekstra svært at omlægge livsstilen. (Nordentoft m.fl. 2012)

Borgere med psykisk sygdom kan derfor have behov for støtte fra fagpersoner for at kunne ændre sundhedsadfærd.

På workshopen blev fremhævet, at der er brug for et styrket fokus på betydningen af sundhedsfremme og forebyggelse af fysisk sygdom, blandt de fagpersoner fra de forskellige sektorer, der primært er i kontakt med borgere med psykisk sygdom, og at det skal ske på en måde, som ikke virker stigmatiserende

Det blev på workshopen fremhævet, at der bl.a. er gode erfaringer med at arbejde med sundhedsfremme og forebyggende indsatser som bygger på det dobbelte KRAM - hermed menes en supplering af den traditionelle forståelse af KRAM (Kost- Rygning-Alkohol-Motion) med det mentale KRAM (Kompetencer-Relationer-Accept-Mestring). Hvor forebyggende indsatser kan nedsætte borgerens risiko for sygdom, kan sundhedsfremmende indsatser styrke borgerens viden og handlemuligheder til at mestre tilværelsen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende rygeafvænning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske sygdom har brug for en særlig, tilpasset indsats.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom
Bilag 1 - Side -3 af 5

Emne	Vigtige pointer
Fokus på tidligere opsporing af fysisk sygdom	Opsporing af fysisk sygdom skal ske på en måde som sikrer, at borgeren får mulighed for at tale om sin fysiske tilstand som borgeren oplever den De fagpersoner, som primært arbejder med mennesker med psykisk sygdom, skal kunne identificere symptomer på fysisk sygdom. Opsporing af fysisk sygdom skal ske systematisk med afsæt i fælles standarder. Der er behov for at se på om den praktiserende læges rolle i forbindelse med opsporing af fysisk sygdom kan understøttes bedre

Der er gennem de senere år – bl.a. i Region Hovedstadens Psykiatri - iværksat flere tiltag med henblik på at understøtte tidlig opsporing og diagnosticering af fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom. Men, der er fortsat mange borgere, der ikke udredes tilstrækkeligt for deres fysiske sygdomme.

En årsag hertil er, at den psykiske sygdom kan skygge for borgerens egen evne til at have opmærksomhed på begyndende udvikling af fysisk sygdom. Derudover er der også flere undersøgelser som viser, at både sundhedsprofessionelle og andre fagpersoner, der er i kontakt med borgeren, ikke altid har tilstrækkelig opmærksomhed på symptomer på fysisk sygdom.

For at understøtte hurtigere og mere systematisk opsporing er der derfor behov for at sikre, at de fagpersoner, der primært arbejder med mennesker med psykisk sygdom, kan identificere symptomer på fysisk sygdom og at opsporingen sker systematisk ved brug af fælles screeningsredskaber.

Samtidig er det helt afgørende for det videre forløb, at opsporingen sker på en måde som understøtter borgernes mulighed for at tale om sin somatiske tilstand, som borgeren oplever den, således at der fra start skabes et afsæt for en åben og værdig dialog om, at der kan være en somatisk sygdom og hvordan det skal håndteres.

På workshoppen blev efterspurgt flere fælles tværsektorielle og tværfaglige kompetenceudviklingsforløb for pædagogisk og sundhedsfagligt personale i Regionen og kommunerne.

Endvidere blev fremhævet, at der er behov for at se på om de praktiserende læggers rolle i forhold til opsporingen af fysisk sygdom kan understøttes bedre. Det blev fremhævet, at der bl.a. er positive erfaringer med systematiske somatiske undersøgelser af borgere, der bor på botilbud. Der er ligeledes positive erfaringer fra psykiatriske afdelinger. Herudover blev også fremhævet, at det er relevant at undersøge erfaringer og muligheder for systematisk årligt sundstjek hos egen læge.

Sekretariatet bemærker, at Praksisplanudvalget i den forgangne planperiode har haft fokus på etablering af fast lægebetjening af borgere på botilbud efter servicelovens §108. Status fra juni 2019 viste at 8 kommuner har tilbud, hvor der forventes ansættelse af fast tilknyttet læge.

Det bemærkes desuden at overenskomsten for almen praksis indeholder forskellige ydelser der kan anvendes fx i forbindelse med opsporing og opfølgning på somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom
Bilag 1 - Side -4 af 5

Emne	Vigtige pointer
Fokus på behandling og opfølgning på behandling	Den tværsektorielle koordination på tværs af specialer og sektorer skal styrkes Der er behov for at understøtte den elektroniske kommunikation Der er behov for at undersøge, hvordan flere borgere med psykisk sygdom kan understøttes i at møde op hos almen praksis i forbindelse med behandling og/eller opfølgning på fysisk sygdom.

Mange borgere med flere samtidige sygdomme har en oplevelse af utilstrækkelig koordinering, sammenhæng og overblik over eget forløb. Dette gælder i høj grad også for borgere der har både somatisk og psykisk sygdom.

En væsentlig udfordring er, at der sjældent foreligger en samlet plan for patientens forløb og kommunikationen på tværs af sektorerne har ofte fokus på enten de(n) fysiske sygdomme eller de(n) psykiske sygdomme.

Med indførelsen af patientansvarlig læge (PAL) arbejdes der for at sikre mere sammenhæng mellem hospitalsafdelinger og specialer. PAL løser som udgangspunkt ikke problemstillinger / udfordringer omkring mangelfuld koordination og en tydelig placering af ansvar i forbindelse med sektorovergangen. Men ordningen rummer elementer, der på sigt kan være med til at understøtte en mere helhedsorienteret kommunikation i forbindelse med en udskrivning.

En anden væsentlig udfordring er den elektroniske understøttelse af den tværsektorielle kommunikation. Inden for det sociale område er der fortsat en del kommuner, som ikke kan sende eller modtage medkom-meddelelser, hvilket vanskeliggør en hurtig og målrettet tværsektoriel kommunikation omkring borgere med psykisk sygdom.

På workshopen blev det også fremhævet, at mange borgere med psykisk sygdom ikke møder op til planlagte kontroller i almen praksis. I et videre arbejde med emnet vil det være relevant at sætte fokus på, hvordan denne gruppe borgere bedre kan understøttes i at møde op hos egen læge fx gennem strukturelle initiativer og/eller gennem et styrket tværsektorielt samarbejde. Det kan fx handle om hvor hurtigt borgeren kan få en tid og hvornår på dagen tiden gives. Derudover kan det også – især for borgere med alvorlig psykisk sygdom - være relevant at se på om mulighederne for følgeordninger kan udvides.

Emne	Vigtige pointer
Fokus på differentierede indsatser til særligt udsatte borgere – herunder hjemløse	De særligt udsatte borgere skal mødes, der hvor de opholder sig. Der er brug for at styrke de opsøgende indsatser / parallelle sundhedstilbud

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom
Bilag 1 - Side -5 af 5

	Der er brug for at styrke samarbejdet med herberger og frivillige organisationer
--	--

Der er gennem de seneste år taget flere initiativer for at sikre bedre behandlingstilbud til meget udsatte borgere inden for det etablerede sundhedsvæsenet. FX er der ansat socialsygeplejerske på alle de somatiske hospitaler.

Men, hovedparten af de meget udsatte borgere har fx ikke kontakt til egen læge og kontakten til sundhedsvæsen sker ofte på et meget sent tidspunkt i deres sygdomsforløb og vedrører oftest kun den helt akutte behandling.

Der er derfor fortsat et stort behov for at udvikle flere parallelle sundhedstilbud- herunder opsøgende tværsektorielt forankrede indsatser med henblik på at sikre behandling på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet og/eller sikre den nødvendige opfølgning/efterbehandling. Det blev ligeledes fremhævet at det særligt i forhold til denne målgruppe er væsentligt at sundhedsindsatserne samtænkes med sociale indsatser.

Emne	Vigtige pointer
Fokus på Videndeling	Der er <u>behov for mere viden</u> om, hvilke indsatser der virker Der er brug for at <u>sprede viden</u> om indsatser der virker

På workshopen blev der omtalt mange eksempler på projekter og indsatser, hvor der har været arbejdet på at skabe mere sammenhæng i indsatser for mennesker med samtidig psykisk og fysisk sygdom. Men der er ofte tale om mindre og lokalt forankrede indsatser, hvor de erfaringer der opnås sjældent når ud til en bredere kreds. Det blev fremhævet at der et stort behov for at sikre bedre rammer for videndeling.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom
Bilag 2 - Side -1 af 3



Program udkast

Sundhedskoordinationsudvalgets 1. temadrøftelse om fokusområdet: Sammen om borgere om borgere med psykisk sygdom

Fokus: Tværsektorielt samarbejde om borgere med psykisk sygdom der samtidig har somatisk sygdom (del af mål A) og koordination i forbindelse med udskrivelse (mål B).

Formål: Udvalget har en indledende drøftelse af de to emner med afsæt i oplæg, der skal bidrage til et godt indblik i områderne.

Dato: 27. marts 2020

Varighed: 1 time og 50 min.

Bemærkning: Oplægsholderne vil være tilstede under hele drøftelsen.

Tid	Emne:
5. min	Præsentation af dagens program v. Flemming Pless
1. Runde: Styrket tværsektorielle samarbejde om bedre forebyggelse, opsporing, behandling og opfølgning på fysisk sygdom hos borgere der har psykisk sygdom	
30 - 35 min.	3 – 5 korte oplæg med eksempler på udfordringer og muligheder for - bedre forebyggelse/opsporing og behandling/opfølgning på fysisk sygdom hos borgere, der har psykisk sygdom – gennem det tværsektorielle samarbejde Emnerne kan være: • Det dobbelte KRAM: Erfaringer og potentialer om brug af det dobbelte kram i forhold til forebyggelse af fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom

Bilag 2 - Side -2 af 3

	- v. relevant fagperson eller ledelsesrepræsentant fra en kommune. • Forebyggelse på botilbud: Eksempler fra botilbud på hvordan der arbejdes med forebyggelse og tidlig opsporing, og bud på hvordan et styrket tværsektorielt samarbejde kan understøtte arbejdet. v. fagperson el. ledelsesrepræsentant og farmaceut fra den Sociale Virksomhed. • Sundhedstjek og opfølgning på igangsat behandling hos egen læge: Eksempel på hvordan systematisk opsporing af fysisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom kan ske i almen praksis og bud på hvordan de praktiserende lægers opgaver på området kan understøttes gennem tværsektorielt samarbejde. v. praktiserende læge med viden og erfaringer fra området. • Særlige/parallelle sundhedstilbud: Perspektiver/bud på hvordan, der kan etableres flere sundhedstilbud tilpasset de særligt udsatte borgeres behov. v. fx socialsygeplejerske Ninna Brûnes eller formand for udsatterådet i Region Hovedstaden Kira West, der er forstander i Reden, København. • Pointer fra workshop: Kort rids af pointer fra workshop, der ikke er adresseret under de øvrige oplæg. v. fx Jean eller Anne / Helene.
25 min.	Drøftelse i plenum
2. Runde: Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb	
15 - 20 min.	Oplæg • Behov for videreudvikling af samarbejdet mellem de psykiatriske centre og kommunernes relevante enheder på det sociale område, særligt i forbindelse med udskrivelser - v. formandskabet for Psykiatriens Fælles Samordningsudvalg Anne Hertz, Region Hovedstadens Psykiatri og Mikkel Boje, Københavns Kommune.

Punkt nr. 5 - Beslutning: 1. temadrøftelse – Sundhedsaftalens fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom

Bilag 2 - Side -3 af 3

20 min.	Drøftelse i plenum
5 - 7 min.	Opsamling

Sundhedskoordinationsudvalg

Praksisplanudvalg

Patientinddragelsesudvalg

Samordningsudvalg

Somatik; psykiatri voksne;
psykiatri børn:

- Syd
- Byen
- Midt
- Nord

Bornholm (somatik og
psykiatri)

Psykiatriens fælles
samordningsudvalg

Fælles aftaler



Udvikling



Behov /
opgaver

Tværsektoriel strategisk
styregruppe

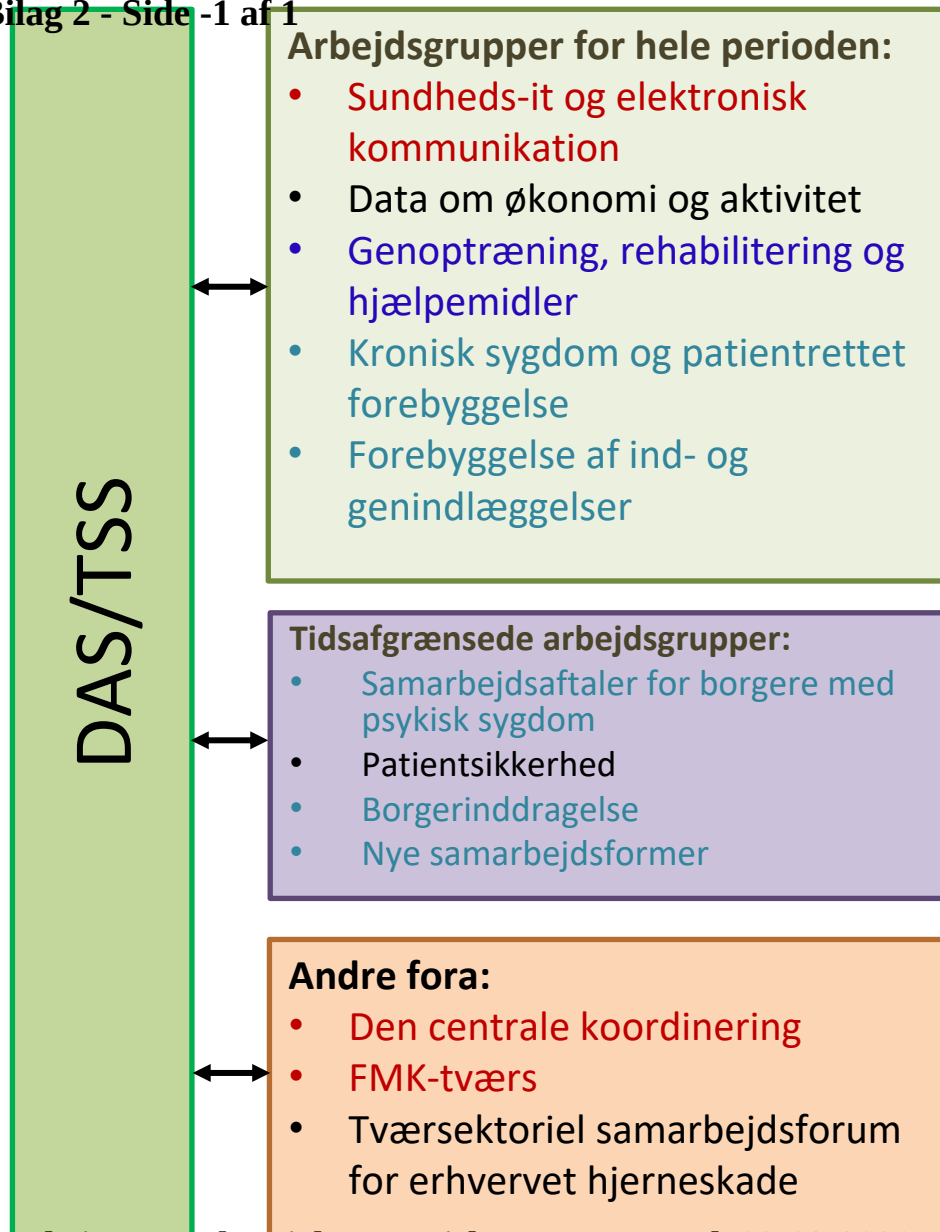
Tværsektorielle
samarbejdsfora:

- Digital kommunikation
- Data om økonomi og aktivitet
- Patientsikkerhed
- Genoptræning og rehabilitering
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Erhvervet hjerneskade

Ad hoc temagrupper:

- Sårbarhedsbegreb for gravide
- Styrket samarbejde almen praksis og PPR
- ...
- ...





Forklaring til farver:

- Fortsætter som tværsektorielt samarbejdsform
- Opdeles i to tværsektorielle samarbejdsfora
- Slås sammen til et tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation
- Lukket ned



Sundhedsaftalen 2019-2023
Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet
Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ...

Baggrund

Der er i regi af sundhedsaftalen brug for at fastholde et systemiseret samarbejde om nogle af de primære samarbejdsflader, der er fundamentet for sammenhængende forløb. Det drejer sig om tværsektoriel kommunikation, patientsikkerhed, genoptræning og rehabilitering, hjælpemidler, data om økonomi og aktivitet samt erhvervet hjerneskade. Det er erfaringen, at der på disse områder løbende opstår praksisnære spørgsmål til opgavedelingen, økonomi og samarbejdet, ligesom der også kommer nye nationale udmeldinger, der skal konkretiseres i det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har derfor besluttet, at der skal etableres et samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet, hvor der er den relevante faglighed, kontinuitet og mulighed for at agere agilt.

Formål

Tværsektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet har til formål at bidrage med data og dataanalyser i forhold til arbejdet med konkretisering af Sundhedsaftalens fokusområder – Ældre og borgere med kronisk sygdom, Borgere med psykisk sygdom og Børn og unges sundhed. Herunder kan samarbejdsforummet bidrage med økonomivurdering af elementer i Sundhedsaftalen, der kan være potentielt udgiftsdrivende for kommuner og/eller hospitaler og/eller almen praksis.

Samarbejdsforummet skal desuden understøtte det løbende driftssamarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Herunder skal samarbejdsforummet understøtte kommunernes og regionens mulighed for at opnå en ensartet og fælles indsigt i aktivitets- og forbrugsudvikling inden for sundhedsydelser på hospitaler, i praksissektoren og kommunerne indenfor både somatik og psykiatri samt børne- og voksenområdet.

Opgaver

- Belyse praksisnære problemstillinger, fx vedrørende kommunal medfinansiering
- Understøtte nationale tiltag i forhold til data om økonomi og aktivitet, fx i forbindelse med LPR3
- Bidrage med data og dataanalyser til arbejdet i regi af sundhedsaftalen
- Understøtte udviklings- og eller driftsopgaver i regi af sundhedsaftalen
- Forestå og bidrage til høringer.

Samarbejdsforummet skal i relevant omfang indgå i dialog med andre samarbejdsfora samt temagrupper med henblik på kvalitetssikring af leverancer.

Samarbejdsforummet skal i deres arbejde tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse. Herunder skal de løbende forholde sig til relevant inddragelse af brugernes perspektiv, viden og erfaringer på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 3 - Side -2 af 3

Udgangspunkt for samarbejdsforummets opgavevaretagelse

Sundhedsdatastyrelsen har etableret flere nationale informationssystemer, som giver kommunerne og region mulighed for at trække data på aggregeret niveau inden for områder som fx antal udskrivninger, sengedage, ambulante besøg, sengedage for færdigbehandlede patienter og genoptræningsydelse fordelt på alment og specialiseret samt inden for praksisområdet. Her kan blandt andet peges på informationssystemerne KØS og "åbent og lukket e-sundhed". Disse informationssystemer er udgangspunkt for samarbejdsforummets optagevaretagelse.

Råderum og kompetencer

Tværsektorielt samarbejdsforum for data om aktivitet og økonomi har råderum til at løse gruppens opgaver inden for de eksisterende rammer for det tværsektorielle samarbejde, det vil sige national lovgivning og retningslinjer samt eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler i Region Hovedstaden.

Ved mere principielle problemstillinger og ved sager af politisk karakter skal samarbejdsforum rejse disse til drøftelse i TSS. Det gælder fx ændringer i snitflader og aftaler om nye forpligtelser, som medfører merudgifter for én eller flere af parterne.

Ligeledes, skal det rejses i TSS, hvis samarbejdsforum bliver opmærksom på behovet for løsning af større opgaver i samarbejdsforum, inden disse igangsættes. Dette for at sikre koordinering til det øvrige arbejde i regi af sundhedsaftalen.

Samarbejdsforummet prioriterer selv sine opgaver jf. afsnit om opgaver. Som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS i forbindelse med opstart af samarbejdsforummet, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourcer. Ved behov kan der efterfølgende fremlægges status for TSS med henblik på drøftelse af strategiske prioriteringer.

Arbejdsform

Samarbejdsforummets møder planlægges fleksibelt og efter behov. Der lægges op til en arbejdsform som giver mulighed for at arbejde fokuseret og hurtigt med konkrete opgave, fx i sprint forløb.

Formandskabet kan mødes oftere med henblik på at koordinere og sikre fremdrift i arbejdsopgaver. Formandskabet kan træffe beslutninger på vegne af samarbejdsforum med henblik på en agil og fleksibel beslutningsproces.

Formandskabet kan nedsætte ad hoc grupper, herunder fx ved konkrete opgaver i forhold til psykiatriområdet og børneområdet.

Sammensætning

Tværsektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet sammensættes primært af administrative medarbejdere med faglig indsigt i sundhedsdata.

Samarbejdsforummet består af:

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen
Bilag 3 - Side -3 af 3

- 5 - 6 administrative repræsentanter fra kommunerne med faglig indsigt i sundhedsdata, der udpeges via Embedsmandsudvalget for sundhed. Der bør tilstræbes repræsentation fra hvert planområde, samt en repræsentant med indsigt i socialpsykiatrien.
- 3 - 4 administrative repræsentanter fra Region Hovedstaden med faglig indsigt i sundhedsdata
- 1 - 2 repræsentanter fra PLO-Hovedstaden.

Formandskab

Samarbejdsforum nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- 1 repræsentant fra kommunerne
- 1 repræsentant fra Region Hovedstaden (Center for Økonomi).

Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i gruppens arbejde samt evt. dialog med TSS.

Sekretariat

Der etableres et fælles sekretariat, der har ressourcer til at bistå samarbejdsforummet med at løse opgaver og sikre fremdrift i opgaverne. Sekretariatet består af 1 administrativ medarbejder fra formandskabskommunen og 1 administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Økonomi.

Sekretariatets opgaver er:

- At forestå mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordener og referater
- At bistå formandskabet med at sikre overblik over opgaver, samt over udviklingen på området
- At bidrage til løsning af konkrete opgaver som er en forudsætning for/del af samarbejdsforummets opgaver, herunder mindre analyser, afdækninger og evt. sammenskrivninger af konkrete produkter.



Sundhedsaftalen 2019-2023
Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation
Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ...

Baggrund

Der er i regi af sundhedsaftalen brug for at fastholde et systematiseret samarbejde om nogle af de primære samarbejdsflader, der er et fundament for sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om tværsektoriel kommunikation, patientsikkerhed, genoptræning og rehabilitering, hjælpemidler, data om økonomi og aktivitet samt erhvervet hjerneskade. Det er erfaringen, at der i relation til disse områder løbende opstår praksisnære spørgsmål til opgavedelingen og samarbejdet, ligesom der også kommer nye nationale udmeldinger, der skal konkretiseres i det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har derfor besluttet, at der skal etableres et tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation, hvor der både er den relevante faglighed, men også beslutningskraft, kontinuitet og mulighed for at agere agilt.

Formål

Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation har til formål at sikre ensartet tværsektoriel digital kommunikation på tværs af planområderne med fokus på *den organisatoriske tværsektorielle implementering og forankring* af tekniske løsninger. Det vil sige, at samarbejdsforummet skal bidrage til at skabe de bedst mulige forudsætninger for den lokale brug og implementering af digital kommunikation.

Samarbejdsforummet skal sikre overblik over nationale og lokale digitale indsatser, og med afsæt heri udvikle driftssamarbejdet om digital kommunikation i relation til det tværsektorielle patientsamarbejde.

Vi er i dag i en omstillingsperiode, hvor vi på flere områder går fra at sende beskeder mellem parterne til at dele data, som fx Fælles Medicin Kort. Samarbejdsforummet skal favne begge former for digital kommunikation.

Opgaver

Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation har til opgave løbende at understøtte det tværsektorielle samarbejde om digital kommunikation, herunder:

- Håndtere opgaver fra TSS, som udspringer af arbejdet i regi af sundhedsaftalen.
- Afklare praksisnære problemstillinger og arbejdsgange på anmodning fra samordningsudvalgene. Blandt andet i forbindelse med MedCom standarder og Fælles Medicin Kort mv.
- Konkretisere nye nationale tiltag og understøtte organisatorisk tværsektoriel implementering, fx ved at udarbejde nye aftaler og afklare forudsætninger for implementering
- Videreføre eksisterende udviklings- eller driftsopgaver i forbindelse med digital kommunikation i regi af sundhedsaftalen, som opdatering af samarbejdsaftaler (fx Kommunikationsaftalen)

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 4 - Side -2 af 3

- Forestå evt. høringer, samt bidrage til høringer

Herudover skal samarbejdsforummet i relevant omfang indgå i dialog med andre samarbejdsfora eller arbejdsgrupper med henblik på kvalitetssikring af leverancer.

Samarbejdsforummet skal i deres arbejde tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse. Herunder skal de løbende forholde sig til relevant inddragelse af brugernes perspektiv, viden og erfaringer på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Råderum og kompetencer

Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation har råderum til at løse sine opgaver inden for de eksisterende rammer for det tværsektorielle samarbejde, det vil sige national lovgivning og retningslinjer samt eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler i Region Hovedstaden. Det kan fx handle om afklaring, præcisering og opdatering af eksisterende aftaler eller mindre ændringer af målgruppe.

Ved mere principielle problemstillinger og ved sager af politisk karakter skal samarbejdsforummet rejse disse til drøftelse i TSS. Det gælder fx ved flytning af opgaver eller aftaler om nye opgaver, som medfører merudgifter for én eller flere af parterne.

Ligeledes, skal det rejses i TSS, hvis samarbejdsforummet bliver opmærksom på behovet for løsning af større opgaver i samarbejdsforummet, inden disse igangsættes. Dette for at sikre koordinering til det øvrige arbejde i regi af sundhedsaftalen.

Samarbejdsforummet prioriterer selv sine opgaver jf. afsnit om opgaver. Som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS i forbindelse med opstart af samarbejdsforummet, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourcer. Ved behov kan der efterfølgende fremlægges status for TSS med henblik på drøftelse af strategiske prioriteringer.

Arbejdsform

Samarbejdsforummets møder planlægges fleksibelt og efter behov. Der lægges op til en arbejdsform, som giver mulighed for at arbejde fokuseret og hurtigt med konkrete opgaver, fx i sprint forløb.

Formandskabet kan mødes oftere med henblik på at koordinere og sikre fremdrift i arbejdsopgaver.

Formandskabet kan træffe beslutninger på vegne af samarbejdsforummet med henblik på en agil og fleksibel beslutningsproces. Formandskabet kan nedsætte ad hoc grupper.

Sammensætning

Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation sammensættes på en måde, så der sikres de nødvendige ledelseskompetencer og et tydeligt ophæng til samordningsudvalgene med henblik på at styrke sammenhængen mellem tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation og samordningsudvalgene. Et medlem for hvert samordningsudvalg med interesse for og viden om tværsektoriel kommunikation indgår derfor i samarbejdsforummet, med henblik på at bære prioriterede

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 4 - Side -3 af 3

emner til samarbejdsforummet, samt tage implementerings- og opfølgningsopgaver med tilbage i de lokale samordningsudvalg.

Derudover skal der sikres sundheds-, it-faglige og administrative kompetencer med erfaring i forhold til udvikling og brug af tværsektoriel kommunikation, herunder kendskab til den regionale sundhedsplatform samt de kommunale omsorgssystemer. Supplerende hertil skal der sikres en kobling til den nationale organisering i regi af MedCom.

Samarbejdsforummet sammensættes således af:

- 1 repræsentant (medlem) fra hvert af de somatiske samordningsudvalg, samt 1 - 2 repræsentanter fra psykiatriens fælles samordningsudvalg.
- 1-2 administrative-/ledelsesrepræsentanter fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed
- 2 repræsentanter fra Region Hovedstaden, CIMT
- 2 repræsentanter for almen praksis, heraf en konsulent udpeget af KAP-H og en fagpolitisk repræsentant udpeget af PLO-Hovedstaden
- Min. 1 repræsentant, som deltager i den nationale organisering i regi af MedCom (kan være overlappende med en af ovenstående).

Ved endelig sammensætning skal der sikres en vis balance mellem regionale og kommunale repræsentanter fra samordningsudvalgene.

Formandskab

Samarbejdsforummet nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- 1 ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- 1 ledelsesrepræsentant fra Region Hovedstaden.

Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i arbejdet samt dialogen med Tværsektoriel strategisk styregruppe mv.

Sekretariat

Der etableres et fælles sekretariat, der har ressourcer til at bistå samarbejdsforummet med at løse opgaver og sikre fremdrift i opgaverne. Sekretariatet består af 1 administrativ medarbejder fra formandskabskommunen og 1 administrative medarbejdere fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Sekretariatets opgaver er:

- At forestå mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordner og referater
- At bistå formandskabet med at sikre overblik over opgaver, samt over udviklingen på området.
- At bidrage til løsning af konkrete opgaver som er en forudsætning for/del af samarbejdsforummets opgaver, herunder mindre analyser, afdækninger og evt. sammenskrivninger af konkrete produkter.



Sundhedsaftalen 2019-2023
Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed
Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ...

Baggrund

Der er i regi af sundhedsaftalen brug for at fastholde et systemiseret samarbejde om nogle af de primære samarbejdsflader, der er et fundament for sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om tværsektoriel kommunikation, patientsikkerhed, genoptræning og rehabilitering, hjælpemidler, data om økonomi og aktivitet samt erhvervet hjerneskade. Det er erfaringen, at der i relation til disse områder løbende opstår praksisnære spørgsmål til opgavedelingen og samarbejdet, ligesom der også kommer nye nationale udmeldinger, der skal konkretiseres i det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har derfor besluttet, at der skal etableres et samarbejdsforum for tværsektoriel patientsikkerhed, hvor der både er beslutningskraft, relevante fagligheder, kontinuitet og mulighed for at agere agilt.

Formål

Tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed har til formål at understøtte et systematisk samarbejde om tværsektoriel patientsikkerhed på tværs af somatik og psykiatri, Den Sociale Virksomhed og Akutberedskabet. Samarbejdsforummet skal samle, prioritere og koordinere patientsikkerhedsarbejdet i planområderne og de nævnte virksomheder, og have fokus på strategisk spredning af nye initiativer og løsninger.

Derudover skal samarbejdsforummet håndtere og udarbejde løsninger for opgaver og problemstillinger fra de tværsektorielle patientsikkerhedsfora¹ i planområderne samt fra TSS.

Opgaver

Tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed har til opgave løbende at understøtte det tværsektorielle samarbejde om patientsikkerhed, herunder:

- Håndtere og koordinere opgaver fra patientsikkerhedsfora samt TSS
- Understøtte det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde ved at arbejde med tværgående opgaver og problemstillinger på anmodning fra de tværsektorielle patientsikkerhedsfora og samordningsudvalg

¹ De tværsektorielle patientsikkerhedsfora er nedsat under de lokale samordningsudvalg i somatikken, og består primært af risikomanagere fra hospital, kommuner samt hospitalspraksiskonsulenter. De har til formål at understøtte fælles drøftelse af utilsigtede hændelser og udvælgelse af fokusområder, lokal forankring af læringspointer og vidensdeling.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 5 - Side -2 af 3

- Vidensdeling til alle planområderne på tværs af somatik og psykiatri, Den Sociale Virksomhed og Akutberedskabet
- Understøtte det tværsektorielle netværk for risikomanagere.

Herudover skal samarbejdsforum for tværsektoriel patientsikkerhed i relevant omfang indgå i dialog med andre samarbejdsfora eller arbejdsgrupper med henblik på kvalitetssikring af leverancer.

Samarbejdsforummet skal i deres arbejde tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse. Herunder skal de løbende forholde sig til relevant inddragelse af brugernes perspektiv, viden og erfaringer på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Råderum og kompetencer

Tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed har råderum til at løse deres opgaver inden for de eksisterende rammer for det tværsektorielle samarbejde, det vil sige national lovgivning og retningslinjer samt eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler i Region Hovedstaden.

Ved mere principielle problemstillinger og ved sager af politisk karakter skal samarbejdsforummet rejse disse til drøftelse i TSS. Det gælder f.eks. ved flytning af opgaver eller aftaler om nye opgaver, som medfører merudgifter for en eller flere af parterne.

Ligeledes skal det rejses i TSS, hvis samarbejdsforummet bliver opmærksom på behovet for løsning af større opgaver i samarbejdsforummet, inden disse igangsættes. Dette for at sikre koordinering til det øvrige arbejde i regi af sundhedsaftalen.

Samarbejdsforummet prioriterer selv sine opgaver jf. afsnit om opgaver. Som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS i forbindelse med opstart af samarbejdsforummet, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourcer. Ved behov kan der efterfølgende fremlægges status for TSS med henblik på drøftelse af strategiske prioriteringer.

Arbejdsform

Tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed består af et formandskab og et fagligt ekspertpanel.

Formandskab mødes fast 2 gange årligt med henblik på at prioritere, koordinere og sikre fremdrift i arbejdsopgaver. Derudover lægges der op til at arbejdet planlægges fleksibelt og med mulighed for at arbejde fokuseret og hurtigt med konkrete opgaver, fx i sprint forløb.

I særlige situationer kan formandskabet inddrage udpegede eksperter, fx ved opgaver og problemstillinger, der kræver en særlig faglighed eller viden. Det faglige ekspertpanel mødes ikke selvstændigt.

Ved behov kan formandskabet også nedsætte ad hoc grupper.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 5 - Side -3 af 3

Sammensætning

Formandskab for tværsektorielt samarbejdsforum for patientsikkerhed sammensættes på en måde, så der sikres de nødvendige ledelseskompetencer og indsigt i samordningsudvalgenes opgavefelt og udfordringer.

Derudover skal der sikres erfaring og viden fra de tværsektorielle patientsikkerhedsfora i Region Hovedstaden.

Formandskab sammensættes således af:

- 1 kommunal repræsentant (medlem) fra et somatisk samordningsudvalg
- 1 regional repræsentant (medlem) fra et somatisk samordningsudvalg
- 1 repræsentant (medlem) fra psykiatriens fælles samordningsudvalg
- 1 tværsektoriel risikomanager, som deltager i lokale tværsektorielle patientsikkerhedsfora, Region Hovedstaden, Center for Sundhed.

Det faglige ekspertpanel sammensættes af:

- 3-4 risikomanagere fra hospitalerne i Region Hovedstaden (somatik såvel som psykiatri)
- 3-4 risikomanagere fra kommunerne i regionen, der udpeges via Embedsmandsudvalget for Sundhed – der bør ved udpegningen sikres repræsentation fra såvel sundhedsområdet som socialpsykiatrien, og så vidt muligt også de forskellige planområder
- 1 risikomanager fra Den Sociale Virksomhed
- 1 risikomanager fra Akutberedskabet
- 1 praktiserende læge (udpeget via KAP-H).

Sekretariat

Der etableres et fællessekretariat, der kan bistå samarbejdsforummet med at løse opgaver og sikre fremdrift i opgaverne. Sekretariatet består af 1 administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed og 1 administrativ medarbejder fra en kommune, der er repræsenteret i formandskabet.

Sekretariatets opgave er:

- At forestå den praktiske mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordner og referater.
- At bistå formandskabet med at sikre overblik over opgaver, samt over udviklingen på området.
- At bidrage til løsning af konkrete opgaver, som er en del af samarbejdsforummets opgaver, herunder fx udarbejdelse af henvendelser til TSS, datatræk, afdækninger og evt. sammenskrivninger af konkrete produkter.



Sundhedsaftalen 2019-2023
Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering
Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ...

Baggrund

Der er i regi af sundhedsaftalen brug for at fastholde et systemiseret samarbejde om nogle af de primære samarbejdsflader, der er et fundament for sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om tværsektoriel kommunikation, patientsikkerhed, genoptræning og rehabilitering, hjælpemidler, data om økonomi og aktivitet samt erhvervet hjerneskade. Det er erfaringen, at der i relation til disse områder løbende opstår praksisnære spørgsmål til opgavedelingen og samarbejdet, ligesom der også kommer nye nationale udmeldinger, der skal konkretiseres i det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har derfor besluttet, at der skal etableres et tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering, hvor der er den relevante faglighed, kontinuitet og mulighed for at agere agilt.

Samarbejdsforummet dækker i udgangspunktet samarbejdet om såvel børn og voksne, samt psykiatriske og somatiske patienter.

Formål

Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering har til formål at understøtte et ensartet og velfungerende tværsektorielt samarbejde om genoptræning og rehabilitering med henblik på at sikre, at borgerne oplever sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb af høj kvalitet.

Samarbejdsforummet skal udvikle driftssamarbejdet på området, i tæt sammenhæng med den nationale udvikling på området såvel som det lokale samarbejde, samt vidende om tiltag på tværs af planområderne.

Rehabilitering i relation til erhvervet hjerneskade vil fortsat blive håndteret i det tværsektorielle samarbejdsforum for erhvervet hjerneskade.

Opgaver

Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering har til opgave løbende at understøtte det tværsektorielle samarbejde om genoptræning og rehabilitering, herunder:

- Håndtere opgaver fra TSS, som udspringer af arbejdet i regi af sundhedsaftalen.
- Afklare praksisnære problemstillinger og arbejdsgange på området på anmodning fra samordningsudvalgene (fx vedrørende G-GOP, forløbsprogrammer mv.)
- Konkretisere nationale udmeldinger og understøtte implementering
- Videreføre eksisterende udviklings- eller driftsopgaver på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet i regi af sundhedsaftalen, fx opdatering af samarbejdsaftaler (fx

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 6 - Side -2 af 3

snitfladekataloger) eller udvikle nye, og i den forbindelse pege på evt. behov for understøttelse af implementering

- Opdatere og følge op på tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Kommunikere beslutninger til relevante parter, herunder forestå evt. høring

Herudover skal samarbejdsforum i relevant omfang indgå i dialog med andre samarbejdsfora eller arbejdsgrupper med henblik på kvalitetssikring af leverancer.

Udvikling eller opdatering af forløbsprogrammer ligger ikke i dette samarbejdsforum, men placeres i selvstændige ad hoc arbejdsgrupper.

Samarbejdsforummet skal i deres arbejde tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse. Herunder skal de løbende forholde sig til relevant inddragelse af brugernes perspektiv, viden og erfaringer på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Råderum og kompetencer

Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering har råderum til at løse sine opgaver inden for de eksisterende rammer for det tværsektorielle samarbejde, det vil sige national lovgivning og retningslinjer samt eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler i Region Hovedstaden. Det kan fx handle om afklaring, præcisering og opdatering af eksisterende aftaler eller mindre ændringer af målgruppe.

Ved mere principielle problemstillinger og ved sager af politisk karakter skal samarbejdsforum rejse disse til drøftelse i TSS. Det gælder fx ved flytning af opgaver og aftaler om nye opgaver, som medfører merudgifter for én eller flere af parterne.

Ligeledes, skal det rejses i TSS, hvis samarbejdsforummet bliver opmærksom på behovet for løsning af større opgaver i samarbejdsforum, inden disse igangsættes. Dette for at sikre koordinering til det øvrige arbejde i regi af sundhedsaftalen.

Samarbejdsforummet prioriterer selv sine opgaver jf. afsnit om opgaver. Som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS i forbindelse med opstart af samarbejdsforummet, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourcer. Ved behov kan der efterfølgende fremlægges status for TSS med henblik på drøftelse af strategiske prioriteringer.

Arbejdsform

Samarbejdsforummets møder planlægges fleksibelt og efter behov. Der lægges op til en arbejdsform, som giver mulighed for at arbejde fokuseret og hurtigt med konkrete opgaver, fx i sprint forløb.

Formandskab kan mødes oftere med henblik på at koordinere og sikre fremdrift i arbejdsopgaver.

Formandskabet kan træffe beslutninger på vegne af samarbejdsforum med henblik på en agil og fleksibel beslutningsproces.

Formandskabet kan nedsætte ad hoc grupper. Det kan fx gælde områderne børn og psykiatri, som vil kræve en anden personsammensætning.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 6 - Side -3 af 3

Sammensætning

Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering sammensættes på en måde, der sikrer, at gruppen besidder såvel faglige som ledelseskompetencer i forhold til genoptræning og rehabilitering. Derudover skal der sikres sammenhæng til planområderne, ligesom børneområdet og psykiatri bør være repræsenteret.

Samarbejdsforummet sammensættes af:

- 5-7 faglige ledelsesrepræsentanter fra kommunerne i regionen, der udpeges Embedsmandsudvalget for sundhed.
- 5-7 faglige ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne i Region Hovedstaden.

Samarbejdsforum kan desuden inddrage relevante fagpersoner til afklaring eller udvikling af afgrænsede problemstillinger (ad hoc).

Formandskab

Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- 1 ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- 1 ledelsesrepræsentant fra Region Hovedstaden.

Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i gruppens arbejde samt dialogen med Tværsektoriel strategisk styregruppe mv.

Sekretariat

Der etableres et fælles sekretariat, der har ressourcer til bistå samarbejdsforum med at løse opgaver og sikre fremdrift i opgaverne. Sekretariatet består af 1 administrativ medarbejder fra formandsskabskommunen og 1 administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Sekretariatets opgaver er:

- At forestå mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordner og referater
- At bistå formandskabet med at sikre overblik over opgaver, samt over udviklingen på området.
- At bidrage til løsning af konkrete opgaver som er en forudsætning for/del af samarbejdsforummets opgaver, herunder udarbejdelse af henvendelser til TSS eller andre, høringer, afdækninger og evt. sammenskrivninger af konkrete produkter.



Sundhedsaftalen 2019-2023
Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler
Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ...

Baggrund

Der er i regi af sundhedsaftalen brug for at fastholde et systemiseret samarbejde om nogle af de primære samarbejdsflader, der er et fundament for sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om tværsektoriel kommunikation, patientsikkerhed, genoptræning og rehabilitering, hjælpemidler, data om økonomi og aktivitet samt erhvervet hjerneskade. Det er erfaringen, at der i relation til disse områder løbende opstår praksisnære spørgsmål til opgavedelingen og samarbejdet, ligesom der også kommer nye nationale udmeldinger, der skal konkretiseres i det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har derfor besluttet, at der skal etableres et samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler, hvor der er den relevante faglighed, kontinuitet og mulighed for at agere agilt.

Samarbejdsforummet dækker i udgangspunktet samarbejdet om såvel børn og voksne, samt psykiatriske og somatiske patienter.

Formål

Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler har til formål at understøtte et ensartet og velfungerende tværsektorielt samarbejde om behandlingsredskaber og hjælpemidler med henblik på at sikre, at alle borgere oplever sammenhængende forløb på tværs af sektorerne, hvor de nødvendige hjælpemidler og behandlingsredskaber bliver stillet til rådighed, når behovet opstår.

Samarbejdsforummet skal understøtte og udvikle driftssamarbejdet på området, i tæt sammenhæng med den nationale udvikling på området såvel som det lokale samarbejde.

Opgaver

Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler har til opgave løbende at understøtte det tværsektorielle samarbejde om genoptræning og rehabilitering, herunder:

- Håndtere opgaver fra TSS, som udspringer af arbejdet i regi af sundhedsaftalen.
- Afklare praksisnære problemstillinger og arbejdsgange på anmodning fra samordningsudvalgene, herunder ved uenigheder om finansieringsansvar for en bestemt type af behandlingsredskab/hjælpemiddel
- Videreføre eksisterende udviklings- eller driftsopgaver på hjælpemiddelområdet i regi af sundhedsaftalen, fx opdatering eller videreudvikling af snitfladekataloget for behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Konkretisere nationale udmeldinger og afdække forudsætninger for implementering

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 7 - Side -2 af 3

- Forestå og bidrage til høringer

Herudover skal samarbejdsforummet i relevant omfang indgå i dialog med andre samarbejdsfora eller temagrupper med henblik på kvalitetssikring af leverancer.

Samarbejdsforummet skal i deres arbejde tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse. Herunder skal de løbende forholde sig til relevant inddragelse af brugernes perspektiv, viden og erfaringer på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Råderum og kompetencer

Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler har råderum til at løse sine opgaver inden for de eksisterende rammer for det tværsektorielle samarbejde, det vil sige national lovgivning og retningslinjer samt eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler i Region Hovedstaden. Det kan fx handle om afklaring, præcisering og opdatering af eksisterende aftaler eller mindre ændringer af målgruppe.

Ved mere principielle problemstillinger og ved sager af politisk karakter skal samarbejdsforum rejse disse til drøftelse i TSS. Det gælder fx ændringer i snitflader og aftaler om nye forpligtelser, som medfører merudgifter for én eller flere af parterne.

Ligeledes, skal det rejses i TSS, hvis samarbejdsforum bliver opmærksom på behovet for løsning af større opgaver i samarbejdsforum, inden disse igangsættes. Dette for at sikre koordinering til det øvrige arbejde i regi af sundhedsaftalen.

Samarbejdsforummet prioriterer selv sine opgaver jf. afsnit om opgaver. Som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS i forbindelse med opstart af samarbejdsforummet, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourcer. Ved behov kan der efterfølgende fremlægges status for TSS med henblik på drøftelse af strategiske prioriteringer.

Arbejdsform

Samarbejdsforummets møder planlægges fleksibelt og efter behov. Der lægges op til en arbejdsform, som giver mulighed for at arbejde fokuseret og hurtigt med konkrete opgaver, fx i sprint forløb.

Formandskab kan mødes oftere med henblik på at koordinere og sikre fremdrift i arbejdsopgaver.

Formandskabet kan træffe beslutninger på vegne af samarbejdsforum med henblik på en agil og fleksibel beslutningsproces.

Formandskabet kan nedsætte ad hoc grupper.

Sammensætning

Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler sammensættes på en måde, der sikrer, at gruppen besidder forskellige faglige kompetencer (fx juridiske, sygeplejefaglige og koordinerende) i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler, samt ledelseskompetencer.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen
Bilag 7 - Side -3 af 3

Samarbejdsforum for hjælpemidler sammensættes af:

- 2-4 faglige (ledelses)repræsentanter fra kommunerne i regionen, der udpeges via Embedsmandsudvalget for sundhed.
- 2-4 faglige (ledelses)repræsentanter fra hospitalerne i Region Hovedstaden.

Formandskab

Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- 1 ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- 1 ledelsesrepræsentant fra Region Hovedstaden.

Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i gruppens arbejde samt dialog med Tværsektoriel strategisk styregruppe mv.

Sekretariat

Det etableres et sekretariat, der har ressourcer til bistå samarbejdsforummet med at løse opgaver og sikre fremdrift i opgaverne. Sekretariatet er fælles bestående af 1 administrativ medarbejder fra formandsskabskommunen og 1 administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Sekretariatets opgaver er:

- At forestå den praktiske mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordner og referater
- At bistå formandskabet med at sikre overblik over opgaver, samt over udviklingen på området.
- At bidrage til løsning af konkrete opgaver som er en forudsætning for/del af samarbejdsforummets opgaver, herunder udarbejdelse af henvendelser til TSS eller andre, høringer og sammenskrivning af dokumenter.



Sundhedsaftalen 2019-2023
Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade
Justeret version godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe ... Godkendt af Den Administrative Styregruppe den 27. januar 2017

Baggrund

Der er i regi af sundhedsaftalen brug for at fastholde et systemiseret samarbejde om nogle af de primære samarbejdsflader, der er et fundament for sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om tværsektoriel kommunikation, patientsikkerhed, genoptræning og rehabilitering, hjælpemidler, data om økonomi og aktivitet samt erhvervet hjerneskade. Det er erfaringen, at der i relation til disse områder løbende opstår praksisnære spørgsmål til opgavedelingen og samarbejdet, ligesom der også kommer nye nationale udmeldinger, der skal konkretiseres i det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har derfor besluttet at fastholde tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade, som dækker børne- unge- og voksenområdet. Årsagen hertil er, at hjerneskadeområdet er et komplekst område, hvor der er brug for et særligt fokus på det tværsektorielle samarbejde i forhold til at koordinere og drøfte principielle udfordringer i forhold til at understøtte gode og sammenhængende patientforløb både internt i kommuner og region, men også overgangene fra en sektor til en anden.

Derudover har området gennem en længere årrække har haft national bevågenhed, hvilket det forudses fortsat at have fremadrettet. Som følge af nationale initiativer samt et øget fokus på området i kommuner og region, er der løbende udvikling på området, som fx viser sig ved nye krav, forventninger og samarbejds-konstellationer, der udfordrer de gældende strukturer og arbejds gange.

Rapport fra Rigsrevisionen fra november 2016 – 'Rigsrevisionens beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade' – indikerer, at hospitaler og kommuner kan forvente mere fokus og opfølgning fra Sundheds- og Ældreministeriet fremover. Det er derfor hensigtsmæssigt med et tværsektorielt forum, der kan drøfte problemstillinger og gråzoner i samarbejdet om hjerneskadede borgere, som Rigsrevisionens rapport peger på. Derudover forventer regionen og kommunerne, at etableringen af neurorehabiliteringshuset i Glostrup kan medføre yderligere behov for at styrke samarbejdet, herunder hvilke konsekvenser etableringen vil have for patient/borgerforløb på hjerneskadeområdet.

Samarbejdsforum er nedsat med reference til Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Formål

Tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade har til formål at dele viden til gensidig læring samt drøfte udfordringer på tværs af hospitalerne, praksissektoren og kommunerne i Region Hovedstaden.

Opgaver

Tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade har til opgave at:

- Drøfte og finde løsninger i forhold til særligt komplekse typer af patientforløb eller barrierer mellem sektorer, blandt andet på anmodning fra samordningsudvalgene

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 8 - Side -2 af 3

- Løfte sager af strategisk og principiel karakter til TSS.
- Følge og understøtte implementeringsplanerne for forløbsprogrammerne for rehabilitering af børn/unge og voksne med erhvervet hjerneskade
- Følge op på rigsrevisionens rapport vedr. hjerneskadeområdet (november 2016)
- Dække hele hjerneskadeområdet og ikke kun det specialiserede område
- Drøfte og finde løsninger i forhold til nye udfordringer i forbindelse med rehabilitering på specialiseret niveau
- Være en gensidig læringsgruppe og et forum for erfaringsudveksling og ideudvikling
- Drøftelse nyt samarbejde i forbindelse med nyt neurorehabiliteringshus i Glostrup

Det er ikke samarbejdsforummets opgave at koordinere konkrete borger/patientsager.

Samarbejdsforummet skal i deres arbejde tage afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse, klar opgave- og ansvarsfordeling og borgerinddragelse. Herunder skal de løbende forholde sig til relevant inddragelse af brugernes perspektiv, viden og erfaringer på forskellig vis. Center for Sundhed kan bidrage med rådgivning om forskellige former for brugerinddragelse.

Råderum og kompetencer

Tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade skal forsøge at finde løsninger og afklare tvivl og uklarheder i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde om borgere med erhvervet hjerneskade indenfor rammerne af forløbsprogrammerne og lovgivningen på området, såfremt disse ikke har været mulige at afklare direkte i dialogen mellem kommunen og den udskrivende afdeling, eller hvor der er tale om principielle afklaringer. Der kan ikke træffes beslutning på vegne af en hel sektor eller andre, der ikke er direkte repræsenterede i det tværsektorielle samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade.

Ved mere principielle problemstillinger og ved sager af politisk karakter skal samarbejdsforummet rejse disse til drøftelse i TSS. Det gælder fx ved flytning af opgaver eller aftaler om nye opgaver, som medfører merudgifter for én eller flere af parterne.

Ligeledes, skal det rejses i TSS, hvis samarbejdsforummet bliver opmærksom på behovet for løsning af større opgaver i samarbejdsforummet, inden disse igangsættes. Dette for at sikre koordinering til det øvrige arbejde i regi af sundhedsaftalen.

Samarbejdsforummet prioriterer selv sine opgaver jf. afsnit om opgaver. Som led heri fremlægges en arbejdsplan for TSS, hvor der også indgår overvejelser om tidshorisont og ressourcer. Ved behov kan der efterfølgende fremlægges status for TSS med henblik på drøftelse af strategiske prioriteringer.

Arbejdsform

Samarbejdsforummets møder planlægges fleksibelt og efter behov. Der lægges op til en arbejdsform, som giver mulighed for at arbejde fokuseret og hurtigt med konkrete opgaver, fx i sprint forløb.

Formandskabet kan mødes oftere med henblik på at koordinere og sikre fremdrift i arbejdsopgaver.

Formandskabet kan træffe beslutninger på vegne af samarbejdsforummet med henblik på en agil og fleksibel beslutningsproces. Formandskabet kan nedsætte ad hoc grupper.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Kommissorier for øvrig organisering af samarbejdsflader i regi af sundhedsaftalen

Bilag 8 - Side -3 af 3

Sammensætning

Samarbejdsforummet sammensættes på en måde, der sikrer, at forummet besidder såvel faglige som administrative/ledelseskompetencer indenfor de områder, som samarbejdsforummet varetager. Det omfatter repræsentanter fra kommuner og hospitaler i Region H. Repræsentanterne indgår som faste deltagere i samarbejdsforummet og repræsenterer de hospitaler og kommuner, der ikke sidder med i samarbejdsforummet.

Forum består af følgende faste deltagere:

- fire repræsentanter fra hospitalerne i Region Hovedstaden udpeget af Sundhedsfagligt Råd vedr. neurologi
- fire repræsentanter fra kommunerne i Region Hovedstaden udpeget af KKR Hovedstaden, så alle planområder er repræsenteret
- to bruger-/borgerrepræsentanter udpeget af Danske Handicaporganisationer

Samarbejdsforummet kan invitere andre deltagere ad hoc til oplæg eller specifikke drøftelser. Herunder fx:

- repræsentanter fra almen praksis og praktiserende speciallæger
- Sundhedsfagligt Råd ved behov for sparring og afklaring af særlige faglige problematikker.
- Repræsentanter vedr. børneområdet

Formandskab

Samarbejdsforummet nedsættes med et fælles formandskab bestående af:

- 1 ledelsesrepræsentant fra kommunerne
- 1 ledelsesrepræsentant fra Region Hovedstaden.

Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i arbejdet samt dialogen med Tværsektoriel strategisk styregruppe mv.

Sekretariat

Der etableres et fælles sekretariat, der har ressourcer til at bistå samarbejdsforummet med at løse opgaver og sikre fremdrift i opgaverne. Sekretariatet består af 1 administrativ medarbejder fra formandsskabskommunen og 1 administrativ medarbejder fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed.

Sekretariatets opgaver er:

- At forestå mødeforberedelse, herunder opgaver vedr. udarbejdelse og udsendelse af dagsordener og referater
- At bistå formandskabet med at sikre overblik over opgaver, samt over udviklingen på området.
- At bidrage til løsning af konkrete opgaver som er en forudsætning for/del af samarbejdsforummets opgaver, herunder mindre analyser, afdækninger og evt. sammenskrivninger af konkrete produkter.



Godkendt i Den Tværsektorielle strategiske styregruppe den

Grundaftale mellem hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne i regionen om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på Region Hovedstadens Psykiatriske Centre. ~~somatiske hospitalsafdelinger.~~

Baggrund og formål

Denne aftale er en grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse, for borgere der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for ledsagelse i forbindelse med hospitalsindlæggelse.

Aftalen ~~udspringer af Sundhedsaftalen for 2015-2018, som~~ skal bidrage til en styrket koordinering og mere sømløse forløb på tværs af sektorgrænser bl.a. gennem udarbejdelse af en aftale om støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital. ~~(jf. Sundhedsaftalens indsats 53).~~

Formateret: Ikke Fremhævning

Aftalen omfatter de 29 kommuner i Region Hovedstaden og alle regionens somatiske hospitaler.

Aftalen tager udgangspunkt i Indenrigs- og Sundhedsministeriets skrivelse til Kommunernes Landsforening (KL) d. 12. august 2010 (bilag 1).

Aftalen er godkendt i Den ~~Tværsektorielle strategiske Administrative~~ Styregruppe for sundhedsaftalen den ~~26.04.2018.~~

Formateret: Ikke Fremhævning

I forbindelse med godkendelsen er det aftalt, at der i regi af Samordningsudvalgene kan udarbejdes supplerende tillægsaftaler gældende for de kommuner og hospitaler, der er omfattet af det samordningsudvalg, som har indgået tillægsaftalen.

Tillægsaftaler kan f.eks. beskrive lokalt aftalte retningslinjer for: Kommunikation, interne beslutningsprocedurer, vederlagsfri tilstedeværelse ~~ved ved undersøgelser~~ og samtaler, tidsfrister eller særlige forhold omkring medicin.

Formateret: Ikke Fremhævning

Punkt nr. 8 - Beslutning: Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger

Bilag 1 - Side -2 af 3

Beslutning om evaluering af grundaftalen træffes af Den Administrative Styregruppe. Beslutning om evaluering af supplerende tillægsaftale træffes i regi af det samordningsudvalg, der har indgået tillægsaftalen.

Målgruppe

Samarbejdsaftalen skal sikre, at borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige behov får den nødvendige praktiske hjælp og ledsagelse i forbindelse med behandling på hospitalet. Det kan eksempelvis være:

- Borgere som er tilknyttet en fast hjælperordning jf. Servicelovens §96 om borgerstyret personlig assistance.
- Borgere som til dagligt bor i pædagogiske miljøer.
- Borgere der foruden den aktuelle lidelse er stærkt prægede i deres adfærd grundet deres varig handicaps, eksempelvis borgere uden/med meget begrænset sprog eller borgere der er udadrettede i deres adfærd, hvilket kan forstærkes under en indlæggelse.

Aftalen gælder alene i de tilfælde, hvor der ikke er nogen pårørende, der kan hjælpe borgeren.

Aftalen

- Under indlæggelse ~~har er det hospitalet~~ det psykiatriske center, som har forsyningspligten ift. praktisk hjælp, og det er derfor det psykiatriske center ~~hospitalet~~, der vurderer, om ledsagelse under indlæggelse er en forudsætning for at yde en forsvarlig behandling.
- Såfremt ~~hospitalet~~ det psykiatriske center vurderer, at der er behov for ledsagelse, kan centeret ~~hospitalet~~ anmode kommunen om at stille en medarbejder til rådighed. Hvis kommunen accepterer, afholder centeret ~~hospitalet~~ udgiften hertil. Aftale herom indgås skriftligt (se bilag 2). Hospitalet kan ikke stille krav om tilstedeværelse af kommunale medarbejdere. Dette gælder uanset om hospitalet betaler eller ej.
- Såfremt kommunen vurderer, at der er behov for ledsagelse under indlæggelse, men hospitalet vurderer, at dette ikke er en forudsætning for at yde en forsvarlig behandling, afholder kommunen udgiften hertil.
- Aftale om ledsagelse under indlæggelse er kun gældende på den afdeling, hvor aftalen er indgået. Ved overflytning til anden afdeling/center ~~hospitalet~~, skal der foretages en ny vurdering af, om der forsat er behov for ledsagelse under indlæggelsen. I givet fald skal der indgås en ny skriftlig aftale med denne afdeling.

Punkt nr. 8 - Beslutning: Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger

Bilag 1 - Side -3 af 3

Generelle forpligtigelser

Vurdering af borgerens behov for praktisk hjælp og ledsagelse i forbindelse med indlæggelse skal ske så tidligt som muligt i forløbet, for at sikre at borgeren får et hensigtsmæssigt behandlingsforløb.

Det er begge parter ansvar at sikre en god dialog omkring borgerens indlæggelsesforløb, dels mhp. at skabe klarhed over det enkelte indlæggelsesforløb og dels mhp. at sikre et godt indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

En forudsætning herfor er:

- At kommunen/borgerens personlige hjælpere informerer ~~hospitalet~~det psykiatriske center om borgerens aktuelle tilstand og øvrige relevante forhold, som har betydning for pleje af borgeren.
- At ~~det psykiatriske center~~ ~~hospitalets~~ informerer kommunen/borgerens personlige hjælpere om, hvad der er sket under indlæggelsen og hvad de skal være særligt opmærksomme på efter udskrivelsen.

Afregning

Såfremt ~~det psykiatriske center~~ ~~hospitalet~~ anmoder kommunen om at stille en medarbejder til rådighed under indlæggelsen, afholder ~~hospitalet~~ ~~centeret~~ udgiften hertil. ~~Hospitalet~~ ~~Centeret~~ afregner med en fast takst på 260 kr. (2017 priser) pr time inkl. overenskomstmæssige tillæg (dvs. dag, aften, nat, weekend og lign.). Taksten reguleres årligt efter gældende pris og lønindeks.

Formateret: Ikke Fremhævning

Ved hvert forløb skal der indgås en skriftlig aftale, hvor omfang, opgaver mm. er specificeret (Skabelon fremgår af bilag 2). Regningen sendes elektronisk til ~~det~~ center afdeling, hvor borgeren har været indlagt. Såfremt borgeren er indlagt på flere afdelinger under indlæggelsen, skal der ved hver overflytning foretages en ny vurdering og indgås en ny skriftlig aftale vedr. ledsagelse.

Bilag 1: Indenrigs- og Sundhedsministeriets skrivelse til KL af 12. august 2010: "Praktisk hjælp i forbindelse med behandling"

Bilag 2: Standard for aftale om aflønning af kommunalt ansat personale på Region Hovedstadens Hospitaler (herunder de psykiatriske centre).

Eventuel tillægsaftale indsættes som bilag 3.

Punkt nr. 8 - Beslutning: Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger
Bilag 2 - Side -1 af 2

Indenrigs- og
Sundhedsministeriet



BILAG 3

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W www.sum.dk

KL

Dato: 12. august 2010
Enhed: Primær sundhed
Sagsbeh.: SUMBWJ
Sags nr.: 1003406
Dok. nr.: 227959

Att. Rigmor Lond
ril@kl.dk

Praktisk hjælp i forbindelse med behandling

KL har i breve af 26. marts, 6. maj, 26. maj og 11. november 2009 stillet spørgsmål vedr. ansvaret for at yde praktisk hjælp i forbindelse med behandling af borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Ministeriet kan vejledende udtale følgende vedr. praktisk hjælp i forbindelse med behandling af borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Sygehusbehandling

Det fremgår af sundhedsloven, at sygehusvæsenet varetages af regionerne, og at sygehusbehandling er vederlagsfri. Personale, som er nødvendigt i forbindelse med gennemførelsen af behandling, skal ligeledes stilles gratis til rådighed af sygehuset.

Det er sygehuset, der har ansvaret for at vurdere, hvilket personale der er behov for i den enkelte patients tilfælde og sørge for, at dette personale stilles til rådighed.

Såfremt sygehuset ikke selv stiller den nødvendige hjælp til rådighed, men anmoder om hjælpen ude fra, skal sygehuset afholde udgiften hertil.

Behandling i praksissektoren

Derimod er det ikke muligt efter sundhedsloven at yde støtte til en hjælper i forbindelse med behandling i praksissektoren, herunder behandling hos en alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.

Socialministeriet har oplyst, at der er visse muligheder for at yde hjælp efter serviceloven, jf. § 85 (socialpædagogisk bistand), § 97 (ledsageordning) og § 96 (borgerstyret personlig assistance). Det er dog ikke alle, som vil kunne komme i betragtning til at modtage hjælp efter disse bestemmelser. F.eks. skal en ledsageordning være iværksat, inden borgeren fylder 67 år.

Tolkebistand

Punkt nr. 8 - Beslutning: Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger
Bilag 2 - Side -2 af 2

Side 2

Patienter har ret til tolkebistand på sygehus og hos alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge, når lægen skønner, at en tolk er nødvendig for behandlingen. Regionerne afholder udgifterne hertil. Der ydes dog ikke betaling, hvis tolken er nært beslægtet med patienten.

Befordring

Reglerne om befordring og ledsagelse af patienter er fastsat i bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven (bek. nr. 1496 af 16. december 2009).

Af bekendtgørelsens § 23 fremgår det, at når ledsagelse er nødvendig på grund af patientens alder eller helbredstilstand, skal der ydes befordringsgodtgørelse til ledsageren. Dette forudsætter, at patienten selv er berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse efter bekendtgørelsen.

Supplerende kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet vejledende oplyse følgende.

Befordringen skal være forsvarlig. Såfremt en patient har behov for ledsagelse, men ikke selv har den nødvendige ledsager, er det derfor regionens ansvar at stille en ledsager til rådighed for at kunne leve op til kravet om, at befordringen til sygehusbehandling skal være forsvarlig, mens det er kommunens ansvar, når det drejer sig om befordring til behandling i praksissektoren.

Ministeriet skal beklage den sene besvarelse.

Med venlig hilsen

Birgitta Bladt Winkler

Bilag 2

Aftale om aflønning af kommunalt ansat personale, der ledsager patienter under indlæggelse på Region Hovedstadens Hospitaler (**herunder indlæggelse på Region Hovedstadens Psykiatriske Centre**)

Mellem: _____ og _____

(Afdeling, Hospital/
Psykiatrisk Center)

(Kommune)

Indgås følgende aftale om betaling for støttepersoner under indlæggelse.

Navn og CPR-nr. på patient	
Antal timer pr. døgn	
Pris pr. time inkl. overenskomstmæssige tillæg (nat, aften, weekend og lign.)	260 kr. (2017-priser)
Timerne placeres i følgende tidsrum	
Støttepersonens opgaver er følgende	
Kontaktperson afdelingen Navn og telefonnummer	
Kontaktperson i kommunen Navn og telefonnummer	
Aftalen er gældende fra den	__ __ __ Og indtil afdelingen vurderer at der ikke længere er behov for støtten
Opsigelse af aftalen inden udskrivelse	Der gives kommunen et varsel på 2 døgn.
Afregning sker ved elektronisk faktura på følgende EAN-nr.	

Hvis der er behov for ændring i antal støttetimer, tager hospitalet/ det **psykiatriske center** * kontakt til kommunen mhp indgåelse af ny aftale herom.

Punkt nr. 8 - Beslutning: Grundaftale om finansiering af ledsagelse under indlæggelse på psykiatriske afdelinger
Bilag 3 - Side -2 af 2

Aftalen er kun gældende for undertegnede afdeling. Ved overflytning til anden afdeling skal der indgås en ny aftale.

For afdelingen:

For kommunen:

Dato:

Dato:

*Det enkelte hospital/ **Psykiatriske Center** tager stilling til hvem, der har myndighed til at indgå og underskrive en aftale om ledsagelse.

NOTAT

Dato: 15. januar 2019

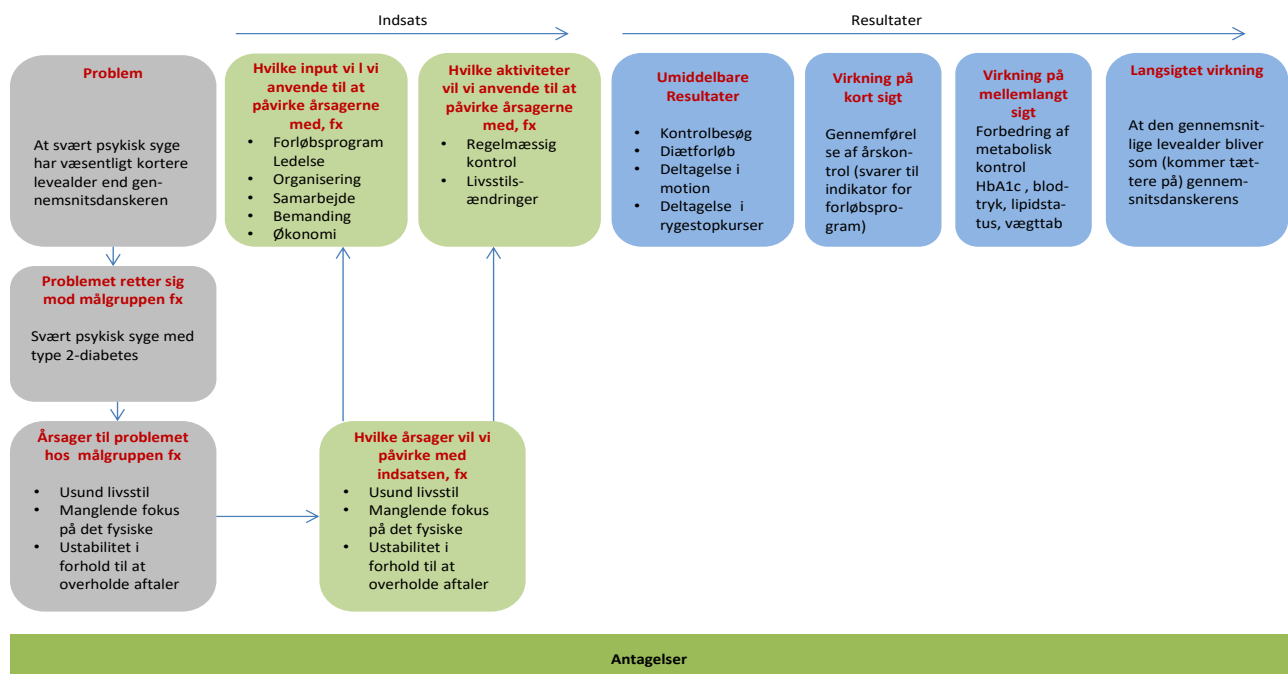
Psykisk sygdom og type 2 diabetes

Dette notat indeholder en beskrivelse af et pilotprojekt, der har haft til formål at udvikle og afprøve en ny model for samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og diabetesambulatorierne. Projektet er gennemført i perioden 2017-2019.

Baggrund

Svært psykisk syge lever 15-20 år kortere end gennemsnitsdanskeren, og type 2 diabetes udgør en af de potentielle årsager til overdødeligheden. Personer med svære psykiske lidelser og diabetes har således op mod fire gange så stor risiko for at dø tidligt sammenlignet med personer, der kun lider af diabetes. Hyppigheden af diabetes blandt personer med svær psykisk lidelse er estimeret til at være høj, ca. 15 pct. Da somatisk sygdom hos psykisk syge var en af indsatserne i Sundhedsaftale 2015-2018 (indsats 9), besluttede Arbejdsgruppen for Patientrettet Forebyggelse og Kronisk Sygdom¹, at der skulle igangsættes et projekt om type 2 diabetes og psykisk sygdom.

Figur 1. Skematisk oversigt over forandrings – eller programteorien



¹ Arbejdsgruppen er nedsat under Den Administrative Styregruppe (DAS), der består af repræsentanter fra Region Hovedstaden og fra regionens kommuner og hører under Sundhedskoordinationsudvalget, hvor samarbejdet om sundhedsaftalerne er politisk forankret.

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -2 af 12

Der findes en række mulige årsager til den kortere levetid hos personer med svære psykiske lidelser og diabetes, fx usund livsstil, manglende fokus på det fysiske eller ustabilitet i forhold til at overholde aftaler (se figur 1). Hvis man kan påvirke disse årsager til problemet via en række forskellige indsatser, så er det antagelsen, at man i sidste ende vil kunne opnå, at disse mennesker på længere sigt får en gennemsnitlig levealder på linje med – eller i hvert fald tættere på – hvad der gør sig gældende for gennemsnitsdanskeren.

De tilbud, som den psykisk syge diabetespatient bør have, er grundlæggende de samme, som alle øvrige diabetespatienter kan gøre brug af, nemlig de tilbud der i forvejen findes i forløbsprogrammet for type 2 diabetes. Udfordringen er derfor ikke (primært) at finde nye tilbud eller forløbsprogrammer til de psykisk syge i forhold til diabetes sygdommen isoleret set. Derimod består udfordringen primært i at finde metoder til at forbedre den psykisk syge diabetespatients udnyttelse af de allerede eksisterende tilbud, sekundært at tilpasse behandlingstilbuddet.

Den indsats, der sættes i værk, skal derfor kunne adressere de udfordringer, som den psykisk syge diabetespatient typisk vil have i forhold til at kunne/ville deltage i et læn- gerevarende forløb i forhold til sin type 2 diabetes. Der skal derfor arbejdes for:

- At patientens eventuelle diabetes diagnosticeres
- At tilbuddet bliver gjort let tilgængeligt for patienten (evt. med hjælp fra andre)
- At tilbuddet bliver accepteret af patienten
- At patienten gennemfører tilbuddet
- At patienten fastholder de nye vaner/livsstil

Dette vil kunne ske gennem ændrede relationer og samarbejdsformer mellem somatik og psykiatri, som kan bidrage til at skabe sammenhæng i indsatsen inden for psykiatrien på den ene side og diabetesindsatsen hos praktiserende læge, diabetesambulatorier og kommune på den anden side.

Pilotprojektet

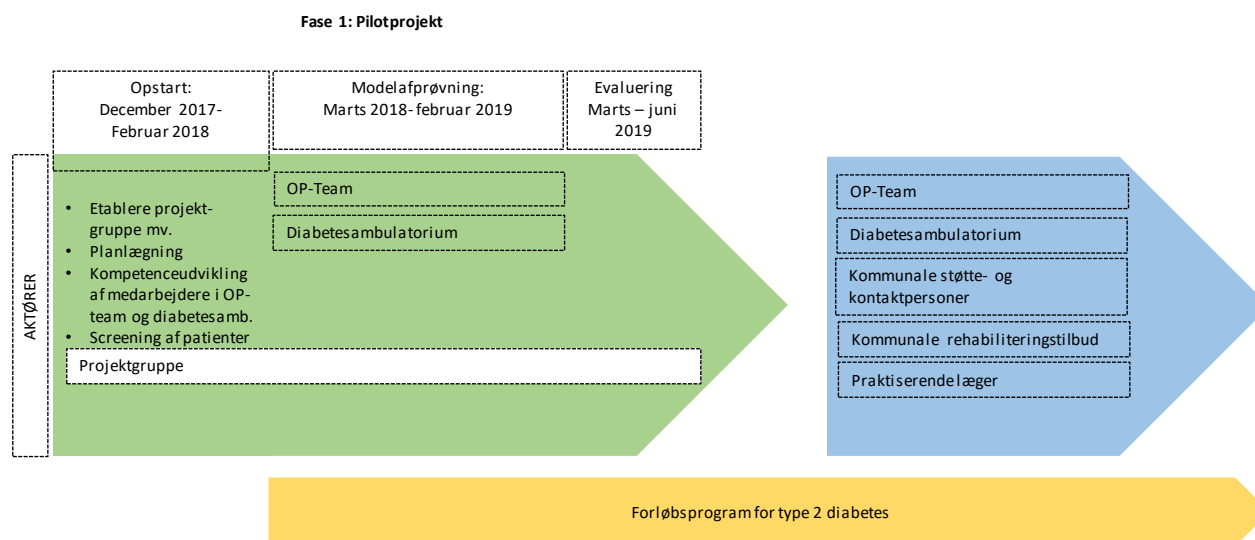
I første omgang har der været gennemført et pilotprojekt med det formål at *udvikle og afprøve en ny model for samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og diabetesambulatorierne* i forhold til patienter med sværere psykiske lidelser, der samtidig lider af type 2 diabetes. (Projektorganisationen fremgår af vedlagte bilag).

Det betyder ikke, at hverken kommunerne eller de praktiserende læger ikke opfattes som vigtige samarbejdspartnere i forhold til patientgruppen. De er tværtimod centrale for en styrket indsats i forhold til målgruppen på lidt længere sigt. Der er på længere sigt således tale om en tværsektoriel indsats mellem alle sektorerne, men pilotprojektet har først og fremmest haft fokus på de relationelle forhold i sekundærsektoren og på at bringe behandlingsindsatsen for patientgruppen på plads, se figur 2.

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -3 af 12

Figur 2. Oversigt over projektet



Allerede fra projektstarten har der derfor også været drøftelser om at tiltænke kommunerne en større rolle på lidt længere sigt fx ved at sikre, at der findes kommunale rehabiliteringstilbud, som er tilpasset målgruppen. Disse tilbud vil formentlig skulle etableres som individuelle tilbud, fx kan fysisk træning være et udviklingsområde, da dette typisk ikke indgår i de individuelle rehabiliteringstilbud i hospitalssektoren i dag. Disse overvejelser er imidlertid ikke blevet afsluttet i løbet af pilotprojektet, ligesom det skal nævnes, at de kommunale tilbud kun i ringe grad har været i fokus hos de patienter, der har deltaget i pilotprojektet (se senere).

Det var endvidere forventningen, at der allerede i pilotprojektet ville blive tale om, at opgaven med at følge patienten til diabetesambulatoriet skulle overgå til den kommunale støtte- og kontaktpersonordning. Dette har imidlertid ikke vist sig at være nødvendigt i praksis, måske fordi mange af patienterne allerede, som det fremgår senere, var diagnosticeret med diabetes og derfor i forvejen var inde i et behandlingsforløb, som typisk foregik hos egen læge.

Målgruppen

Det blev i Arbejdsgruppen for Patientrettet Forebyggelse og Kronisk Sygdom besluttet at fokusere indsatsen til patienter stratificeret som havende svær psykisk sygdom og diabetes. Projektet har således omfattet alle borgere med type 2 diabetes, der har været tilknyttet de 5 OP-Team i PC Amagers og PC Glostrups optageområder, uanset om de eventuelt også har haft andre kroniske sygdomme eller misbrug mv. De er tale om følgende team:

- *PC Amager:*
OP-Team Amager og OP-Team Vesterbro
- *PC Glostrup:*
OP-Team Glostrup, OP-Team Ishøj og OP-Team Valby-Hvidovre

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -4 af 12

Gruppen omfatter borgere mellem 18 og 65 år med sværere psykiske lidelser med behov for tværgående opsøgende indsats. Patienternes problemstillinger er ofte så mangeartede og komplekse, at de ikke formår at benytte privatpraktiserende psykiater eller distriktspsykiatrien. Her er det OP-teamets opgave at sørge for en stabil og vedvarende kontakt i borgerens eget hjem. Indsatsen kan fx være stabilisering af den medikamentelle behandling, udvikling af medicinstrategier samt træning af patienten i daglige gøremål og sociale færdigheder.

Modellen

Som nævnt har formålet med pilotprojektet været at udvikle og afprøve en model for samarbejdet mellem OP-team og somatisk hospital/diabetesambulatorium (Hvidovre Hospital) og herunder få patienterne i OP-teamene til at følge forløbsprogrammet for type 2 diabetes.

Kompetenceudvikling, samarbejde og kommunikation

Allerede før starten af pilotprojektet var man bevidst om, at en af de store udfordringer kunne være at få den psykisk syge diabetespatient til rent faktisk at ville deltage i tilbuddene. Derfor måtte man være forberedt på at skulle påvirke patientens egen motivation for at deltage i screeningen, dernæst at arbejde for at patienterne rent faktisk ville deltage i rehabiliteringstilbuddene og i opfølgningen i diabetesambulatoriet mv. Dette ville således kræve at personalet i OP-teamene og personalet fra somatikken fik større viden om hinandens fagområder, og pilotprojektet har derfor omfattet kompetenceudvikling af medarbejderne fra begge sektorer.

For det første har overlægen fra diabetesambulatoriet på Hvidovre Hospital afholdt undervisningsdage for medarbejderne i OP-teamene om type 2 diabetes generelt og specifikt om praktiske spørgsmål i forhold til screening af patienterne og om konkrete forhold vedrørende samarbejdet med diabetesambulatorierne mv. For det andet har personale fra diabetesambulatorierne været på besøg i OP-teamene, hvor de har fulgt personalet i deres arbejde hos patienterne.

Den nye samarbejdsform mellem diabetesambulatorierne og OP-teamene ("Brobygning")

Hvidovre Hospital havde allerede ved projektets start en diabetessygeplejerske, som havde udgående funktion til særligt sårbare diabetespatienter, der af forskellige årsager ikke kunne møde i ambulatorium eller almen praksis.

I forbindelse med overstående kompetenceudviklingsmøder opstod der hurtigt en livlig dialog på tværs af somatik og psykiatri om fælles patienter. Der blev udvekslet erfaringer og kontaktnumre mellem den udgående sygeplejerske og sygeplejersker fra Glostrup og Amagers diabetesambulatorier på den ene side og relevante nøglemedarbejdere fra OP-teamene på den anden side.

Der blev udarbejdet en skabelon i Sundhedsplatformen for henvisning til diabetesrehabilitering og – behandling og aftalt, at der skulle tages telefonisk kontakt med henblik

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -5 af 12

på individuel tilrettelæggelse af forløb eller koordinerede besøg hos patienten (se figur 4 nedenfor).

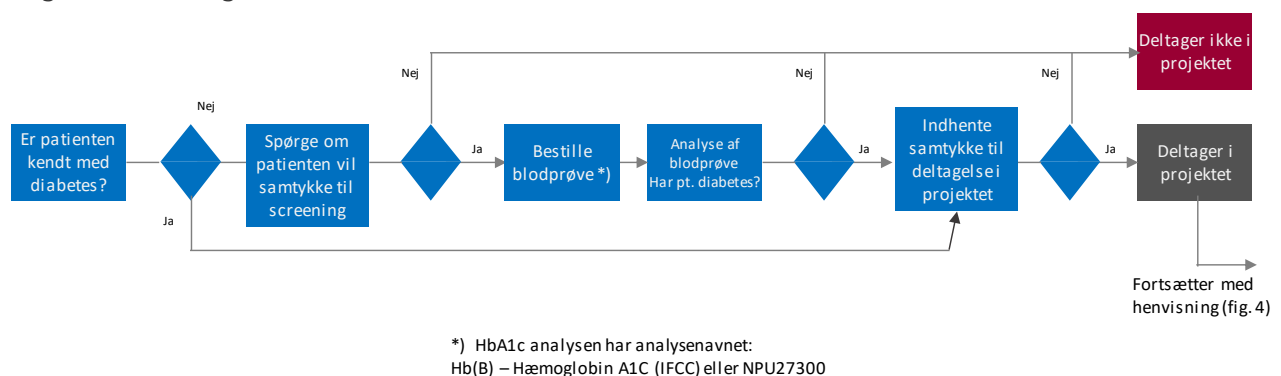
De foreløbige erfaringer med denne brobygning har været god men begrænset af det relativt lille antal patienter med nyopdaget eller dysreguleret diabetes. Den udgående sygeplejerske har kun i begrænset omfang været anvendt til koordinerede besøg i hjemmet. Ordningen har imidlertid ansporet til motivering af patienten til besøg i laboratorium og hos egen læge.

Overordnet set har projektet således betydet, at OP-teamene har fået øget opmærksomhed på diabetes hos patienterne, herunder om patienterne følger deres behandling hos egen læge, og om de er opmærksomme på de udfordringer, diabetes kan give mv. Der har ligeledes været øget fokus på KRAM-faktorer og sammenhængen med diabetes, som er blevet italesat overfor patienterne.

Der er et eksempel på en patient, som et af OP-teamene igennem flere måneder har forsøgt at motivere til behandling for sin diabetes. Til sidst lykkedes det med en ny kontaktperson at få patienten overtalt til at blive hjulpet til laboratoriet for at få taget blodprøver, herunder HbA1c. En del patienter har dog ikke været tilbøjelige til at tage imod tilbuddet om at skulle møde op i et ambulatorie på et hospital eller blot at skulle forholde sig til nye mennesker. Det har været en uoverskuelig udfordring i deres liv.

Der er således et eksempel, der drejer sig om en patient i projektet, der har været tilknyttet diabetesambulatoriet. Uden at generalisere, nævnes det fra dette eksempel, at projektet har tydeliggjort, at selvom der er de bedste intentioner fra somatisk afdeling, kan det være en udfordring at tage så udtalte hensyn, som der af og til kan være behov for i forhold til patienten. Det kan således være svært at få det til at lykkes, hvis ikke kontaktpersonen fra psykiatrien deltager i mødet med ambulatoriet. Det kan fx være en udfordring, fordi et diabetesambulatorium har et anderledes flow end et psykiatrisk OP-team. Andre hensyn, der ofte vil skulle tages til patienterne, handler fx om kontaktformen, herunder at undlade at ringe fra et hemmeligt nummer, lave aftaler telefonisk og ikke via sms, og finde tider, som passer ind i patientens system.

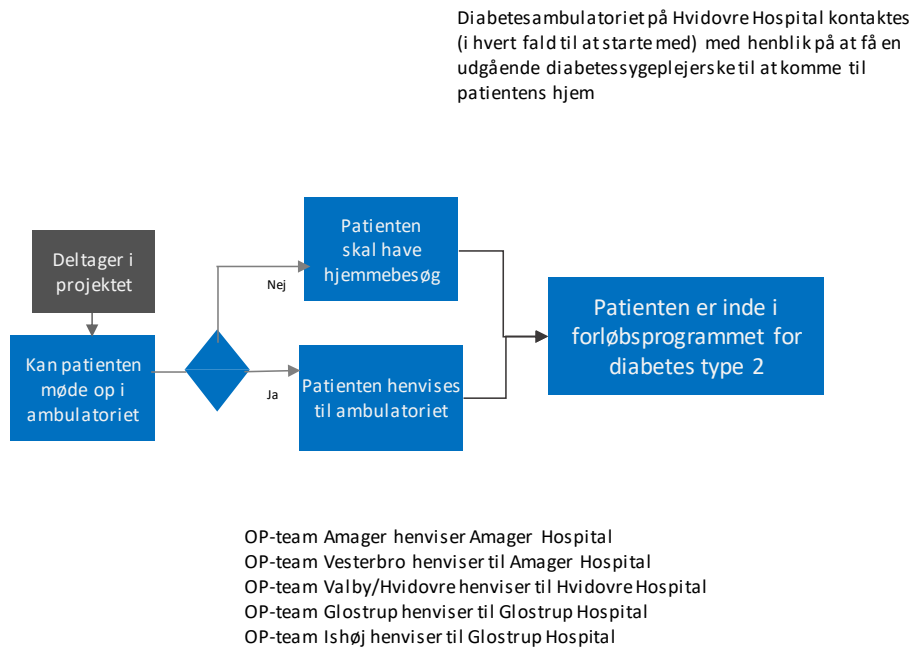
Figur 3. Screeningen



Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -6 af 12

Figur 4. Henvisningen



Screeningen

Proceduren ved screening fremgår af figur 3.

Patienterne i OP-teamene er blevet spurgt systematisk, om de ville screenes for type 2 diabetes. Screeningen er blevet gennemført ved hjælp af en blodprøve med måling af HbA1c. Var denne > 48 mmol/mol havde patienten diabetes.

Tabel 1. Screening for diabetes i OP-teamene

OP-team	Patienter i OP-teamet	Screening			Diabetespatienter		
	I alt	Antal der blev spurgt om de ville screenes	Antal screenede	Antal der sagde nej til screening	Antal nye fund ved screening	Antal kendte	I alt
Amager	172	172	149	23	1	13	14
Glostrup	71	63	49	14	0	2	2
Ishøj	86	63	54	9	2	6	8
Valby/Hvidovre	123	123	110	13	2	4	6
Vesterbro	(80)				0	(3)	(3)
I alt	452(532)	421	362	59	5	25(28)	30(33)

De fem deltagende OP-team havde tilsammen 532 patienter i behandling i 2018. Det fremgår af tabel 1, at i alt 421 patienter er blevet spurgt, om de ville screenes. Heraf har 59 svaret nej, mens de resterende 362 patienter har ladet sig screene, svarende til 86 pct. Det skal bemærkes at OP-team Vesterbro ikke indgår i disse tal. Det skyldes, at dette team ikke var med i projektet fra starten, hvilket har betydet, at der ikke på samme måde, som i de andre team, har været foretaget systematisk screening af patienterne.

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -7 af 12

Af de 362 screenede havde 30 patienter type 2 diabetes, svarende til 8 pct. På forhånd var det forventet, at en relativt større andel af patienterne i OP-teamene ville have type 2 diabetes (ca. 15 pct.), men prævalensen kan være højere blandt de ikke-screenede. Sammenlignet med prævalensen blandt de 45-49 årige i baggrundsbefolkningen, som er 3,8 pct., var det dog klart højere.

Af disse 30 patienter med type 2 diabetes var 25 patienter kendt med sygdommen i forvejen. Der er således blevet fundet 5 nye diabetespatienter ved screeningen, hvilket vil sige, at 17 pct. af diabetespatienterne var nyopdagede.

Tabel 2. Screening for diabetes type 2 for de nye patienter

OP-team	Screening for diabetes er foregået					
	Laboratorium	OP-Teamet	Eget hjem	Udg. Sygepl	Andet	I alt
Amager	1	0	0	0	0	1
Glostrup	0	0	0	0	0	0
Ishøj	1	0	0	0	1	2
Valby/Hvidovre	1	1	0	0	0	2
Vesterbro	0	0	0	0	0	0
Hovedtotal	3	1	0	0	1	5

Det fremgår af tabel 2, at 3 af de 5 nye diabetespatienter blev screenet i laboratorium. En patient blev scannet i OP-teamet, men det er uklart hvor den sidste patient blev screenet, fordi der ikke længere har været adgang til patientens journal.

Neden for findes en kort supplerende beskrivelse af de 5 nye diabetespatienter.

Patient 1. Patienten kom i behandling i diabetesambulatoriet. OP-teamet lavede aftaler og etablerede kontakten til ambulatoriet. Patienten er ikke længere i behandling (startede sommeren 2018). Patienten har ikke været i medicinsk behandling, men er afhjulpethet via kost og motion. Kommunale tilbud har ikke været nævnt over for patienten, og patienten ville heller ikke have taget imod dem.

Patient 2. Patienten kom i behandling hos egen læge. Patienten blev hjulpet af kontaktperson i OP-teamet til at komme i behandling. Patienten er fortsat i behandling med medicin (Metformin). Kommunens tilbud (Diabetes-skole og hold) har været nævnt overfor patienten. Men patienten har sagt nej til at tage imod de kommunale tilbud. Det skyldes, at patienten synes, at det går fint hos egen læge, og patienten er ikke meget for at tage imod den slags tilbud.

Patient 3. Patienten kom i behandling hos egen læge. Patienten er blevet hjulpet af kontaktperson i OP-teamet til at komme i behandling. Patienten er fortsat i behandling med medicin (Metformin). Patienten har et anstrengt forhold til kommune og myndigheder i det hele taget, men er i øvrigt ikke i målgruppe for kommunale tilbud.

Patient 4. Patienten kom i behandling hos egen læge og er i fortsat behandling. Behandlingen omfatter medicin. Kommunens tilbud er ikke nævnt og ikke taget imod. Patienten ville ikke høre om dem.

Patient 5. Patienten kom ikke i behandling. Ønskede det ikke. Man har forsøgt at motivere patienten til at tage imod behandling. De kommunale tilbud har ikke været nævnt.

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -8 af 12

Deltagelse i behandling

Som udgangspunkt var det en forudsætning for deltagelse i pilotprojektperioden, at patienterne ønskede, at deres diabetes blev behandlet på ambulatoriet på Hvidovre Hospital, alternativt på den medicinske afdeling enten på hospitalet på Amager eller på hospitalet i Glostrup. Ligeledes skulle patienter med type 2 diabetes, der i forvejen blev fulgt hos egen læge, tilbydes at blive fulgt på Hvidovre Hospital (alternativt Amager eller Glostrup). Såfremt dette ikke ønskedes, skulle patienterne ikke indgå i projektet. Dette tiltag skulle sikre bedre muligheder for at følge udviklingen hos patienterne under behandlingen, herunder om de overholdt kontroller mv.

Som det fremgår af det følgende, så har det ikke været muligt at opfylde denne ambition, og de fleste af patienterne har således gået til behandling hos egen læge.

Tabel 3. Behandlingsdata vedr. de nye diabetespatienter

OP-team	Sted for diabetesbehandlingen			
	Egen læge	Hospital	Beh. i alt	Ikke beh.
Amager	0	1	1	0
Ishøj	2	0	2	0
Valby/Hvidovre	1	0	1	1
Hovedtotal	3	1	4	1

Som nævnt blev der fundet 5 nye diabetespatienter ved screeningen. Heraf kom 4 patienter i behandling. Den ene patient, der således ikke kom i behandling ønskede det ikke til trods for, at personalet i OP-teamet forsøgte at motivere patienten. Det fremgår endvidere, at 3 ud af de 4 patienter, der kom i behandling, har gået hos deres egen læge, mens kun en patient har gået i diabetesambulatoriet på hospitalet.

Af de 4 patienter modtager 3 fortsat behandling. Den sidste patient, som startede behandlingen i sommeren 2018, er ikke længere i behandling. Vedkommende har ikke været i medicinsk behandling, men er afhjulpel via ændring af kost- og motionsvaner.

Tabel 4. Om der har været hjælp til at komme til behandling

OP-team	Hjælp til at komme til diabetesbehandling	
	Ja	Nej
Amager	1	0
Ishøj	2	0
Valby/Hvidovre	0	1
Hovedtotal	3	1

I alt 3 af de 4 patienter, der kom i behandling, har på den ene eller anden måde modtaget hjælp fra OP-temaets kontaktperson til at komme til diabetesbehandling.

Tabel 5. Behandlingsdata vedr. de kendte patienter.

OP-team	Sted for diabetesbehandlingen			
	Egen læge	Hospital	Beh. i alt	Ikke beh.
Amager	7	6	13	0
Glostrup	1	1	2	0
Ishøj	6	0	6	0
Valby/Hvidovre	4	0	4	0
Vesterbro	2	1	3	0
Hovedtotal	20	8	28	0

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes

Bilag 1 - Side -9 af 12

Det fremgår af tabel 4, at alle 28 af de i forvejen kendte diabetespatienter går til behandling for deres diabetes sygdom. Heraf går 20, eller godt 70 pct. hos egen læge, mens de resterende knap 30 pct. går til behandling i diabetesambulatorium på hospitalet.

Baggrundsoplysninger om patienterne

Endelig er der foretaget en opgørelse over nogle karakteristika vedrørende de patienter i OP-teamene, der også type 2 diabetes.

Tabel 6. Baggrundsdata

OP-team	Køn		Alder	Vægt		
	Mand	Kvinde	År	Undervægt	Normal vægt	Overvægt
Amager	7	7	50	2	2	9
Glostrup	0	2	35	0	1	1
Ishøj	5	3	44	0	1	7
Valby/Hvidovre	4	2	50	0	0	6
Vesterbro	2	1	42	1	0	2
Hovedtotal	18	15	47	3	4	25

Det fremgår af tabel 6, at der er en nogenlunde ligelig fordeling mellem mænd og kvinder, og patienterne har en gennemsnitsalder på 47 år. Her er der tale om en variation fra 31 år til 68 år. Endelig er det vurderingen, at i alt 25 af patienterne, svarende til ca. 75 pct., er overvægtige.

Konklusion

De foreløbige resultater fra dette pilotprojekt viser, at det var muligt at screene systematisk for diabetes blandt svært psykisk syge tilknyttet OP-teams.

Prævalensen af diabetes var 8 pct., som er lavere end forventet, men klart højere end i baggrundsbefolkningen. Årlig screening for diabetes er således retfærdiggjort i denne patientgruppe.

Ved hjælp af gensidig kompetenceudvikling og etablering af relationen mellem centrale medarbejdere i somatik og psykiatri er det muligt at skabe bedre rammer for en tværfaglig differentieret indsats. Dette brobygningskoncept bør bevares og udbygges med patienten i centrum så den omfatter psykiatrien mere bredt og alle aspekter af rehabilitering og behandling. Kommune og almen praksis skal inddrages heri.

Anbefalinger fra styregruppen

Styregruppen for diabetesprojektet har godkendt ovenstående afrapportering og konstaterer herunder:

- at det har været muligt at foretage systematisk screening for diabetes blandt svært psykisk syge borgere med tilknytning til den ambulante psykiatri,
- at det ved hjælp af gensidig kompetenceudvikling og etablering af relationer mellem centrale medarbejdere i henholdsvis somatikken og psykiatrien (brobygning) har været muligt at skabe bedre rammer for en tværfaglig differentieret indsats for svært psykisk syge mennesker der samtidig har type 2 diabetes.

På den baggrund anbefaler styregruppen helt overordnet, at erfaringerne fra pilotprojektet (dvs. notatet) bliver udbredt både inden for Region Hovedstadens Psykiatri og på regionens somatiske hospitaler

Herudover anbefaler styregruppen mere specifikt:

- at de gennem diabetesprojektet etablerede relationer og procedurer i forhold til samarbejdet mellem somatikken og OP-teamene fastholdes og udbredes til den øvrige del af regionen,
- at procedurer mv. bliver indskrevet i VIP-vejledninger, således at samarbejdsrelationerne ikke er personbårne, som det har været tilfældet i diabetesprojektet og dermed risikerer at falde til jorden, når der kommer nye medarbejdere,
- at brobygningskonceptet med patienten i centrum udbygges så det omfatter psykiatrien mere bredt og alle aspekter af screening, udredning, rehabilitering og behandling, og endelig
- at både kommuner og almen praksis også bliver inddraget.

Udbredelse til andre kroniske sygdomsområder

Det er velkendt, at mennesker med psykiske lidelser lever væsentligt kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning, og at det ikke kun skyldes diabetes men også en række andre kroniske sygdomme, fx KOL og hjerte- karsygdomme.

Derfor anbefaler styregruppen også, at der – bygget blandt andet på erfaringerne fra diabetesprojektet – indføres screening for andre sygdomme blandt de svært psykisk syge patienter i den ambulante psykiatri.

Styregruppen peger i den forbindelse på:

- at screeningen for flere kroniske sygdomme (så vidt muligt) skal ske på én gang
- at screeningen skal foretages i psykiatrien, dvs. der hvor patienterne er til daglig og normalt møder sin kontaktperson, fx. ambulatoriet, eget hjem eller botilbud
- at screeningen – i det omfang det er muligt – indbygges i psykiatriens standardpakker, fx blodprøver i forbindelse med diabetes, og
- at der i den forbindelse etableres en rådgivningsfunktion til psykiatrien på de somatiske ambulatorier, og
- at fund i screeningen i øvrigt medfører henvisning til egen læge med henblik på videre udredning og behandling, idet både psykiatrien og kommunen kan have en

Punkt nr. 9 - Afrapportering på indsats Sundhedsaftale 2015-2018 af projekt om borgere med svær psykisk sygdom og type 2 diabetes
Bilag 1 - Side -11 af 12

rolle i forhold til at sikre, at borgeren får aftalt en konsultation og møder op til denne

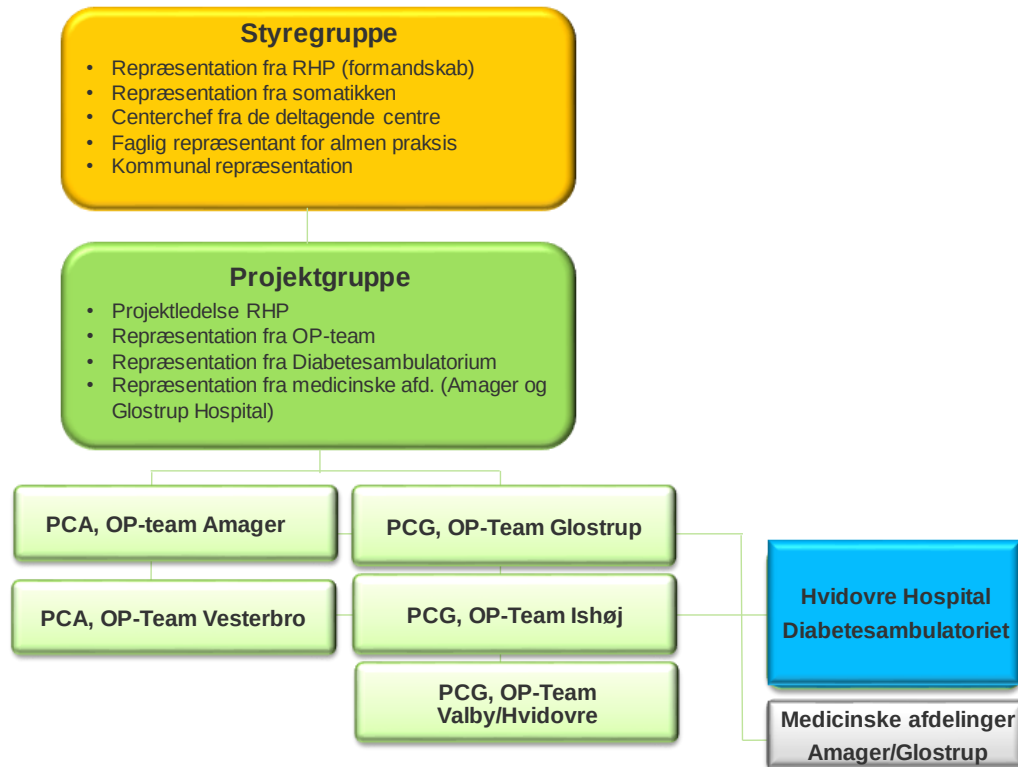
- at det herudover overvejes, om der eventuelt er behov for at etablere systematiske årlige screeninger foretaget af speciallæger (somatik), og/eller
- at faggrupper, fx kommunale medarbejdere eventuelt (som supplement) også kan indgå i screeningsopgaven.

Herudover peger styregruppen på, at der kan være behov for at etablere særlige kommunale rehabiliteringstilbud (jf. forløbsprogrammerne) for de psykiatriske patienter, som har fået konstateret en/flere kroniske somatiske sygdomme gennem screeningen, herunder skal det overvejes:

- hvordan den kommunale rehabilitering eventuelt kan samarbejde med de psykiatriske ambulatorier, fx ved at etablere forsøgsprojekt med et psykiatrisk ambulatorium og de kommuner, der er i ambulatoriets optageområde, herunder
- skal der også tages stilling til, hvilken/hvilke patientgrupper, der skal startes med.

Endelig kan der også være behov for, at psykiatrien hjælper patienten med at møde op til ordinære kommunale rehabiliteringstilbud.

Bilag: Organisering af projektet



Styregruppen har haft følgende sammensætning:

- Sven Knudsen, økonomi- og planlægningschef, RHP (formand)
- Line Duelund Nielsen, centerchef, PC Amager til 31.12.2018
- René Sjølland, klinikchef PC Amager fra 1.1.2019
- Darius Mardosas, klinikchef, PC Glostrup
- Ole Snorgaard, overlæge, Hvidovre Hospital (diabetesambulatoriet)
- Helen Fuglsang Kock, sundhedsfaglig konsulent, Gladsaxe kommune
- Helle Petersen, socialoverlæge, Københavns Kommune
- Jonas Meile, praktiserende læge KAP-H
- Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, ETU, Region Hovedstaden
- Jørgen Overgaard, økonomi- og planlægningsafdelingen, RHP (projektleder)