

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

24-01-2025 09:00

MØDESTED

Regionsgården

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen
Stella Hansen
Alberte Bryld Burgaard
Annette Randløv
Bente Clausen
Berit Juhl Schau
Charlotte Hosbond
Gitte Bylow Larsen
Helle Hagemann Olsen
Helene Døssing
Helene Rasmussen
Iben Kyhn Riis
Jette Bay
Jørgen Steen Andersen
Katrine Ring
Lone Bjørklund
Lone Kvist
Louise Juel Pedersen
Nina Husfeldt Clasen
Peder Reistad
Per Bennetsen
Pernille Welinder
Sidsel Kjær Scheibel
Sille Arildsen
Steen Ledsager
Søren Trier Høisgaard
Tina Holm Nielsen
Randi Brinckmann

Formand
Formand

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Status fra arbejdsgruppe vedr. afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom
3. Orientering: Status på arbejdet med sundhedsreformen inden for hovedstadsregionen
4. Drøftelse: Tværsektoriel strategisk styregruppes rolle i arbejdet med sundhedsreformen
5. Drøftelse: Erfaringsopsamling om brugerinddragelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe
6. Beslutning: Evaluering af Model for bruger- og pårørenderepræsentation i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden
7. Beslutning: Revideret forløbsprogram på rygområdet
8. Beslutning: Afrapportering og fremtidig organisering vedrørende rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser (Fremtidens Akutområde)
9. Beslutning: Samarbejde om sikkerheden mellem Region Hovedstaden Psykiatri og Socialpsykiatriske botilbud
10. Beslutning: Forlængelse af den nuværende kommunikationsaftale om indlæggelser og udskrivninger og det videre arbejde med datadeling i hovedstadsregionen
11. Orienteringssag: Digitalt behandlingstilbud til unge med angst (CoolMinds)
12. Orienteringssag: 96 timers behandlingsansvar som drøftelse i Sundhedssamarbejdsudvalget
13. Orienteringssag: Organisering af tværsektorielt samarbejde om dobbeltdiagnosebehandling
14. Meddelelse: Status på arbejdet med revision af ledsageraftale
15. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

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

INDSTILLING

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

KONKLUSION

2. DRØFTELSE: STATUS FRA ARBEJDSGRUPPE VEDR. AFDÆKNING AF MULIGHEDER FOR ET FORBEDRET TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE OM BØRN OG UNGE, DER VISER TEGN PÅ MENTAL MISTRIVSEL/PSYKISK SYGDOM

FORMÅL MED SAGEN

Arbejdsgruppen vedr. afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom, har på baggrund af to workshops udarbejdet en række foreløbige anbefalinger, der skal indgå i en senere afrapportering. De foreløbige anbefalinger bliver præsenteret på mødet af formandskabet med henblik en dialog med TSS om retning for anbefalingerne, og hvordan der kan arbejdes videre med anbefalingerne efter den endelige afrapportering.

Formandskabet for arbejdsgruppen består af chefpsykolog i Frederiksberg Kommune Malene Hein Damgaard, ledende socialrådgiver i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bettina Skovmand og praktiserende læge Annette Randløv.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter de foreløbige anbefalinger samt bemærkninger til retning for disse anbefalinger inden den endelige afrapportering.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Arbejdsgruppen baserer deres foreløbige anbefalinger på:

- Implementeringen af lettilgængelige behandlingstilbud i kommunerne i løbet af 2025 vil være med til at løse flere af de udfordringer, som kommissoriet angiver.
- Barnet/den unges og forældrenes perspektiv skal generelt tillægges større og selvstændig betydning i forløbene.

De foreløbige anbefalinger er ikke prioriteret, og der kan være visse overlap. De kan overordnet kategoriseres efter følgende overskrifter:

- Lette samarbejdet om henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC), der omfatter konkretisering og forenkling af henvisningskriterier, herunder den dynamiske henvisning. Samt udvikling af målgruppebeskrivelser for BUC til et samarbejdsværktøj og præcisering af anvendelse og udarbejdelse af "kognitiv vurdering".
- Understøtte kommunikation i forløb, der omfatter klare kommunikationsstrategier mellem parterne i forløbet, aftale om digital kommunikation samt nem adgang til kommunale kontaktoplysninger.
- Formidling, der omfatter øget kendskab til Center for Visitation og Diagnostik (CVD) rådgivningstelefon, øget kendskab til hinandens tilbud, muligheder og vilkår samt udbrede kendskabet til muligheden for forældres adgang til unges sundhedsoplysninger.
- Organisatorisk, der omfatter opdaterede centrale styringsdokumenter (fx samarbejdsaftalen), så de omfatter lettilgængelige behandlingstilbud og barnets lov, styrket formaliseret samarbejde mellem parterne før og efter et forløb samt fælles samarbejdsforum og fælles syn på kerneopgaven.

Mange af anbefalingerne kan med fordel indarbejdes i Samarbejdsaftalen om børn og unge med psykisk sygdom. Der kan nedsættes mindre operationelle arbejdsgrupper, der går i dybden med enkelte opgaver mhp. hurtigere implementering af enkelte tiltag.

TSS kan komme med input til, hvordan der kan arbejdes videre med anbefalingerne efter afrapportering, herunder hvad der er ressourcemæssigt realistisk for alle parter.

Opmærksomhedspunkter

Da arbejdsgruppens anbefalinger bygger på igangværende projekter og tiltag, er der en generel opmærksomhed på, at resultaterne herfra vil skulle indarbejdes i det videre arbejde. Fx besluttede TSS også i juni 2024, at Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation skulle lave en afdækning vedr. Medcom korrespondancemeddelelser. Ligesom fx bekendtgørelse og vejledning vedr. lettilgængelige tilbud afventer.

Desuden indeholder afrapporteringen fra sundhedsklynge Byen en række anbefalinger om mulige tiltag, hvoraf faglig sundhedsklynge Byen har anbefalet, at to anbefalinger går videre til nærværende arbejdsgruppe under Tværsektoriel strategisk styregruppe. Det drejer sig om en anbefaling om et standardiseret dynamisk online henvisningssystem samt om styrket kommunikation mellem almen praksis og kommuner.

Brugerperspektiv

Arbejdsgruppen har to brugerrepræsentanter, som er udpeget via BUC's forældrepanel. Udover at deltage i drøftelser, stod de på første workshop for et oplæg om, hvordan opstarten af et forløb i BUC og samarbejdet mellem parterne kan se ud og opleves. Det blev bl.a. meget tydeligt, at det for familierne kan være meget hårdt og forbundet med tvivl, afmagt, skyld, forvirring mv. Der er fx forældre, der oplever sig mistænkeliggjort, og/eller at deres perspektiv ikke vægtes særligt højt og skal bakkes op af andre faggrupper for at være validt. Desuden at et forløb på vej mod BUC ikke er en enkel og lineær proces.

Som nævnt peger arbejdsgruppen på, at inddragelse af barnet/den unges og forældrenes perspektiv, fx deres oplevelser af udfordringerne i hverdagslivet, er en forudsætning, som skal skrives ind i arbejdspapirer, kommissorier mv.

Baggrund

Der ses i disse år en stor stigning i antallet af børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, en stor stigning i henvisninger til BUC og et øget antal henvendelser til kommunerne og almen praksis om børn og unge med mental mistrivsel. Det er på den baggrund et mål i sundhedsaftalen, at alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide. Det har ligeledes været afsættet for arbejdsgruppens arbejde.

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) godkendte 7. juni 2024 kommissorium for arbejdsgruppen vedr. afdækning af muligheder for et forbedret tværasektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom (bilag 1). Her blev vigtigheden af at være opmærksom på andre tiltag, der påvirker gruppens arbejde, understreget, herunder implementeringen af lettilgængelige behandlingstilbud i kommunerne og klyngernes indsatser, særligt en analyse i sundhedsklynge Byen. Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 2.

Arbejdsgruppen har afholdt to workshops i efteråret 2024, hvor der bl.a. har været oplæg fra Sundhedsklynge Byen, Ankestyrelsen, Region Midt og Region Syd.

Arbejdsgruppen er desuden præsenteret for analysen af tilbagehenvisninger i Sundhedsklynge Byen (bilag 3), der blandt andet viser stigning i antal godkendte henvisninger til BUC og et fald i andelen, der tilbagehenvises. Analysen viste desuden, at almen praksis får flest henvisninger tilbagevist og genhenviser også flest. Ca. 1/3 af henvisningerne til BUC er genhenvisninger. De primære årsager til tilbagehenvisninger er manglende oplysninger og manglende oplysninger om afprøvning af indsatser i primær sektor (fx kommune eller privat praktiserende psykiater). Det vil sige oplysninger, som i dag er svære at indhente på grund af manglende aftaler om kommunikation mellem almen praksis og kommunerne, Analysen flugter således med tidligere analyser og det udfordringsbillede, som også beskrives i arbejdsgruppens kommissorium.

Arbejdsgruppen er også præsenteret for oplæg om rammer og krav for de lettilgængelige behandlingstilbud. Den endelige bekendtgørelse og vejledning for de lettilgængelige behandlingstilbud afventes dog.

VIDERE PROCES

Arbejdsgruppen har berammet en tredje og sidste workshop, hvor anbefalinger og tilbagemeldinger fra TSS samt videre proces og mulige kommunikationstiltag skal drøftes med henblik på at udarbejde en endelig afrapportering. Det vil i den endelige afrapportering være beskrevet, hvilke af anbefalingerne som arbejdsgruppen mener bør indarbejdes i samarbejdsaftalen om børn og unge med psykisk sygdom. Afrapporteringen vil blive forelagt TSS i april 2025.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📄 1. Kommissorium godkendt af TSS 7. juni
- 📄 2. Arbejdsgruppens sammensætning
- 📄 3. Rapport Henvisningsanalyse

3. ORIENTERING: STATUS PÅ ARBEJDET MED SUNDHEDSREFORMEN INDEN FOR HOVEDSTADSREGIONEN

FORMÅL MED SAGEN

Formålet med denne sag er at give en kort status på arbejdet med sundhedsreformen med fokus på igangsatte arbejder inden for hovedstadsregionen.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter status på arbejdet med sundhedsreformen inden for hovedstadsregionen.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Der vil være to korte oplæg om status på arbejdet med sundhedsreformen.

På mødet vil koncerndirektør Anne Skriver, Region Hovedstaden således orientere om, hvordan Region Hovedstaden organiserer arbejdet med sundhedsreformen, der også omfatter en sammenlægning med Region Sjælland.

Dernæst vil direktør Stella Hansen, Helsingør Kommune orientere om status på den administrative og politiske dialog om sundhedsreformen mellem Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden.

VIDERE PROCES

-

4. DRØFTELSE: TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPES ROLLE I ARBEJDET MED SUNDHEDSREFORMEN

FORMÅL MED SAGEN

På det seneste møde i Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) den 1. november 2024 var der en temadrøftelse om, hvad der skal være særlig opmærksomhed på i arbejdet med at implementere sundhedsreformen. I drøftelsen blev der efterspurgt oplæg og en plan for, hvordan TSS og klyngerne skal arbejde i løbet af 2025. Herunder hvad der skal prioriteres og tilpasses, når arbejdet med sundhedsreformen indledes.

I sagen er der skitseret et forslag til TSS' rolle i arbejdet med reformen.

Med henblik på afklaring af videre proces er der desuden vedlagt oversigter over de igangværende indsatser, der er forankret under Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) og TSS.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter TSS' rolle ift. afklaringer og koordination i forbindelse med sundhedsreformen.
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter håndtering af de igangværende indsatser, der er forankret under TSS.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Temadrøftelser

Det forberedende reformarbejde vil foregå på flere niveauer og formentligt også i flere parallelle spor inden for de enkelte niveauer.

Det vurderes, at TSS – qua styregruppens sammensætning – især vil være et velegnet forum for videndeling om de opgaver, der flyttes fra kommunerne til regionen, og for indledende strategiske drøftelser om de nye snitflader, der følger af reformen.

Det foreslås derfor, at der på TSS-møderne i 2025 afvikles temadrøftelser om de enkelte opgaveområder, der overflyttes fra kommunerne til regionen. På temadrøftelserne kan der fx sættes fokus på det, der har været svært i forhold til varetagelsen af opgaven og/eller på de elementer, der har været meget velfungerende, og som derfor er særligt vigtige at fastholde i den fremtidige struktur.

Temadrøftelserne vil også kunne fungere som input til forberedelse af beslutningsoplæg og indledende drøftelser om ønsker til håndtering af fremtidige snitflader fx i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger.

Formidling

Det er væsentligt, at alle parter i TSS er velorienterede om arbejdet med sundhedsreformen. Samtidig er det også vigtigt, at der ikke anvendes for mange ressourcer på at formidle nyheder, der allerede er delt med parterne ad andre kanaler. Det foreslås derfor, at der i orienteringer om reformarbejdet til TSS sættes særligt fokus på elementer, som har direkte betydning for det tværsektorielle samarbejde inden for Region Hovedstaden.

Afklaringer i forhold til igangsatte indsatser

TSS drøftede på sidste møde, at der skal være opmærksomhed på de projekter og indsatser, som TSS/SSU og klyngerne har igangsat. Herunder en vurdering af, hvilke indsatser, der skal prioriteres set i forhold til, at der kan være behov for at frigøre ressourcer til arbejdet med sundhedsreformen.

Det vurderes, at sådanne vurderinger allerede sker i de enkelte klynger.

Der er vedlagt en oversigt over de igangsatte indsatser i SSU/TSS, som går på tværs af sundhedsklyngerne. Herunder er der også beskrevet forslag til videre proces i 2025/2026 (bilag 1).

Jf. oversigten forventes de fleste projekter færdiggjort i 2025. For følgende projekter skal der tages stilling til fremtidig proces:

- Den fremtidige forankring og ansvar for de telemedicinske indsatser er fortsat uklar, ligesom implementeringen af TeleHjerter er forsinket. Desuden udestår afklaring i forhold til den kommunale andel af finansieringen i 2025. Beslutning herom træffes primo februar måned.
- Projekt Kom trykt hjem/Lærings- og kvalitetsteams om hoftenære brud, der afsluttes i 2026 mhp. udrulning. Anbefalingen er at fortsætte efter planen.
- Fremtidens akutområde (jf. anden sag på dagsordenen). Ifølge den foreslåede tidsplan afklares det ultimo 2025/primo 2026, om igangsatte prøvehandlinger skal udbredes i 2026.
- IV-aftalen, hvor der er igangsat prøvehandlinger i klynge Midt, som løber ind i 2026. Anbefalingen er, at disse fortsættes.

Arbejdet med sundhedsreformen vil allerede nu kunne indebære igangsættelse af nye opgaver i TSS og i sundhedsklyngerne. Fx vil SSU i februar drøfte, hvordan arbejdet med implementering af 96 timers udvidet behandlingsansvar kan igangsættes.

Brugerperspektiv

Patienter og pårørende har behov for, at samarbejde og drift påvirkes mindst muligt af arbejdet med sundhedsreformen. Samtidig kan brugere og pårørende have behov for klare udmeldinger fra region og kommuner om, hvad de kan forvente nu og fremover (jf. drøftelsen i TSS i november 2024). Det vil være vigtigt også i arbejdet med sundhedsreformen at indtænke brugerperspektivet.

VIDERE PROCES

Der er planlagt fem møder i TSS i 2025. Hvis TSS tilslutter sig indstillingen, vil der på alle TSS-møderne i 2025 være sager, der vedrører sundhedsreformen.

BILAGSFORTEGNELSE

📄 1. Samlet oversigt indsatser fordelt på fokusområder - Sundhedsaftale 2024-2027

5. DRØFTELSE: ERFARINGSOPSAMLING OM BRUGERINDDRAGELSE I TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE

FORMÅL MED SAGEN

Der har været arbejdet med brugerinddragelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) i flere år. Med Sundhedsreformen er det nu uvist både, hvad fremtiden bliver for Tværsektoriel strategisk styregruppe og brugerinddragelse, men det er væsentligt at få drøftet og opsamlet de gode erfaringer med brugerinddragelse i TSS. Det kan i den sammenhæng bemærkes, at Region Sjælland ikke har en tilsvarende tværsektoriel styregruppe.

Brugerrepræsentanterne har udarbejdet en kort opsamling af deres erfaringer som afsæt for en drøftelse.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter erfaringer med brugerinddragelse med fokus på at opsamle gode erfaringer til brug for den fremtidige brugerinddragelse i ny organisering:
 - Hvor har brugerinddragelsen gjort den største forskel?
 - Hvilke barrierer bør der fortsat være opmærksomhed på?

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Brugerrepræsentanter har inspireret af evaluering af model for brugerinddragelse i sundhedsklyngerne udarbejdet en opsamling om brugerinddragelsen i TSS (bilag 1), hvoraf det blandt andet fremgår, at der er oplevet en positiv udvikling, blandt andet ved:

- Bruger-/patientperspektivet optræder hyppigere i dagsordnernes sagsfremstilling
- Opbakningen fra sekretariatet
- Brugerrepræsentanterne oplever, at møderne er blevet bedre, og at der blive taget alvorligt og lyttet til
- Andre mødeformer understøtter, at brugerperspektivet indgår i reel drøftelse (fx møde i januar 2023, hvor implementering af sundhedsaftalen blev drøftet, og der var stor opbakning til og anerkendelse af, at der fremover skulle huskes at tage afsæt i borgernes ønsker/værdi for borgerne (foreslået af brugerne)).

Baggrund

Der har i det tværsektorielle arbejde med sundhedsaftalerne været et ønske om at sikre, at patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer indgår i udviklingen af mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Man har derfor inviteret brugerne ind i samarbejdet via regionens Patientinddragelsesudvalg (PIU). I starten som observatør i TSS (på det tidspunkt "Den Administrative Styregruppe" (DAS)) i forbindelse med udvikling af ny sundhedsaftale. Med Sundhedsaftalen 2019-2023 fik brugerrepræsentanter fra PIU to faste pladser i TSS, og fra november 2022 blev det til tre faste pladser.

VIDERE PROCES

Erfaringerne kan bidrage til organisering af brugerinddragelse i en kommende governancestruktur for det tværsektorielle samarbejde.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Notat om erfaringer med brugerinddragelse i TSS fra PIU

6. BESLUTNING: EVALUERING AF MODEL FOR BRUGER- OG PÅRØRENDEPRÆSENTATION I DE FAGLIGE SUNDHEDSKLYNGER I REGION HOVEDSTADEN

FORMÅL MED SAGEN

Model for bruger- og pårørenderepræsentation i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden er blevet evalueret med henblik på at undersøge, hvordan modellen med et medlem fra PIU og min. to repræsentanter udpeget lokalt har fungeret.

Evalueringen fremlægges nu for Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) med henblik på orientering og godkendelse af videreførelse af model frem mod ny organisering.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager evalueringen af modellen for bruger- og pårørendeinddragelse i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden til efterretning.
- at Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at modellen for bruger- og pårørendeinddragelse i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden skal fortsætte uændret, indtil en ny organisering som følge af sundhedsreformen træder i kraft.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Set i lyset af den nye sundhedsreform foreslås det, at modellen for bruger-pårørenderepræsentation i Region Hovedstaden fortsætter uændret, indtil en ny organisering træder i kraft. Evalueringsresultaterne kan med fordel indgå som erfaringsgrundlag for organiseringen af brugerinddragelsen i den nye struktur.

Ifølge modellen (1) skal der være tre brugerrepræsentanter i hver af de faglige sundhedsklynger, en udpeget fra Patientinddragelsesudvalget (PIU) og to lokalt udpeget i klyngen.

Evalueringsresultater

Der henvises til afrapporteringen (bilag 1) for uddybning af evalueringens hovedresultater:

- Der er ønske om, at modellen for bruger- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden fortsætter, dog peger flere sekretariater på, at antallet af lokalt udpegede kan være mere fleksibelt, og at brugerrepræsentanterne i højere grad kan inddrages på det operationelle niveau. Mens nogle brugerrepræsentanter også ønsker at deltage i de politiske klyngemøder.
- Der mangler bred brugerrepræsentation, da alle pladser ikke er besat i flere klynger, ligesom det primært er den ældre medicinske patient, der er repræsenteret.
- Den samlede viden og erfaring er vigtig. Brugerrepræsentanterne oplever, at de bidrager med forskellige perspektiver, alt efter om de er udpeget via PIU eller lokalt. De fleste klyngesekretariater lægger derimod større vægt på, at brugerrepræsentanterne bidrager aktivt med et generelt brugerperspektiv, fremfor at de har en lokal tilknytning.
- Rekrutteringen er svær og kræver mange ressourcer både pga. få kandidater og udskiftninger.
- Oplæring af nye brugerrepræsentanter er vigtig for, at brugerrepræsentanter føler sig klædt på til opgaven.
- Brugerrepræsentanterne bliver kontinuerligt understøttet af klyngesekretariaterne og med netværksmøder på tværs af klyngernes brugerrepræsentanter.

Brugerperspektiv

Bruger- og pårørenderepræsentanter har et andet perspektiv og en anden viden end medarbejdere i sundhedsvæsenet. Bruger- og pårørenderepræsentanter har levede erfaringer med patientforløb, og de har oplevet, hvordan forskellige initiativer er ført ud i virkeligheden. Brugerinddragelse er derfor vigtig for at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen og skabe bedre løsninger, der giver større værdi for borgere og patienter.

Baggrund

TSS besluttede den 8. maj 2023, at der i de faglige sundhedsklynger skal være en brugerrepræsentant fra Patientinddragelsesudvalget (PIU) og min. to lokalt udpegede. Det fremgår af rammen for den organisatoriske brugerinddragelse i sundhedsklyngerne, at modellen skal evalueres i 2024.

Evalueringen bygger på interviews med de fem klyngesekretariater samt fokusgruppeinterview med brugerrepræsentanter, der belyser informanternes oplevelse af modellen. Data er indsamlet i september og oktober 2024. Evalueringen er gennemført af Sundhedsaftalesekretariatet.

Følgende interviewtemaer er berørt i forbindelse med evalueringen: 1) Kombinationen med et PIU-medlem og to lokalt udpegede brugerrepræsentanter, 2) Rekruttering af de lokale brugerrepræsentanter, 3) Oplæring og støttelsesaktiviteter, 4) Samlet vurdering af modellen.

1: Link til Ramme for den organisatoriske bruger- og pårørendeinddragelse i organiseringen af Sundhedsklyngerne i Region Hovedstaden: <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering/Documents/08.05.2023Ramme%20for%20den%20organisatoriske%20bruger-%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rendeinddragelse%20i%20organiseringen%20af%20Sundhedsklyngerne%20i%20Region%20Hovedstaden.pdf>

VIDERE PROCES

Hvis TSS godkender sagens indstilling, vil den nuværende model for bruger- og pårørendeinddragelse i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden fortsætte uændret, indtil den nye sundhedsreform bliver implementeret. Erfaringerne med modellen kan bidrage i forhold til organisering af brugerinddragelse i den nye struktur.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Evaluering af model for brugerrepræsentation - faglige sundhedsklynger

7. BESLUTNING: REVIDERET FORLØBSPROGRAM PÅ RYGOMRÅDET

FORMÅL MED SAGEN

Tværsæktoriel strategisk styregruppe (TSS) besluttede på mødet den 7. juni 2024, at der skulle nedsættes en hurtigtarbejdende arbejdsgruppe med det formål at tage stilling til, hvorvidt der skal være et forløbsprogram på rygområdet, og i så fald komme med forslag til målgruppe og inddragelse af relevante retningslinjer. Baggrunden for beslutningen var den afrapportering fra pilotafprøvning af det nye forløbsprogram, som TSS fik forelagt på mødet, der viste en stigning i antallet af henviste borgere til kommunale tilbud på 42-47 %. Stigningen tilskrives, at målgruppen i det nye forløbsprogram er borgere med længerevarende rygsmerter, mens den i det tidligere forløbsprogram fra 2012 er borgere med nyopståede smerter.

Tværsæktoriel strategisk styregruppe får med denne sag forelagt arbejdsgruppens anbefalinger, og Sundhedsaftalesekretariatet indstiller, at det reviderede forløbsprogram på rygområdet godkendes.

Det nye forløbsprogram er web-baseret og ligger som et mini-site på regionens hjemmeside. Læs forløbsprogrammet her (1).

INDSTILLING

Det indstilles,

- at Tværsæktoriel strategisk styregruppe drøfter anbefalingerne fra arbejdsgruppen.
- at Tværsæktoriel strategisk styregruppe tager stilling til anbefalingen fra arbejdsgruppen om, at det reviderede forløbsprogram skal omfatte borgere med smerter i både ryg og nakke.
- at Tværsæktoriel strategisk styregruppe godkender det reviderede forløbsprogram på rygområdet.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Arbejdsgruppens opgaver

Efter udviklingen og pilotafprøvningen af det nye forløbsprogram på rygområdet udgav Sundhedsstyrelsen i januar 2024 "Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (vedlagt som bilag 1), der beskriver kvalitetskrav og anbefalinger til kommunernes tilbud til borgere med en række kroniske sygdomme, herunder muskel-skelet-sygdomme såsom lænd- og rygsmerter. Arbejdsgruppens arbejde har haft fokus på at revidere det nye forløbsprogram, så det er i overensstemmelse med de minimumskrav til de kommunale indsatser, kommunerne er forpligtet til gennem de nye kvalitetsstandarder og øvrige gældende retningslinjer.

TSS-formandskabet godkendte på mødet 5. november 2024 kommissorium for arbejdsgruppen (vedlagt som bilag 2). Arbejdsgruppen er sammensat af fire repræsentanter fra det kommunale sundhedsområde, udpeget af KKR, med faglig indsigt i kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsindsatser til borgere med kronisk sygdom. Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af en konsulent fra Center for Sundhed i Region Hovedstaden samt en konsulent fra fælleskommunalt sundhedssekretariat i KKR Hovedstaden.

Da arbejdsgruppens fokus har været på beskrivelserne af de kommunale indsatser, har hospitaler, almen praksis, praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer ikke været formelt involveret i arbejdet.

Arbejdsgruppen har jf. kommissoriet haft til opgave at

- Afdække om der, foruden Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra januar 2024, er andre relevante nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger o. lign., som er relevante for et revideret forløbsprogram.
- Komme med anbefalinger til en revision af målgruppen i det nye forløbsprogram, så den er i overensstemmelse med gældende nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger o. lign.
- Komme med anbefalinger til en revision af beskrivelserne i det nye forløbsprogram af de kommunale sundhedsindsatser, så de er i overensstemmelse med gældende nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger o. lign.
- Konsekvensrette resten af forløbsprogrammet så det er i overensstemmelse med ændringer i beskrivelserne af de kommunale sundhedsindsatser
- Afstemme ovenstående opgaver undervejs hvis der som en del af en sundhedsreform kommer en beslutning om pakkeforløb på området, som det er relevant at inddrage.
- På baggrund af ovenstående vurdere hvordan et forløbsprogram på rygområdet kan supplere de gældende kvalitetsstandarder og retningslinjer.

Arbejdsgruppen har ikke haft til opgave at belyse de økonomiske konsekvenser af et revideret forløbsprogram. Det skyldes, at opgaven har haft fokus på de minimumskrav, som kommunerne er forpligtet til gennem de nye kvalitetsstandarder og øvrige gældende retningslinjer.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Med udgangspunkt i de opgaver, der er beskrevet i kommissoriet, har arbejdsgruppen følgende anbefalinger:

- Målgruppen i et revideret forløbsprogram bør være borgere med kroniske rygsmerter, det vil sige smerter i mere end 12 uger. Det vil betyde, at målgruppen i forløbsprogrammet er i overensstemmelse med målgruppen i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024), ift. varighed af smerterne. Målgruppen i kvalitetsstandarderne omfatter borgere med kroniske muskel-skelet-sygdomme generelt, herunder borgere med lænde- og rygsmerter, og er dermed bredere end målgruppen for forløbsprogrammet. Det betyder, at kommunerne kan have en forpligtelse ift. tilbud til en bredere målgruppe inden for muskel-skelet-området. Forløbsprogrammet beskriver de tværsektorielle aftaler for en afgrænset og mindre målgruppe, der har behov for en særligt tæt tværsektoriel koordination. Hvis målgruppen i et revideret forløbsprogram fastlægges til borgere med kroniske rygsmerter, vil det også betyde, at målgruppen vil blive reduceret ift. målgruppen i det nye forløbsprogram, der blev pilotafprøvet i 2023. Målgruppen for dette forløbsprogram var borgere med symptomer gennem fire uger eller mere. Pilotafprøvningen viste en stigning i antallet af henviste borgere til kommunale tilbud på 42-47 %, hvilket primært kunne tilskrives, at målgruppen med længerevarende smerte er større end gruppen med nyopståede smerter, som var målgruppen i det oprindelige forløbsprogram fra 2012.
- På den baggrund vurderer arbejdsgruppen, at et forløbsprogram på rygområdet kan supplere de gældende kvalitetsstandards og retningslinjer med beskrivelser af den tværsektorielle koordination de forskellige aktører imellem.
- Som en del af den kommende sundhedsreform skal der udvikles en kronikerpakke for borgere med kroniske lænderyg-smerter fra 2027. Arbejdsgruppen vurderer, at et revideret forløbsprogram bedre vil kunne understøtte gode tværsektorielle forløb for borgere med kroniske rygsmerter i perioden, indtil den nye kronikerpakke træder i kraft, end det nuværende forløbsprogram fra 2012.
- Det har tidligere været drøftet, om forløbsprogrammet skal omfatte borgere med smerter i både ryg og nakke eller udelukkende borgere med smerter i lænderyggen. Ifm. pilotafprøvningen af det nye forløbsprogram i Københavns og Gladsaxe kommuner viste monitoreringen, at borgere med smerter i nakke og brystryg udgjorde hhv. 11 og 14 % af de henviste borgere i målgruppen. Arbejdsgruppen anbefaler, at et revideret forløbsprogram omfatter borgere med smerter i både ryg og nakke. Det skyldes, at den kliniske erfaring fra området er, at borgere med kroniske smerter i nakken er meget smerteplagede, ofte bliver henvist fra hospitalet eller Jobcentret og har behov for den samme intervention som borgere med kroniske rygsmerter, herunder for den tætte tværsektorielle koordination som forløbsprogrammet giver mulighed for. En inklusion af borgere med nakkesmerter vil være en udvidelse ift. opgaven med at fastlægge en minimumsmodel for et revideret forløbsprogram.
- Et revideret forløbsprogram, der omfatter borgere med kroniske rygsmerter, bør tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024) samt "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske rygsmerter" (2017). Der er aktuelt ikke øvrige relevante kliniske retningslinjer eller lignende. Sundhedsstyrelsen har besluttet at lægge ansvaret for revision af de nationale kliniske retningslinjer over i de videnskabelige selskaber, i dette tilfælde Dansk Reumatologisk Selskab. Rygforløbsprogrammet skal selvfølgelig løbende opdateres med henvisninger til evt. kommende relevante retningslinjer.
- Med udgangspunkt i ovenstående har arbejdsgruppen revideret beskrivelserne i det nye forløbsprogram af de kommunale sundhedsindsatser, af målgruppen samt beskrivelsen til almen praksis af, hvilke patienter der skal henvises til hhv. praktiserende fysioterapeut og kommunalt tilbud. De tre reviderede dokumenter er vedlagt som bilag 3-5.
- Derudover har arbejdsgruppen konsekvensrettet resten af forløbsprogrammet, så det er i overensstemmelse med ændringerne i målgruppen samt i beskrivelserne af de kommunale sundhedsindsatser.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der i et revideret forløbsprogram bruges begrebet "ryglidelser" frem for ryglidelser eller øvrige begreber.
- Som en konsekvens af ændringen i målgruppen er beskrivelsen til almen praksis af, hvilke patienter der skal henvises til hhv. praktiserende fysioterapeut og kommunalt tilbud, revideret, så borgere ikke længere kan henvises til et kommunalt tilbud alene på baggrund af "særlige behov på grund af psykosociale faktorer, herunder ledighed, misbrug, psykiske vanskeligheder", men udelukkende hvis de har haft smerter i mere end 12 uger. Arbejdsgruppen anerkender, at opgaven er at beskrive en minimumsmodel for et forløbsprogram men udtrykker bekymring for, at en gruppe borgere med komplekse problemer og behov for en tæt koordineret indsats udgår af forløbsprogrammet.

Om det nye forløbsprogram for ryglidelser (udviklet i 2022 og pilotafprøvet i 2023)

Det eksisterende forløbsprogram for lænderyglidelser er fra 2012. I 2017 blev programmet evalueret med fokus på implementeringen og på patienternes oplevelse af deres forløb. Den Administrative Styregruppe (DAS) godkendte i september 2018 et kommissorium for arbejdet med at udvikle et nyt forløbsprogram på rygområdet.

Af kommissoriet fremgår det blandt andet, at:

- Der skal udarbejdes en ny type forenklet forløbsprogram, der skal være så kort og overskueligt som overhovedet muligt og have særligt fokus på at sikre gode, sammenhængende forløb for borgerne på tværs af sektorerne. Det nye forløbsprogram skal primært beskrive det tværsektorielle samarbejde, og ikke detaljer om de sundhedsfaglige indsatser i den enkelte sektor.
- For almen praksis skal et nyt forløbsprogram henvise til de gældende forløbsbeskrivelser, som er det redskab, der fortrinsvis bruges i almen praksis. Forløbsbeskrivelserne skal revideres, så de henviser til forløbsprogrammet og indeholder al den information, man har brug for i almen praksis.

- Målgruppen for et nyt forløbsprogram er borgere, der har haft symptomer gennem fire uger eller mere. Dag 0 bør regnes fra symptomdebut og ikke ved første kontakt, da det varierer hvornår folk henvender sig.
- Det nye forløbsprogram er web-baseret og ligger som et mini-site på regionens hjemmeside. Det skal gøre det mere brugervenligt, lettere tilgængeligt for aktørerne på området og lettere at holde opdateret. Det nye forløbsprogram er også tilgængeligt for borgere og patienter og indeholder en side med information til borgere med rygsmerter.

1) Link til forløbsprogrammet:

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forl%c3%b8bsprogrammer/Forloebprogram-for-rygbesv%c3%a6r/Sider/default.aspx>

VIDERE PROCES

- Januar-marts 2025: Hvis Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender det reviderede forløbsprogram, vil de forskellige aktører på rygområdet blive orienteret om det nye forløbsprogram, og der vil blive taget stilling til evt. behov for implementeringsinitiativer.

Hvis Tværsektoriel strategisk styregruppe ikke godkender det nye forløbsprogram, vil det nuværende forløbsprogram fra 2012 fortsat være gældende. Det vil betyde, at målgruppen fortsat vil være borgere med nyopståede smerter i lænderyggen. Det vil derudover have den konsekvens, at beslutningen og bestillingen fra Den Administrative Styregruppe som opfølgning på evalueringen af det nuværende forløbsprogram ikke er effektueret.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Kvalitetsstandarder - forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom_januar 2024
2. Kommissorium rygforløbsprogram_30.10.24
3. Kommunens sundhedscenters opgaver i forbindelse med rygforløbsprogrammet_revideret december 2024
4. Beskrivelse af patientgruppen_revideret december 2024
5. Egen læges opgaver i forbindelse med rygforløbsprogrammet_revideret december 2024

8. BESLUTNING: AFRAPPORTERING OG FREMTIDIG ORGANISERING VEDRØRENDE RETTIDIG FOREBYGGELSE AF AKUTTE INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER (FREMTIDENS AKUTOMRÅDE)

FORMÅL MED SAGEN

Den regionale styregruppe for Fremtidens Akutområde har godkendt en række forslag til indsatser, herunder fire forslag fra arbejdsgruppen om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser. Forslagene forelægges her Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) med henblik på drøftelse og indstilling til Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU).

Der fremlægges desuden udkast til kommissorium og tidsplan for arbejdet, herunder forslag om at igangsætte arbejdet inden godkendelse i SSU.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager afrapportering fra styregruppen for Fremtidens Akutområde vedrørende rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser til efterretning.
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe anbefaler over for Sundhedssamarbejdsudvalget at godkende forslag til fire indsatser om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser.
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender udkast til kommissorium for det fremtidige arbejde med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser under forudsætning af godkendelse af indsatserne i Sundhedssamarbejdsudvalget.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

En tværsektorielt sammensat arbejdsgruppe nedsat under den regionale styregruppe for Fremtidens Akutområde har haft til opgave at komme med forslag til, hvordan der kan arbejdes med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser på tværs af regionen. I opdraget har ligget et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient, så kommuner, hospitaler, almen praksis og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte borgere i eget hjem til gavn for borgerne. Fokus er bl.a. på, at borgere uanset bopæl skal møde samme kvalitet og tilgængelighed (evt. virtuelt).

Arbejdsgruppen har valgt borgere, som bor på plejecenter i regionen, som målgruppe, da de ofte er skrøbelige og dårligt tåler ophold på hospitaler. Der opleves uhensigtsmæssige forløb, hvor borgere transporteres ind på akutmodtagelserne til vurderinger og/eller behandlinger, der kunne være undgået ved at benytte alternativer til en akut hospitalsindlæggelse.

Arbejdsgruppen har fire forslag til indsatser med henblik på at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser af borgere på plejecentre, som beskrives kort nedenfor og mere dybdegående i afrapporteringen (bilag 1). Der er desuden udarbejdet et forslag til kommissorium for det videre arbejde (bilag 2).

Indsats 1: Dataanalyser med henblik på at karakterisere og monitorere borgere på plejecentres indlæggelsesmønstre i Region Hovedstaden. Det er pt. ikke muligt at identificere, om en borger bor på et plejecenter, hverken i Sundhedsplatformen, Akutberedskabets IT-system eller Sygesikringsregisteret. Ved at få adgang til data om borgere på plejecentre fra Sundhedsdatastyrelsens register og koble disse med data fra Sundhedsplatformen, Akutberedskabet, Landspatientregisteret og Sygesikringsregistret vil det være muligt at identificere evt. forbedringsmuligheder for forebyggelse af akutte indlæggelser. Data skal desuden bruges til at monitorere de øvrige indsatser.

Indsats 2: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23.

Det antages, at en klinisk vurdering ved udkørende funktion, prøvetagning og videokonsultation og eventuel efterfølgende hjemmebehandling på plejecenteret, som alternativ til akut indlæggelse, patientsikkert vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

Den udkørende funktion rekvireres af 1813 og vil i udgangspunktet være den kommunale akutfunktion. Hvis akutfunktionen ikke er tilgængelig eller det af anden årsag skønnes hensigtsmæssigt, kan paramediciner/evt. 1813 kørelæge fra den præhospital virksomhed sendes ud til borgeren.

Der kan etableres videokonference med vagthavende i akutmodtagelsen, som kan beslutte at iværksætte behandling i hjemmet (fx IV-antibiotika/væske (jf. IV-aftalen)), indlægge eller afslutte.

Indsatsen gennemføres som et kvalitetsudviklingsprojekt med en interventionsgruppe og en kontrolgruppe for at kunne belyse effekten på patienter, ressourceforbrug og økonomi bedst muligt.

Indsatsen vil kunne give værdifulde erfaringer i forhold til de hjemmebehandlingsteams, der skal opbygges i forbindelse med sundhedsreformen.

Forud for det endelige projekt planlægges en mindre pilot med 4-6 plejecentre i 2-3 kommuner omkring Udviklingshospital Amager og Herlev og Gentofte Hospital.

Indsats 3: Udbredelse og efterlevelse af afklaring behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre

Manglende stillingtagen til behandlingsniveau opleves som en medvirkende årsag til uhensigtsmæssige akutte indlæggelser af borgere på plejecentre. Det antages derfor, at en større systematik i afholdelse af samtaler om afklaring af behandlingsniveau kan afhjælpe denne problemstilling.

Derfor foreslås en indsats, hvor plejecenterlæge/egen læge i samarbejde med plejepersonalet sørger for, at der tilbydes en samtale om behandlingsniveau for borgere på plejecentre, når det vurderes relevant. Herunder er der fokus på at skabe en fælles måde at dokumentere behandlingsniveau på, så der ikke opstår tvivl i akutte situationer eller i kommunikationen med andre sundhedsprofessionelle. Derfor indgår også, at hospitalslæger ved samtaler om behandlingsniveau med patienter samme dag sikrer den nødvendige information til egen læge og kommune.

Desuden etableres mulighed for en kort konference (telefon/video) i særlige tilfælde med plejecenterlæge/egen læge med personalet torsdag eller fredag, så man sikrer opdaterede behandlingsplaner for de borgere, der er i høj risiko for at blive dårlige i løbet af weekenden.

Indsatsen planlægges som en pilotafprøvning på ca. 4-6 plejecentre fordelt på to kommuner og to planområder. Forud for afprøvningen skal der indgås aftale om honorering af de praktiserende læger. I det forberedende arbejde er der opnået enighed om honorarstørrelse, og fundet midler til honorering i pilotperioden.

Indsats 4: 72 timers behandlingsansvar for borgere fra alle plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen

Det foreslås, at borgere på plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen, omfattes af 72 timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et sammenhængende forløb og evt. forebygge en genindlæggelse. Det vil sige, at det også gælder ophold under 24 timer.

Primo januar 2025 vil akutmodtagelserne kunne modtage en indlæggelsesrapport for de borgere, som forud for ophold i akutmodtagelsen modtager kommunale hjemme(syge)plejeydelser. Med implementeringen af denne arbejdsgang vil det blive lettere at identificere borgere på plejecentre, så de kan blive omfattet af 72 timers behandlingsansvar.

Indsatsen vil kunne give relevante erfaringer i forhold at udvide hospitalets behandlingsansvar til akutmodtagelserne, jf. sundhedsreformen.

Hertil bemærkes, at SSU forventes at drøfte, hvordan arbejdet med implementering af 96 timers behandlingsansvar kan igangsættes på udvalgets møde 28. februar. Samarbejde om borgere, der har ophold på akutmodtagelserne, drøftes ligeledes på dette møde, jf. sag 11 på dette møde.

Organisering af det videre arbejde

Der lægges op til, at der etableres en projektstyregruppe, som forankres under TSS. Denne styregruppe får ansvar for tre projektspor (forslag 1-3), mens indsatsen vedrørende 72 timers udvidet behandlingsansvar forankres i hospitalsdirektionerne. Styregruppen har til opgave, og mandat til, at godkende projektbeskrivelser og tidsplaner fra projektgrupperne, og skal være med til at sikre koordinering imellem projekterne.

Det anbefales, at styregruppe og projektgrupper så vidt muligt bemandes med afsæt i den personkreds, der har deltaget i arbejdsgruppen suppleret af pilotkommuner og evt. andre relevante aktører/interessenter. Det betyder bl.a., at Birgitte Rav Degenkov bliver forperson for styregruppen.

Pilotafprøvningerne bør samtænkes, så det er de samme kommuner og plejecentre, der indgår i begge pilotafprøvninger. Det betyder, at de to indsatser skal samstemmes og koordineres nøje, men der ses fortsat behov for, at der etableres to forskellige projektgrupper.

Herlev Gentofte Hospital og Amager Hvidovre Hospital er foreslået som pilothospitaler. Københavns Kommune, Tårnby Kommune og Rudersdal Kommune er foreslået som pilotkommuner, og har bekræftet deres interesse i at deltage.

Indsatser om optimering af den akutte modtagelse af patienter

En anden arbejdsgruppe under styregruppen for Fremtidens Akutområde har fokus på, hvordan modtagelsen af patienter i regionens akutmodtagelser kan optimeres og forbedres, samtidig med at der sikres gode og effektive akutte patientforløb af høj og ensartet kvalitet. Arbejdsgruppen anbefaler fire indsatser, som blandt andet handler om at sikre, at de rette speciallægekompetencer er til stede, optimeret patientflow i akutmodtagelserne, samt afprøvning af tilbud om subakut vurdering i akutmodtagelsen næste dag for at mindske ventetiden for patienter og undgå, at de evt. må vente i akutmodtagelsen natten over.

Brugerperspektiv

Borgere på plejecentre er meget sårbare, og det er i udgangspunktet bedre og mere trygt for dem – og deres pårørende – ikke at skulle transporteres ind på en akutmodtagelse for at blive vurderet, hvis det undgås. Erfaringer fra lignende tiltag peger også på stor tilfredshed fra borgere/pårørende.

Der har deltaget organisatoriske brugerrepræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget i styregruppe og arbejdsgrupper, hvor de bl.a. har bidraget med et notat om patientperspektivet på akutområdet. Her peges der fx på, at det er vigtigt at lytte til patientens forventninger vedrørende ønsker til specifikke undersøgelser/behandlinger. Det foreslås, at brugerrepræsentanter og brugerperspektiv også indtænkes i det videre arbejde.

Baggrund

Den regionale styregruppe for Fremtidens Akutområde blev nedsat primo 2024 med henblik på at fremtidssikre og udvikle akutområdet. Styregruppens opgaver har været:

1. Foreslå en model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser på hospitalerne (tværsektorielt)
2. Optimering af modtagelsen af akutte patienter, fx ift. patientoplevelse kvalitet, patient flow, kompetencer, kapacitetsudnyttelse af spor mv.
3. Prioritering, fx vha. nye digitale muligheder mv.

Styregruppen besluttede at nedsætte to arbejdsgrupper (for indsatsområde 1 og 2). Både styregruppe og arbejdsgrupper har haft deltagelse fra kommuner, PLO-H og Patientinddragelsesudvalget.

SSU har vist opbakning til arbejdet med Fremtidens Akutområde i forbindelse med drøftelser 1. marts 2024 og 17. maj 2024.

VIDERE PROCES

Der er lagt op til en stram tidsplan med henblik på at nå længst muligt med afprøvningerne i 2025. Indsatserne planlægges i 1. og 2. kvartal 2025 med henblik på, at pilotafprøvninger af indsats 2 og 3 kan opstarte allerede 1. juni 2025 og afvikles inden udgangen af året, ikke mindst grundet arbejdet med sundhedsreformen, der forventes at tage mere fart i 2026.

Der er derfor behov for, at udpegninger og opstart af projektgrupperne finder sted umiddelbart efter TSS-mødet. Det vil sige før den endelige godkendelse i SSU den 28. februar. **Projektsekretariatet kontakter de relevante parter.**

Pilotafprøvninger og resultater af dataanalyser vil blive afrapporteret til TSS ultimo 2025/primo 2026 med henblik på beslutning om det videre arbejde. TSS vil også blive forelagt status for arbejdet med at implementere 72 (96)-timers udvidet behandlingsansvar for målgruppen.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Afrapportering Rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser
2. Kommissorium. Projektorganisering for rettidig forebyggelse af akut-te indlæggelser og genindlæggelser ift. borgere på plejecentre

9. BESLUTNING: SAMARBEJDE OM SIKKERHEDEN MELLEM REGION HOVEDSTADEN PSYKIATRI OG SOCIALPSYKIATRISKE BOTILBUD

FORMÅL MED SAGEN

At sikre en ensartet praksis for dialog og samarbejde om sikkerheden for medarbejderne i socialpsykiatriske botilbud og medarbejdere ansat på psykiatriske centre, fx botilbudsteams og sengeafsnit.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at Region Hovedstadens Psykiatri kan gå videre med at tage direkte kontakt til de enkelte kommuner med henblik på at indgå samarbejdsaftaler om sikkerhed.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med Region Hovedstadens Psykiatris arbejde med handleplan for sikkerhed og tryghed indgik det i en af anbefalingerne, at der til en start skulle udarbejdes fælles vejledning med fokus på sikkerhed, når Region Hovedstadens Psykiatris botilbudsteams kommer på et af Den Sociale Virksomheds fire socialpsykiatriske botilbud. Da Region Hovedstadens Psykiatris botilbuds- og F-ACT-teams også kommer på kommunale botilbud ønskes det at indgå et tilsvarende samarbejde med kommunerne om en fælles aftale mellem kommunale socialpsykiatriske botilbud og Region Hovedstadens Psykiatri.

Et tværsektorielt projekt har de seneste to år haft fokus på at styrke samarbejdet mellem socialpsykiatriske botilbud og psykiatriske botilbudsteams. Da der også er set på sikkerhed, er der i forbindelse med projektet, givet input til et udkast til en tværsektoriel sikkerhedsinstruks.

Region Hovedstadens Psykiatri foreslår, at der indgås en tillægsaftale som supplement til den samarbejdsaftale, der er mellem Region Hovedstaden og kommunerne (se bilag 1). Det er uvist, hvorvidt der kan indgås aftale om den samme sikkerhedsvejledning på tværs af alle kommuner, eller om aftalen om en fælles sikkerhedsinstruks skal indgås mellem Region Hovedstadens Psykiatri og den enkelte kommune.

VIDERE PROCES

Hvis TSS godkender indstillingen, vil Region Hovedstadens Psykiatri kontakte kommunerne med henblik på at indgå samarbejde om en tillægsaftale.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Udkast til tillæg om procedure for sikkerhed kommunale socialepsykiatriske botilbud og RHP

10. BESLUTNING: FORLÆNGELSE AF DEN NUVÆRENDE KOMMUNIKATIONSÅFТАLE OM INDLÆGGELSER OG UDskRIVNINGER OG DET VIDERE ARBEJDE MED DATADELING I HOVEDSTADSREGIONEN

FORMÅL MED SAGEN

Styregruppen for den nye kommunikationsaftale anbefaler, at Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) godkender, at arbejdet med et af projektsporene indstilles, set i lyset af den kommende sundhedsreform.

Styregruppen anbefaler desuden, at dataudveksling via Sundhedsjournalen (SJ)/SP-Link kan fungere som et supplement til MedCom-standarderne. På baggrund af en analyse præsenterer styregruppen forslag til konkrete initiativer, der bør arbejdes med.

INDSTILLING

1. At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at styregruppen for den nye kommunikationsaftale forlænger den nuværende kommunikationsaftale og dermed indstiller arbejdet med projektets spor 2: "Revision af gældende kommunikationsaftale for indlæggelser og udskrivelser"
2. At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender at arbejde for, at alle kommuner arbejder på at etablere læseadgang til enten SJ eller SP-Link
3. At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager til efterretning, at Region Hovedstaden arbejder på en løsning, der sikrer overførsel af data til SJ, når der sker tilføjelser eller ændringer i SP

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Forlængelse af den eksisterende kommunikationsaftale og dermed pausering af projektets spor 2 "Revision af gældende kommunikationsaftale for indlæggelser og udskrivelser"

Arbejdet med den nye kommunikationsaftale består af fire spor:

- Spor 1) Ny kommunikationsaftale for akutambulante patienter
- Spor 2) Revision af gældende kommunikationsaftale for indlæggelser og udskrivelser
- Spor 3) Nye datadelingsveje
- Spor 4) Implementering

Med afsæt i den forestående sundhedsreform har styregruppen besluttet at anbefale over for Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) at forlænge den eksisterende kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivelser og pausere det videre arbejde med spor 2. Årsagen til at indstille det videre arbejde i spor 2 er, at det ikke ressourcemæssigt kan forsvares at bruge tid (udarbejdelse af aftale og ikke mindst implementering) på dette, når Region Hovedstaden og Sjælland skal lægges sammen inden for kort tid og i den forbindelse må forventes at skulle have en fælles kommunikationsaftale. Styregruppens nye fremdriftsplan er vedlagt sagen som bilag 1.

Sundhedsjournalen (SJ)/SP-Link som et supplement til MedCom-standarderne

På TSS-mødet den 1. november 2024 blev TSS forelagt en analyse af mulighederne for brug af nye datadelingsveje via SJ/SP-Link. Analysen fremgår af bilag 2. Analysen baserer sig primært på information fra analyser og rapporter udarbejdet af henholdsvis Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Analysen peger på, at der er juridiske, tekniske og organisatoriske udfordringer for øget brug af datadeling via SJ/SP-Link.

Skal SJ/SP-Link være et reelt supplement til MedCom-standarderne, bør alle kommuner have adgang til relevante og opdaterede data via SJ/SP-Link. Der bør derfor opfordres til, at alle kommuner arbejder mod at etablere en læseadgang. Ligesom der bør opfordres til, at Region Hovedstaden sikrer hyppigere opdatering af data fra hospitaler til SJ, så kommunerne kan tilgå opdaterede og dermed retvisende informationer i SJ.

VIDERE PROCES

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Bilag 1 Fremdriftsplan
- 2. Bilag 2. Nye datadelingsveje- analyse af mulighederne for brug heraf

11. ORIENTERINGSSAG: DIGITALT BEHANDLINGSTILBUD TIL UNGE MED ANGST (COOLMINDS)

FORMÅL

Det er en indsats i Sundhedsaftalen at børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide. For at hjælpe unge med lettere angstproblematikker har Region Hovedstaden købt adgang til et digitalt behandlingstilbud i form af tilbuddet "CoolMinds", som forældre/unge selv kan henvende sig til. Fra 2025 øges antallet af forløb i CoolMinds. Med denne sag informeres om, at Region Hovedstaden for at øge kendskabet til CoolMinds vil informere kommuner og almen praksis yderligere om tilbuddet.

INDSTILLING

- At tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen om CoolMinds til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Målet med det digitale behandlingstilbud CoolMinds til unge er, at en tidlig indsats kan forebygge, at problemer med angst udvikler sig til mere alvorlig og dermed mere behandlingskrævende forløb. Samtidig peger mere viden i retning af, at digitale behandlingsforløb har god effekt i forhold til flere mentale problematikker.

Region Hovedstaden har i løbet af 2024 annonceret for CoolMinds på sociale medier rettet mod forældre og unge. For at øge kendskabet til og brugen af CoolMinds planlægger Region Hovedstaden at sende materiale til kommunerne i regionen om CoolMinds. Her vil indgå forslag til materiale, som, hvis kommunen ønsker det, kan deles af fx skoler på aula. Der har været gode erfaringer i Region Syd med, at kommunerne har delt materiale om CoolMinds.

Almen praksis kan også møde familier/unge i målgruppen for CoolMinds og vil derfor også blive orienteret herom. I første omgang via PraksisNyt.

Baggrund om CoolMinds

CoolMinds drives af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark i samarbejde med Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge (CEBU) ved Aarhus Universitet. Formålet er at tilbyde og undersøge effekten af et digitalt behandlingstilbud til unge i alderen 12-17 år med forskellige former for angst. Behandlingstilbuddet består af 2 separate programmer, et til den unge og et til forældrene. Programmerne leveres gennem en fælles digital platform og gennemføres over en periode på 14 uger.

Programmet til den unge er udviklet med fokus på at skabe et trygt og genkendeligt univers, hvor der arbejdes med forskellige teknikker til at mindske angst. Indholdet er baseret på kognitiv adfærdsterapi, som er en velafprøvet og anerkendt terapiform til behandling af angst. Programmet til forældre indeholder viden om angst, kognitiv adfærdsterapi samt gode råd til forældreadfærd og har til formål at klæde forældrene godt på til at støtte deres barn gennem behandlingen. Det er under hele behandlingsforløbet muligt at kontakte en psykolog via den digitale platform. Psykologerne vil samtidig være opmærksomme på eventuelle tegn på symptomforværring. Har behandlingen ikke den ønskede effekt, vil psykologen desuden række ud til de enkelte deltagere, hvis det vurderes, at den unge har behov for en anden behandling.

Forældre/unge kan selv søge om deltagelse på www.coolminds.dk/coolminds-for-region-h/. Her udfyldes et spørgeskema, som derefter vurderes af en psykolog med henblik på, om CoolMind kan være et relevant tilbud. På CoolMinds hjemmeside står også mere om målgruppen for tilbuddet. CoolMinds retter sig fx ikke mod unge, som modtager anden psykoterapeutisk behandling, har en autisme- eller opmærksomhedsforstyrrelse, har psykotiske symptomer, er selvmordstruet eller selvskadende eller har et aktivt alkohol- eller stofmisbrug.

VIDERE PROCES

Der vil i 2025 blive sendt information til kommunerne i regionen om CoolMinds, som, hvis det ønskes, kan deles med fx skoler i kommunen. Almen praksis vil blandt andet blive informeret via PraksisNyt.

12. ORIENTERINGSSAG: 96 TIMERS BEHANDLINGSANSVAR SOM DRØFTELSE I SUNDHEDSSAMARBEJDSUDVALGET

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) har den 6. december 2024 haft en drøftelse af Regeringens Aftale om sundhedsreform 2024, herunder udvidelse af den nuværende ordning om udvidet behandlingsansvar fra 72 til 96 timer.

SSU har på næstkommende møde 28. februar 2025 ønsket at drøfte, hvordan arbejdet med implementering af 96 timers behandlingsansvar kan igangsættes.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) forelægges hermed den politiske bestilling fra SSU til orientering.

INDSTILLING

- at TSS tager orienteringen om SSUs videre drøftelse af implementeringen af 96 timers behandlingsansvar til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Nuværende ordning med 72 timers behandlingsansvar

Med akutplanen fra februar 2023 blev det besluttet at udbrede ordningen med 72-timers udvidet behandlingsansvar til alle regioner med udgangspunkt i modellen fra Region Hovedstaden. I den nuværende ordning beholder hospitalet det fulde behandlingsansvar de første 72 timer efter udskrivelsen for patienter, der har været indlagt mere end 24 timer, og som udskrives fra et somatisk hospital til kommunal sygepleje på enten midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, herunder botilbud.

Udvidelse til 96 timers behandlingsansvar

Af Aftale om sundhedsreform 2024 fremgår, at aftalepartierne er enige om ”at udvide den nuværende ordning om 72 timers behandlingsansvar. Det skal ske som led i det samlede løft af den regionale sundhedsindsats via sundhedsrådene. Ordningen skal derfor udvides til 96 timer og til at omfatte en større gruppe patienter. Det kan f.eks. være ældre patienter på akutmodtagelser og psykiatriske patienter. Det skal aftales nærmere mellem regeringen og relevante parter, hvilke patientgrupper ordningen skal udvides til, herunder i forhold til ansvar i forbindelse med afslutning på en sundheds- og omsorgsplads”.

Det bemærkes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet til Danske Regioner har oplyst, at man i løbet af foråret 2025 ønsker at indgå en aftale med Danske Regioner og KL om at implementere udvidelsen.

Region Syddanmark udvider den 15. januar 2025 behandlingsansvaret til 96 timer for alle patienter, der har været indlagt på et somatisk hospital uanset længde (dvs. også ophold under 24 timer på en akutmodtagelse), og som udskrives til kommunal sygepleje. Psykiatriske patienter indgår ikke i den aktuelle udvidelse.

Udvidelse af målgruppe. Fremtidens akutområde: 72(96) timers behandlingsansvar for plejecenterbeboere, der har ophold i akutmodtagelsen.

I arbejdet med Fremtidens Akutområde er der fokus på rettidig forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Det foreslås bl.a., at plejecenterbeboere, der har ophold i akutmodtagelsen, i løbet af 1. halvår 2025 omfattes af 72(96) timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et sammenhængende forløb og evt. forebygge en genindlæggelse. Det gælder også ophold under 24 timer. Der lægges op til, at indsatsen forankres i hospitalsdirektionerne.

Indsatsen vil give relevante erfaringer i forhold at udvide hospitalets behandlingsansvar til 96 timer samt til at gælde for fx ældre, der har været på en akutmodtagelse og udskrives til kommunal sygepleje.

Brugerperspektiv

Evalueringen af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden fra 2024 peger på, at ordningen understøtter faktorer, som borgere beskriver som værende fremmende for oplevelse af tryghed. Der har desuden deltaget organisatoriske brugerrepræsentanter i projektstyregruppe for 72 timers behandlingsansvar samt i såvel styregruppe som arbejdsgrupper under Fremtidens Akutområde, som har bidraget med patientperspektivet.

VIDERE PROCES

- Februar: SSU drøfter, hvordan arbejdet med implementering af 96 timers behandlingsansvar kan igangsættes
- April: TSS drøfter proces for implementering af 96 timers behandlingsansvar

13. ORIENTERINGSSAG: ORGANISERING AF TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE OM DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING

FORMÅL MED SAGEN

Det er på møde i januar 2024 aftalt, at Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) løbende orienteres om arbejdet med udbrede det integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

Med denne sag orienteres om nedsættelse af og kommissorium for en tværsektoriel samarbejdsgruppe om dobbeltdiagnosebehandling.

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomiaftalen for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 trinvist skal indfase et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Region Hovedstadens Psykiatri har stor opmærksomhed på, at en succesfuld udvikling og implementering af tilbuddet forudsætter et tæt tværsektorielt samarbejde.

I oktober har formandskabet for TSS skriftligt godkendt nedsættelsen af en tværsektoriel samarbejdsgruppe, der skal pege på arbejdsgange til understøttelse af et godt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne i regionen og almen praksis om behandling til borgere med dobbeltdiagnoser. Efter aftale med formandskabet orienteres TSS om kommissoriet for samarbejdsgruppen.

Trinvis indfasning

et er politisk besluttet, at det integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal indfases trinvist efter modellen i tabel 1. Indfasningsmodellen betyder, at regionerne først begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling fra juli 2025. Som første leverance vil den tværsektorielle samarbejdsgruppe udarbejde forslag til arbejdsgange for overdragelse af rusmiddelbehandlingen for borgere i målgruppen for integreret behandling, der har eller har haft kontakt til den regionale psykiatri inden for det seneste år. Denne gruppe kaldes også gruppe 2 i indfasningsmodellen.

Tabel 1: Plan for indfasning af integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne		
Tidspunkt	Målgruppe	Antal (landsplan)
Indfases fra: Sep. 2024	Gruppe 1: Aktuelt kontakt til regional psykiatri med samtidig rusmiddeldiagnose. Har ikke et samtidig forløb i kommunal rusmiddelbehandling	4.600
Indfases fra: Jul. 2025	Gruppe 2: Aktuelt kontakt til kommunal rusmiddelbehandling. Kontakt til regional psykiatri inden for seneste år	4.000
Indfases fra: Jul. 2026	Gruppe 3: Aktuelt kontakt til kommunal rusmiddelbehandling, men ikke aktuelt i psykiatrisk behandling	700

VIDERE PROCES

Det forventes, at TSS på mødet den 4. april 2025 vil blive præsenteret for forslag om arbejdsgange ved overdragelse af rusmiddelbehandlingen for borgere i gruppe 2 med henblik på godkendelse.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Kommissorium for tværsektoriel samarbejdsgruppe - dobbeltdiagnosebehandling

14. MEDDELELSE: STATUS PÅ ARBEJDET MED REVISION AF LEDSAGERAFTALE

Tværsæktoriel strategisk styregruppe fik i september 2024 en status på arbejdet med revision af den nuværende samarbejdsaftale om finansiering af kommunal ledsagelse.

Det blev oplyst, at arbejdet med revision aftalen havde vist, at regionen og kommunerne ønsker til ledsageraftalen ikke er umiddelbart forenelige på alle områder.

Endvidere var vurderingen, at der er behov for en national afklaring, da dele af det relevante regelgrundlag er uklart og tolkes forskelligt i de forskellige regioner. Det var derfor aftalt, at der skulle sendes en fælles henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Social- og Boligministeriet med henblik på afklaring af lovgrundlaget i forhold til ansvar for ledsagelse af anbragte børn under hospitalsbehandling samt ansvar for ledsagelse i situationer, hvor der er behov for ledsagelse under transport til hospitalsbehandling men ikke under selve behandlingen. Henvendelsen til de to ressortministerier blev sendt i december måned 2024. Der er endnu ikke modtaget svar fra ministerierne.

På TSS-mødet blev det også aftalt, at der skulle igangsættes en kommunikationsindsats, idet det blev vurderet, at et manglende kendskab til ledsageraftalen kan udgøre en selvstændig barriere for brug af aftalen. Herunder blev det aftalt, at rammen for kommunikationsindsatsen skal være en minimumsmodel af den nuværende ledsageraftale, der kun omfatter de områder, som parterne er enige om på nuværende tidspunkt. Det vurderes, at de enkelte sundhedsklynger og driftsfora bedst kan vurdere, hvilken indsats der er brug for. Sekretariatet vil derfor udsende powerpoints til klyngerne, der kan anvendes i den lokale kommunikationsindsats. Sekretariatet vil også kunne tilbyde oplæg om aftalen, hvis det ønskes.

Endelige blev der på TSS-mødet i september aftalt, at der skal igangsættes en prøvehandling, hvor aftaler om ledsagelse kan udvides til at gælde borgerens samlede forløb i en periode på fx op til seks måneder, hvis det skønnes at ledsagelsesbehovet ikke vil ændre sig i løbet af perioden. Klynge Midt er blevet spurgt om de kunne stå for prøvehandlingen, men har vurderet at det ikke er hensigtsmæssigt, idet der kun behandles ganske få borgere på Herlev-Gentofte Hospital som er i målgruppen for prøvehandlingen. Sekretariatet vil derfor nu tage kontakt til andre klynger.

15. EVENTUELT

INDSTILLING

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

KONKLUSION



KOMMISSORIUM

Telefon
Direkte 61555168
Mail Kamilla.walther@regionh.dk
Web

Dato: 2. oktober 2024

Afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom

Baggrund

Der ses i disse år en stor stigning i antallet af børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, og en stor stigning i henvisninger til regionens Børne- og Ungdomspsykiatri (BUC) og henvendelser til kommunerne og almen praksis. Det er på den baggrund et mål i sundhedsaftalen, at alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Det viser sig, at der er stor forskel på, hvor stor en andel af børn og unge, der bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden afhængig af, hvilken kommune de kommer fra i regionen. Det har været grund for, at Region Hovedstadens Social- og Psykiatriudvalg har ønsket, at Center for Sundhed i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne og almen praksis igangsætter en nærmere afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for styrket samarbejde for at skabe sammenhængende og koordinerede forløb og rette indsats for børn og unge. Kommunernes behov for understøttelse fra regionen til at opbygge lettere behandlingstilbud kan også indgå i arbejdet.

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) godkendte 1. september 2023, at et sådant arbejde sættes i gang i første omgang med udarbejdelse af et kommissorium, som beskriver opgaven nærmere. Der har i den forbindelse været afholdt et møde med parterne med henblik på at indkredse de vigtigste problemstillinger i samarbejdet om at hjælpe børn og unge, der mistrives.

I december 2023 udgav Sundhedsstyrelsen, Social- og Boligstyrelsen samt Børne- og Undervisningsministeriet en faglig ramme for kommunale behandlingstilbud til børn og unge med mental mistrivsel. Centralt heri er, at alle kommuner skal etablere åbne tilbud til børn og unge med mental mistrivsel, og at der i hver kommune skal være en indgang hertil. Implementering af lettilgængelige tilbud skal påbegyndes i første halvår af 2024. Tilbuddet skal være fuldt implementeret inden udgangen af 2025. Implementeringen af disse tilbud vil have en stor betydning for samarbejdet om børn og unge med mental mistrivsel.

Formål og opgaver

Det er vigtigt, at der i arbejdet er et fælles afsæt og fokus på alle parter i samarbejdet, herunder fokus på parternes mulighed for at henvise til hinandens tilbud, brug af underretninger samt generelt understøttelse af kommunikationen mellem alle parter¹. Et fælles afsæt betyder også, at børn, unge og pårørendes perspektiv skal indgå. Arbejdet skal desuden tage afsæt i det forudgående arbejde i sundhedsklyngerne og forholde sig til analysen fra Sundhedsklynge Byen, når den kommer, herunder om den giver anledning til behov for ændringer i kommissoriet. Desuden skal der være opmærksomhed på andre regionale og nationale tiltag på området (se bilag 1).

Det primære formål for arbejdet er at bidrage til, at børn og unge, der viser tegn på mistrivsel og/eller psykisk sygdom, gives det rette tilbud på rette tid. Samt at bidrage til bedre sammenhæng i deres forløb/kontakter på tværs af sektorer.

Uddybning af baggrunden

Der er i 2022 indgået en ny Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom imellem kommunerne, Region Hovedstadens Psykiatri og PLO-Hovedstaden, der blandt andet beskriver opgavefordeling, gradueret indsats-trappe, henvisningsveje, målgruppebeskrivelser mv.

Ikke desto mindre oplever parterne en række udfordringer i samarbejdet, som spænder ben for, at der hurtigt sættes ind overfor psykisk mistrivsel. Det fremhæves af alle parter, at der er mangel på kendskab til, hvordan der arbejdes i de forskellige sektorer, herunder tilbud, sprogbrug, kultur, samarbejde med pårørende og vilkår for medarbejderne. Fx oplever **praktiserende læger**, at de får henvisninger til BUC tilbagevist, nogle gange fordi BUC vurderer, at barnet/den unge ikke er dårlig nok til hospitalspsykiatrien, og/eller der er ikke forsøgt et tilbud i primær sektor først. Det opleves også, at henvisningskravene

¹ En arbejdsgruppe under Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation har fået til opgave at afdække udfordringer relateret til digital kommunikation mellem PPR og de øvrige sektorer via MedComs korrespondance meddelelse

er meget omfattende. På den anden side oplever **centralvisitationen** i psykiatrien (CVD), at lægernes henvisninger er meget forskellige, og nogle gange mangelfulde i forhold til faglige og væsentlige oplysninger

Kommunerne oplever et stigende antal henvendelser til PPR og et stigende antal børn og unge, som er for dårlige til de kommunale tilbud. Det kan være svært for familien selv at rette henvendelse til kommunen/PPR, og der kan opleves lang ventetid i mange kommuner. Barnets symptomer forværres, imens det afklares, hvor barnet eller den unge hører til.

Almen praksis oplever, at det er vanskeligt at gennemskue, hvilke tilbud alle kommuner har¹, og hvilke tilbud enkelte kommuner har, og dermed hvilke typer af problemstillinger, der kan håndteres i den pågældende kommune. Mange steder er det også vanskeligt for lægerne at kommunikere med PPR/kommunen, fordi kommunerne har forskellige kommunikationsveje (fx eboks, sikker mail eller telefon), og der ikke findes en oversigt over indgangen til de forskellige kommuner

Den tværsektorielle arbejdsgruppe skal:

- Komme med anbefalinger til, hvordan det kan sikres, at børn og unge hurtigt kan få adgang til relevant tilbud i den rigtige sektor, så der i højere grad opleves mere sammenhæng i forløb, og at barnet/den unge hjælpes det rigtige sted hen med det samme.
- Undersøge hvordan samarbejde og flow om henvisninger fra almen praksis til psykiatrien kan forbedres. Fx udarbejde eksempler på den gode henvisning, undersøge mulighed for dynamisk henvisning, gennemgå om nogle krav til indhold i henvisning kan lempes samt tydeliggøre målgruppebeskrivelserne.
- Undersøge om behov for udredninger fra privat praktiserende psykiater eller PPR ved henvisning til psykiatrien kan gradueres, da dette behov skaber en markant forsinkelse i muligheden for henvisninger til psykiatrien, trods omfattende symptombilleder (kan der være "fast track" for nogle typer af problemstillinger eller være mulighed for hurtig psykiatrisk vurdering af børn og unge?)
- Komme med anbefalinger til bedre og mere ensartet kommunikation mellem almen praksis og kommuner, herunder hvordan en god henvendelse til PPR ser ud, og hvornår der i stedet skal bruges en underretning (med sammenhæng til pågående arbejde i hhv. Sundhedsklynge Nord og Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation)

¹Fx at alle kommuner skal tilbyde åben rådgivning til unge (forskellige fagligheder), op til 5 samtaler, hvilket fx kan bruges, når unge under 18 år ikke kan henvises til praktiserende psykologer eller internetpsykiatrien.

- Undersøge muligheder / behov for at inddrage privat praktiserende psykiatere, fx til aflastning af børne-ungepsykiatrien
- Komme med forslag til, hvordan viden og kendskab kan udbredes og iværksætte tiltag, der udbreder viden og kendskab (fx en kommunikationspakke til almen praksis, psykiatri og kommuner, temamøder mv.)

Organisering og proces

Der nedsættes en tværsektoriel ad hoc arbejdsgruppe under Tværsektoriel strategisk styregruppe med repræsentanter fra kommuner, psykiatri, og almen praksis som har indsigt i det konkrete samarbejde, samt brugerrepræsentanter med et vist generaliseret erfarings- og vidensniveau om problematikken ("viden fra mange" fx pårørende).

Der foreslås en proces, hvor arbejdsgruppen mødes til 2-3 hel/halvdagsmøder/workshops inden for en kortere periode. Deltagere i arbejdsgruppen må forvente at skulle bruge tid mellem møderne til bidrag med skrivning og/eller kommentering af oplæg til møderne.

Der kan være behov for at nedsætte undergrupper og tilknytte ressourcer ad hoc.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af:

- 4-5 kommunale faglige (ledelses) repræsentanter (gerne fra sundhedsklyngerne)
- 3-4 faglige (ledelses)repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri (børne- og ungdomspsykiatrien)
- 2-3 repræsentanter fra almen praksis med henholdsvis organisatorisk og faglig viden udpeget af PLO-H (heraf gerne én praksiskonsulent)
- 1-2 brugerrepræsentanter udpeget af/via Psykiatriforeningens Fællesråd

Formandskab

Der udpeges forpersoner fra hhv. kommuner og region og almen praksis.

Sekretariatsbetjening

Sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Center for sundhed, Det Fælleskommunale sundhedssekretariat og PLO-H's sekretariat.

Tidsplan

Det forventes, at der kan være et forberedende møde med formandskabet før sommerferien og efterfølgende opstart i august 2024.

Forventningen er, at arbejdsgruppen kan afrapportere sit arbejde således, TSS i første kvartal 2025 kan få forelagt bud på anbefalinger og evt. en endelig afrapportering i 2. kvartal 2025.

Bilag 1 til kommissoriet "Afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge med mental mistrivsel/psykisk sygdom"

Bilaget indeholder igangværende indsatser og afdækninger, som arbejdsgruppen skal være opmærksom på i sit arbejde. Det er ikke en udtømmende liste, hvorfor der under afdækningen kan komme mere til. Formålet er at sikre, at afdækningen tager sit udgangspunkt i og bygger ovenpå eksisterende viden.

Nationale tiltag

- **10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed**¹. Rammen for den politiske forpligtelse til at udvikle det samlede psykiatriområde og indsatsen for bedring af den mentale sundhed i Danmark de kommende 10 år.
- **Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel**². En beskrivelse af de behandlingstilbud, som skal etableres i alle kommuner fra 2024. Målgruppen for tilbuddene er børn og unge med symptomer på psykisk mistrivsel, som har behov for en indsats mellem en tidlig indsats i nærmiljøet og udredning, diagnostik og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Behandlingsindsatsen skal målrettes børn og unge med let til moderat nedsat funktionsniveau grundet fx bekymring, tristhed, forstyrrede tanker om krop og mad, adfærdsvanskeligheder, selvskade, tvangstanker og -handlinger samt uro og uopmærksomhed

Tværsektorielle tiltag på regionalt niveau

- **Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom**³. Samarbejdsaftalen understøtter det konkrete tværsektorielle samarbejde om børn og unge under 18 år, der både har brug for udredning og eventuel behandling af en psykisk sygdom enten i almen praksis eller i Region Hovedstadens Psykiatri, og kommunale indsatser som følge af psykisk sygdom.
- **KIT (koordineret indsats på tværs)**⁴. En samarbejdsmodel, der skaber fremdrift og kontinuitet omkring udveksling af relevant information om barnet/den unge i egen organisation, mellem sektorer og med involvering af familien.

¹ [10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed](#)

² [Faglig ramme for kommunale behandlingstilbud](#)

³ [Samarbejdsaftalen om børn og unge med psykisk sygdom](#)

⁴ <https://www.psykiatri-regionh.dk/kit>

- **STIME (Styrket tværsektoriel indsats for børn og unges mentale sundhed)**¹. Målet med indsatsen er at sikre, at børn og unge i psykisk mistrivsel og deres forældre får hjælp i deres nærmiljø inden problemerne vokser sig store. Kommunerne visiterer til og varetager indsatsen. Psykiatrien bidrager med specialiseret viden, undervisning og supervision.
- **Kommunikationsveje mellem PPR og de øvrige sektorer.** Tværsektorielt Samarbejdsforum for Digital Kommunikation får til opgave at afdekke udfordringerne for de kommunale PPR i forhold til digital kommunikation med de øvrige sektorer via MedComs KM (korrespondancemeddelelse). Beslutning i TSS den 26. januar 2024.
- **HAPS-projektet.** Afdækning af hvordan almen praksis oplever samarbejdet med hospitalerne, herunder psykiatrien. Projektet er permanent og undersøgelsen gentages.
- **FODS-projektet om udsatte børn og unge.** Omhandler kommunikationen mellem PPR og almen praksis om udsatte børn og unge og er forankret i KL.

Sundhedsklyngernes tiltag

Alle sundhedsklyngerne arbejder med børn og unges mentale sundhed, og i flere klynger er der igangsat relevante analyser eller tiltag. Der bør særligt være opmærksomhed på:

- Nord: Alle kommuner tilslutter sig STIME
- Byen:
 - Analyse af henvisninger og brugerrejser. Analysen skal opnå øget viden om årsager til tilbagehenvisning fra BUC samt familiernes oplevelser af processen.
 - Fælles kompetenceudvikling. Kompetenceudviklingen omfatter medarbejdere, der arbejder med svært psykisk syge børn og unge, som efter indlæggelse skal overgå til kommunale foranstaltninger efter serviceloven.
 - Afdækning af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner. Afdækningen har fokus på særligt sårbare børn og unge. Afdækningen tager udgangspunkt i de dele af 'Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom', der omhandler samarbejdet i forbindelse med udskrivning eller afslutning af ambulant forløb, hvor det er vurderingen, at barnet/den unge skal anbringes uden for hjemmet.
 - Indsatserne afrapporteres i november 2024.

¹ <https://www.psykiatri-regionh.dk/stime/Sider/default.aspx>

- Midt: Fokus er på implementering af KIT-samarbejdsmodellen.
- Bornholm:
 - Tilvejebringelse af data, som kan fremme det tværsektorielle samarbejde og afdække om PPR kan modtage MedCom-standarder.
 - Afprøvning af en model for øget formaliseret samarbejde mellem almen praksis og PPR i Bornholms Regionskommune.
- Syd: Konkretisering og implementering af den eksisterende samarbejdsaftale på om børn og unge med psykisk sygdom.

Kommunale tiltag

- Alle kommuner har tilbud til børn og unge med mental mistrivsel. Der er ikke en samlet oversigt over disse tilbud.
- Den kommende rammeaftale på det specialiserede socialområde (mellem kommunerne i hovedstaden og Region Hovedstaden) forventes at indeholde et fokusområde omkring *kommunale indsatser til borgere med psykisk sygdom, der efterspørges i 10-årsplanen for psykiatri*, herunder opbygning af lettilgængelige tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel. Rammeaftalen er ikke endelig godkendt endnu.
- VIVE (2024): Lettere behandling i PPR – Forsøg med lettere behandling i regi af PPR i 37 kommuner.
- Danmarks Evalueringsinstitut (2023): Undersøgelse af kommunernes pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR).

Regionale tiltag

- **Registeranalyse af henvisninger til børne- unge psykiatrien samt mulige årsager.** Den er forankret i Børne-ungepsykiatriens forskningsenhed og forventes afleveret ved udgangen af 2025.
- **Regional psykiatriplan.** Ventes godkendt i starten af 2025. Det er besluttet, at børn og unge skal være et af fokusområderne i planen jf. den nationale 10 årsplan for psykiatri og mental sundhed.
- **Taskforce om kapacitets- og forløbsanalyse af børne- og ungdomspsykiatrien.** Taskforcen skal på baggrund af en kapacitets- og forløbsanalyse af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden komme med kvalificerede løsningsforslag til, hvordan udredningsretten kan overholdes. Forventes afleveret i august 2024.



Dato: 14. januar 2025

Arbejdsgruppe vedr. Afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom

Deltagere

- Bettina Skovmand, ledende socialrådgiver, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (indgår i delt formandskab)
- Malene Hein Damgaard, chefpsykolog og leder af PPR, Frederiksberg Kommune (Klynge Byen) (indgår i delt formandskab)
- Annette Randløv, PLO-H (indgår i delt formandskab)
- Christian Søby-Land, praksiskonsulent, KAP-H
- Sara Hedegaard Jensen, Teamleder i PPR, Tårnby Kommune (Klynge Syd)
- Marianne Marcussen, afdelingsleder for Myndighed, Frederikssund Kommune (Klynge Nord)
- Katrine Bærentzen, enhedsleder i Enhed for Udvikling af Tværsektorielt Samarbejde, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
- Anne Murphy Kloster, chefpsykolog, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
- Jakob Holst, leder af Behandlingsindsatser, Bornholms Regionskommune (Klynge Bornholm)
- Karina Skipper, teamleder for handicap og autisme på myndighed, Egedal Kommune (Klynge Midt)
- Dorte Nysom, brugerrepræsentant
- Trine Tangsgaard, brugerrepræsentant
- Nadia Meinertz, sygeplejerske, Center for Visitation og Diagnostik
- Lene Wadland, overlæge, Center for Visitation og Diagnostik

Sekretariat

Astrid Marianne Hjortø, PLO-H

Bilag 2 - Arbejdsgruppens sammensætning

Sarah Engqvist, Det fælleskommunale social- og sundhedssekretariat i hovedstaden

Sara Weyhe, Det fælleskommunale social- og sundhedssekretariat i hovedstaden

Christian Roldsgaard Hejlesen, Det fælleskommunale social- og sundhedssekretariat i hovedstaden

Kamilla Walther, Region Hovedstaden

Lene Schack-Nielsen, Region Hovedstaden

Anne Sigsgaard, Region Hovedstaden (facilitator)

RAPPORT

Analyse af tilbage- henvisninger fra Børne- og Ungdoms- psykiatrisk Center

Analyse for Sundhedsklynge Byen

Indhold

Indhold	2
1 Baggrund, formål og resume	5
1.1 Baggrund	5
1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål	5
1.3 Datagrundlag	6
1.4 Resumé	6
2 Hypoteser om tiltag, som kan mindske andelen af tilbagehenvisninger fra BUC	10
2.1 Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger	10
2.2 Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører	11
2.3 Færre tilbagehenvisninger af børn og unge, der vurderes uden for målgruppen	12
2.4 Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans	13
2.5 "Lavthængende frugter"	14
3 Henvisninger og tilbagehenvisninger	15
3.1 Udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger	15
3.2 Henvisningsprocessen	17
4 Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC?	23
4.1 Sammenhæng mellem henvisninger og henvisningspart	23
4.2 Sammenhæng mellem henvisninger og aktiv sag i kommunen	26
4.3 Sammenhæng mellem henvisninger og bopælsstatus	28
4.4 Sammenhæng mellem henvisninger og indkomst	29
4.5 Kliniske visitationer	31
4.6 Sammenhænge mellem henvisninger og andre baggrundskarakteristika	33
4.7 Opsummering	33
5 Hvor stor en andel genhenvises til BUC?	35
6 Er der systematik i tilbagehenvisningsårsagerne?	39
7 Anvendt Metode	42
7.1 Fase 1	42
7.2 Fase 2	43
7.3 Fase 3	44



I denne rapport præsenteres resultaterne af en analyse af henvisninger til og tilbagehenvisninger fra børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden af børn og unge, der er bosiddende i Københavns og Frederiksberg Kommune.

Analysen er gennemført for at tilvejebringe viden, der kan lægges til grund for formulering af anbefalinger til tiltag, der kan begrænse omfanget af tilbagehenvisninger samt andelen af ikke-relevante henvisninger.

—

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsklynge Byen af Implement Consulting Group i første halvår af 2024.

1 Baggrund, formål og resume

I det følgende præsenteres resultaterne af analyse af henvisninger og tilbagehenvisninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstadens Psykiatri (BUC) initieret af Sundhedsklynge Byen med henblik på at etablere et fremadrettet grundlag for anbefalinger til optimering af proces og kvalitet i henvisninger. Med henvisninger forstås henviselse fra øvrige sundhedsaktører eller kommunale aktører til Børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på udredning eller behandling i psykiatrien. Tilbagehenvisninger betegner de situationer, hvor Psykiatrien i Region Hovedstaden ikke kan tilbyde udredning eller behandling, og derfor afviser, at der påbegyndes et forløb i BUC. I disse tilfælde får den henvisende part en skriftlig besked.

1.1 Baggrund

Med afsæt i en tilbagehenvisningsprocent fra BUC på omkring 30%, besluttede Politisk Sundhedsklynge Byen i maj 2023 at igangsætte en analyse af henvisninger med særligt fokus på børn og unge, der tilbagehenvises fra BUC. Dette gøres som led i en samlet indsats til kvalificering af henvisningsprocesserne, herunder nedbringelse af omfanget af tilbagehenvisninger og ikke-relevante henvisninger. Ønsket om færre tilbagehenvisninger udspringer af erfaringer med, at tilbagehenvisninger potentielt kan forsinke udredningsforløb og/eller tiden, der går, før et barn eller en ung i psykisk mistrivsel får den rette hjælp. Samtidig kan tilbagehenvisninger resultere i unødigt tids- og ressourceforbrug hos fagpersoner på tværs af sektorer.

1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Analysens overordnede formål er at bidrage til at mindske andelen af tilbagehenvisninger samt andelen af ikke-relevante henvisninger med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde om børn og unge i mistrivsel, så flest muligt rettidigt får den hjælp, de har brug for. Desuden skal analysen generere øget viden om henvisningsprocesser og de årsager, der ligger til grund for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC. Det skal således undersøges, hvorvidt der er systematiske forskelle på tværs af de henvisninger, som fører til tilbagehenvisninger og de, der ikke gør. Analysens undersøgelsesspørgsmål er således:

- 1) Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?
- 2) Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvisningspart og henvisningernes kvalitet?
- 3) Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvises senere til BUC?

Analysespørgsmål 1, 2 og 3 er således deskriptive i forhold til at afdække karakteristika og potentielle mønstre i tilbagehenvisninger med henblik på, at kunne formulere konkrete hypoteser om mulige tiltag, der kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC.

Målet er, at man med besvarelsen af analysespørgsmålene ud fra et datainformeret grundlag kan identificere hypoteser om områder, hvor Sundhedsklynge Byen med fordel kan vælge at formulere anbefalinger for yderligere analyse eller konkrete tiltag for at nedbringe omfanget af tilbagehenvisninger.

1.3 Datagrundlag

Besvarelsen af analysespørgsmålene er baseret på kvantitative data suppleret med kvalitative indsigter fra aktører i henvisningsprocessen indsamlet på workshops.

Den primære kvantitative datakilde er registerdata indsamlet fra de regionale registre, som indeholder oplysninger om alle henvisninger til BUC i perioden 2018-2024, herunder bl.a. oplysninger om den henvistes bopæl, henvisningsdato, henvisningsudfald, henvisningspart samt henvisningsdiagnose. Dette er suppleret med data for aktive PPR-sager og socialsager trukket fra de kommunale fagsystemer i hhv. Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune, samt data for den gennemsnitlige disponible indkomst på postnummerniveau i de to kommuner. Besvarelsen af analysespørgsmål 2 er yderligere suppleret med data for tilbagehenvisningsårsager fra en audit, som Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik har foretaget i 2021.

Formuleringen af hypoteser er baseret på konklusionerne fra analysespørgsmålene samt de kvalitative drøftelser om processer og hypoteser gennemført på seminarer. På seminarerne har repræsentanter for forskellige relevante aktører deltaget:

- Ledelse i BUC i Region Hovedstadens Psykiatri
- Ledelse i Center for Visitation og Diagnostisk i Region Hovedstaden (CVD)
- PPR i Københavns og Frederiksberg Kommune
- Børne- og familieafsnit i Københavns og Frederiksberg Kommune
- Center for Mental Sundhed i Københavns Kommune
- Alment praktiserende læger på Frederiksberg

Hypoteser er blevet formuleret og præsenteret af Implement og derefter drøftet, nuanceret og vurderet af seminardeltagerne.

Analysens datagrundlag og metode uddybes i Afsnit 7.

1.4 Resumé

På baggrund af analysen kan udledes en række deskriptive konklusioner, der belyser den generelle udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger i perioden 2018-2023 og besvarer analysespørgsmålene. På baggrund af disse konklusioner opstilles en række hypoteser om, hvilke tiltag kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC.

1.4.1 Generel udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger

Hovedkonklusionerne om den generelle udvikling er:

- Der er i perioden 2019 til 2023 en betydelig stigning i omfanget af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.
- Der er samtidig en generel udvikling mod lavere andel tilbagehenvisninger – særligt fra almen praksis.
- Der således i perioden særligt en stigning i antallet af godkendte henvisninger, hvorimod antallet af tilbagehenvisninger ikke stiger tilsvarende.
- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien sker i en kontekst præget af betydelig organisatorisk kompleksitet.

- Der er ofte iværksat en betydelig indsats for at afprøve andre tilbud inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien – særligt hvis henvisningen kommer fra kommunen.

1.4.2 Analysespørgsmål 1

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 1 (*Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?*) konkluderes følgende:

- Størstedelen af både henvisninger, og henvisninger der tilbagehenvises, kommer fra almen praksis.
- Der ses i perioden fra 2019 til 2023 et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises til almen praksis.
- Stigningen i antallet af godkendte henvisninger kan hænge sammen med indførslen af kliniske visitationer i CVD. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om hvorvidt, den skulle accepteres. Der ses en parallel sammenhæng mellem stigningen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i dataperioden.

Karakteristika for børn og unge, der tilbagehenvises:

- Andelen af børn og unge fra Københavns Kommune, der henvises til BUC, som bor med begge deres forældre, er markant lavere end det er tilfældet for den samlede population af børn og unge inden for aldersspændet i Københavns Kommune.
- Der ses en negativ sammenhæng mellem den gennemsnitlige disponible indkomst i det postnummer et barn eller en ung bor i, og andelen af henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises. Børn og unge bosiddende i et område med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst bliver således i mindre grad tilbagehenvist til almen praksis, end børn og unge bosiddende i et område med en lavere disponibel indkomst.
- Der ses ingen sammenhæng mellem antallet af henvisninger fra den enkelte henvisningspart og tilbagehenvisninger. Ligeledes findes der ingen sammenhæng mellem køn og alder og omfanget af tilbagehenvisninger.
- Med udgangspunkt i de tilgængelige data er det ikke muligt at drage endelige konklusioner om eventuelle sammenhænge mellem henvisningsudfald, og hvorvidt det enkelte barn eller den enkelte unge har en social- eller PPR-sag i kommunen på henvisningstidspunktet.
- Også sammenhængen mellem henvisningsdiagnoser og tilbagehenvisninger er søgt belyst, men data har ikke haft en tilstrækkelig kvalitet til at dette har kunnet lade sig gøre.

1.4.3 Analysespørgsmål 2

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 2 (*Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvisning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvisningspart og henvisningernes kvalitet?*) konkluderes følgende:

- Manglende oplysninger er den hyppigste årsag til tilbagehenvisning, og en stor andel af de børn og unge, som tilbagehenvises af denne årsag, kan formodes at blive genhenvist.

- Det er særligt henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises med manglende oplysninger som årsag, men også kommunale henvisninger tilbagehenvises i nogen grad på grund af manglende oplysninger.
- Manglende afprøvning i kommune og/eller almen praksis er også årsag til en relativt stor andel af tilbagehenvisninger, og det formodes, at der blandt disse også er en andel børn og unge, som genhenvises til BUC efter indsats i kommune eller hos egen læge er forsøgt.

1.4.4 Analysespørgsmål 3

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 3 (*Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvises senere til BUC?*) konkluderes følgende:

- Genhenvisninger udgør en stor del af det samlede antal henvisninger. Ca. en tredjedel af alle børn og unge, der henvises til BUC bliver henvist mere end én gang i løbet af den seksårige dataperiode, hvilket betyder, at ca. en tredjedel af alle henvisninger i perioden, er genhenvisninger. Der skal her tages forbehold for, at den afgrænsede dataperiode betyder, at disse tal med stor sandsynlighed undervurderer omfanget af genhenvisninger.
- Det er hyppigst almen praksis, som står for den første henvisning i et genhenvisningsforløb.

1.4.5 Hypoteser om mulige tiltag

Samlet set kan der i forhold til spørgsmålet om, hvilke tiltag der kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC, opstilles ni hypoteser, der kan fungere som afsæt for formulering af egentlige anbefalinger til fremtidige tiltag. Hypoteserne er samlet under fire overskrifter, der udtrykker ambitionen med hypoteserne.

Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger

- 1) Et standardiseret online henvisningssystem, der kan tydeliggøre oplysningsbehovet i den konkrete henvisning, vil sikre en lavere andel henvisninger med manglende oplysninger.
- 2) En styrket teknisk mulighed for, at almen praksis kan vedhæfte relevante dokumenter til henvisning, vil føre til at færre henvisninger tilbagehenvises på grund af manglende oplysninger.

Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører

- 3) En øget anvendelse af muligheden for sparring hos Center for Visitation og Diagnostik i forbindelse med potentiel henvisning til BUC kan føre til færre ikke-relevante henvisninger og færre tilbagehenvisninger på baggrund af mangler jævnfør samarbejdsaftalen.
- 4) En styrket kommunikation mellem almen praksis og kommunerne vil betyde kortere sagsforløb, da færre henvisninger vil blive tilbagehenvist grundet manglende oplysninger eller andre mangler jævnfør samarbejdsaftalen.

- 5) Hvis Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC vil sagsforløb kunne afkortes.
- 6) Fortsat fokus på tværsektoriel kommunikation gennem samordningsudvalg og driftsforum vil betyde en yderligere udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen, hvilket vil betyde en fortsat lavere andel tilbagehenvisninger.

Færre tilbagehenvisninger grundet henvisninger uden for målgruppen

- 7) Styrkede muligheder for tidligt at imødekomme forældres bekymringer med relevante tiltag vil føre til færre henvisninger, der afvises på grund af, at barnet/den unge falder uden for målgruppen.
- 8) Et styrket fokus på at tydeliggøre mulighederne for støtte til børn og unge i mistrivsel uden en diagnose, hvor kommune eller almen praksis vurderer, at det ikke vil være relevant at henvise til BUC, vil betyde, at færre forældre vil ønske deres børn udredt.

Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans

- 9) Hvis der fortsat arbejdes med at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvisningens relevans, vil det betyde færre tilbagehenvisninger af relevante henvisninger, hvilket videre vil føre til færre genhenvisninger.

2 Hypoteser om tiltag, som kan mindske andelen af tilbagehenvisninger fra BUC

På baggrund af den gennemførte analyse er der formuleret en række hypoteser om, på hvilke områder, der kan gennemføres tiltag, der kan bidrage til at nedbringe andelen af tilbagehenvisninger. Disse hypoteser præsenteres i dette afsnit. Hypoteserne er opdelt i følgende temaer:

- Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger
- Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører
- Færre tilbagehenvisninger grundet henvisninger uden for målgruppen
- Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans

Hypoteserne er udarbejdet på baggrund af data fra systemregistre og på kvalitative data indsamlet på seminarer i projektforsløbet. På to processeminarer blev henvisningsprocessen beskrevet, og der blev peget på udfordringer i denne af deltagerne, der repræsenterede de forskellige aktører involveret i de fleste henvisningsprocesser.

Implement sammenholdt procesbeskrivelserne med de kvantitative data og opstillede på denne baggrund en række hypoteser om sammenhænge i udviklingen af henvisninger og tilbagehenvisninger.

Disse hypoteser blev præsenteret, drøftet og kvalificeret på et hypoteseseminar, hvor der også blev suppleret med yderligere hypoteser.

Sidst blev der gennemført en fortolkningsworkshop, hvor Driftsforum og repræsentanter for børne- og familieafsnit og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) deltog. Her blev en række præciserede hypoteser om mulige tiltag til nedbringelse af andelen af tilbagehenvisninger og andelen af ikke-relevante henvisninger. På workshoppen blev hypoteserne nuanceret og valideret, og der var samlet opbakning til at hypoteserne præsenteret nedenfor var relevante.

2.1 Færre tilbagehenvisninger grundet manglende oplysninger

Den gennemførte analyse viser, at der i særlig grad kan være et potentiale i at mindske andelen af henvisninger fra almen praksis, der bliver tilbagehenvist på grund af manglende oplysninger.

Også henvisninger fra andre henvisningsparter tilbagehenvises på grund af manglende oplysninger. Det særlige fokus på netop almen praksis er begrundet i a) den store andel af og volumen i henvisninger fra netop almen praksis og i b) analysen af genhenvisningsforløb og tilbagehenvisningsårsager.

På baggrund af de gennemførte analyser, kan der opstilles følgende hypoteser, der kan fungere som afsæt for formulering af egentlige anbefalinger til fremtidige tiltag:

- **Et standardiseret dynamisk henvisningssystem vil sikre en lavere andel henvisninger med manglende oplysninger.**

Der kan udvikles et elektronisk henvisningssystem, hvor henvisningen først kan indsendes, hvis alle nødvendige oplysninger er indeholdt/vedhæftet henvisningen. Der kan i denne forbindelse hentes inspiration fra BUC's eksisterende henvisningsskema, der anvendes af PPR. Da der kan være forskel på behovet for oplysninger, afhængigt af henvisningens karakter, skal systemet kunne tage højde for dette, ved at henviser markerer, hvilken type henvisning, der er tale om. Man kan samtidig med fordel sikre

sig at henvisningsdiagnose, der er listet som krav til henvisningens indhold, fremgår tydeligt af henvisningsskemaet. Her kan de eksisterende kategorier, som anvendes til kategorisering af henvisningsdiagnose, eventuelt anvendes.

Gevinsten vil være, at der ikke kan indsendes henvisninger, hvor der mangler grundlæggende oplysninger (som for eksempel samtykke og kognitiv vurdering). Ligeledes vil det elektroniske system gøre det muligt at monitorere udviklingen i blandt andet henvisningsårsager.

Hvis denne løsning kan implementeres på tværs af alle henvisningsparter, vil det samtidig betyde, at den potentielle gevinst kan omfatte alle henvisninger, og således samlet set reducere antallet af tilbagehenvisninger på grund af manglende oplysninger fra alle parter.

Ved udvikling og eventuel implementering af denne løsning bør alle henvisningsparter involveres tæt for at sikre relevans og gevinst for alle parter.

Endelig bør der ved eventuel implementering være en særlig opmærksomhed på mulige utilsigtede konsekvenser. Det kan for eksempel være henvisninger, der ikke bliver sendt (hvor der er et reelt behov), på grund af, at henviser ikke har kunnet indhente alle nødvendige oplysninger, der muliggjorde indsendelse af henvisningen.

- **En styrket teknisk mulighed for, at almen praksis kan vedhæfte relevante dokumenter til henvisning, vil føre til, at færre henvisninger tilbagehenvises på grund af manglende oplysninger.**

Almen praksis oplever, at det teknisk ikke er muligt at vedhæfte/vedlægge større dokumenter (f.eks. dokumentation af undersøgelser gennemført hos PPR) til henvisningerne til BUC i det nuværende korrespondancesystem.

Det kan undersøges, hvor omfattende konsekvenserne af den tekniske begrænsning er. Hvis begrænsningen har omfattende konsekvenser, og der ikke indføres et standardiseret henvisningssystem, kan der udarbejdes en teknisk løsning på problemet.

Almen praksis bør involveres tæt i eventuel analyse og udvikling af løsning. Sandsynligheden for negative utilsigtede konsekvenser af et eventuelt tiltag vurderes umiddelbart at være lav.

2.2 Kortere sagsforløb gennem styrket kommunikation mellem professionelle aktører

Den gennemførte analyse viser, at der er et uudnyttet potentiale i kommunikationen mellem de professionelle parter. Manglende eller begrænset kommunikation kan føre til unødigt lange sagsbehandlingsprocesser. Særligt vil omfanget af genhenvisninger – og de lange forløb knyttet til dette – kunne mindskes. Mindst 18 % af de børn og unge, der henvises til BUC bliver tilbagehenvist ved første henvisning og får senere accepteret en henvisning. Det vil – alt andet lige – sige, at der bør være et potentiale for kortere forløb for op til 18 % af de børn og unge, der henvises.

- **En øget anvendelse af muligheden for sparring hos Center for Visitation og Diagnostik i forbindelse med potentiel henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center kan føre til færre ikke-relevante henvisninger og færre tilbagehenvisninger på baggrund af mangler i samarbejdsaftalen.**

Alle aktører, der har erfaring med at anvende muligheden for sparring hos CVD, fremhæver dette som positivt. Erfaringen fra både PPR, tilbud forankret i den kommunale sundhedsforvaltning og almen praksis er, at sparringen er relevant i de tilfælde, hvor henvisningspart er i tvivl om, hvorvidt der skal henvises, og at sparringen generelt kvalificerer henvisningerne.

En bredere anvendelse af sparring kræver både, at kendskabet til muligheden for sparring udbredes til de relevante henvisningsparter, og at der er tilstrækkelig kapacitet til, at sparringen kan gives. Der kan eventuelt indhentes erfaringer fra systematiseret sparring mellem børne- og ungdomspsykiatri, kommuner og almen praksis i

Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Det foreslåede samarbejde kan eventuelt styrkes yderligere ved at indtænke samarbejdet med forældre i muligheden for sparring hos CVD.

- **En styrket kommunikation mellem almen praksis og kommunerne vil betyde kortere sagsforløb, da færre henvislninger vil blive tilbagehenvist grundet manglende oplysninger eller andre mangler jævnfør samarbejdsaftalen.**

Udveksling af oplysninger mellem kommune og almen praksis er ofte meget relevant i forbindelse med indsatsen for et barn/en ung i psykisk mistrivsel – både før og efter en beslutning om henvislning til børne- og ungdomspsykiatrien. En teknisk understøttelse af kommunikationen og muligheden for at udveksle relevante dokumenter på effektiv og sikker vis vil styrke muligheden for en helhedsorienteret vurdering og for at udarbejde en henvislning, der lever op til samarbejdsaftalen.

En styrket kommunikation kan understøttes ved, at der implementeres en mulighed for direkte elektronisk kommunikation mellem relevante parter i kommunen og almen praksis. Den tekniske løsning bør kombineres med udvikling og implementering af faste processer for anvendelsen af den tekniske mulighed. Her bør der særligt være fokus på, hvordan det sikres, at kommunikationen er målrettet og har en høj kvalitet. Ligeledes bør der være gensidigt afstemte forventninger til, hvordan kommunikationsmuligheden anvendes.

Det er centralt, at udvikling af procedurer for samarbejde mellem almen praksis og kommunen integreres i udviklingen af processer og kommunikation om adgang til lettilgængeligt kommunalt tilbud om lettere behandling til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

- **Hvis Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC vil sagsforløb kunne afkortes.**

En række unge borgere er i samtaleforløb i Center for Mental Sundhed under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) i Københavns Kommune. I de tilfælde, hvor der identificeres et behov for henvislning til børne- og ungdomspsykiatrien, henvises der til egen læge/almen praksis, med en anbefaling om, at patienten henvises til BUC. Hvis Center for Mental Sundhed kunne henvise direkte til BUC ville en række sagsgange kunne undværes hos almen praksis. Dette vil alt andet lige kunne føre til kortere sagsforløb og unødigt ressourceanvendelse hos almen praksis.

Beslutningen om eventuelt at give Center for Mental Sundhed adgang til at kunne henvise direkte til BUC vurderes at ligge hos Københavns Kommune alene.

- **Fortsat fokus på tværsektoriel kommunikation gennem samordningsudvalg og driftsforum vil betyde en yderligere udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen, hvilket vil betyde en fortsat lavere andel tilbagehenvislninger.**

Det er de professionelle aktørers oplevelse, at kommunikation og fokus på det tværsektorielle samarbejde om henvislninger til børne- og ungdomspsykiatrien har bidraget til gradvis større kvalitet i henvislningerne. Det opleves desuden blandt de fagprofessionelle, at samarbejdsaftalen udgør et godt grundlag for samarbejdet om henvislningerne. Dog kan der være behov for større tydelighed om samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, jævnfør ovenfor.

2.3 Færre tilbagehenvislninger af børn og unge, der vurderes uden for målgruppen

Den gennemførte analyse viser, at der kan være et potentiale i at sænke omfanget af tilbagehenvislninger, ved at sænke antallet af henvislninger, hvor den henviste forventeligt er uden for BUC's målgruppe, jævnfør Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom. Denne hypotese udspringer af en oplevelse, på tværs af almen praksis, kommunale fagpersoner og BUC, af, at flere forældre efterspørger en udredning ved børne- og ungdomspsykiatrien i tilfælde, hvor fagpersonerne på tværs ikke oplever, at det er relevant.

Når forældrene ønsker en henvisning, og fagpersonerne ikke vurderer, at det er relevant, kan det i praksis lede til øget bekymring og frustration hos forældrene og faldende kvalitet i samarbejdet med kommune og/eller almen praksis. I det omfang forældrene således fastholder ønsket om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, bliver der i nogle tilfælde udarbejdet henvisninger, selvom henviser ikke forventer, at henvisningen vil blive accepteret, fordi vurderingen er, at barnet/den unge falder udenfor målgruppen jævnfør samarbejdsaftalen. Henvisningen kan imidlertid ses som en mulighed for "at få prøvet sagen af", også for forældrene. Hvor omfattende denne problematik er, eksisterer der ikke objektive data på. Det må forventes, at disse sager udgør en del af de op til ca. 15 % af henvisningerne, der ikke godkendes trods en eller flere henvisninger. Det er oplevelsen blandt de fagprofessionelle, at forældrenes ønske om udredning hos BUC blandt andet kan handle om en forståelse af, at der er bedre adgang til hjælp og støtte, hvis barnet/den unge har fået en diagnose.

- **Styrkede muligheder for tidligt at imødekomme forældres bekymringer med relevante tiltag vil føre til færre henvisninger, der afvises på grund af, at barnet/den unge falder uden for målgruppen.**
Andre tilbud til familien, hvor forældre oplever sig hørt og forstået tidligt i deres bekymring for deres børns trivsel, kan betyde at et ønske om udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor fagpersoner ikke finder det relevant, forekommer mindre hyppigt.
I et samarbejde mellem almen praksis, PPR, regionen og forældre kan der arbejdes med udvikling af en tidlig dialog om forældrenes bekymringer og forventninger til muligheden for hjælp, støtte og behandling. Denne tidlige dialog bør sammentænkes med mulighederne for sparring fra CVD, som beskrevet ovenfor i afsnit 2.2.
At udvikle den tidlige dialog med familien på disse punkter hænger tæt sammen med udviklingen af procedurer i forbindelse med etablering af et kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, og dette bør sammentænkes. Herunder kan der være fokus på indsatser til både børn og forældre, der kan iværksættes i forbindelse med ventetid til PPR, til udredning eller behandling ved privatpraktiserende speciallæge og ved dialog om henvisning til BUC. Dette kan være med til at mindske udviklingen af negative symptomer og bekymring hos familien.
- **Et styrket fokus på at tydeliggøre mulighederne for støtte til børn og unge i mistrivsel uden en diagnose vil betyde, at færre forældre vil ønske deres børn udredt, hvor kommune eller almen praksis vurderer, at det ikke vil være relevant at henvise til BUC.**
Fra forældre kan der være en forventning om, at deres børn tilbydes bedre og mere kvalificeret støtte, hvis deres barn får en diagnose. Hos de fagprofessionelle er der enighed om, at dette som hovedregel ikke gør sig gældende i de tilfælde, hvor barnet ikke er i målgruppe for at blive tilbudt behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Det vil derfor betyde at færre børn og unge, som af henvisningsparterne ikke vurderes at være i målgruppen for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, vil blive henvist, hvis forældre i højere grad end i dag oplever, at mulighederne for relevant indsats ikke er afhængigt af, at deres barn har en diagnose.
En indsats, der skal styrke forældrenes oplevelse af reelle og velfungerende indsatser, kræver tæt dialog med forældrerepræsentanter i udvikling af denne. Der kan her hentes erfaringer fra blandt andet forsøg med forældregrupper i regi af STIME.

2.4 Færre tilbagehenvisninger og genhenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans

Den gennemførte analyse viser, at der er et potentiale for at nedbringe antallet af tilbagehenvisninger med efterfølgende genhenvisning, ved at undgå tilbagehenvisninger ved tvivl om henvisningens relevans.

Tvivl om henvisningens relevans kan være begrundet i manglende oplysninger, der gør, at visitator ikke kan vurdere relevansen, og det kan være begrundet i tvivl om, hvorvidt andre indsatser hos egen læge eller kommunen kan være tilstrækkelige.

Der kan desuden være tvivl om, hvorvidt henvisningens formalia tillader relevant handling på henvisningen, særligt i forhold til krav om informeret samtykke fra begge forældre ved undersøgelse og behandling af børn under 15 år ved delt forældremyndighed. Dette forstås dog ikke i denne sammenhæng som en tvivl om relevans.

I den analyserede periode, er der i CVD indført en klinisk visitation, der gennemføres ved tvivl om henvisningens relevans. Der ses en meget lille andel af tilbagehenvisninger blandt de kliniske visitationer. Der kan på denne baggrund formuleres en hypotese om, at henvisninger i lavere grad end tidligere tilbagehenvises ved tvivl, og at yderligere oplysninger i stedet indhentes som led i visitationen.

- **Hvis der fortsat arbejdes med at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvisningens relevans, vil det betyde færre tilbagehenvisninger af relevante henvisninger, hvilket vil føre til færre genhenvisninger.**

På baggrund af analysen kan det formodes, at en del af de tilbagehenvisninger, der begrundes med manglende oplysninger, og dermed tvivl om henvisningens relevans, er relevante henvisninger. Ved tilbagehenvisning af disse henvisninger genhenvises ofte senere, hvilket fører til yderligere ressourceanvendelse og til forlængede sagsforløb.

For at sikre et solidt grundlag for vurdering af potentialet ved tiltag til i højere grad at indhente yderligere oplysninger ved tvivl om henvisningernes relevans, bør der gennemføres en mere målrettet analyse af erfaringer med a) tilbagehenvisninger ved mangelfulde oplysninger, b) tilbagehenvisninger ved manglende afprøvning i kommune eller hos almen praksis, c) klinisk visitation i CVD og d) visitation i BUC.

Hvis der arbejdes med at udvide omfanget af klinisk visitation – eller andre former for indhentning af yderligere oplysninger - bør der være en opmærksomhed på kapaciteten og risiko for ventetid. Ligeledes bør det sikres, at henvisningerne fortsat indeholder de oplysninger, de skal indeholde, jævnfør samarbejdsaftalen. Dette kan eventuelt sikres gennem indførelse af et standardiseret elektronisk dynamisk henvisningssystem.

2.5 “Lavthængende frugter”

Implement vurderer, at særligt tiltag, der standardiserer henvisningerne og begrænser tekniske udfordringer, på relativt kort sigt vil kunne bidrage betydeligt til nedbringelse af andelen af henvisninger, der tilbagehenvises grundet manglende oplysninger. Dette vil desuden medføre et fald i omfanget af genhenvisninger, hvilket vil være ressourcebesparende for alle parter i processen.

Det lettest eksekverbare tiltag vil formodentlig være, at der i Københavns Kommune træffes beslutning om, at Center for Mental Sundhed kan henvise direkte til BUC.

Endelig vil indførelse af bredere mulighed for sparring med hos Center for Visitation og Diagnostik formodentlig føre til færre ikke-relevante henvisninger. Dette kræver dog en betydelig indsats for at sikre kendskab til muligheden i almen praksis.

3 Henvisninger og tilbagehenvisninger

I dette afsnit præsenteres en beskrivelse af den generelle udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune og i Københavns Kommune – sammenlignet med udviklingen for børn og unge bosiddende i øvrige kommuner i regionen.

Ligeledes gives der en præsentation af de nuværende henvisningsprocesser. Afsnittet giver således samlet set en nødvendig baggrund for besvarelsen af analysespørgsmålene.

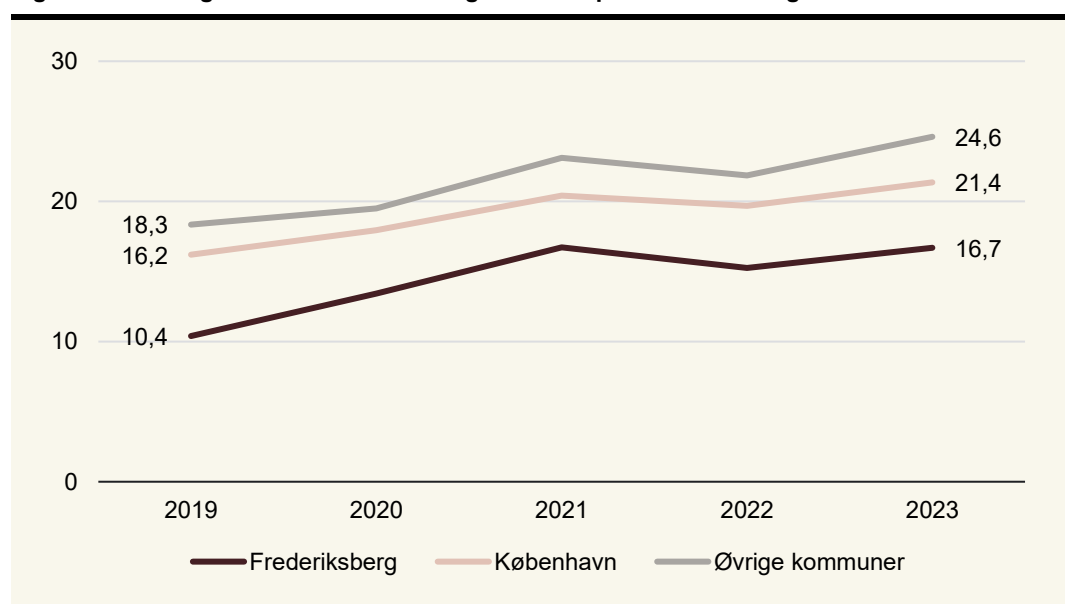
3.1 Udvikling i henvisninger og tilbagehenvisninger

Der har i en femårig periode fra 2019-2023 været 37.475 henvisninger til BUC. Af disse er 1.305 henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune og 10.567 henvisninger af børn og unge bosiddende i Københavns Kommune på henvisningstidspunktet.

Figur 1 nedenfor viser udviklingen i antallet af henvisninger til BUC pr. 1.000 børn og unge (0-17-årige) bosiddende i hhv. Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og de øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Her ses det, at antallet af henvisninger pr. barn og ung er steget i hele Region Hovedstaden over de seneste fem år. Stigningen i antallet af henvisninger har været særlig stor i Frederiksberg Kommune, hvor antallet af henvisninger pr. 1.000 børn og unge er steget fra 10,4 i 2019 til 16,7 i 2023, hvilket svarer til en stigning på 61%. I Københavns Kommune og de øvrige kommuner i Region Hovedstaden har stigningen til sammenligning været på hhv. 32% og 34%.

Både Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune har færre henvisninger pr. barn og ung i kommunen sammenlignet med de øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Særligt i Frederiksberg Kommune er niveauet lavt sammenlignet med resten af regionen – her er antallet af henvisninger pr. 1.000 børn og unge 29% mindre end resten af regionen (inkl. København) i 2023. Niveauet i Københavns Kommune ligger 11% under niveauet for de øvrige kommuner (inkl. Frederiksberg) i regionen i 2023.

Figur 1: Udvikling i antallet af henvisninger til BUC pr. 1.000 0-17-årige



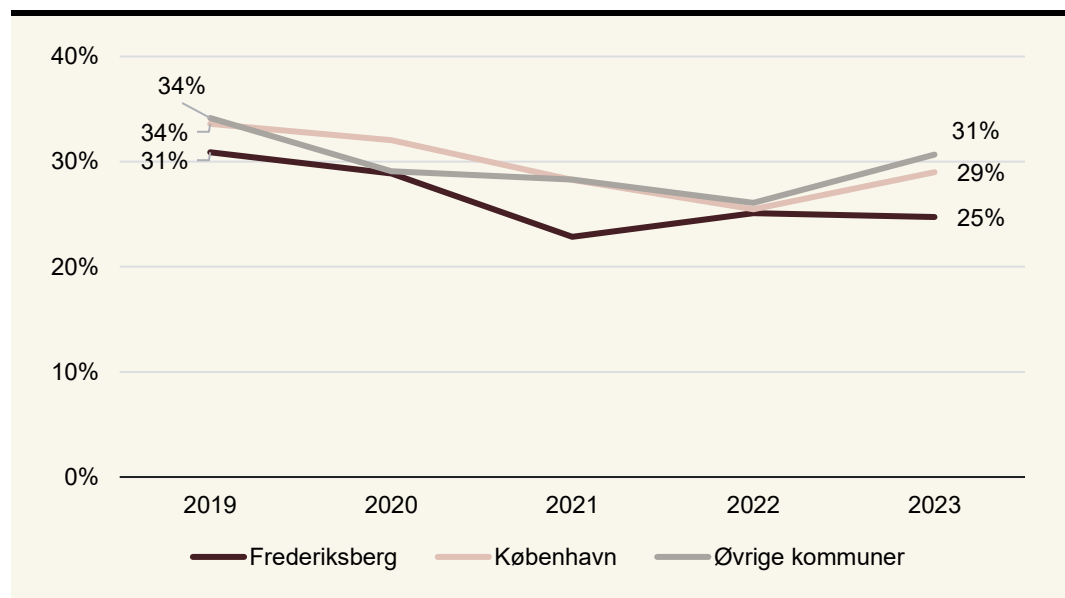
Figur 2 viser udviklingen i andelen af tilbagehenvislninger fra BUC, fordelt på henvislninger af børn og unge bosiddende i hhv. Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og et gennemsnit for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

Andelen af tilbagehenvislninger har været faldende i hele Region Hovedstaden over de seneste fem år. I Frederiksberg Kommune er andelen faldet med 6 procentpoint, fra 31% i 2019 til 25% i 2023, mens den i Københavns Kommune er faldet med 5 procentpoint, fra 34% i 2019 til 29% i 2023.

Niveauet i andelen af tilbagehenvislninger er på tværs af hele perioden lavere i Frederiksberg Kommune end i både København og de øvrige kommuner i regionen.

I både Københavns Kommune og de øvrige kommuner i regionen har andelen af tilbagehenvislninger været faldende i alle årene undtagen fra 2022 til 2023, hvor der ses en stigning på hhv. 4 og 5 procentpoint. Derimod ses der i Frederiksberg Kommune en stigning fra 2021 til 2022 på 2 procentpoint, hvorefter niveauet har ligget konstant på 25% i både 2022 og 2023.

Figur 2: Udvikling i andelen af henvislninger til BUC, der tilbagehenvises



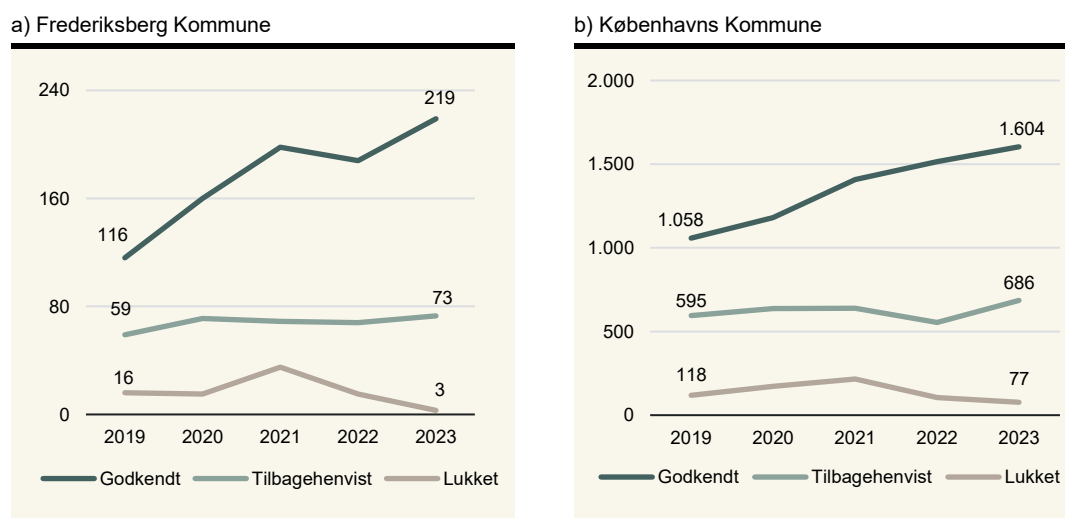
På tværs af data præsenteret i Figur 1 og Figur 2 ses det således, at antallet af henvislninger har været stigende i både Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og i resten af Region Hovedstaden i løbet af de seneste fem år, og at andelen af henvislninger, som tilbagehenvises, har været faldende i samme periode.

Samtidig med, at antallet af henvislninger samlet set har været stigende i perioden, har der således været en udvikling, hvor en større andel henvislninger godkendes end tidligere. I Frederiksberg Kommune har der jf. Figur 3a fra 2019 til 2023 været en stigning i antallet af godkendte henvislninger på 89%, mens stigningen i antallet af tilbagehenvislninger blot har været på 24% i samme periode. I Københavns Kommune har stigningen i antallet af godkendte henvislninger været på 52%, mens stigningen i antallet af tilbagehenvislninger har været på 15%, jf. Figur 3b. Antallet af henvislninger, som lukkes¹, udgør en relativt lille del af det samlede henvislningssantal, hhv. 1% i Frederiksberg og 3% i København i 2023,

¹ Lukkede henvislninger dækker bl.a. over henvislninger, som annulleres, fejlhenvislninger, dobbelthenvislninger og henvislninger, hvor borgeren er flyttet til en anden region.

men er også faldet i løbet af dataperioden. Det er således ikke et fald i *antallet* af henvisninger, som tilbagehenvises, der primært driver faldet i *andelen* af henvisninger, der tilbagehenvises, men derimod en stigning i antallet af henvisninger, der godkendes.

Figur 3: Udvikling i antal henvisninger fordelt på henvisningsudfald



3.2 Henvisningsprocessen

I dette afsnit præsenteres et overblik over henvisningsprocessen, som den ser ud i praksis i de fleste af henvisningsforløbene, som denne analyse omfatter. Henvisningsprocesser fra en bekymring om psykiske vanskeligheder opstår, til henvisningen er accepteret eller afvist i BUC, eller alternativ indsats er iværksat, er kortlagt i detaljer for følgende centrale aktører:

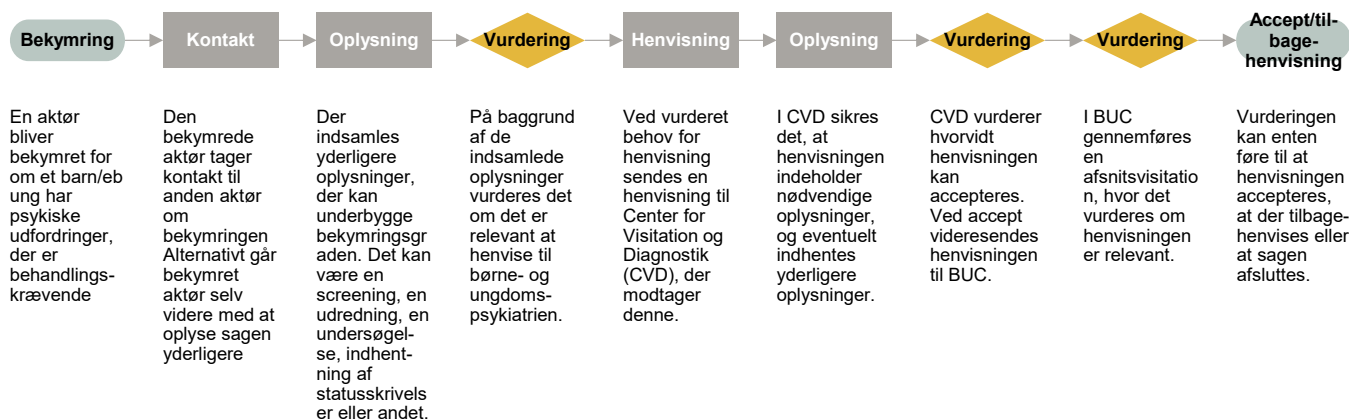
- Almen praksis
- PPR (herunder på baggrund af henvendelser fra dagtilbud og skole)
- Børne- og familieafsnit i den kommunale forvaltning
- Sundhedsforvaltningen (specifikt for Københavns Kommune – Center for Mental Sundhed)
- Center for Visitation og Diagnostik
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Familie og barn er selvfølgelig den mest centrale aktør, som alle kortlægningerne tager udgangspunkt i. Projektets fokus på at kortlægge og tilpasse henvisningsprocedurer hos de fagprofessionelle aktører har dog betydet, at der ikke er indhentet data specifikt fra børn og familier.

Herudover spiller også andre sygehusafdelinger, privatpraktiserende speciallæger, privathospitaler en rolle i det samlede system. Ligeledes er der i skoler og dagtilbud ofte afklarende, vurderende og støttende aktiviteter inden en bekymring fører til en henvendelse til PPR eller børne- og familieafsnit. Dette er ikke kortlagt i detaljer i forbindelse med nærværende analyse, da langt hovedparten af alle henvisninger går via almen praksis eller via PPR og i mindre omfang børne- og familieafsnittene.

De relevante processtrin er kortlagt for hver af de ovenfor nævnte aktører. Dette er gjort ud fra en overordnet forståelse af den samlede proces, som illustreret i nedenstående figur.

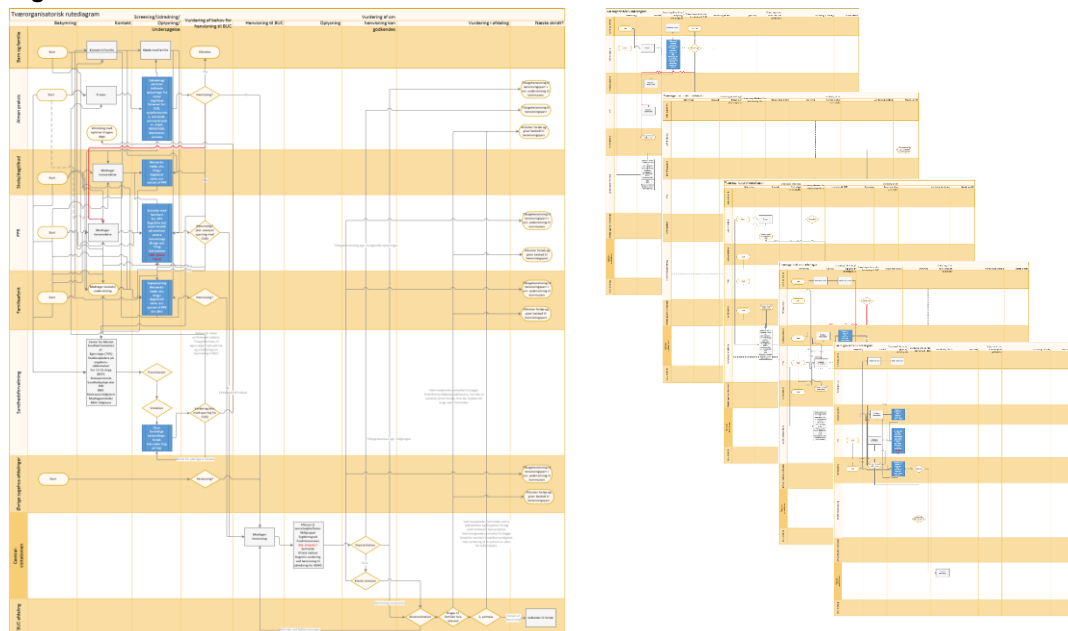
Figur 4: Trin i henvisningsprocesserne



For hver aktør og for hvert trin har vi kortlagt praksis, for på den måde at skabe et systematisk overblik over de mange aktører og de vigtigste sammenhænge aktørerne imellem.

Henvislingsprocessen er forskellige afhængig af, hvilken aktør processen starter hos. Der er blevet optegnet et proceskort for henvisningsprocesser, der tager afsæt i hver af de beskrevne aktører. Disse er vedlagt som bilag til rapporten.

Figur 5: Proceskort - illustration



For at forstå disse proceskort gives nedenfor en kortfattet introduktion baseret på processen, som den ser ud med fokus på almen praksis rolle i den samlede henvisningsproces.

Nogle få ting er særlige for hver af de to kommuner, der indgår i analysen. Således er Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune inddraget med Center for Mental Sundhed, der har samtaleterapeutiske tilbud til unge fra 13 år med psykiske vanskeligheder. I Frederiksberg Kommune er der ikke tilsvarende tilbud forankret i sundhedsområdet.

Derimod har Frederiksberg Kommune indgået en aftale med de alment praktiserende læger på Frederiksberg om, at lægerne kan henvise til PPR, når dette vurderes relevant, ud fra en række kriterier formuleret i fællesskab. Desuden har Frederiksberg Kommune et tilbud om lettere behandling for børn og unge med psykisk mistrivsel. På de udarbejdede proceskort er de særlige processer og indsatser i Frederiksberg markeret med rødt.

De blå bokse betyder at procestrinnet repræsenterer en mere detaljeret proces, der i sig selv består af en række procestrin.

Henvisningsproces med udgangspunkt i almen praksis

Proceskortet læses som følger:

- 1) Bekymringen starter ofte hos familien, eller den kan opstå hos lægen selv i forbindelse med en henvendelse fra familien om et andet spørgsmål.
- 2) Familien går til lægen og beder om hjælp.
- 3) Almen praksis iværksætter et forløb, der kan bestå af en eller flere samtaler, hvor der udredes og screenes for relevante symptomer og tegn på psykisk sygdom. Eventuelt indhentes oplysninger fra skole, dagtilbud eller andre relevante aktører.
- 4) Herefter vurderer den alment praktiserende læge, om der er basis for en henvisning til BUC, eller andre relevante tilbud, såsom PPR i Frederiksberg Kommune eller Center for Mental Sundhed i Københavns Kommune. Desuden vurderes det, om der bør underrettes til det kommunale børne- og familieafsnit.
- 5) Ved vurdering af behov for henvisning udarbejdes en henvisning til BUC, som modtages i Center for Visitation og Diagnostik i Region Hovedstadens Psykiatri.

For processen i almen praksis er der en række områder, hvor der er mulighed for at forbedre henvisningsprocessen. For det første peges der af repræsentanter for almen praksis på, at der kan være tekniske udfordringer med at vedhæfte de relevante dokumenter til henvisningen. For det andet peger repræsentanter for Center for Visitation og Diagnostik på, at de modtager mange henvisninger fra almen praksis med manglende oplysninger. For det tredje peger repræsentanter for almen praksis på, at der nogle gange henvises for at "få prøvet sagen". Dette er ofte i de tilfælde, hvor den alment praktiserende læge ikke er sikker på, at det er relevant at henvise, men hvor der er et stærkt ønske hos forældrene om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Henvisningsproces med udgangspunkt i PPR

Processen i PPR starter ofte med henvendelse fra skole eller dagtilbud – eller familien selv. I nogle tilfælde bliver PPR også kontaktet af almen praksis. Familien er ofte i tæt dialog med PPR gennem hele forløbet, og henvisningen sker således i tæt samarbejde med familien.

Som hovedregel bliver der afprøvet en række forskellige indsatser i samarbejde med skole, dagtilbud, familieafsnit eller andre aktører, før det vurderes, hvorvidt der skal henvises til BUC. Undtagelserne er de tilfælde, hvor det er tydeligt, at der bør ske en henvisning til BUC – f.eks. ved selvmordstruede børn. I Frederiksberg Kommune er der etableret et Åbent tilbud, hvor der tilbydes lettere behandling til børn og unge med psykisk mistrivsel, som ofte vil være en mulighed, der afprøves inden en eventuel henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Desuden gennemføres en række test og/eller screeninger, inden der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Disse test er i nogen grad bestemt af kravene til, hvad henvisninger til BUC skal indeholde, som disse tolkes af BUC.

Det er den generelle opfattelse i CVD og BUC, at henvisninger fra PPR som hovedregel er velbeskrevne.

PPR-repræsentanter beskriver, at de ofte kontaktes af familier, hvor der har været henvist til børne- og ungdomspsykiatrien fra almen praksis, hvor henvisningen er blevet afvist. Ligeledes er der henvendelser, hvor der tidligere har været kontakt til privatpraktiserende psykiatere, privatpraktiserende psykologer, tandlæger med mere.

På Frederiksberg er der etableret et formelt samarbejde mellem PPR og almen praksis, hvor der kan kommunikeres om indsatser for børn i psykisk mistrivsel, som ikke umiddelbart er relevante for regional psykiatrisk behandling. Repræsentanter for både almen praksis og PPR i Frederiksberg Kommune fremhæver samarbejdet som positivt.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i børne- og familieafsnit

Henvisningsprocesser, der har udgangspunkt i kommunens børne- og familieafsnit, kan være igangsat gennem en henvendelse fra en samarbejdspart eller familie, gennem en underretning eller ved, at sagsbehandler eller leverandør i eksisterende sag i børne- og familieafsnittet bliver opmærksomme på et muligt behov for udredning eller behandling i psykiatrien.

I langt de fleste sager, hvor familieafsnittet er involveret, vil der allerede være igangsat, eller som led i henvendelsen fra familie eller samarbejdsparter blive igangsat, en sagsoplysning og en servicelov-baseret indsats. Disse indsatser, der kan omfatte for eksempel en børnefaglig undersøgelse, vil som regel indebære en inddragelse af og tæt samarbejde med relevante samarbejdsparter og familie, herunder for eksempel skole, dagtilbud, PPR med videre. Således afprøves andre tiltag i barnets nærmiljø inden en eventuel henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

I mange eksisterende sager for børn i skolealderen, er der allerede kontakt med PPR, hvilket ofte betyder, at det er PPR, der varetager henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien. I de tilfælde, hvor der ikke er kontakt til PPR i forvejen, kan det være børne- og familieafsnittet selv, der bliver henvisningspart. Repræsentanter for børne- og familieafsnittene i de to kommuner påpeger, at det er relativt sjældent, at det er børne- og familieafsnittet selv, der henviser, og at det ofte sker gennem eller i samarbejde med PPR. Det betyder også, at der ikke er mange sagsbehandlere, der har stor rutine i at udarbejde henvisninger til psykiatrien.

Det er ikke muligt gennem tilgængelige kvantitative data at kortlægge, hvordan fordelingen er mellem henvisninger fra henholdsvis PPR og børne- og familieafsnit i kommunerne. Baseret på de kvalitative udsagn formodes det, at langt de fleste henvisninger fra kommunen stammer fra PPR.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i sundhedsforvaltningen

Specifikt for Københavns Kommune gælder det, at der er en række samtaleterapeutiske tilbud til unge forankret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Center for Mental Sundhed.

Her kan unge fra 13 år modtage behandlingsforløb, hvor der gennemføres en relativt omfattende udredning af borgerens aktuelle situation og vanskeligheder. Henvisning til Center for Mental sundhed kan komme fra alle kommunale samarbejdsparter (Skoler, PPR, sundhedsplejen, myndighedsrådgivere, modtageenheder og skolesocialrådgivere), fra studievejledere på ungdomsuddannelser, men hyppigst fra almen praksis (estimeret ca. 70 % af henvisningerne).

Center for Mental Sundhed kan som led i visitation eller et behandlingsforløb blive opmærksomme på en behov for en eventuel udredning eller behandling i psykiatrien. Når dette sker, henvises til egen læge med en anbefaling om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Repræsentanter for Center for Mental Sundhed har gode erfaringer med at få sparring fra CVD i forbindelse med vurdering af, hvorvidt der skal henvises til almen praksis med anbefaling om henvisning til psykiatrien. Center for Mental Sundhed har ikke mulighed for selv at henvise til CVD.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i Center for Visitation og Diagnostik

Alle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien skal sendes til CVD, som varetager visitationen af henvisninger til BUC. Her foretages som udgangspunkt en indledende "papirvisitation", hvor henvisningens relevans vurderes, på baggrund af det med henvisningen indsendte materiale.

I 2019 indførte CVD en ny visitationspraksis, hvor papirvisitationen (visitation på baggrund af modtagne dokumenter) blev suppleret af muligheden for en klinisk visitation. De kliniske visitationer bliver brugt i de tilfælde, hvor visitator ved papirvisitationen er i tvivl om, hvorvidt en henvisning skal godkendes eller tilbagehenvises. Den kliniske visitation gennemføres som en samtale med den henviste og den henvistes familie. Det er som hovedregel personale med erfaring fra børne- og ungdomspsykiatrien, der gennemfører visitationerne i CVD.

Ved en accepteret henvisning videregives henvisningen til et afsnit i BUC. Ved visitationen i CVD frasorteres desuden egentlige fejlhenvisninger og henvisninger med manglende formalia. Ved alle tilbagehenvisninger vurderes det, om der skal sendes en underretning til bopælskommunen.

Repræsentanter for CVD fortæller, at der i de senere år er blevet åbnet for visitationer til udredning for muligheden for medicinsk behandling af børn og unge med ADHD. Disse patienter blev tidligere afvist med besked om at henvende sig til privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsproces med udgangspunkt i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Alle ikke-akutte henvisninger modtages fra CVD til afsnitsvisitation. I afsnittet gennemgås dokumenter og oplysning, og særligt er der fokus på, om der er det nødvendige samtykke

til at iværksætte udredning og behandling. I det omfang, der er behov for yderligere afklaring, kontaktes familien telefonisk. I telefonsamtalen afklares det, om der er igangsat behandling i privat regi, eller om familien først ønsker påbegyndt udredning/behandling på et senere tidspunkt. I begge tilfælde afsluttes forløbet med besked til henviser. Ligeledes afsluttes forløbet i de tilfælde, hvor der ikke kan opnås samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere fra forældre med delt forældremyndighed.

Efter en eventuel telefonsamtale indkaldes familien til en første samtale. Hvis der ikke er fremmøde efter to forsøg, og der ikke kan opnås telefonisk kontakt, afsluttes forløbet med besked til henviser. Hvis samtalen gennemføres, tages der stilling til, om patienten falder inden for målgruppen for udredning og/eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ved alle tilbagehenvisninger vurderes det, om der skal sendes en underretning til bopælskommunen.

Se proceskort i bilag for flere detaljer.

Henvisningsprocessen på tværs

Hvis der kigges på tværs af de forskellige delprocesser, som det samlede billede af henvisningsprocesserne består af, kan der udledes en række vigtige pointer:

- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien sker i en kontekst præget af betydelig organisatorisk kompleksitet.
- Der er ofte en betydelig indsats i at iværksætte og afprøve andre tilbud inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien – særligt når henvisningen kommer fra kommunen.
- En tilbagehenvisning på grund af manglende oplysninger vil i mange tilfælde føre til en genhenvisning, der betyder, at den samlede proces forlænges.
- Specifikt i forhold til Center for Mental Sundhed forekommer det som et forlængende element i henvisningsprocessen, at centreret ikke kan henvise direkte til børne- og ungdomspsykiatrien.
- Det kan overvejes, om visitationsprocesserne på tværs af CVD og BUC kan optimeres, så der samlet set er færre procestrin i henvisningsforløbet.
- Det vil være interessant at kunne opdele henvisninger fra kommunen i forhold til, hvorvidt de kommer fra PPR eller børne- og familieafsnittet, med henblik på at kunne gennemføre en mere nuanceret analyse af omfang og udvikling i tilbagehenvisninger.

Se proceskort samlet for alle aktører i bilag.

4 Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC?

I dette afsnit præsenteres data, som understøtter besvarelsen af analysespørgsmål 1. Her undersøges hvilke børn og unge, der henvises og tilbagehenvises til BUC i forhold til en række baggrundskarakteristika. Formålet er at få et billede af, om der er sammenhænge og systematik i henvislninger og tilbagehenvislninger i forhold til udvalgte faktorer relateret til henvislningssparter og de henviste.

I de følgende afsnit præsenteres således undersøgelser af sammenhænge mellem henvislninger og tilbagehenvislninger i forhold til 1) henvislningsspart, 2) aktiv sag i kommunen, 3) bopæl, 4) indkomst, 5) brugen af kliniske visitationer og 6) øvrige undersøgte faktorer.

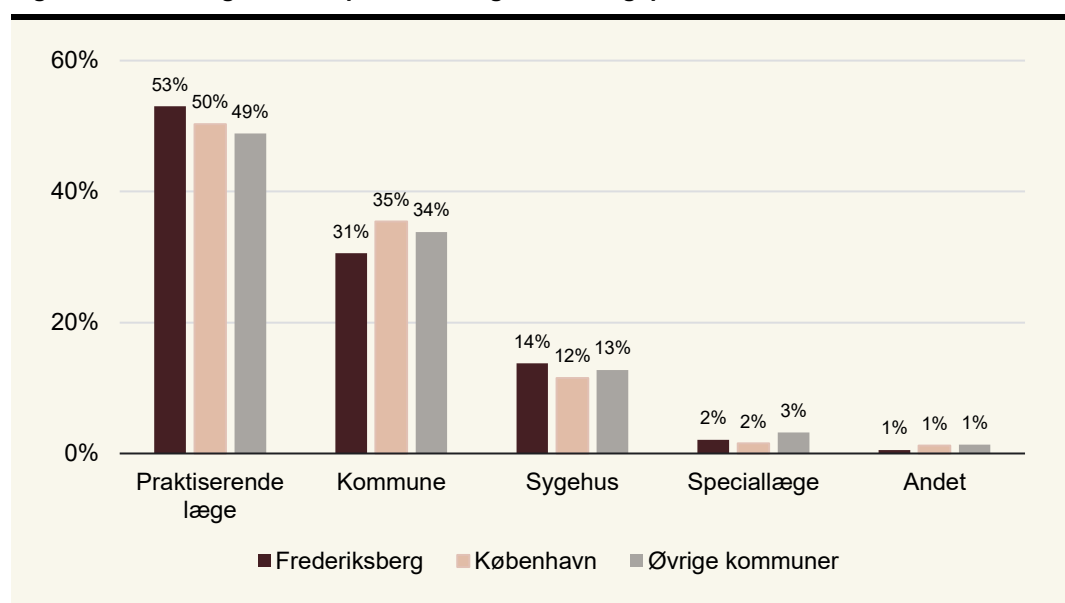
4.1 Sammenhæng mellem henvislninger og henvislningsspart

Dette afsnit undersøger sammenhænge mellem henvislninger og henvislningssparter. Formålet er at undersøge, hvem der henviser til BUC, og om der er systematiske forskelle i andelen, som tilbagehenvises fordelt på henvislningssparter.

Figur 6 viser, hvordan henvislningerne fordeler sig i forhold til henvislningsspart. Størstedelen af henvislningerne kommer fra de praktiserende læger og fra kommunerne – samlet set kommer ca. halvdelen af henvislningerne til BUC således fra de praktiserende læger, mens ca. en tredjedel af henvislningerne kommer fra kommuner. Derudover kommer ca. 12% af henvislningerne fra andre sygehusafsnit, og en lille andel på ca. 4% kommer fra speciallæger eller andre henvislningssparter.

Sammenligner vi Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og de øvrige kommuner i regionen, er fordelingen relativt ens. Frederiksberg har en lidt større andel henvislninger, der kommer fra de praktiserende læger, mens andelen af henvislninger, der kommer fra kommunen, er tilsvarende mindre. Det drejer sig dog blot om få procentpoints forskel.

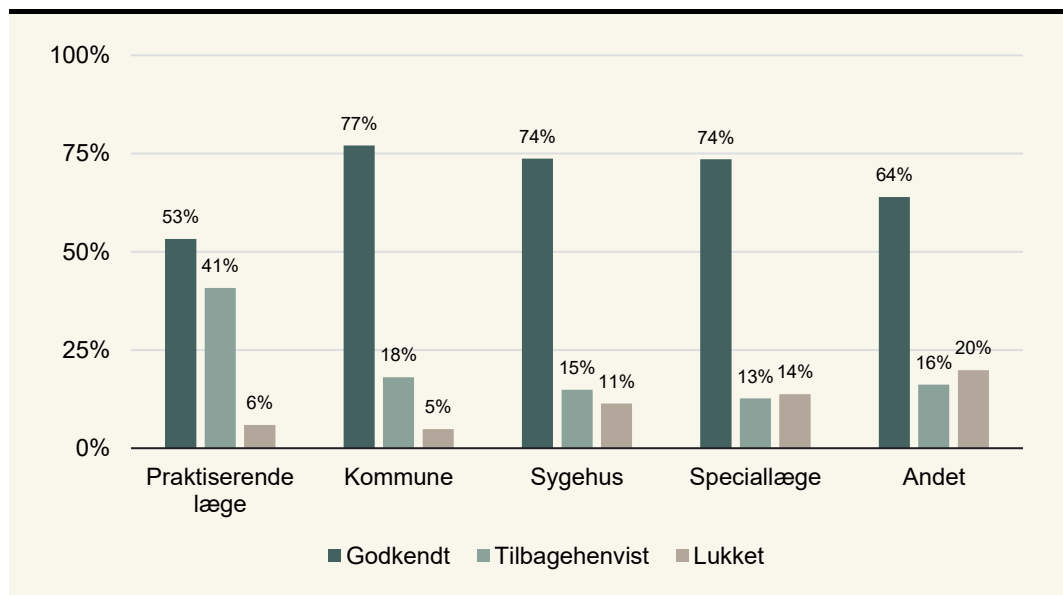
Figur 6: Henvislninger fordelt på område og henvislningsspart



Note: Tallene er et gennemsnit af dataperioden fra 2019-2023.

Henvisningsudfaldet fordelt på de seks forskellige henvisningsparter er vist i Figur 7. Figuren viser andelen af henvisninger, som hhv. godkendes, tilbagehenvises og lukkes fordelt på de seks forskellige henvisningsparter, for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune samlet.

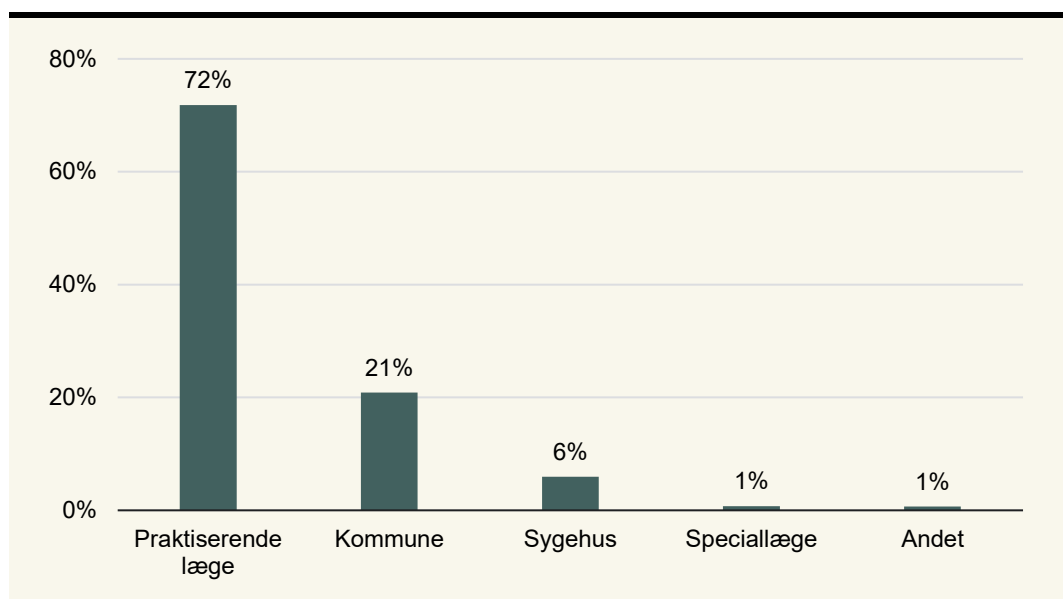
Figur 7: Henvisninger fra Frederiksberg og København fordelt på henvisningsudfald og henvisningspart



Note: Indeholder data for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune for årene 2019-2023.

Henvisninger fra de praktiserende læger skiller sig ud i forhold til andelen af henvisninger, der tilbagehenvises. På tværs af dataperioden bliver 41% af henvisningerne fra de praktiserende læger tilbagehenvist. Derimod tilbagehenvises blot mellem 13-18% af henvisningerne fra de øvrige fem henvisningsparter. Sammenholdes dette med Figur 6, som viser, at ca. halvdelen af det samlede antal henvisninger kommer fra de praktiserende læger, kan det altså konkluderes, at langt størstedelen – 72% – af de henvisninger, der tilbagehenvises, kommer fra de praktiserende læger. Dette fremgår af Figur 8, som viser fordelingen af tilbagehenvisninger fordelt på henvisningspart.

Figur 8: Tilbagehenvisninger fordelt på henvisningspart

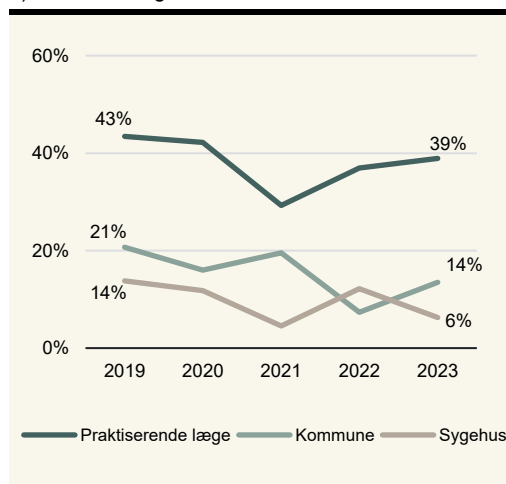


Note: Indeholder data for henvisninger af børn og unge bosiddende i Frederiksberg og Københavns Kommune for årene 2019-2023.

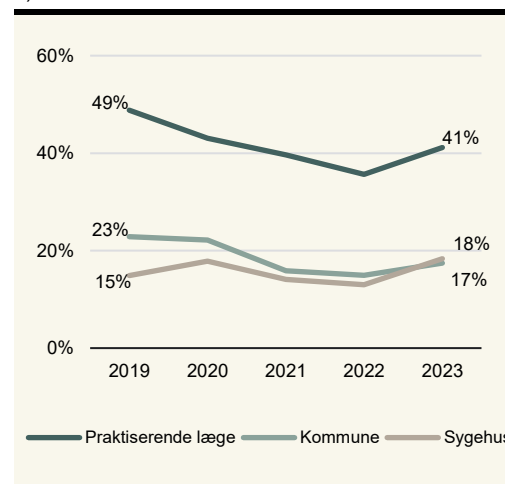
Figur 9 viser udviklingen i andelen af henvisninger, som tilbagehenvises, fordelt på de tre hyppigste henvisningsparter, hhv. praktiserende læger, kommunen og sygehus. Her ses det, at der i Frederiksberg Kommune har været et fald i andelen af henvisninger, som tilbagehenvises, for alle tre henvisningsparter. Fra praktiserende læger er andelen faldet med 4 procentpoint, fra kommunen er andelen faldet med 7 procentpoint, og fra sygehuse er andelen faldet med 6 procentpoint. I Københavns Kommune er det særligt et fald i andelen af henvisninger fra de praktiserende læger og fra kommunen, som tilbagehenvises, der driver det generelle fald i andelen af tilbagehenvisninger. Fra de praktiserende læger er andelen faldet med 8 procentpoint og fra kommunen er andelen faldet med 6 procentpoint, mens andelen af henvisninger fra sygehuse, der tilbagehenvises, er steget med 3 procentpoint.

Figur 9: Udvikling i andel henvisninger, som tilbagehenvises, fordelt på henvisningspart

a) Frederiksberg Kommune



b) Københavns Kommune



4.2 Sammenhæng mellem henvisninger og aktiv sag i kommunen

I dette afsnit undersøges sammenhængen mellem henvisninger, og hvorvidt det henviste barn eller den henviste unge har en aktiv sag i kommunen på henvisningstidspunktet. Formålet er at afdække, om der er forskelle i tilbagehenvisningsandelen afhængig af, om den henviste har en aktiv sag eller ej.

Igennem hele afsnittet skal der tages forbehold for, at der er betydelige fejlkilder behæftet ved det indsamlede data for aktive social- og PPR-sager, grundet begrænsede muligheder for at trække data fra de kommunale fagsystemer. I de tilfælde, hvor det tilgængelige datamateriale ikke indikerer, at der har været en aktiv sag på henvisningstidspunktet, kan det derfor ikke med sikkerhed konkluderes, at der *ikke* har været en aktiv sag. De steder, hvor datamaterialet viser, at der har været en aktiv social- eller PPR-sag, kan det dog *godt* konkluderes, at der *har* været en aktiv sag.

En indikation på den begrænsede datakvalitet fremgår bl.a. af, at langt de fleste henviste fra kommunen måtte formodes at have en aktiv sag ved henvisningstidspunktet, men datamaterialet viser imidlertid, at blot 31% af henvisningerne fra kommunen i København og 69% af henvisningerne fra kommunen i Frederiksberg har en aktiv kommunal sag på henvisningstidspunktet. Denne store forskel mellem Københavns og Frederiksberg Kommune dækker bl.a. over, at det ikke har været muligt at indsamle data for PPR-sager for Københavns Kommune. Tallene for PPR-sager indeholder derfor kun data for Frederiksberg Kommune.

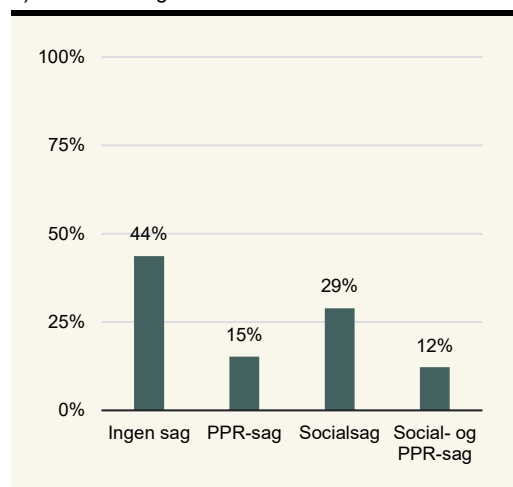
Figur 10 a viser fordelingen i andelen af henviste børn og unge, som har haft hhv. ingen aktiv sag, en aktiv PPR-sag, en aktiv socialsag og både en aktiv social- og PPR-sag på henvisningstidspunktet i Frederiksberg Kommune med udgangspunkt i det tilgængelige datamateriale. Figur 10 b viser fordelingen i andelen af henviste børn og unge, som har haft hhv. ingen aktiv sag og en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet i Københavns Kommune.

Af figurene fremgår det, at der for knap halvdelen af børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune ikke er en aktiv sag i kommunen på henvisningstidspunktet. 15% har en aktiv PPR-sag men ingen socialsag, 29% har en aktiv socialsag men ingen PPR-sag og 12% har både en aktiv social- og PPR-sag på henvisningstidspunktet. I alt har 27% af de henviste altså en aktiv PPR-sag på henvisningstidspunktet mens 41% har en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet blandt børn og unge bosiddende på Frederiksberg.

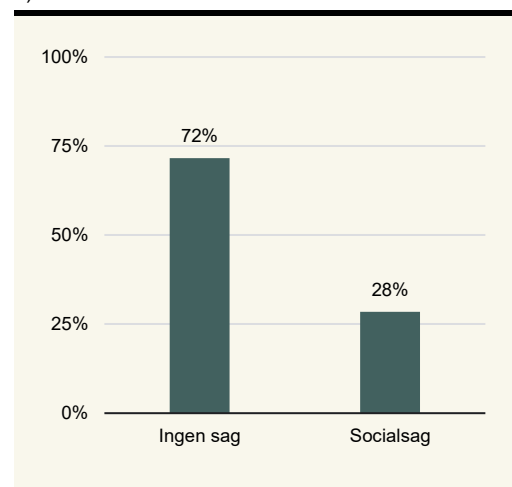
I Københavns Kommune er andelen af henvisninger, hvor vi kan se en aktiv socialsag på henvisningstidspunktet, mindre end i Frederiksberg Kommune. Her har kun 28% af de henviste en aktiv socialsag i kommunen på henvisningstidspunktet med udgangspunkt i det tilgængelige datamateriale.

Figur 10: Fordeling af andel med en aktiv social- og/eller PPR-sag på henvisningstidspunktet

a) Frederiksberg Kommune



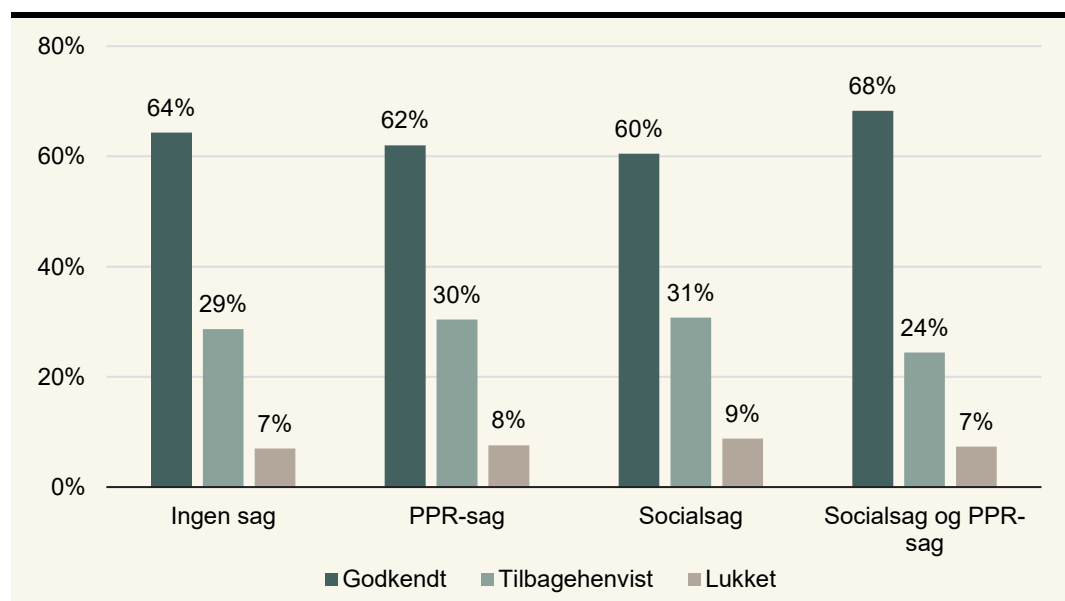
b) Københavns Kommune



Note: Der skal tages forbehold for, at datakvaliteten for aktive socialsager og PPR-sager er begrænset. Dataperioden er afgrænset til 2019-2022. Der er kun data for PPR-sager for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

Ser vi på henvisningsudfaldet fordelt på, hvorvidt der har været en aktiv sag på henvisningstidspunktet, ser vi ingen systematisk sammenhæng mellem at have en aktiv sag i hverken PPR eller på socialområdet, og henvisningsudfald, jf. Figur 11. Der ses en svag indikation af, at børn og unge, som har både en aktiv PPR- og socialsag på henvisningstidspunktet, tilbagehenvises i lavere grad end de øvrige – her er tilbagehenvisningsandelen på 24%, sammenlignet med 29-31% i de øvrige grupper. Der skal dog tages forbehold for, at tallet af forbundet med usikkerhed pga. antallet af observationer af henvisninger, hvor der både ses en aktiv PPR- og socialsag på henvisningstidspunktet.

Figur 11: Henvisningsudfald fordelt på, om der er en aktiv social- og/eller PPR-sag på henvisningstidspunktet

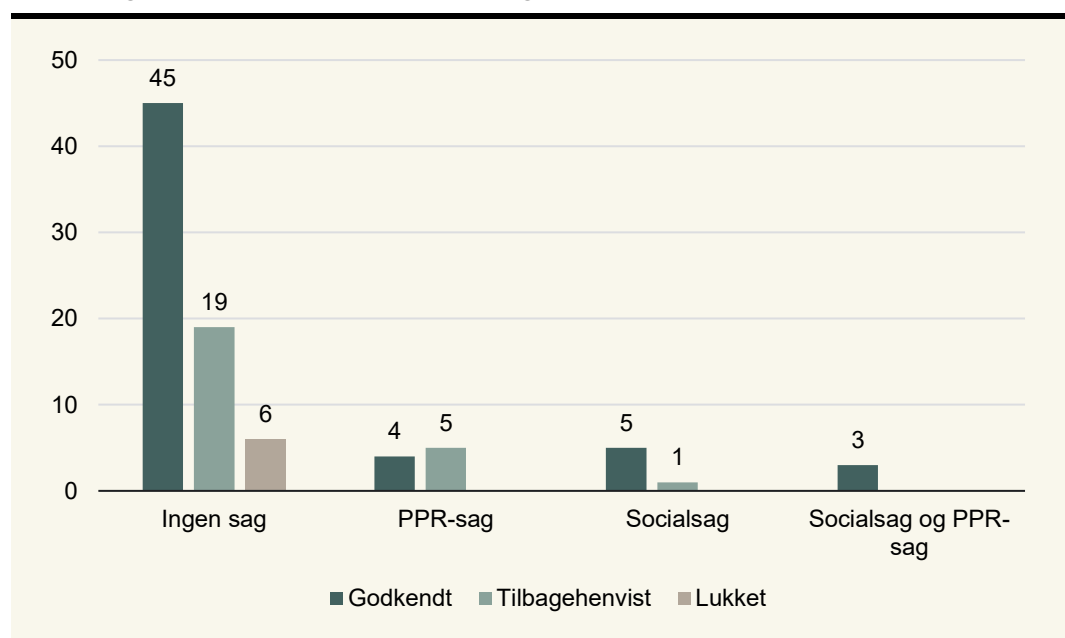


Note: Der skal tages forbehold for, at datakvaliteten for aktive socialsager og PPR-sager er begrænset. Dataperioden er afgrænset til 2019-2022. Der er kun data for PPR-sager for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

For at undersøge sammenhænge i tilbagehenvislninger, genhenvislninger og aktive sager, har vi undersøgt henvislningssudfaldet for genhenvislninger af de børn og unge, som ved deres første henvislning tilbagehenvislles, og som ikke har en aktiv sag på henvislningstidspunktet ved den første henvislning. Her kunne en hypotese være, at de børn og unge, som ikke har en aktiv sag og tilbagehenvislles ved deres første henvislning, efterfølgende ville få en aktiv sag i kommunen, og derfor have større sandsynlighed for at få en godkendt henvislning ved genhenvislning.

Tallene i Figur 12 viser dog, at volumen i antallet af børn og unge, hvor der igangsættes en sag i kommunen efter deres første henvislning er blevet tilbagehenvist, er for lille til, at vi kan konkludere på sammenhængen. Ud af de 88 børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune, som ved deres første henvislning ikke har en aktiv sag og tilbagehenvislles, og derefter genhenvislles, er det kun 18, som på genhenvislningstidspunktet har en aktiv PPR- eller socialsag. Tal for Københavns Kommune er ikke inkluderet i figuren, da der her ikke findes data for aktive PPR-sager.

Figur 12: Henvislningssudfald ved første genhenvislning for tilbagehenvislte uden aktiv sag på henvislningstidspunktet ved første henvislning



Note: Der skal tages forbehold for, at datakvaliteten for aktive socialsager og PPR-sager er begrænset. Figuren indeholder kun data for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune, da det ikke har været muligt at trække data for aktive PPR-sager i Københavns Kommune.

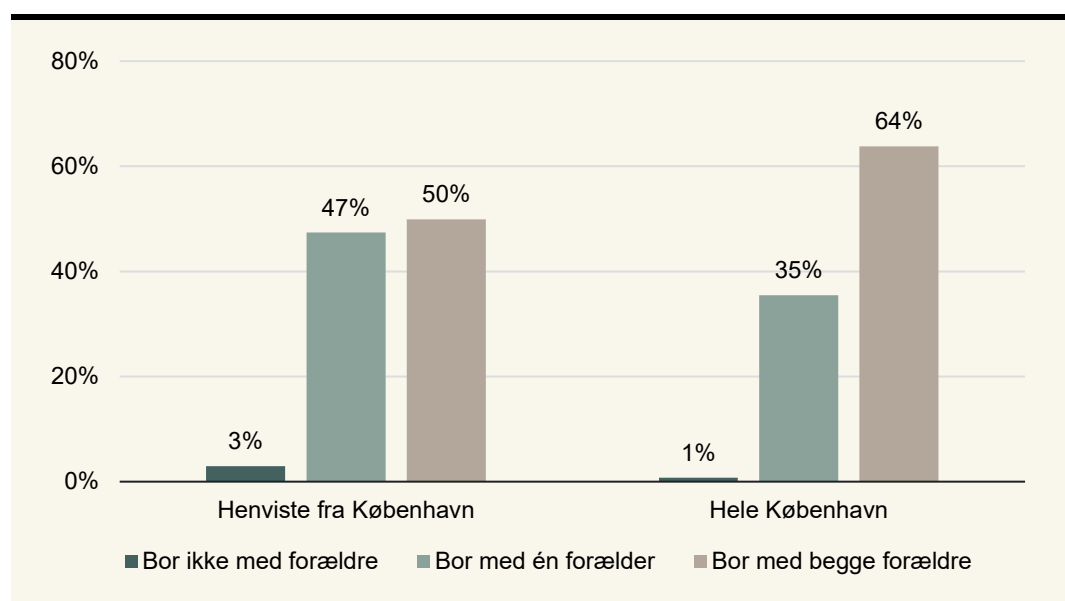
4.3 Sammenhæng mellem henvislninger og bopælsstatus

I dette afsnit undersøges sammenhængen mellem henvislninger og bopælsstatus for de børn og unge, der henvislles til BUC. Bopælsstatus er opgjort i forhold til, om barnet eller den unge har bopæl samme sted som hhv. begge sine biologiske forældre, med én af sine biologiske forældre, eller om barnet eller den unge ikke har bopæl på samme adresse som sine biologiske forældre. Dette ses som et element i barnet eller den unges sociale forhold.

Figur 13 viser fordelingen af bopælsstatus for de børn og unge, der henvislles til BUC, sammenlignet med bopælsstatus for den samlede befolkning af børn og unge i Københavns Kommune. Henviste fra Frederiksberg Kommune er ikke inkluderet, da det ikke her har været muligt at indsamle data for bopælsstatus for forældre.

Figuren viser, at 50% af de børn og unge, der henvises til BUC, bor sammen med begge deres forældre på henvisningstidspunktet. 47% bor med kun én forælder, mens 3% hverken bor med deres biologiske mor eller far på henvisningstidspunktet. Sammenligner vi dette med fordelingen af bopælsstatus for alle børn og unge i Københavns Kommune, kontrolleret for alderssammensætningen af de børn og unge, der henvises, ser vi en markant forskel i andelen, som bor med begge deres forældre. Blandt alle børn og unge bosiddende i København bor 64% med begge deres forældre, mens 35% bor med kun én forælder og mindre end 1% ikke bor på samme bopælsadresse som deres forældre.

Figur 13: Fordeling af bopælsstatus for henviste og for hele befolkningen af børn og unge i Københavns Kommune i 2023



Note: Fordelingen af bopælsstatus for alle børn og unge i København er vægtet i forhold til aldersfordelingen af de børn og unge, der henvises, da der også ses en sammenhæng mellem alder, og andelen af børn og unge, der bor med hhv. begge, én eller ingen forældre. Figuren indeholder kun tal for Københavns Kommune, da det ikke har været muligt at indsamle data for bopælsstatus for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

4.4 Sammenhæng mellem henvisninger og indkomst

I dette afsnit undersøges det, hvorvidt der er en sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold, henvisninger og tilbagehenvisninger.

Da det ikke har været muligt at indsamle data for socioøkonomiske forhold på individniveau for det enkelte barn eller den enkelte unge, som henvises, bruger vi i stedet gennemsnitsindkomsten i det postnummer, som den henviste bor i, som en indikator for indkomstniveauet i den henvistes husstand. Vi har således opdelt Københavns og Frederiksberg Kommune i 12 områder baseret på postnummer, og indsamlet data for den gennemsnitlige disponible indkomst for borgere med bopæl i hvert af de 12 områder.

I fortolkning af tallene skal der tages forbehold for, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem områdets gennemsnitsindkomst og den henvistes socioøkonomiske forhold – områdegennemsnittet skal i stedet ses som en indikator for den henvistes socioøkonomiske forhold. Validiteten af denne indikator afhænger af, i hvor høj grad de henviste børn og unges husstand ligner de øvrige husstande i området, samt hvor stor indkomstspredning der er i området. Jo større indkomstspredning der er i området, jo mere usikker vil indikatoren være, da der i så fald vil være større sandsynlighed for, at indkomsten i den enkelte husstand afviger fra gennemsnittet. Dette har desværre ikke været muligt at undersøge i

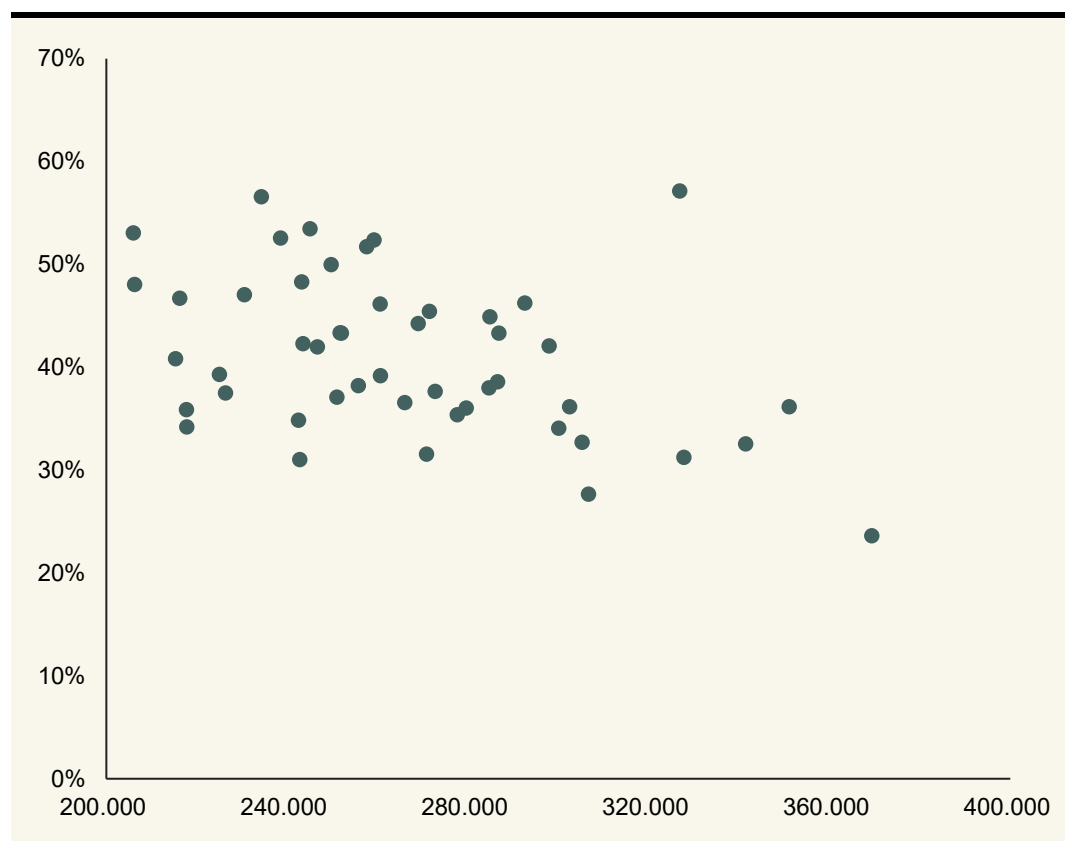
det tilgængelige data. Implement vurderer dog, at gennemsnitsindkomsten i et område i hvert fald i nogen grad er en valid indikator for indkomsten i de enkelte husstande i området, og at indikatoren derfor – med forbehold – kan bruges til at undersøge sammenhænge mellem henvisninger og indkomst.

Figur 14 viser sammenhængen mellem den gennemsnitlige disponible indkomst i et postnummer i et givent år (x-aksen), og andelen af henvisninger i området, der tilbagehenvises (y-aksen). Figuren indeholder kun henvisninger fra de praktiserende læger.

Figur 14 viser, at der er en negativ sammenhæng mellem disponibel indkomst og andelen af henvisninger fra almen praksis, der tilbagehenvises. Den indikerer således, at børn og unge, der henvises af almen praksis, og som har bopæl i et område med en højere disponibel indkomst, i mindre grad tilbagehenvises end børn og unge, som har bopæl i et område med en lavere disponibel indkomst. Dette tyder på, at henvisninger fra almen praksis af børn og unge, som bor i områder med højere disponibel indkomst, er af højere kvalitet.

Det er også undersøgt, om der er en sammenhæng mellem gennemsnitsindkomsten i et område og antallet af børn og unge, der henvises. Der er her kun en svag sammenhæng.

Figur 14: Sammenhæng mellem den gennemsnitlige disponible indkomst på postnummer-niveau og andelen af henvisninger fra de praktiserende læger, som tilbagehenvises



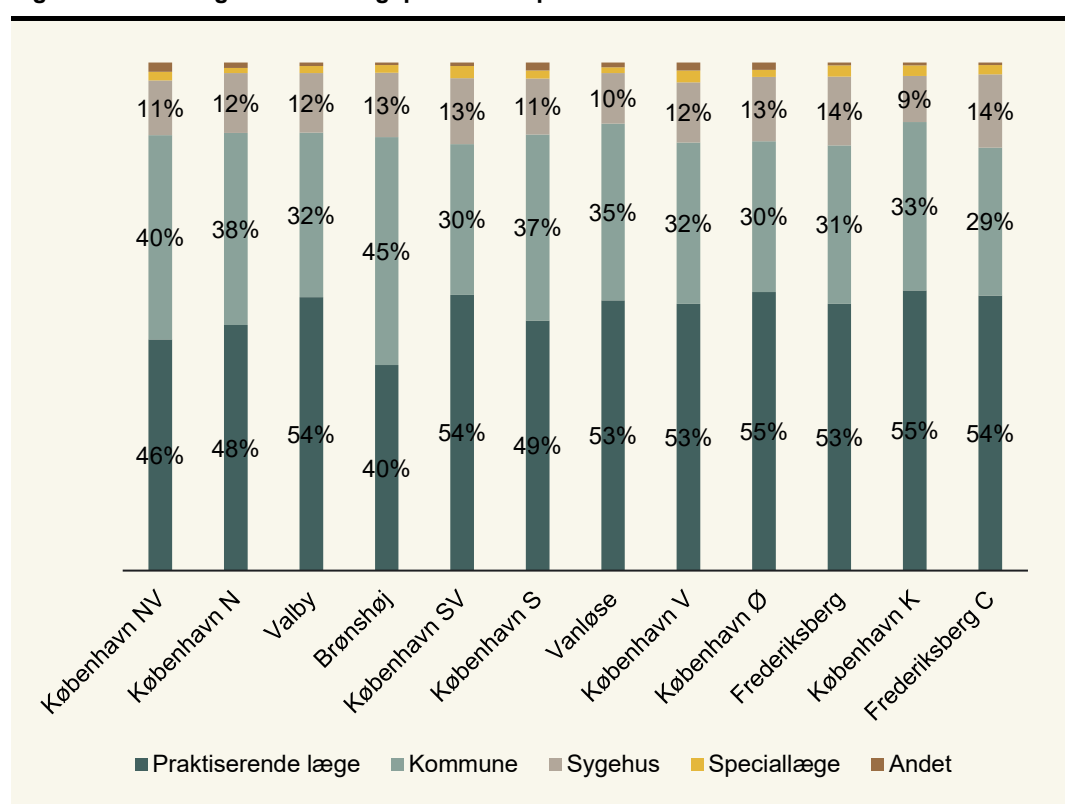
Note: Hver cirkel angiver disponibel indkomst og tilbagehenvislingsandelen for et område i et givent år fra 2019-2022. Områder og år med mindre end 20 henvisninger er ikke inkluderet for at undgå, at sammenhængen påvirkes af outliers. 2023 er ikke inkluderet, da det ikke har været muligt at indsamle data for disponibel indkomst i dette år.

Figur 15 viser fordelingen af henvisningspart i hvert af 12 områder af København og Frederiksberg. Figurens x-akse er sorteret efter den gennemsnitlige disponible indkomst i området i 2022, hvor København NV har den laveste gennemsnitlige disponible indkomst

(217.771 kr. per år.) og Frederiksberg C har den højeste gennemsnitlige disponible indkomst (341.472 kr. per år).

Der ses en svag tendens til, at områderne med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst har en større andel af henvisninger, som kommer fra de praktiserende læger, og en tilsvarende mindre andel henvisninger, der kommer fra kommunen. I København NV bliver 46% henvist fra de praktiserende læger, og 40% henvist fra kommunen, mens fordelingen i Frederiksberg C er, at 54% af henvisninger kommer fra de praktiserende læger mens 29% af henvisningerne kommer fra kommunen. Brønshøj er det område, hvor andelen af henvisninger, der kommer fra kommunen, er størst – her kommer 45% af alle henvisninger fra kommunen. Der er således relativt store spænd i andelen, der henvises fra hhv. de praktiserende læger og kommunen på tværs af de 12 områder.

Figur 15: Fordeling af henvisningspart fordelt på områder



Note: x-aksen er sorteret efter den gennemsnitlige disponible indkomst i området, hvor København NV har den laveste gennemsnitlige disponible indkomst og Frederiksberg C har den højeste gennemsnitlige disponible indkomst. Figuren tager udgangspunkt i den gennemsnitlige disponible indkomst i 2022, og indeholder data for antallet af henvisninger fra 2019-2023.

4.5 Kliniske visitationer

Som beskrevet i afsnit 3.2, blev der i 2019 indført en ny visitationspraksis i CVD, hvor papirvisitation blev suppleret af muligheden for en klinisk visitation, i de tilfælde, hvor visitator ved papirvisitationen er i tvivl om, hvorvidt en henvisning skal godkendes eller tilbagehenvises. Figur 16 viser udviklingen i antallet af kliniske visitationer, samt andelen af det samlede antal henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation.

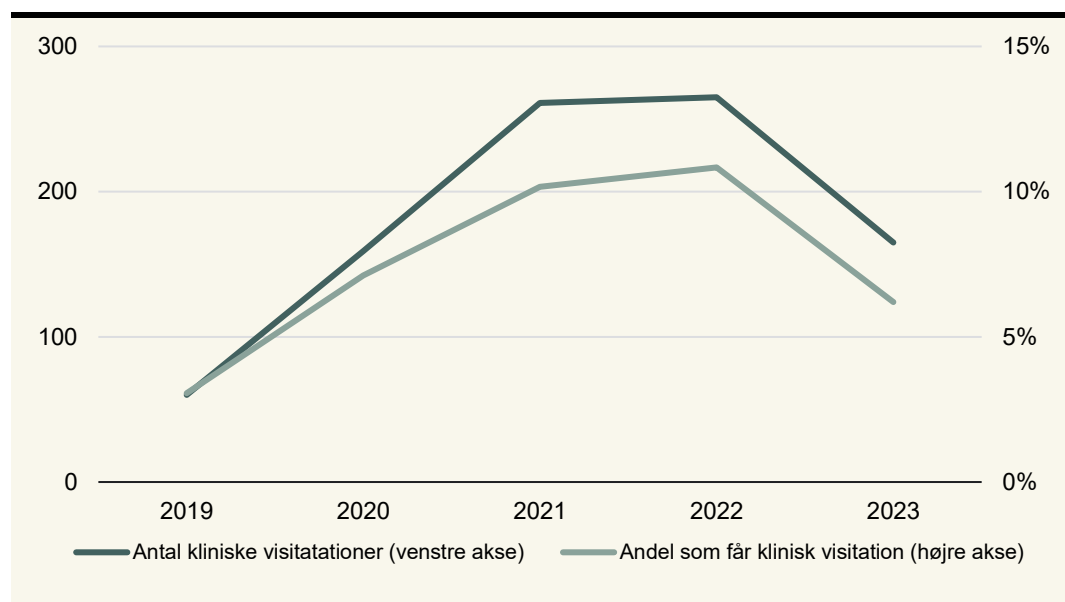
Af figuren ses det, at der fra 2019 til 2022 har været en stigning i både antallet af kliniske visitationer og andelen af henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation. I 2019 blev

der foretaget en klinisk visitation for 3% af alle henvisninger til BUC af børn og unge bo-siddende i Frederiksberg og Københavns Kommune, mens der i 2022 blev foretaget en klinisk visitation for 11% af alle henvisninger. Denne stigning i antallet af kliniske visitation-er hænger sammen med, at der løbende er blevet tilført flere ressourcer til at foretage de kliniske visitationer. Fra 2022 til 2023 falder andelen fra 11% til 6%, hvilket igen hænger sammen med en ændring i de ressourcer, der er allokeret til de kliniske visitationer. Dette tyder på, at udviklingen i omfanget af brugen af kliniske visitationer i højere grad hænger sammen med de afsatte ressourcer, end et observerbart større eller mindre behov for klinisk visitation.

På baggrund af oplysninger fra CVD antages det, at ca. 10% af kliniske visitationer tilbagehenvises. På baggrund af registerdata kan dette hverken af- eller bekræftes, da det i data fremgår, at ingen henvisninger, hvor der foretages en klinisk visitation, tilbagehenvi-ses. Dette kan skyldes fejlkilder ifm. den registreringspraksis, der er ved de kliniske visita-tioner.

Sammenholder man stigningen i antallet af kliniske visitationer, og andelen af henvisnin-ger, der tilbagehenvises på baggrund af kliniske visitationer, tyder det på, at indførslen af kliniske visitationer har bidraget til en stigning i antallet af godkendte henvisninger. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om den skulle accepteres. Der har fra 2019 til 2023 været en stigning i antallet af kliniske visitationer på 105 henvisninger, hvilket ikke er stort nok til at forklare hele den samlede stigning i antallet af henvisninger, der godkendes, jf. Figur 3, men det kan i hvert fald konkluderes, at der ses en parallel sammenhæng mellem stignin-gen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i da-taperioden.

Figur 16: Udvikling i antallet og andelen af henvisninger, hvor der foretages en klinisk visita-tion



4.6 Sammenhænge mellem henvisninger og andre baggrundskarakteristika

Udover de data, som er præsenteret i ovenstående afsnit, er sammenhænge mellem henvisninger og en række andre karakteristika og baggrundsvariable også undersøgt.

Der ses ingen sammenhæng mellem hverken antallet, som henvises, eller andelen af henvisninger, som tilbagehenvises, når vi fordeler på køn. Fordeler vi på alder ser vi, at det er de ældre børn og unge, som udgør størstedelen af de henviste, men der ses ingen sammenhæng mellem alder og henvisningens udfald.

Vi har også undersøgt sammenhænge mellem henvisninger og henvisningsdiagnoser, for at se, om der er systematiske sammenhænge mellem henvisningsdiagnose og henvisningsudfald, samt om dette har ændret sig over tid. Vi finder dog for store variationer i brugen af henvisningsdiagnoser over tid til, at vi kan danne meningsfulde konklusioner på baggrund af disse data.

4.7 Opsummering

Samlet set kan der i forhold til analysespørgsmål 1 konkluderes følgende:

Generel udvikling:

- Der har i perioden 2019-2023 har været en stigning i antallet af henvisninger til BUC og et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises.
- Faldet i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises, er primært drevet af en markant stigning i antallet af henvisninger, der godkendes af BUC. Der er således kommet markant flere børn og unge ind i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden i løbet af de seneste fem år.
- Størstedelen af både henvisninger, og særligt de henvisninger, der tilbagehenvises, kommer fra de praktiserende læger.
- Der ses samtidig et fald i andelen af henvisninger, der tilbagehenvises til almen praksis.
- Det tyder på, at indførslen af kliniske visitationer hænger sammen med en stigning i antallet af godkendte henvisninger. Dette er under antagelse af, at man tidligere har tilbagehenvist en stor andel af de henvisninger, hvor man har været i tvivl om hvorvidt, den skulle accepteres. Der ses en parallel sammenhæng mellem stigningen i antallet af godkendte henvisninger og stigningen i antallet af kliniske visitationer i dataperioden.

Karakteristika for børn og unge, der tilbagehenvises:

- Med udgangspunkt i de tilgængelige data er det ikke muligt at drage endelige konklusioner om eventuelle sammenhænge mellem henvisningsudfald og en aktiv sag for det enkelte barn eller den enkelte unge i kommunen på henvisningstidspunktet.
- Andelen af børn og unge fra Københavns Kommune, der henvises til BUC, som bor med begge deres forældre, er markant lavere, end det er tilfældet for den samlede population af børn og unge inden for aldersspændet i Københavns Kommune.
- Der ses en negativ sammenhæng mellem den gennemsnitlige disponible indkomst i det postnummer et barn eller en ung bor i, og andelen af henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises. Børn og unge bosiddende i et område med en højere gennemsnitlig disponibel indkomst bliver således i mindre grad tilbagehenvist til almen

praksis, end børn og unge bosiddende i et område med en lavere disponibel indkomst.

- Der ses ingen sammenhæng mellem henvisninger og henvisningsudfald og øvrige undersøgte baggrundskarakteristika. Der kan således ikke ud fra det tilgængelige datamateriale dannes meningsfulde konklusioner om sammenhænge mellem køn, alder og henvisningsdiagnoser – og henvisninger og henvisningsudfald.

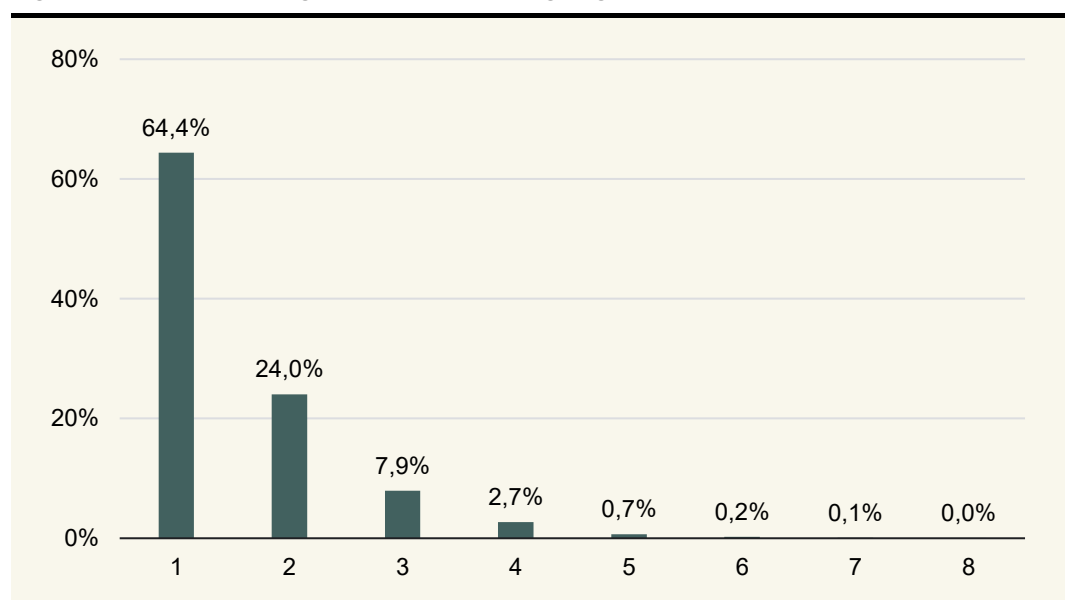
5 Hvor stor en andel genhenvises til BUC?

I dette afsnit præsenteres data som understøtter besvarelsen af analysespørgsmål 3, som omhandler omfanget af genhenvisninger til BUC. Genhenvisninger dækker over de henvisninger, hvor et barn eller en ung, som henvises til BUC, også tidligere har været henvist til BUC.

Denne del af analysen er baseret på data for den seksårige periode fra 2018 til 2023, men indeholder kun konklusioner om børn og unge, som har været henvist mindst én gang i den firårige periode fra 2019 til 2022. Denne afgrænsning er indført for at mindske den fejlkilde, der er ved, at nogle af de børn og unge, som kun optræder med en enkelt henvisning i vores data, også kan have haft henvisningsforløb inden 2018, samt at nogle af de børn og unge, som henvises for første gang i 2023, også kommer til at blive henvist igen i fremtiden.

Figur 17 viser antallet af henvisninger pr. barn og ung i løbet af den seksårige periode fra 2018 til 2023, for børn og unge, der har været henvist til BUC mindst én gang i perioden 2019 til 2022. Her fremgår det, at knap to tredjedele af de børn og unge, der har været henvist, har været henvist én gang i dataperioden. Derimod har ca. en tredjedel af alle henviste været henvist mere end én gang. 24% har været henvist to gange, 8% har været henvist tre gange, og knap 4% bliver henvist mere end tre gange i løbet af den seksårige periode. Endelig har få børn eller unge været henvist op til otte gange i løbet af de seks år. Samlet set svarer omfanget af genhenvisninger til, at 34% af alle henvisninger er genhenvisninger. Det reelle omfang af genhenvisninger er med stor sandsynlighed endnu større, da de henviste børn og unge også kan være blevet henvist før/efter den undersøgte dataperiode.

Figur 17: Antal henvisninger pr. henvist barn og ung

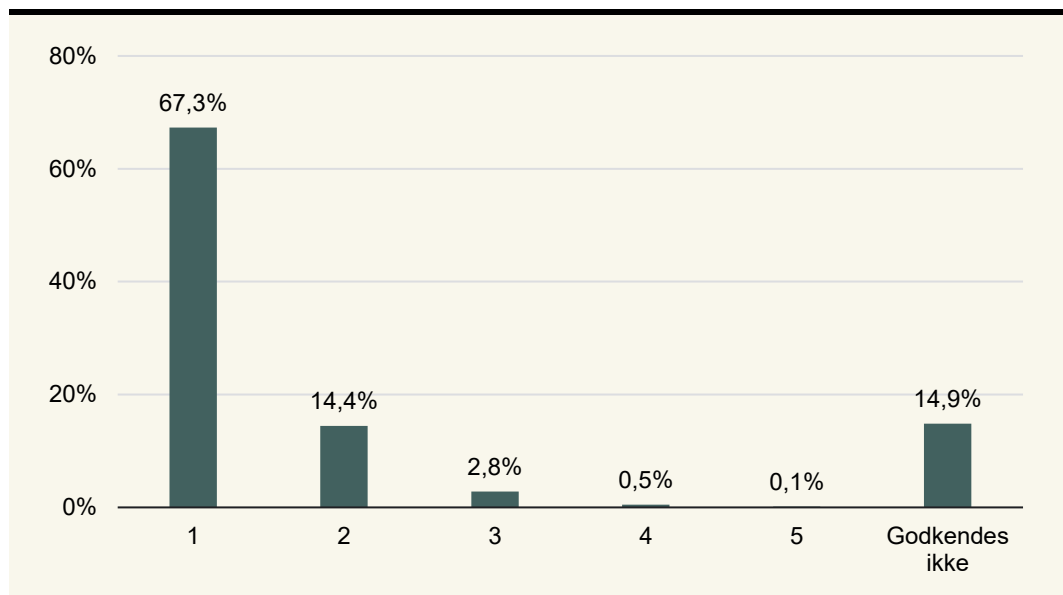


Genhenvisninger kan dække over flere mulige forløbstyper. De dækker både over forløb, hvor et barn eller ung henvises flere gange med samme problemstilling, men hvor det kræver en eller flere henvisninger, før henvisningen godkendes. De dækker dog også over, at der kan være børn og unge som henvises, godkendes og modtager et udrednings- og/eller behandlingsforløb, og senere henvises igen med et nyopstået problem.

Det, at et barn eller ung er blevet henvist fx seks gange er altså ikke nødvendigvis et udtryk for, at det har taget seks henvisninger at blive godkendt til forløb i psykiatrien.

For at undersøge dette nærmere, ses i Figur 18 på fordelingen af det antal henvisninger, der skal til, før et barn eller en ung godkendes for første gang. Her ses det, at over to tredjedele af alle børn og unge, som henvises, godkendes ved deres første henvisning. 14% godkendes ved deres anden henvisning og kun godt 3% henvises tre eller flere gange før de godkendes for første gang. Derudover viser data, at ca. 15% af de børn og unge, som henvises, ikke får en godkendt henvisning på noget tidspunkt i dataperioden. Sammenholdes dette med andelen af henvisninger, der tilbagehenvises – som jf. Figur 2 i gennemsnit er på ca. 30% på tværs af dataperioden – viser dette altså, at andelen af tilbagehenvisninger ikke dækker over, at 30% af de børn og unge, der henvises, er udenfor målgruppen for psykiatrien, men at det for en del børn og unge kræver flere henvisninger, før de bliver godkendt.

Figur 18: Antal henvisninger pr. henvist barn og ung indtil første godkendte henvisning



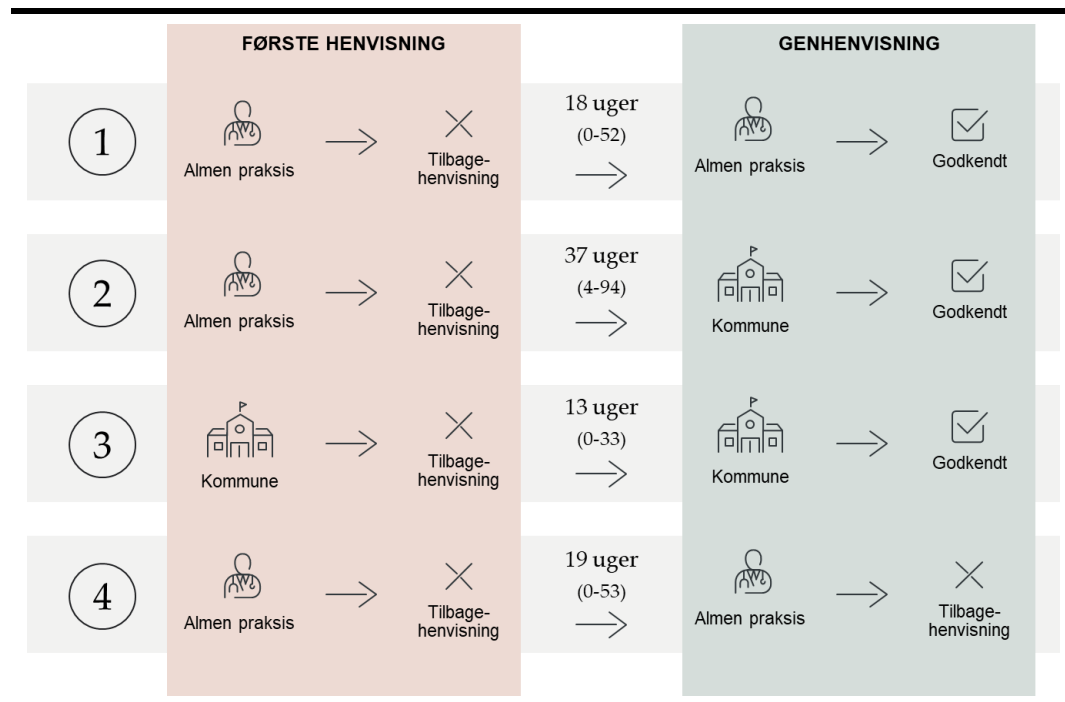
De forskellige typer af genhenvisningsforløb fremlægges i Tabel 1, der viser sammenhængen mellem henvisningspart og henvisningsudfald for hhv. den første og anden henvisning for de børn og unge, der genhenvises. Tabellen er afgrænset til de to største henvisningsparter – de praktiserende læger og kommunen – og indeholder ikke lukkede henvisninger. Tabellen læses først vandret for at se første henvisningspart og udfald, og derefter lodret for at se anden henvisningspart og udfald. Tallet i hver celle indikerer, hvor mange forløb, der har den gældende kombination af henvisningspart og henvisningsudfald ved første og anden henvisning på tværs af henviste fra både Frederiksberg og Københavns Kommune. Cellernes farve indikerer tallets størrelse – jo mørkere farve, jo højere antal børn og unge.

Tabel 1: Henvisningspart og henvisningsudfald for første og anden henvisning

		2. HENVISNING				
		Kommune		Praktiserende læge		
		Godkendt	Tilbagehenvist	Godkendt	Tilbagehenvist	
1. HENVISNING	Kommune	Godkendt	114	31	116	125
		Tilbagehenvist	268	59	20	13
	Praktiserende læge	Godkendt	24	15	133	99
		Tilbagehenvist	288	85	397	264

Resultaterne fra Tabel 1 er opsummeret i Figur 19, som illustrerer de fire mest hyppige genhenvisningsforløb. Det mest hyppige genhenvisningsforløb er således, at første henvisning kommer fra almen praksis, at denne tilbagehenvises, og at anden henvisning igen kommer fra almen praksis, og godkendes. Det næstmest hyppige forløb er, at første henvisning kommer fra almen praksis og tilbagehenvises, og at der derefter henvises fra kommunen, og henvisningen godkendes. To andre hyppige forløb er, at første henvisning kommer fra kommunen og tilbagehenvises, og at kommunen derefter henviser igen, og denne godkendes, samt at både første og anden henvisning kommer fra almen praksis, og begge tilbagehenvises.

Figur 19: Henvisningspart og -udfald for de fire mest hyppige genhenvisningsforløb



Opsummering

Samlet set kan det i forhold til analysespørgsmål 3 konkluderes, at genhenvisninger udgør en stor del af det samlede antal henvisninger. Ca. en tredjedel af alle børn og unge, der henvises til BUC, bliver henvist mere end én gang i løbet af den seksårige dataperiode, hvilket betyder, at ca. en tredjedel af alle henvisninger i perioden, er genhenvisninger. Der skal her tages forbehold for, at den afgrænsede dataperiode betyder, at disse tal med stor sandsynlighed undervurderer omfanget af genhenvisninger.

Når man ser på fordelingen af henvisningspart og henvisningsudfald for dem, som genhenvises, ses det, at det særligt er de praktiserende læger, som står for den første henvisning i et genhenvisningsforløb, og at den første henvisning i disse forløb ofte tilbagehenvises. Hvilke typiske tilbagehenvisningsårsager, der ligger bag disse genhenvisningsforløb, vil blive undersøgt nærmere i næste afsnit.

6 Er der systematik i tilbagehenvisningsårsagerne?

I dette afsnit undersøges analysespørgsmål 2, om hvilken systematik der er i årsagerne til tilbagehenvisninger af børn og unge fra BUC.

Da det ikke har været muligt at koble tilbagehenvisningsårsager til registerdata, kan vi ikke lave direkte koblinger mellem tilbagehenvisningsårsager og henvisningsforløb. Baseret på andre karakteristika for tilbagehenvisninger kan vi dog, med udgangspunkt i en audit af tilbagehenvisningsårsager, give nogle bud på mulige sammenhænge.

Tabel 2 viser resultaterne fra en audit, som Center for Visitation og Diagnostik i Region Hovedstadens Psykiatri har gennemført i 2021, som angiver fordelingen af tilbagehenvisningsårsager. Her fremgår det, at den mest hyppige tilbagehenvisningsårsag er *manglende oplysninger*, hvilket er årsag til 41% af tilbagehenvisninger. Derefter kommer *primærsektor ikke afprøvet*, som årsag til 29% af tilbagehenvisninger og *fejlhenvisning*, som årsag til 20% af tilbagehenvisninger. 7% tilbagehenvises, fordi de vurderes til at være uden for målgruppekriterierne, imens 2% tilbagehenvises på baggrund af, at der ikke findes et egnet tilbud i psykiatrien.

Tabel 2: Årsager til tilbagehenvisninger

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

Kilde: Audit foretaget i 2021 af Region Hovedstadens Psykiatriske Center for Visitation og Diagnostik. Tabellen fremgår i Fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien fra 2023. Det er ikke angivet, hvor mange sager, der er gennemgået.

Note: Med "Primærsektor" menes indsatser i kommunen eller hos egen praktiserende læge.

De 41%, som tilbagehenvises pga. manglende oplysninger, må formodes i høj grad at blive genhenvist. Disse kan særligt knyttes til forløbstype 1 og 3 i Figur 19, altså de forløb, hvor både første og anden henvisning kommer fra den samme henvisningspart. Denne hypotese understøttes, når man ser på den tid, der går mellem første og anden henvisning. For forløbstype 1, hvor første henvisning fra almen praksis tilbagehenvises, hvorefter der genhenvises fra almen praksis og godkendes, går der i gennemsnit 18 uger mellem første og anden henvisning, mens medianen af fordelingen, jf. Tabel 3, er på tre uger – dvs., at der for halvdelen af disse forløb går tre uger eller mindre mellem den første og anden henvisning. Gennemsnittet dækker således over, at der er få forløb, hvor tiden mellem første og anden henvisning er meget lang, og derfor trækker gennemsnittet op, på trods af, at størstedelen af forløbene har en meget kort tidsperiode mellem første og anden henvisning. Samme billede ses for forløbstype 3, hvor der i gennemsnit går 13 uger mellem første og anden henvisning med en median på 3.

Den relativt korte tidsperiode mellem første og anden henvisning tyder på, at det med stor sandsynlighed er lettilgængelige manglende oplysninger ved første henvisning, som er årsag til tilbagehenvisningen, da fx afprøvning ved primærsektor må formodes at strække sig over længere tid. Denne hypotese understøttes af de praktiserende læger, der har deltaget i kvalificerende seminarer i forbindelse med analysen, der alle oplever, at en stor del af deres tilbagehenvisninger skyldes manglende oplysninger.

De 29% af henvisningerne, hvor tilbagehenvisningsårsagen er, at primærsektoren ikke er forsøgt, må formodes i særlig grad at knytte sig til forløbstype 2 i Figur 19, altså de genhenvisningsforløb, hvor første henvisning fra almen praksis tilbagehenvises, og anden henvisning fra kommunen godkendes. Her kan en hypotese være, at tilbagehenvisning til almen praksis fører til, at der opstartes et forløb i kommunalt regi, som enten fører til, at det vurderes, at der ikke længere er behov for behandling i psykiatrien, eller at det efter indsats i kommunalt regi fortsat vurderes, at der er behov for behandling i psykiatrien, og der derfor genhenvises fra kommunen. Denne hypotese underbygges af, at tiden mellem første henvisning og genhenvisning her er større end for de øvrige forløbstyper – der går i gennemsnit 37 uger mellem henvisningen fra almen praksis og henvisningen fra kommunen, og medianen er her på 21 uger, svarende til ca. 5 måneder. Denne tidsperiode stemmer i højere grad overens med, at der kan være afprøvet indsats i kommunalt regi eller hos almen praksis inden genhenvisningen.

Tabel 3: Gennemsnit og median for tiden mellem første henvisning og genhenvisning for de fire hyppigste genhenvisningsforløb

Genhenvisningsforløb	Gns.	Median
1: Tilbagehenvist fra almen praksis → godkendt fra almen praksis	18 uger	3 uger
2: Tilbagehenvist fra almen praksis → godkendt fra kommune	37 uger	21 uger
3: Tilbagehenvist fra kommune → godkendt fra kommune	13 uger	3 uger
4: Tilbagehenvist fra almen praksis → tilbagehenvist fra almen praksis	19 uger	2 uger

Ovenstående konklusioner er baseret på genhenvisningsforløb, men jf. Figur 18 er der også ca. 15% af de børn og unge som henvises, som ikke får en godkendt henvisning på noget tidspunkt i løbet af dataperioden. Vi må antage, at det hovedsageligt er blandt disse 15%, at de 7% af henvisningerne, der tilbagehenvises med årsagen *uden for målgruppe-kriterierne*, findes. I forbindelse med kvalificering af de indsamlede data på seminarer fortæller repræsentanterne for almen praksis, at de praktiserende læger i nogen grad bruger henvisning til BUC som en måde at "prøve en sag af på" – altså at henvisning til psykiatrien i nogle tilfælde kan ses som et udtryk for, at den praktiserende læge er i tvivl om, hvorvidt barnet eller den unges problemstilling bør behandles i psykiatrien, snarere end et udtryk for, at lægen har vurderet, at barnet skal behandles i psykiatrien.

De børn og unge, som ikke får en godkendt henvisning på noget tidspunkt i løbet af dataperioden henvises hovedsageligt fra de praktiserende læger – 77% af henvisningerne for dem, der ikke godkendes på noget tidspunkt, henvises således af de alment praktiserende læger.

Opsummering

Samlet set kan det i forhold til analysespørgsmål 2 konkluderes, at manglende oplysninger er den hyppigste årsag til tilbagehenvisning, og at en stor andel af de børn og unge, som tilbagehenvises af denne årsag, formodes at blive genhenvist. Den bærende hypotese er, at det særligt er henvisninger fra almen praksis, som tilbagehenvises med denne årsag, men at også kommunale henvisninger i nogen grad tilbagehenvises pga. manglende oplysninger. Manglende afprøvning af indsats i kommune og/eller almen praksis inden henvisning er også årsag til en relativt stor andel af tilbagehenvisninger, og det

formodes, at der blandt disse også er en andel børn og unge, som genhenvises til BUC efter indsats i kommune eller hos almen praksis er forsøgt.

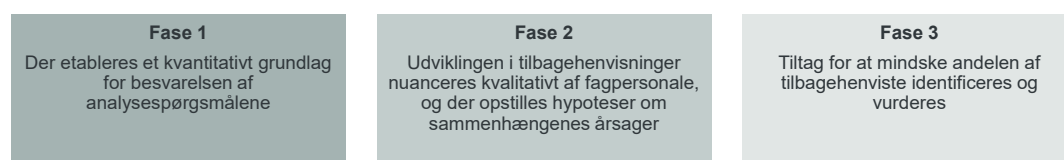
7 Anvendt Metode

Analysen er gennemført på baggrund af et analysedesign og en analyseplan, der er godkendt i Driftsforum under Faglig Sundhedsklynge Byen.

Som en del af analysedesignet blev fire spørgsmål godkendt:

- 1) Hvilke børn og unge tilbagehenvises fra BUC i forhold til baggrundskarakteristika som køn, sociale forhold og sygdomshistorik?
- 2) Er der systematik i de årsager, der gives for tilbagehenvislning af børn og unge fra BUC, herunder i forhold til henvislningsspart og henvislningernes kvalitet?
- 3) Hvor stor en andel af tidligere tilbagehenviste genhenvises senere til BUC?
- 4) Hvilke tiltag kan iværksættes i Sundhedsklynge Byen med henblik på at mindske andelen af tilbagehenviste børn og unge fra BUC?

Analysen blev gennemført i tre faser, der i praksis har overlappet hinanden tidsmæssigt.



7.1 Fase 1

Der er indsamlet data fra de regionale registre for 43.547 henvislninger til BUC i perioden fra 2018-2023. Børn og unge bosiddende i Frederiksberg henvises 1.521 gange i denne periode. Børn og unge bosiddende i København henvises 12.274 gange i perioden.

På baggrund af information fra ansatte i CVD har vi valgt ikke at anvende data fra 2018, da dette af CVD ikke vurderes som valide data.

Datasættet fra regionen indeholder bl.a. variable for:

- Borgerens CPR-nr.
- Borgerens bopælskommune og bopælsadresse ved henvislningstidspunktet
- Henvislningssstatus
- Henvislningsspart
- Henvislningstidspunkt
- Køn
- Alder
- Bopæl
- Om der er gennemført klinisk visitation

Dette suppleres med data tilvejebragt gennem de kommunale fagsystemer:

- Har barnet en aktiv socialsag på henvislningstidspunktet? (Data har været tilgængeligt fra både Københavns og Frederiksberg Kommune, men vurderes ikke at være komplet, hvilket betyder, at der kun kan konkluderes begrænset på baggrund af dette data)
- Har barnet en aktiv PPR-sag på henvislningstidspunktet? (Data har kun kunne tilvejebringes for Frederiksberg Kommune)
- Forældres bopælsadresse (Data har kun kunne tilvejebringes for Københavns Kommune)
- Gennemsnitlig disponibel indkomst fordelt på postnumre

Yderligere data har været forsøgt indsamlet. Dette har dog ikke kunne tilvejebringes inden for projektperioden, eller også har data ikke har en tilstrækkelig kvalitet til at kunne anvendes i analysen.

- Henvisningsdiagnose (diagnosekategorier er anvendt meget forskelligt på tværs af dataperioden, og kan derfor ikke anvendes)
- Borgerens tidligere kontakt med sygehus i regionen (sygdomshistorik)(Har kun kunnet fremskaffes for psykiatrien i perioden, og har derfor ikke bidraget med yderligere data)
- Resultat af godkendt henvisning (diagnose og/eller behandling)(Har ikke kunnet fremskaffes inden for projektperioden)

Sammenhængene mellem og udviklingen i de forskellige variable over tid er som led i fase 1 belyst deskriptivt, med henblik på at besvare analysespørgsmålene. Datasæt fra forskellige fagsystemer er blevet koblet gennem cpr-numre.

7.2 Fase 2

I Fase 2 blev der gennemført tre seminarer. I alt 19 repræsentanter for CVD, BUC, PPR, børne- og familieafsnit, Center for Mental Sundhed og almen praksis deltog i et eller flere af de tre seminarerne. Disse var inviteret gennem kontaktpersoner udpeget af Driftsforum.

To seminarer om procesafdækning

Her blev den fulde proces fra henvisning til tilbagehenvísning, som den opleves af de professionelle parter kortlagt. Et seminar havde fokus på processerne som de ser ud for børn og unge bosiddende i Københavns Kommune og et seminar havde fokus på processerne som de ser ud for børn og unge bosiddende i Frederiksberg Kommune.

Et hypoteseseminar

Repræsentanter for de professionelle parter blev præsenteret for en række billeder af den kvantitative udvikling, og for et samlet overblik over henvisningsprocesserne.

Beskrivelsen af henvisningsprocesserne blev nuanceret og valideret.

På baggrund af billederne af udviklingen i henvisninger tilbagehenvísninger blev forskellige hypoteser om sammenhænge i udviklingen formuleret og drøftet.

Følgende personer deltog i seminarer:

- Anders Barkholt, Almen praksis, Frederiksberg
- Kim Sønderup, Almen praksis, Frederiksberg
- Pernille Ostenfeld, Almen praksis, Frederiksberg
- Jacob Larsen, Myndighedsrådgiver, Børne- og Ungeområdet, Frederiksberg Kommune
- Bouchra Boudlal, Myndighedsrådgiver, Børne- og Ungeområdet, Frederiksberg Kommune
- Laila Berg Christensen, Psykolog, Fællesrådgivningen, Frederiksberg Kommune,
- Louise Gabrielsen, Socialfaglig koordinator, Familieafdelingen, Frederiksberg Kommune
- Anne Charlotte Larsen, Afdelingsleder i Ungeteam, Center for Mental Sundhed, SUF, Københavns Kommune
- Astrid Gade, Leder af psykologer og talehørekonsulenter, BUF, Københavns Kommune
- Sten Kruse-Blinkenberg, Centerchef, Center for Mental Sundhed, SUF, Københavns Kommune
- Nora Stenbak Winge, Børne- og ungerådgiver, SOF, Københavns Kommune
- Helena Boderskov, Børne- og ungerådgiver, SOF, Københavns Kommune

- Lisbeth Juul Aggerholm, Faglig chef, BUF, Københavns Kommune
- Hanne Hauger, Specialkonsulent, BUF, Københavns Kommune
- Christina Hviid, Chefkonsulent, BUF, Københavns Kommune
- Louise Bager, Sundhedsfaglig konsulent, SOF, Københavns Kommune
- Nina Staal, Chef-læge, Afdeling AMB, BUC, Region Hovedstaden
- Birgitte Bugge, Overlæge, Ambulatoriet for Større Børn, BUC, Region Hovedstaden
- Line Saxtorph Larsen, Oversygeplejerske, Ambulatoriet for Større Børn, BUC, Region Hovedstaden
- Lene Wadland, Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, CVD, Region Hovedstaden

7.3 Fase 3

Der blev gennemført en fortolkningsworkshop, hvor Driftsforum og repræsentanter for familieafsnit og PPR deltog. Her blev en række hypoteser om sammenhængene i udviklingen i henvisninger og tilbagehenvisninger præsenteret og drøftet.

Ligeledes blev en række hypoteser om mulige tiltag, der vil kunne mindske omfanget af tilbagehenvisninger præsenteret. Disse blev nuanceret og valideret af deltagerne.

Der blev efterfølgende indhentet kommentarer til de præsenterede hypoteser fra repræsentanter for PPR i begge kommuner, der ikke havde mulighed for at deltage i fortolkningsseminaret.

På baggrund af input fra fortolkningsworkshoppen udarbejdedes nærværende rapport.

About us

Born in Denmark with offices in Copenhagen, Aarhus, Stockholm, Malmö, Gothenburg, Oslo, Zurich, Munich, Hamburg, Düsseldorf and Raleigh, NC. With 1,500+ consultants and multinational clients and projects, we offer local expertise with a global perspective.

We believe that great organisational impact leads to great impact for humanity. Implement was created to help turn true expertise into real change.

Contact

Jesper Henriksen
+45 4138 0087
jehe@implement.dk



Oversigt over planlagte og igangsatte indsatser i regi af Sundhedsaftalen 2024-2027 forankret i TSS/SSU

Opdateret: 18.12.2024 af Sundhedsaftalesekretariatet

	Indsatser/projekter 2024	Forankring	Status	Forventet projektperiode	Forslag til videre proces
Sammen om børn og unges sundhed	Afdækning af henvisningspraksis, tilbud og muligheder for styrket samarbejde for at skabe sammenhængende og koordinerede forløb og rette indsats for børn og unge	TSS	Pågår	Afreporteres april 2025	Afreportering vil indeholde forslag til mere konkrete opgaver. Forslår at det kan sættes i gang med fokus på at komme længst muligt i 2025, evt. invitere Sjælland med i nogle opgaver.
	Afdække udfordringerne for de kommunale PPR i forhold til digital kommunikation med de øvrige sektorer via MedComs KM	TSS	Under planlægning/afklaring	2025	Evt. indtænke samordning ift. Sjælland.
Sammen om borgere med psykisk sygdom	Nærmere beskrivelse af snitfladen mellem almen og specialiseret genoptræning	TSS	Under planlægning	Forventet opstart feb. 2025 og afslutte i 2025	Det kan overvejes om opgaven skal udskydes til efter reform/fusion.
Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom	Implementering af Kom Trygt hjem / LKT sammenhængende forløb efter hoftenære frakturer	SSU/TSS	Pågår	Status til TSS/SSU medio 2025. Afsluttes i 2026 mhp. udrulning.	Fortsætter
	Opfølgning/evaluering 72 timers behandlingsansvar	SSU/TSS	Afsluttet		
	96 timers behandlingsansvar	SSU/TSS	Under afklaring	2025	
	Opfølgning på og evaluering af IV-aftalen	SSU/TSS	Evaluering og forlængelse godkendt	Prøvehandling i Midt 2024-2026	Fortsætter
	Revidere samarbejdsaftale om de kommunale akut-funktioner	TSS	Afsluttet		Implementering fortsætter



Indsatser/projekter 2024		Forankring	Status	Forventet projektperiode	Forslag til videre proces
	Revision af kommunikationsaftalen (forslag om at udsætte revidering af selve kommunikationsaftalen)	TSS	Pågår	Afsluttes primo/medio 2025	Fortsætter delvist
	Revision af rygforløbsprogram	TSS	Pågår	Afsluttes primo 2025	Fortsætter, men obs på sammenhæng til kronikerpakke
	Klinisk-organisatorisk driftsorganisation for tværsektoriel telemedicin i landsdel Hovedstaden	TSS	I drift	I drift	Fortsat fælles finansiering skal afklares
	Landsprogram for telehjerter	TSS	Under implementering	I løbet af 2025	Fælles finansiering fremadrettet, når programmet skal driftes, skal afklares
	Fremtidens akutmåde – Rettidig forebyggelse af akutte ind- og genindlæggelser	(SSU /TSS) Styregruppe for fremtidens akutmåde	Afsluttet med forslag om piloter	Af rapportering primo 2025	Forventning om at igangsætte afprøvninger i 2025 mhp. udbredelse i 2026, men med stillingtagen herom ultimo 2025
Andre indsatsområder	Revidere samarbejdsaftale om finansiering af kommunal ledsagelse ifm. hospitalsbehandling	TSS	Pågår	Prøvehandlinger i efterår 2023-2025	Fortsætter mhp. at afslutte prøvehandlinger i 2025

Notat om brugerinddragelse i TSS

Opsamling på brugerrepræsentationen i TSS

Opsamlingen er udarbejdet af PIU's medlemmer i TSS. Der er således tale om en vurdering alene set fra et brugerrepræsentantperspektiv.

1. Formålet med opsamlingen

Som det fremgår af § 24 i bekendtgørelsen om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg er formålet med patientinddragelsesudvalget blandt andet at sikre, at patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer indgår i udviklingen af mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer – ligeså er formålet med at inddrage Patientinddragelsesudvalget i TSS.

Patient- og brugerinddragelse er en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet.

PIU ønsker med denne opsamling af brugerinddragelsen i TSS at indsamle erfaringer, som kan indgå i udviklingen af den gode brugerinddragelse fremadrettet.

2. Historik

Udviklingen i brugerrepræsentationen i TSS

Inddragelse af brugerne i TSS startede med en observatørpost i Den Administrative Styregruppe (DAS) i 2019. I 2020 blev det udvidet til 2 faste pladser og fra november 2022 til 3 faste pladser.

PIU har bemandet pladserne med medlemmer fra Forretningsudvalget (FU) i hht. PIU's Forretningsorden.

I september 2019 besluttede TSS at koble en forskergruppe på, der skulle arbejde med den tværsektorielle ledelse og samarbejde i TSS.¹

Forskerne peger blandt andet på i deres afrapportering, at brugerens stemme i højere grad skal være et perspektiv, der samler den fælles forståelse af en problemstilling.

Da inddragelse af brugerrepræsentanter i TSS er et nyt og udforsket område pegede forskerne på, at der var behov for at udforske måder at inddrage brugerrepræsentanterne på for at blive klogere og udvikle en TSS-model for inddragelse. Det blev anbefalet, at der udvikles et onboarding-program for brugerrepræsentanter for at sikre at brugerrepræsentanterne integreres rigtigt i TSS.

¹ Tværsektoriel ledelse og samarbejde AKTIONSFORSKNING I TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE AFRAPPORTERING ANNEMETTE DIGMANN LEA MEJLHOLM, Delendorff Advisory JACOB HØJ JØRGENSEN, Delendorff Advisory AKTIONSFORSKNINGSFORLØB UDFØRT AUG. 2019 – JAN. 2021

Brugerrepræsentationen beskrives i sundhedsaftalerne.

I sundhedsaftalen ”Vores Sundhedsaftale” fra 2019 – 2023 beskrives en af visionerne ”Mere samspil med borgerne”, ”Vi vil skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgerne og deres pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag”.

Man henviser derudover i aftalen til de nationale mål for sundhed – her indgår øget patientinddragelse.

I sundhedsaftalen fra 2024 – 2027 beskrives visionen som ”Tættere samspil med borgerne”.

”Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag. Vi vil derfor skabe det nødvendige rum for et aktivt samspil med borgerne. I de individuelle forløb vil vi møde borgerne, der rammes af sygdom, og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter og handler i overensstemmelse med deres viden, ressourcer og ønsker. Det vil vi, fordi et afsæt i borgerens og de pårørendes behov, ønsker og ressourcer både giver højere brugertilfredshed, men også bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse”.

3. Hvad har fungeret godt?

Hvad vil vi pege på som har fungeret godt?

1. En opgørelse fra møderne i TSS fra maj 2021 viser, at bruger-/patientperspektivet nu begynder at optræde i dagsordnernes sagsfremstilling.
2. Til møderne er der indskrevet patientperspektiv i 0-3 punkter ud af typisk 13 på dagsordenen. Antallet har været stigende efter forventningsafstemningsmødet i 2023.
3. Opbakningen fra sekretariatet
4. Vi føler møderne er blevet bedre, vi bliver taget alvorligt, lyttet til men at det også fremover er vigtigt, vores synspunkter kan komme frem.
5. Møde i januar 2023 indeholdt en reel drøftelse i en anden mødeform - hvor alle mødedeltagere mødtes på tværs i grupper om et emne - end den traditionelle. For PIU-medlemmer var det et reelt gennembrud idet, der var stor opbakning til og anerkendelse af, at der fremover skulle huskes at tage afsæt i borgernes ønsker/værdi for borgerne og med inspiration fra triple aim:
 - gavner det borgerne
 - betydning for samarbejdet og
 - ressourcer som blev bragt på bane af PIU.

4. Hvad har fungeret mindre godt?

Hvad vil vi pege på som har fungeret mindre godt?

1. At ros til sekretariatet på TSS møderne er aldrig fremgået af mødereferaterne.
2. At der ikke blev fulgt op på anbefalingerne i afrapporteringen fra forskerne.

5. Anbefalinger til den videre brugerinddragelse

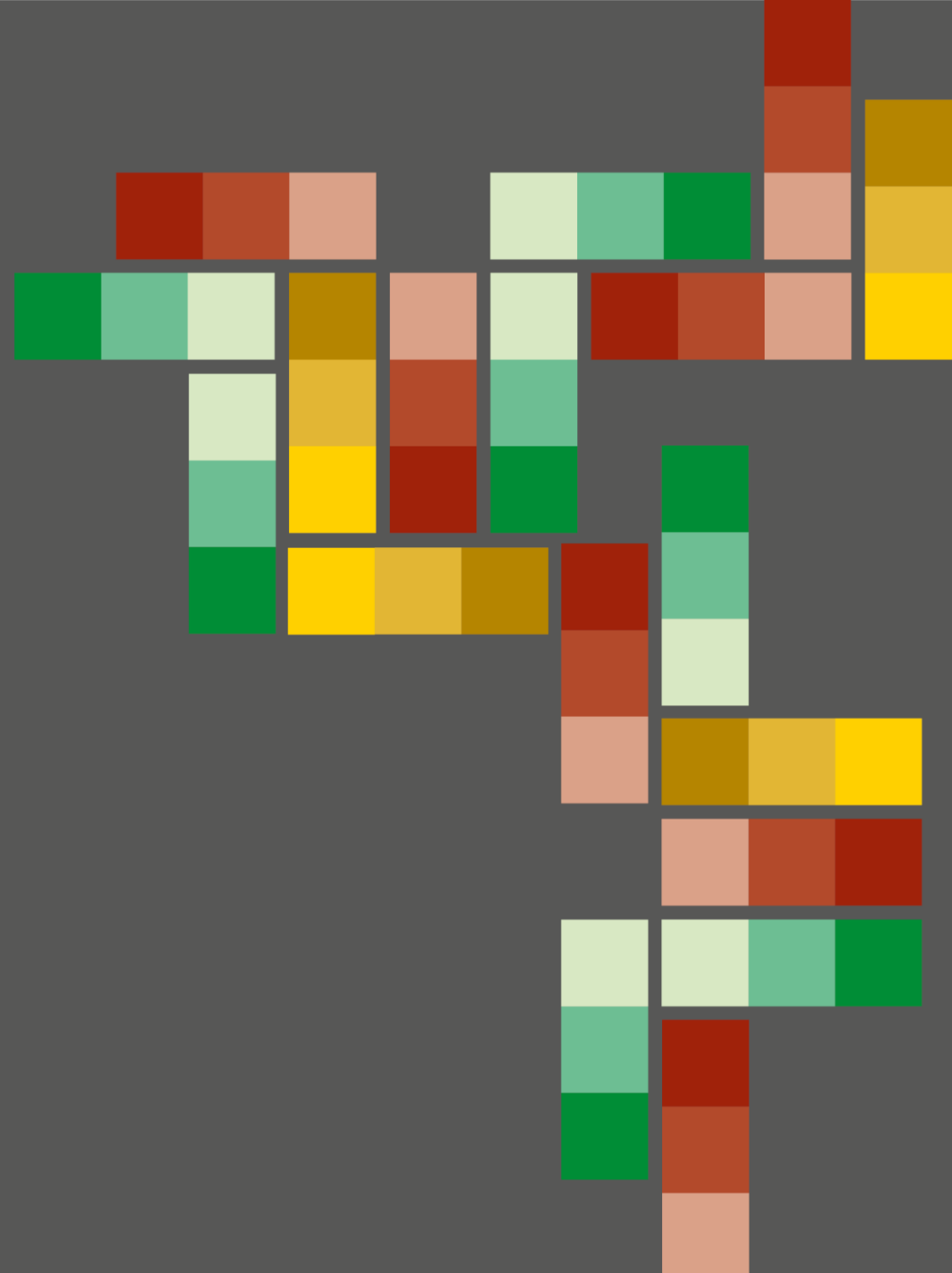
Hvad vil vi anbefale, der tages med videre ved opbygningen af den ny struktur?

1. Inddragelse af PIU-medlemmer/brugerrepræsentanterne i forbindelse med kvalificeringen af brugerperspektivet fx i dagsordenstekster.
2. Mere systematisk tydelighed om brugerperspektivet i punkterne i dagsordenen.
3. Anerkendelse af forskellige brugerperspektiver.
4. Facilitering af drøftelser i mindre grupper på møderne.
5. Udvikling af forskellige former for inddragelse i møderne.
6. Kompetenceudvikling i forhold til den organisatoriske brugerinddragelse.
7. At der udarbejdes en ramme for brugerinddragelsen i den ny struktur.
8. Afklaring af brugerrepræsentanternes vilkår og rolle.
9. Udvikling af et onboarding program for brugerrepræsentanterne, der klæder både brugerrepræsentanterne og de øvrige medlemmer på til at indgå i det ligeværdige samarbejde.

Model for bruger- og pårørendeinddragelse i de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden

Evaluering

Januar 2025



Baggrund

I Region Hovedstaden har TSS 23. maj 2023 besluttet, at der i de faglige sundhedsklynger skal være 1 brugerrepræsentant fra Patientinddragelsesudvalget (PIU) og 2 lokalt udpegede.

Modellen skal evalueres i 2024.

Formålet med evalueringen er derfor at undersøge, hvordan det har fungeret.

Metode

Evalueringen bygger på følgende datagrundlag:

- Interview med de 5 klyngesekretariater. I Sundhedsklynge Syd deltog den regionale formand også.
- Fokusgruppeinterview med hovedparten af brugerrepræsentanterne. Ingen af brugerrepræsentanterne fra Sundhedsklynge Midt deltog.

Data er indsamlet i september og oktober 2024.

Evalueringen er gennemført af Enhed for det nære sundhedsvæsen i Region Hovedstaden samt Det fælleskommunale Social- og Sundhedssekretariat i Hovedstaden.

Interviewtemaer

Kombinationen med 1 PIU-medlem og 2 lokalt udpegede

Rekruttering af de lokale brugerrepræsentanter

Oplæring og understøttelsesaktiviteter

Samlet vurdering

Hovedkonklusioner

- Der mangler bred brugerrepræsentation.
- Den samlede viden og erfaring er vigtig.
- Rekrutteringen er svær og kræver mange ressourcer.
- Oplæring af nye brugerrepræsentanter er vigtig.
- Brugerrepræsentanterne bliver kontinuerligt understøttet.
- Ønske om, at modellen for bruger- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden fortsætter.

Der mangler bred brugerrepræsentation

- I flere af klyngerne er brugerrepræsentanterne pt. ikke fuldtallige. Det er overvejende de lokalt udpegede medlemmer, der mangler at blive udpeget.
- Det er primært den ældre medicinske patient, der er repræsenteret, mens der mangler repræsentation af yngre patienter med kronisk sygdom samt af psykiatriområdet for både børn og voksne.
- Det kan bl.a. skyldes, at arbejdet som brugerrepræsentant primært ligger i dagtimerne, er tidsmæssigt omfattende og er ulønnet. Det kan derfor være svært for patienter med fuldtidsarbejde at udfylde rollen.
- Flere af brugerrepræsentanterne har en sundhedsfaglig og/eller politisk baggrund.

Den samlede viden og erfaring er vigtig

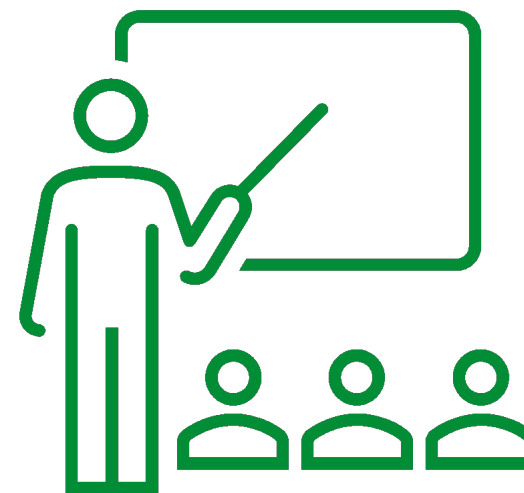
- Sekretariaterne og brugerrepræsentanterne oplever, at brugerrepræsentanterne er ligeværdige, uanset hvordan de er udpeget.
- Brugerrepræsentanterne oplever, de bidrager med forskellige perspektiver, alt efter om de er udpeget via PIU eller lokalt. De fleste klyngesekretariater lægger større vægt på, at brugerrepræsentanterne bidrager aktivt med et generelt brugerperspektiv, fremfor at de har en lokalt tilknytning.
- Brugerrepræsentanterne oplever, at PIU-repræsentanterne besidder en større viden om sundhedsområdet på tværs af regionen, da PIU er repræsenteret i den tværsektorielle strategiske styregruppe, og fordi PIU-medlemmerne videndeler på tværs af klyngerne.
- De lokale skal i højere grad selv opsøge viden og skabe sig et bagland. Nogle lokale er i forvejen medlem af fx de kommunale seniorråd eller andre lokale organisationer og foreninger. Andre opsøger det efterfølgende for at kunne sikre en bred repræsentation.

Rekrutteringen er svær og kræver mange ressourcer

- Brugerrepræsentanterne fra PIU er udpeget derfra.
- De lokale bliver udpeget af klyngerne typisk via stillingsopslag eller forespørgsler fra/til relevante organisationer og råd.
- Ved rekruttering er det både for PIU og sekretariatene en omfattende proces, der kræver mange ressourcer, og rekrutteringen har kun resulteret i få kandidater.
- Siden opstart af sundhedsklyngerne har der været en del udskiftninger af brugerrepræsentanter, hvilket gør, at rekruttering er en løbende sekretariatsopgave.
- I flere af klyngerne er udpegningen for en tidsbegrænset periode, som giver alle parter mulighed for at tage stilling til, om det er det rette match.

Oplæring af nye brugerrepræsentanter er vigtig

- Sekretariatene klæder en nyudpeget brugerrepræsentant på til opgaven.
- Nogle brugerrepræsentanter oplever, at de ikke er blevet tilstrækkeligt klædt på til opgaven, når de har første klyngemøde.
- Det kan derfor overvælde dem, hvor mange ressourcer opgaven kræver.
- Brugerrepræsentanterne peger på, at oplæring fra de eksisterende brugerrepræsentanter i klyngen kan være med til at klæde dem bedre på fra start.



Brugerrepræsentanterne bliver kontinuerligt understøttet

- Brugerrepræsentanterne oplever, at de bliver godt understøttet af sekretariaterne.
- Brugerrepræsentanterne fremhæver, at netværksmøderne giver dem viden om, hvordan de skal agere på klyngemøderne.
- Formandskaberne har taget initiativ til møder med brugerrepræsentanterne, hvilket er meget værdsat af brugerne.
- Brugerrepræsentanterne ønsker mere tid til videndeling mellem hinanden fx på formøderne samt information mellem møderne om det arbejde, der er i gang i klyngen.
- Herudover peger de på, at de mangler viden om opbygningen og organiseringen af sundhedsvæsenet indenfor regionen.

Understøttelsesaktiviteter

Netværksmøder (på tværs af klynger)

E-læring (på tværs af klynger)

Formøder forud for klyngemøde med sekretariat (i den enkelte klynge)

Brugerperspektiv i sagsfremstillinger (i den enkelte klynge)

Ønske om, at modellen for bruger- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden fortsætter

- Både brugerrepræsentanterne og sekretariatene bakker op om, at der fortsat skal være brugerrepræsentanter, der er lokalt udpeget, og brugerrepræsentanter, der er udpeget via PIU.
- Sekretariatene peger på, at det kan være en fordel, at brugerrepræsentanterne i højere grad inddrages på det operationelle niveau, fx ved at indgå i arbejdet med klyngeindsatserne. Herved vil de i højere grad kunne præge udformningen af indsatserne.
- Flere af brugerrepræsentanterne ønsker fortsat at være repræsenteret i beslutningsfora på det strategiske niveau ved at deltage i møderne i den faglige sundhedsklynge. Der er også et ønske fra nogle af brugerrepræsentanterne om at deltage i de politiske klyngemøder.
- Flere af sekretariatene peger på, at antallet af lokale brugerrepræsentanter kan justeres til 1-2 i stedet for de nuværende 2, da rekrutteringen er udfordrende.
- Flere af sekretariatene ønsker hjælp til rekrutteringen af de lokale brugerrepræsentanter centralt fra.



SUNDHEDSSTYRELSEN

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Kvalitetsstandarder

Sundhed for alle ♥ + ●

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
Kvalitetsstandarder

© Sundhedsstyrelsen, 2024.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-588-6

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 3. januar 2024
Foto: Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2024

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion.....	5
1.1. Baggrund.....	5
1.2. Formål.....	6
1.3. Definitioner	7
2. Målgruppe	8
2.1. Målgruppe	8
2.2. Henvi sning.....	8
3. Tilrettelæggelse.....	10
3.1. Den afklarende samtale	11
3.2. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud	12
3.3. Lighed i sundhed.....	14
3.4. Differentiering og fastholdelse	14
3.5. Afslutning af forløb.....	15
4. Sygdomsmestring	16
4.1. Målgruppe	16
4.2. Indholdselementer.....	16
4.3. Format, omfang og varighed	17
4.4. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn.....	18
4.5. Kompetencer	18
5. Nikotinafvænning	19
5.1. Målgruppe	19
5.2. Indholdselementer.....	19
5.3. Format, omfang og varighed	20
5.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn.....	21
5.5. Kompetencer	21
6. Fysisk aktivitet.....	22
6.1. Målgruppe	22
6.2. Indholdselementer	22
6.3. Format, Intensitet, frekvens og varighed.....	23
6.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn.....	24
6.5. Kompetencer	25
7. Ernæringsindsats	26
7.1. Målgruppe	26
7.2. Indholdselementer.....	27
7.3. Format, omfang og varighed	28

7.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	28
7.5. Kompetencer	29
8. Forebyggende samtale om alkohol	30
8.1. Målgruppe	30
8.2. Indholdselementer	31
8.3. Format, omfang og varighed.....	32
8.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn.....	32
8.5. Kompetencer	33
9. Monitorering og kvalitetsudvikling	34
9.1. Monitorering og kvalitetsudvikling i de kommunale forebyggelsestilbud.....	34
9.2. Forskning.....	36
Referencer.....	37
Bilag 1: Kommissorium	43
Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen	45

1. Introduktion

1.1. Baggrund

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom indeholder kvalitetskrav og anbefalinger målrettet kommunale sundhedstilbud.

Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er udarbejdet som en del af opfølgningen på den politiske 'Aftale om sundhedsreform' fra maj 2022. Her fremgår det, at den nationale kvalitetsplan med kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger skal understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet, herunder geografisk ensartet tilgængelighed og kvalitet. Kvalitetsplanen skal ligeledes bidrage til en bedre sundhed for den enkelte og dermed udskyde eller mindske brugen af sundhedsydelser senere i livet¹.

Kvalitetsstandarderne rummer krav til en afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol samt monitorering og evaluering af det samlede forebyggelsestilbud. Der er tale om virkningsfulde indsatser, som kommunerne allerede har oparbejdet viden om og erfaring med at tilbyde borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens publikation 'Anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (2016) og erstatter således denne. Kvalitetsstandarderne vil bygge videre på eksisterende anbefalinger om kronisk sygdom, men er også nytænkende med henblik på at imødekomme aktuelle udfordringer og tendenser i sundhedsvæsenet.

Kvalitetsstandarderne skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sundhedsfremme og forebyggelse, forløbsprogrammer samt tværsektorielle anbefalinger, udarbejdet for en række kroniske sygdomme. De nævnte publikationer supplerer denne kvalitetsstandard.

Kvalitetsstandarderne er ikke sygdomsspecifikke, men omhandler generelle forebyggelsestilbud. Der kan dog være særlige sygdomsspecifikke forhold, der skal tages højde for i de enkelte tilbud. Dette vil fremgå i de enkelte afsnit med henvisning til relevante retningslinjer mv.

I udarbejdelsen af kvalitetsstandarderne er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en bredt sammensat eksternt arbejdsgruppe, der i processen har leveret mundtlige og skriftlige bidrag. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (2016) monitorerede KL og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet i 2017 kommunernes tilbud. Her fremgår det, at langt de fleste kommuner angiver, at deres tilbud til borgere med kronisk sygdom omfatter de anbefalede indsatser². Herudover udvikler kommuner løbende nye forebyggelsestilbud og indsatser, som de vurderer kommunens borgere kan have gavn af i en forebyggelsessammenhæng.

¹ Aftaletekst om Sundhedsreform 2022.

² [Monitorering forebyggelsestilbud 2017. \(kl.dk\)](#)

Eksempelvis har en del kommuner etableret tilbud om indsatser til borgere med symptomer på stress, angst og depression.

Fremadrettet må der forventes et behov for kapacitetsopbygning i de kommunale forebyggelsestilbud. Det er den enkelte kommunes ansvar, løbende at vurdere behovet for forebyggelsestilbuddenes indsatser og justere, så de tilpasses målgruppens behov, indenfor rammerne af kvalitetstandarden, og den kapacitet, der er til rådighed.

Sundhedsstyrelsen fastsætter nationale kvalitetsstandarder med kvalitetskrav og -anbefalinger til sundhedsindsatser som varetages af kommunerne pba. en bemyndigelse fra indenrigs- og sundhedsministeren³.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende sundhedstilbud til borgerne. Derudover har kommunerne også forpligtelse til at etablere patientrettede forebyggelsestilbud og sundhedsfremmende indsatser i kommunen⁴.

Regionsrådet skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og praksissektoren samt rådgive i forhold til kommunernes indsats⁵.

1.2. Formål

Formålet med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er at give borgeren indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk(e) sygdom(me) fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd.

Formålet med kvalitetsstandarderne er, at borgere med kronisk sygdom tilbydes indsatser af ensartet og høj kvalitet. Kvalitetsstandarderne er primært henvendt til kommunerne, men kan også anvendes af almen praksis og sygehus, i planlægningen af det tværsektorielle samarbejde.

Kvalitetsstandarderne skal give mulighed for differentierede indsatser på baggrund af borgernes funktions- evne, motivation og sundhedskompetencer, således at kommunerne kan målrette og prioritere deres indsatser bedst muligt. Digitale løsninger kan være en integreret del af forebyggelsestilbuddene, med formålet om at skabe differentierede og fleksible tilbud samt mere geografisk lighed i sundhed.

Endelig skal kvalitetsstandarderne understøtte kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse, der skal henvise borgere til kommunale forebyggelsestilbud. Kvalitetsstandarderne understøtter, at personalet i almen praksis og på sygehuse kan henvise til ensartede tilbud, og det forventes, at kvalitetsstandarderne indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer.

³ Jf. sundhedslovens §§ 118 b og 119.

⁴ Jf. Sundhedslovens § 119

⁵ Jf. Sundhedsloven §119 stk. 4

1.3. Definitioner

Kronisk sygdom

Kronisk sygdom er sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Der er stor variation i behovet for forebyggelse og rehabilitering blandt borgere med kronisk sygdom.

Forebyggelse

I Sundhedsstyrelsens 'Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed' (2005) defineres forebyggelse som sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen, udvikling og/eller forværring af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden.

'Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' anvendes om de kommunale tilbud, der indgår i disse kvalitetsstandarder og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet (se nedenfor).

Rehabilitering

Internationalt findes en række definitioner af rehabilitering. Sundhedsstyrelsen lægger sig op ad WHO's og den danske 'Hvidbog om rehabilitering's (2022) definition.

WHO anvender følgende definition: "Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der har til formål at optimere funktionsevne og reducere funktionsnedsættelse hos det enkelte menneske med helbredstilstande i samspil med omgivelserne"⁶.

I 'Hvidbog om rehabilitering' anvendes definitionen: "Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering, er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation".

Funktionsevne

Funktionsevne er en betegnelse for den kunnen, der er baggrund for, at et menneske kan udføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundet. ICF (International Classification of Functioning) er WHO's internationalt vedtagne referenceramme for funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Denne biopsykosociale tilgang beskriver, hvordan alle elementerne interagerer og påvirker hinanden. Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.

⁶ [Rehabilitation \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation)

2. Målgruppe

2.1. Målgruppe

Målgruppen for disse kvalitetsstandards er borgere med kronisk sygdom, eksempelvis diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL, kræft og muskel-skelet-sygdomme, såsom lænd- og rygsmerter. Borgere med kroniske sygdomme er en uhomogen gruppe med forskelligartede behov, så behovet for forebyggelsestilbud afhænger af borgerens funktionsevne.

Det er et krav, at kommunerne tilbyder afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud.

Det er et krav, at nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol også tilbydes borgere med motivation for at ændre deres forbrug - dette, uanset om de samtidig har kronisk sygdom.

Kommunerne kan med fordel anvende indsatserne om fysisk aktivitet og ernæringsindsats til øvrige borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom og derfor kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Hvis en borger vurderes at være i risiko for en kronisk sygdom, kan borgeren have gavn af en eller flere af indsatserne beskrevet i kvalitetsstandarderne, hvor det vil være muligt, at forebygge eller udskyde opståen af sygdommen. Jo tidligere borgeren kommer i gang med eks. fysisk træning, bedre ernæring og rygestop, jo større chance er der for at udskyde sygdommen. Indsatserne kan også styrke muligheden for at leve et godt liv med høj livskvalitet i det tilfælde borgeren får kronisk sygdom. Indsatser for borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for kronisk sygdom kan samorganiseres, for dermed at skabe bæredygtige faglige enheder.

2.2. Henvisning

Baseret på en sundhedsfaglig vurdering, skal sygehuse, praktiserende speciallæger og almen praksis henvise borgere i målgruppen til en afklarende samtale i kommunen (se afsnit 3.1). I henvisningen skal det fremgå, på hvilken baggrund henvisningen sker. Den elektroniske henvisning skal anvendes efter gældende national standard^{7,8}.

I mange tilfælde er der ikke behov for en lægefaglig vurdering for at afgøre, om borgeren vil kunne have gavn af et forebyggelsestilbud. Borgeren bør således også selv kunne henvende sig eller henvises til en afklarende samtale fra øvrige kommunale forvaltningsområder, fx jobcenter med kontakt til målgruppen.

⁷ MedCom henvisningsstandard XREF15 og afslutningsnotat XDIS15 er målrettet kommunikation til og fra kommunale forebyggelsestilbud. Standarderne bruges af almen praksis, kommuner og regionernes sygehuse.

⁸ En egentlig aftale om henvisning indgår ikke i de praktiserende lægers overenskomst.

Kommunerne skal understøtte, at almen praksis lokalt kender til de kommunale indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom via sundhed.dk (SOFT-portalen).

Kommunen skal kontakte borgeren hurtigst muligt efter at borgeren er blevet henvist eller selv har henvendt sig, for at afholde en afklarende samtale.

Henvissende part (almen praksis, praktiserende speciallæge eller sygehus) skal modtage en tilbagemelding fra kommunen om, hvilke indsatser den henviste borger har fået tilbudt/gennemført. For borgere, der selv har henvendt sig og som gennemfører indsatser, sendes desuden en melding til almen praksis. Tilbagemeldingen kræver samtykke fra borgeren.

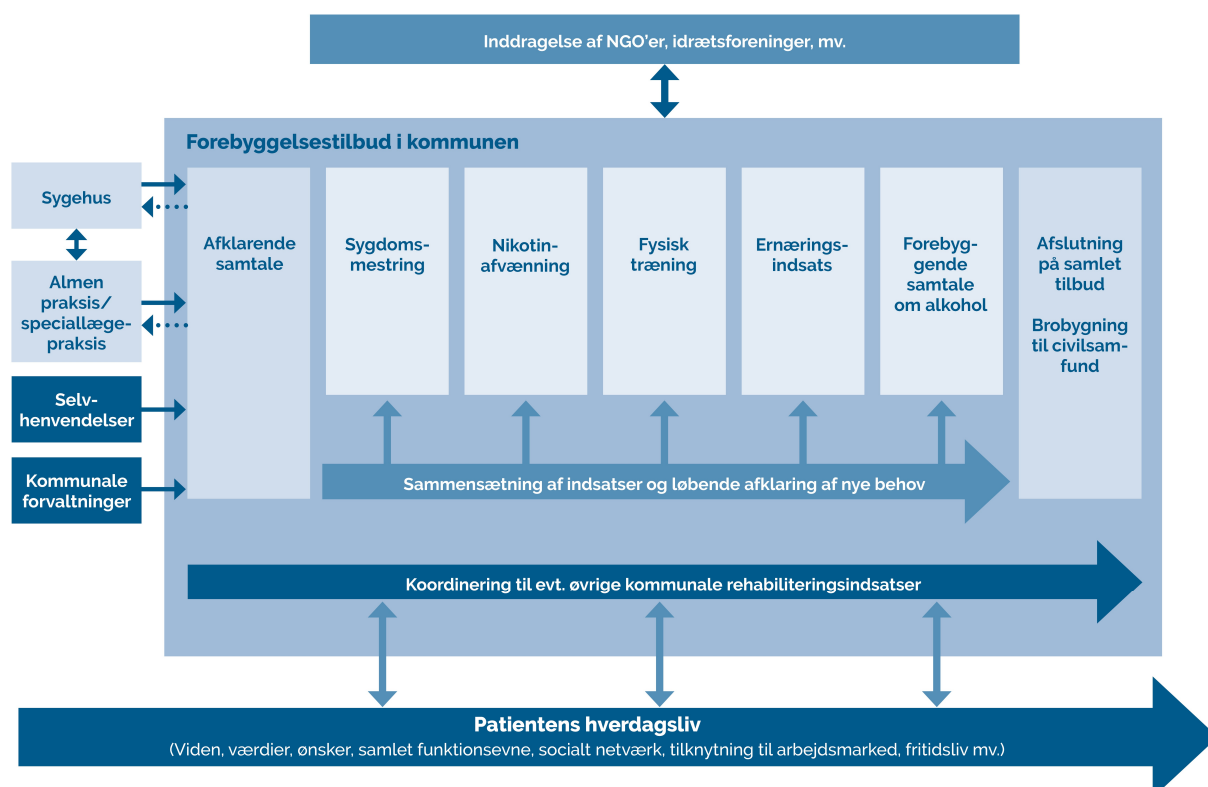
3. Tilrettelæggelse

Forebyggelsestilbuddene skal ses som selvstændige indsatser, men kan også indgå som delelementer i en bredere rehabiliteringsindsats. Det er vigtigt, at der koordineres på tværs af kommunale forvaltninger, fx mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet, i de tilfælde, hvor der er parallelle rehabiliteringsindsatser for samme borger. Der vil være borgere, der sideløbende med de kommunale indsatser har kontakter til almen praksis, praktiserende speciallæge eller sygehus. Derfor skal der være en gensidig opmærksomhed på koordinering af borgerens behov.

Forebyggelsestilbuddene er som udgangspunkt ikke sygdomsspecifikke og kan anvendes til en bred målgruppe af borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for at få en kronisk sygdom. Dermed har kommunerne mulighed for at oprette gruppeforløb, også når der kun er få borgere med samme sygdom, der har behov for indsatsen. Nogle indsatsområder indeholder sygdomsspecifikke elementer, og disse må derfor tilpasses borgernes individuelle sygdomme. Der hvor der er en tilstrækkelig volumen af borgere med samme sygdom, kan der oprettes sygdomsspecifikke gruppeforløb. Kommuner kan i tilfælde af lille volumen af borgere med behov for samme indsats med sygdomsspecifikke elementer indgå i tværkommunalt samarbejde om indsatserne. Derudover kan kommunerne ligeledes, enkelt eller tværkommunalt, tilkøbe forløb hos eksterne leverandører, som led i at løse potentielle kapacitetsudfordringer.

En del borgere har behov for flere parallelle indsatser jf. figur 1. Det betyder, at de forskellige indsatser til en borger skal overvejes og tilrettelægges i sammenhæng, for at tilgodese mennesker med sammensatte problemstillinger, som fx multisygdom.

Figur 1 viser et overblik over kommunale forebyggelsestilbud og primære samarbejdspartnere i relation til disse.



Figur 1: Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

3.1. Den afklarende samtale

Det er et krav, at kommunen tilbyder en afklarende samtale til borgere med kronisk sygdom, som er henvist fra almen praksis, praktiserende speciallæger, sygehuse eller fra andre kommunale forvaltningsområder med kontakt til målgruppen.

Det anbefales, at kommunen tilbyder en afklarende samtale til borgere med kronisk sygdom, som selv henvender sig med ønske om et forebyggelsestilbud.

Såfremt en borger har behov for en forebyggende samtale om alkohol eller nikotinafvænning, skal vedkommende i udgangspunktet ikke henvises til en afklarende samtale, men henvises direkte til den forebyggende samtale om alkohol, egentlig alkoholbehandling eller nikotinafvænning.

Den afklarende samtale er udgangspunktet for planlægningen af forløbet for den enkelte borger. Formålet med den afklarende samtale er, at opnå en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for borgeren, målsætninger med deltagelse i indsatserne, borgerens motivation, og gennem dialog at støtte borgeren i en relevant og behovsorienteret prioritering.

Det er den sundhedsfaglige vurdering af funktionsevne, sundhedskompetence og helbredsforhold ved den afklarende samtale, der er afgørende for, hvilke indsatser borgeren tilbydes, og hvordan de tilrettelægges (se afs. 3.4).

Den afklarende samtale tilrettelægges med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens '*Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale*' (2019).

Samtalen skal balanceres således, at den er systematisk i at opnå en grundig afklaring, men samtidig tage udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og udfordringer. Samtalens form og indhold skal tilgodese borgerens sundhedskompetencer, sociale relationer og livsvilkår samt fysiske og psykiske begrænsninger.

Den afklarende samtale skal – uanset den specifikke metode eller det valgte konkrete samtaleredskab – komme grundigt omkring fire gensidigt overlappende områder:

1. *Funktionsevne*
Afklaring af, hvilke barrierer der er særligt relevante for borgeren og hvilke ressourcer eller udfordringer den enkelte borger kan have.
2. *Hverdagsliv*
Beskrive og skabe gensidig forståelse af borgerens sundhedskompetence, hverdagsliv, arbejdssituation, sociale netværk, vaner, værdier og prioriteringer, som er relevante i relation til borgerens ønsker, sygdom og forebyggelse. Der skal allerede her tales om, hvordan borgeren fastholder forandringer i hverdagslivet efter endt forløb.
3. *Risikofaktorer*
Afdækning af risikofaktorer som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usund kost og dårlig mental sundhed, herunder særligt de risikofaktorer, der direkte forværrer en konkret sygdom og/eller forringer effekten af rehabilitering. Viden om samspil mellem risikofaktorer inddrages i dialogen om, hvilke

indsatser, der skal prioriteres. Der er fx mange interaktioner mellem alkohol og tobak, som gør det hensigtsmæssigt, at drøfte forandringer på begge områder ved et samtidigt forbrug.

4. *Sygdomssituation*

Afdækning af den enkelte sygdoms specifikke karakter, komorbiditet og psykiske følger, den forventede sygdomsudvikling samt det evt. fremtidige behandlingsforløb, herunder en dialog om borgerens egen viden og sygdomsforståelse, håndtering af sygdommen og behandlingsforløb samt om støttende relationer i forbindelse med sygdommen.

Samtalen afsluttes med, at den sundhedsprofessionelle og borgeren i samarbejde opstiller målsætninger for borgeren, en konkret realistisk plan og hvordan disse mål kan opnås, fx ved at deltage i relevante kommunale indsatser med fremmøde, digitale forløb, aktiviteter i privat- eller foreningsregi eller afslutning til egen træning. Allerede i den afklarende samtale skal det indtænkes, hvordan borgeren kan fortsætte forandringen, fx ved deltagelse i en forening, og hvilke personer i netværket, der vil være relevant at inddrage.

Den afklarende samtale kan struktureres med inspiration fra følgende:

- Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale, Sundhedsstyrelsen.
- Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering, Steno Diabetes Center Copenhagen.
- CHAT, et redskab til dialog om sundhedskompetence, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Tilstande i Fælles Sprog III under funktionsområdet Sundhedsfremme og forebyggelse.
- PRO (patient rapporterede oplysninger) et redskab til behovsafdækning og borgerinddragelse og forberedelse, i forbindelse med den afklarende og efterfølgende samtale.

3.2. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud

Sundhedspædagogik er central i forebyggelsestilbud, og betragtes i denne kvalitetsstandard som et tværgående element, der skal indgå i både den afklarende samtale og i de enkelte indsatser om sygdomsmanagement, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol.

En grundforudsætning i arbejdet med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, er en forståelse af, at det er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfund og andre relevante parter. Borgeren er ekspert i sit eget liv og forløb, og forebyggelsestilbuddene skal altid tage udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

Borgerne kan have meget forskellig indsigt i sygdomssituationen og kan være forskellige steder i erkendelsesprocessen i det at leve med en kronisk sygdom. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle

samarbejder med borgeren, med henblik på at give indsigt i betydningen af egne handlinger, muligheder for forandring og mulighed for hjælp og støtte.

At igangsætte forandringsprocesser hos borgeren, fordrer viden og kompetencer hos den sundhedsprofessionelle om følgende sundhedspædagogiske **kernebegreber**:

- Deltagelse og involvering
- Motivation
- Handlekompetence og sundhedskompetence
- Viden og indsigt
- Et bredt og positivt sundhedsbegreb
- Sundhed i et setting-perspektiv⁹.

Det er den sundhedsprofessionelles opgave, at sætte borgeren i centrum, bringe (ny) viden ind i samtalen eller i gruppedrøftelserne og gennem dialog og erfaringsudvekslinger at understøtte borgerens ønsker, handlemuligheder, motivation, prioriteringer og bevæggrunde.

At ændre adfærd er ofte en lang proces, hvor kræfterne bag borgerens adfærd konstant er i bevægelse og kan ændre karakter. Derfor er det vigtigt, kontinuerligt at undersøge og forstå borgerens prioriteringer og ønsker og have forståelse for, at borgerne har meget forskellige vilkår, og at det derfor er vigtigt, at kunne differentiere i sin tilgang til borgeren.

Det er et krav, at personer, der udfører den afklarende samtale, skal være sundhedsprofessionelle (mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse eller tilsvarende kompetencer¹⁰) med viden og kendskab til følgende:

- Hvad det vil sige at få en kronisk sygdom, både i forhold til det biologiske sygdomsforløb, borgerens sygdomsforståelse og håndtering af behandlingen.
- Risikofaktorerne betydning for sygdom og prognose.
- Viden om adfærdsforandring og hvorfor forandring kan være udfordrende, samt viden om hvordan forandring understøttes og fastholdes.
- Sundheds- og voksenpædagogiske kompetencer, således at samtaler og forløb kan tilrettelægges med afsæt i borgerens behov og motivation.
- Afklaring af borgerens sundhedskompetence i forhold til omfanget af det videre forløb med forebyggelsestilbud.

For at understøtte kvaliteten af indsatserne bør de sundhedsprofessionelle, som gennemfører den afklarende samtale og forløbene i de enkelte forebyggelsestilbud, have mulighed for jævnlig sparring med kolleger, der også har kompetencer, viden og erfaring med at gennemføre opgaverne. De sundhedsprofessionelle bør også have mulighed for sparring med specialister, fx specialiserede fysioterapeuter eller kliniske diætister på sygehus, ved behov.

⁹ Et setting-perspektiv vil sige, at støtten til borgeren skal ske med udgangspunkt i forståelse og hensyn til det hverdagsliv borgeren lever, de omgivelser vedkommende er en del af, og de relationer vedkommende har.

¹⁰ Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

3.3. Lighed i sundhed

Der er forskel på, hvem der deltager i forebyggelse og rehabilitering, og borgere med nedsat sundhedskompetence deltager sjældnere og falder oftere fra. Derfor bør kommunen, sammen med sygehus og almen praksis samarbejde om at understøtte, at alle borgere, uanset sundhedskompetence har mulighed for at deltage. Det gælder særligt borgere med nedsat sundhedskompetence.

En populationsbaseret tilgang kan gøre, at de borgere med kronisk sygdom, der har de største behov, får bedre adgang til forebyggelsestilbuddene og fastholdelse i indsatserne. Det betyder, at kommunen følger, hvilke grupper af borgere, der deltager i indsatserne og hvem der ikke deltager. Mangel på deltagelse kan have flere årsager og disse skal afdækkes, så der kan arbejdes med større tilslutning. Det kan fx dreje sig om adgang, kommunikation, fejl i overgangen mellem sektorer eller at nogle borgere ikke ser indsatsen som relevant.

Det anbefales at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence, for at imødekomme lokale udfordringer med manglende deltagelse for nogle målgrupper¹¹.

3.4. Differentiering og fastholdelse

Det er et krav, at tilrettelæggelsen af forebyggelsestilbuddene differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data. Differentieringen skal bidrage til, at alle borgere får samme forudsætninger for at opnå en positiv effekt af indsatserne, uanset, at de tilrettelægges på forskellig vis.

Forebyggelsestilbuddene kan eksempelvis tilbydes i form af fysisk fremmøde, digitale forløb, aktiviteter i privat- eller foreningsregi eller vejledning til egen træning, alt afhængigt af borgerens behov og sundhedskompetence.

Kommunen bør anvende tilgængelige data, fx via 'Sundhedsdata på tværs' (se kap. 9.1) til at udpege målgrupper med forskellige behov og dermed understøtte en mere systematisk differentiering af indsatsen ud fra borgernes behov og sundhedskompetencer.

Indsatserne tilrettelægges med fokus på fastholdelse af borgere med de største behov. Det vil sige borgere, hvor kronisk sygdom har konsekvenser for funktionsevnen, og hvor manglende sociale netværk og nedsat sundhedskompetence, gør det sværere at leve et liv med kronisk sygdom. Fx kan det være, at kommunerne har indsatser, der er fysisk placeret tæt på borgere med de største behov.

Hvis borgere udebliver fra aftaler, kan kommunen afsøge årsagen til udeblivelsen. Borgere, som frafalder en indsats, kan kontaktes med henblik på dialog om årsager til frafald og information om muligheder for at få fornyet hjælp.

¹¹ Organisatorisk sundhedskompetence er den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer. Se publikationen "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen" (Sundhedsstyrelsen, 2023) for mere viden om arbejdet med at imødekomme ulighed i deltagelse i sundhedstilbud.

3.5. Afslutning af forløb

Det er et krav, at det enkelte forløb evalueres. Der skal sendes status til borgerens praktiserende læge med samtykke fra borgeren. Borgeren skal informeres om, at der kan rettes henvendelse til egen læge ved senere opståede behov.

Det er et krav, at der aktivt støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats. Der kan fx ved starten af forløbet være fokus på, hvordan borgeren efter endt forløb viderefører sin aktivitet i andet regi og der kan være rådgivning til deltagelse i idrætsforeninger, aftenskoler, frivillige sociale foreninger, patientforeninger, hos private aktører, socialøkonomiske virksomheder mv.

Det anbefales, at kommunerne har et tæt og løbende samarbejde med relevante lokale organisationer og foreninger i civilsamfundet, således at disse understøttes med bl.a. viden og kompetencer til at gøre deres aktiviteter attraktive for borgere, som bliver afsluttet fra kommunale forebyggelsestilbud.

4. Sygdomsmestring

Sygdomsmestring har til formål at styrke borgeres egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre borgere i stand til på bedst mulig måde, at leve livet med kronisk(e) sygdom(me).

Sygdomsmestring refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der skal støtte borgeren i sin forståelse af livet med kronisk sygdom, og i at tage en aktiv del i håndteringen af sygdommen. Der er tale om en kontinuerlig proces og en integreret del af den øvrige forebyggelsesindsats, som foregår i et aktivt samspil mellem borger og sundhedsprofessionelle.

Mestringsstrategier betegner de strategier og fremgangsmåder, som en person anvender til at håndtere nye, svære eller måske ubehagelige situationer, samt ændret fysisk, psykisk eller kognitiv funktion og de følelser, der kommer deraf.

4.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder sygdomsmestring til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

4.2. Indholdselementer

I tilrettelæggelsen bør der være opmærksomhed på, at indsatsen så vidt muligt tilpasses borgerens behov, viden, erfaringer, udfordringer og ressourcer. Der søges så vidt muligt at tage højde for, at nogle grupper af borgere, kan have behov for særlige hensyn eller indsatser, som fx relateres til alder, køn, etnicitet, antal og kombination af kroniske sygdomme eller psykiske udfordringer samt muligheder for at deltage på forskellige tider af døgnet.

Der skal være fokus på inddragelse af borgeren i håndteringen af kronisk sygdom med henblik på at øge borgerens egenomsorg, samt ved at arbejde med borgernes motivation, tro på sig selv, egne ressourcer og evner til at mestre sygdommen. Herunder at give borgeren indsigt og kompetencer til selv at målsætte og vælge, hvilke resultater, de ønsker at opnå.

Derudover bør der også være en opmærksomhed på borgere med mere end én kronisk sygdom og hvordan indsatserne tilrettelægges - også i forbindelse med sygdomsmestring.

Det er et krav, at følgende elementer indgår i indsatsen:

- **Sygdomskendskab:** Gennemgang og drøftelse af sygdommen(e), dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse.
- **Sygdomsforværring:** Tegn på forværring eller udsving i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf. Dialog om hvordan borgeren selv, og eventuelt i samarbejde med andre, er opmærksom på sin tilstand ved hjælp af symptomer/iagttagelser eller relevante målinger, og

relevante reaktioner på ændringer i tilstanden.

- **Betydningen af andre forebyggende indsatser:** Betydningen af søvn, alkohol, nikotinafhængighed, fysisk aktivitet og træning, og af et sundt kostmønster og stabil vægt, herunder forebyggelse af et uplanlagt vægttab eller vægtstigning.
- **Mental sundhed:** Håndtering af symptomer som fx nedtrykthed, irritation, træthed, uro, panik og isolation. Viden om normale psykiske reaktioner. Viden om symptomer på behandlingskrævende tilstande som angst og depression. Viden om, hvordan man kan få hjælp til behandling af psykiske tilstande, hvis man får brug for det. Træning i afspændingsteknikker, fx vejtrækning og kognitive teknikker, fx redskaber til håndtering af uhensigtsmæssige tanker. Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv.
- **Sociale forhold:** Dialog om betydningen af at starte/fastholde uddannelse og job samt bevare/komme i gang med fritidsaktiviteter. Samarbejde med andre myndighedspersoner ved aktuelle behov i relation til familie, uddannelse og beskæftigelse. Undervisning i betydningen af sociale relationer og netværk, og hvordan man med åbenhed og dialog med sine nærmeste, bedre kan opnå støtte og forståelse.
- **Mestring af sygdommen i hverdagen:** Dialog om sygdommens indflydelse på funktionsevne og helbredsforhold og hvordan man mest hensigtsmæssigt kan håndtere de daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer. Håndtering af eventuelle smerter. Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsnedsættelse, herunder energibesparende metoder og vejledning om muligheder for hjælpemidler. Drøftelse af borgerens egne erfaringer og visioner for fremtiden. Herunder samliv, familieliv og seksuel sundhed og trivsel.
- **Pårørende:** Betydningen af at være pårørende med svære følelser og tanker. Nærmeste pårørende kan på borgerens præmisser medinddrages i undervisningen i støtte og mestring af hverdagen som pårørende. Deling af erfaringer med andre pårørende. Viden om, hvor man kan få hjælp, hvis pårørende udvikler angst, stress og depression.

4.3. Format, omfang og varighed

Det anbefales, at undervisningen foregår i mindre grupper, hvor man kan drage nytte af at drøfte og udveksle erfaringer om fælles problemer og løsningsforslag. Hvis muligt, må undervisningen gerne være sygdomsspecifik eller suppleres med individuel undervisning ved behov. Støtte til sygdomsmestring kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt.

Det anbefales, at holdundervisning som minimum består af 4 lektioner af én times varighed, og at individuel undervisning som minimum består af 2-4 lektioner af cirka 30 minutters varighed, med gentagelse af nøglebudskaber og trinvis tilegnelse af viden og færdigheder.

Det anbefales, at pårørende medinddrages på borgerens præmisser i undervisningen, dels fordi den enkeltes sygdom ofte påvirker hele familien/netværket og deres indbyrdes relation, dels for at styrke mulighederne for at de kan støtte borgeren i den daglige håndtering af sygdommen, via indsigt og viden i sygdommen. Der bør samtidigt være en opmærksomhed på eventuelt negative relationer og på eventuelle psykiske konsekvenser for pårørende.

4.4. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn

Indsatsen skal give borgeren kendskab til den specifikke sygdoms karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation.

4.5. Kompetencer

Det er et krav, at personer, der udfører undervisningen, skal være sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹² samt have de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger, for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger. Den sundhedsprofessionelle skal have grundlæggende viden om de pågældende sygdomme og kendskab til evt. særlige sygdomsspecifikke hensyn.

Det anbefales, som supplement til den sygdomsspecifikke undervisning, at inddrage undervisere, der selv har erfaring med kronisk sygdom, kender til hverdagslivet med sygdomme og har gennemført en instruktøruddannelse svarende til Lær at Tackle-uddannelserne.

¹² Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

5. Nikotinafvænning

Nikotin er et stærkt afhængighedsskabende stof, som påvirker hjernen og nervesystemet. Ved nikotinafhængighed er hjernen indstillet på konstant at få tilført nikotin. Forsøger man at vænne sig fra nikotin, udvikles abstinenssymptomer som rastløshed, irritabilitet, nedtrykthed, manglende koncentrationsevne mm.

Tobaksrygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden. Rygning øger risikoen for en lang række sygdomme, herunder særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), kræftsygdomme og hjerte-kar-sygdomme, og det forværrer samtidig prognosen for en lang række sygdomme.

Tobaksrygning er den risikofaktor, som har størst forebyggelsespotentialer – både før og efter at borgeren har fået en tobaksrelateret sygdom.

5.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder nikotinafvænning til borgere, som anvender tobaks- og nikotinprodukter, herunder cigaretter, pibe, cerutter, vandpibe, opvarmet tobak, e-cigaretter og røgfrie nikotinprodukter (snus, tyggetobak, nikotinposer mv.) dagligt eller lejlighedsvist, og som ønsker at stoppe.

5.2. Indholdselementer

Det er et krav, at indsatsen for nikotinafvænning indeholder rådgivning, som inkluderer følgende elementer:

- Information om betydningen af at fastsætte et tidspunkt for stopdato.
- Information om afhængighed, abstinensers betydning og -forløb samt om nikotinafvænningsprocessen.
- Vejledning om brug af medicin til nikotinafvænning, herunder rådgivning om nedtrapning af medicinen.
- Systematisk og korrekt anvendelse af valideret test, og evt. kuliltemåling, til vurdering af grad af nikotinafhængighed.
- Viden om fastholdelse af motivation og opnået nikotinstop.
- Hjælp til håndtering af risikosituationer, tilbagefald, stress, humørsvingninger mv.
- Betydningen af hensigtsmæssig regulering af søvn, væskebalance, åndedræt, fysisk aktivitet mv.
- Generelle ernæringsmæssige udfordringer ved nikotinafvænning, herunder betydning af blodsukkerbalance og forebyggelse af vægtøgning.
- Viden om betydningen af rygning og nikotin for helbredet.

Da nikotinafhængighed følger samme abstinensmønster, uanset hvilket nikotinprodukt der anvendes, gælder indholdselementerne for afvænning af alle typer af tobaks- og nikotinprodukter.

Det er et krav, at vejledning om brug af nikotinafvænningsmedicin indgår i rådgivningen. Godkendt nikotinafvænningsmedicin er effektivt alene, men i kombination med rådgivning er virkningen størst. I Danmark omfatter godkendt nikotinafvænningsmedicin to produkttyper – nikotinafvænningsmedicin i håndkøb og receptpligtig nikotinafvænningsmedicin. Borgeren skal altid modtage grundig produktrådgivning om håndkøbsmedicin til nikotinafvænning, herunder anbefaling til dosis ud fra den enkeltes grad af afhængighed,

samt varighed af brugen og en plan for udtrapning. Produktrådgivning foregår i udgangspunkt på apoteket, men kan også foregå via fx kommunal rådgiver. Brug af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin forudsætter rådgivning via egen læge.

5.3. Format, omfang og varighed

Nikotinafvænnning kan foregå i grupper, individuelt, eller i kombinationer af gruppe- og individuelle forløb. Mindre grupper kan være en fordel, når det drejer sig om borgere med særlige behov (fx gravide) eller særligt sårbare målgrupper (fx borgere med psykiske lidelser). Udover forløb med fysisk fremmøde, kan kommuner også tilbyde virtuelle og/eller telefoniske forløb. Hvis en kommune ikke selv har kapacitet til at oprette nikotinafvænningsforløb, kan forløb købes hos eksterne leverandører.

Både rådgivning af kort varighed og længere, mere intensive stopforløb bidrager til nikotinstop. Virkningen øges dog med intensive stopforløb, svarende til forløb efter Kræftens Bekæmpelses manualer.

Det konkrete omfang og format for nikotinafvænnning afstemmes med borgeren i en opstartssamtale, hvor rådgiveren, som udgangspunkt, bør anbefale borgeren et intensivt nikotinafvænningsforløb med de beskrevne indholdselementer.

Nikotinafvænnning bør påbegyndes hurtigst muligt efter opstartssamtalen. Hvis en borger skal vente mere end 14 dage fra opstartssamtalen til et egentligt stopforløb påbegyndes, bør der i den mellemliggende periode jævnligt ske en opfølgning, som støtter borgeren i at bevare motivationen for nikotinstop, indtil stopforløbet igangsættes. Hvilken type opfølgning, der passer borgeren bedst, afklares ifm. opstartssamtalen, men det kan fx være telefonsamtaler eller korte onlinemøder.

Det anbefales, at både gruppeforløb og individuelle forløb tilrettelægges som intensive forløb, fx efter Kræftens Bekæmpelses manualer, hhv. 'Røgfrit liv – rygestop i grupper' og 'Røgfrit liv – individuelt rygestop'.

Hvis borgeren er forhindret i at deltage i et intensivt forløb, eller hvis borgeren har behov for et mere fleksibelt forløb (fx Kom & Kvit formatet), anbefales det at gennemføre et rådgivningsforløb, hvor borgeren tilbydes flest mulige af de beskrevne indholdselementer, herunder også vejledning om nikotinafvænningsmedicin.

Undersøgelser har vist, at nedsættelse af nikotinforbrug øger chancen for senere igangsættelse af stopforsøg, og kan derfor anbefales som led i en proces mod et endeligt nikotinstop, hvis borgeren ikke er klar til at stoppe helt. Nedsættelse af forbrug kan foretages ved samtidig anvendelse af håndkøbsmedicin til nikotinafvænnning. For borgere, som nedsætter forbruget, men ikke ønsker nikotinafvænnning eller har haft tilbagefald efter et stopforsøg, anbefales det at følge op med information om og anledninger til, at få hjælp til (igen) at påbegynde nikotinafvænnning.

Det anbefales, at kommunerne anvender STOPbasens skemaer til at registrere data om borgerens stopforløb, herunder data om type af stopforløb, brug af nikotinafvænningsmedicin og hvorvidt nikotinstoppet er lykkedes, med henblik på monitorering af indsatsen.

STOPbasen bidrager til at evaluere, kvalitetssikre og synliggøre kommunernes indsatser til nikotinafvænnning. STOPbasen anvendes pt. af 95 kommuner - og data bidrager desuden til forskning.

5.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Ved rygestop vil omsætning af visse lægemidler kunne påvirkes, fx omsættes visse psykofarmaka markant hurtigere i kroppen, hvis man ryger, og rygestop kan derfor medføre, at koncentrationen af psykofarmaka i kroppen stiger til niveauer, der kan give kraftige bivirkninger. Derfor er det meget vigtigt, at inddrage behandlende læge, for borgere der ønsker rygestop, og som bruger psykofarmaka, med henblik på at få lægens vurdering af, om dosis af psykofarmaka evt. skal nedjusteres sideløbende med nikotinstopet¹³.

5.5. Kompetencer

Det er et krav, at rådgiverne har kendskab til gældende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om behandling af nikotinafhængighed og kompetencer til at kunne rådgive kvalificeret om indholdselementerne i nikotinafvænning.

Det anbefales, at rådgivere på individuelle forløb har kompetencer svarende til det, der opnås ved deltagelse i 'Grundkursus: Individuel rådgivning om rygestop', og at rådgivere på gruppeforløb har kompetencer svarende til det, der opnås ved deltagelse i 'Grundkursus: Rådgivning om rygestop i grupper'. Begge grundkurser er udviklet og udbudt af Kræftens Bekæmpelse.

Det anbefales, at rådgivere på indsatser for nikotinafvænning til borgere i udsatte positioner (herunder eksempelvis borgere med svær psykisk lidelse, borgere med misbrugsproblematikker og borgere der er udsatte som følge af hjemløshed) har en sundhedsfaglig eller pædagogisk baggrund, og at de, udover kompetencer til at undervise i standard individuelle eller -gruppeforløb, også har kompetencer svarende til det, der opnås ved deltagelse i 'Rygestop for mennesker i social udsat position', som udbydes af Kræftens Bekæmpelse.

Rådgiveren bør kunne støtte borgeren ved sygdomsmæssige spørgsmål og bør derfor have løbende adgang til sygdomsspecifik viden ved relevant sundhedsfagligt uddannet personale. Egen læge inddrages, ved ønske om anvendelse af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin.

¹³ [Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2022](#)

6. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er alle former for bevægelse, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet har gavnlige effekter på borgernes generelle sundhed og nedsætter risikoen for udvikling af en lang række sygdomme. Fysisk aktivitet kan, alene eller i kombination med fx medicin og ernæringsindsats, bidrage med en specifik effekt og nedsætte symptomer ved en række kroniske sygdomme.

6.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder en indsats for fysisk aktivitet (vejledning om fysisk aktivitet eller superviseret fysisk træning) til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

Superviseret fysisk træning tilbydes borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil have gavn af dette. Det kan eksempelvis være når sværhedsgraden af sygdommen eller antallet af samtidige sygdomme tilsiger det, eller på baggrund af borgerens ressourcer, behov eller ønsker. Endelig er der for nogle sygdomme dokumentation for, at der opnås bedst effekt af træningen, hvis den er superviseret.

Øvrige borgere i målgruppen tilbydes vejledning om fysisk aktivitet.

6.2. Indholdselementer

Formålet med indsatsen er at øge borgerens funktionsniveau eller fysiske kapacitet (kondition, muskelstyrke og eller balance), afhængig af borgerens sygdomshistorie, symptomer, risikoprofil og præferencer. Formålet er også, at borgeren lærer, hvordan der skal trænes og hvordan borgeren kan fastholde motivation efter endt forløb, så der er en effekt over tid.

Forløbet tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen, også efter at forløbet er afsluttet og i resten af borgerens liv.

Vejledning om fysisk aktivitet

Vejledning om fysisk aktivitet har fokus på gavnlige effekter af fysisk aktivitet, og hvordan borgeren kan være fysisk aktiv i hverdagen, herunder hvilke muligheder der er lokalt, i kommercielt- og foreningsregi, og hvordan fysisk aktivitet kan tænkes ind i den enkeltes hverdagsliv. Der skal være fokus på, hvad der kan motivere borgeren til at være fysisk aktiv, hvilke muligheder der er for at være fysisk aktiv og hvordan borgeren kan overkomme eventuelle barrierer.

Der udarbejdes en plan for, hvordan borgeren kan være fysisk aktiv i hverdagen, med mål og delmål aftalt med borgeren. Særligt for borgere med funktionsnedsættelse eller et lavt fysisk aktivitetsniveau er det vigtigt, at der udarbejdes en konkret plan med kvantificerbare fysiske aktivitetsmål, der evalueres løbende. Borgeren skal tilbydes en opfølgende samtale, hvor planen evalueres og eventuelt justeres, med henblik på fastholdelse af indsatsen.

Superviseret fysisk træning

Superviseret fysisk træning skal i denne sammenhæng forstås som individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt. Træningsforløbet skal give borgeren viden om og forståelse for fysisk aktivitet og træning til at forebygge følger og forværring af kronisk sygdom. Træningsforløbet skal, foruden at øge borgerens fysiske funktion, give borgeren en oplevelse af egen fysisk formåen og tryghed ved at være fysisk aktiv. Derfor skal borgeren i træningsforløbet have hjælp til at finde frem til en fysisk træning, hvor borgeren har motivation til at fortsætte med at træne. Dette bør foregå, ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og afslutningen af træningsforløbet.

De superviserede træningsforløb skal tilrettelægges individuelt under hensyn til borgerens ressourcer, præferencer, sundhedskompetence og sygdomssituation, og med udgangspunkt i den nyeste tilgængelige viden og træningsanbefalinger for den pågældende patientgruppe. Forløbet vil have varierende fokus på at øge kondition og/eller muskelstyrke og evt. balance, afhængig af borgerens udgangspunkt.

Træningen kan kombineres af følgende elementer:

- Aerob træning (konditionstræning), fx cykling, løb/jogging, gang/intervalgang, vandtræning eller roing.
- Styrketræning, fx brug af maskiner, egen kropsvægt, vægte eller elastikker.
- Motorisk færdighedstræning, fx funktionelle øvelser eller træning af delkomponenter af en færdighed.

I mange tilfælde kan det øge træningseffekten at kombinere aerob træning og styrketræning.

Det er et krav, at der indgår test som del af et forløb med superviseret træning i starten og afslutningen af forløbet. Formålet med test er at fastsætte udgangspunktet for træningen (type, intensitet, varighed), og at afgøre, om træningen har haft den ønskede effekt. Desuden er formålet, at opsætte mål og at motivere borgeren ved at synliggøre fremgang. Hvilken type af test, der skal anvendes, vurderes ud fra borgerens sygdom, risikoprofil, forudsætninger og præferencer samt evt. faglige retningslinjer.

Ved en samtidig ernæringsindsats, er det vigtigt, at tage højde for denne ved planlægning af træningsindsatsen, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan forværre symptomer. Dette er særligt vigtigt for borgere med et uplanlagt vægttab, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

6.3. Format, Intensitet, frekvens og varighed

Vejledning om fysisk aktivitet

Vejledning om fysisk aktivitet kan foregå i et gruppebaseret forløb, eller individuelt ved behov. Vejledning om fysisk aktivitet kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

Superviseret fysisk træning

Træningen gennemføres som udgangspunkt i grupper, med mulighed for individuel supervision. Træning i grupper er en fordel, fordi det giver mulighed for erfaringsudveksling blandt deltagerne, og det kan styrke motivationen hos den enkelte samt være med til at skabe netværk mellem borgerne. Holdene

sammensættes primært baseret på borgernes funktionsevne frem for sygdom. Borgere med forskellige behov for superviseret individuel træning kan deltage på samme hold. Er der tilstrækkelig volumen til at oprette hold for borgere med samme sygdom, kan dette gøres. Det anbefales, at der er seks til otte deltagere pr. instruktør på et hold.

Træningsforløb kan foregå i varierede rammer, eksempelvis i naturen, og også digitalt, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, fx via skærm med direkte supervision til træning i eget hjem eller via et program, som borgeren skal følge. Det er vigtigt, at være opmærksom på, at intensitet, frekvens og varighed skal opretholdes og at test udføres i samme omgivelser og med samme udstyr, ved start og afslutning af et forløb.

Det er et krav, at den superviserede træning er planlagt og struktureret i forhold til en passende intensitet, frekvens og varighed, for at opnå den tiltænkte effekt hos borgeren. Træningen gennemføres med moderat til høj intensitet, hvor det, ud fra en individuel og patientsikkerhedsmæssig vurdering, er muligt.

Det anbefales, at træningen foregår to til tre gange om ugen á 30-90 minutter. Forløbet bør have en varighed på 6-12 uger, eventuelt med efterfølgende selvtræning, træning i grupper eller superviseret træning.

Det er et krav, at der mod afslutningen af et træningsforløb gennemføres en opfølgning med samtale og samme test som i starten af forløbet (se foregående side). I dialog med borgeren afgøres det, om der er behov for at justere i træningen og hvad der skal til for at borgeren også træner, efter forløbet er stoppet, herunder, hvilke muligheder der er lokalt for at fortsætte træningen alene eller sammen med andre i en forening eller en selvorganiseret gruppe. Endelig kan borgeren vejledes i, hvordan de kan fortsætte træningen hjemme via online-programmer, hvis det motiverer borgeren til at træne.

Der er erfaring med, at det er gavnligt med en opfølgningsindsats, med henblik på at støtte borgeren til at fastholde den fysiske aktivitet. Opfølgningen kan ske ca. 3 måneder til 1 år efter indsatsens afslutning. Digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det til motivation og fastholdelse.

6.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Der kan være særlige sygdomsspecifikke hensyn, som den sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på. Indsatsen skal derfor altid tage udgangspunkt i gældende retningslinjer om fysisk aktivitet og træning for en given sygdom. Der kan være forhold ved sygdommen, der gør, at der skal udvises forsigtighed ved fysisk træning. I tvivlstilfælde kontaktes den praktiserende læge eller behandlende sygehusafdeling.

Eksempler på retningslinjer om fysisk træning for specifikke sygdomme:

- Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk træning som behandling og rapporter om fysisk aktivitet for voksne og ældre.
- Sundhedsstyrelsens træningsguide for mennesker med demens.
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og kroniske lænderygmerter.
- Kliniske retningslinjer fra faglige selskaber.
- Regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme og anbefalinger for fysisk træning.

6.5. Kompetencer

Det er et krav, at indsatsen med fysisk aktivitet (vejledning om fysisk aktivitet og superviseret fysisk træning) gennemføres af sundhedsprofessionelle (mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse eller tilsvarende kompetencer¹⁴) med kompetencer til at:

- vejlede om fysisk aktivitet
- tilrettelægge, supervisere og evaluere træningen, herunder test
- rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borger
- rådgive borgeren ved sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen, fx utryghed ved træning, ud fra en grundlæggende viden om kronisk sygdom.

¹⁴ Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

7. Ernæringsindsats

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre kronisk sygdom og øge risikoen for tilstødende sygdomme. Både uplanlagt vægttab og svær overvægt kan have alvorlige konsekvenser for borgere med kroniske sygdomme. Uplanlagt vægttab¹⁵ øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser. Svær overvægt¹⁶ øger risikoen for både forværring af den kroniske sygdom og en lang række sygdomme og tilstande, komplikationer til disse og hospitalsindlæggelser. Både uplanlagt vægttab og svær overvægt øger risikoen for tidlig død.

Sundere mad- og måltidsvaner kan have gavnlig effekt for flere kroniske sygdomme, fx ved at reducere symptomer, eventuelt i kombination med fx medicin og fysisk aktivitet.

7.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder en ernæringsindsats (kostvejledning eller diætbehandling)¹⁷ til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

Indsatsen differentieres på baggrund af borgerens ressourcer og behov. Førstevalget er kostvejledning.

Diætbehandling bør tilbydes borgere ud fra en indledende vurdering af ernæringsrelateret risiko, borgers ressourcer og behov (se afsnit 7.2).

Sundhedsstyrelsen anbefaler mulighed for diætbehandling til borgere fra følgende målgrupper¹⁸:

- borgere med en kronisk sygdom, hvor ernæringsindsatsen vurderes at være en væsentlig del af den forebyggende indsats, dvs. primært ved type 2-diabetes eller hjerte-kar-sygdom
- borgere med kronisk sygdom og svær overvægt
- borgere med kronisk sygdom og uplanlagt vægttab eller underernæring.

Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere, der er nydiagnosticerede med en kronisk sygdom, hvor ernæringsindsatsen vurderes at være en væsentlig del af den forebyggende indsats, samt borgere med multisygdom, hvor diætbehandlingen kan være mere kompleks.

¹⁵ Vægttab på minimum 1,0 kg.

¹⁶ BMI ≥ 30 , BMI beregnes som vægten (i kg) divideret med kvadratet på højden (i m).

¹⁷ Sundhedsstyrelsen anvender begrebet 'ernæringsindsats' som en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet, herunder 'diætbehandling' og 'kostvejledning'. Diætbehandling er typisk målrettet borgere og patienter i ernæringsrelateret risiko, herunder med kronisk sygdom, mens kostvejledning typisk er målrettet borgere, som ikke er i ernæringsrelateret risiko.

¹⁸ Jf. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes (2017), Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom (2018), Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL (2017), Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (2018), Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko (2022), Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016).

7.2. Indholdselementer

Det er et krav, at ernæringsindsatsen indledes med en vurdering af ernæringsrelateret risiko. Denne skal indeholde vurdering af vægt og BMI, herunder udvikling over tid, samt afdækning af borgerens viden, færdigheder og motivation. Vurderingen er med til at sikre, at den enkelte borger får den rette indsats (kostvejledning eller diætbehandling) og støtte til at ændre mad- og måltidsvaner.

Målet med ernæringsindsatsen (kostvejledning eller diætbehandling) er:

- at styrke borgerens vidensniveau og forståelse af kostens betydning for at forebygge dels forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne, dels opståen af nye livsstilssygdomme
- at afdække og styrke borgerens motivation og handlekompetence til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at borgeren reflekterer over egne mad- og måltidsvaner i relation til sundhedsfaglige anbefalinger og borgerens egne værdier, mål og muligheder
- at hjælpe borgeren til at prioritere og sætte mål for egen indsats i forhold til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at støtte borgeren i at vedligeholde opnåede ændringer af mad- og måltidsvaner.

Kostvejledning

Det er et krav, at kostvejledningen tager udgangspunkt i De officielle Kostråd og evt. de supplerende kostanbefalinger for ældre fra 65 år¹⁹. Dette suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende patientgrupper.

Det anbefales, at kostvejledningen består af en vurdering af nuværende mad- og måltidsvaner samt råd om sunde mad- og måltidsvaner, herunder valg af fødevarer og sammensætning af måltider.

Diætbehandling

Diætbehandling følger de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende kroniske sygdomme og tager udgangspunkt i de gældende retningslinjer og rammeplaner for ernærings- og diætbehandling^{20, 21, 22, 23}.

Det er et krav, at diætbehandling omfatter:

- Udredning (herunder kostanamnese, vurdering af behov og ernæringsdiagnose)
- Ernæringsbehandling (herunder udarbejdelse af ernæringsplan og individuel diætvejledning)
- Opfølgning (herunder monitorering, evaluering og afslutning).

Ernæringsplanen tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer og fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der evt. suppleres af medicinske ernæringsdrikke og evt. sondeernæring. De enkelte elementer i behandlingen dokumenteres, og ved behov samarbejdes tværfagligt.

¹⁹ Over 65 år - Fødevarestyrelsen (foedevarestyrelsen.dk)

²⁰ ESPEN Guidelines & Consensus Papers, <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>

²¹ Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), <https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/NKR-og-NKA>

²² NICE Dietary Guidelines, <https://www.nice.org.uk/search?q=dietary+guidelines>

²³ Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister, <https://kost.dk/fakd/rammeplaner>

Ved en samtidig indsats med fysisk aktivitet skal der tages højde for dette i ernæringsindsatsen. For borgere med et uplanlagt vægttab bør en indsats med fysisk aktivitet kombineres med en ernæringsindsats, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

'Madlavning i praksis'²⁴ i grupper kan understøtte både kostvejledning og diætbehandling.

7.3. Format, omfang og varighed

Kostvejledning

Kostvejledning kan foregå i et gruppebaseret forløb eller individuelt ved behov. Støtte til kostvejledning kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

Diætbehandling

Det er et krav, at diætbehandling består af en individuelt tilpasset indsats, afhængigt af borgerens behov. Det kan foregå med individuelle og gruppebaserede elementer, fx i tilknytning til udarbejdelse af ernæringsplan og individuel diætvejledning.

Det anbefales, at forløbet med diætbehandling består af regelmæssige opfølgende samtaler med borgeren minimum hver 2.-3. måned, samt eventuelle mellemliggende telefonkontakter. Senest efter 12 måneder vurderes borgerens behov for fortsat diætbehandling.

Det anbefales, at den første samtale foregår med fysisk fremmøde, så kropssammensætning kan vurderes, og andre fysiske og mentale tegn kan opdages. Hvis borgeren har svært ved at møde op fysisk, kan indsatsen foregå digitalt. Den indledende vurdering bør være af længere varighed, og de opfølgende samtaler kan være af kortere varighed, afhængigt af borgerens behov og tilstand. Opfølgende samtaler kan foregå digitalt, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

7.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Borgere med uplanlagt vægttab og underernæring er i høj risiko for sygdom og (gen)indlæggelser af mange forskellige årsager. Der er ingen generel ernæringsanbefaling for indsatsen, og derfor er det afgørende med en individuelt tilpasset diætbehandling. Disse borgere vil også ofte have behov for, at diætbehandlingen gennemføres individuelt.

Ved multisygdom er det også nødvendigt, at der i ernæringsindsatsen tages særlige hensyn. Indsatsen tager udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borgers behov, og der bør være sundhedsprofessionelle involveret, som kan sikre, at der er tale om en tværfaglig indsats, der tilgodeser de særlige hensyn og problemstillinger.

²⁴ Jf. FSIII Indsatser (sundhedslovens § 119).

I ernæringsindsatsen (kostvejledning og diætbehandling) tages udgangspunkt i beskrivelser af ernæringshensyn for specifikke sygdomme, jf. nedenstående retningslinjer mm.:

- Lægevidenskabelige Selskabers kliniske retningslinjer
- Nationale og europæiske kliniske retningslinjer, herunder fra ESPEN
- Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og kroniske lænderygsmærter
- FaKDs Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling for specifikke sygdomsgrupper
- Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko
- Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den danske institutionskost
- Kost og Ernæringsforbundets, Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens 'Den Nationale Kosthåndbog' med konkrete valg af mad og drikke.

7.5. Kompetencer

Det er et krav, at den indledende vurdering af, hvilken ernæringsindsats borgeren har behov for, gennemføres af sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige (mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse eller tilsvarende kompetencer²⁵).

Det er et krav, at kostvejledning gennemføres af sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige (mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse eller tilsvarende kompetencer²⁶).

Det er et krav at diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, gennemføres af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.

²⁵ Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

²⁶ Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

8. Forebyggende samtale om alkohol

Alkohol er et stof, der påvirker stort set alle kroppens organer. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for tidlig død og mere end 200 sygdomme, blandt andet flere kræftsygdomme, leverlidelser og sygdomme i fordøjelsessystemet. Derudover påvirkes den mentale sundhed, og et stort alkoholforbrug kan føre til afhængighed og store sociale, familie- og samfundsmæssige konsekvenser.

Derfor skal kommunen tilbyde forebyggende samtale om alkohol til borgere, der henvises fra almen praksis, sygehus eller andre kommunale forvaltningsområder, hvor der foregår tidlig opsporing og samtaler om alkohol.

Tidlig opsporing og samtale med borgere med alkoholproblemer kan finde sted, der hvor der er en anledning til at tale om alkohol og i respekt for, at borgeren er åben over for at tale om det. Det er oplagt de steder, hvor kommunale medarbejdere møder borgere direkte, fx i socialforvaltningen, jobcentre, sundhedsplejen, hjemmeplejen, plejehjem og i sundhedscentre. En samtale om alkohol kan oplagt indgå som en naturlig del af de individuelle samtaler med borgere, som i forvejen opsøger kommunen for at tale om sundhedsrelaterede problemer.

Sundhedsstyrelsens rådgivnings- og implementeringsmateriale til at understøtte kommunernes tidlige opsporing og dialog om alkohol med borgere, findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [Dialog om alkohol - rådgivnings- og implementeringsmateriale - Sundhedsstyrelsen](#)

Alkoholproblemer klassificeres med følgende definitioner:

- Storforbrug af alkohol: forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens anbefalinger om højest 10 genstande pr. uge for både kvinder og mænd
- Skadeligt alkoholforbrug: forbrug, der har medført fysisk eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd), har en varighed på mindst en måned eller gentagne gange indenfor 1 år, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed (International Classification Diagnostic System (ICD 10))
- Alkoholafhængighed: en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser, associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol har opnået en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

8.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol til borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen.

Målgruppen er borgere med storforbrug eller skadeligt forbrug af alkohol. Der kan dog også være borgere, der drikker under genstandsgrænsen, men som har et problematisk alkoholdrikkemønster og som kan have gavn af indsatsen.

Forebyggende samtale om alkohol tilbydes direkte uden en forudgående afklarende samtale til borgere med ønske om at ændre alkoholforbrug- og vaner, da det er vigtigt, hurtigt at imødekomme den motivation,

der er for adfærdssændring. I forløbet kan der tilbydes en afklarende samtale, hvis der viser sig behov for det. Forebyggede samtale om alkohol kan også tildeles på baggrund af den afklarende samtale.

8.2. Indholdselementer

Screening

Det er et krav, at den forebyggende samtale om alkohol indledes med et screeningsværktøj, i det følgende illustreret med AUDIT (Alcohol Use Disorder Test).

AUDIT-skemaet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [Dialog om alkohol - rådgivnings- og implementeringsmateriale - Sundhedsstyrelsen](#)

Resultatet af screeningen er vejledende for, hvilken indsats borgeren tilbydes:

- Scorer borgeren 8-15 på AUDIT skemaet, tyder screeningen på, at der er tale om et storforbrug. Scorer borgeren 16-19, er der sandsynligvis tale om skadeligt alkoholforbrug. I begge tilfælde tilbydes en forebyggende samtale om alkohol.
- Scorer borgeren 20 eller derover på AUDIT, eller har borgeren en samtidig psykisk lidelse parallelt med storforbrug eller skadeligt forbrug af alkohol, henvises til alkoholbehandling. Borgeren oplyses om alkoholbehandlingsmuligheder og de grundlæggende regler for alkoholbehandling, fx regler for frit valg, vederlagsfri behandling, mulighed for anonymitet mv. Der oplyses også om lokale frivillige støtteorganisationer.

For borgere med alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse, bør der være en særlig opmærksomhed på, at der med samtykke fra borgeren informeres til den behandlende læge om resultatet af screeningen, uanset om det er i hospitals- eller praksisregi og uanset om borgeren er henvist eller selv har op-søgt den forebyggende samtale om alkohol.

Screeener borgeren positiv for skadeligt forbrug eller afhængighed af alkohol, og er borgeren samtidig gravid, skal der, efter samtykke med borgeren, henvises til både regionens familieambulatorium og alkoholbehandling. Der vil desuden oftest være grundlag for en underretning til kommunens børne- og familieafdeling.

Forebyggende samtale om alkohol

Formålet med den forebyggende samtale om alkohol er rådgivning og støtte til hensigtsmæssig alkohol-adfærd, herunder at øge borgerens egenomsorg samt rådgive og støtte borgeren i, hvordan man kan opnå ændrede alkoholvaner.

En forebyggende samtale om alkohol kræver en empatisk og ikke-moraliserende samtaleform, ligesom teknikker fra 'Den Motiverende Samtale' med fordel kan anvendes.

Det anbefales, at den forebyggende samtale om alkohol indeholder flere (eller alle) af følgende elementer:

- Kort undersøgelse af alkoholproblemets karakter
- Information om alkoholforbrugets potentielle rolle i de problemer borgeren har, herunder fysisk og mentalt helbred, familieliv, børns trivsel, arbejdsliv, livskvalitet mv.

- Alkoholens påvirkning af hverdagslivet, herunder familie, netværk, arbejde mv.
- Helbredsrisici forbundet til alkoholforbrug
- Kroppens påvirkning ved indtagelse af alkohol
- Øgning af motivation for at nedsætte forbruget
- Udarbejdelse af mål for reduktion, evt. ophør
- Anbefaling af løbende monitorering af alkoholindtagelsen (dagbog), hvis reduktion vælges, snarere end ophør
- Dialog og evt. råd om specifikke strategier til brug for reduktion eller ophør
- Afsøgning af støttemuligheder ved behov
- Tilbud om opfølgning.

Har borgeren et meget højt alkoholforbrug, kan der være brug for lægelig vurdering af eventuelt behov for abstinensbehandling, inden et eventuelt alkoholophør påbegyndes. Der kan ligeledes være brug for en lægelig vurdering af, hvorvidt borgeren vil kunne have gavn af supplerende medicinsk behandling. I begge tilfælde henvises til egen læge eller til læge tilknyttet alkoholbehandlingscenter.

8.3. Format, omfang og varighed

Det anbefales, at den forebyggende samtale om alkohol tilbydes både ved fysisk fremmøde samt virtuelt og også uden for almindelig arbejdstid.

Det er et krav, at forebyggende samtale om alkohol foregår individuelt.

Det anbefales, at der er tilbud om opfølgende samtale efter den forebyggende samtale om alkohol. En enkelt samtale er ofte tilstrækkelig til, at borgeren selv reducerer sit forbrug eller henvender sig til et alkoholbehandlingscenter for at få hjælp til dette, men der kan også være behov for opfølgende samtaler.

Har samtalen ikke opnået tilstrækkelig effekt, kan der være behov for henvisning til alkoholbehandling i et alkoholbehandlingscenter. Det gælder også, hvis borgeren er ambivalent og har behov for at afklare sin motivation til ændring af alkoholbrugen. I disse tilfælde kan inddragelse af pårørende desuden være gavnlig.

8.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Borgere med samtidig psykisk lidelse henvises til alkoholbehandling²⁷. Borgere i medicinsk behandling bør drøfte medicineringen med deres læge i forbindelse med større ændringer i alkoholforbruget, idet virkningen af noget medicin påvirkes af alkoholindtagelse.

²⁷ Se også retningslinjen [Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik - Sundhedsstyrelsen](#)

8.5. Kompetencer

Det er et krav, at medarbejdere, der gennemfører de forebyggende samtaler om alkohol, har kompetencer til at gennemføre samtalen af høj kvalitet og til at gennemføre den indledende screening og visitation. Det forudsætter, at medarbejderen har følgende kompetencer:

- Viden om og træning i metoden 'Forebyggende samtale om alkohol' og 'Den Motiverende Samtale'
- Viden om og træning i screeningsværktøjer samt tolkning af screeningsresultater
- Generel viden om alkohol og betydningen for helbredet, det sociale liv, og for pårørende, herunder børn
- Viden om regler for alkoholbehandling
- Viden om behandlingssteder samt viden om lokale frivillige støtteorganisationer i borgerens lokalområde
- Viden om alkoholbehandling, herunder familieorienteret behandling, medicinsk behandling samt abstinensbehandling
- Viden om afhængigheds- og misbrugsbegreber og de faktorer, der har betydning for, at afhængighed og misbrug opstår.

Det anbefales, at forebyggende samtale om alkohol gennemføres af professionelle med social- eller sundhedsfaglig uddannelse (mellemlang videregående uddannelse eller tilsvarende kompetencer²⁸), gerne suppleret med erfaring inden for alkoholbehandling, og/eller uddannelse i alkoholbehandling eller rusmiddelbehandling.

²⁸ Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

9. Monitorering og kvalitetsudvikling

Alle borgere med kronisk sygdom skal have adgang til kommunale forebyggelsestilbud inden for de ovenstående indsatsområder. Fælles for forebyggelsestilbuddene (på tværs af landets kommuner) er, at de skal understøtte borgere i at mestre livet med kronisk sygdom.

Systematisk og ensartet dokumentation og monitorering af forebyggelsestilbud medvirker til at skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling af de kommunale forebyggelsesindsatser. Derudover er formålet, at danne grundlag for den løbende tilpasning af tilbuddet, herunder tilstedeværelse af de rette kompetencer og dimensionering af kapacitet, samt at der sikres en effektiv organisering og ressourceudnyttelse i forhold til den lokale kontekst. Monitorering vil indebære opfølgning på udvalgte indikatorer og kan til lige danne grundlag for forskning i effekten af kommunale forebyggelsestilbud.

Programmet *Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen*²⁹ skal sikre bedre brug af data fra det nære sundhedsvæsen til kvalitetsudvikling og sammenhængende patientforløb gennem national indsamling og udstilling af data fra bl.a. kommuner. Det forventes, at de første data kan ses i nationale registre ultimo 2025. Sideløbende arbejdes der på at fastlægge indikatorer for opfølgning på nationalt niveau.

9.1. Monitorering og kvalitetsudvikling i de kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne skal være opdateret på viden om borgernes behov og indsatser samt gennemførte forløb. Kommunerne følger systematisk og dokumenterer løbende oplysninger om borgerne og indsatserne i egne forebyggelsestilbud. Dokumentationen skal skabe grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling samt forskning.

Dokumentationen af forebyggelsestilbuddene sker således i henhold til registrering i de kommunale omsorgsjournaler (EOJ) og dermed krav om indberetning fra EOJ til FK-Gateway fra ultimo 2025. Kravene for dokumentationen vil bl.a. omhandle datastandarder, eksempelvis Fælles sprog III og Fælles Kommunal Gateway (FK-Gateway).

Det er et krav, at kommunerne anvender tilgængelige data om deres population. Populationsdata kan sammenholdes med data om de borgere, som modtager kommunens forebyggelsestilbud.

Kommunen kan således bruge populationsdata til at følge deltagelsen i kommunens forebyggelsestilbud, blandt alle borgere med kroniske sygdomme, med henblik på at vurdere behovet for indsatser og planlægning mv. Populationsdata kan eksempelvis findes i Sundhedsdata på tværs (se boks nedenfor).

Sammenlignelige kommunale data om forskelle i tilgængelighed og kvalitet på tværs af kommuner, kan bruges som basis for læring og kvalitetsudvikling både lokalt, tværkommunalt og tværsektorielt. Monitoreringen af egne og andres indsatser kan ske ved at anvende de systemer, som stilles til rådighed af staten og regionerne, fx Sundhedsdata på tværs, nationale, regionale og kommunale sundhedsprofiler,

²⁹ Jf. afsnit om *Data på tværs af det nære sundhedsvæsen* i Aftale af 8. juni 2021 mellem regeringen og KL om kommunernes økonomi for 2022.

STOPbasen og K-PRO. I disse systemer kan kommuner også følge egne borgeres sundhedsadfærd og sundhedstilstand, som indikator for en udvikling i behovet for kommunens forebyggelsestilbud. Se boks nedenfor for beskrivelse af datakilder. Kommuner kan desuden inddrage yderligere og supplerende datakilder.

Det anbefales, at kommunerne udarbejder indikatorer ud fra det samlede datasæt, samt at følgende ud-data specifikation registreres af kommunerne:

- Hvilke borgere, der henvises til forebyggelsestilbuddene
- Hvad er henvisningsårsagen³⁰, hvis den er tilgængelig
- Hvilke indsatser der iværksættes
- Hvad er varighed af forløb, herunder frafaldsårsager
- Tilstande før og efter indsatser, evt. ved brug af test.

Kvalitetsudviklingen af egne forebyggelsestilbud kan ske ved, at kommunen løbende orienterer sig i udmeldinger fra myndigheder og er i dialog med kommunale netværk om fx viden og best practice omkring den pædagogiske praksis, kompetencer for sundhedsfagligt personale, evt. sygdomsspecifikke hensyn, samt metoder og teknikker, der understøtter praksis, fx dialog- og beslutningsstøtteværktøjer. Kommuner kan med fordel drøfte og udvikle praksis i egen lokale kvalitetsorganisation, samt tværkommunalt.

Kommuner kan anvende forskellige metoder og modeller i arbejdet med kvalitetsudvikling. Forbedringsmodellen bruges i mange kommuner som ramme for at drive kvalitetsudvikling. KL har desuden igangsat projektet Kvalitet i kommunerne (KIK)³¹, som kan være med til at understøtte arbejdet med databaseret kvalitetsudvikling lokalt i kommunerne.

Kommuner, sygehuse og almen praksis kan med fordel forankre aftaler om kvalitetsudvikling i regi af sundhedsklyngerne, med blik for det arbejde der også foregår via sundhedsaftalerne. Derudover kan fokus på henvisninger mv. også foregå i andre tværsektorielle fora, eksempelvis de Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU), hvor kommunen lokalt kan have en dialog med de almen praktiserende læger.

Sundhedsdata på tværs af sektorer

Programmet 'Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen' er igangsat i 2023 med det formål at indsamle nationale data fra det nære sundhedsvæsen, herunder på sigt data om den forebyggende indsats i kommunerne. Dette skal lede frem til, at der etableres et nationalt datagrundlag i form af sundhedsregistre, som vil give indsigt i aktivitet og kvalitet i almen praksis, speciallægepraksis og kommuner. Eksempelvis vil det blive muligt at koble kommunale data om fx aktiviteter på forebyggelsesområdet med øvrige data fra bl.a. sygehuse, og på den måde følge borgernes forløb i det primære og sekundære sundhedsvæsen. Programmet skal samtidigt understøtte, at data bliver anvendt og leveret på en tilgængelig måde til sundhedsvæsenets aktører, herunder sundhedsklyngerne. Dette med henblik på at understøtte datadrevet kvalitetsudvikling, sammenhængende forløb, populationsoverblik og -udvikling, planlægning mv.

Datakilderne udstilles via den digitale løsning 'Sundhedsdata på tværs' hos Sundhedsdatastyrelsen, som sundhedsvæsenets aktører kan tilgå. Eksempelvis kan data om kroniske sygdomme, forebyggelige sygehusophold, antal indlæggelser mv. sammenlignes og udstilles i den digitale løsning. Den digitale løsning udbygges med data om forebyggelsesindsatser, når data bliver tilgængelige.

³⁰ Henvisningsårsag er ikke altid med fra henvisningskilden

³¹ [KIK - Kvalitet i kommunerne \(kl.dk\)](#)

Implementering af Fælles sprog III

Implementeringen af den fælles kommunale datastandard Fælles Sprog III³² skaber forudsætning for en ensartet registrering, hvilket er nødvendigt, for at kunne få viden på tværs af de 98 kommuner. Kommunerne skal registrere informationer om de enkelte borgeres tilstande og indsatser, samt supplerende oplysninger, og indrapportere til FK-Gateway³³.

9.2. Forskning

Det anbefales, at der genereres ny viden som grundlag for evaluering og tilpasning af indsatsernes indhold, målgruppe og tilrettelæggelse. Viden om virkning/effekt forudsætter som udgangspunkt forskning og dermed at kommuner bidrager til samarbejde med universiteter, professionshøjskoler, regionale forskningsinstitutioner og sygehuse samt analyse- og forskningsinstitutioner. Det kan være en fordel, at flere kommuner bidrager sammen i større forskningsindsatser for at opnå tilstrækkelig volumen og kvalitet i projekterne.

Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne, sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv. jf. sundhedslovens §4. Kommunerne kan i den forbindelse hensigtsmæssigt samarbejde med regionerne, som har forskningsforpligtelse og ekspertise vedrørende forskning, monitorering og evaluering, samt en forpligtelse til at yde kommunerne rådgivning om deres indsats vedr. sundhedsfremme og forebyggelse jf. sundhedslovens §119 stk. 4, og §194.

³² I 2019 udviklede kommunerne Fælles Sprog III klassifikationer til kommunernes tilbud indenfor sundhedslovens §119 om sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning efter sygehusophold (sundhedslovens §140).

³³ [indberetningsvejledning-til-gatewayen-10.pdf \(kl.dk\)](#)

Referencer

Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om Rehabilitering. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2013.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2014.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes. 2015.

World Health Organization & The World Bank. World Report on Disability. 2011.

Aftaletekst om Sundhedsreform 2022. 2022.

Sølvhøj IN, Cloos CØ, Schneekloth Jarlstrup N, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017:Arbejdet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker siden 2013 og anbefalinger til borgere med kronisk sygdom Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

World Health Organization. Rehabilitation.

Målgruppe

Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. 2012.

Tilrettelæggelse

Gravesen DT. Pædagogik - Introduktion til pædagogens faglighed. København: Hans Reitzels Forlag, 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. 2019.

Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en litteraturgennemgang. 2022.

Grabowski D. Sundhedspædagogik i patientuddannelse: En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse: Region Syddanmark; Steno. 2010.

Grøn L et al. Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora. Dansk Sundhedsinstitut 2012.

Grøn L et al. Sociale forandringsfællesskaber: en guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Region Syddanmark: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.

Jensen BB. Kernebegreber i Sundhedspædagogikken. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 2016.

Marselisborg Centret EK. ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom. 2014.

Schiøler G, Dahl T, World Health Organization, Sundhedsstyrelsen. ICF – international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. 2003.

Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse: en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

West R, Brown J. A synthetic Theory of Motivation. In: Theory of addiction. 2nd. Chichester, West Sussex, U.K.:2013.

Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center. Guide til sundhedspædagogiske værktøjer. Undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom. 2015.

Sygdomsmestring

Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. Egen behandling ved kroniske sygdomme – anbefalinger, der understøtter udbredelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering. 2013.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2014.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje. Rehabiliterende indsatser over for patienter med type 2-diabetes. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. 2023.

Nikotinafvænning

Kjaer NT, Evald T, Rasmussen M, Juhl HH, Mosbech H, Olsen KR. The effectiveness of nationally implemented smoking interventions in Denmark. Preventive medicine 2007;45(1):12-14.

Kræftens Bekæmpelse. Røgfrit Liv - Individuelt rygestop. 2018.

Kræftens Bekæmpelse. Røgfrit Liv - Rygestop i grupper. 2020.

Kræftens Bekæmpelse. Røgfrit Liv - Kvit røgen i seks trin. 2020.

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews 2005(2):CD001292.

McEwen A. Standard Treatment Programme – A guide to providing behavioural support for smoking cessation. 2014.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA).

Olsen KR, Bilde L, Juhl HH, Kjaer NT, Mosbech H, Evald T, et al. Cost-Effectiveness of the Danish Smoking Cessation Interventions: Subgroup Analysis Based on the Danish Smoking Cessation Database. The European journal of health economics 2006;7(4):255-264.

Rasmussen M, Bertel NF, Tønnesen H. Rygestopbasens årsrapport for aktiviteter afholdt i 2013 samt 2012 med opfølgning i 2013. 2014.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Systemic Review. 2005.

Sundhedsstyrelsen. Behandling af tobaksafhængighed: anbefalinger til en styrket klinisk praksis. 2011.

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – tobak. version: 1.0. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser – en guide til rygestoprådgivere. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Rygestopguide. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer. 2023.

Thomson H. Competences required for delivering a Standard Treatment Programme – Matches to the NHS Knowledge and Skills Framework. 2012.

Vidensråd for Forebyggelse. Nikotinforbrug blandt børn og unge – konsekvenser og forebyggelse. 2022.

West Rea. NCSCT Training Standard – Learning Outcomes for Training Stop Smoking Practitioners. 2013.

Sundhedsstyrelsen. Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser. 2022.

Fysisk Aktivitet

Beyer N, Lund H, Klinge K. Træning – i forebyggelse, behandling og rehabilitering. 2. udgave. 2011.

Højgaard B. Til anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i forhold til fysisk træning i kommunerne. 2015.

Region Hovedstaden. Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. 2013.

Stig Mølsted CH. Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. 2013.

Sund By Netværket. Motion på recept – erfaringer og anbefalinger. 1. udgave. 2007.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet – håndbog i forebyggelse og behandling. Version 3.1. 2011.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande. 2018.

Sundhedsstyrelsen. Træningsguide for mennesker med demens. 2021.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet for voksne (18-64år) - viden om sundhed og forebyggelse. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet for ældre (65+år). Viden om sundhed og forebyggelse. 2023.

Ernæringsindsats

Beck AM. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats. 2015.

Den Nationale Kosthåndbog. Link: <https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/>.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Guidelines and Consensus Papers. 2022.

Fagligt Selskab af Kliniske Diætister. Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling.

Link: <https://kost.dk/fakd/rammeplaner>.

Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevareinstitut & Miljø- og Fødevareministeriet. Anbefalinger for den danske Institutionskost. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. 2017.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. 2018.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. 2017.

Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2018.

Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. 2022.

Fødevarestyrelsen. Over 65 ÅR: Hvad skal du spise og drikke?

ESPEN Guidelines & Consensus Papers. Link: <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>.

Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR).

NICE Dietary Guidelines.

Fagligt Selskab af Kliniske Diætister. Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling.

Forebyggende samtale om alkohol

Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care: pragmatic cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal* 2013;346(7892):14.

O'DONNELL A, ANDERSON P, NEWBURY-BIRCH D, SCHULTE B, SCHMIDT C, REIMER J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism* (Oxford, Oxfordshire) 2014;49(1):66-78.

Petersen GL, Kesmodel US, Strandberg-Larsen K. Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. 2015 Mar 16;.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. 2011.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor . 2011.

Statens Institut for Folkesundhed. Alkoholrelaterede helbredssekvenser – en systematisk litteraturnemgang af nyeste evidens. 2020.

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Alkohol. 2012.

Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. 2013.

Sundhedsstyrelsen, DSAM. Spørg til alkoholvaner. 2010.

Sundhedsstyrelsen. Dialog om alkohol – Rådgivnings- og implementeringsmateriale. 2022.

World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. 2009.

World Health Organization. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. 2009.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2011.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2014.

Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2023.

Monitorering og kvalitetsudvikling

Kommunernes Landsforening, FSIII. Fælleskommunalt indsatskatalog – sundhedsfremme og forebyggelse (SUL §119). Version 1.

Kommunernes Landsforening. Vejledning til KLGateway – indberetning af strukturerede Fælles Sprog III data.

Kommunernes Landsforening. KIK – Kvalitet i Kommunerne.

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis). Klyngepakke: Almen Praksis' samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Sundhedsdatastyrelsen. Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen. 2023.

Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdata på tværs. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen – en national strategi. 2022.

Kommunernes Landsforening. Indberetning til gatewayen.

Bilag 1: Kommissorium

Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom

Baggrund

En række faktorer, herunder ændringer i sygdomsbilledet og den demografiske udvikling, betyder, at flere danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Disse mennesker har ofte behov for sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen, hvor kvalitet, tilgængelighed, systematik og monitorering aktuelt kan være uensartet på tværs af kommuner.

Aftalen om sundhedsreformen³⁴ beskriver en omstilling til et mere sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen, som er nødvendig for at kunne styrke indsatsen for blandt andet ældre, samt mennesker med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Et væsentlig spor i omstillingen er at styrke kvaliteten i sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen gennem en national kvalitetsplan, der understøtter geografisk ensartet tilgængelighed og kvalitet.

Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse fået til opgave at udarbejde en kvalitetsstandard med faglige kvalitetskrav og -anbefalinger for kommunale sundhedstilbud vedr. træning, kostomlægning og patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom som eks. KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskelskelet-lidelser.

Arbejdsgruppens opgaver

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe, der får til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen om udarbejdelsen af kvalitetsstandard for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom.

Formålet med kvalitetsstandard er at formidle viden om hvordan kommunale tilbud på væsentlige forebyggelsesområder tilrettelægges bedst muligt, og at stille minimumskrav og anbefalinger til indsatser, så borgere på tværs af landet kan få forebyggelsestilbud af en ensartet og høj kvalitet.

Arbejdet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016). Styrelsens øvrige udgivelser om forebyggelse og kronisk sygdom, fx Nationale kliniske retningslinjer, vil også indgå i arbejdet.

Kvalitetsstandarderne vil således til dels bygge videre på eksisterende anbefalinger og retningslinjer, men det er ligeledes et væsentligt fokus i arbejdet, at kvalitetsstandarderne bliver tidssvarende og nytænkende, med henblik på at imødekomme de nuværende udfordringer og tendenser i sundhedsvæsenet. Et centralt fokus i arbejdet vil være udbredelsen af digitale løsninger i forebyggelsestilbuddene, med formålet om at skabe et fleksibelt sundhedsvæsen, differentiere tilbud, frigive ressourcer, og skabe mere geografisk lighed i sundhed. Digitale løsninger, såsom fx hjemmemonitorering, kan bidrage til at borgerne får en bedre forståelse for deres kroniske sygdom, så det forebygges, at den udvikler sig.

³⁴ [Aftale om sundhedsreform \(sum.dk\)](#)

Medlemmer af arbejdsgruppen forventes at bidrage med viden om evidens og indsatser på området, at indgå i drøftelser på arbejdsgruppemøder, og at udarbejde mindre skriftlige bidrag og kommentering på udkast til kvalitetsstandarder udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppens sammensætning³⁵

- Danske Regioner (1)
- Regioner (2)
- Kommunernes Landsforening (1)
- Kommuner (4)
- Danske Patienter (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (1)
- Dansk Selskab for Folkesundhed (1)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- Fagligt Selskab for Kliniske Diætister (1)
- Sundhedsdatastyrelsen (1)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1)

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege henholdsvis regionale og kommunale repræsentanter. Sundhedsstyrelsen kan supplere arbejdsgruppen efter behov.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppens møder

Der forventes afholdt tre møder i arbejdsgruppen. Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og udkast til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Sundhedsstyrelsen tager referat fra arbejdsgruppemøderne. Referatet sendes til kommentering senest to uger efter mødets afholdelse med henblik på gruppens bemærkninger og skriftlige godkendelse inden for en fastsat tidsfrist.

Tidsplan og mødedatoer

Arbejdet igangsættes i primo 2023, og forventes afsluttet ultimo 2023.

Første møde afholdes torsdag den 13. marts 2023 kl. 11:00 til 14:00.

Andet møde afholdes onsdag den 7. juni 2023 kl. 11:00 til 14:00.

Mere information om tredje møde følger.

Møderne vil blive afholdt i Sundhedsstyrelsens eksterne mødecenter på Islands Brygge 57, 2300 København S.

³⁵ Arbejdsgruppen blev i april 2023 desuden suppleret med en repræsentant fra FOA.

Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen

Repræsentant	Organisation
Trine Klindt	Fagligt selskab af Kliniske Diætister FaKD
Christian Körner	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Amalie Bækgaard Kristiansen	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Line Lindahl-Jacobsen	Ergoterapifaglige Selskaber
Nana Folmann Hempler	Dansk Selskab for Folkesundhed
Lars Hermann Tang	Dansk Selskab for Fysioterapi
Merete Rudolfsen	Fagligt selskab for sygeplejersker i kommune
Line Hansen	Sundhedsdatastyrelsen
Anna Boje	Danske Regioner
Søren Thorgaard Skou	Danske Regioner
Anette Brink	Danske Regioner
Malene Deelee	Danske Patienter
Signe Riis	Danske Patienter
Annette Wandel	Danske Patienter
Trine Vahlberg Holmberg	Kommunernes Landsforening
Morten Just	Kommunernes Landsforening
Louise Vestring	Kommunernes Landsforening
Birgitte Holm Andersen (stoppet 18. aug. 2023)	
Herefter Mette Odgaard Holck	Kommunernes Landsforening

Anne-Sofie Fischer Petersen	Kommunernes Landsforening
Trine Hjetting	Dansk Sygepleje Selskab
Inger Højvig (deltog ikke på møderne men modtog materiale til evt. kommentering)	Dansk Selskab for Almen Medicin
Sofie Tolstrup	FOA

Sekretariat	Organisation
Nanna Læssøe (forperson)	Sundhedsstyrelsen
Line Riddersholm	Sundhedsstyrelsen
Elsa Eriksen	Sundhedsstyrelsen
Mie Lind Berg	Sundhedsstyrelsen
Rasmus Baagland	Sundhedsstyrelsen

Sundhed for alle ♥ + ●



November 2024

Kommissorium for arbejdet med at revidere forløbsprogrammet på rygområdet

Baggrund

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) besluttede i juni 2024 at nedsætte en hurtigarbejde arbejdsgruppe, som skal tage stilling til, 1) hvorvidt der skal være et forløbsprogram for rygområdet, og i så fald komme med forslag til indramning af målgruppe, 2) hvilke retningslinjer der skal inddrages samt 3) hvordan de økonomiske konsekvenser skal belyses og håndteres.

Baggrunden for beslutningen var den afrapportering fra pilotafprøvning af det nye forløbsprogram, som TSS fik forelagt på mødet, og som viste en stigning i antallet af henviste borgere på 42-47 %. Stigningen tilskrives, at målgruppen i det nye forløbsprogram er borgere med længerevarende rygsmerter, mens den i det tidligere forløbsprogram fra 2012 er borgere med nyopståede smerter.

Efter udviklingen af det nye forløbsprogram og pilotafprøvningen udgav Sundhedsstyrelsen i januar 2024 Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. De beskriver kvalitetskrav og anbefalinger til kommunernes tilbud til borgere med en række kroniske sygdomme, herunder muskel-skelet-sygdomme såsom lænd- og rygsmerter.

I Regeringens udspil til en sundhedsreform er det beskrevet, at der fremover skal udvikles pakkeforløb for borgere med kroniske sygdomme, herunder for borgere med kroniske lænderygsmerter. Udspillet er ikke vedtaget endnu, og vi kender derfor ikke den præcise udformning. Derudover er gruppen med kroniske lænderygsmerter den fjerde gruppe ud af i alt fem i den prioriteringsrækkefølge, der er opstillet i udspillet. Vi kan derfor forvente, at der skal udvikles et nyt redskab på området, som erstatter forløbsprogrammet, men også at der kan gå en del tid, før arbejdet bliver sat i gang.

Om det nye forløbsprogram

I det oprindelige forløbsprogram fra 2012 er målgruppen borgere med nyopståede lænderygsmerter. På baggrund af en evaluering af forløbsprogrammet blev der udviklet et nyt forløbsprogram for ryglidelser, og det blev beskrevet i kommissoriet, at målgruppen for det nye forløbsprogram skulle være borgere, der har haft symptomer gennem fire uger eller mere.

Derudover er målgruppen i det nye forløbsprogram udvidet fra borgere med smerter i lænderyggen til også at omfatte brystryg og nakke. Baggrunden for dette forslag er et ønske fra de sundhedsprofessionelle, der har medvirket i udviklingen af det nye forløbsprogram, og som vurderer, at denne gruppe også har behov for den koordinerede tværsektorielle indsats, som forløbsprogrammet giver mulighed for.

Det nye forløbsprogram er web-baseret og ligger som et mini-site på regionens hjemmeside. Det skal gøre det mere brugervenligt, lettere tilgængeligt for aktørerne på området og lettere at holde opdateret. Det nye forløbsprogram er også tilgængeligt for borgere og patienter og indeholder en side med information til borgere med rygsmerter.

Forløbsprogrammet beskriver primært det tværsektorielle samarbejde om borgere med ryglidelser og generelt ikke detaljer om de sundhedsfaglige indsatser i den enkelte sektor. Programmet beskriver dog detaljeret de kommunale sundhedsindsatser til målgruppen, da det har været et ønske fra kommunal side.

For almen praksis henviser forløbsprogrammet til de gældende forløbsbeskrivelser, som er det redskab, der fortrinsvis bruges i almen praksis. Forløbsbeskrivelserne er revideret, så de henviser til forløbsprogrammet og indeholder al den information, man har brug for i almen praksis.

For de regionale indsatser henviser det nye forløbsprogram til de kliniske retningslinjer.

Forløbsprogrammet har været pilotafprøvet i 2023 i København og Gladsaxe kommuner mhp. samtidig monitorering af patientvolumen mhp. at vurdere de økonomiske konsekvenser. Pilotafprøvningen viste, at antallet af henviste borgere i de to kommuner i perioden steg med hhv. 47 % og 42 %. Borgere med længerevarende rygsmerter udgjorde langt den største del, mens borgere med smerter i nakke og brystryg udgjorde 11-14 %.

Opgaver

Arbejdsgruppen skal:

- Afdække om der, foruden Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards fra januar 2024 (vedlagt som bilag 1), er andre relevante nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger o. lign., som er relevante for et revideret forløbsprogram.
- Komme med anbefalinger til en revision af målgruppen i det nye forløbsprogram, så den er i overensstemmelse med gældende nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger o. lign.
- Komme med anbefalinger til en revision af beskrivelserne i det nye forløbsprogram af de kommunale sundhedsindsatser (vedlagt som bilag 2), så de er i overensstemmelse med gældende nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger o. lign.
- Konsekvensrette resten af forløbsprogrammet så det er i overensstemmelse med ændringer i beskrivelserne af de kommunale sundhedsindsatser.

- Afstemme ovenstående opgaver undervejs hvis der som en del af en sundhedsreform kommer en beslutning om pakkeforløb på området, som det er relevant at inddrage.
- På baggrund af ovenstående vurdere hvordan et forløbsprogram på rygområdet kan supplere de gældende kvalitetsstandarder og retningslinjer.

Arbejdsgruppens arbejde skal så vidt muligt stille mod en minimumsmodel, som tager udgangspunkt i de indsatser, kommunerne er forpligtet til at have i kraft af gældende kvalitetsstandarder og retningslinjer.

Da der er tale om en revision med fokus på de krav, som kommunerne skal implementere, skal arbejdsgruppen ikke belyse de økonomiske konsekvenser.

Organisering

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af fire repræsentanter fra det kommunale sundhedsområde, udpeget af KKR. Repræsentanterne skal udpeges, så der i arbejdsgruppen er faglig indsigt i kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsindsatser til borgere med kronisk sygdom.

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af en konsulent fra Center for Sundhed i Region Hovedstaden samt en konsulent fra fælleskommunalt sundhedssekretariat i KKR Hovedstaden.

Proces og tidsplan

- Det forventes, at arbejdsgruppen holder ca. to møder i november-december 2024
- Arbejdsgruppens konklusioner forelægges Tværsektoriel strategisk styregruppe på mødet 24. januar 2025
- På mødet 24. januar 2025 beslutter Tværsektoriel strategisk styregruppe, om arbejdsgruppens anbefalinger kan godkendes.

Kommunens sundhedscenters opgaver i forbindelse med rygforløbsprogrammet – revideret december 2024

Forløbsprogrammets kommunale tilbud omfatter borgere, der har brug for en mere intensiv og sammenhængende rehabiliteringsindsats, end der tilbydes i hospitals- eller praksissektoren. Tilbuddet er individuelt tilpasset og kan inkludere træning, smertehåndtering samt vejledning i forhold til kost, nikotin- og alkoholforbrug.

Den kommunale indsats tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024) samt "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske rygsmerter" (2017).

Målgruppe for kommunens rehabiliteringsaktiviteter

Kommunen tager imod borgere, der er udredt og ikke vil have gavn af kirurgisk indgreb eller yderligere behandling, men hvor rygsmerter stadig hæmmer borgerens livskvalitet. Rehabilitering kan også have et behandlingsmæssigt sigte. Kommunens sundhedscenter har tilbud til borgere ved:

- smerter i over 12 uger på henvisningstidspunktet
- kronisk ryg- og nakkebesvær med korterevarende forværringer, der kan afhjælpes i kommunalt tilbud

Disse borgere henvises fra hospital eller almen praksis med en xref15 (se retningslinjer for kommunikation i boksene nedenfor).

Borgere med genoptræningsplaner

Kommunens sundhedscenter varetager også genoptræning af borgere, der har en genoptræningsplan (G-GOP) fra hospitalet. Nogle borgere kan både være omfattet af forløbsprogrammet og have en genoptræningsplan (G-GOP). Borgere med en genoptræningsplan har særlige rettigheder i henhold til Sundhedsloven § 140, blandt andet ret til at vælge en privat leverandør, hvis kommunen ikke kan tilbyde genoptræning inden for 7 kalenderdage.

Rehabiliteringsaktiviteter i kommunen er individuelt tilpassede

Kommunerne er forpligtet til at tilbyde en afklarende samtale, hvor en kommunal medarbejder i samarbejde med borgeren vurderer, hvilke rehabiliteringstilbud, der er relevante for den enkelte. Krav til den afklarende samtale er beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024).

Rehabiliteringsforløbets sammensætning og indholdet af træning og undervisning skal tilpasses den enkelte borgers behov og ressourcer; herunder borgerens kompleksitet, komorbiditet og særlige socialmedicinske risikofaktorer.

Kommunens tilbud er tidsbegrænset. Nogle borgere kan have behov for et længere forløb eller flere forløb, og kommunen vurderer, hvad der kan tilbydes den enkelte borger.

Differentiering af rehabiliteringsforløb

Det er et krav, at tilrettelæggelsen af tilbuddene differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data, så alle borgere får samme forudsætninger for at opnå en positiv effekt af indsatserne (Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", 2024).

KOMMUNEN SKAL TILBYDE FØLGENDE AKTIVITETER PÅ BAGGRUND AF BORGERENS BEHOV	
Krav til kommunens tilbud følger Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” (2024)	
Fysisk aktivitet	Kommunen skal tilbyde en indsats for fysisk aktivitet i form af vejledning om fysisk aktivitet eller superviseret fysisk træning til borgere med kronisk rygbesvær, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen. Der kan være særlige sygdomsspecifikke hensyn, som den sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på. Indsatsen skal derfor altid tage udgangspunkt i gældende retningslinjer. <u>Vejledning om fysisk aktivitet</u> Mange borgere kan klare sig med vejledning om fysisk aktivitet med fokus på gavnlige effekter af fysisk aktivitet, og hvordan borgeren kan være fysisk aktiv i hverdagen, herunder hvilke muligheder der er lokalt, i fitnesscentre og foreningsregi. Vejledning om fysisk aktivitet kan foregå i et gruppebaseret forløb eller individuelt. Træningsforløbet kan foregå i varierede rammer fx i naturen eller digitalt, så borgeren støttes i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen også efter forløbet er afsluttet. <u>Superviseret fysisk træning</u> Superviseret fysisk træning tilbydes borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil have gavn af dette. Det kan eksempelvis være når sværhedsgraden af sygdommen eller antallet af samtidige sygdomme tilsiger det, eller på baggrund af borgerens ressourcer, behov eller præferencer. Endelig er der for nogle sygdomme dokumentation for, at der opnås bedst effekt af træningen, hvis den er superviseret. Træningen foregår som udgangspunkt i grupper, med mulighed for individuel supervision. Træningsforløb kan foregå i varierede rammer, eksempelvis i naturen eller digitalt. I Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” (2024) beskrives en række krav til superviseret fysisk træning, herunder til test og opfølgning. Kommunen skal aktivt støtte op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats, fx ved at der fra starten er fokus på, hvordan borgeren viderefører sin aktivitet i andet regi efter endt forløb gennem brobygning til lokale idrætsforeninger mm.

Sygdomsmestring	Kommunen skal tilbyde sygdomsmestring til borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen. I tilrettelæggelsen af undervisningen bør der være opmærksomhed på, at indsatsen tilpasses borgerens behov, viden, erfaringer, udfordringer og ressourcer. Det er et krav at følgende elementer indgår i indsatsen: ➤ Sygdomskendskab ➤ Sygdomsforværring ➤ Betydningen af andre forebyggende indsatser ➤ Mental sundhed ➤ Sociale forhold ➤ Mestring af sygdomme i hverdagen ➤ Pårørende Se mere i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024).
Plan for den beskæftigelsesmæssige indsats	Efter samtykke fra borgeren skal sundhedscenter og jobcenter arbejde sammen om at lave en beskæftigelsesmæssig plan for borgere, der er sygemeldte eller uden for arbejdsmarkedet ved at: ➤ Udveksle informationer under forløb ➤ Have kontaktfinformationer til hinanden på tværs af forvaltninger ➤ Have en fast struktur for samarbejdet
Nikotinrådgivning	Kommunen skal altid spørge til brug af nikotinprodukter og tilbyde nikotinafvænning. I Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024) beskrives en række krav til kommunens tilbud om nikotinafvænning.
Ernæringsindsats	Kommunen skal tilbyde en ernæringsindsats (kostvejledning eller diætbehandling) til borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen. Indsatsen differentieres på baggrund af borgerens ressourcer og behov. Førstevalget er kostvejledning. I Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024) beskrives en række krav til kommunens tilbud om kostvejledning og diætbehandling.
Forebyggende samtale om alkohol	Kommunen skal tilbyde en forebyggende samtale om alkohol til borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen.

	I Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2024) beskrives en række krav til kommunens tilbud om forebyggende samtale om alkohol.
--	--

Information til borgerne

Ved ryglidelser er der to centrale kernebudskaber til borgeren:

- Det hjælper, hvis du bevæger dig
- Smerterne påvirker dit liv lige nu, men du kan selv gøre noget

Kommunikation

Kommunen får henvist borgere fra hospitalerne, almen praksis og praktiserende speciallæger. Der kan også henvises internt i kommunen, fx fra beskæftigelsesområdet eller hjemmesygeplejen.

Den henvisende aktør har ansvar for at sikre, at henvisningerne indeholder relevante informationer. Den henvisende aktør kan ikke bestemme, hvilke konkrete tilbud, borgeren visiteres til i kommunen.

Kommunen visiterer selv til egne tilbud og kan afvise en henvisning eller bede om flere oplysninger fra henviser.

Kommunen skal altid informere henviser samt egen læge om forløbet i kommunen. Egen læge skal have information om opstart, plan for behandling og afslutning. Kravet om information til almen praksis gælder uanset, om egen læge har henvist borgeren eller ej.

Beskrivelse af patientgruppen – revideret december 2024

Forløbsprogram for rygbesvær omfatter mennesker med smerter i ryg og nakke og/eller udstrålende symptomer.

Patientgruppen for forløbsprogrammet er borgere med kroniske smerter, det vil sige smerter i mere end 12 uger, der har behov for en koordineret tværsektoriel indsats.

Patienter med medicinsk årsag (fx cancer eller osteoporotiske sammenfald) er ikke omfattet.

Egen læges opgaver i forbindelse med rygforløbsprogrammet – revideret december 2024

Egen læge er tovholder for patienten igennem hele forløbet. Egen læge henviser til udredning og behandling hos fx speciallæge, hospital, fysioterapeut eller kommunal rehabilitering. Egen læge har også ansvar for at samle op på forløbet, når patienten afsluttes hos andre aktører.

Egen læges samlede indsats beskrives i Forløbsbeskrivelserne for almen praksis.

Udredning af smerter og ubehag i ryggen

Når en patient henvender sig med ondt i ryggen, undersøger egen læge patienten. Ved behov henviser egen læge til speciallæge, hospital, fysioterapeut eller kiropraktor. Udredning og behandling varetages i henhold til Nationale Kliniske Retningslinjer.

Træning og rehabilitering af ryglidelser

For en stor gruppe færdigudredte patienter består den primære behandling i fysisk træning, som kan ske hos en praktiserende fysioterapeut eller via et forløb i kommunen.

Vurdering af om en patient bør henvises til praktiserende fysioterapeut eller kommunen foretages på baggrund af følgende retningslinjer:

Patienten henvises til praktiserende fysioterapeut ved...	Patienten henvises til kommunalt rehabiliteringstilbud ved...
➤ smerter i mindre end 12 uger på henvisningstidspunktet. Et forløb hos praktiserende fysioterapeut kan dog fortsætte længere end de 12 uger fra symptomdebut ➤ kronisk ryg- og nakkebesvær med korterevarende forværringer og præference hos borgeren for privat fysioterapi ➤ kronisk ryg- og nakkebesvær hvor der ikke er behov for yderligere udredning, og hvor der fortsat er behov for tilbud efter gennemførsel af kommunalt tilbud	➤ smerter i over 12 uger på henvisningstidspunktet ➤ kronisk ryg- og nakkebesvær med korterevarende forværringer, der kan afhjælpes i kommunalt tilbud

Borgere med kronisk ryg- og nakkebesvær med korterevarende forværringer og præference for privat fysioterapi er i princippet er den samme gruppe borgere, som også står under målgruppen for et kommunalt tilbud – med den forskel at nogle foretrækker og gerne selv vil betale for privat fysioterapi, mens andre har brug for de forebyggende og rehabiliterende tilbud, kommunen råder over.

Kommunikation med andre sundhedsprofessionelle

For at sikre en smidig henvisningsproces skal egen læge sikre, at al relevant information sendes med i henvisningen til øvrige aktører. Se retningslinjer for kommunikation med øvrige aktører nedenfor.

Alle øvrige aktører bør sende information til egen læge om opstart, plan for behandling og afslutning, uanset om egen læge har henvist patienten eller ej.

Udredning og behandling tager udgangspunkt i patienten

Udgangspunktet for forløbet er den enkelte patients behov og ressourcer. Patienten skal som udgangspunkt vide:

- Hvilke undersøgelser kan være relevante for dig?
- Hvilken behandling kan du få?
- Hvad kan du selv gøre?
- Hvor lang tid kommer det til at tage?

Patient og læge tager i fællesskab beslutning om, hvordan forløbet skal tilrettelægges.

Ved ryglidelser er der tre centrale kernebudskaber til patienten:

- Det hjælper, hvis du bevæger dig
- Smerterne påvirker dit liv lige nu, men du kan selv gøre noget

Afrapportering: Rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser

November 2024

Godkendt af Styregruppen for Fremtidens Akutområde den 9. december 2024

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Behandlingsansvar og rådgivningsforpligtelse.....	3
Samarbejdspartnere.....	4
Formål	4
Målgruppe	4
Volumen	5
Forslag til indsatser	5
Forslag 1: Tilvejebringelse af relevant data om aktivitet for borgere på plejecentre	6
Forslag 2: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23.....	7
Forslag 3: Udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre	8
Forslag 4: 72 timers behandlingsansvar	9
Organisering og eksisterende indsatser i relation til plejecentre	9
Plejecenterlæge funktion.....	10
Lokale aftaler i Region Hovedstaden om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser ved samarbejde mellem almen praksis og kommunerne	11
Udviklingsinitiativer til borgere på plejecentre	12
Bilag 1: Projektbeskrivelse om tilvejebringelse af relevant data om aktivitet for borgere på plejecentre	14
Indledning.....	14
Datakilder	14
Bilag 2: Projektbeskrivelse om klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23.....	17
Bilag 3: Projektbeskrivelse for udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre	22

Baggrund.....	22
Begreber	22
Pilot	23
Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning	27

Version: 1
Udformet af: Arbejdsgruppe vedr. model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser
Senest opdateret: 28.11.24

Indledning

I Region Hovedstaden er der et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde om særligt den ældre medicinske patient, så kommuner, hospitaler, almen praksis og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte borgere i eget hjem til gavn for borgerne. Fokus er bl.a. på, at borgere uanset bopæl skal møde samme kvalitet og tilgængelighed (evt. virtuelt) ved indlæggelse/henvendelse til sundhedsvæsenet.

Dette er i tråd med konklusionerne i regionens akutanalyse (2023), hvor det er drøftet hvordan den regionale akuthjælp tilpasses, så det nære og sammenhængende sundhedsvæsen understøttes bedst muligt.

Den tidlige opsporing og indsats er afgørende i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelse. I nogle tilfælde vil der være behov for indlæggelse, men i andre tilfælde vil kommunen i samarbejde med almen praksis og/eller hospital eller akutberedskab, kunne varetage behandlingen af den ældre sårbare borger udenfor hospitalet.

Det er desuden vigtigt, at borgerne og deres pårørende oplever en god og sammenhængende behandling fx i forhold til, at der er lagt en plan, og at borgerne ved, hvad der skal ske i deres forløb både på kort og lang sigt. Endvidere er det vigtigt at dele viden mellem sektorerne, så der samarbejdes om et fælles mål.

Det har været baggrunden for, at en arbejdsgruppe under styregruppen for Fremtidens akutområde har udarbejdet forslag til, hvordan der kan arbejdes med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser på tværs af regionen.

Det er forventningen, at erfaringer fra de foreslåede indsatser vil give vigtigt input til det videre arbejde med sundhedsreformens målsætninger om mere i behandling i hjemmet.

Til en start har arbejdsgruppen valgt at fokusere på en snæver målgruppe, som er borgere på plejecentre.

Behandlingsansvar og rådgivningsforpligtelse

Mange ældre borgere har kontinuerligt behov for behandling og pleje, også efter udskrivelse fra hospitalet.

Der er gode erfaringer med 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar indebærer, at hospitalet påtager sig det lægefaglige behandlingsansvar ved henvendelse fra sundhedsprofessionelle om færdigbehandlede borgere, der udskrives til kommunal sygepleje.

Hospitalerne har en vigtig rolle ift. at give generel rådgivning og vejledning til sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. Erfaringerne med en tættere dialog og samspil med kom-

muner, almen praksis og akutberedskab kan indgå i arbejdet med at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser¹.

Samarbejdspartnere

Det er hensigten, at forslag til indsatser omfatter alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden, alle kommuner og praktiserende læger i Region Hovedstaden samt Region Hovedstadens Akutberedskab (Akuttelefonen 1813).

Formål

Formålet med indsatserne er at sikre, at borgere i målgruppen behandles der, hvor borgerens behov varetages bedst. Det kan være i vante rammer, så ændringer i omgivelser undgås og rutiner opretholdes. Det afgørende er at sætte ind så tidligt som muligt, så sygdom eller forværring af kendt sygdom kan forebygges.

Der er derfor behov for at kommuner, praksissektor, akutberedskab og hospitaler i højere grad kan samarbejde om at undersøge, udrede og behandle borgere i målgruppen i eget hjem, så flere borgere oplever mere skånsomme forløb, og u hensigtsmæssige ophold i akutmodtagelserne forebygges.

Målgruppe

Målgruppen er borgere, som bor på plejecenter i Region Hovedstaden.

Borgere på plejecentre er ældre og skrøbelige, og potentialet for en effektiv behandling ved akut indlæggelse er lille. Indlæggelse på hospitalet er forbundet med risiko for komplikationer som delir, funktionsnedsættelse og infektioner. Det vil derfor ofte være bedst for disse borgere at blive vurderet og evt. behandlet i eget hjem/plejebolig. Dertil kommer, at borgere på plejecentre oftest primært har behov for symptombehandling/palliation og har gode muligheder for observation og pleje i hjemmet.

¹ Typiske diagnoser er: Dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdomme (bl.a. lungebetændelse), blærebetændelse, mave-/tarmlidelser, brud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold og tryksår.

Volumen

Primo 2023 boede 12.282 borgere på plejecenter i Region Hovedstaden. For denne gruppe blev der i 2023 registreret 3.285 forebyggelige sygehusophold svarende til 278 pr. 1.000 borgere. Andelen af akutte genindlæggelser var ca. 19 %².

Forslag til indsatser

Arbejdsgruppen har lagt vægt på, at der kan måles på effekten af indsatser. Gruppen er nået frem til, at borgere på plejecentre er en oplagt målgruppe, der kan monitoreres over tid, da borgere på plejecentre udgør en relativ homogen gruppe.

Gruppen afleverer fire forslag til indsatser.

Vurderingen er, at borgere på plejecentre er en vigtig gruppe at få grundig dokumentation om for at kunne planlægge, monitorere og justere indsatser. Der er derfor et forslag til en selvstændig indsats om at tilvejebringe relevante data om målgruppen med henblik på at undersøge, om der er mønstre i fx uhensigtsmæssige forløb, så potentialer for forbedringer før en indlæggelse kan identificeres.

Arbejdsgruppen har fremhævet, at det er vigtigt, at der bliver foretaget en klinisk vurdering af borgere, der kan indgå som vurderingsparameter, inden det overvejes at sende borgeren akut til hospitalet. Der er udarbejdet et forslag til, hvordan dette kan sikres.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at afklaring af behandlingsniveau kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Forslag tre handler om, hvordan dette kan foregå.

Under hvert forslag indgår overvejelser om implementering af indsatserne.

Endelig foreslår arbejdsgruppen at borgere, som bor på plejecentre, og som har været på en akut modtagelse tilbydes 72 timers behandlingsansvar, også hvis opholdet er under 24 timer.

For de tre første forslag gælder det, at der udestår konkretisering af organisering og arbejdsgange, relevant IT-understøttelse og evt. juridisk afklaring.

² Sundhedsdata på tværs

Forslag 1: Tilvejebringelse af relevant data om aktivitet for borgere på plejecentre

For at karakterisere og monitorere borgere og plejecentres indlæggelsesmønstre i Region Hovedstaden er der behov for at identificere målgruppen i de datakilder, der findes. Imidlertid findes der ingen oplysninger om, hvorvidt borgere bor på plejecentre, hverken i Sundhedsplatformen, Akutberedskabets IT-system eller Sygesikringsregisteret.

På kort sigt kan data fra værktøjet *Sundhedsdata på tværs* anvendes til at få indsigt i borgernes kontakt med sundhedsvæsenet på populationsniveau. Sundhedsdata på tværs indeholder imidlertid ingen individdata og kan ikke opgøres på hospitaler eller diagnoser.

For at kunne identificere borgere på plejecentre på individniveau er der på længere sigt behov for at koble oplysninger fra Sundhedsdatastyrelsens register 'Plejhjemsadresser' (herunder CPR-numre og ind- og udflytningsdatoer) med data fra Sundhedsplatformen, Akutberedskabet, Landspatientregisteret og Sygesikringsregistret.

Denne sammenkobling vil give mulighed for at analysere på indlæggelsesmønstre, herunder diagnoser, afdelinger, hospitaler, kommuner, indlæggelsestid, hyppighed, forbrug af sundhedsydelse mv. Derudover er der behov for løbende opdatering af CPR-numre på borgere, der bor på plejecentre, for at kunne følge indlæggelsesmønstre over tid.

Det kræver, at der skal søges om adgang til relevante data fra Sundhedsdatastyrelsen. Ansøgningen til Sundhedsdatastyrelsen er sat i gang.

Der lægges også op til kvalitative analyser blandt andet mhp. at identificere mønstre i opkald til akuttelefonen 1813.

Se uddybende beskrivelse i bilag 1.

Overvejelser om implementering

Dataenheden i Region Hovedstadens Center for Økonomi vil være tovholder på monitorerings- og analysearbejdet, som vil foregå i samarbejde med Akuttelefonen 1813, klinikere fra hospitalerne og kommunale repræsentanter. Det forberedende arbejde til monitoreringen vil kunne sættes i gang i starten af 2025, så analyserne kan foretages, når data fra Sundhedsdatastyrelsen foreligger, og relevante tilladelser er på plads.

Kvalitative analyser udarbejdes dels af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, dels af Akuttelefonen 1813.

Forslag 2: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23

Det antages, at en klinisk vurdering ved kommunal akutfunktion eller udkørende paramediciner/evt. 1813 kørelæge (efterfølgende omtalt som udkørende funktion) i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23 kan kvalificere behovet for indlæggelser og dermed reducere antallet af unødvendige ophold på akutmodtagelserne for skrøbelige borgere på plejecentre.

I projektet undersøges, hvorvidt en klinisk vurdering ved udkørende funktion, prøvetagning og videokonsultation og eventuel efterfølgende hjemmebehandling på plejecenteret, som alternativ til akut indlæggelse, patientsikkert vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

1813 har en koordinerende opgave ift. at rekvirere den udkørende funktion, og 1813 hjælper med at etablere kontakt mellem den udkørende funktion og akutmodtagelsen.

Der er lagt op til, at vagthavende i akutmodtagelsen (så vidt muligt bagvagt) kan beslutte at iværksætte behandling i hjemmet med fx IV-antibiotika/væske (jf. IV-aftalen) og behandlingsforløb i hjemmet. Under behandlingsforløb i hjemmet har lægen i akutmodtagelsen behandlingsansvaret. Når borgeren er færdigbehandlet, fortsættes med 72 timers behandlingsansvar. Det er lægen i akutmodtagelsen, der har behandlingsansvaret.

Forslaget er et kvalitetsudviklingsprojekt, hvori der indgår en interventionsgruppe og en kontrolgruppe.

Borgere i kontrolgruppen, som henvises til en akutmodtagelse, omfattes også af 72 timers behandlingsansvar.

Denne afprøvning vil kunne give værdifulde erfaringer i forhold til de hjemmebehandlings-teams, der skal opbygges i forbindelse med sundhedsreformen.

Se uddybende beskrivelse i bilag 2.

Overvejelser om implementering

Det endelige projekt forudgås af et mindre pilotstudie med færre plejecentre (4-6) i 2-3 kommuner omkring 2 akuthospitaler.

Forud for piloten udarbejdes der beskrivelse af organiseringen af indsatsen, herunder konkrete arbejdsgange i plejecentre, 1813 og hospitalernes akutmodtagelser. IT-understøttelse skal afklares inden pilotafprøvningen, herunder beslutning om dokumentation i patientjournaler og evt. deling af data. Der udarbejdes relevant kommunikationsmateriale til understøttelse af indsats og arbejdsgange.

Desuden klargøres set-up for POCT- analyserne, og det afklares, hvordan IV-antibiotika og væske kommer ud på plejecentrene.

Forberedelse af piloten vil kunne gå i gang i starten af 2025.

Forslag 3: Udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre

Manglende stillingtagen til behandlingsniveau³ opleves som en medvirkende årsag til uhensigtsmæssige akutte indlæggelser af borgere på plejecentre.

Derfor beskrives forslag til en indsats, hvor plejecenterlæge/egen læge i samarbejde med plejepersonalet sørger for, at der tilbydes en samtale om behandlingsniveau for borgere på plejecentre, når det vurderes relevant. Herunder er der fokus på at skabe en fælles måde at dokumentere behandlingsniveau på, så der ikke opstår tvivl i akutte situationer eller i kommunikationen med andre sundhedsprofessionelle. Er der ikke defineret behandlingsniveau, vil personalet sammen med egen læge eller 1813 i den akutte situation skulle vurdere, hvordan borgeren skal behandles.

I forslaget indgår også en arbejdsgang, hvor plejecenterlægen i særlige tilfælde kan have en kort konference (telefon/video) med personalet torsdag eller fredag, så man sikrer opdaterede behandlingsplaner for de borgere, der er i høj risiko for at blive dårlige i løbet af weekenden.

Plejecenterlægen/egen læge kan søge sparring hos lægefaglige specialister på hospitalet via hotline.

I forslaget er der desuden fokus på oplysning om behandlingsniveau på tværs af sektorer, herunder at hospitalslæger samme dag sikrer den nødvendige information til egen læge og kommune, hvis der er taget stilling til behandlingsniveau.

Se uddybende beskrivelse i bilag 3.

Overvejelser om implementering

Der er lagt op til at efterlevelse af behandlingsniveau afprøves på ca. 4-6 plejecentre fordelt på to kommuner. Det vil være en fordel hvis kommunerne har forskellig størrelse. Afprøvningen vil foregå over en periode på 6 måneder.

Forud for piloten udarbejdes der beskrivelse af organiseringen af indsatsen, herunder konkrete arbejdsgange i plejecentrene. Dette vil ske i dialog med plejecenterlægen/egen læge. Der udarbejdes relevant kommunikationsmateriale til understøttelse af indsats og arbejdsgange. Et opmærksomhedspunkt er, at der p.t. ikke er digital understøttelse af kommunikation om behandlingsniveau på tværs af sektorer.

³ Beslutning om at fastsætte en overordnet grænse for, hvilke behandlinger der skal tilbydes i tilfælde af forværring.

Forberedelse af piloten vil kunne gå i gang i starten af 2025.

Forslag 4: 72 timers behandlingsansvar

Det foreslås, at borgere på plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen, omfattes af 72 timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et sammenhængende forløb og evt. forebygge en genindlæggelse. Det vil sige, at det også gælder ophold under 24 timer.

Primo januar 2025 vil akutmodtagelserne kunne modtage en indlæggelsesrapport for de borgere, som forud for ophold i akutmodtagelsen modtager kommunale hjemme(syge)plejeydelser. Via indlæggelsesrapporten kan hospitalet se, om borgeren bor på plejecenter. Med implementeringen af denne arbejdsgang vil det blive lettere at identificere borgere på plejecentre, så de kan blive omfattet af 72 timers behandlingsansvar.

Det vil kunne give os relevante erfaringer i forhold udvide hospitalets behandlingsansvar til 96 timer, gældende for fx ældre der har været på en akutmodtagelse jf. sundhedsreformen.

Overvejelser om implementering

Ansaret for implementeringen vil ligge hos afdelingsledelserne i akutmodtagelserne. En model kan være, at der udpeges en ansvarlig læge og sygeplejerske. Der skal desuden udarbejdes og implementeres arbejdsgange for 72 timers behandlingsansvar i akutmodtagelserne på hvert hospital.

Organisering og eksisterende indsatser i relation til plejecentre

Forslag til indsatser skal ses i sammenhæng med det eksisterende set-up, aktører og opgaver, der i forvejen løses i relation til borgere på plejecentre.

Opgaver og kompetencer på plejecentre

Et plejecenter er et boligtilbud til ældre med et særligt behov for pleje og omsorg. Der er personale døgnet rundt. Plejecentret er ofte også der, den sidste tid af livet leves og afsluttes.

Pleje- og omsorgsopgaverne løses typisk af uddannede sundhedspersoner fx social- og sundhedshjælpere/-assistenter og sygeplejersker. Der kan desuden være ufaglært personale. I det praktiske arbejdes der integreret efter både Sundhedsloven og Serviceloven. Derudover ydes der genoptræning både efter Service- og Sundhedsloven. Over døgnet kan der være forskel på bemanning og hvilke fagpersoner, der er til stede på plejecenteret. Der kan desuden være variation mellem plejecentre og mellem kommuner.

Af Sundhedslovens § 138 fremgår, at kommunen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen. Udførelsen af sygeplejefaglige indsatser er ikke forbeholdt sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter, men kan udføres af andre faggrupper med kompetence hertil.

Kommunale akutfunktioner

Alle kommuner er forpligtet til at have en kommunal akutfunktion. I den enkelte kommune aftales det, hvordan der sikres rettidig brug af akutfunktionen, samt hvordan man i akutfunktionen samarbejder med andre kommunale aktører⁴.

Den kommunale akutfunktion varetager indsatser, der omhandler sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering. Desuden skal akutfunktionen kunne tilbyde indsatser, som forudsætter udstyr og visse utensilier for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande⁵. Det drejer sig bl.a. om akutte bedside blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent).

Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er samarbejds- og sparringspartnere for de behandlingsansvarlige læger (praktiserende læger, 1813-læger og hospitalslæger) og det kommunale plejepersonale i fx sygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre og botilbud. De kommunale akutfunktioner understøtter, at lægerne kan træffe kvalificerede kliniske beslutninger.

Plejecenterlæge funktion

En fast tilknyttet læge på et plejecenter skal være med til at skabe en bedre kvalitet for borgerne på plejecenteret, bl.a. gennem styrket kommunikation, tilgængelighed og samarbejde mellem plejepersonalet og den praktiserende læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt, god medicin håndtering og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbene.

Plejecenterlægen skal som udgangspunkt være læge for alle borgere/patienter på et plejecenter, dog har borgere på plejecentre ligesom alle andre borgere frit lægevalg.

Plejecenterlægen yder almenmedicinsk lægehjælp i henhold til Overenskomst om almen praksis til de borgere, der er tilmeldt lægen. Behandlingen sker præcis som for alle andre borgere. Plejecenterlægen yder herudover generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter til plejepersonalet på det plejecenter, lægen er tilknyttet.

Samarbejde med kommunerne

Plejecenterlægen forpligter sig til at stå til rådighed for rådgivning og/eller undervisning af

⁴ Kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner, afsnit 6

⁵ Kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner, afsnit 4.

plejepersonalet i 2 eller 3 timer pr. måned i gennemsnit afhængigt af antal tilknyttede borgere. I tiden indgår evt. transporttid. Emner der tages op, fx rådgivning og/eller undervisning, samarbejds møder m.v., kan være efter ønske fra plejepersonale såvel som på lægens initiativ. Emnerne kan være symptom- og/eller sygdomsspecifikke eller generelle, herunder det konkrete samarbejde i relation til emnerne.

Der henvises i øvrigt til Overenskomst for almen praksis, bilag 19: Protokollat om fast tilknyttet læge på plejehjem af 19-06-2021.

Lokale aftaler i Region Hovedstaden om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser ved samarbejde mellem almen praksis og kommunerne

I Region Hovedstaden er der indgået en række lokalaftaler, der har til formål at forebygge (gen)indlæggelser. Ydelserne i disse aftaler kan også anvendes til borgere på plejecentre.

Ydelserne er bl.a.:

- *Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital i samarbejde med en kommune.* Ydelsen har til formål at vedligeholde og øge borgerens funktionsniveau, at optimere medicinering og følge op på hospitalsbehandling.
- *Forebyggende sygebesøg for at forebygge indlæggelser.* Ved sygebesøget er plejepersonale fra kommunerne med. Sygebesøget indeholder ligesom det opfølgende hjemmebesøg medicingennemgang og generel helbreds vurdering samt vurdering af funktionsevne.
- *Tværasektoriel lægefaglig kommunikation.* Ydelsen benyttes, når den praktiserende læge kommunikerer telefonisk eller elektronisk med andre læger i konkrete komplekse patientforløb i forhold til at fastholde behandlingen af egne patienter i praksis. Ydelsen har til formål at kunne erstatte henvisning eller indlæggelse af borgeren.

Eksisterende indsatser i Akutberedskabet

Hjemmebesøg med læge fra 1813

Akutberedskabet kan tilbyde borgere et hjemmebesøg med en læge fra Akuttelefonen 1813, hvis det vurderes, at borgeren har behov for at blive tilset af en læge, og det vil være forbundet med stor gene og ulempe, hvis borgeren skal møde frem i en akutmodtagelse. Det kan fx være ældre borgere på plejecentre, patienter i terminalfasen, patienter med psykiatriske lidelser eller børn. Hjemmebesøg bestilles af sundhedsfaglig visitator efter sparring med bagvagts og vagtleder på 1813, hvor det konfereres, om opgaven kan varetages af en kommunal akutfunktion. Hjemmebesøgene udføres af læger, som enten er speciallæger eller er i hoveduddannelse inden for almen medicin, akutmedicin eller intern medicin.

På en typisk hverdagsvagt er der tre udkørende læger i aftenvagt (kl. 16-24) og en udkørende læge om natten (kl. 24-08). I weekender er der tre udkørende læger fra morgen til sen aften (kl. 8-24) samt en fjerde udkørende læge i tidsrummet kl. 12-20. I weekender er der også en udkørende læge om natten.

PRIO-funktionen i 1813

PRIO-funktionen er en særlig telefonlinje i 1813, som er reserveret til sygeplejersker i primærsektoren, der har brug for sundhedsfaglig sparring om borgere, der er blevet akut dårlige. Praktiserende læger, herunder plejecenterlæger, har også mulighed for at kontakte en læge i 1813 via PRIO-funktionen. PRIO-funktionen er bemandet alle dage fra kl. 16-08 af en læge, som har særlige kvalifikationer inden for det tværsektorielle akutområde. PRIO-lægen besvarer opkaldene uden om den almindelige kø på 1813, og kan dermed give hurtig og relevant vejledning.

Akutbiler

Akutbilerne er organiseret under 112 og fungerer som Præhospital Visitationsenhed (PHV), hvor der er fokus på at styrke den præhospitale visitation samt undgå unødige indlæggelser. Akutbilen er et mindre medicinsk fuldt udstyret køretøj bemandet med en paramediciner og kan rekvireres via en akutbilskoordinator i AMK-vagtcentralen. Akutbilerne anvendes som en mere aktiv del af beredskabet for at sikre den bedste dækning til borgere. Der er p.t. syv akutbiler.

Specialistfunktion for opkald fra +80-årige (geri-spor)

For at forbedre indsatsen for de ældre og skrøbelige borgere med komplekse problemstillinger, er 1813 i gang med at afprøve en specialistfunktion, som skal håndtere opkald fra borgere over 80 år. Denne funktion kaldes geri-spolet og består af sygeplejersker og læger med kompetence i geriatri og det tværsektorielle akutområde, som kan vurdere den ældres helbredstilstand, behov og ønsker, samt inddrage relevante samarbejdspartnere fra primær- eller sekundærsektor. Indsatsen er inspireret af et initiativ under Klynge Midt.

Udviklingsinitiativer til borgere på plejecentre

Flere sundhedsklynger har igangsat indsatser med henblik på at forebygge indlæggelser og/eller genindlæggelser.

Specifikt i forhold til borgere på plejecentre arbejdes der både i Klynge Byen og i Klynge Syd på at udvikle indsatser målrettet denne gruppe. I Klynge Byen har der blandt andet været prøvehandling i samarbejde med udvalgte plejecentre i Københavns og Frederiksberg kommuner, og i Klynge Syd er der igangsat initiativer under Udviklingshospital Amager.

Der er desuden relevante erfaringer fra fx det tværsektorielle samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, almen praksis og akutsygeplejen Middelfart Kommune (Region Midt), samt af-

prøvninger af udkørende funktioner fra akutmodtagelser i Odense og Esbjerg (Region Syd), og styrket præhospital visitation i Region Sjælland.

Erfaringerne fra disse initiativer har indgået i arbejdsgruppens arbejde. Der vil fortsat være fokus på at inddrage relevante erfaringer i det videre arbejde med at udvikle indsatserne. Erfaringer fra nedenstående konkrete initiativer, som er på vej til at blive afprøvet, vil også indgå.

Hjemmeindlæggelser på plejecenter

Fra oktober 2024 afprøves 10 hjemmeindlæggelser på plejecenter i et samarbejde mellem Geriatrisk og Palliativ afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Center for IT og Medicoteknologi, Center for Sundhed og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune. Når borgeren indlægges i Ældremodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, vil en speciallæge i Ældremodtagelsen vurdere, om den relevante behandling kan håndteres på plejecentret under trygge og vante rammer. Hvis dette er tilfældet, tilbydes borgeren hjemmeindlæggelse.

Nordsjællands Hospital planlægger et projekt om forebyggelse af indlæggelser målrettet borgere på plejecentre, midlertidige/akutpladser og bosteder, som er under behandling for akut sygdom eller opblussen af kronisk sygdom.

Projektet baserer sig på en velafprøvet model for hjemmeindlæggelser på Nordsjællands Hospital (Hospital at Home).

Kom Trygt Hjem

Kom Trygt Hjem er et initiativ udviklet i Region Syddanmark, som har til hensigt at skabe tryghed og en bedre hjemkomst for ældre mennesker, der udskrives til plejecenter efter indlæggelse med hoftebrud. Det indebærer en fælles standard for opfølgning på plejecentret, og det vurderes, at netop den gensidige forpligtelse og de systematiske indsatser i både kommune og på hospital er centrale for den tidlige opsporing og forebyggelse af komplikationer. Kom Trygt Hjem har vist gode resultater for borgerne i form af færre genindlæggelser og lavere dødelighed.

Kom Trygt Hjem er under implementering i Region Hovedstaden i regi af Lærings- kvalitetssteams for Sammenhængende Hoftebrudsforløb.

Bilag 1: Projektbeskrivelse om tilvejebringelse af relevant data om aktivitet for borgere på plejecentre

Indledning

For at karakterisere og monitorere borgere på plejecentres indlæggelsesmønstre i Region Hovedstaden er der behov for at identificere målgruppen. Imidlertid findes der ingen oplysninger om, hvorvidt borgere bor på plejecentre, hverken i Sundhedsplatformen, Akutberedskabets IT-system eller Sygesikringsregisteret.

På kort sigt kan data fra værktøjet *Sundhedsdata på tværs* anvendes til at få indsigt i borgernes kontakt med sundhedsvæsenet på populationsniveau. Sundhedsdata på tværs indeholder imidlertid ingen individdata og kan ikke opgøres på hospitaler eller diagnoser.

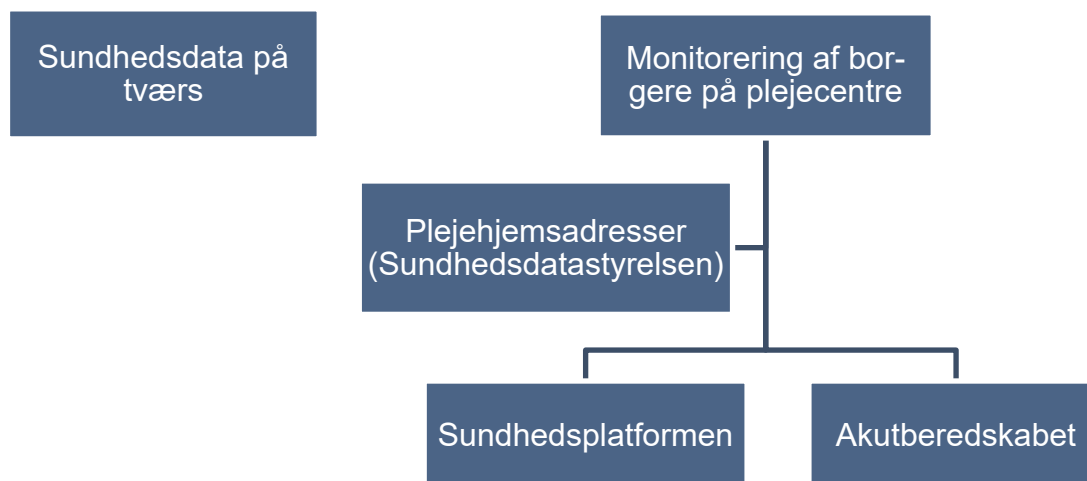
For at kunne identificere borgere på plejecentre på individniveau er der på længere sigt behov for at koble oplysninger fra Sundhedsdatastyrelsens register 'Plejhjemsadresser' (herunder CPR-numre og ind- og udflytningsdatoer) med data fra Sundhedsplatformen, Akutberedskabet, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Denne sammenkobling vil give mulighed for at analysere på indlæggelsesmønstre, herunder diagnoser, afdelinger, hospitaler, kommuner, indlæggelsestid, hyppighed, forbrug af sundhedsydelser mv. Det kræver adgang til relevante data fra Sundhedsdatastyrelsen. Derudover er der behov for løbende opdatering af CPR-numre på borgere, der bor på plejecentre, for at kunne følge indlæggelsesmønstrene over tid. Projektet inkluderer også en retrospektiv analyse af data for de seneste 3 år.

Datakilder

1. *Sundhedsdata på tværs*: Et interaktivt værktøj, der giver adgang til nationale sundhedsdata på tværs af sektorer på populationsniveau. Sundhedsdata på tværs indeholder fx oplysninger om antal borgere på plejecentre, fordelt på kontakt til sundhedsvæsenet, genindlæggelser, geografi, kronisk sygdom, køn og alder. Data opdateres dog ikke regelmæssigt.
2. *Plejhjemsadresser* (Sundhedsdatastyrelsen): Registeret indeholder oplysninger om, hvilke borgere der bor/har boet på en adresse, der er tilknyttet et plejecenter.
3. *Sundhedsplatformen*: Indeholder data, der rapporteres til Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Her kan trækkes data om fysiske fremmøder (korte og lange), virtuelle kontakter, diagnoser, genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, geografi samt demografiske data såsom køn og alder. Der vil desuden kunne trækkes data om besøg hos alment praktiserende læger eller speciallæger samt oplysninger om plejecenterlæger.

4. *Akutberedskabet*: Herfra kan man trække data om hyppigheden af kontakt med visiterende organer forud for indlæggelse samt data om unødvendige genindlæggelser.



Forslag til analyser

Når data fra Plejhjemsdatabaseen er modtaget vil det være muligt at udarbejde forskellige analyser for plejhjemsborgerne. Analyserne kan varetages i et fællesskab mellem CSU, CØK og Akutberedskabet. Af hensyn til ressourceforbrug og fokus vil det være vigtigt at udvælge få centrale indikatorer. Nedenfor en række forslag, der kan prioriteres imellem, når det er besluttet, hvordan der skal arbejdes videre med data.

- Volumen
 - Antal plejhjemsbeboere fordelt på alder og køn
 - Antal plejhjemsbeboere fordelt på kommuner
 - Antal plejhjemsborgere fordelt på indlæggelseshyppighed
 - Døde indenfor 30 dage
- Sundhedsydelser
 - Antal indlæggelser af plejhjemsborgere fordelt på hospitaler og diagnoser

- Antal indlæggelser af plejehjemsborgere fordelt på kroniske sygdomme
- Antal indlæggelser af plejehjemsborgere fordelt på varighed
- Antal indlæggelser fordelt på indlæggelsesdag- og tidspunkt
- Sundhedsydelser fordelt på borgere fra plejehjem med og uden plejehjemslæge
- Genindlæggelser indenfor 7 dage og 30 dage
- Antal virtuelle konsultationer under behandling i hjemmet
- Antal akut ambulante besøg
- Antal opkald til 1813
- Antal udkørende lægebesøg fra 1813
- Besøg i almen praksis.
- Kvalitative analyser af Akutberedskabets data
 - Gennemgang og transskribering af opkald til 1813/112, der har ført til unødvendige genindlæggelser, for at identificere mønstre og faktorer i kommunikationen, der kan forbedres. Dette kan også omfatte analyse af opkald forud for indlæggelse for at vurdere, om forebyggende handlinger kunne have været iværksat tidligere.

Der skal tages stilling til hvordan hospitalsaktiviteten skal registreres. Desuden undersøges muligheden for at inddrage kommunale data.

For at evaluere på, om den foreslåede model om klinisk vurdering ved udkørende funktion hos borgere på plejecentre har en effekt på udviklingen af akutte indlæggelser blandt borgere på plejecentre, vil der blive foretaget analyser før, under og efter implementeringen af indsatsen.

Overvejelser om implementering

Dataenheden i Region Hovedstadens Center for Økonomi vil være tovholder på monitorerings- og analysearbejdet, som vil foregå i samarbejde med Akuttelefonen 1813, klinikere fra hospitalerne og kommunale repræsentanter. Det forberedende arbejde til monitoreringen vil kunne sættes i gang i starten af 2025, så analyserne kan foretages, når data fra Sundhedsdatastyrelsen foreligger og relevante tilladelser er på plads.

Kvalitative analyser udarbejdes dels af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, dels af Akuttelefonen 1813.

Bilag 2: Projektbeskrivelse om klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23

BAGGRUND OG FORMÅL

Borgere på plejecentre er blandt vores mest skrøbelige medmennesker, som dårligt tåler ophold på hospitalerne, da de ofte fører til delir, funktionsnedsættelser, infektioner mv.. Der opleves uhensigtsmæssige forløb, hvor borgere transporteres ind på akutmodtagelserne til vurderinger og /eller behandlinger, som kunne være undgået. Der er ofte alternativer til en akut hospitalsindlæggelse, hvor behandlingen i mange tilfælde kan iværksættes på plejecenteret eller subakut næste dag. Der er tillige kvalificerede sundhedspersoner omkring borgere på plejecentre, som kan mangle lægeopbakning og de behandlingsmuligheder, der findes på hospitalerne. I dagtid varetager personale og plejecenterlæge mange problemstillinger, men i vagttid kan der være behov for at rette henvendelse til Akuttelefonen 1813. 1813 har imidlertid ikke mulighed for at tage behandlingsansvar og sætte behandlinger i gang, hvor der er behov for opfølgning.

I regionen og kommunerne findes flere udkørende funktioner, som kan foretage kvalificerede vurderinger, hvis en borger pludselig bliver dårlig. Alle kommuner har en udkørende kommunal akutfunktion, som er bemannet af autoriserede sundhedspersoner, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistent). Regionen har ligeledes udkørende funktioner i Akutberedskabet.

Formålet med dette projekt er at undersøge om en klinisk vurdering ved den kommunale akutfunktion eller udkørende paramediciner/evt. 1813 kørelæge, prøvetagning og videokonsultation og eventuel efterfølgende hjemmebehandling på plejecenteret, som alternativ til akut indlæggelse, patientsikkert vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

Udgangspunktet er at tilbyde borgeren det bedst mulige behandlingsforløb.

Hypotesen er, at en klinisk vurdering ved en udkørende funktion og alternative forløb på plejecenteret kan reducere antallet af unødvendige ophold på akutmodtagelserne for skrøbelige borgere, der bor på plejecentre.

METODE

Multicenter randomiseret ikke-blindet studie. Plejecentre randomiseres i forholdet 1:4 (4 kontrol centre).

Borgere, hvor der pludselig vurderes behov for læge i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23, tilses af sundhedspersonale på plejecentrene, der ved behov ringer til 1813 (PRIO-linjen). I dagtid kontaktes egen læge/plejecenterlæge og om natten 1813.

Interventionscentre:

Personalet på interventionsplejecentre skal inden kontakt til 1813 lave TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) og måle vitale parametre (BT, puls, temperatur, respirationsfrekvens, bevidsthed), og danne sig et overblik over borgerens kroniske og akutte tilstande samt borgerens behandlingsniveau og ønsker for behandling. Personalet skal desuden kunne give en medicinstatus. Personale, som foretager denne vurdering, skal som minimum være social- og sundhedsassistent og kunne overlevere information til 1813 efter ISBAR-princippet⁶. Hvis kvalificeret personale ikke er på arbejde, skal den kommunale akutfunktion kontaktes.

1813 har efter kontakt følgende muligheder:

1. Forløb afsluttes efter telefonisk kontakt, som vanlig praksis fx ved henvisning til: egen læge næste hverdag, rådgivning om egenomsorg eller psykiatrisk akuttilbud.
2. Forløb med behov for kvalificering af visitationen via sygeplejefagligt tilsyn: Læge/sygeplejerske på 1813 kontakter telefonisk den kommunale akutfunktion mhp., at akutfunktionen kører ud til borger og foretager en sygeplejefaglig vurdering af borger. Hvis akutfunktionen ikke er tilgængelig eller det af anden årsag skønnes hensigtsmæssigt, kan paramediciner/evt. 1813 kørelæge fra den præhospitale virksomhed⁷ sendes ud til borger.
3. Hvis det drejer sig om akut tidskritisk tilstand kan 1813 vælge direkte at indlægge patienten med en akut ambulance.

I de tilfælde hvor mulighed 2 bruges, skal den kommunale akutfunktion (subsidiært paramediciner/evt. 1813 kørelæge) foretage en helhedsvurdering, og tage POCT⁸ blodprøver (hæmoglobin, blodsukker og C-reactiv protein) og måle vitale parametre. Den kommunale akutfunktion kontakter herefter den koordinerede funktion i 1813, der hjælper med at etablere en videokonference med den vagthavende i akutmodtagelsen (så vidt muligt bagvagt). Vagthavende i akutmodtagelsen (så vidt muligt bagvagt) kan beslutte at iværksætte behandling i hjemmet med fx IV-antibiotika/væske (jf. IV-aftalen) og behandlingsforløb i hjemmet. Under behandlingsforløb i hjemmet har lægen i akutmodtagelsen behandlingsansvaret. Når borgeren er færdigbehandlet, fortsættes med 72 timers behandlingsansvar. Det er lægen i akutmodtagelsen, der har behandlingsansvaret. 1813 afslutter kontakten, når hospitalet har taget over. Vagthavende læge kan beslutte at indlægge borger eller afslutte kontakten med eller uden behandling ud fra en lægelig vurdering.

⁶ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation og patientbehandling, der sikrer, at den mundtlige kommunikation kommer rundt om fem centrale punkter: Identifikation (patientinformation), Situation (borgerens situation/årsag til henvendelsen) Baggrund (borgerens sygdomshistorie), Analyse (vurdering af problemet), Råd (om videre pleje/behandling).

⁷ Vurderingen er at det vil dreje sig om 10 % af de inkluderede sv.t. ca. 25 borgere over 4-6 måneder.

⁸ Point-of-care-testing

Krav om den kliniske vurdering og prøvetagning ligger indenfor Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Hvis borgeren inkluderes i projektet, fremsender hospitalet en epikrise med information herom til egen læge/plejecenterlæge.

Hvis borgeren vurderes på en akutmodtagelse og sendes retur til plejecentret, vil borgeren omfattes af 72 timers behandlingsansvar.

Kontrolcentre:

1. Forløb afsluttes efter første kontakt, som vanlig praksis fx ved henvisning til: Akutmodtagelse, hjemmebesøg v. 1813, egen læge næste hverdag, rådgivning om egenomsorg, kommunal akutfunktion eller psykiatrisk akuttilbud. Borgere henvist til en akutmodtagelse omfattes af 72 timers behandlingsansvar.

Inklusionkriterier

- Borgere på plejecentre
- Alder > 18 år.

Randomisering

Foretages ved hjælp af et computerprogram, som randomiserer plejecentre, der opfylder krav for deltagelse til kontrol eller intervention i ration 4:1.

Endepunkter

Det primære endepunkt er dage i live udenfor hospitalet indenfor 30 dage efter kontakten til 1813 (første kontakt i interventionsperioden).

Sekundære endepunkter

- Antal dage med behandling i hjemmet (under hospitalets behandlingsansvar)
- Genindlæggelser
- Økonomiske udgifter (pris for det samlede patientforløb i hhv. intervention sammenlignet med kontrol)
- Død indenfor 30 dage.

Kvalitative data

Kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle fra plejecentre, den kommunale akutfunktion, hospitaler og Akutberedskabet gennemføres i pilotfasen for at opnå indsigt i det tværsektorielle samarbejde omkring forebyggelse af akutte indlæggelser. Fokus vil være på oplevelser af arbejdsgange og IT-understøttelse.

I implementeringsfasen, hvor studiet skaleres op, vil kvalitative interviews med patienter og pårørende blive gennemført. Formålet er at få en dybere forståelse af oplevelsen af at modtage behandling i hjemmet herunder oplevelse af tryghed og sikkerhed.

Styrkeberegning

Det estimeres, at det gennemsnitlige antal dage i live uden for hospital indenfor 30 dage er 27 dage i kontrolgruppen (spredning = 5). Hvis det skal være muligt at måle en øgning på 1 dag (til 28 dage) skal der inkluderes 245 patienter i interventionsgruppen og 981 patienter i kontrolgruppen ($\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$).

Tidsplan for projektet

Hvis alle plejecentre er med, antages det, at der kan inkluderes 14 patienter dagligt i studiet. Dette betyder, at studiet ville kunne gennemføres på ca. 90 dage.

- Q1 og 2 2025: Planlægning af pilot, herunder ansøgning om tilladelser og etablering af IT-understøttelse
- Q3 2025: Pilot gennemføres
- Q4 2025: Opsamling på pilot, herunder tilretning af projekt
- Q1 2026: Projektstart
- Q2 2026: Afslutning af projekt
- Q3 2026: Analyser og artikelskrivning.

Tilladelser

Studiet er et kvalitetssikringsprojekt og kræver ikke særskilt godkendelse fra Videnskabskomite, men vil blive anmeldt til datatilsynet. Borgeren kan frabede sig vurdering på plejecenteret og blive vurderet på hospitalet som vanligt.

Økonomi

Der vil være et ekstra ressourceforbrug i forbindelse med, at kommunale akutfunktioner skal tilse borger på plejecenter inden en eventuel indlæggelse. Ressourceforbruget vil maksimalt være 245 ekstra besøg af akutfunktioner fordelt mellem alle kommuner i regionen. Der vil ligeledes være et ressourceforbrug til videokonsultationer fra akutmodtagelserne. Dette vil ligeledes maksimalt dreje sig om 245 konsultationer fordelt mellem regionens akuthospitaler. Der vil også være et ressourceforbrug for Akutberedskabet grundet ekstra kontakt samt forlænget håndteringstid til akutfunktionerne.

Alle udgifter dækkes af region og kommuner indenfor eksisterende budgetter.

Projektledelse, koordinerende funktion i Akutberedskabet og videnskabelige ressourcer til at gennemføre projekt og afrapportering er ikke afklaret.

APPENDIKS

Pilot/feasibility

Det endelige projekt forudgås af et mindre pilotstudie med færre plejecentre (4-6) i 2-3 kommuner omkring 2 akuthospitaler, hvor interventionen er den samme som den beskrevne.

Forud for piloten udarbejdes der beskrivelse af organiseringen af indsatsen, herunder konkrete arbejdsgange i plejecentre, 1813 og hospitalernes akutmodtagelser. IT-understøttelse skal afklares inden pilotafprøvningen, herunder beslutning om dokumentation i patientjournaler og evt. deling af data. Der udarbejdes relevant kommunikationsmateriale til understøttelse af indsats og arbejdsgange.

Desuden klargøres set-up for POCT- analyserne, og det afklares, hvordan IV-antibiotika og væske kommer ud på plejecentrene.

Forudsætninger for ovenstående

- At IV-antibiotika, 1. dosis skal gives i hjemmet under hospitalets behandlingsansvar, kan afprøves i piloten.
- At relevante ansøgninger skal være på plads.

Bilag 3: Projektbeskrivelse for udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre

Baggrund

Borgere på plejecentre er blandt de mest skrøbelige mennesker. En del af dem tåler dårligt ophold på hospitaler og flere har et funktionsniveau, hvor de oplever, at behandling på hospital er for belastende. Der er en række gode alternativer til ophold på hospitaler, der kan blive iværksat på plejecentre, ligesom der også er mulighed for at overgå til lindrende behandling. Undersøgelser⁹ viser, at det for både borger og pårørende kan lindre og bidrage med ro og afklaring at tale om, hvordan livet kan leves så godt som muligt i den sidste tid. Borgere på plejecentre kan med fordel aktivt træffe beslutninger om ønske til deres behandlingsniveau.

I dette projekt er det hensigten at afprøve, hvorvidt en systematisk understøttelse af samtaler om behandlingsniveau kan føre til bedre og mere konkrete behandlingsplaner i respekt for borgernes ønsker. Vurdering af om og hvornår et tilbud om en sådan samtale skal finde sted er konkret og individuel. Samtalen bør tilbydes, mens borgeren er forholdsvis frisk og i stand til at træffe beslutning om behandlingsniveau.

Formålet med projektet er at afprøve om en tydeligere ramme for afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre kan medvirke til, at der dels for relevante borgere sker afklaring af behandlingsniveau. Dels at dette bliver respekteret af sundhedspersonale på tværs af sektorer og det bliver afdækket, hvilke informationer, der er behov for at kunne dele digitalt. Desuden at ønske om behandlingsniveau bliver omsat til konkrete og handlingsanvisende behandlingsplaner.

Begreber

I det følgende sondres der mellem følgende tre begreber: Behandlingstestamente, behandlingsniveau og behandlingsplan.

- I *behandlingstestamentet* kan man fravælge livsforlængende behandling, også genoplivning ved hjertestop. Testamentet bliver oprettet af borgeren, evt. sammen med deres pårørende. Lægerne følger borgerens ønsker til behandling, hvis de ikke selv er i stand til at give besked. For borgere, der ikke har registreret deres ønsker i behandlingstestamentet, vil lægerne som udgangspunkt gøre, hvad de kan for at holde borgerne i live ¹⁰.

⁹ [Klinisk vejledning om Den ældre skrøbelige borger](#) (der refereres til undersøgelserne i vejledningen)

¹⁰ [Livs-/Behandlingstestamente - sundhed.dk](#)

- *Behandlingsniveau* har lighed til behandlingstestamentet, men adskiller sig i denne sammenhæng ved at være mere konkret fx ift. om borgeren ønsker indlæggelse. I mange tilfælde vil en ældre, syg person selv være i stand til at træffe beslutninger om, hvor meget vedkommende skal undersøges og behandles. I så fald er det vigtigt at få truffet klare aftaler herom mens tid er. Den læge, der har ansvaret for behandling af den ældre person, kan altid stoppe behandlingen eller vælge ikke at igangsætte en behandling, hvis der ikke er udsigt til bedring.
- *En behandlingsplan* bliver udarbejdet af (plejecenter)læge på baggrund af borgerens (akutte) tilstand, forventning om udvikling i tilstand samt borgerens ønske om behandlingsniveau. Behandlingsplanen er konkret ift. her og nu situationen og handlingsanvisende for personalet på plejecenteret.

Behandlingsniveau, herunder behandlingstestamente

Tilbud om samtale om stillingtagen til behandlingsniveau sker på baggrund af en konkret individuel vurdering af for hvem det er relevant. Det kan fx være i tilfælde, hvor personale og/eller plejecenterlæge konstaterer en aktuell forværring af borgerens tilstand, der kan føre til behov for behandling. I DSAM-vejledningen "Den Ældre Medicinske Patient" (2023)¹¹ peges der på flere undersøgelser, som viser, at det er godt at tage emnet op i god tid. Der nævnes specifikt, at det i forskellige situationer kan være relevant at spørge til borgerens tanker om døden:

- efter en indlæggelse med alvorlig sygdom,
- ved tiltagende skrøbelighed hos borgeren,
- ved store livsændringer (fx når borgeren er flyttet på plejecenter).

Samtalen kan tages, hvis borgeren ønsker det, eller når lægen finder det relevant at tale med borgeren om fravalg af fremtidig behandling (herunder genoplivning). Ønsker borgeren ikke denne samtale, skal det respekteres.

Pilot

Efterlevelse af behandlingsniveau afprøves på ca. 4-6 plejecentre fordelt på to kommuner. Det vil være en fordel, at kommunerne har forskellig størrelse. Plejecentrene kan være identiske med de plejecentre og hospitaler, der indgår i pilotafprøvning af "Klinisk vurdering ved udkørende funktion hos borgere på plejecenter", men det er ikke en forudsætning.

I forbindelse med afprøvningen skal der udvælges plejecenterlæger og plejecentre, der har interesse i at deltage i afprøvningen. Ligesom, der skal udarbejdes kommunikationsmateriale om formål og anvendelse.

¹¹ [Klinisk vejledning om Den ældre skrøbelige borger](#)

I pilotafprøvningen skal der indledningsvist ske en screening af borgerne plejecentrene for, om det er relevant at gennemføre samtaler eller om de allerede har fundet sted.

I pilotafprøvningen afdækkes, hvilke faglige oplysninger, der er behov for at dele mellem sektorerne især med fokus på deling af oplysninger med 1813. Dette mhp. afklaring af en evt. digital løsning for deling af oplysninger.

På baggrund af erfaringerne af afprøvningen, vurderes om tilgangen har gjort en forskel og om det meningsfuldt kan anbefales udbredt, eller om der er behov for justeringer.

Det er afgørende, at sundhedspersonale på tværs af sektorer får kendskab til og anerkender borgernes ønsker til behandlingsniveau. Det skal undgås, at borgernes ønsker bliver underkendt uden lægefaglig vurdering og at plejecenterpersonalet bliver sat i et dilemma, fordi det ønskede behandlingsniveau ikke bliver respekteret. Dette er særligt en bekymring i akutte situationer i ydertidspunkter. Det forudsættes, at behandlingsansvarlig læge har lagt en konkret behandlingsplan og taget stilling til hvilke tiltag, det forventes, at det sundhedsfaglige personale varetager, når borgeren forventes at blive på plejecentret.

Tidsplan for pilot

Afprøvningen sker i en periode på seks måneder.

- Q1-Q2 2025: Planlægning af pilot
- Q3-Q4 2025: Pilot gennemføres
- Q1 2026: Opsamling på pilot herunder justering af indsats og beslutning om udbredelse til alle plejecentre.

Indsatsen i piloten består af tre dele:

1. Samtaler om behandlingsniveau: Tilbud om samtale gives, når plejecenterpersonalet vurderer, at det er relevant eller hvis det efterspørges af borger/pårørende eller egen læge. Hvis tilbuddet accepteres af borgeren, indkaldes personale, plejecenterlæge, pårørende og borger til samtale om behandlingsniveau. Tidspunktet for tilbud af samtale sker på baggrund af en konkret individuel vurdering og kan ofte være i tilfælde, hvor der konstateres en forværring af borgerens tilstand, der kan udvikle sig til en akut situation. Der er ingen fast kadence for samtalerne. Samtalerne sker altid med og i respekt for borgeren.

Indhold i samtale om behandlingsniveau: Plejecenterlægen skal sammen med borger/pårørende og personale afdække behandlingsniveau for de borgere, hvor de vurderer det relevant. Samtalen kan tage afsæt i behandlingstestamentet, suppleret med nedenstående punkter, der kan fungere som tjekliste. Det vil altid være en konkret individuel etisk og faglig vurdering, hvilke elementer det giver mening at inddrage i samtalen og dermed ønske om behandlingsniveau:

- a. Hvornår skal der måles vitale parametre (BT, Tp, puls, RF, bevidsthedsniveau, sat, CRP og Hbg)?

- b. Infektion: Skal borger behandles på plejecenter/i eget hjem, indlægges eller overgå til lindrende behandling?
- c. Fald: Skal borger behandles på plejecenter/i eget hjem, indlægges eller overgå til lindrende behandling?
- d. Påvirket bevidsthed: Skal borger blive på plejecenter/i eget hjem, indlægges eller overgå til lindrende behandling?
- e. Nedsat føde og væske oralt: Skal borger blive på plejecenter/i eget hjem, indlægges eller overgå til lindrende behandling?
- f. Stillingtagen til genoplivningsforsøg ved hjertestop (indgår i behandlingstestamentet)

For ovenstående punkter gælder, at når behandling sker på plejecenter/i eget hjem eller borger ønsker at overgå til lindrende behandling, skal det samtidig dokumenteres, hvad det kan dreje sig om fx antibiotika pr os, eller IV-væskebehandling mv. Samtalen med borgere og pårørende skal være detaljeret ift., hvad de ønsker, samt mulige og relevante indsatser i den konkrete situation. Det skal fremgå helt tydeligt, så de fagpersoner, der står i den akutte situation, har noget konkret at forholde sig til.

Oplysning om behandlingsniveau: I akutte situationer skal personalet på plejecentret oplyse 1813, 112 og hospital om, at der foreligger ønsker om behandlingsniveau. Det er mellem parterne aftalt, at 1813 får forevist et foto af omsorgsjournal. Dette gælder, når 1813 er fysisk til stede. Det er en forudsætning, at 1813 accepterer oplysningerne videregivet af plejecenterpersonalet.

Udgangspunktet er imidlertid, at 1813 ikke er fysisk til stede på plejecentrene. Der udestår afklaring af regler om videresendelse af oplysninger, som ikke er MedCom-understøttet.

Hvis plejecentersborgeren efterfølgende ønsker at ændre ønsker ift. behandlingsniveau ved besøg hos lægen, bliver kommunen via korrespondancemeddelelse DIS91 orienteret om justeringer i behandlingsniveau besluttet ifm. besøg hos/af egen læge.

Hvis plejecentersborgeren indlægges og ønsker at ændre ønsker ift. behandlingsniveau i den forbindelse, bliver kommunen via udskrivningsrapport XDIS18 orienteret om justeringer i behandlingsniveau besluttet under hospitalsophold. Egen læge bliver tilsvarende orienteret via udskrivelsesepikrise DIS01¹².

2. Korte konferencer om højrisikoborgere: Som supplement til samtaler om behandlingsniveau på plejecentret, kan plejecenterlægen i særlige tilfælde have en kort (virtuel) konference med personalet (torsdag eller fredag), så man sikrer opdaterede behandlings-

¹² Dette fremgår af Aftale om brug af elektronisk kommunikation over sektorgrænser, ved fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg. (<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktojskasse/Documents/Aftale%20om%20brug%20af%20elektronisk%20kommunikation%20over%20sektorgr%C3%A6nser%20-template.pdf>)

planer for de borgere, der har høj risiko for at blive dårlige i løbet af weekenden. Mange plejecentre arbejder med oversigtstavler, tavlemøder og triage.

Den korte konference er et supplement til det/de fysiske besøg, plejecenterlægen allerede har haft. Det aftales konkret om, der er behov og hvordan de i givet fald afholdes. Der træffes beslutning om, hvorvidt ordinationer skal sendes som korrespondancemeddelelse i forlængelse de ønsker til behandlingsniveau, der er aftalt. Hvis borgeren fx ikke ønsker indlæggelse, har plejecenterpersonalet evt. behov for at have medicin tilgængeligt over weekenden.

Plejecenterlægen/egen læge kan søge sparring hos lægefaglige specialister på hospitalet via hotline.

3. Behandlingsniveau aftalt med hospitalslæge: Hospitalslægerne kan også tage samtalen om behandlingsniveau. Når hospitalslægen har gennemført en samtale om behandlingsniveau, skal lægen sende notatet til egen læge og kommunen som korrespondance samme dag. Notatet skal indeholde oplysninger om samtalen, hvilke aftaler der er lavet, oplysning om evt. terminaltilskud/terminalerklæring og en udførlig plan for behandling/medicinering, hvis en borger ikke skal indlægges igen. Hvis der er behov for relevante lægemidler til lindrende behandling, sørger hospitalslægen for relevante lægemidler til lindring efter en individuel vurdering, ligesom der i relevant omfang sørges for recept.

Det skal afklares, hvordan den digitale kommunikation kan foregå bedst muligt.

Økonomi: Økonomien i forslaget er ikke belyst, herunder aftalegrundlag for honorering af plejecenterlæger. Projektledelse og øvrige ressourcer til at gennemføre pilot/projekt og afrapportering er ikke afklaret.

Opmærksomhedspunkter

- Kommunikationen til 1813 om behandlingsplan er ikke digitalt understøttet, hvilket kan give anledning til misforståelser, herunder at ønsker om behandlingsniveau ikke bliver fulgt.
- 1813 er som udgangspunkt ikke fysisk til stede på plejecentret, hvilket er en særlig udfordring.
- Der arbejdes i regi af Indenrigs- og Sundhedsministeriet på at udvide den digitale løsning med deling af oplysninger om fravalg af genoplivningsforsøg for habile +60-årige, til også at omfatte de øvrige former for fravalg af genoplivningsforsøg, herunder også det lægelige fravalg.
- Skal borgerne have mulighed for at afkrydse, hvilke emner de gerne vil tale om? Dette mhp. at give borgeren mulighed for at forberede sig.

Bilag 4: Arbejdsgruppens sammensætning

Forperson

Birgitte Rav Degenkov, hospitalsdirektør, Amager og Hvidovre hospital

Brugerrepræsentanter

Steen Ledsager, Patientinddragelsesudvalget, Region Hovedstaden

Inge Mynster-Nielsen, Patientinddragelsesudvalget, Region Hovedstaden

Kommunale repræsentanter

Signe Tholstrup Bertelsen, afdelingsleder, Københavns Kommune, Klynge Syd

Mette Ryle, sundhedschef, Rudersdal Kommune, Klynge Midt

Michala Jessen, chef for sundhed og ældre, Halsnæs Kommune, Klynge Nord

Rasmus Hjardem-Hansen, læge, Frederiksberg kommune, Klynge Byen

Heidi Stuhau, leder af sygepleje- og hjemmehjælpsområde, Frederiksberg kommune, Klynge Byen

Christian Hejlesen, teamleder (sekretariatsbetjener kommunerne)

PLO-H

Søren Brix, praktiserende læge

Astrid Hjortø, specialkonsulent (sekretariatsbetjener PLO-H)

Region Hovedstadens psykiatri

Kirsten Tofterup, Chefsygeplejerske, Psykiatrisk Center Glostrup

Akutberedskabet

Berit Juhl Schau, afdelingschef 1813

Mikkel Dahlstrøm Jørgensen, stabschef, Akutberedskabet

Hospitalerne

Martin Schultz, cheflæge, afdeling for Ældre sygdomme, Amager og Hvidovre hospital

Ove Andersen, forskningschef, Amager og Hvidovre hospital

Susanne Tronier, chefsygeplejerske, medicinsk afdeling, Herlev og Gentofte hospital

Lotte Klitfod, cheflæge, akutmodtagelsen, Herlev og Gentofte hospital

Kasper Iversen, professor i akutmedicin, Herlev og Gentofte hospital

Iben Kyhn Riis, vicedirektør, Bornholms Hospital

Jens Rasmussen, cheflæge, akutafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg hospital

Mads Bruusgaard-Mouritsen, ledende overlæge, akutafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg hospital

Mette Børgesen, chefsygeplejerske, geriatrisk og palliativ afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Jesper Juhl Larsen, cheflæge, akutmodtagelsen, Nordsjællands hospital

Thomas A Schmidt, professor i akut medicin, Nordsjællands hospital

Henrik Røgind, cheflæge, afdeling for rygkirurgi, led-og bindevævssygdomme, Rigshospitalet

Center for IT og Medicoteknologi

Jakob Skriver Routhé, sektionschef

Center for Sundhed

Sidsel Kjær Scheibel, sektionschef, Enhed for det nære sundhedsvæsen

Center for Økonomi

Inger Piper, chefkonsulent

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Ann-Sofie Kofoed Berthelsen, videnskabelig medarbejder

Sekretariatet

Kamilla Walther, chefkonsulent, Center for sundhed

Pernille Faurschou, chefkonsulent, Center for sundhed

KOMMISSORIUM

Projektorganisering for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser ift. borgere på plejecentre

Baggrund

Der etableres en projektorganisering for det videre arbejde med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser ift. borgere på plejecentre. Baggrunden er, at Styregruppen for Fremtidens Akutområde den 9. december 2024 godkendte afrapportering med forslag til fire indsatser fra Arbejdsgruppen om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser¹.

Der nedsættes en styregruppe, som får ansvaret for tre af disse fire projektspor. Projektsporene omhandler arbejdet med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser hos borgere på plejecentre på tværs af regionen. Styregruppen forankres under Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS).

Det fjerde projektspor vedr. udvidelse af 72 timers behandlingsansvar i akutmodtagelserne planlægges separat i et set-up under hospitalsdirektionerne. Styregruppen orienteres og involveres ved behov for tværsektoriel afklaring i forhold til dette projektspor.

Nedsættelsen af styregruppen sker med afsæt i et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde om særligt den ældre medicinske patient, så kommuner, hospitaler, almen praksis og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte borgere i eget hjem til gavn for borgerne. Fokus er bl.a. på, at borgere uanset bopæl skal møde samme kvalitet og tilgængelighed (evt. virtuelt) ved indlæggelse/henvendelse til sundhedsvæsenet.

Borgere på plejecentre er meget sårbare, og det er i udgangspunktet bedre og mere trygt for dem – og deres pårørende - ikke at skulle transporteres ind på en akutmodtagelse for at blive vurderet, hvis det kan undgås.

Styregruppens opgaver

Styregruppen skal understøtte og sikre, at de tre projektspor igangsættes og gennemføres, herunder at der gennemføres relevante pilotafprøvninger. Det er vigtigt, at pilotafprøvnin-

¹ Kommissoriet skal godkendes af TSS den 24.1 2025 og den 28. februar 2025 skal Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) godkende forslag til indsatser.

gerne er gennemført ved udgangen af 2025 grundet sundhedsreformens faser. Derfor nedsættes der - parallelt med nedsættelsen af styregruppen – tre projektgrupper for de tre projektspor.

Styregruppen har til opgave og mandat til at godkende projektbeskrivelser fra projektgrupperne samt til løbende at følge de tre projektgrupper, som er nærmere beskrevet nedenfor. I den forbindelse skal styregruppen sikre, at:

- Projektgrupperne har de relevante deltagere i hele projektperioden
- Pilotafprøvningsne i projektgruppe 2 og 3 sker koordineret
- Projektgruppernes arbejde bliver set i sammenhæng med det eksisterende set-up, aktører og opgaver, der i forvejen løses i relation til borgere på plejecentre
- Erfaringer fra igangværende initiativer, der omhandler forebyggelse af indlæggelser og/eller genindlæggelser, fx i sundhedsklynger og andre regioner inddrages i projektgruppernes arbejde, hvor det vurderes relevant
- Der i hver projektgruppe arbejdes med konkretisering af organisering og arbejdsgange, relevant IT-understøttelse og eventuel juridisk afklaring
- Overvejelser om skalering af projekterne indtænkes fra start til slut
- Monitorering og evaluering indtænkes allerede i forberedelsen af projekterne om klinisk vurdering og afklaring af behandlingsniveau
- Der kommunikeres relevant internt og eksternt om projekterne
- Der skeles løbende til arbejdet med implementering af sundhedsreformen, da det er forventningen, at erfaringer fra de tre projektgrupper vil give vigtigt input til det videre arbejde med sundhedsreformens målsætninger om mere i behandling i hjemmet.
- Der er opmærksomhed på initiativer i Region Sjælland set i lyset af den forestående fusion.

Projektgruppernes opgaver

De tre projektgrupper og deres fokusområder er opridset nedenfor:

1. Projektgruppe: Dataanalyser

Fokus for denne projektgruppe er at tilvejebringe relevant data om aktivitet for borgere på plejecentre, så indsatser kan planlægges, monitoreres og justeres på baggrund heraf. Der er derfor en selvstændig indsats i at tilvejebringe relevante data om målgruppen, bl.a. med henblik på at undersøge, om der er mønstre i fx uhensigtsmæssige forløb, så potentialer for forbedringer før en indlæggelse kan identificeres.

2. Projektgruppe: Klinisk vurdering

Fokus for denne projektgruppe er klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23. Det er vigtigt, der bliver foretaget en klinisk vurdering af borgere, der kan indgå som vurderingsparameter, inden det overvejes at sende borgeren akut til hospitalet. Projektgruppen skal undersøge, hvorvidt en klinisk vurdering ved udkørende funktion (kommunal akutfunktion/paramediciner/kørelæge

1813), prøvetagning og videokonsultation og eventuel efterfølgende hjemmebehandling på plejecenteret, som alternativ til akut indlæggelse, patientsikkert vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

3. Projektgruppe: Afklaring af behandlingsniveau

Fokus for denne projektgruppe er på udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau for borgere på plejecentre. Dette skyldes, at afklaring af behandlingsniveau kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Derfor kan plejecenterlægen/egen læge i samarbejde med plejepersonalet med fordel sørge for, at der tilbydes en samtale om behandlingsniveau for borgere på plejecentre, når det vurderes relevant. Dertil skal der være fokus på at skabe en fælles måde at dokumentere behandlingsniveau på, så der ikke opstår tvivl i akutte situationer eller i kommunikationen med andre sundhedsprofessionelle.

Projektgrupperne får som deres første opgave at udarbejde mere detaljerede projektbeskrivelser, herunder definere deres opgaver yderligere. Projektgrupperne skal i den forbindelse tage afsæt i Bilag 1, hvor ovenstående projekter er udfoldet.

Der planlægges med pilotafprøvninger i 2025 forud for de endelige projekter i hhv. projektgruppe 2 og 3. Disse skal koordineres og finde sted samtidigt. Herlev Gentofte Hospital og Amager Hvidovre Hospital er foreslået som pilothospitaler. Københavns Kommune, Tårnby Kommune og Rudersdal Kommune er foreslået som pilotkommuner.

Rammerne for styregruppen og projektgrupperne

Styregruppen nedsættes under TSS. TSS skal orienteres om arbejdet i takt med, at det skider frem.

Projektgrupperne nedsættes under styregruppen, som ligeledes skal orienteres om arbejdet løbende. Drøftelse af principielle spørgsmål sker primært i styregruppen. Hvis der ikke er enighed i gruppen, forelægges det til TSS.

Styregruppens sammensætning

Styregruppen sammensættes på en måde, der sikrer, at den besidder såvel ledelseskompetencer som faglige kompetencer i forhold til det nære sundhedsvæsen, akutområdet og plejecentre.

Styregruppen bemandes så vidt muligt med afsæt i den personkreds, der har deltaget i Arbejdsgruppen om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser suppleret af kommuner, hvori der skal iværksættes pilotafprøvninger, og evt. andre relevante aktører/interessenter.

Styregruppen skal bestå af:

- 2-3 ledelsesrepræsentanter udpeget af de fem hospitaler
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Region Hovedstadens Akutberedskab
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Center for Sundhed

- 2-3 ledelsesrepræsentanter udpeget af kommunerne
- 1 repræsentant udpeget af PLO-H
- 1 ledelsesrepræsentant fra Center for IT og Medicoteknologi
- 1 repræsentant fra Center for Økonomi
- 1 patientrepræsentant.

Patientrepræsentanterne skal så vidt muligt have "generel ekspertviden" eller "viden fra mange" og være udpeget via Patientinddragelsesudvalget².

Styregruppens forperson

Styregruppen bemandes med en hospitalsdirektør som forperson. Birgitte Rav Degenkolv bliver forperson for styregruppen.

Derudover foreslås det, at kommunerne udvælger en ledelsesrepræsentant, som har et særligt ansvar for gennemførelse af projekterne.

Projektgruppernes sammensætning

Projektgrupperne sammensættes på en måde, der sikrer, at de besidder såvel ledelseskompeterencer som faglige kompetencer i forhold til det nære sundhedsvæsen, akutområdet og plejecentre.

Projektgrupperne bemandes så vidt muligt med afsæt i den personkreds, der har deltaget i Arbejdsgruppen om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser suppleret af kommuner, hvori der skal iværksættes pilotprojekter, og evt. andre relevante aktører/interessenter.

Projektgruppe 1 Dataanalyser skal bestå af:

- 1-2 repræsentanter fra Center for Økonomi
- 1 lægefaglig kliniker udpeget af et af pilothospitalerne
- 1 repræsentant med indsigt i data/økonomi fra et af pilothospitalerne
- 1-2 repræsentanter udpeget af Region Hovedstadens Akutberedskab
- 1 repræsentant udpeget af Center for Sundhed
- 1-2 repræsentanter fra Center for Klinisk forskning og forebyggelse
- 1-2 repræsentanter udpeget af kommunerne
- Evt. 1 repræsentant fra Center for IT og Medicoteknologi
- Evt. 1 repræsentant udpeget af PLO-H

Projektgruppe 2 Klinisk vurdering skal bestå af:

- 2 lægefaglige klinikere udpeget af pilothospitalerne

² Jf. VIBIS-publikation om roller og vidensbidrag: https://danskepatienter.dk/files/media/document/Publikation%20v%C3%A6rkt%C3%B8j%20til%20dialog%20om%20roller%20og%20vidensbidrag_2023.pdf

- 1 akutprofessor udpeget af et af pilothospitalerne
- 1 repræsentant udpeget af SFR Præhospital og Akutmodtagelse (kan evt. være omfattet af ovenstående hospitalsrepræsentanter)
- 1-2 repræsentanter udpeget af Region Hovedstadens Akutberedskab
- 2-4 repræsentanter udpeget af pilotkommunerne
- 1 repræsentant udpeget af PLO-H
- 1 repræsentant fra Center for IT og Medicoteknologi
- 1 repræsentant fra Center for Økonomi
- 1-2 patientrepræsentanter
- 1 repræsentant fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF)

Projektgruppe 3 Afklaring af behandlingsniveau skal bestå af:

- 3-5 repræsentanter udpeget af pilotkommunerne
- 1 lægefaglig kliniker udpeget af et af pilothospitalerne
- 1 repræsentant udpeget af Region Hovedstadens Akutberedskab
- 2 repræsentanter udpeget af PLO-H
- 1 repræsentant fra Center for IT og Medicoteknologi
- 1-2 patientrepræsentanter.
- 1 repræsentant fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF)
- Evt. 1 repræsentant fra Center for Sundhed

Patientrepræsentanterne behøver ikke at have generel ekspertviden, men gerne konkrete erfaringer med plejecentre. Rekruttering forventes at kunne ske via pilotkommuner.

For hver af de tre projektgrupper udpeges en projektejer, som har det overordnede ansvar for projektgruppens arbejde.

Sekretariatsbetjening og projektledelse

Styregruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen, Center for Sundhed.

Sekretariatsbetjeningen vil ske i tæt samarbejde med Det fælleskommunale sundhedssekretariat og PLO-H sekretariatet.

De tre projektgrupper drives af medarbejdere fra hhv. Center for Økonomi, Center for Sundhed og Det fælleskommunale sundhedssekretariat i tæt samarbejde med PLO-H sekretariatet, og har sammen med projekterne mandat til at styre projekterne

Tidsforbrug og arbejdsform

Styregruppen og projektgrupper nedsættes i februar 2025. Der er behov for et hurtigt og fokuseret arbejde. Det kan derfor ikke udelukkes, at deltagerne i perioder må forvente at skulle bruge tid mellem møderne på kommentering af dokumenter og oplæg.

Tidsplan

Indsatserne i de tre projektgrupper skal planlægges i 1. og 2. kvartal 2025 med henblik på, at pilotafprøvninger i klinisk vurdering ved udkørende funktion og afklaring af behandlingsniveau kan starte op allerede 1. juni 2025 og blive monitoreret fra start.

Styregruppen skal afrapportere resultater af hhv. pilotafprøvninger og af dataanalyser til TSS ultimo 2025/primo 2026 med henblik på beslutning om udbredelse af indsatserne.

Direkte

Journal-nr.: [Sagsnr.]

Dato: [Brevdato]

Samarbejdsaftale om procedure for sikkerhed mellem botilbudsteam og kommunale psykiatriske botilbud.	
Aftaleparter	Denne samarbejdsaftale indgås mellem: Psykiatrisk Center xxx Adresse og xxxx Kommune og dækker følgende Psykiatrisk botilbud Xxxx og adresse
Formål	At sikre en ensartet praksis for dialog og samarbejde om sikkerheden for medarbejderne i socialpsykiatriske botilbud og medarbejdere ansat på psykiatriske centre fx botilbudsteam og sengeafsnit.
Målgruppe	Alle medarbejdere ansat på XX Kommune socialpsykiatriske botilbud samt alle medarbejdere ansat i Region Hovedstadens Psykiatri.
Opgaver	Hovedopgaverne er: <u>For Psykiatrisk Center:</u> • Inden ankomst til botilbuddet har medarbejder fra psykiatrien foretaget en risikovurdering jf. Vejledning om hjemmebesøg eller andet udkørende arbejde med patientkontakt. • Inden ankomst kontaktes botilbuddet og orienteres om besøg, medmindre det er en fast aftale. Hvis medarbejder fra psykiatrien ikke er kendt på botilbuddet aftales det hvor og til hvem ankomsten meldes. • Ved ankomst til botilbuddet skal medarbejdere fra psykiatrien kontakte en medarbejder på botilbuddet og orientere om sin ankomst. Det kan fx ske på morgenmøde eller via BVC-Tavle. Dette aftales lokalt mellem botilbudsteam og botilbud. Der skal i den forbindelse orienteres om hvilke

	borgere, der skal modtage hjemmebesøg af det udkørende team. <u>For socialpsykiatrisk botilbud:</u> • Medarbejderne på botilbuddene skal bidrage med observationer og viden om den enkelte borgers aktuelle risikovurdering. Risikovurderingen skal inddrages i den samlede vurdering forud for et besøg i borgerens hjem. • Medarbejderne fra psykiatrien skal bære personalarm under hjemmebesøget. Det er botilbuddets ansvar at der er alarm til rådighed og at botilbudsteamet får den udleveret eller selv kan tage den. Botilbuddet skal sikre at medarbejderen fra psykiatrien er informeret om anvendelsen af personalarmen, herunder hvordan der trykkes alarmkald, og hvordan de, som gæster, skal forholde sig, hvis der trykkes alarm mens de er i huset. <u>Fælles:</u> Fokus er med udgangspunkt i dialog og samarbejde, så hjemmebesøget og fx depotgivning kan gennemføres uden risiko for medarbejdernes sikkerhed. Hvis en borger har en aktuel risikovurdering, som beskriver, at der skal tages særlige foranstaltninger, afgøres det derfor i samarbejde mellem psykiatrien og botilbuddet's medarbejdere, hvorvidt hjemmebesøget hos borgeren kan gennemføres sikkerhedsmæssigt forsvarligt, og om der skal være et personale fra botilbuddet med til samtalen eller at samtale skal afholdes i et andet lokale end borgerens hjem. Hvis det besluttet at hjemmebesøget ikke gennemføres, skal baggrunden for dette dokumenteres i borgerens journal og patientens SP-journal, ligesom plan for ny aftale skal dokumenteres. Hvis hjemmebesøget gennemføres, skal medarbejderne fra psykiatrien ved aflevering af personalarm give en overlevering/status for hjemmebesøget herunder om nye aftaler, administreret medicin og relevante observationer, medmindre der har været en medarbejder med fra botilbuddet. Medarbejdere fra botilbudsteamet har sammen med botilbuddets medarbejdere ansvaret for at det sker en overlevering og status. Psykiatrien's medarbejdere kan orientere sig i VIP vedr. <u>Udveksling af helbredsoplysninger - med og uden samtykke.</u>
--	---

	Medarbejderne fra psykiatrien og botilbuddet er ansvarlige for at dokumentere status i henholdsvis borgerens journal, og patientens SP-journal. <u>Depotinjektion eller blodprøvetagning</u> Administration af depotinjektion skal som udgangspunkt foregå i botilbuddets sundhedsrum, hvis det ikke er muligt, skal botilbud stille et andet sikkert lokale til rådighed (jf. nedenstående kriterier). Hvis det ønskes gennemført i borgerens bolig, skal boligen være risikovurderet i forhold til sikkerhed, flugtveje og hygiejniske forhold herunder: • Boligen skal fremstå ryddelig, med plads til at behandlingen kan gennemføres. • Medarbejderne skal kunne aflægge spritservietter mv. på ryddet og hygiejnisk forsvarlig bordplads. • Der skal være plads til, at beboeren kan ligge/sidde/stå med plads omkring sig. • Medarbejderen skal have plads omkring sig og kunne bevæge sig på en måde, så der kan holdes afstand til beboeren. • Gulvarealet i boligen skal være ryddeligt, så medarbejdere har mulighed for hurtigt at forlade boligen. Hvis botilbudsteamet vurderer, at det ikke er sikkerhedsmæssigt forsvarligt at give depotinjektion har botilbudsteamet ansvar for at der er en klar plan for hvordan borgeren/patientens behandlingsplan følges. Besøg hos borger/patient indskrevet på sengeafsnit hos Region Hovedstadens Psykiatri • Ved ankomst til døgnafsnit ringes på dør til afsnit eller man henvender sig selv på sygeplejekontoret, hvor man præsenterer sig med navn og formål med besøget. • Medarbejder i afsnit viser hvor samtale afholdes og hvor samarbejdspartner sikkert kan vente og opbevare sine ejendele. • Baseret på risikovurdering træffes beslutning om hvorvidt der deltager personale fra afsnittet under samtalen. Eksterne samarbejdspartnere deltager ikke i samtaler alene ved en BVC 2 eller derover - her går personale fra afsnittet med. • Samarbejdspartner skal have udleveret personalarm og personale introducerer til denne, herunder hvordan man forholder sig hvis alarm går.
--	--

	Ved besøgets afslutning afklares evt. behov for tiltag inden samarbejdspartner kan forlade matrikel fx ledsagelses til bil.
Kontaktoplysninger	Psykiatrisk Center (skriv navn) kan kontaktes: Telefon: Mail: Kommune (skriv deres navn) kan kontaktes: Telefon: Mail:
Varighed	Aftalen indgås for en ubegrænset periode, men kan af parterne opsiges med tre måneders varsel til udgangen af en måned.
Underskrifter	Dato: xx.xx.202x For Psykiatrisk Center XX Dato: xx.xx.202x For xxx

Fremdriftsplan 3.0



Indstillinger til styregruppe

Skriftlig orientering /godkendelse
13/12-2024 - 20/12-2024

Spor 1: Godkendelse af tidsplan og generisk afprøvningsdesign

Orientering om TSS-sag

Styregruppemøde 6
7/2-25

Spor 1: Status og eventuelle tilpasninger af afprøvninger

Drøftelse af tilbagemelding fra TSS

Styregruppemøde 7
7/3-25

Spor 1: Status og drøftelse af de foreløbige resultater

Drøftelse af første udkast til kommunikationsaftale

Styregruppemøde 8
25/4-25

Spor 1: Godkendelse af endelige resultater for afprøvningerne

Godkendelse af endelig kommunikationsaftale

Styregruppemøde 9
20/6-25

Spor 1: Godkendelse af udkast til implementerings- og kommunikationsplan

Spor 1
Ny kommunikationsaftale for akut ambulante patienter

Udarbejdelse af afprøvningsdesign for USR-akut

Skriftlig orientering

Afprøvninger
13/1 – 24/2

Styregruppemøde 6

Vinterferie
Uge 7-8

Afprøvninger
13/1 – 24/2

Udarbejdelse af første udkast til kommunikationsaftale

Styregruppemøde 7

Udarbejdelse af implementering- og kommunikationsplan

Styregruppemøde 8

Kommunikationsaftalen i høring i uge 20 og 21

Styregruppemøde 9

Implementerings aktiviteter påbegyndes

Spor 4
Implementering

TSS inddragelse

Godkendelse af ændret scope.
Sag om datadeling
(24/1-25)

Skriftlig status til TSS
(4/4-25)

Skriftlig status til TSS
(6/6-25)

Godkendelse af udkast til Kommunikationsaftalen samt implementerings- og kommunikationsplan
(29/8-25)



BILAG 2

Nye datadelingsveje – analyse af mulighederne for brug heraf.

MedComs hjemmepleje-sygehusstandarder er for nuværende grundfundamentet i den eksisterende kommunikations- flow/aftale mellem hospitaler og kommuner omkring indlagte borgere. Det er også disse standarder, der forudsættes anvendt i det forestående arbejde med revision af den nuværende kommunikationsaftale og inddragelse af det nye område omkring kommunikation vedrørende borgere i behandling på hospitalernes akutmodtagelse.

På flere områder bliver "standarderne" dog udfordret af den information som kommunerne siden 2021, via Sundhedsjournalen (SJ) og SP-Link, har haft mulighed for at tilgå omkring borgernes journaloplysninger fra hospitalet. Hospitalerne i Region Hovedstaden har via "SJ-knap" løsning i Sundhedsplatformen (SP) også adgang til SJ-data og vil af denne vej ligeledes kunne få læseadgang til borgernes ydelser i kommunen i takt med, at disse uploades til SJ.

Af Styregruppens kommissorium fremgår det at "*Styregruppen skal (...) afdække muligheder for brugen af de nye datadelingsveje fx SP-Link og Sundhedsjournalen, herunder ressourceforbruget i den forbindelse i alle sektorer.*"

Det blev i forbindelse med 3. styregruppemøde d. 29. maj i forbindelse med præcisering af mandatet slået fast at "*Sundhedsjournalen/ SP-Link er et supplement til MedCom standarderne og ikke en erstatning for MedCom standarderne. Information der er væsentligt for overdragelse i forhold til den gode indlæggelse og udskrivning /akutambulante behandling skal derfor ske via MedCom standarderne.*"

Nedenfor afdækkes de udfordringer der for nuværende er i forhold til brugen af datadelingsmulighederne og som gør, at de alene bør benyttes som supplement til informationsoverdragelse via MedCom standarderne. Udfordringerne dækker over juridiske, tekniske og organisatoriske udfordringer. Afdækningen

baserer sig primært på information fra analyser og rapporter om området fra hhv. Danske Regioner¹, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet²

Juridiske udfordringer

Som udgangspunkt giver sundhedsloven kun hjemmel til at tilgå borgerens helbredsoplysninger. Det fremgår af sundhedslovens § 42.a at sundhedspersoner i et vist omfang ved opslag i elektroniske systemer kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med behandling af patienten.

For borgere, som alene får servicelovsydelser er der således ikke hjemmel til at tilgå data uden samtykke fra borgeren, da der ikke er tale om en behandler relation. Det betyder, at kommunerne ikke uden samtykke fra borgeren kan tilgå borgerens helbredsoplysninger i tilfælde af de f.eks. skal alene skal visiteres til en aflastningsplads, et bosted eller hjemmepleje.

Tekniske udfordringer

I forhold til SP-Link findes der en "knapløsning", der giver kommunal adgang til patientoplysninger fra hospitalerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Denne er pt kun udviklet til kommuner der benytter Cura it-omsorgssystemet. Der er ikke sket en tilsvarende udvikling i de kommunale omsorgssystemer, der benytter Nexus som it-systemleverandør.

I SP-Link kan der alene tilgås oplysninger om borgere, som er behandlet på hospitaler i de to regioner. Har man en borger, der er behandlet på et af de øvrige regioners hospitaler, fremgår patientdata om de pågældende behandlinger ikke i SP-Link.

SJ har den udfordring, at oplysninger fra hospitalerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland kun opdateres én gang i døgnet. Dette er ofte ikke nok i forhold til at de kommunale medarbejder kan regne med at de tilgåede oplysningerne er retvisende.

Det fremgår endvidere af bilag 1. at ikke alle kommuner har etableret adgang til enten SJ eller SP-Link. Pr 13 juni 2024 har 20 kommuner SJ- adgang og 11 kommuner har SP-Link adgang til hospitalsjournaldata. I alt 24 kommuner har enten adgang til hospitalsjournaldata via SJ eller SP-Link, da flere kommuner har adgang til begge dele.

¹ <https://www.regioner.dk/media/00xofyuy/oversigtsbillede-nuvaerende-muligheder-og-begraensninger-for-datadeling.pdf>

² <https://www.kl.dk/media/zajjyke/afrapportering-barrierer-for-sammenhaengende-patientforloeb-fsva-data.pdf>

For både SJ og SP-Link peger de nuværende brugere på, at data adgangen godt kan gøres mere brugervenlig. Som bruger bliver man mødt af rigtig meget data som der skal sorteres i. Dette gør det svært for medarbejderne at anvende dataadgangene i en travl hverdag.

Endvidere peges der på, at information som der evt. skal handles på i kommunerne ikke automatisk lagres i de kommunernes it-omsorgssystemer, men derimod kræver manuel overførsel fra SJ/SP-Link til egne kommunale it-systemer.

Endeligt er det alene kommunerne, der kan tilgå information om hospitalsydelser. De kommunale ydelser er endnu ikke integreret i SJ og kan derfor ikke tilgås af hospitalerne.

Organisatoriske udfordringer

Ved ansvarsoverdragelse mellem sektorerne er det afgørende for begge sektorer at have den rette data tilgængelig på rette tid og sted – og i et overskueligt format. Oplysninger skal være relevante for den konkrete aktør i den specifikke situation for at sikre en sikker patientoverdragelse.

De kommunale medarbejdere skal ved brug af læseadgang SJ SP-Link selv ind og lede, fortolke og sortere i information for at sikre rette behandling/pleje bliver i gang sat.

Her er stafetmodel med MedCom standarderne med til at sikre "standardiseret data" i forbindelse med overdragelse af patientansvaret i sektorovertagelse mellem praksissektor, kommuner og sygehuse.

Brugen af SJ/SP-Link læseadgang vil endvidere kræve nye kompetencer blandt de kommunale medarbejdere – og på sigt hospitalsmedarbejdere i takt med at der fremgår kommunale data i SJ, da det kræver en del at kunne overskue og sortere i data. Hertil kommer, at der på tværs af sektorerne er usikkerhed omkring hvilke data man som sundhedsprofessionel har lov til at se/tilgå.

Der er desuden en bekymring for truende, chikanerende eller voldelig adfærd fra borgere i forhold til logvisningen på sundhed.dk når en medarbejder har tilgået en borgers data.

Hvordan arbejder vi videre med datadeling

Med afsæt i styregruppens mandatafgrænsning skal SJ/SP-Link læseadgang som supplement til MedCom kommunikationen, indgå i det videre arbejde med udformning af en ny kommunikationsaftale.

Arbejdsgruppen har det med i det pågående arbejde og har allerede overvejelser om der eks. kan peges på, en hensigtserklæring om, at personalet i kommunerne så vidt muligt orienterer sig i SJ/SP-Link forud for opkald til hospital. For det akutambulante område er der lagt op til, at kommunerne benytter SJ/SP-Link læseadgang til at orientere sig om hvad der er sket af behandling for de borgere, hvor der ikke sendes en USR-Akut. (borgere med uændret behov efter endt akutambulant behandling).

Som nævnt tidligere fremgår det af bilag 1. at 20 kommuner i hovedstadsregionen har adgang til hospitalsjournalsdata via knapløsning til SJ og 11 kommuner har adgang via SP-Link. Flere kommuner har begge adgange og derfor er der i alt 24 ud af de 29 kommuner om har adgang til hospitalsjournalsdata fra Regionens hospitaler. Det kan overvejes om der i regi af Sundhedsaftalen skal arbejdes for en videre implementering af SJ/SP-Link adgang i alle kommuner herunder en hyppigere opdatering af SJ-data i Region Hovedstaden.

Hertil kommer behov for at sikre at både kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden på nationalt niveau arbejder for at gøre dataoverblik SJ mere brugervenligt i forhold til de forskellige medarbejdersbehov.

Bilag 1. Overblik over kommunernes adgang til hhv. SP/SP-Link

Overblik over kommuner i hovedstadsregionen der har Sundhedsjournal,- og/eller SP-Link adgang til hospitalsdata pr.13. jun 2024				
Rækkemærkater	Sundhedsjourna		SP-Link eller sundhedsjournal	
	I adgang	SP-Link adgang	adgang	
CURA	8	11	12	
Albertslund Kommune	0	1	1	
Allerød Kommune	1	1	1	
Bornholms Regionskommune	0	0	0	
Dragør Kommune	0	1	1	
Egedal Kommune	0	1	1	
Frederiksberg Kommune	1	1	1	
Frederikssund Kommune	0	0	0	
Glostrup Kommune	1	0	1	
Hvidovre Kommune	0	1	1	
Høje-Taastrup Kommune	1	1	1	
Ishøj Kommune	1	1	1	
Københavns Kommune	1	1	1	
Rødovre Kommune	0	0	0	
Tårnby Kommune	1	1	1	
Vallensbæk Kommune	1	1	1	
nexus	12	0	12	
Ballerup Kommune	1	0	1	
Brøndby Kommune	1	0	1	
Fredensborg Kommune	1	0	1	
Furesø Kommune	1	0	1	
Gentofte Kommune	1	0	1	
Gladsaxe Kommune	1	0	1	
Gribskov Kommune	1	0	1	
Halsnæs Kommune	1	0	1	
Helsingør Kommune	1	0	1	
Herlev Kommune	1	0	1	
Hillerød Kommune	1	0	1	
Hørsholm Kommune	0	0	0	
Lyngby-Taarbæk Kommune	1	0	1	
Rudersdal Kommune	0	0	0	
Hovedtotal	20	11	24	

Kommissorie

TVÆRSEKTORIEL SAMARBEJDSGRUPPE

Baggrund

I økonomaftalen for 2024 har regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 skal indfase et integreret dobbeldiagnosetilbud. Det er politisk besluttet, at tilbuddet skal indfases trinvist efter modellen i tabel 1.

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

Den trinvise indfasning betyder, at det først er fra juli 2025, at regionerne modtager henvisning direkte til det integrerede tilbud og dermed begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling.

Formål

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har godkendt, at der nedsættes en tværsektoriel samarbejdsgruppe, som har til formål at pege på arbejdsgange til at understøtte et godt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne i regionen og almen praksis om behandling til borgere med dobbeldiagnoser.

Medlemmer

Navn	Funktion	Organisation
Line Duelund Nielsen (forperson)	Centerchef, PC København	Region Hovedstadens Psykiatri
Morten Kistrup	Ambulatorieleder, KAG leder	Region Hovedstadens Psykiatri
Jeanett Østerby Bauer	Ledende overlæge, CVD	Region Hovedstadens Psykiatri
Henrik Nørbak-Emig	Cheflæge, PC Amager	Region Hovedstadens Psykiatri
Kirsten Tofterup	Chefsygeplejerske, PC Glostrup	Region Hovedstadens Psykiatri
Mie Albrektsen	Ledende socialrådgiver, PC Nordsjælland	Region Hovedstadens Psykiatri
Lone Tonsgaard	Programleder	Region Hovedstadens Psykiatri
Nadja Lodberg Andersen	Projektleder	Region Hovedstadens Psykiatri
Lotte Kragelund	Leder af Center for Rusmidler, Omsorg og Støtte	Helsingør Kommune
Jesper Tofte Graabek	Centerchef for Center for Rusmiddelbehandling i København	Københavns Kommune

Bilag 1 - Kommissorium for tværsektoriel samarbejdsgruppe - dobbeltdiagnosebehandling

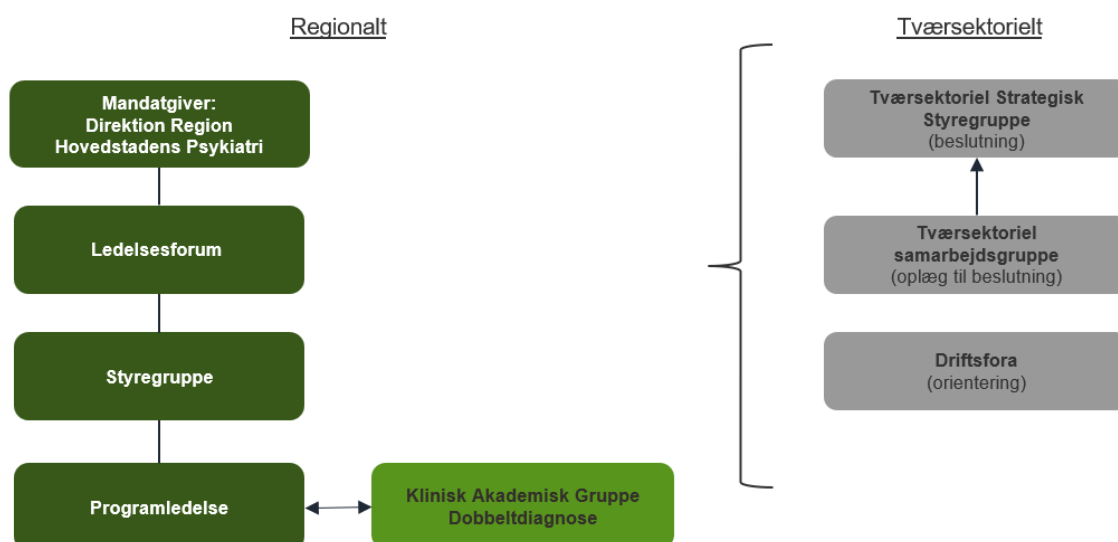
Rikke Lindahl Hansen	Leder af job og støtte	Allerød Kommune
Hanne Simone Emili Ulrich	Leder, rusmiddelområdet Bornholm	Bornholms Regionskommune
Anne-Marie Sørensen	Centerleder, Behandlingscenter Brøndby	Brøndby Kommune
Rasmus Axelsson	Centerleder, KABS	Glostrup Kommune
Trine Rudolf Krak	Leder, Frederiksberg Kommunes Rusmiddelcenter	Frederiksberg Kommune
Erik B. Hansen	Leder af Torvehuset	Lyngby-Taarbæk Kommune
Louise Langhoff	Leder, Gladsaxe Rusmiddelcenter	Gladsaxe Kommune
Jonas Meile	Praksiskoordinator	Praktiserende Læge
Sara Elben Hertig	Fælleskommunale sekretariat	KL

Organisering

Region Hovedstadens Psykiatri har formandskabet for den tværsektorielle samarbejdsgruppe. Derudover er gruppen sammensat af:

- medlemmer, der repræsenterer ledelse og drift i Region Hovedstadens Psykiatri, herunder den centrale visitation
- medlemmer der repræsenterer de 29 kommuner i regionen, herunder både store og små kommuner, kommuner der har egen rusmiddelbehandling og kommuner, der anvender private leverandører
- medlem der repræsenterer almen praksis i form af praksiskoordinatoren for psykiatrien.

Gruppen har ikke beslutningsmandat, men kan udarbejde indstillinger til beslutning i Tværsektoriel strategiske styregruppe.



Leverancer

Gruppens væsentligste leverance er at tilrette og/eller supplere samarbejdsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen, ved at beskrive arbejdsgange ved overgange til og fra integreret dobbeltdiagnosebehandling, herunder:

- Arbejdsgange for ensartet, jævn og smidig implementering af gruppe 2 og 3 (juli 2025 og frem), hvor rusmiddelbehandling skal overdrages fra kommuner til region

Bilag 1 - Kommissorium for tværsektoriel samarbejdsgruppe - dobbeltdiagnosebehandling

- Arbejdsgange for henvisning til regionens integrerede dobbeltdiagnosetilbud fra juli 2025, herunder arbejdsgange for overdragelse af rusmiddelbehandling fra kommuner til region
- Arbejdsgange for afslutning fra regionens integrerede dobbeltdiagnosetilbud, herunder arbejdsgange for overdragelse af rusmiddelbehandling fra region til kommuner

Leverancen består af et oplæg om tilretning og/eller et supplement til samarbejdsaftalen, som skal godkendes af Tværsektoriel strategisk styregruppe senest juni 2025. Det er et princip for gruppens arbejde, at arbejdsgange, som skal beskrives, så vidt muligt tager afsæt i eksisterende aftaler for samarbejde og værktøjer til understøttelse heraf. Det kan fx være netværksmøder, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Gruppen skal derudover:

- Drøfte og udarbejde forslag til håndtering af eventuelle uklarheder og uenigheder, herunder forståelse af målgruppeafgrænsning
- Drøfte og udarbejde forslag til håndtering af muligheden for frit valg af behandlingstilbud på tværs af region og kommuner
- Drøfte og understøtte ensartet og sammenhængende kommunikation til borgere om henholdsvis integreret og koordineret dobbeltdiagnosebehandling
- Orienteres om Region Hovedstadens Psykiatri implementering af gruppe 1 (september 2024-juni 2025)
- Orienteres om Region Hovedstadens Psykiatri arbejde med monitorering af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud

Mødefrekvens

Gruppen mødes hver anden måned, og hvert møde varer 90 minutter. Der er som udgangspunkt fysisk fremmøde, dog med undtagelse af Bornholms Kommune, som deltager online.

Sekretariatsbetjening

Gruppen sekretariatsbetjenes af programkontoret for dobbeltdiagnose i Region Hovedstadens Psykiatri.