

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

26-11-2021 09:00

MØDESTED

Regionsgården mødelokale 2

MEDLEMMER

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

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser
3. Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
4. Drøftelse: Samarbejde om indlagte patienter
5. Beslutning: Status på pejlemærker om borgere med psykisk sygdom
6. Beslutning: Status på pejlemærke om styrket lægebetjening i kommunerne
7. Eventuelt
8. Orientering: Problemstillinger vedr. glukosemålere
9. Orientering: Status COVID-19

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

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

INDSTILLING

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

KONKLUSION

2. BESLUTNING: GODKENDELSE AF HØRINGSUDKAST AF RYGFORLØBSPROGRAM OG AFRAPPORTERING VEDR. FREMTIDIG PATIENTVOLUMEN OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

FORMÅL MED SAGEN

Der er udviklet et nyt og forenklet forløbsprogram for ryglidelser, som fremlægges med henblik på godkendelse til høring. Forløbsprogrammet skal sikre gode sammenhængende forløb for borgere med ryglidelser.

Det nye forløbsprogram er web-baseret og ligger som et mini-site på regionens hjemmeside. Se forløbsprogrammet her http://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forl%C3%B8bsprogrammer/L%C3%A6nde-ryg_test/Sider/default.aspx

Tværasektoriel strategisk styregruppe godkendte 13. november 2020 foreløbigt den webbaserede form på høringsudkast til nyt forløbsprogram for ryglidelser og besluttede at afdække de økonomiske konsekvenser af implementering af nyt forløbsprogram for ryglidelser, inden programmet sendes i høring. På denne baggrund blev der nedsat en arbejdsgruppe i regi af Tværasektorielt samarbejdsforum for data om aktivitet og økonomi. Dette arbejde er nu afsluttet og fremlægges for Tværasektoriel strategisk styregruppe. Notat vedr. forventet fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser er vedlagt som bilag 1.

INDSTILLING

- at Tværasektoriel strategisk styregruppe godkender, at nyt forløbsprogram for ryglidelser sendes i høring.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Det eksisterende forløbsprogram for lænderyglidelser er fra 2012. I 2017 blev programmet evalueret med fokus på implementeringen og på patienternes oplevelse af deres forløb. På baggrund af evalueringerne besluttede Den Administrative Styregruppe (DAS) at nedsætte en faglig arbejdsgruppe, der fik til opgave at drøfte de væsentligste problemstillinger på området, og hvordan de bedst kunne løses, herunder hvorvidt et revideret forløbsprogram var den bedste ramme for løsning af udfordringerne. Anbefalingerne fra denne faglige arbejdsgruppe dannede grundlag for det kommissorium for arbejdet med at udvikle et nyt forløbsprogram på rygområdet, som DAS godkendte i september 2018 (bilag 2).

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 tværasektorielle samarbejde, og ikke detaljer om de sundhedsfaglige indsatser i den enkelte sektor. Her skal henvises til de nationale kliniske retningslinjer og øvrigt relevant materiale.
- 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,

sådan at de i princippet ikke behøver at læse forløbsprogrammet. Det betyder også, at forløbsbeskrivelserne skal indeholde oplysninger om henvisning til kommunale tilbud.

- Målgruppen for et nyt forløbsprogram er borgere, der har haft symptomer gennem fire uger eller mere. Som udgangspunkt defineres ingen øvre grænse for, hvor længe man skal have haft symptomer, eller hvor alvorlige de skal være, før man ikke længere er omfattet af forløbsprogrammet. Det vigtigste er, at det er borgere, der skal kunne have udbytte af de tværsektorielle indsatser, herunder især de kommunale tilbud om ex. patientuddannelse, der opleves som det centrale element i forløbsprogrammet. Dag 0 bør regnes fra symptomdebut og ikke ved første kontakt, da det varierer hvornår folk henvender sig.

Et anderledes forløbsprogram, der fokuserer på kommunikation og samarbejde

Med udgangspunkt i kommissoriet er der nu udviklet et nyt forløbsprogram for ryglidelser, som på flere områder adskiller sig fra det tidligere forløbsprogram på rygområdet og fra de øvrige forløbsprogrammer i Region Hovedstaden.

- Det nye forløbsprogram er web-baseret og er et mini-site på regionens hjemmeside. Det skal gøre det mere brugervenligt, lettere tilgængeligt for aktørerne på området og understøtte implementeringen.
- Det web-baserede format gør det også lettere at holde indholdet opdateret og revidere programmet løbende ved behov.
- Det nye forløbsprogram er tilgængeligt for borgere og patienter såvel som for sundhedsprofessionelle. Flere aktører har peget på, at der med fordel kunne være materiale i programmet, der er målrettet borgere. Derfor indeholder det nye forløbsprogram en side med information til borgere med rygsmerter.
- Det nye forløbsprogram fokuserer på kommunikation og samarbejde aktørerne imellem, fx på indholdet i henvisninger og hvornår man skal give tilbagemeldinger til samarbejdspartnere.
- Kommunernes tilbud på området er mere udførligt beskrevet end for de øvrige aktørers vedkommende. Det har været et ønske fra de kommunale repræsentanter i referencegruppen, at det nye forløbsprogram skulle beskrive indholdet af de tilbud til borgere med ryglidelser, kommunerne er forpligtet til at have.
- Der er foretaget en revision af almen praksis' forløbsbeskrivelser på området. Forløbsbeskrivelserne er det redskab, der i det daglige anvendes af praktiserende læger til at orientere sig om muligheder for henvisning til udredning og behandling hos forskellige samarbejdspartnere, typisk speciallæger og hospital. De nye versioner af forløbsbeskrivelserne indeholder blandt andet oplysninger om kommunernes tilbud på området. Som opfølgning på de nye forløbsbeskrivelser er der planlagt udvikling af dynamiske henvisninger fra almen praksis, der har været et stort ønske for at kunne øge kvaliteten af henvisningerne og mindske antallet af afviste henvisninger.

Forventet fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

I det nye forløbsprogram er der to væsentlige ændringer i målgruppen, som forventes at have betydning for den fremtidige patientvolumen:

- I det nuværende rygforløbsprogram er målgruppen mennesker med nyopståede lænderygsmarter. I det nye forløbsprogram er målgruppen mennesker med smerter i mere end 4 uger. Denne ændring i målgruppen er besluttet i Den Administrative Styregruppe i forbindelse med beslutningen om at udarbejde et nyt forløbsprogram på baggrund af evalueringerne af det nuværende forløbsprogram og det fremgår af kommissoriet for arbejdet med et nyt forløbsprogram.
- I det nye forløbsprogram foreslås det, at målgruppen udvides til at omfatte mennesker med smerter i lænderyg, 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 har behov for den koordinerede tværsektorielle indsats, som forløbsprogrammet giver mulighed for.

Hvis Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter, at målgruppen for det nye forløbsprogram skal reduceres til kun at omfatte borgere med smerter i lænderyggen, vil det kun indebære få rettelser i forløbsprogrammet. Det skyldes, at forløbsprogrammet fokuserer på tværsektoriel kommunikation og samarbejde, og det indhold vil være det samme, uanset hvordan målgruppen afgrænses.

En arbejdsgruppe i regi af Tværsektorielt samarbejdsforum for data om aktivitet og økonomi har arbejdet med at afdække den forventede fremtidige patientvolumen og de økonomiske konsekvenser af implementering af nyt forløbsprogram for ryglidelser. Afrapportering fra arbejdsgruppen er vedlagt som bilag 1.

Arbejdsgruppens altovervejende konklusion er følgende: Det har vist sig meget vanskeligt at estimere den forventede fremtidige patientvolumen og ikke mindst de økonomiske konsekvenser ved udvidelse af målgruppen ud fra det datagrundlag, der er tilgængeligt.

I vedlagte notat (bilag 1) beskrives arbejdsgruppens fremgangsmåde og forbehold ved de forskellige datakilder, der er benyttet til at belyse området. Der er begrænsede muligheder for data på området. De forskellige datakilder viser store forskelle i estimeret fremtidig patientvolumen, hvilket gør det vanskeligt at konkludere klart. Det er blandt andet vanskeligt at adskille forventede ændringer i den fremtidige patientvolumen som følge af henholdsvis, 1) at målgruppen i det nye forløbsprogram er mennesker med længerevarende smerter mod nyopståede smerter i det nuværende forløbsprogram, og 2) udvidelsen af målgruppen med flere diagnoser (brystryg og nakke).

Arbejdsgruppen har på baggrund af ovenstående vurderet, at det ikke er muligt at opgøre de økonomiske konsekvenser.

Proces omkring udviklingen af det nye forløbsprogram, herunder involvering af brugerperspektivet

Det nye forløbsprogram for ryglidelser er udarbejdet af en projektgruppe forankret i Det Nære Sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. Der er etableret en referencegruppe med repræsentanter udpeget af blandt andre Sundhedsfagligt råd for reumatologi, Sundhedsfagligt råd for ortopædkirurgi, KKR, PLO-H, Danske Patienter og Region Hovedstaden. Referencegruppen er sammensat af fagpersoner fra alle tre sektorer, som har et indgående kendskab til arbejdet med forløbsprogrammet og patientgruppen.

Der er arbejdet med inddragelse af brugerperspektivet gennem deltagelse af to repræsentanter udpeget af Danske Patienter i referencegruppen, ved interview med repræsentanter fra Gigtforeningen om blandt andet erfaringer fra deres telefonrådgivning samt ved interview med to repræsentanter fra regionens Patientinddragelsesudvalg, der også har deltaget i en workshop sammen med de sundhedsprofessionelle.

VIDERE PROCES

Såfremt TSS godkender indstillingen, er den videre proces:

- December-januar 2022: Høringsperiode
- Februar 2022: Høringssvar indarbejdes
- Marts 2022: Tværsektoriel strategisk styregruppe får forelagt endeligt forslag til nyt forløbsprogram.

BILAGSFORTEGNELSE

📎1. Nyt forløbsprogram for ryglidelser - vurdering af patientvolumen og økonomiske konsekvenser_05.11.21

📎2. Kommissorium for revision af FP lænderyglidelser_Godkendt af DAS september 2018

3. DRØFTELSE: 'ALLE SKAL MED - REGION HOVEDSTADENS ARBEJDE MED DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN'

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektoriel strategisk styregruppe fik på mødet den 8. oktober 2021 en orientering om Region Hovedstadens oplæg "Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen". Her blev det beskrevet, at indsatser, der vedrører hospitaler, kommuner og praksissektoren skal udvikles i regi af Sundhedsaftalen og de etablerede samarbejdsfora. På den baggrund har kommunerne ønsket en indledende drøftelse af, hvilke indsatser i oplægget, det giver mening, at arbejde med i fællesskab.

INDSTILLING

- at Tværasektoriel strategisk styregruppe drøfter, hvilke konkrete indsatser i Region Hovedstadens oplæg "Alle skal med", der kan udvikles i samarbejde mellem regionen, kommuner og almen praksis og at dette sker i regi af etablerede samarbejdskanaler, heriblandt sundhedsaftalen.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Efter at Regionsrådet i juni 2021 godkendte oplægget "Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen" (bilag 1) har fokus været på at udarbejde en model for behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling. Næste skridt er, at hospitalerne skal beslutte, hvilke øvrige indsatser fra oplægget, der skal prioriteres. Sideløbende lægges der med denne sag op til en første fælles drøftelse mellem regionen, kommuner og praksissektoren om, hvilke af oplæggets indsatser, som vil være relevante at udvikle i et samarbejde mellem parterne. Det kan både dreje sig om indsatser, hvor opgaven hovedsagligt er forankret på hospitalerne, men hvor indsatsen har en direkte konsekvens for behandlingsforløb, der går på tværs af sektorer. Eller det kan være indsatser, hvor alle parter har en konkret opgave i udførelsen.

Status på Region Hovedstadens arbejde med "Alle skal med"

Som det første er hospitalerne sammen med repræsentanter fra tre kommuner (Hillerød, Rudersdal og København), PLO-H og tre brugere gået i gang med at beskrive en model for 72 timers behandlingsansvar til patienter, der udskrives til kommunal sygepleje. Modellen blev godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. november 2021, og nu går arbejdet med at forberede implementeringen i gang med henblik på, at de første patienter kan få gavn af ordningen per 1. februar 2022.

Hospitalerne har ikke foretaget en endelig prioritering af, hvilke nye indsatser fra "Alle skal med", som vil blive igangsat som de næste. Der lægges et stort arbejde i at forberede implementeringen af både IV-aftalen og aftalen om 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling. Det forventes, at nogle af de indsatser, som hospitalerne vil prioritere, vil vedrøre omstilling af patientforløb, så flere patienter kan modtage en del af deres hospitalsbehandling i eget hjem. Her vil fokus i første omgang være på rene hospitalsydelser, hvor aktivitet, der nu foregår med fysisk fremmøde på hospitalet, i stedet vil ske i

patientens hjem. Derfor forventes det ikke at få konsekvenser for kommuner og praksis' opgaveløsning.

Sundhedsaftalen som fælles afsæt for udvikling af nye initiativer

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på at skabe bedre behandlingsforløb og tættere samarbejde fortsætter i de etablerede samarbejdsfora og i regi af arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplaner. Hertil kommer etableringen af de nye sundhedsklynger medio 2022. Det er derfor naturligt, at såfremt kommuner, PLO-H og regionen bliver enige om at igangsætte nye fælles indsatser, affødt af "Alle skal med", så skal de udvikles i regi af de etablerede samarbejdsfora. Afsættet for denne drøftelse i TSS er derfor, at de temaer og indsatser, man ser som relevante at samarbejde om, fx kan indgå i arbejdet med en ny sundhedsaftale eller de kan være temaer i det kommende sundhedssamarbejdsudvalg og/eller sundhedsklynger.

Indsatser i "Alle skal med", som er relevante at samarbejde om

Region Hovedstaden sætter med oplægget 'Alle skal med' fokus på, hvad regionen kan sætte i gang på eget initiativ for at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Oplægget beskriver i alt 24 indsatser, der bl.a. peger på, at flere patienter kan få mere fleksible og målrettede behandlingsforløb, hvor en del af hospitalsbehandlingen foregår i eget hjem. Herudover er der indsatser, der fokuserer på, hvordan regionen kan styrke samarbejdet med kommuner og praksis ved at være en bedre medspiller i det tværsektorielle samarbejde. Det har været et vigtigt afsæt i arbejdet med 'Alle skal med', at der alene arbejdes med initiativer på egen banehalvdel, og at der ikke vil være tale om opgaveglidning, men derimod udvikling af Region Hovedstadens opgaveløsning til gavn for både patienter og samarbejdspartner i kommuner og praksissektoren. Derfor er hovedparten af indsatserne karakteriseret ved, at det er regionen, der skal løse opgaver på nye måder eller arbejde med udvikling og styrkelse af opgaveløsningen. Styring af arbejdet med "Alle skal med", herunder prioritering og planlægning af, hvornår de enkelte indsatser skal igangsættes, må derfor ske med afsæt i, hvornår hospitalerne er klar til at arbejde med nye initiativer.

I regionens planlægning af arbejdet med "Alle skal med" skal kommuner og praksissektoren inddrages, når det er relevant, ligesom det også er sket i arbejdet med at udarbejde en model for 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling.

De 24 indsatser i "Alle skal med" er udtryk for mere eller mindre konkrete bud på, hvad regionen selv kan sætte i gang for at nå de seks mål, der er opstillet i oplægget. Det er et område, der er under konstant udvikling, og der vil løbende komme nye behov og ønsker til, som skal gribes dels regionalt men også i et samarbejde mellem region, kommuner og praksissektoren. Derfor skal de 24 indsatser, der er beskrevet i oplægget, ikke ses som en færdig liste, men som et bud på, hvad regionen vil arbejde med i de kommende år for at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Nedenfor præsenteres regionens bud på, hvilke af de 24 indsatser, som kan udvikles i et samarbejde mellem regionen, kommunerne og praksissektoren, hvis alle parter finder det relevant. Hermed lægges op til en første drøftelse, herunder om der er indsatser, der har en særlig interesse.

Indsatser fra "Alle skal med", hvor det er oplagt at udviklingen sker i et samarbejde mellem parterne

1. Fortsat fokuseret indsats for at løfte kvalitet og rettidighed i udgående kommunikation
2. Indsats for mere subakut behandling med afsæt i eksisterende erfaringer
3. Skalering og implementering af succesfulde projekter, fx signaturprojekter, i hele regionen.
4. Skabe og dokumentere gode resultater for de regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og

Frederikssund

5. Tilbyde viden, data og kompetencer til at arbejde med fælles populationsansvar, fx data om indlæggelsesmønstre og forløb på tværs af sektorer, med henblik på fælles indsatser rettet mod ulighed i sundhed.
6. Implementering af digitale løsninger, der understøtter bedre samlede patientforløb så bl.a. primærsektor og borgere har nem adgang til relevante oplysninger. (Omfatter både nationale og regionale tiltag, fx samlet patientoverblik, fravalg af genoplivning, billeddiagnostik, prøvesvar, SP-link mv.)
7. Styrke implementering af aftalte fælles patientforløb for KOL, hjerterehabilitering mv.
8. Udvikle en model for adgang til specialistrådgivning der giver overskuelig og døgndækket adgang for praksissektor og evt. også kommunalt sundhedspersonale.
9. Forskning og kvalitetsudvikling i samlede patientforløb og folkesundhed
10. Prioritere kvalitetsudvikling i tværsektorielle forløb i regi af samarbejdet om Lærings- og Kvalitetsteams

(For baggrundsforståelse om de enkelte indsatser henvises til "Alle skal med", bilag 1)

Som ovenfor beskrevet har regionen ikke fastlagt en tidsplan for arbejdet med disse indsatser, ligesom der heller ikke er foretaget en prioritering af rækkefølgen. Nogle indsatser vil primært skulle løftes af hospitalerne med formålet om at bidrage til et bedre samarbejde med kommuner og/eller praksissektoren, hvorfor det er relevant at udviklingen sker i et samarbejde. Det kunne fx være udvikling af model for adgang til specialistrådgivning eller løftet kvalitet i den udgående kommunikation. Andre indsatser er i højere grad afhængige af alle parter involvering og skal derfor løftes i fællesskab, det kunne fx være skalering, udbredelse og implementering af signaturprojekterne. Her lægges der op til, at prioriteringen af indsatser sker i regi af de eksisterende samarbejdsfora.

VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen i Tværsektoriel strategisk styregruppe udarbejdes en orienteringssag til Sundhedskoordinationsudvalget.

BILAGSFORTEGNELSE

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

4. DRØFTELSE: SAMARBEJDE OM INDLAGTE PATIENTER

FORMÅL MED SAGEN

Kapaciteten inden for hele sundhedsvæsenet er presset bl.a. som følge af mange vakante stillinger. Med en stigning i COVID-19 og andre smitsomme sygdomme kan situationen forværres i løbet af de kommende måneder.

Med denne sag lægges op til en drøftelse af, hvordan kommunerne, almen praksis og hospitalerne kan hjælpe hinanden bedst muligt ift. indlagte patienter både i den aktuelle situation og i tilfælde af, at presset på sundhedsvæsenet øges yderligere.

INDSTILLING

- **at** Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter, hvordan kommuner, almen praksis og regionen kan hjælpe hinanden bedst muligt i forhold til indlagte patienter både i den aktuelle situation, og i tilfælde af, at presset på sundhedsvæsenet øges yderligere.
- **at** Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter, om der skal nedsættes en mindre koordinationsgruppe, der kan arbejde med opdatering af relevante aftaler om ansvars- og opgavefordeling, så de er klar til brug i tilfælde af, at presset på sundhedsvæsenet øges yderligere som følge af COVID-19 og andre smitsomme sygdomme.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsvæsenet befinder sig i en anden og mere sårbar situation nu, end da COVID-19 pandemien brød ud primo 2020. Det er blevet væsentligt sværere at rekruttere og fastholde medarbejdere, ligesom det er vanskeligt at få medarbejdere til at tage ekstra vagter ved behov. Både kommuner og hospitaler står derfor nu i en situation, hvor kapaciteten er presset.

Samtidig ses en øget smitte med COVID-19, og flere indlægges. Aktuelt er der i alt 356 indlagte patienter med COVID-19 i Danmark, heraf er 168 indlagt på hospitaler i Region Hovedstaden.

På nuværende tidspunkt udgør antallet af COVID-19 patienter ikke isoleret set et kapacitetsproblem for hospitalerne. Det stigende antal COVID-19 smittede og indlagte skal dog ses i sammenhæng med det generelt stigende pres på kapaciteten, som giver anledning til bekymring, fordi det kan blive stadigt sværere at finde kapacitet til et stigende antal indlagte både med COVID-19 og andre medicinske sygdomme. Der er en forventning om, at der hen over vinteren kan ske en yderligere smittespredning af COVID-19 og andre smitsomme sygdomme (fx influenza), og dermed må også forventes en stigning i antallet af alvorligt syge patienter med behov for hospitalsbehandling, og det vil kunne ses i bl.a. akutmodtagelserne og i de medicinske afdelinger. Sker dette, kan presset på hospitalerne nå et niveau, hvor ekstraordinære udskrivelser af indlagte patienter kan blive nødvendigt, hvis behandlingskapaciteten til patienter med akutte og livstruende sygdomme skal kunne opretholdes.

På den baggrund ønskes en drøftelse af, hvordan kommunerne, almen praksis og hospitalerne kan hjælpe hinanden bedst muligt - nu og her i den aktuelle situation og i tilfælde af, at presset på sundhedsvæsenet øges yderligere.

Samarbejdsaftaler og rammeaftaler indgået under COVID-19

Der er i regi af samarbejdet om COVID-19 indgået to tværsektorielle samarbejdsaftaler om indlagte

patienter:

- **Aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser**

Aftalen beskriver hospitalernes behandlingsansvar for patienter udskrevet til midlertidige kommunale COVID-19 pladser. Aftalen udløber per 1. december 2021.

- **Rammeaftale om ekstraordinære udskrivelser**

Aftalen tager afsæt i Region Hovedstadens beredskabsplan. Aftalen beskriver ansvars- og opgavefordeling mellem hospitalerne (somatik og psykiatri), kommunerne og almen praksis i Region Hovedstaden i forbindelse med ekstraordinære udskrivelser, som følge af COVID-19. Aftalen har ikke være aktiveret.

For begge aftaler gælder, at der kan være behov for opdateringer som følge af nye nationale retningslinjer og nye regionsdækkende aftaler, herunder Aftale om IV-behandling i kommunalt regi og Model om 72 timers behandlingsansvar efter udskrivelse fra hospital. Derudover er der også udarbejdet en ny Beredskabsplan for Region Hovedstaden.

Andre bemærkninger

Det bemærkes, at Region Hovedstaden som følge af den aktuelle situation på hospitalerne, har besluttet at gennemgå og vurderer behov for justering af de gældende skaleringsplaner ift. COVID-19.

Derudover bemærkes, at Regionrådet har iværksat en række forskellige initiativer, der skal understøtte bedre muligheder for rekruttering og fastholdelse af sundhedsfagligt personale på hospitalsafdelingerne. Herunder har Regionsrådet vedtaget en "vinterpakke" på 30 mio. kr., som skal bidrage til at reducere kapacitetspresset på de mest trængte hospitalsafdelinger.

VIDERE PROCES

-

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser
10.05.2021
- 2. 18.12.2020rammeaftale_om_ekstraordinaere_udskrivelser_i_region_hovedstaden_002_0

5. BESLUTNING: STATUS PÅ PEJLEMÆRKER OM BORGERE MED PSYKISK SYGDOM

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) vedtog i oktober 2020 de første 3 pejlemærker inden for Sundhedsaftalens fokusområde 'Sammen om borgere med psykisk sygdom'. Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) præsenteres for status på arbejdet med henblik på at drøfte samt godkende status forud for fremlæggelse i SKU.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe drøfter samt godkender status for arbejdet med 3 pejlemærker om borgere med psykisk sygdom.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsaftalens fokusområde 'Sammen om borgere med psykisk sygdom' har 2 mål:

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

Sundhedskoordinationsudvalget har vedtaget i alt 5 pejlemærker i relation til de to mål (samlet oversigt over Sundhedsaftalens mål og pejlemærker er vedlagt som bilag 1). I oktober 2020 blev de første tre vedtaget af SKU (pejlemærkebeskrivelse vedlagt som bilag 2):

1. Fortsat fokus på implementering af netværksmøder.
2. Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening.
3. Nye samarbejdsformer om beskæftigelsesindsatser på borgerens præmisser - udbredelse af model for samarbejde mellem IPS-konsulenter og F-ACT-teams.

De tre pejlemærker har været forankret i psykiatrien og psykiatriens samordningsudvalg, da der var iværksat mange forskellige initiativer for at sikre mere sammenhængende forløb, der tager afsæt i borgernes behov og ønsker, og der derfor var brug for at holde fokus på de igangsatte indsatser og få implementeret i bredden og dybden.

Status på implementering af strukturerede netværksmøder, herunder brug af fælles skabelon for netværksmøder på det psykiatriske område (status fra signaturindsats, september 2021)

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

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

Status på udbredelse af model for botilbudsbetjening

I modellen for botilbudsbetjening samarbejder et botilbudsteam med både borgeren på botilbuddet og med medarbejderne på botilbuddet. Det overordnede formål er at undgå pludselig forværring af borgerens psykiske sygdom. Der er fokus på koordinering og samarbejde om udgående og opsøgende ambulant udredning og behandling på botilbuddet samt rådgivning og kompetenceudvikling for botilbuddets medarbejdere.

Region Hovedstaden afsatte i 2021 midler til at understøtte yderligere udbredelse af modellen med botilbudsbetjening.

Status er, at 74 ud af 166 registrerede botilbud i Region Hovedstaden, som har beboere i målgruppen for botilbudsbetjening, bliver i dag betjent af botilbudsteams. Det er de botilbud, som har flest beboere i målgruppen, og det betyder, at ca. 75 % af målgruppen betjenes af et botilbudsteam. Det er ikke målet, at samtlige botilbud skal være betjent af et botilbudsteam. Nogle botilbud har kun ganske få borgere i målgruppen, og de vil typisk indgå i den almindelige betjening fra det relevante psykiatriske ambulatorium (F-ACT).

Opgaven vedrørende botilbudsbetjeningen er under stadig udbygning.

Status på udbredelse af model for samarbejde mellem IPS-konsulenter og F-ACT-teams

IPS-modellen (Individuelt Planlagt job med Støtte) har vist veldokumenterede og positive effekter i forhold til at hjælpe borgere med alvorlige psykiske sygdomme med at finde arbejde og kunne arbejde i jobs, som de ønsker sig. Det sker ved at genoptræning af erhvervsevnen foregår i et rigtigt arbejdsmiljø på det ordinære arbejdsmarked og evt. samtidigt med stadig igangværende behandling af den psykiske sygdom.

Region Hovedstadens Psykiatri arbejder på at udbrede IPS-samarbejdet til flere kommuner, samt styrke et godt samarbejde mellem jobcentre og de psykiatriske F-ACT og OPUS Teams, blandt andet med ansættelse af en implementeringskonsulent og dialogmøder med kommunerne. Samordningsudvalgene orienteres løbende.

Siden oktober 2020 har 3 kommuner opstartet et IPS-samarbejde, og der er dialog med yderligere 4 kommuner.

Følgende kommuner har implementeret eller er opstartet med at implementere et IPS-samarbejde:

- Københavns Kommune
- Frederiksberg Kommune
- Hillerød Kommune (ny)
- Frederikssund Kommune (ny)
- Hvidovre Kommune (ny).

Der er dialog med følgende kommuner om at opstarte et IPS-samarbejde:

- Helsingør
- Albertslund
- Glostrup
- Rødovre.

Samfundsøkonomiske konsekvenser af IPS

Udover den sundhedsøkonomisk analyse, som blev lavet i forbindelse med det danske IPS-forskningsprojekt fra 2012-2017 er det ikke på nationalt plan eller i forskningsregi udarbejdet supplerende økonomiske analyser af de økonomiske konsekvenser af IPS. Som det fremgår af pejlemærkebeskrivelsen, viste analysen dengang, at der per deltager blev opnået en samfundsøkonomisk besparelse over den 18 måneders opfølgningsperiode på 71.562 kr. De lavere udgifter for deltagerne i IPS-gruppen kunne primært tilskrives færre udgifter til indsatser i jobcenteret og socialcenteret samt færre psykiatriske kontakter og højere produktivitetsgevinst, forstået som skattepligtig indkomst fra ordinær beskæftigelse. Der kunne dog ikke ud fra ovenstående konkluderes, at IPS-modellen har positive økonomiske konsekvenser for kommunerne, da kommunernes økonomi på området bl.a. påvirkes af reglerne for statslig refusion på beskæftigelsesområdet.

Hjørring Kommune har arbejdet med IPS siden september 2017, som en del af flere indsatser, som de under ét kalder ”Hjørringmodellen”. Kommunen har i den forbindelse i 2021 analyseret den samlede økonomiske effekt af indsatserne (ikke kun IPS) i form af udviklingen i forsørgelsesudgifter set i forhold til den samlede investering, over en årrække. Tallene viser, at Hjørring Kommune har sparet mere end to kroner for hver krone, der er investeret. Hjørring Kommune er således ikke i tvivl om, at der er en kommunaløkonomisk gevinst at hente, set over en årrække, alene på forsørgelsesudgiften.

VIDERE PROCES

Status fremlægges for SKU til orientering på udvalgets møde i december. Det foreslås, at der fremlægges en ny status i slutningen af 2022.

BILAGSFORTEGNELSE

- 📄 1. Overblik vision fokusområder pejlemærker_september 2021
- 📄 2. Pejlemærkebeskrivelser netværksmøder, botilbudsmodel, IPS

6. BESLUTNING: STATUS PÅ PEJLEMÆRKE OM STYRKET LÆGEBETJENING I KOMMUNERNE

FORMÅL MED SAGEN

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) vedtog i juni 2020 et pejlemærke om styrket lægebetjening i kommunerne i forbindelse med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom". Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) præsenteres for status på arbejdet med henblik at drøfte samt godkende status forud for fremlæggelse i SKU.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender status for arbejdet med pejlemærket 'Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes'.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Som led i arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområde "Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom" besluttede SKU bl.a., at der skulle arbejdes med følgende pejlemærke: 'Samarbejdet om lægebetjeningen af borgere i kommunerne skal styrkes'.

Formålet med pejlemærket om styrket lægebetjening er at understøtte en udvikling hvor kommunerne - gennem lettere adgang til lægebetjening til konkrete borgere - får flere handlemuligheder, således at flere indlæggelser kan forebygges og mere behandling kan foregå i eller tæt på borgerens hjem, når det er relevant og ønsket.

Arbejdet med indsatsen er forankret i samordningsudvalgene, som drøfter erfaringer i forhold til aftaler vedrørende lægebetjening (samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner og aftale om opfølgende hjemmebesøg) og muligheder for bedre udnyttelse af eksisterende tilbud.

Derudover handler pejlemærket også om afdækning af behovet for mere eller ændret lægebetjening af borgerne i kommunerne. I den forbindelse har muligheder for at fastholde det lægelige behandlingsansvar på hospitalet i en periode efter udskrivelsen for udvalgte målgrupper været drøftet i forskellige fora.

Status

Erfaringer med eksisterende ordninger

Der opleves generelt en god tilslutning til ordningerne, der blev indgået i slutningen af 2019. Nogen steder opleves en variation i hvor meget ordningerne bruges blandt de praktiserende læger og af hospitaler.

I aftalen om kommunale akutfunktioner er opnået gode erfaringer med, at kommunale sygeplejersker udfører en række opgaver i borgerens hjem, hvor behandlingsansvaret er placeret hos den henvisende enhed. Når patienter henvises fra hospitalet til de kommunale akutfunktioner, fortsætter hospitalsbehandlingen og dermed også hospitalets behandlingsansvar efter udskrivelse fra hospitalet.

Model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling

Muligheden for at fastholde det lægelige behandlingsansvar på hospitalet i en periode efter udskrivelsen for udvalgte målgrupper bliver nu konkretiseret i 'model for behandlingsansvar på 72 timer efter hospitalsbehandling'. Modellen er udviklet på baggrund af Region Hovedstadens oplæg 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen', og målsætningen om, at borgere skal opleve mere tryghed før og efter hospitalsbehandling.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte modellen på udvalgets møde 5. november 2021. Udvidet behandlingsansvar i 72 timer efter endt hospitalsbehandling defineres ved, at den udskrivende afdeling påtager sig at håndtere de henvendelser, som sundhedsprofessionelle i kommune, almen praksis og Akuttelefonen 1813 måtte have efter aktuel udskrivelse af en patient fra hospitalet.

Modellen understøtter, at der er relevant viden hos kommunale fagpersoner hjemme hos eller tættere på borgeren. Derved har modellen potentiale for at mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser. Med adgang til udvidet lægekontakt på hospitalet og mulighed for at tilvejebringe diagnostik på stedet vil akutte indlæggelser i en række tilfælde kunne forebygges.

Forberedelserne til at implementere modellen fra 1. februar 2022 er netop sat i gang. Implementering af denne model samt aftale om IV i hjemmet vil blive to store arbejdsopgaver for samordningsudvalgene i en længere periode.

Udekørende funktioner og behandlingsansvar på kommunale døgnpladser

Alle samordningsudvalgene arbejder desuden med at understøtte gode udskrivningsforløb for at borgerne kan opleve en tryk og sikker overgang i forbindelse med udskrivelse fra hospital, hvor der også arbejdes med et udvidet regionalt behandlingsansvar på flere måder, fx i udekørende funktioner. Blandt andet i forbindelse med signaturindsatsen 'Regional varetagelse af behandlingsansvar i på kommunale døgnpladser' i samordningsudvalg Byen og signaturindsatsen 'Tværsektorielt Udekørende Team' i samordningsudvalg Nord. I begge indsatser bevæger regionalt personale sig ud til borgerne på midlertidige kommunale pladser for at undgå, at borgerne indlægges unødigt.

VIDERE PROCES

Status fremlægges for SKU til orientering på udvalgets møde i december. Det foreslås, at der fremlægges en ny status for SKU medio 2022 med fokus på arbejdet med modellen for 72 timer.

BILAGSFORTEGNELSE

1. 01.07.2020 Pejlemærkebeskrivelse - Lægebetjening af borgere i kommunerne_godkendt

7. EVENTUELT

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager eventuelle orienteringer til efterretning.

KONKLUSION

8. ORIENTERING: PROBLEMSTILLINGER VEDR. GLUKOSEMÅLERE

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler behandlede i april 2021 en henvendelse fra flere kommuner om udfordringer i forbindelse med kommunernes behandling af ansøgninger om sensorbaserede glukosemålere fx Free Style Libre som varigt hjælpemiddel. Udfordringerne fylder meget både for patienterne, kommunerne og hospitalerne. Der er tale om en kompliceret national problemstilling med mange forskellige interesser, som udspringer af den teknologiske udvikling, der giver mulighed for at tilbyde patienter med diabetes en mulighed for et behandlingsredskab/hjælpemiddel, der er enkelt at benytte og som kan træde i stedet for at skulle prikke sig i fingeren op til 10 gange om dagen.

Hverken Tværasektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler eller TSS kan løse problemstillingen, men samarbejdsforum ønsker hermed at orientere Tværasektoriel strategisk styregruppe.

INDSTILLING

- at Tværasektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Sensorbaseret glukosemåling bruges til patienter med diabetes og er med til at understøtte et stabilt blodsukker samt at forebygge følgesygdomme og øge trygheden og livskvaliteten. Sensoren er bekvem, enkel og nem at anvende.

Nogle patienter med diabetes får i hht. national retningslinje tilbudt en Free Style Libre i forbindelse med behandlingen på hospitalet. Når borgeren er behandlet ned i stabilt leje, skal remedier til blodsukkermålingen overgå til et varigt hjælpemiddel, som skal søges i kommunen. De fleste patienter, der på hospitalet har fået en Free Style Libre, ønsker at få mulighed for at kunne fortsætte med den sensorbaserede glukosemåling. Hospitalet dokumenterer samtidigt, at der ikke er indikation for glukosemåler som behandlingsredskab.

Glukosemåleren overgår derefter til at blive et hjælpemiddel efter serviceloven. Det er kommunen, der vurderer hvilket hjælpemiddel/hvilket produkt, der bedst og billigst kan afhjælpe funktionsnedsættelsen.

Kommunerne oplever, at hospitalerne sender patienterne videre til kommunen uden at orientere patienterne om de rammer omkring hjælpemidler, som kommunen har mulighed for at bevillige en glukosemåler indenfor. Dette resulterer ofte i skuffede og frustrerede patienter, når de oplever, at kommunen giver afslag på deres ansøgning om en Free Style Libre.

Kommunerne ønsker, at hospitalerne vejleder patienterne i, at udlevering af en sensorbaseret glukosemåler under behandling på hospitalet godt kan betyde, at de skal vende tilbage til de ordinære test -og injektionsmaterialer, når behandlingen er stabiliseret og blodsukkermålingen overgår til et varigt hjælpemiddel.

Nationale aktører

Ankestyrelsen har udarbejdet en principafgørelse 30-17. Afgørelsen giver dog ikke tilstrækkelig hjælp, da den ikke entydigt peger på en klar skelnen mellem behandlingsredskab og hjælpemiddel.

KL's hjælpemiddelgruppe vil bede om en præcisering af principafgørelse 30-17 ved deres møde med Det Rådgivende Praksisudvalg under Ankestyrelsen.

Diabetesforeningen er meget opmærksom på problemstillingen. De mener, at alle med diabetes skal have adgang til det rette diabetesudstyr med udgangspunkt i den enkeltes behov. Udbuddet af diabetesteknologi er i vækst, og tilsvarende er interessen fra både patienter, pårørende og behandlere stigende, hvilket er drevet af ønsket om at lette hverdagen med diabetes samt at opnå en bedre blodsukkerregulering.

Diabetesforeningen har i september 2020 opfordret til at gøre glukosesensorerne til standard for alle, der er afhængige af insulin. De opfordrer politikerne til at investere i en moderne diabetes behandling.

Danske Regioner er opmærksomme på problematikken, og man afventer evalueringen af de fælles nationale retningslinjer og tildelingskriterier, som forventes klar i foråret 2022.

Regeringen har i brev til formanden for KL's sundheds- og ældreudvalg, rådmand Jette Skive fra Aarhus Kommune sidste år oplyst, at de ønsker at se på, om man kan tydeliggøre reglerne vedrørende afgrænsningen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler generelt set.

Økonomi- og lovbetragtninger

Sensorbaserede glukosemålere er dyrere end de ordinære test og injektionsmaterialer. Det vil betyde en noget højere udgift lige her og nu, som vil presse både de regionale og de kommunale budgetter. På den lange bane, set i et samfundsmæssigt perspektiv, kan det dog betyde færre udgifter til behandling af følgesygdomme og til overførselsindkomster. Ligesom også de menneskelige fordele ved brugen af det sensorbaserede udstyr må tages i betragtning.

Kommunerne er bundet af bestemmelserne i serviceloven og ankestyrelsens principafgørelser, som tvinger dem til en stram fortolkning for at kunne leve op til de økonomiske rammer.

Hospitalerne skal operere indenfor de nationale retningslinjer for tildeling af sensorbaserede glukosemålere som også udfordres af stramme økonomiske rammer i de centrale puljer.

Patienterne kommer i klemme

Flere af de patienter, der efter en periode med brug af sensorbaserede glukosemålere i behandlingssammenhæng skal overgå til et varigt hjælpemiddel i kommunerne og dermed skal skifte til de ordinære test- og injektionsmaterialer, er rigtig utilfredse med denne situation.

Som en løsning ønsker de selv at kunne indkøbe den sensorbaserede glukosemåler. Dette er imidlertid ikke muligt herhjemme, hvorfor nogle vælger at indkøbe dyrt sensorbaseret udstyr over nettet.

Hvem kan løse udfordringerne?

Problemstillingen kan ikke løses i samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Der er tale om en kompliceret national problemstilling med mange forskellige interesser, som udspringer af en teknologisk udvikling, der giver mulighed for at tilbyde patienter med diabetes en mulighed for et

behandlingsredskab/hjælpemiddel, der er enkelt at benytte og som kan træde i stedet for at skulle prikke sig i fingeren op til 10 gange om dagen.

Samarbejdsforum fremsender derfor orienteringen til TSS. Vedlagt baggrundsnotat, som er udarbejdet af sekretariatet for samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler.

VIDERE PROCES

-

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Notat Flash glukosemåler 201021

9. ORIENTERING: STATUS COVID-19

FORMÅL MED SAGEN

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

INDSTILLING

- at Tværasektoriel strategisk styregruppe tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Testområdet

Fredag den 12. november udmeldte Styrelsen for Forsyningssikkerhed, at regionerne skal øge PCR-testkapaciteten til 170.000 daglige tests. Det svarer til knap 63.000 daglige tests i Region Hovedstaden. Regionen er ved at opskalere bemanningen på såvel faste teststeder og lokale satellitter i kommunerne, samt udekørende testfunktioner i forhold til udbrudshåndtering.

Regeringen har derudover besluttet, at hurtigtest skal genindføres. Copenhagen Medical har på den baggrund, i samarbejde med kommunerne og regionen, etableret hurtigtesttilbud i alle 29 kommuner. Den 12. november udmeldte Styrelsen for Forsyningssikkerhed, at de private leverandører med et 14. dages varsel skal kunne levere 200.000 daglige hurtigtest. Det svarer til 74.000 daglige test i Region Hovedstaden. Regionen, kommunerne og Copenhagen Medical er i dialog om udvidelse af de eksisterende testtilbud og evt. etablering af ekstra testtilbud i de kommuner, hvor der ud fra hensyn til geografisk dækning er behov herfor.

Aftalen om systematisk test blev videreført ved aftale af 22. september 2021. Ordningen følges løbende og vil blive revurderet inden udgangen af 2021. Der kom et tillæg til aftalen den 2. november 2021 omhandlende den gruppe af personalet, som muligvis ikke er på arbejde i de fastlagte tidsrum for PCR-test. Det betyder, at kommunerne og de private aktører, herunder de selvejende og private plejehjem og hjemmeplejefirmaer, etablerer et setup, hvor der er antigen-selvtest til rådighed på alle plejehjem og i hjemmeplejen for de medarbejdere, der ikke har mulighed for at følge opfordringerne om PCR-test.

Vaccinationsområdet

Generelt om vaccinationsdækning

Pr. 16. november har 90 % af borger over 12 år i Region Hovedstaden minimum fået første vaccination mod COVID-19, mens 89 % er færdigvaccineret. Der er dog stor forskel på tilslutningen i de enkelte målgrupper. I de ældste befolkningsgrupper, samt blandt personale i sundheds- og omsorgssektoren er der en meget høj tilslutning til vaccinationen. Dette gælder både 1. og 2. vaccination. For borgere under 50 år, ses fortsat en lavere tilslutning. Dette gælder særligt de unge og børn i alderen 12-15 år, men der ses nu en stigning, så det nu er 68 % af de 12-15 årige, der har påbegyndt vaccination mod COVID-19. Samlet overblik over målgrupperne er vedlagt som bilag.

3. vaccination

3. vaccination af en række grupper, bl.a. plejehjemsbeboere, ældre og sundhedsfagligt personale er

kommet rigtig langt på baggrund af en fælles indsats, hvor der samarbejdes om lokale pop up vaccinationer, timeslots og hjemmevaccination, og kommunerne har nu fået cpr. lister mhp. telefonisk opfølgning på de borgere, der ikke har reageret på invitationen.

Status for regionen er, at 96% af plejehjemsbeboerne er revaccineret, 85% af patienter med stærkt nedsat immunforsvar er revaccineret eller har booket tid til revaccination og 78% af borgerne på 85 + er revaccineret eller har booket tid til revaccination.

SST følger behovet for revaccination af raske borgere under 65 år, herunder intervallet mellem 2. og 3. vaccination. Fra uge 47 inviteres man til 3. vaccination efter 6 måneder fra 2. vaccination, i stedet for efter 6 ½ måned. Det vil betyde, at ekstra mange inviteres i uge 47 og uge 48.

Den brede revaccination betyder, at der er kommet et ekstra pres på kapaciteten på de forskellige vaccinationssteder, ikke mindst fordi de største vaccinationscentre er lukket. Da der stadig er områder, hvor en del borgere ikke er vaccineret, arbejdes der på at få etableret følgende struktur:

- 9-10 regionale vaccinationscentre (med tidsbestilling, kommunale timeslots og drop-in for alle borgere): Hillerød, Bornholm, Høje Taastrup, Valby, Vingelodden, Helsingør (uge 45), Skovlunde (uge 46) og Amager (uge 47).
- Små faste vaccinationstilbud i en række kommunerne (med tidsbestilling + kommunale timeslots)
- Enkelte fremskudte vaccinationstilbud (med drop-in) i særlige områder med fokus på 1. vaccinationer.

Vaccination på botilbud

Ift. botilbud, så er kommunerne informeret om, at de botilbud, som har fået et udekørende vaccinationstilbud tidligere, og hvor det fortsat vurderes relevant, tilbydes et udekørende vaccinationstilbud igen.

Botilbuddene vil blive tilbudt vaccination i samme rækkefølge som ved 1. (og 2. stik), og datoerne er aftalt for de første botilbud.

VIDERE PROCES

TSS orienteres om ny status på næste møde.

BILAGSFORTEGNELSE

@1. Vaccinationstilslutningen 16. november 2021

Data

Kongens Vænge 2,
3400 Hillerød

NOTAT

Til: Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS)

Opgang Blok C
Afsnit Stuen
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 59 37
Web www.regionh.dk

Ref: Anne Louise F. Reynheim

Dato: 5. november 2021

Nyt forløbsprogram for ryglidelser – vurdering af patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Resumé

Der er udviklet et nyt forløbsprogram for ryglidelser, som Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) drøftede 13. november 2020. Tværsektoriel strategisk styregruppe besluttede at afdække de økonomiske konsekvenser af implementering af nyt forløbsprogram for ryglidelser, inden programmet sendes i høring, og på denne baggrund blev der nedsat en arbejdsgruppe i regi af Tværsektorielt samarbejdsforum for data om aktivitet og økonomi. Notatet her er resultatet af dette arbejde.

Arbejdsgruppen har haft til opgave at beregne den forventede fremtidige patientvolumen og de økonomiske konsekvenser af implementering af det nye forløbsprogram. I det nye forløbsprogram er der to væsentlige ændringer i målgruppen, som forventes at have betydning for den fremtidige patientvolumen:

- I det nuværende rygforløbsprogram er målgruppen mennesker med ny-opståede lænderygsmærter. I det nye forløbsprogram er målgruppen mennesker med smerter i mere end 4 uger. Denne ændring i målgruppen er besluttet i Den Administrative Styregruppe i forbindelse med beslutningen om at udarbejde et nyt forløbsprogram på baggrund af evalueringerne af det nuværende forløbsprogram og fremgår af kommissoriet for arbejdet med et nyt forløbsprogram.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -2 af 16

- I det nye forløbsprogram foreslås det, at målgruppen udvides til at omfatte mennesker med smerter i lænderyg, 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 har behov for den koordinerede tværsektorielle indsats, som forløbsprogrammet giver mulighed for.

Hvis det besluttes, at målgruppen for det nye forløbsprogram skal reduceres til kun at omfatte borgere med smerter i lænderyggen, vil det kun indebære få rettelser i forløbsprogrammet. Det skyldes, at forløbsprogrammet fokuserer på tværsektoriel kommunikation og samarbejde, og det indhold vil være uændret, uanset hvordan målgruppen afgrænses.

Arbejdsgruppens altovervejende konklusion er, at det har vist sig meget vanskeligt at estimere den forventede fremtidige patientvolumen og ikke mindst de økonomiske konsekvenser ved udvidelse af målgruppen ud fra det datagrundlag, der er tilgængeligt.

I notatet beskrives arbejdsgruppens fremgangsmåde og forbehold ved de forskellige datakilder, der er benyttet til at belyse området. Der er begrænsede muligheder for data på området. De forskellige datakilder viser store forskelle i estimeret fremtidig patientvolumen, hvilket gør det vanskeligt at konkludere klart.

Henvisninger til kommunerne sker på forskellig vis, hvor hovedparten af patienter til forløbsprogrammet kommer fra almen praksis. Visitationen kan være forskellig afhængig af, hvordan den enkelte kommune har organiseret sig ift. differentieringen mellem almen genoptræning og forløbsprogram, ligesom det skal bemærkes, at nogle kommuner i dag har et udvidet program ift. det nuværende og fx allerede inkl. patienter med længerevarende smerter.

Det har været en stor udfordring særligt at finde data for de patienter, der i dag ikke deltager i rehabiliterende tilbud i kommunen.

Dertil er det meget svært at adskille ændringer i den fremtidige patientvolumen som følge af henholdsvis, 1) at målgruppen i det nye forløbsprogram er mennesker med længerevarende smerter mod nyopståede smerter i det nuværende forløbsprogram, og 2) udvidelsen af målgruppen med flere diagnoser (brystryg og nakke).

Estimat af nuværende patientvolumen via henvisninger til kommunens rehabiliteringstilbud (xREF15 og REF01)

Arbejdsgruppen har undersøgt muligheden for at anvende data fra MedComs statistikbank på henvisningerne xREF15 og REF01 for at finde et udgangspunkt for, hvor mange der i dag (og historisk) har været henvist til forløbsprogrammet. Det har ikke været muligt at anvende disse kilder,

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -3 af 16

bl.a. fordi det ikke er muligt entydigt at opgøre, om henvisninger har vedrørt ryglidelser eller andre kroniske sygdomme.

Estimat af fremtidig patientvolumen ved udvidelse af diagnosekriterie

Når der ses på data på unikke patienter med hospitalskontakt for hhv. den nuværende og den fremtidige målgruppe fra Landspatientregistreret (LPR), når vi overordnet frem til en estimeret stigning på 70% i patientpopulationen ved inkl. af brystryk og nakke.

Der skal tages højde for, at dette udelukkende er baseret på hospitalsdata, hvor det bemærkes, at hovedparten af henvisninger til forløbsprogrammet historisk er kommet fra almen praksis, hvorfor estimatet er forbundet med stor usikkerhed. Da de fleste patienter med nyopståede smerter ikke henvises til hospitalet, er denne udvikling alene et udtryk for udvidelsen af patientgruppen på hospitalet ved inklusion af nye diagnosekoder.

Muligheden for at anvende data på almene genoptræningsplaner på hospitalskontakter blev også undersøgt, men arbejdsgruppen vurderede, at det ikke meningsfuldt kunne tolkes.

Estimat af nuværende og fremtidig patientvolumen på grundlag af kommunale data

I Københavns kommune har man frem til 2020 haft et tilbud i Rygcentret, der har været mere omfattende, end det var beskrevet i det nuværende forløbsprogram for ryglidelser, med lægefaglig og kiropraktisk udredning og et tværfagligt behandlings- og genoptræningstilbud med adgang til både kiropraktor, socialrådgiver og fysioterapeut. Målgruppen for dette tidligere tilbud var mere lig den målgruppe, som foreslås i det nye forløbsprogram for ryglidelser, omend ikke identisk, hvor målgruppen omfattede både 1) længere smertevarighed og 2) udvidet diagnosekriterier for nakke (*ikke brystryk*).

Data fra Københavns Kommune anvendes til at give et groft estimat på den samlede patientpopulation i Region Hovedstadens kommuner ved et udvidet program, men effekten af smertevarighed og diagnosekriterie kan ikke adskilles. Her ses samlet på forløbsprogrammet (§119) og genoptræning for ikke-opererede (§140), da det forventes, at nogle genoptræninger for ikke-opererede vil falde ind under det nye forløbsprogram. Her estimeres en forventet stigning på mellem 129-138%.

Estimatet på grundlag af data fra Københavns Kommune bygger på en lang række antagelser og tager ikke højde for alle forskelle mellem det tidligere tilbud i København og det nye forløbsprogram.

Hvorvidt resultaterne fra Københavns Kommune kan anses som repræsentative for øvrige kommuner i hovedstadsregionen belyses ved at beregne en forventet patientpopulation i de nuværende tilbud i hhv. Vestegnssamarbejdet med base i Brøndby Kommune samt i Helsingør Kommune. Her

ses ikke overensstemmelse mellem forventet antal borgere i forløbsprogrammet (§119) og genoptræning for ikke-opererede (§140) i Vestegns-samarbejdet, hvor estimatet er 47% lavere end det faktisk gennemførte antal rehabiliteringsforløb. Helsingør Kommunes opgørelser vedrører udelukkende forløbsprogrammet (§119), og her ses en bedre overensstemmelse ift. forventede antal borgere i programmet, om end man her har sammenlignet med 2019 data på baggrund af COVID-19 påvirkning på antallet af borgere i programmerne i 2020 og 2021. Dette viser, at der er mange usikkerheder i estimerne, og det vurderes at data på området er svært anvendeligt.

Introduktion

Målgruppen i det tidligere forløbsprogram fra 2012 er borgere med nyopståede smerter (under fire uger) i lænderyggen. Evalueringen af det tidligere forløbsprogram peger på, at det fortrinsvis er patienter med længerevarende rygsmerter, der henvises. Det skyldes formentlig, at de sundhedsprofessionelle oplever, at det er denne målgruppe, der har gavn af tilbudene i forløbsprogrammet.

Det tidligere DAS (Den administrative styregruppe) godkendte i september 2018 kommissoriet for udvikling af et nyt forløbsprogram på området. Af kommissoriet fremgår, at patientgruppen i det nye forløbsprogram skal være borgere, der har haft symptomer gennem fire uger eller mere, og som har behov for en koordineret tværsektoriel indsats.

Undervejs i arbejdet med at udvikle det nye forløbsprogram har det været et ønske fra de sundhedsprofessionelle, der har deltaget, at patientgruppen i det nye forløbsprogram skulle omfatte borgere med smerter i lænderyg, brystryg og nakke og/eller udstrålende symptomer i arme eller ben pga. diskusprolaps eller spinalstenose i nakke eller lænderyg. De sundhedsprofessionelle på området vurderer, at denne gruppe har behov for den koordinerede tværsektorielle indsats, som forløbsprogrammet giver mulighed for.

Der er altså i det nye forløbsprogram lagt op til to ændringer i målgruppen i forhold til det tidligere program, hvor den ene ændring følger af kommissoriet, og den anden er et fagligt funderet ønske fra de sundhedsprofessionelle, der har medvirket i udviklingen af det nye forløbsprogram.

Forslaget om, at målgruppen i det nye forløbsprogram skal omfatte borgere med smerter i lænderyg, brystryg og nakke fremfor kun i lænderyggen, kan TSS som en del af behandlingen af det nye forløbsprogram beslutte ikke at godkende. Det vil ikke have betydning for indholdet af for-

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -5 af 16

løbsprogrammet, men udelukkende for hvilke borgere indholdet er gældende for. En sådan beslutning vil kun indebære få rettelser i forløbsprogrammet.

Patientvolumen

Patientgruppen bliver henvist til forløbsprogrammer (§119) i kommunerne fra flere steder:

- Almen praksis
- Hospitaler
- Privatpraktiserende speciallæger

I arbejdsgruppen vurderes det, at langt hovedparten af henvisninger til forløbsprogrammet for ryglidelser i dag kommer fra almen praksis (op mod 90%), mens de færreste henvisninger i dag kommer fra privatpraktiserende speciallæger og hospitalerne.

Patienter til det eksisterende forløbsprogram bør alle henvises med den i 2019 introducerede MedCom-henvisningsstandard xREF15. Nogle kommer dog fortsat i forløbsprogram gennem den gamle henvisningstype REF01, mens en del også kommer til kommunerne via genoptræningsplaner til almen genoptræning (GOP) fra hospitalerne. Kommer henvisningerne direkte fra andre tilbud i kommunerne registreres det ikke på samme vis. De enkelte henvisningstyper er ikke specifikke, hvorfor det ikke er entydigt, om henvisningerne er til forløbsprogram for ryglidelser eller andet kommunalt tilbud, fx for en anden sygdom, ligesom genoptræningsplaner også kan være for andet end ryglidelser.

I arbejdsgruppen er det blevet klart, at arbejdsgangen ift. henvisningerne kan være forskellig fra kommune til kommune, bl.a. ift. hvor skarp opdelingen er mellem genoptræning (§140) og forløbsprogram (§119), herunder om man i nogle tilfælde visiterer en patient med en genoptræningsplan fra hospitalet til forløbsprogrammet.

Målgruppen kan altså være meget svær at identificere, men det bedste bud på at finde den nuværende patientgruppe, som får tilbudt forløbsprogrammet for ryglidelser, ligger formentlig i kommunernes egne data over gennemførte forløb.

At identificere den fremtidige patientgruppe, som forventes at blive dækket af det nye forløbsprogram er sværere. Der findes ikke registreringer for varigheden af rygsmerter, og en del af den målgruppe, som forløbsprogrammet fremadrettet skal dække, vil på nuværende tidspunkt blive fulgt hos almen praksis, praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og speciallæger, hvor det er vanskeligt at få data.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -6 af 16

Det skal hertil i øvrigt bemærkes, at forløbsprogrammet kan anses som et minimumskrav for, hvad kommunerne skal tilbyde patienter med ryglidelser. I nogle kommuner kan man således have mere omfattende programmer end det, der er aftalt i det nuværende forløbsprogram.

Overordnet skal det i øvrigt bemærkes, at der kan være nogle udfordringer i datakilder på forskellige tidspunkter. 2020 og 2021 har som bekendt været påvirket af COVID-19, og mange steder har man oplevet færre henvisninger end normalt. Data fra Landspatientregistreret (LPR), dvs. hospitalsdata, er påvirket i 2019 af overgangen fra LPR2 til LPR3 i første kvartal.

Ovenstående betyder samlet set, at der ikke er en entydig løsning på at trække data på dette område, for at estimere patientvolumen af det nuværende forløbsprogram og det nye forløbsprogram. Ydermere er det i flere datakilder meget vanskeligt at adskille betydningen af ændringerne i hhv. tidspunkt for henvisning i sygdomsforløbet og inklusionen af lidelser i brystryk og nakke. Arbejdsgruppen har undersøgt forskellige muligheder, der samlet set kan belyse området. Dette arbejde, herunder særlige forbehold ved datagrundlag og metode, beskrives nedenfor.

Estimat af nuværende patientvolumen - xREF15 og REF01 fra praksis og hospitaler

Arbejdsgruppen har undersøgt mulighederne for at se på antallet af henvisninger til kommunerne, som et udgangspunkt for at vurdere patientvolumen hidtil. Regionen har forsøgt at trække data fra MedCom statistikbank, hvor der kan ses et samlet antal henvisninger til kommunen fra hhv. almen praksis og fra hospitalerne.

Forventningen var, at man kunne anvende pakkelabel fra den dynamiske henvisning til at differentiere henvisningerne fra praksisområdet, således man kunne se på antallet af henvisninger alene til rygforløbsprogrammet. Dette har desværre ikke været muligt, da MedCom ikke har mulighed for at lave denne differentiering. Vi er dog oplyst, at der arbejdes med en ny version af henvisningsstandarden til kommunal forebyggelse, hvor det på sigt bliver muligt.

Samtidig er det undersøgt, om man kunne anvende henvisende afdelinger på hospitalet til at differentiere henvisningerne fra hospitalerne. Det er muligt at udtrække afdelinger, men der er meget stor usikkerhed forbundet med denne metode, da det ikke er entydigt hvilke afdelinger, der sender henvisninger til rygforløbsprogrammet, og da de samtidig kan sende henvisninger til andre forløbsprogrammer eller forebyggelsesindsatser via samme type henvisning.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -7 af 16

På denne baggrund kan vi ikke komme antallet til rygforløbsprogrammerne nærmere ved at se på xREF15 og REF01.

Arbejdsgruppen har desuden set på om data kunne anvendes ift. at vurdere, om der skulle tages højde for en COVID-19 effekt i 2020, da der var en forventning om, at antallet af henvisninger generelt har været lavere pga. COVID-19. Dette skulle anvendes ifm. vurdering af henvisninger til Københavns Kommunes rygcenter. I den forbindelse er det dog blevet klart, at statistikbanken hos MedCom er fejlbehæftet. Det er bl.a. udfordringer med, at der i 2019 manglede samtlige henvisninger fra afsendersystemet EG klinikker, som en del praktiserende læger anvender. COVID-19 effekt ses dog ikke entydigt som en nedgang i henvisninger, hvis man tager udgangspunkt i data fra Vestegnssamarbejdet, hvor dette ikke er set (se afsnittet **Estimat af det nuværende og nye patientvolumen** - forløb i andre kommuner).

Konklusionen er derfor, at data på xREF15 og REF01 fra MedCom statistikbank ikke kan anvendes til belysning af området.

Estimat af det nye patientvolumen, inkl. af brystryg og nakke - hospitalskontakter med forløbsprogrammets diagnosekoder

Diagnosekoder på kontakter på hospitalerne kan bidrage til en vurdering af den forventede stigning ved inklusion af den nye målgruppe med smerter i brystryg og nakke i forløbsprogrammet. I det nye og gamle program indgår forskellige diagnoser¹, og antager man at andelen af patienter, som får tilbud om forløbsprogram er den samme som andelen af patienter på hospitalet med de givne diagnosekoder, kan den forventede stigning estimeres.

I LPR-data fra hospitalerne, kan unikke patienter med kontakter med de forskellige diagnoser findes. Nedenstående tabel viser antallet af unikke patienter, der har haft mindst én kontakt med en diagnose, der falder ind under forløbsprogrammerne. Heraf fremgår en stigning på 70% i antallet af patienter ved udvidelse af diagnosekriteriet. Opgørelsesperioden er 2. halvår 2019, da dette hverken er påvirket af overgang til LPR3 eller COVID-19.

¹ **Det gamle program** indeholder følgende diagnoser inkl. evt. underkoder: DM533, DM545, DM533B, DM539, DM482, DM485B, DM513A, DS336A, DM431, DM478E, DM480, DM543, DM544, DM511F, DG550, DG551, DG552, DG553, DG558, DM471, DM472, DM510, DM511, DM512, DM514 (Bilag 4 i dette [https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloebprogram-for-laende-ryg/Forloebprogrammet for lænde-ryg.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloebprogram-for-laende-ryg/Forloebprogrammet%20for%20laende-ryg.pdf)) (BEMÆRK der er ikke angivet ICD10 koder på gruppe 3, hvorfor disse ikke er medtaget). **Det nye program** indeholder følgende diagnoser inkl. underkoder: DM42, DM43, DM47, DM48, DM50, DM51, DM53, DM54, DM99, DS13.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -8 af 16

Tabel 1 Unikke patienter, der har haft mindst én hospitalskontakt med diagnoserne for hhv. det nye og gamle forløbsprogram. Opgørelsen er baseret på 2. halvår 2019, som hverken er påvirket af overgangen til LPR3 indberetning eller COVID-19.

	Unikke patienter
Gamle diagnoser (lænderyg)	9.286
Nye diagnoser (lænderyg, brystryg og nakke)	15.829
Ændring i antal	6.543
Ændring i andel	70%

Det skal bemærkes, at mange patienter i målgruppen for forløbsprogrammerne formentlig ikke har været set på hospitalet, da gruppens vurdering er at hovedparten henvises fra almen praksis. Dette estimat er altså forbundet med stor usikkerhed.

Estimat af det nye patientvolumen, inkl. af brystryg og nakke - genoptræningsplaner fra hospitaler

Arbejdsgruppen har ligeledes undersøgt muligheden for at trække data på genoptræningsplaner, da det er forventet af nogle af de borgere, der i dag kommer ind til kommunerne med en almen genoptræningsplan (§140) i det fremtidige forløbsprogram vil kunne henvises via xREF15 til forløbsprogrammet (§119), da de vil indgå i den nye målgruppe.

Nogle kommuner tilbyder dog allerede i dag et tilbud svarende til forløbsprogrammet til nogle borgere henvist til genoptræning via genoptræningsplaner fra hospitalerne. Det er arbejdsgruppens vurdering, at kommunerne i dag har vidt forskellig praksis på dette område, og det er meget svært at vurdere hvor stor en andel af genoptræningsplaner, der i dag reelt visiteres direkte til rygforløbsprogrammet.

Da (formentlig størstedelen af) borgere der får udarbejdet en genoptræningsplan reelt, både nu med det eksisterende rygforløbsprogram og i det fremtidige rygforløbsprogram, skal modtage almen genoptræning og ikke have et tilbud om forløbsprogram, er det dog meget svært at anvende data på dette område.

Identifikationen af de genoptræningsplaner, der vedr. rygforløbsprogrammet er yderligere ikke entydig, og må baseres på flere antagelser, da der ikke er nogen angivelse af den tilgrundliggende diagnose direkte på genoptræningsplanen, som angiver hvilken sygdom patienten er henvist til genoptræning for fra hospitalet.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -9 af 16

På baggrund af ovenstående overvejelser, der gør data svært at tolke, har arbejdsgruppen valgt ikke at præsentere data for genoptræningsplaner fra hospitalerne.

Estimat af det nuværende og nye patientvolumen, inkl. af længere smertevarighed og nakke - Københavns Kommunes tidligere rygprogram

I Københavns kommune har man frem til 15. februar 2020 haft et tilbud i Rygcentret, der har været mere omfattende, end det var beskrevet i det nuværende forløbsprogram for ryglidelser. Målgruppen for dette tidligere tilbud var mere lig den målgruppe, som foreslås i det nye forløbsprogram for ryglidelser, omend tilbuddet har været langt mere omfattende og hvor bl.a. en delmængde af forløbene også har inkl. udredning, ligesom der har været stort fokus på arbejdstilknytning. Det bemærkes at nakke, men ikke brystryk tidligere har været en del af programmet i København, hvorfor patientgruppen ikke er fuldstændig sammenlignelig med det nye forløbsprogram. Ved at se på hvor mange patienter, der tidligere har opstartet forløb i det udvidede forløbsprogram i Københavns Kommune, kan vi dog give et bud på, hvor mange borgere man kan forvente at henvise til det nye forløbsprogram i kommunerne.

Ved simpelt at se på antallet af borgere i kommunen i forhold til antallet af borgere i regionen, vil vi kunne give et groft estimat for den forventede patientvolumen ved det foreslåede nye forløbsprogram i regionen. Her skal det bemærkes, at vi med denne fremgangsmåde ikke kan tage højde for at befolkningssammensætningen er forskellig på tværs af kommuner, ligesom afstand/adgang til behandlingssted og kendskab til programmet hos almen praksis må forventes at have betydning for hvor mange, der opstarter forløb.

I Københavns Kommune har man en skarp opdeling mellem henvisningstyper, hvor de patienter, der henvises med genoptræningsplaner fra hospitalerne sendes til genoptræningscentrene, mens patienter, der henvises til rygforløbsprogrammet sendes til Rygcenter København.

Det bemærkes igen, at der i flere kommuner vil være nogle af de patienter, der i dag kommer til kommunen via en almen genoptræningsplan, som får tilbudt et forløb svarende til forløbsprogrammet, på trods af at de ikke hører ind under den nuværende målgruppe (fx patienter/borgere med kroniske rygsmerter). Det forventes samtidig at man med det nye forløbsprogram vil flytte nogle af de patienter som ikke er opereret, men som på nuværende tidspunkt henvises til genoptræning via §140, over i forløbsprogrammet. Derfor kan det give mening at se på antallet til forløbsprogram §119 og genoptræning for ikke opererede under §140 samlet.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -10 af 16

I 2019, hvor inklusionskriterierne var mere lig kriterierne i det nye forløbsprogram, havde Københavns Kommune 3.170 forløb under §119. Disse forløb har også inkluderet en grad af udredning, som ikke tilsvarende findes i det nye forløbsprogram. Den andel, der har modtaget udredning estimeres af Københavns Kommune til ca. 22%, ud fra en opgørelse på hvor mange borgere, der har haft kontakt med en læge i forløbet. Forløb med udredning bør fratrækkes ved estimering af en samlet forventet population, hvilket giver 2.790 i 2019 (se Tabel 2).

I 2020, hvor man overgik til det eksisterende rygforløbsprogram, blev der oprettet 888 forløb under §119, mens der i 2021 blev oprettet 344 i første halvår.

Tabel 2 Antallet af forløb gennemført i Københavns Kommune. 2019 har den udvidede målgruppe, der minder om det nye forløbsprogram, hvor der er fratrasket forventede andel udredningspatienter. 2020 har en målgruppe som i det eksisterende rygforløbsprogram.

		2019	2020	2021 (tom. juni)
§119	Forløbsprogram Lænde / ryg	2.790	888	344
§140	Ryg, opereret inkl. nakkeoperationer	379	382	240
	Ryg, ikke opereret	611	598	370
Samlet	§119 + §140, ikke opereret	3.401	1.486	714

Ser man kun på §119 sker der samlet et fald mellem 2019 og 2020 på 68% fra 2.790 til 888. Antager man at 2021 vil holde samme niveau for resten af året som 1. halvår, vil samme udregning give et fald på 75% fra 2.790 til beregnede 688. Omregnet til en stigning fra 888/688 til 2.790, vil stigningen være mellem 214-305%.

Tabel 3 Andel af forløb i rygforløbsprogrammet §119 gennemført i Københavns Kommune. 2019 har den udvidede målgruppe, der minder om det nye forløbsprogram, hvor der er fratrasket forventede andel udredningspatienter. 2020 og 2021 har en målgruppe som i det eksisterende rygforløbsprogram.

* 2021 er for sammenligningsformål angivet beregnet ud fra data på 1. halvår ($344 \cdot 2 = 688$).

Københavns Kommune	2019	2020	2021*
Antal i forløbsprogram §119	2.790	888	688
Folketal, 1. kvartal	623.404	632.340	638.117
Andel af befolkning behandlet	0,45%	0,14%	0,11%
Antal pr. 100.000 behandlet	447	140	108

Ser man på §119 sammen med genoptræning under §140 for de ikke opererede, sker der et fald på 56% fra 3.401 til 1.486 mellem 2019 og 2020,

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -11 af 16

mens faldet fra 2019 til 2021 er 58% fra 3.401 til beregnede 1.428. Omregnet til en stigning fra 1.486/1.428 til 3.401, vil stigningen være mellem 129-138%.

Da de samlede estimater for 2020 og 2021 er meget lig hinanden, dog med en større andel henvist til genoptræning uden operation under §140 i 2021, ser vi i det kommende kun for på forskellen mellem 2019 og 2020 for den samlede aktivitet. I tabellen nedenfor ses antallet og andel af forløb for Københavns Kommune, hvor det ligeledes er opgjort pr. 100.000 borgere².

Tabel 4 Andel af forløb i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede, gennemført i Københavns Kommune. 2019 har den udvidede målgruppe, der minder om det nye forløbsprogram, hvor der er fratrasket forventede andel udredningspatienter. 2020 har en målgruppe som i det eksisterende rygforløbsprogram.

Københavns Kommune	2019	2020
Antal i forløbsprogram §119 + §140 ikke opereret	3.401	1.486
Folketal, 1. kvartal	623.404	632.340
Andel af befolkning behandlet	0,55%	0,24%
Antal pr. 100.000 behandlet	546	235

Ved at anvende den estimerede Københavns Kommunes andel, kan der gives et groft estimat på Regions niveau. Sammenholder man det forventede niveau i dag (235 pr. 100.000 borgere) med befolkningstallet i Region H estimeres, at man i 2020 på regionsniveau samlet har omkring 4.338 forløb under forløbsprogrammet §119 og genoptræning for ikke opererede under §140 (se Tabel 5). Hvis man indførte det nye forløbsprogram estimeres en stigning til 546 pr. 100.000 borgere behandlet. Det vi i 2020 betyde at dette tal vil stige til omkring 10.071 forløb på årsbasis i hele regionen.

Tabel 5 Estimater af antallet af forløb i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede i hele Region H baseret på Københavns Kommunes data. 2020 Gammelt svarer til hvad der kan forventes med det eksisterende program, mens 2020 Nyt svarer til hvad der forventes med den udvidede målgruppe i det nye forløbsprogram.

Region H	2020 Gammelt	2020 Nyt
Antal pr. 100.000 behandlet (KBH)	235	546

² Der er anvendt populationsdata fra Danmarks statistik til dette formål (<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal>).

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser
Bilag 1 - Side -12 af 16

Folketal, 1. kvartal 2020	1.846.023	1.846.023
Forventet antal behandlet	4.338	10.071

Det skal bemærkes at estimerne skal tolkes med forsigtighed, da det er antaget at det tidligere forløbsprogram i Københavns kommune vil være identisk med det nye forløbsprogram, dog korrigeret ift. inklusionen af udredning.

I det tidligere program i Københavns kommune var brystryk ikke inkluderet (men nakke var inkl.), hvilket må forventes at underestimere stigningen. Omvendt var kendskabet til Københavns kommunes tilbud stort blandt almen praksis, med deraf følgende mange henvisninger, og dette forhold kan overestimere stigningen.

Det er arbejdsgruppens indtryk, at Københavns kommune i dag holder sig meget tæt til det eksisterende forløbsprogram og således ikke længere inkluderer borgere med lang smertevarighed. I flere andre kommuner inkluderer de på nuværende tidspunkt også borgere med en smertevarighed over de 4 uger, der er beskrevet i nuværende program. Det kan altså betyde, at beregninger på baggrund af Københavns kommune vil overestimere den forventede stigning for den enkelte kommune.

Samtidig er det uklart, om der kan være en påvirkning af COVID-19 i 2020, som gør at der er sendt færre henvisninger til programmet end der ellers ville have været sendt. Dette er særligt en bekymring, da hovedparten af henvisninger forventes at komme fra almen praksis. Såfremt der er sendt færre henvisninger i 2020, vil vi overestimere den forventende stigning.

Estimat af det nuværende og nye patientvolumen - forløb i andre kommuner

For at kvalificere de estimer ovenfor ift. det nuværende niveau i det eksisterende program, der er baseret på data fra Københavns kommune, kan estimerne opdeles på kommuner baseret på befolkningstal.

I arbejdsgruppen har vi indhentet data fra Vestegnssamarbejdet, som er forankret i Brøndby kommune, hvor man ligesom i Københavns kommune har en skarp opdeling af tilbud og henvisningstyper (hhv. §119 og §140 opereret og ikke-opereret). Derudover har Helsingør kommune også delt data til formålet at kvalificere de forventede nuværende niveauer. Rødovre kommune, som også har været repræsenteret i arbejdsgruppen, har ikke haft mulighed for at indhente oplysninger, grundet overgangen til nyt IT-system i 2019.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -13 af 16

Data fra Vesteregnessamarbejdet (Brøndby, Albertslund og Glostrup Kommuner)

I nedenstående tabel ses estimer for forventet antal i forløbsprogram baseret på Københavns Kommunes data. Heraf fremgår, at man vil forvente, at der i Vestegnssamarbejdet i 2020 vil være omkring 202 patienter behandlet i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede.

Tabel 6 Estimer af antallet af forløb i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede i Vestegnssamarbejdet baseret på Københavns Kommunes data. 2020 Gammelt svarer til hvad der kan forventes med det eksisterende program, mens 2020 Nyt svarer til hvad der forventes med den udvidede målgruppe i det nye forløbsprogram.

Vestegnssamarbejdet	2020 Gammelt	2020 Nyt
Antal pr. 100.000 behandlet (KBH)	235	546
Folketal, 1. kvartal 2020	85.949	85.949
Forventet antal behandlet	202	469

Ud fra data indhentet fra Vestegnssamarbejdet ser dette estimat dog ud til at være for lavt, da man i 2020 har behandlet 296 borgere i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede samlet, således er estimatet 47% for lavt.

Forskellen kan skyldes, at Københavns kommune i dag holder sig mere snævert til kun at inkludere borgere, der har haft en smertevarighed under 4 uger, mens Vestegnssamarbejdet inkl. flere borgere med længere smertevarighed.

Tabel 7 Antallet af forløb gennemført i Vestegnssamarbejdet.

			2017	2018	2019	2020
§119	Forløbsprogram Lænde / ryg	Alle kommuner	168	116	113	110
§140	Ryg, opereret	Brøndby	52	41	52	29
		Glostrup / Albertslund	55	54	48	68
		i alt	107	95	100	97
§140	Ryg, ikke opereret	Brøndby	70	67	78	74
		Glostrup / Albertslund	93	96	89	112
		i alt	163	163	167	186
Samlet	§119 + §140, ikke opereret	I alt	331	279	280	296

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -14 af 16

Det bemærkes, at der i opgørelserne fra Vestegnssamarbejdet ikke ser ud til at være nogen påvirkning af COVID-19 på antallet af forløb i 2020. Om det samme er tilfældet i Københavns Kommune er uklart, da der er sket flere samtidige ændringer mellem 2019 og 2020.

Data fra Helsingør

I nedenstående tabel ses estimater for forventet antal i forløbsprogram baseret på Københavns Kommunes data. Heraf fremgår, at man vil forvente, at der i Helsingør Kommune i 2020 vil være omkring 147 patienter behandlet i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede.

Tabel 8 Estimater af antallet af forløb i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140 for ikke opererede i Helsingør Kommune baseret på Københavns Kommunes data. 2020 Gammelt svarer til hvad der kan forventes med det eksisterende program, mens 2020 Nyt svarer til hvad der forventes med den udvidede målgruppe i det nye forløbsprogram.

Helsingør Kommune	2020 Gammelt	2020 Nyt
Antal pr. 100.000 behandlet (KBH)	235	546
Folketal, 1. kvartal 2020	62.695	62.695
Forventet antal behandlet	147	342

I Helsingør kommune er der en skarp opdeling af patienter behandlet i rygforløbsprogrammet §119 og genoptræning §140, men det har kun været muligt at indhente data på rygforløbsprogrampatienter under §119. Derfor er ovenstående estimater ikke direkte brugbare i sammenligningen med det tilgængelige data for de faktisk gennemførte forløb.

På den baggrund er der lavet en ny beregning, hvor der kun tælles §119. Der var udsving i Københavns Kommune ift. andelen af §119 ift. §140 mellem 2020 og 2021, hvorfor der laves to estimater for, hvor vi ville forvente at det nuværende niveau ville ligge i Helsingør kommune afhængigt af om det er 2021 eller 2020 data, der har været anvendt ved beregningen. Niveaulet forventes med udgangspunkt i dette at ligge mellem 68 og 88 borgere i forløb.

Tabel 9 Estimater af antallet af forløb i rygforløbsprogrammet §119 i Helsingør Kommune baseret på Københavns Kommunes data. 2020 Gammelt svarer til hvad der kan forventes med det eksisterende program ud fra 2020 data fra København, mens 2021 Gammelt svarer til hvad der forventes i det eksisterende

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser

Bilag 1 - Side -15 af 16

program ud fra 2021 data fra København. Nyt 2020 svarer til forventet antal i forløbsprogrammet med det nye forløbsprogram, baseret på data fra København i 2019.

Helsingør Kommune	2020 Gammelt	2021 Gammelt	2020 Nyt
Antal pr. 100.000 i rygforløbsprogrammet §119 (KBH)	140	108	447
Folketal, 1. kvartal 2020	62.695	62.695	62.695
Forventet antal rygforløbsprogrammet §119	88	68	281

I Helsingør kommune er det modsat Vestegnssamarbejdet oplevelsen, at COVID-19 har haft stor betydning for antallet af borgere i forløbsprogrammet i 2020, hvor træningscenteret har haft en reduktion fra 2019 på mere end 50%. 1. halvår af 2021 har også været påvirket, og afdelingen beskriver, at borgerne i foråret selv har udskudt forløbene, da de har afventet vaccination.

Ud fra data indhentet fra Helsingør Kommunes træningscenter sammenlignes derfor med 2019 hvor 75 borgere gennemførte forløbsprogrammet. Dette ser altså ud til at passe meget godt med det forventede niveau mellem 68-88 baseret på Københavns data.

Tabel 10 Antallet af forløb gennemført i Helsingør Kommune.

		2017	2018	2019	2020	1. halvår 2021
§119	Forløbsprogram Lænde / ryg	57	64	75	32	25

Træningscenteret i Helsingør beretter at 90 % af henvisningerne kommer fra praktiserende læger, ca. 5 % fra borgere, der tidligere har været i genoptræningsforløb og ca. 5 % fra andet, herunder Jobcenteret og selvhenvendende.

Økonomiske konsekvenser

På baggrund af de store problemer med at give et entydigt bud på en forventet fremtidig patientvolumen har arbejdsgruppen vurderet, at det ikke giver mening at opgøre de økonomiske konsekvenser. Datagrundlaget for vurderingen er for usikkert til at dette giver yderligere værdi.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Godkendelse af høringsudkast af rygforløbsprogram og afrapportering vedr. fremtidig patientvolumen og økonomiske konsekvenser
Bilag 1 - Side -16 af 16



SUNDHEDSAFTALE 2015 – 2018

Kommissorium for udarbejdelse af Forløbsprogram for lænderyglidelser	25. september 2018
Godkendt: • Arbejdsgruppe vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom den 23. august 2018 • Den Administrative Styregruppe den 21. september 2018	
Bemærkning:	

Baggrund

I marts 2012 godkendte Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden Forløbsprogrammet for lænderyglidelser. Ved godkendelse af programmet blev det aftalt, at forløbsprogrammet skal revideres efter fire år. Evalueringer af forløbsprogrammet med fokus på henholdsvis implementeringen og på patienternes oplevelse af deres forløb er offentliggjort i marts og august 2017.

På baggrund af evalueringerne besluttede Den Administrative Styregruppe efter indstilling fra Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom i februar 2018, at arbejdet med at revidere forløbsprogrammet skulle indledes med en drøftelse af de væsentligste problemstillinger på området, og hvordan de bedst muligt løses, herunder drøftelse af hvorvidt et revideret forløbsprogram er den bedste ramme for løsning af udfordringerne, eller om der i stedet kan peges på andre eller supplerende initiativer. Til det formål blev der nedsat en faglig arbejdsgruppe med reference til Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom. Anbefalingerne fra den faglige arbejdsgruppe udgør en del af grundlaget for det videre arbejde med forløbsprogram for lænderyglidelser, som det er beskrevet nedenfor.

Opgaven – Et forenklet forløbsprogram

- Der skal udarbejdes et nyt forløbsprogram for lænderyglidelser. Jævnfør nedenstående punkter er der i højere grad tale om et nyt forløbsprogram end en revision af det eksisterende. Der skal arbejdes med en ny type forløbsprogram, der både i form og arbejdsproces er forenklet.
- Et nyt forenklet forløbsprogram skal være så kort og overskueligt som overhovedet muligt og skal primært beskrive det tværsektorielle samarbejde, og ikke detaljer om de sundhedsfaglige indsatser. Her henvises til de nationale kliniske retningslinjer og øvrigt relevant materiale. Et nyt forløbsprogram skal have fokus på at sikre gode, sammenhængende forløb for borgerne på tværs af sektorerne.



SUNDHEDSAFTALE 2015 – 2018

- For almen praksis skal et nyt forløbsprogram henvise til de gældende forløbsbeskrivelser, som er det redskab, der fortrinsvis bruges i almen praksis¹. Forløbsbeskrivelserne skal revideres, så de henviser til forløbsprogrammet og indeholder al den information, man har brug for i almen praksis, sådan at man i princippet ikke behøver læse forløbsprogrammet. Det betyder også, at forløbsbeskrivelserne skal indeholde oplysninger om henvisning til kommunale tilbud.
- Et nyt forenklet forløbsprogram skal også være så kort som muligt og henvise til øvrige retningslinjer med henblik på at være lettere og mindre administrativt at holde opdateret.
- Det skal fremgå tydeligt af et nyt forløbsprogram, hvordan det i den forenklede form adskiller sig fra regionens øvrige forløbsprogrammer, og hvilke overvejelser der ligger bag.
- Målgruppen for et nyt forløbsprogram er borgere, der har haft symptomer gennem fire uger eller mere. Som udgangspunkt defineres ingen øvre grænse for, hvor længe man skal have haft symptomer, eller hvor alvorlige de skal være, før man ikke længere er omfattet af forløbsprogrammet. Det vigtigste er, at det er borgere, der skal kunne have udbytte af de tværsektorielle indsatser, især de kommunale tilbud om ex. patientuddannelse, der opleves som det centrale element i forløbsprogrammet (som beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter”). Det betyder, at det som udgangspunkt er et udelukkelseskriterium, hvis man tidligere har haft et kommunalt forløb. Undtagelser kan dog være borgere med ændring i symptomer, ex. udstråling eller andre ændringer i tilstand. Dag 0 bør regnes fra symptomdebut og ikke ved første kontakt, da det varierer hvornår folk henvender sig.
- Som en del af arbejdet med at udvikle et nyt forenklet forløbsprogram for lænderyglidelser skal der arbejdes med implementering som en vigtig del allerede i udviklingsfasen for at sikre en bedre implementering på alle områder.
- Det skal beskrives hvordan det tværsektorielle samarbejde sikres løbende udbygget. Herunder bør indgå forslag til tiltag som kan fremme udvikling/forskning, samt sikre kompetenceudvikling.
- Det skal beskrives, hvordan det sikres, at forløbsprogrammet løbende evalueres.

Grundlaget for et nyt forløbsprogram

Udover ovenstående forudsætninger, skal arbejdet med at udarbejde et nyt forløbsprogram tage udgangspunkt i:

Vejledning til revision af forløbsprogrammer i Region Hovedstaden (2015)

¹ Forløbsbeskrivelser er et centralt værktøj for almen praksis i dagligdagen, og beskriver arbejdsgangen mellem almen praksis og hospitalerne. Ved en forløbsbeskrivelse forstås en afgrænset patientgruppes vej gennem sundheds- og sygehusvæsenet – ideelt set hele forløbet. En forløbsbeskrivelse beskriver et standardpatientforløb og beskriver planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde, information og mål for forløbet. Både opdaterede og nye forløbsbeskrivelser godkendes i de Sundhedsfaglige Råd, hvorefter de sendes i faglig høring hos Medicinfunktionen i Center for Sundhed, Region Hovedstaden. Endeligt godkendes nye forløbsbeskrivelser administrativt blandt direktionerne på hospitalerne, i PLO-H og i Center for Sundhed.



SUNDHEDSAFTALE 2015 – 2018

Nationale anbefalinger

- Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter (2017).
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom (2016).

Kliniske retningslinjer

- Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter (2016).
- Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati) (2016).
- Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for behandling af lumbal spinalstenose (2017).

Som en del af arbejdet skal det afsøges, om der er øvrige nationale og internationale guidelines af relevans for forløbsprogrammet.

Konklusioner og anbefalinger fra evalueringerne

De to evalueringer af forløbsprogrammet med fokus på henholdsvis implementeringen og på patienternes oplevelse af deres forløb indeholder en række anbefalinger. I forbindelse med udarbejdelsen af et nyt forløbsprogram for lænderyglidelser, skal det sikres, at konklusioner og anbefalinger fra evalueringerne indgår i arbejdet, og det skal tilstræbes at finde løsninger på de udfordringer, der beskrives.

Brugerinddragelse

Det er i Sundhedsaftalen 2015-2018 et klart mål, at borgerne skal inddrages i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Siden den første version af forløbsprogrammet er der kommet langt større fokus på brugerinddragelse både i borgerens eget behandlingsforløb, men også i den organisatoriske planlægning af behandling og tilrettelæggelse af indsatser. Der er brugerrepræsentanter i den faglige arbejdsgruppe. Derudover skal det løbende tænkes ind i den videre proces, hvordan brugernes perspektiver kan inddrages.

Organisering

Også i arbejdsprocessen og i organiseringen af arbejdet med et nyt forløbsprogram er der tale om en mere forenklet form. Et nyt forløbsprogram for lænderyglidelser udarbejdes i en projektorganisering, hvor der etableres en projektgruppe bestående af en konsulent fra Region Hovedstaden, Enhed for Tværsektoriel Udvikling og en konsulent fra det kommunale område, udpeget af Det fælleskommunale sundhedssekretariat. Projektgruppen er ansvarlige for udarbejdelsen af et nyt forløbsprogram, herunder for planlægning af processen og for selve skriveopgaven.

Projektgruppen skal involvere formandskabet for den faglige arbejdsgruppe i forhold til det faglige indhold i et nyt forløbsprogram. Den faglige arbejdsgruppe fungerer som referencegruppe. Arbejdsgruppen er sammensat af fagpersoner fra alle tre sektorer, som har et indgående kendskab til arbejdet med forløbsprogrammet og patientgruppen. Formandskabet er tredelt og består af en repræsentant fra almen praksis, en repræsentant fra hospitalssektoren samt en repræsentant fra det kommunale område.

Derudover arbejdes der med ad hoc-involvering af fagpersoner fra enkelte områder.



SUNDHEDSAFTALE 2015 – 2018

Det forventes, at den forenklede organisering af arbejdet vil muliggøre en mere smidig arbejdsproces. Det forudsætter, at der fra både regional og kommunal side afsættes de fornødne ressourcer til projektledelsen, da det primære ressourceforbrug kommer til at ligge her frem for i den faglige arbejdsgruppe.

Procedure for godkendelse

Udkast til et nyt forløbsprogram for lænderyglidelser skal behandles i Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom, som indstiller til godkendelse i Den Administrative Styregruppe.

Tidsplan

Arbejdet forventes igangsat i november 2018 efter udpegning af en kommunal projektleder. Det forventes, at et udkast til et nyt forløbsprogram for lænderyglidelser kan være færdigt i juni 2019.

Alle skal med

Region Hovedstadens
arbejde med det nære
og sammenhængende
sundhedsvæsen

Juni 2021

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

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

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

Værdibaseret sundhed hele vejen

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

Nye hospitaler

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

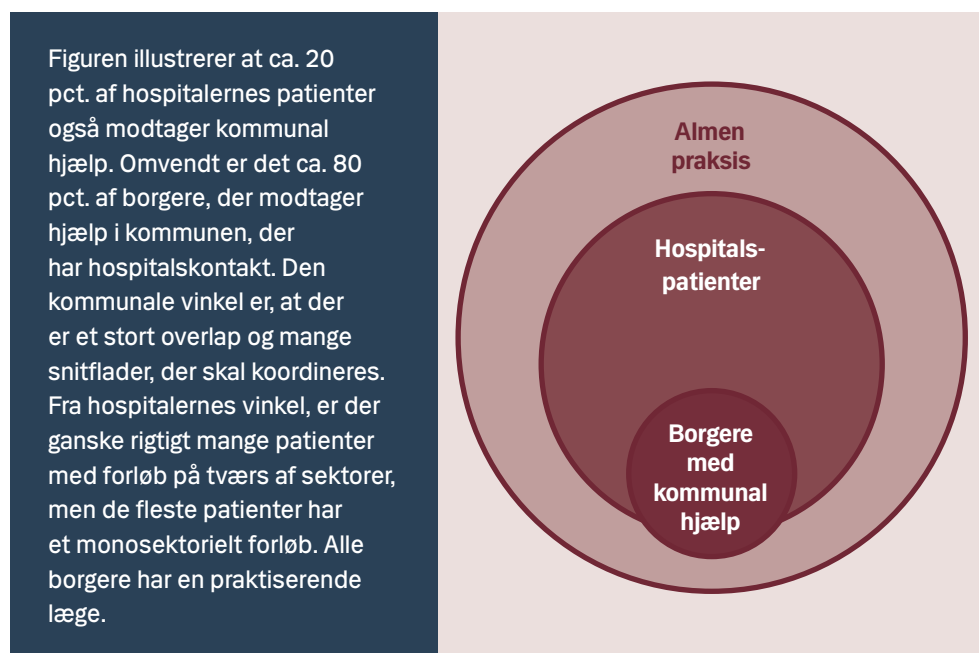
Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -3 af 28

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

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

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



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

Udfordringer som vi skal håndtere

Flere ældre borgere, mere komplekse forløb – og flere børnefamilier

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

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

Nye behandlingsmuligheder og forventninger

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

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

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

Danmarks største region med mange samarbejdspartnere

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
Bilag 1 - Side -5 af 28

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

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

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

6 mål for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

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

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

Sådan
skaber vi
værdi for
borgeren:

Mere
behandling
hjemme

Tryghed
før og efter
hospitalsop-
hold

Lighed i
sundhed

Sådan
kommer
vi i mål:

Adgang
til relevant
viden
og sparring

Kompetencer
og ny viden

Investering
og implemen-
teringskraft

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

Vi skal tilbyde behandling med afsæt i patientens behov og situation

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

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

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

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -8 af 28

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

Behandling hjemme er bl.a. teknologisk understøttet af:

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
Bilag 1 - Side -9 af 28

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

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

Mål 2: Mere tryghed før og efter hospitalsbehandling

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

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

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -11 af 28

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

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

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

Rettidig tværsektoriel kommunikation af høj kvalitet

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

Fra akut til subakut behandling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Høj kvalitet i behandlingstilbud til alle borgere

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -14 af 28

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

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

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

Regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -15 af 28

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

Social ulighed i sundhed

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'
Bilag 1 - Side -16 af 28

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

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

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

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

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

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

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

Tværsektoriel kommunikation og fælles viden

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -18 af 28

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

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

Region Hovedstaden prioriterer digital kommunikation med borgere, kommuner og praksissektor

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

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -19 af 28

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

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

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

Specialistrådgivning og dialog

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

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

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

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

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

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

Mål 5: Flere kompetencer og ny viden

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

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

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

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

Nye kompetencer og patientinddragelse

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

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -22 af 28

Kvalitet og patientsikkerhed

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

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

Patientbehandling på nye måder: Forskning, innovation og nye teknologier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Værdibaseret sundhed og rammestyring er grundlag for omstilling

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -24 af 28

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

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

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

Ledelse, kapacitet og redskaber til omstilling

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

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

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

CIMT skal levere data- og teknologiunderstøttelse.

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

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -25 af 28

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

Tillid, opfølgning og data understøtter implementeringsindsatsen

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

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

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

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

Forandring kræver handling

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

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

Vi starter på egen banehalvdel

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

Kommuner og praksissektor er en del af løsningen

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen'

Bilag 1 - Side -27 af 28

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

Borgernes aftryk

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



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

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

Aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser – 10.05.2021

Denne aftale beskriver hospitalernes behandlingsansvar for patienter udskrevet fra hospitalerne til kommunale midlertidige COVID-19 pladser. Aftalen gælder for de pladser, der fremgår af bilag 1 "Oversigt over kommunale COVID-19 pladser".

Baggrund

Sundhedsstyrelsen har lavet en retningslinje for hvordan kommuner skal håndtere borgere, der er smittet med COVID-19 og udskrives til eget hjem, hjemmepleje, plejebolig, plejehjem, midlertidig plads, botilbud eller anden kommunal hjælp.

I "Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet" beskriver Sundhedsstyrelsen, hvordan regionerne skal planlægge med, at der over en længere periode vil være behov for en fast øget kapacitet til at håndtere patienter med COVID-19 samtidig med, at der skal være ressourcer til at kunne behandle andre patienter på hospitalerne. Kommunerne skal også arbejde mod en gradvis øget aktivitet frem mod normalt niveau, dog fortsat med øget mulighed at bistå hospitalerne med at aftage patienter.

Der er d. 28. april 2020 indgået et forståelsespapir mellem KL og Danske Regioner vedr. patienter der udskrives til kommunale akutpladser, særlige COVID-afsnit, plejehjem og botilbud, hvor der er risiko for smittespredning til andre sårbare grupper. KL og Danske Regioner er enige om, at følgende gør sig gældende i forhold til udskrivning af færdigbehandlede COVID-patienter:

- Hospitalet beholder behandlingsansvaret for patienter, som er påvist COVID-19-smittede, indtil de har været symptomfri i 48 timer.
- Hospitalets behandlingsansvar kan varetages enten ved, at patienterne først udskrives, når de har været symptomfri i 48 timer eller ved, at sygehuset varetager et eventuelt behov for lægeligt tilsyn med patienten i 48 timer efter, at patienten er symptomfri.

Hospitalerne udskriver patienter med COVID-19, når de ikke længere har behov for hospitalsbehandling. De foreløbige erfaringer viser, at en del af disse borgere udskrives til egen bolig herunder plejeboliger. Men nogle vil have behov for mere intensiv kommunal pleje- og/eller støtte.

Kommunerne i Region Hovedstaden har derfor oprettet særlige midlertidige COVID-19 pladser til borgere, der har COVID-19 smitte og behov for kommunal døgnpleje.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Samarbejde om indlagte patienter

Bilag 1 - Side -2 af 4

For at understøtte sundhedspersonalet på de midlertidige COVID-19 pladser i pleje og observation af borgere med COVID-19 er det vigtigt, at kommunen har adgang til behandlingsansvarlig læge, der kan tage stilling til borgerens sundhedsmæssige udfordringer.

Behandlingsansvar for udskrevne patienter med COVID-19 til COVID-19 plads

For patienter der udskrives til plejehjem og botilbud, hvor der er risiko for smittespredning til andre sårbare grupper gælder vilkårene i forståelsespapiret.

For COVID smittede patienter, der efter udskrivelse fra hospital kommer på en kommunal akutplads eller særlige COVID-afsnit, har hospitalet det lægefaglige behandlingsansvar i 72 timer efter udskrivelse.

Hvis patienten efter 72 timer ikke er symptomfri for COVID-19 forlænges behandlingsansvaret indtil patienten har været symptomfri i 48 timer. Hvis patienten efter 72 timer ikke er stabil eller er i isolation for COVID (jf. sundhedsstyrelsens retningslinje om isolation i syv dage, hvis asymptomatisk patient testes positiv), kan behandlingsansvaret forlænges efter aftale med behandlingsansvarlige læge.

Hospitalet skal sikre, at udskrevne patienter, omfattet af denne aftale, har en behandlingsansvarlig læge. Den behandlingsansvarlige læge kan være fra den udskrivende hospitalsafdeling eller fra en anden relevant funktion på hospitalet. Hospitalet skal sikre, at kommunen ved udskrivelsen får de nødvendige kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlige læge.

Mens en patient opholder sig på en midlertidig kommunal COVID-19 plads har den behandlingsansvarlige læge det samlede ansvar for borgerens behandling. Lægen skal:

- sikre at der foreligger en behandlingsplan for patientens sygdomme.
- tilbyde rådgivning og vejledning fra lægen selv eller sygeplejersker og andet personale på hospitalet vedrørende behandling af patienten.
- sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt, og at der er medgivet medicin til de første to døgn.

Den behandlingsansvarlige læge vurderer, om der er behov for, at borgeren skal tilses. Det tilstræbes, at tilsyn sker ved virtuel konsultation. Hvis dette ikke vurderes tilstrækkeligt, kan den behandlingsansvarlige læge iværksætte tilsyn ved udkørende funktion enten fra hospital eller fra 1813 i vagttid, ved akut ambulant tilsyn på hospital eller ved genindlæggelse.

Den behandlingsansvarlige læge kan delegere opgaver til en sygeplejerske eller vagthavende læge på hospitalet, eller 1813 i vagttid.

Udskrivelse af patienter med COVID-19

Patienter, der er smittet med COVID-19, udskrives først, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling. Patienter, med symptomer på COVID-19, udskrives først, når testsvaret er kendt og kan formidles til kommunen.

Afdelingsledelserne på hospitalerne er ansvarlige for vurdering af hvilke patienter med COVID-19, der kan udskrives. Planlægning af udskrivelsen foregår i samarbejde med de kommunale visitatorer. Det er kommunen, der visiterer til ydelser. Kommunen har ansvar for at oplyse den udskrivende afdeling, om at borgeren tilknyttes en COVID-19 plads.

Den relevante hospitalsafdeling vil kontakte modtagende kommune for konkrete aftaler om den enkelte patients plejebehov, ligesom udskrivningslokalitet koordineres mellem hospital og kommune, jf. nedenstående afsnit om elektronisk kommunikation fra hospital til almen praksis og kommuner. Det anbefales desuden, at der, afhængig af den enkelte patients behov som supplement til den elektroniske kommunikation aftalt i kommunikationsaftalen, er telefonisk kontakt til kommunen.

Af hensyn til kommunernes mulighed for at være forberedt på at kunne modtage borgerne, skal udskrivelse så vidt muligt ske i tidsrummet kl. 8-15. Hospitalet vil varsle udskrivelse hurtigst muligt og senest dagen før udskrivelse inden kl. 13.

I udskrivningsrapporterne til kommunerne vil telefonnummer til den udskrivende hospitalsafdeling og den behandlingsansvarlige læge fremgå.

Kommunens ansvar

Kommunen har ansvar for at kontakte den behandlingsansvarlige læge, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.

Hvis borgeren befinder sig på en COVID-19 plads, hvor der ikke er kompetencer svarende til kommunens akutteam, skal akutteamets sygeplejerske kunne tilkaldes. En sygeplejerske med akutkompetencer eller tilsvarende relevante kliniske kompetencer kan ved behov kontakte den behandlingsansvarlige læge.

Inden der tages kontakt til den behandlingsansvarlige læge, indsamler sygeplejersken relevante oplysninger om borgeren, fx ved at måle borgerens vitale parametre (ABCDE-princippet).

Kommunen har ansvaret for at stille udstyr til rådighed for den midlertidige plads, så der kan anvendes virtuel konsultation.

Efter 72 timer kontakter kommunen den behandlingsansvarlige læge med henblik på afslutning af forløb, med mindre andet er aftalt med den behandlingsansvarlige læge i det konkrete forløb, fordi patienten ikke er symptomfri, stabil, eller at patienten er i isolation.

Elektronisk kommunikation fra hospital til almen praksis og kommuner

Forud for udskrivelsen og senest kl. 13 dagen før, fremsender hospitalet en plejeforløbsplan til kommunen, hvoraf det under feltet "Forventet udskrivningsdato" fremgår, at der er tale om en patient udskrevet med COVID-19.

Når patientens forløb afsluttes, skal dette dokumenteres af såvel hospital som kommune. Hospitalet sender en epikrise til patientens praktiserende læge. Af epikrisen vil det fremgå, at der er tale om en patient udskrevet til en kommunal midlertidig COVID-19 plads, hvor hospitalet har haft behandlingsansvaret, og at borgeren har været symptomfri i 48 timer.

I øvrigt følges arbejdsgange jf. gældende kommunikationsaftale.

Ikrafttrædelse

Der er tale om en midlertidig aftale indgået i forbindelse med den aktuelle COVID-19 epidemi i Danmark.

Aftalen er indgået mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen og gælder frem til 1. december 2021. Aftalen kan af parterne opsiges med en måneds varsel. Aftalen ophæves automatisk ved aktivering af "Aftale om ekstraordinære udskrivelser", idet målgruppen da vil være omfattet af aftalen om ekstraordinære udskrivelser. Eventuelle behov for justering af aftalen inden udløb kan tages op af parterne i den tværsektorielle indsatsgruppe for COVID-19.



Rammeaftale om ekstraordinære udskrivelser – 18.12.20

Denne aftale beskriver ansvars- og opgavefordelingen mellem hospitalerne (somatik og psykiatri), kommunerne og almen praksis i Region Hovedstaden i forbindelse med ekstraordinære udskrivelser, som følge af COVID-19 epidemien.

Baggrund

Ved yderligere smittespredning med COVID-19 og flere alvorligt syge, der skal indlægges og behandles på hospitalerne, vil behovet for kapacitet på hospitalerne stige, samtidig med at sundhedsvæsenet fortsat skal være klar til at behandle patienter med andre akutte og livstruende tilstande.

Region Hovedstaden kan derfor være nødsaget til ekstraordinært at udskrive patienter til primærsektoren med henblik på at frigøre kapacitet på hospitalerne til patienter, som er smittet med COVID-19. Ifølge Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan kan hospitalerne ekstraordinært udskrive 20 pct. af de aktuelt indlagte patienter til kommunal pleje.

For at primærsektoren kan håndtere de ekstraordinært udskrevne patienter er det afgørende, at ansvars- og opgavefordelingen på forhånd er defineret. Dette skal ske i henhold til de lokale sundhedsberedskabsplaner, der bl.a. beskriver, hvor patienterne modtages.

Formålet med denne aftale er derfor at beskrive, hvordan ekstraordinære udskrivelser iværksættes, hvilke patientgrupper det drejer sig om, hvad samarbejdspartnerne roller er, og hvordan hospitalerne bedst muligt understøtter de ekstraordinære udskrivelser.

Rammen for aftalen er:

- Region Hovedstadens Sundhedsberedskabsplan.
- Aftale vedrørende almen praksis' medvirken i sundhedsberedskabet i Region Hovedstaden.
- Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger til håndtering af COVID-19.
- Kommunernes sundhedsberedskabsplaner, der beskriver, hvor patienterne modtages.

Aktivering af ekstraordinære udskrivelser

Regionen har under COVID-19 etableret en kriseledelse bestående af bl.a. koncernledelsen og hospitalsdirektørerne. Det er den regionale kriseledelse, som beslutter at igangsætte ekstraordinære udskrivelser.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Samarbejde om indlagte patienter

Bilag 2 - Side -2 af 6

Der vil være en løbende dialog om situationens udvikling i forhold til kapaciteten på hospitalerne, så parterne kan følge med i, hvornår ekstraordinære udskrivelser kan blive aktuelt.

Regionen ved Center for Sundhed sender brev til alle kommuners hovedpostkasser og de modtagere, som er angivet i kommunernes lokale sundhedsberedskabsplaner, samt til PLO-H, om beslutningen om at påbegynde ekstraordinære udskrivelser og aktiverer dermed denne aftale. Samtidig aktiveres beredskabsaftalen med almen praksis ved, at regionen sender en meddelelse til de praktiserende lægers e-boks og annoncerer det i Praksisnyt. Nærværende rammeaftale kan aktiveres med et varsel på syv dage.

Hvilke patienter kan udskrives?

Det vil primært være de mest stabile, ikke færdigbehandlede patienter, der udskrives ekstraordinært. Det kan være patienter med behov for hyppige sygeplejefaglige observationer og lægefaglig opfølgning eller patienter, der på grund af nedsat funktionsniveau ikke kan udskrives til eget hjem. Det kan være patienter med infektioner og patienter, der fortsat er i behandling med IV-antibiotika, hvor der er bedring i patientens tilstand, men hvor der fortsat er behov for IV-behandling, eller andre tilstande hvor der fortsat er behandlingsbehov fx:

- Hjertesvigtpatienter med behov for vanddrivende behandling.
- KOL patienter med behov for iltbehandling.
- Ortopædkirurgiske patienter med behov for mobilisering, genoptræning, smertebehandling m.m.
- Patienter med infektioner, der har behov for IV-antibiotika og kontrol af infektionstal.
- Patienter med dehydrering, som har behov IV-væskebehandling.
- Patienter med sonde.
- Terminale patienter, såfremt det vil være en fordel for patienterne.

Der vil som udgangspunkt ikke blive udskrevet indlæggelseskrævende patienter med COVID-19, men dette afhænger af behovet for ressource tilpasning. Det skal oplyses, hvorvidt covid-smittede patienter har været symptomfri i 48 timer eller ej på udskrivelsestidspunktet.

Udskrivelse og opgaveoverdragelse fra hospitalet

Afdelingsledelserne er ansvarlige for vurdering af hvilke patienter, der kan udskrives til henholdsvis eget hjem uden pleje eller til kommunalt regi med pleje. Planlægning af udskrivelsen foregår i samarbejde med de kommunale visitatorer. Det er kommunen, der visiterer til ydelser.

Ved ekstraordinær udskrivelse vil den relevante hospitalsafdeling kontakte modtagende kommune for konkrete aftaler om den enkelte patients plejebehov, ligesom udskrivningslokalitet koordineres mellem hospital og kommune, jf. nedenstående afsnit om elektronisk kommunikation fra hospital til almen praksis og kommuner. Det anbefales desuden, at der, afhængig af den enkelte patients behov, som supplement til den elektroniske kommunikation er en telefonisk kontakt til kommunen, hvis situationen tillader det. Den lokale implementering og lokale aftaler om telefonisk kontakt tages op i de lokale samordningsudvalg.

Af hensyn til kommunernes mulighed for at være forberedt på at kunne modtage ekstraordinært udskrevne patienter, skal udskrivelse så vidt muligt ske i tidsrummet kl. 8-15. Hospitalet vil varsle ekstraordinære udskrivelser for alle patienter hurtigst muligt og senest dagen før udskrivelse inden kl. 13.

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Samarbejde om indlagte patienter

Bilag 2 - Side -3 af 6

Ved ekstraordinære udskrivelser beholder hospitalerne behandlingsansvaret de første 24 timer efter udskrivelsen. Ved udskrivelse medgives patienten kopi af udskrivningsrapport inklusiv telefonnummer til udskrivende afdeling, epikrise og medicinliste fra FMK samt øvrige relevante oplysninger.

Hospitalet lægger en plan for det forventede behandlingsforløb for patienten de første par døgn efter udskrivelse, herunder forslag til blodprøver og ændring i medicinsk behandling ved behov. Planen skal fremgå af epikrisen. Det skal også fremgå af epikrisen og af udskrivningsrapporten, hvis det på hospitalet er aftalt, at der ikke skal foretages genoplivning og/eller livsforlængende behandling.

Medicin

Patienterne medgives medicin til de første tre hverdage. Hvis der er weekend eller helligdage mellem hverdagene, gives der medicin med til de mellemliggende dage. Dette omfatter også patientens faste medicin, fx medicin mod forhøjet blodtryk.

Når det drejer sig om tidsbegrænsede hospitalsinitierede behandlingsforløb (dvs. behandlingsforløb med fastlagt dato for ophør), skal patienten have udleveret medicin og eventuelle nødvendige utensilier til hele behandlingsforløbet. Al ordineret IV-medicin og væske i forbindelse med den ordinerede behandling medgives fra hospitalet.

Hvis der efter en udskrivelse fra hospitalet opstår behov for at forlænge behandlingen ud over det aftalte, udskrives den praktiserende læge recept, og medicinen udleveres fra apoteket. Der kan her også være tale om fast tilknyttet læge til midlertidigt kommunalt døgnophold.

Hvis der efter udskrivelse fra hospitalet opstår behov for at ændre medicinen eller tilføje ny medicin, er det den praktiserende læge eller fast tilknyttet læge, der regulerer medicinen i dagtid og 1813 i vagttid.

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Hospitalet/den udskrivende afdeling skal medgive de behandlingsredskaber og utensilier, der er nødvendige for at kommunens plejepersonale, eller patient/pårørende, kan varetage den iværksatte behandling. Dette sker i henhold til Snitfladekataloget for behandlingsredskaber og hjælpemidler¹. Det kan fx være væsker, dropstativ, venflon, sug, iltapparat, handsker, sterilgaze mv.

Hvis der efter udskrivelse fra hospitalet opstår behov for andre behandlingsredskaber, kan den praktiserende læge eller fast tilknyttede læge i samråd med specialistrådgivning/hospitalslæge rekvirere disse via den udskrivende afdeling. Det kan fx være sug, PEP-maske, infusionspumpe mv.

Kommunernes opgaver ved ekstraordinære udskrivelser

Kommunernes opgave er at varetage observation og pleje af ekstraordinært udskrevne patienter.

¹ <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Snitfladekatalog-hjaelpemidler-behredskaber-opdat2019.pdf>

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Samarbejde om indlagte patienter

Bilag 2 - Side -4 af 6

Derfor skal kommunerne udvide og opruste deres kapacitet til at varetage patienter, som under normale omstændigheder ville være indlagt på hospitalet.

Væsentlige opgaver for kommunerne kan fx være observation af patientens tilstand og udvikling i sygdommen, IV-antibiotika, måling af infektionstal og vitale værdier samt IV-væskebehandling.

Ved behov for lægelig behandling af patienten, skal kommunerne 24 timer efter ekstraordinær udskrivelse kontakte den enkelte patients praktiserende læge eller beredskabslægen.

En del af patientkontakterne med almen praksis kan gennemføres video assisteret af det kommunale personale.

Almen praksis opgaver ved ekstraordinære udskrivelser

Ifølge beredskabsaftalen med almen praksis, er de praktiserende lægers rolle at tilse patienter efter ekstraordinær udskrivelse. Det drejer sig om følgende situationer:

- Når patienter udskrives til eget hjem uden hjemmepleje (med eller uden lægemidler og/eller medicinsk udstyr).
- Når patienter udskrives til eget hjem med hjemmepleje.
- Når patienter udskrives til plejecenter/-institution.

Almen praksis overtager behandlingsansvaret for ekstraordinært udskrevne patienter 24 timer efter udskrivelse. Hvis der hos patienter, der udskrives til eget hjem med hjemmepleje eller hos patienter der udskrives til plejecenter/-institution, er behov for en indsats fra almen praksis, sker dette efter henvendelse fra kommunerne, hvor opholdssted oplyses (modtagerfacilitet eller eget hjem). Såfremt udskrivelse sker op til weekender og helligdage har 1813 efter de første 24 timer behandlingsansvaret.

Af beredskabsaftalen for almen praksis fremgår, at det i udgangspunktet er patientens egen læge, der har ansvaret for lægebetjening eller lægens stedfortræder, hvis lægen har ferie eller andet fravær. Hvis borger efter udskrivelsen får et midlertidigt døgnophold på en kommunal enhed, som har et samarbejde med en fast tilknyttet læge, så overtages ansvaret for lægebetjening af denne læge under borgerens midlertidige døgnophold.

De praktiserende læger skal bistå kommunerne med at varetage den nødvendige behandling af ekstraordinært udskrevne patienter i eget hjem, på kommunale plejehjem, akutpladser, midlertidige pladser og lignende. Opgaven kan bestå i at tilse patienterne dagligt ved hjemmebesøg eller daglig stuegang, herunder overtage behandlingsansvar fra hospitalerne i forhold til fx stillingtagen til fortsat IV-behandling (væske og/eller medicin) mv.

Af hensyn til kapaciteten i almen praksis og smittefare kan lægebetjeningen fra de praktiserende læger ske ved telefon- og videokonsultation.

Honorering af almen praksis

Ifølge beredskabsaftalen med almen praksis afregner de praktiserende læger ydelser på vanlig vis i henhold til overenskomsten. Al aktivitet i almen praksis i beredskabsdagene holdes udenfor overenskomstens økonomiprotokollat samt den individuelle højstegrænse (§88).

For honorering af de praktiserende læger for opgaver, som ligger udenfor rammerne af beredskabsaftalen, er der indgået en midlertidig aftale om lægedækning af kommunale akutpladser og kommunale afsnit for covidsmittede under COVID-19².

Kommunale akutpladser og kommunale afsnit for covid-smittede under COVID-19

Krav til kommunerne

Midlertidig aftale om lægedækning af kommunale akutpladser og kommunale afsnit for covidsmittede under COVID-19 forudsætter, at kommunerne lever op til "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser".

Krav til PLO-R

Aftalen forudsætter desuden, at PLO- Hovedstaden sørger for at hver PLO-K i de enkelte kommuner etablerer et antal beredskabslæger, der står for lægedækningen på hverdage af de kommunale akutpladser og kommunale afsnit for covidsmittede i perioden, hvor regionen har aktiveret ekstraordinære udskrivelser af ikke færdigbehandlede patienter.

Rådgivning og understøttelse fra hospitalerne

I forbindelse med udskrivelse anføres der i epikrisen til den praktiserende læge et direkte telefonnummer til læge på den hospitalsafdeling, patienten udskrives fra. Dermed gives den praktiserende læge mulighed for let telefonisk adgang til specialistrådgivning.

I udskrivningsrapporter og plejeforløbsplaner til kommunerne vil telefonnummer til udskrivende hospitalsafdeling fremgå. Arbejdsgange fremgår af gældende kommunikationsaftale.

Almen praksis skal kunne bestille laboratorieprøver og indsende laboratorieprøver til analyse.

Elektronisk kommunikation fra hospital til almen praksis og kommuner

For alle patienter der udskrives ekstraordinært, vil der i forbindelse med udskrivelsen blive sendt en udskrivningsepikrise til patientens egen læge. Denne vil have opfølgingsfarven "rød eller gul". Det skal oplyses, hvorvidt covid-smittede patienter har været symptomfri i 48 timer eller ej på udskrivelsestidspunktet.

Af epikrisen vil det fremgå, at der er tale om en ekstraordinær udskrivelse på grund af COVID-19 epidemien, og at hospitalet har behandlingsansvaret i 24 timer efter udskrivelsen. Ved udskrivelse skal FMK være ajourført.

Forud for udskrivelsen og senest kl. 13 dagen før udskrivelsen, fremsender hospitalet en plejeforløbsplan, hvoraf det under feltet "Forventet udskrivningsdato" fremgår, at der er tale om en ekstraordinær udskrivelse på grund af COVID-19 epidemien.

2

https://www.google.com/search?q=midlertidig+aftale+om+l%C3%A6ged%C3%A6kning+af+kommunale+akutpladser+og+kommunale+afsnit&rlz=1C1NHXL_daDK842DK844&oq=midlertidig+aftale+om+l%C3%A6ged%C3%A6kning+af+kommunale+akutpladser+og+kommunale+afsnit&ags=chrome..69i57.38123j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Punkt nr. 4 - Drøftelse: Samarbejde om indlagte patienter
Bilag 2 - Side -6 af 6

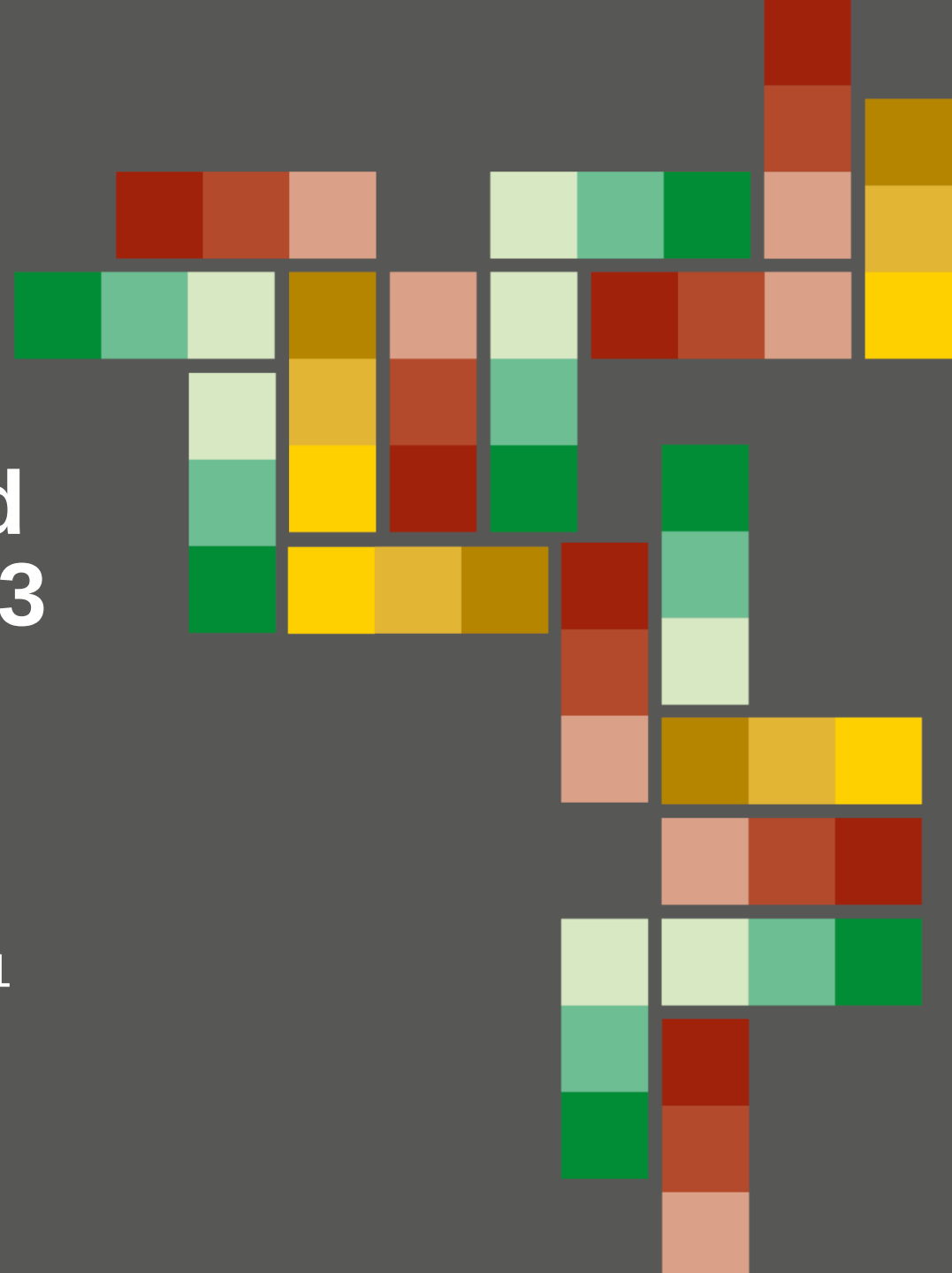
I forbindelse med udskrivelsen fremsendes en udskrivningsrapport, hvor det under feltet ” fremtids planer” fremgår, at der er tale om en ekstraordinær udskrivelse på grund af COVID-19 epidemien.

Ikrafttræden

Rammeaftalen træder i kraft fra det tidspunkt regionen aktiverer aftalen og løber frem til, at parterne skriftligt er meddelt, at de ekstraordinære udskrivelser er indstillet.

Overblik over arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-2023

Vision, fokusområder, mål og pejlemærker, marts 2021



Fokusområder og mål:



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

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



Pejlemærker:

1. Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes
2. Der skal indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi



Sammen om borgere med psykisk sygdom

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



1. Fortsat fokus på implementering af netværksmøder.
2. Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening.
3. Nye samarbejdsformer om beskæftigelsesindsatser på borgerens præmisser - udbredelse af model for samarbejde mellem IPS-konsulenter og F-ACT-teams.
4. Udbredelse af APU - Tværsektoriel samarbejdsmodel for borgere med psykisk sygdom og et misbrug.
5. Udvikling af en tværsektoriel behandlings- og samarbejdsmodel målrettet mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik.

Visioner

Mere sammenhæng i borgerens forløb | Mere lighed i sundhed | Mere samspil med borgerne | Mere sundhed for pengene

Fokusområder og mål:



Sammen om børn og unges sundhed

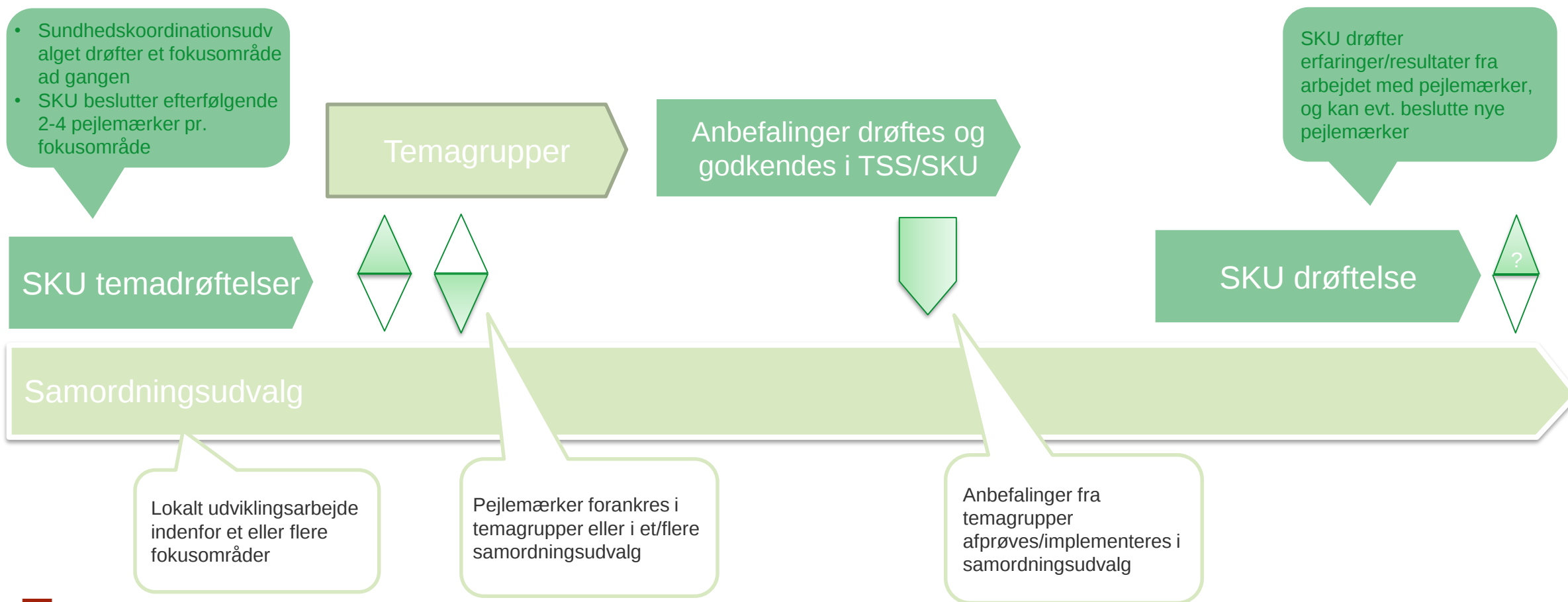
- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.



Pejlemærker:

1. Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier.
2. Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes - med særligt fokus på sårbare gravides behov og ønsker
3. Samarbejdet skal styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet.
4. Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel

Proces for arbejdet med fokusområder og pejlemærker



Sammen om børn og unges sundhed

Mål	Pejlemærker	Forankring	Opgave	Tidsplan
- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer - Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.	Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier	Temagruppe	Udvikle et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier Forslag til implementering	Første drøftelse i TSS nov 2020. Afrapportering SKU 2. halvår 2021 (udsat)
	Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes - med særligt fokus på sårbare gravides behov og ønsker	SOU	Understøtte den lokale implementering af kommunikationsaftale for gravide Drøfte opfølgningen fra Tværsektorielt samarbejdsforum	Løbende Status drøftet i TSS maj 2021
	Samarbejdet skal styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet	Temagruppe	Udarbejde anbefalinger til, hvordan samarbejdet kan styrkes.	Første drøftelse i TSS nov 2020. Afrapportering SKU 2. halvår 2021 (udsat)
	Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel	Temagruppe	Afdække af muligheder for tættere tværsektorielt samarbejde, udarbejde forslag til organisering af samarbejdet og udbredelse af veldokumenterede metoder.	Første drøftelse i TSS primo 2021 (udsat)



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Mål	Pejlemærker	Forankring	Opgave	Tidsplan
- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker. - Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.	1. Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes	SOU	Drøfte: Erfaringerne med samarbejdet om de nye aftaler vedr. lægebetjening Behov for mere / ændret lægebetjening (72-timers behandlingsansvar) Sikre bedre udnyttelse af de eksisterende tilbud, som er målrettet forebyggelse af indlæggelser	Status til TSS: primo 2021 Forslag om 72 timers behandlingsansvar forelægges SKU i november 2021
	2. Der skal indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi	Tema-gruppe	Indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi	Aftalen er godkendt af SKU og forventes af alle kommuner og regionen inden 4. oktober 2021.





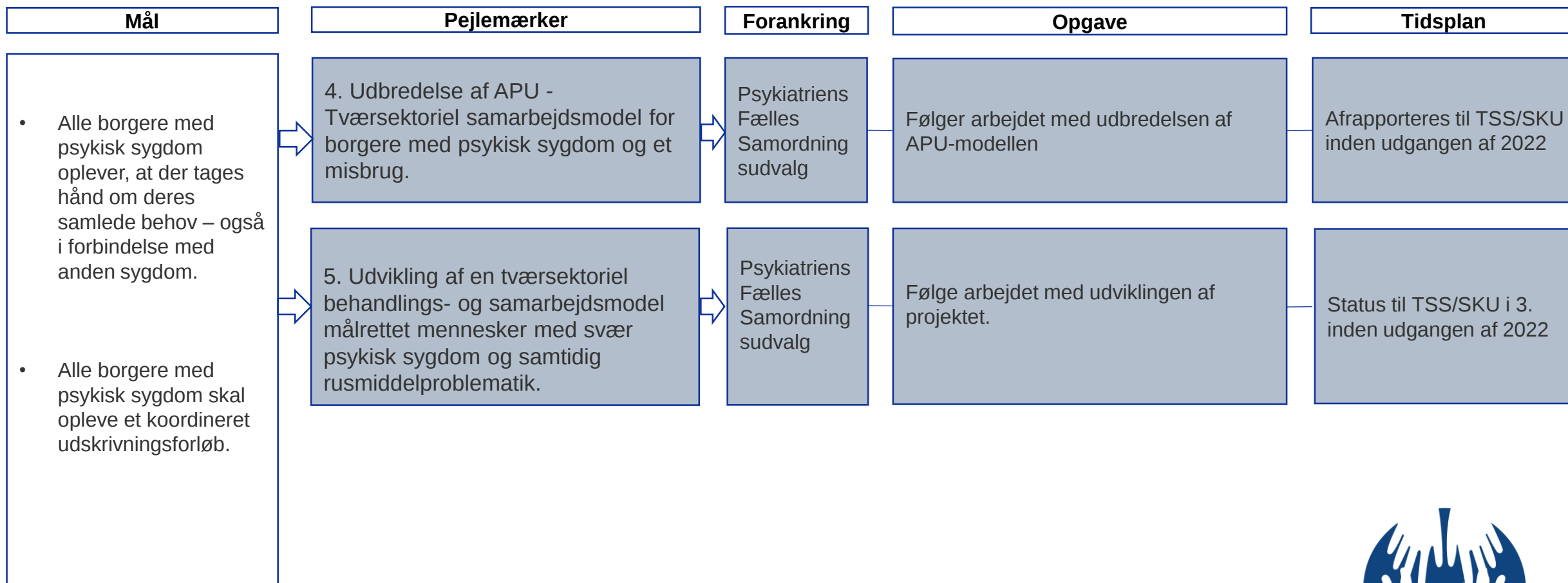
Sammen om borgere med psykisk sygdom

Mål	Pejlemærker	Forankring	Opgave	Tidsplan
- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom. - Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.	1. Fortsat fokus på implementering af netværksmøder.	Psykiatriens Fælles Samordning sudvalg	Iværksætte tiltag til øget brug af netværksmøder	Afrapporteres til TSS/SKU inden udgangen af 2021
	2. Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening.	Psykiatriens Fælles Samordning sudvalg	Følge arbejdet med udbredelsen af modellen for botilbudsbetjening.	Status til TSS/SKU inden udgangen af 2021
	3. Nye samarbejdsformer om beskæftigelsesindsatser på borgerens præmisser - udbredelse af model for samarbejde mellem IPS-konsulenter og F-ACT-teams.	Psykiatriens Fælles Samordning sudvalg	Følge udbredelse og erfaringerne med implementering af model. Give input til drøftelse i SKU om behov, ønsker og muligheder for nye tiltag, der kan bidrage til yderligere udbredelse af modellen.	Evt. drøftelse i SKU 4. kvartal 2021. Status til TSS/SKU inden udgangen af 2021





Sammen om borgere med psykisk sygdom (fortsat)



Bilag: Forslag til pejlemærker for Sundhedsaftalens fokusområde: Sammenborgere med Psykisk Sygdom

Forslag til pejlemærker:

A. Forsat fokus på implementering af netværksmøder

Baggrund for forslaget

Kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder fokuseret på at skabe mere sammenhæng for alle borgere, der har brug for støtte eller indsatser fra både kommunen og Region Hovedstadens Psykiatri.

Herunder er der særlig opmærksomhed omkring behov for at skabe mere sammenhæng for borgere med alvorlig psykisk sygdom, der har behov for mange forskellige former for støtte og indsatser, som kan betyde, at de har kontakt til mange forskellige fagpersoner i deres hverdag.

Region Hovedstadens Psykiatri og de 29 kommuner i regionen har derfor udviklet et koncept for afholdelse af tværsektorielle netværksmøder, da netværksmøder er særligt velegnet til at understøtte høj grad af borgerinvolvering og udarbejdelse af fælles planer/aftaler i borgerforløb, samt koordinering i forhold til de forskellige fagpersoner. Netværksmøderne afholdes med afsæt i en skabelon, der er fælles for regionen og kommunerne. På møderne drøftes borgerens aktuelle behov og ønsker fx for støtte eller hjælp i hverdagen, og der laves konkrete aftaler, som er tydelige for alle mødedeltagerne.

Dagsordenen for netværksmødet udarbejdes sammen med borgeren for at sikre, at netværksmødet tager udgangspunkt i borgerens ønsker. Under selve mødet er der også særlig fokus på inddragelse af både borger og evt. pårørende. Alle parter – herunder borgeren – kan fremsætte ønske om at der afholdes netværksmøde.

Arbejdet med implementering af konceptet for netværksmøder er godt i gang, men konceptet er endnu ikke implementeret i bund.

Forslag til handling

For at understøtte brugen af netværksmøder foreslås, at det igangværende arbejde med implementering af konceptet for netværksmøderne fortsættes.

Herunder foreslås, at samordningsudvalgene under psykiatrien løbende følger op på implementeringen af netværksmøderne og ved behov herfor, iværksætter nye implementeringsstøttetiltag. Den løbende opfølgning kan fx omfatte forskellige former for opgørelser over udvikling i antal afholdte netværksmøder fordelt på kommuner og psykiatriske centre.

Derudover foreslås, at samordningsudvalgene også drøfter behov for tilpasninger af konceptet i takt med at der opnås flere hverdagserfaringer omkring brugen af netværksmøderne. Fx er der under COVID-19 opnået positive erfaringer med virtuelle netværksmøder, som med fordel kan indgå i det videre arbejde.

Økonomiske konsekvenser

Forslaget vurderes ikke have økonomiske konsekvenser.



B. Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening

Baggrund for forslaget

Mange borgere med psykisk sygdom, der bor på botilbud, oplever perioder hvor de har en hurtig og alvorlig forværring af deres psykiske sygdom.

Årsagerne hertil kan være mange. Men, en hyppigt forekommende årsag er at borgeren er udfordret ift. egen sygdomsindsigt og/eller af andre grunde har svært ved at følge en behandling og derfor havner i situationer, hvor de enten helt ophører med at tage den ordinerede medicin eller er i ustabil medicinsk behandling. For borgerne er der mange og store omkostninger forbundet med en forværring af deres psykiske sygdom. Det er derfor vigtigt at denne gruppe borgere tilbydes både socialpædagogisk og sundhedsfaglig støtte i fleksibelt, integreret og sammenhængende set-up.

En måde hvorpå dette kan understøttes er gennem udbredelse af en ny model for botilbudsbetjening. Modellen for botilbudsbetjening er en videreudvikling af en model med udgående botilbudsteams fra Region Hovedstadens Psykiatri, der er gennemført som et satspulje-projekt, hvor der blev opnået positive erfaringer.

Modellen er videreført efter satspulje-projektets afslutning, og der er på nuværende tidspunkt etableret botilbudsteams på Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Nordsjælland, der samarbejder med en række kommunale og regionale botilbud i centrenes optageområder.

Formålet med modellen for botilbudsbetjening er at bygge bro mellem de to verdener, således at borgeren oplever, at den psykiatriske behandling og socialfaglige hjælp og støtte er en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på trods af, at den leveres af to myndigheder med forskellige opgaver.

Botilbudsteamet samarbejder både med borgeren på botilbuddet og med medarbejderne på botilbuddet. Der er fx fokus på koordinering og samarbejde om udgående og opsøgende ambulant udredning og behandling på botilbuddet samt rådgivning og kompetenceudvikling for botilbuddets medarbejdere.

Planer for videre proces

Region Hovedstaden har i Budgettet for 2021 afsat midler til at understøtte yderligere udbredelse af modellen med botilbudsbetjening. I de kommende måneder vil de psykiatriske centre derfor gå i dialog med botilbud i deres optageområde med henblik på, at der bliver indgået samarbejdsaftaler mellem det enkelte center og botilbud i det pågældende centers optageområde, der ønsker at være omfattet af samarbejdet om den nye model for botilbudsbetjening. I løbet af 2021 vil der ske en opsamling af erfaringer med botilbud – herunder vil det blive undersøgt om der er sket et fald i antallet af indlæggelser fra de botilbud, der er indgået samarbejdsaftaler med.



Forslag til handling

For at understøtte udbredelsen af modellen, så de gode resultater i det tværsektorielle samarbejde tilbydes på en ensartet måde i hele regionen, foreslås:

- At det fælles samordningsudvalg i psykiatrien følger arbejdet med udbredelsen af modellen for botilbudsbetjening.
- At Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en status for arbejdet inden udgangen af 2021.

Økonomiske konsekvenser

Region Hovedstaden har i Budgettet for 2021 afsat midler til at understøtte yderligere udbredelse af modellen med botilbudsbetjening.

De kommunale botilbud skal afsætte ressource til arbejdet med forberedelsen og implementeringen af modellen. Herudover indebærer modellen af medarbejdere fra botilbuddet indgår i en fast samarbejdsstruktur, hvor en person fra botilbuddet og evt. en kontaktperson fra misbrugstilbuddet (patienter med misbrug) deltager ved botilbudsteamets ambulante besøg på botilbuddet og at der afholdes faste samarbejds møder mellem botilbuddets ledelse og botilbudsteamets afsnitsledelse.

Det vurderes, at ressourcetrækket som udgangspunkt vil kunne håndteres indenfor eksisterende økonomiske rammer i kommunerne.



C. Beskæftigelsesindsats på borgerens præmisser – udbredelse af model for samarbejde mellem kommunalt ansatte IPS-konsulenter og Region Hovedstadens F-ACT-team.

Baggrund for forslaget

Mange borgere med svær psykisk sygdom har ingen eller kun en meget perifer tilknytning til arbejdsmarked. Dette på trods af, at mange undersøgelser har vist, at borgere med alvorlige psykiske sygdomme gerne vil arbejde. Ønsket at arbejde handler om øget selvværd og selvtillid, at have noget at stå op til, at føle sig som en del af et fællesskab, at lære nye ting og ønske en bedre økonomi.

Der arbejdes i dag med forskellige tilgange til beskæftigelsesindsatsen ift. borgere med alvorlig psykisk sygdom. Men, særligt IPS-modellen (Individuelt Planlagt job med Støtte) har vist veldokumenterede og positive effekter.

IPS er kort fortalt en evidensbaseret indsats, der hjælper borgere med alvorlige psykiske sygdomme med at finde arbejde og kunne arbejde i jobs som de ønsker sig.

IPS adskiller sig fra de traditionelle strategier for beskæftigelsesindsatser for borgere med psykisk sygdom, fordi man i IPS- tilgangen tror på at opnåelse af og/eller genoptræning af erhvervsevnen foregår bedst i et rigtigt arbejdsmiljø på det ordinære arbejdsmarked, og at dette kan ske samtidigt med stadig igangværende behandling af den psykiske sygdom og et eventuelt misbrug.

I Danmark er IPS afprøvet i et stort projekt, der blev gennemført i perioden 2012 – 2018. Deltagerne var København, Frederiksberg, Odense og Silkeborg kommuner samt Region Hovedstadens psykiatri, psykiatrien i Region Syddanmark og psykiatriens hus Region Midtjylland. IPS-konsulenterne var ansat i de kommunale jobcentre, men udstationeret i den regionale psykiatri.

Effekterne fra projektet med IPS-metoden er undersøgt i et klinisk randomiseret multicenter-studie, hvor 720 borgere med alvorlig psykisk sygdom, var inkluderet. Borgerne fik enten et IPS-tilbud eller en standardindsats i jobcenteret. I studiet konkluderes, at der var signifikant flere borgere fra IPS-gruppen der kom i ordinært arbejde eller uddannelse, sammenlignet med borgere der fik en standardindsats.

Forskningsprojektet viste også, at deltagerne i IPS var signifikant mere tilfredse med den støtte, de havde fået sammenlignet med deltagerne i standardindsatsen.

Status for udbredelse af IPS-modellen

I Region Hovedstaden har Københavns og Frederiksberg kommuner valgt at videreføre IPS-tilbuddet og der er etableret et tæt samarbejde med F-ACT teams under Region Hovedstadens Psykiatri. F-ACT teams er teams, der yder fleksibel udgående og opsøgende psykiatrisk behandling

På nuværende tidspunkt er der ikke andre kommuner, der har implementeret modellen, men Region Hovedstadens Psykiatri er i dialog med flere kommuner, der overvejer at indføre modellen.

Derudover arbejdes der for at udbrede kendskabet til modellen. Region Hovedstadens Psykiatri understøtter spredning af viden om projekterfaringerne og har derudover udarbejdet materiale med konkrete råd i forhold til opbygning af IPS-tilbud.



Forslag til handling

For at understøtte udbredelse af model med samarbejde mellem IPS-konsulenter og F-ACT teams foreslås:

- At samordningsudvalgene for psykiatrien følger implementering af model med ansættelse IPS-konsulenter i kommunerne og erfaringerne med implementeringen af modellen med samarbejde mellem borgere, IPS-konsulenter og F-ACT-teams.
- At Sundhedskoordinationsudvalget på et kommende møde drøfter behov, ønsker og muligheder for nye tiltag, der kan bidrage til at understøtte yderligere udbredelse af modellen. Drøftelsen kan ske med afsæt i input fra bl.a. samordningsudvalgene under psykiatrien, forskere og borgere med psykisk sygdom, der har egne erfaringer med IPS-metoden.

Økonomiske konsekvenser

De samfundsøkonomiske konsekvenser af IPS er belyst gennem en sundhedsøkonomisk analyse. Analysen viser, at der per deltager blev opnået en samfundsøkonomisk besparelse over den 18 måneders opfølgingsperiode på 71.562 kr. De lavere udgifter for deltagerne i IPS-gruppen kan primært tilskrives færre udgifter til indsatser i jobcenteret og socialcenteret samt færre psykiatriske kontakter og højere produktivitetsgevinst, forstået som skattepligtig indkomst fra ordinær beskæftigelse.

Der kan dog ikke ud fra ovenstående konkluderes, at IPS-modellen har positive økonomiske konsekvenser for kommunerne, da kommunernes økonomi på området bl.a. påvirkes af reglerne for statslig refusion på beskæftigelsesområdet.

Til brug for arbejdet i samordningsudvalgene og den efterfølgende drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget udarbejdes supplerende materiale om økonomien i forbindelse med ansættelse af IPS-konsulenter i kommunerne.

Punkt nr. 6 - Beslutning: Status på pejlemærke om styrket lægebetjening i kommunerne

Bilag 1 - Side -1 af 3

Pejlemærkebeskrivelse

Sundhedsaftale 2019 -2023

Fokusområde: Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom



Målsætning:

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

Pejlemærke: Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes

Godkendt af

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) den 26. juni 2020

Baggrund

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

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

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

Samtidig er det vigtigt at afklare, hvilken indsats, tilbud eller forløb, der imødekommer borgerens behov for behandling og pleje og derved sikrer, at de svageste ældre med akut opstået eller forværring af kendt sygdom får det rette tilbud ved den første kontakt. Et tættere samarbejde om akutte henvendelser kan bidrage til en bedre udnyttelse af de forskellige, eksisterende tilbud og medvirke til færre akutte indlæggelser.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommuner og almen praksis

Punkt nr. 6 - Beslutning: Status på pejlemærke om styrket lægebetjening i kommunerne

Bilag 1 - Side -2 af 3

Når en ældre borger bliver syg, er udgangspunktet at det er borgerens egen læge, der varetager behandlingen, når borgeren ikke er indlagt. I oktober 2019 er der indgået flere aftaler med PLO Hovedstaden om at styrke samarbejdet om behandlingen af særligt de ældre borgere. Aftalerne skal bidrage til at skabe bedre forløb og nedbringe antallet af ind- og genindlæggelser. Initiativerne i aftalerne omhandler blandt andet samarbejdet om kommunale akutfunktioner¹, flere sygebesøg i borgernes hjem og bedre kommunikation mellem sektorerne om vanskelige patientforløb².

Som led i udbygningen af det nære sundhedsvæsen har alle kommuner i Region Hovedstaden etableret kommunale akutfunktioner. Implementeringen af samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner skal understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813 i forhold til observation, pleje og/eller behandling af borgere i primærsektoren og i overgangene.

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

Opgaver og forankring af opgaver

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg. Her får samordningsudvalgene til opgave at:

1. Drøfte erfaringerne med samarbejdet om de nye aftaler vedr. lægebetjening

Samordningsudvalgene skal drøfte samarbejdet vedrørende de nye aftaler (jf. note 1 og 2), og det skal løbende vurderes, om aftalerne dækker behovet for lægebetjening af borgere i kommunerne med henblik på at følge op på erfaringerne på tværs af planområderne.

2. Drøfte behovet for mere eller ændret lægebetjening af borgere i kommunerne

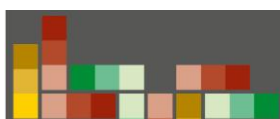
Hvis lægebetjeningen af kommunernes borgere fremadrettet skal målrettes endnu mere eller ændres, skal det afklares i hvilke situationer, hvornår og hvordan der typisk er behov for mere eller ændret lægebetjening. Er det eksempelvis lægebetjening i forhold til konkrete borgere eller generel sundhedsfaglig rådgivning, der er brug for?

3. Sikre bedre udnyttelse af de eksisterende tilbud, som er målrettet forebyggelse af indlæggelser

Der skal generelt være et tættere samarbejde, som understøtter en bedre udnyttelse af de forskellige, eksisterende tilbud med henblik på at forebygge akutte indlæggelser. Her kan

¹https://www.laeger.dk/sites/default/files/honoringsaftale_vedr._kommunale_akutfunktion_0.pdf

² https://www.laeger.dk/sites/default/files/allonge_opfolgende_hjemmebesog.pdf



Punkt nr. 6 - Beslutning: Status på pejlemærke om styrket lægebetjening i kommunerne

Bilag 1 - Side -3 af 3

Samordningsudvalgene søge inspiration på tværs af planområder/regioner med henblik på at videreudvikle og målrette disse tilbud.

Der skal blandt andet gøres en indsats for at subakutte tider i hospitalernes (fælles)ambulatorier udnyttes bedre, så tilbuddene bliver kendt og anvendt efter hensigten og til gavn for borgerne. Derudover skal muligheden for at afprøve en samarbejdsmodel, hvor de kommunale akutfunktioner kan henvise direkte til hospitalernes subakutte tider afdækkes. I den forbindelse skal det afklares, hvordan den lægefaglige visitation skal foregå.

4. Vurdere de økonomiske konsekvenser

Samordningsudvalgene skal løbende vurdere de økonomiske konsekvenser af de tiltag, der iværksættes.

Plan for opfølgning

For at TSS kan følge op på tværs af planområderne og understøtte relevant videndeling vedrørende fremdrift og udvikling i arbejdet med pejlemærkerne, skal samordningsudvalgene løbende give en status på deres arbejde med disse.

Vi forventer, at der skal gives en status på de 4 punkter til TSS på deres møde primo 2021.

Samordningsudvalgene skal desuden afrapportere på deres arbejde med pejlemærket til TSS og SKU ultimo 2021.

Ved behov for drøftelse og prioritering på tværs af planområderne kan samordningsudvalgene løbende søge afklaring i TSS.





BAGGRUNDSNOTAT

20.oktober 2021

Glukosemåling (FSL/FGM)

Problemstillinger rejst af kommunerne i Region Hovedstaden

Når patienterne, der i forbindelse med deres behandling på hospitalet har fået bevilliget en glukosemåler i hospitalsregi som behandlingsredskab bliver velreguleret, og patienten opfylder kriterierne for at kunne ansøge om en glukosemåler som hjælpemiddel, henvises patienten til at ansøge i kommunen. Hospitalet dokumenterer samtidigt, at der ikke er indikation for glukosemåler som behandlingsredskab.

Glukosemåleren overgår til at blive et hjælpemiddel efter serviceloven – altså hvis kommunen vurderer, at det er indenfor rammerne af serviceloven. Det er kommunen, der vurderer hvilket hjælpemiddel/hvilket produkt, der bedst og billigst kan afhjælpe funktionsnedsættelsen.

Kommunerne oplever, at hospitalerne sender patienterne videre til kommunen uden at orientere dem om de rammer, som kommunerne har mulighed for at bevillige en glukosemåler indenfor som et hjælpemiddel. Dette resulterer ofte i skuffede patienter, når de oplever, at kommunerne giver afslag på ansøgningen.

Kommunerne savner, at hospitalet vurderer, hvorvidt borgeren kan benytte alm. traditionelle diabetes hjælpemidler (teststrimler, fingerprikker ect.), og at man ikke stiller borgeren bestemte hjælpemidler i udsigt.

Der er ligeledes brug for, at der mellem hospital og kommune er overensstemmelse i kommunikation med patienten, så patienten er orienteret om, under hvilke kriterier kommunen skal vurdere, hvorvidt de kan bevillige en glukosemåler.

Patienterne er i forbindelse med behandlingen på hospitalet "lært op" i brug af glukosemåler, og de får dermed en forventning om, at kommunen fortsætter dette. Hvis kommunen ikke vurderer, at der kan bevilliges en glukosemåler, ud fra rammerne i Servicelovens §112 skaber dette store frustrationer hos de patienter, der får afslag.

Kommunerne ønsker at hospitalerne ved afslutning af behandling oplærer borgerne i brugen af traditionelle hjælpemidler inden behandlingsforløbet afsluttes.

Baggrund

Tværsektorielt samarbejdsforum for behandlingsredskaber og hjælpemidler har på opfordring fra flere kommuner behandlet henvendelser om bevilling af flash glukosemåling (FGM) til borgere efter behandling på hospitalet.

Glukosemåleren hjælper til at få en mere velreguleret diabetes. Glukosemåleren består af en sensor, der bæres på bagsiden af overarmen, og som automatisk måler glucoseværdier i vævet. Med en håndholdt aflæser eller via en app på telefonen, monitoreres glucosedata uden hele tiden at skulle fingerprikke.

Glukosemåleren kan være både et hjælpemiddel og et behandlingsredskab. Hvilken myndighed, der i givet fald bevilliger det afhænger af, hvordan produktet anvendes og administreres.

Snitfladen mellem behandlingsredskab og hjælpemiddel reguleres ved afgrænsningscirkulæret¹. Derudover arbejder hospitalerne ud fra fælles regionale retningslinjer. Kommunerne bevilliger ud fra rammerne i serviceloven om varige hjælpemidler, samt Ankestyrelsens principafgørelse 30-17 om hjælpemiddel – behandlingsredskab - blodsukkerapparat.

Dette efterlader imidlertid borgerne i stikken, når de har fået en glukosemåler som behandlingsredskab på hospitalet og de så skal overgå til kommunen med et varigt hjælpemiddel som ikke i alle tilfælde vurderes til at være en glukosemåler.

Samarbejdsforum har behandlet henvendelserne og vurderet, at det er en problemstilling som samarbejdsforum ikke kan komme videre med, men som der bør orienteres om i Tværsektorielt Strategisk Styregruppe.

Fælles regionale retningslinjer for glukosemålere som behandlingsredskab

Diabetesteknologien har udviklet sig markant over de seneste år – den er blevet mere brugervenlig og præcis, men den er også mere omkostnings tung.

Medio 2019 blev der indført en fælles national retningslinje for tildeling af flash glukosemålere til mennesker med dysreguleret type 1 diabetes. Der er igangsat en evaluering i regi af Det Nationale Netværk for Diabetes,

¹ Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet. Sundheds- og forebyggelsesministeriets cirkulære nr. 9079 af 22.2 2013

som forventes færdig primo 2022. Evalueringens hovedformål er at evaluere på brugen af glukosemålere på tværs af regionerne, samt belyse de helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser ved anvendelse af glukosemålere.

Herudover udleverer alle regioner sensorbaserede glukosemålere til alle børn.

På møde i sundhedsdirektørkredsen den 21. maj 2021 blev det drøftet, at der er observeret en forskellig praksis omkring uddeling af forskellig diabetesteknologi i regionerne. Det blev derfor besluttet, at der på det følgende møde skulle være en drøftelse af praksis på området med henblik på større ensartethed, herunder efterlevelsen af tidligere besluttede fællesregionale retningslinjer.

Retningslinjer for udlevering

Medio 2019 blev der indført en fælles national retningslinje for tildeling af Flash Glukosemålere (FGM). Jf. retningslinjen skal alle voksne med type 1-diabetes og en HbA1c over 70 mmol/mol tilbydes en FGM. Enhver tildeling skal ske på baggrund af en konkret vurdering af den enkelte patient, hvor der tages højde for faktorer som; glykæmisk status, konkurrerende lidelser, senkomplikationer, psykiske lidelser, handicaps og demens samt særlige problemstillinger som eks. stikkeangst og angst for hypoglykæmi.

Der er udarbejdet en VIP-vejledning (sundhedsplatformen) Vejledningen kan findes på VIP-portalen under Kontinuerlig glukosemåling (CGM) og Flash glukosemåling (FGM) hos børn, unge og voksne.

Hjælpemiddel/behandlingsredskab?²

Hjælpemiddel: Om glukosemåleren er et hjælpemiddel vil afhænge af, hvilke behov brugen af glukosemålingssystemet skal afhjælpe. Kommunen skal i denne vurdering inddrage oplysninger, om borgers diabetes er velreguleret, og om borger har behov for instruktion og assistance fra sundhedsfagligt personale for at kunne anvende glukosemålingssystemet

For voksne velregulerede diabetikere, som ikke har behov for instruktion og assistance til at anvende glukosemålingssystemet hjemme, vil glukosemålingssystemet være et hjælpemiddel. Her er det afgørende, at produktet giver

² Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet. Sundheds- og forebyggelsesministeriets cirkulære nr. 9079 af 22.2 2013

en yderligere og væsentlig afhjælpning af følgerne af sygdommen. Det er fx tilfældet, hvor der er uheldige følger ved anvendelsen af de almindelige og billigere hjælpemidler. Der skal være decideret gener ved at anvende de traditionelle diabeteshjælpemidler. Ikke kun uheldige følger, for det kan jo dække over mange ting.

Behandlingsredskab: For borgere hvor der foreligger lægelige oplysninger om, at glukosemålingssystemet er nødvendigt, vil glukosemålingssystemet ikke være et hjælpemiddel, da det primære formål med brugen af glukosemålingssystemet vil være at opnå en forbedring af kontrollen med diabetes. Dette kan fx være enten fordi borgeren ikke er velreguleret, ikke får målt blodsukkeret i tilstrækkeligt omfang, ikke følger de lægelige anvisninger eller har mange bivirkninger af fingerprik.

For borgere med manglende sygdomserkendelse eller manglende evne til at anvende traditionelle blodsuktermålinger, vil glukosemålingssystemet være et behandlingsredskab. Borgerne vil have behov for assistance fra sundhedsfagligt personale til at anvende glukosemålingssystemet og anvendelsen heraf er kontrolleret af hospitalet eller speciallægepraksis.

Kommunens vurdering af glukosemåleren som hjælpemiddel

"Efter servicelovens § 112 skal kommunen yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet, eller er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv.

Da serviceloven er subsidier til anden lovgivning, er det en betingelse for støtte efter bestemmelsen om hjælpemidler, at hjælpemidlet ikke kan bevilges efter anden lovgivning, herunder som behandlingsredskab efter sundhedslovgivningen.

Det følger af vejledning om hjælpemidler og forbrugsgoder, at kommunen skal yde støtte til det bedst egnede og billigste hjælpemiddel på baggrund af en konkret og individuel vurdering af en borgers hjælpebehov i hver enkelt sag.

Af Ankestyrelsens principafgørelse 30-17 fremgår blandt andet, at hvorvidt et glukosemålingssystem er et hjælpemiddel, vil afhænge af, hvilke behov brugen af glukosemålingssystemet skal afhjælpe. Kommunen skal i denne vurdering inddrage oplysninger om, hvorvidt borgers diabetes er velreguleret, og om borger har behov for instruktion og assistance fra sundhedsfagligt personale for at kunne anvende glukosemålingssystemet."

Kommunen kan i væsentlighedsvurderingen inddrage lægelige oplysninger om eventuelle bivirkninger af det allerede bevilgede injektions- og testmateriale. Dette kan fx være særlige fysiske gener, herunder nedsat følelse i finger-spidserne eller et særligt behov for mange daglige blodsuktermålinger, enten på grund af meget svingende blodsukker, eller hvis borgers erhverv kræver dette.

Det forhold, at borger oplyser fx at glukosemålingssystemet er mere hensigtsmæssigt og nemmere at bruge eller skaber mere tryghed for borger, kan ikke i sig selv føre til, at borger er væsentligt yderligere afhjulpethed med glukosemålingssystemet. Det samme gør sig gældende i forhold til, at borger ikke bryder sig om at skulle stikke sig offentligt eller at borger har skiftende arbejdssteder.

Ankestyrelsens principafgørelse 30-17 er ikke særlig behjælpelig, da den ikke entydigt peger på en klar skelnen mellem behandlingsredskab og hjælpemiddel. KL har taget denne uklarhed op på deres møde Det Rådgivende Praksisudvalg under Ankestyrelsen med henblik på at bede om en præcisering af principafgørelsen. Emnet vil ligeledes blive taget op på KL's hjælpemiddelgruppe.

Borgernes ønsker

Sensorbaseret glukosemåling er med til at forebygge følgesygdomme og øge trygheden og livskvaliteten for borgeren samt er med til at understøtte et stabilt blodsukker.

Sensoren er bekvem, enkel og nem at anvende. Når borgeren er behandlet ned i stabilt leje på hospitalet, ønsker de fleste, når de skal videre med målingen som et varigt hjælpemiddel at have mulighed for at kunne fortsætte med sensorbaseret måling.

Økonomibetragtninger

Det er et spørgsmål om hvorvidt der udelukkende skal anlægges et økonomisk perspektiv eller om de helbredsmæssige og kvalitetsmæssige værdier ved anvendelsen af glukosemåler skal indgå i vurderingen.

Der er stor forskel i beregningerne af merudgiften ved bevilling af glukosemålere.

Bevilling af glukosemålere på hospitalet

Bevilling af glukosemålere på hospitalet følger de fælles nationale retningslinjer. Jfr. tidligere afsnit.

Punkt nr. 8 - Orientering: Problemstillinger vedr. glukosemålere

Bilag 1 - Side -6 af 9

De patienter, som benytter glukosemåling til daglig vil ikke benytte det samme antal målesstrips og lancetter som tidligere. Disse kan ikke helt undværes til ekstra kontrol af blodsukkeret især i forbindelse med høje og lave sensor-målinger, hvilket anbefales fra leverandøren. Dermed vil udgifterne til dette falde i kommunerne, som i dag udleverer disse.

Det anbefales at type 1-patienterne i gennemsnit måler deres blodglukose 4 – 10 gange dagligt i en traditionel opfølgning på deres diabetes, og at det i gennemsnit vil være ca. 1 gang hver anden dag hvis de overgår til glukosemåling.

Der er stor forskel på de oplysninger det har kunnet lade sig gøre at skaffe på udgifterne til indkøb af strips og lancetter, idet disse varierer fra 1,80 kr. dagligt til 4,20 kr. dagligt.

I Region Hovedstaden indkøbes glukosemålerne hos Abbott laboratories A/S, og hedder Free Style Libre (FSL)

- Der er 2 modeller vedr. aflæsning, den ene koster 519,20 kr. (Freestyle Libre 1), den anden 599,20 kr. (Freestyle Libre 2)
- Sensorerne, som skal skiftes minimum hver 14. dag koster hhv. 359,99 kr. og 373 kr. afhængig af model.

Hvis det antages at måleren udskiftes en gang årligt, og der anvendes 30 sensorer, så koster det årligt mellem 11.300 kr. og 11.800 kr. pr patient.

årlig udgift	
373,00	360 sensor pr. stk
599	519 måler
11.190	10.800 30 sensorer pr. år
11.789	11.319

Dette er udgifter, der afholdes af hospitalerne, når patienterne har fået måleren udleveret som et behandlingsredskab.

Forbrug af målesstrips og lancetter bevilliges af kommunen.

Bevilling af FGM/FSL i kommunerne

Hvorvidt kommunerne bevilliger FGM/FSL som hjælpemiddel er meget forskelligt.

Århus kommune

I Århus kommune er det muligt for de borgere, der ikke i hht SEL §112 har fået bevilliget en FGM/FSL som hjælpemiddel via frit valg at erhverve sig en glukosemåler, da kommunen har indgået aftale med firmaet Abbott. Borgerne kan

Punkt nr. 8 - Orientering: Problemstillinger vedr. glukosemålere

Bilag 1 - Side -7 af 9

nu konvertere deres tilskud til en flash glukosemåler ved en egenbetaling på mellem 0 – 3000 kr. årligt.

Kommunerne i Region Hovedstaden

Eksempel 1: Borger får 1 stk. Free Style Libre Glukosemåler (engangsbevilling på 600 kr), samt Free Style sensorer, max 36 stk. pr. år. (løbende bevilling).

Derudover fastholder borger sin bevilling på teststrimler, max 150 stk. årligt og lancetter, max 150 stk. årligt. Til kr. 350.

Hvis der er bevilliget en glukosemåler vil antallet af teststrimler og lancetter nok højst ligge på 90 stk. af hver. Behovet vil dog afhænge af hvor meget pt måler dagligt. Nogle måler ikke når de har en glukosemåler – kun i tilfælde af at apparatet er gået i stykker.

Løbende årlig udgift på ca. 13.250 kr. samlet set

Eksempel 2: Prisforskellen afhænger af borgers tidligere forbrug af testmateriale. Vi bevilger 27 stk. sensorer pr. år – dvs. 2,25 stk. pr. mdr. (en sensor sidder almindeligvis 14 dage på armen) á ca. 360 kr.

Vi bevilger 50% af udgiften til aflæseren (ca.300kr.) og vi har ikke sat et fast antal teststrimler på hvad borger må bestille ved siden af.

Eksempel 3: Vi foretager individuelle beregninger af ekstra omkostninger i forbindelse med ansøgninger om FSL, især for at belyse, at vi stiller bedst biligt egnede hjælpemiddel til rådighed. Meromkostninger afhænger af borgernes daglige blodsuktermålinger og er derfor ikke ens fra sag til sag, men vurderingen er, at der er meromkostninger på omkring kr. 8.000 pr. sag pr. år. I vores beregninger indgår kun teststrimler, lancetter kontra FSL-sensorer.

Eksempler på volumen på ansøgninger i kommunerne på glukosemålere.

Rudersdal kommune

2020: 35 sager

2021: 33 sager indtil august

Bornholms Regionskommune

2020: 25 sager

2021: 30 sager indtil august

Hvem er inde over problematikken?

Problematikken er kendt nationalt – og bør løses nationalt.

Diabetesforeningen har i september 2020 opfordret til at gøre glukosesensorerne til standard for alle, der er afhængig af insulin. De opfordrer politikerne til at investere i en moderne diabetes behandling.

Problemet er kendt i **de andre regioner**. Fx oplever de i Region Nord, at der bevilliges meget få glukosemålere i kommunerne. Deres netværksgruppe for hjælpemidler og behandlingsredskaber har drøftet problematikken, og de er enige om, at de ikke kan løse problematikken, men at dialogen mellem hospitalerne og kommunerne er vigtig og måske den eneste vej, som det ser ud lige nu.

Danske Regioner er opmærksomme på problematikken, og man afventer evalueringen af de fælles nationale retningslinjer og tildelingskriterier.

Formanden for **KL's sundheds- og ældreudvalg**, rådmand Jette Skive fra Aarhus Kommune har i brev fra Sundhedsministeriet sidste år fået oplyst, at regeringen ønsker at se på, om man kan tydeliggøre reglerne vedrørende afgrænsningen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler generelt set.

Som den første kommune i landet giver **Århus Kommune** deres borgere mulighed for at købe en glukosemåler under frit valgs ordningen. Det giver borgeren mulighed for mod betaling af prisdifferencen at vælge et dyrere hjælpemiddel end det, som kommunen yder støtte til. Dette er muligt, da Århus kommune har indgået en aftale med Abbot og indkøbt glukosemålere. Abbot leverer glukosemålere til kommunerne men sælger ikke til private.

Nogle borgere der har fået et afslag på bevilling i kommunen, vælger at søge på nettet i andre lande. Disse muligheder er med til at forøge uligheden i sundhed.

Problemstillinger fra forskellige vinkler

Set fra Hospitalet:

- Hvis Flash Libre i første omgang er tildelt som behandlingsredskab og HbA1c falder til under 70 mmol/mol skal patienten i hht de nationale retningslinjer opfordres til at søge sin kommune om at få Flash Libre bevilget som hjælpemiddel. Indtil dette sker, skal Flash Libre udleveres fra hospitalets diabetesafdeling. (man kan som patient ikke købe Flash Libre selv).
- Kommunerne har meget forskellige tilgange til at vurdere om Flash Libre kan bevilliges som hjælpemiddel – mange kommuner giver afslag

Set fra kommunen

- Kommunerne behandler ansøgningerne meget forskelligt. Nogle kommuner bevilliger meget få andre hyppigt. Kommunen henholder sig til ankestyrelsens principafgørelse 30-17 som er ikke særlig behjælpelig, da den ikke entydigt peger på en klar skelnen mellem behandlingsredskab og hjælpemiddel.
- Økonomien spiller en stor rolle for hvilket hjælpemiddel der bevilliges
- Kommunerne oplever at der ikke fra hospitalet er kommunikeret med patienterne om, at det ikke nødvendigvis er Flash Libre som kommunen bevilliger

Set fra patienten

- Patientens ønsker inddrages ikke nødvendigvis i kommunens vurdering – hvilket giver frustrationer
- Udviklingen giver mulighed for en løsning (Flash Libre) som er meget let at håndtere for patienterne. Ved at kommunen vælger den billigste løsning så som de traditionelle strips og lancetter – giver måske fordele på den korte bane – men hvorvidt en Flash Libre kan være med til at give patienten en bedre hverdag og et mere stabilt blodsukker og på sigt være med til at forebygge følgesygdomme inddrages ikke i vurderingen

Vaccinationstilslutningen i Region Hovedstaden fordelt på målgrupper

Målgruppe	Påbegyndt vaccination	Færdigvaccineret
Plejhjemsboere (Målgruppe 1)	97%	96%
Personer med alder ≥ 65 år som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp (Målgruppe 2)	93%	92%
Personer med alder ≥ 85 år (Målgruppe 3)	96%	96%
Personale i sundheds-, ældre- og udvalgte dele af socialsektoren med særlig risiko for smitte, eller som varetager en kritisk funktion. (Målgruppe 4)	99%	99%
Udvalgte personer med tilstande og sygdomme, som medfører særligt øget risiko for alvorligt forløb ved COVID-19 (Målgruppe 5)	95%	95%
Udvalgte pårørende til personer med særligt øget risiko for et alvorligt forløb ved COVID-19 (Målgruppe 6)	96%	95%
80-84 år (Målgruppe 7)	97%	97%
75-79 år (Målgruppe 8)	97%	97%
65-74 år (Målgruppe 9)	96%	95%
60-64 år (Målgruppe 10A)	93%	93%
55-59 år (Målgruppe 10B)	92%	91%
50-54 år (Målgruppe 10C)	90%	89%
16-19 år + 45-49 år (Målgruppe 10 D1)	86%	84%
20-24 år + 40-44 år (Målgruppe 10 D2)	81%	78%
25-29 år + 35-39 år (Målgruppe 10 D3)	78%	75%
30-34 år (Målgruppe 10 D4)	77%	74%
12-15 år (Målgruppe 11)	68%	62%

Kilde: SSL. Opdateret 16.11 2021.