

Sundhedssamarbejdsudvalget

MØDETIDSPUNKT

23-06-2023 13:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

MEDLEMMER

Lars Gaardhøj
Benedikte Kiær
Susanne Due Kristensen
Karsten Längerich
Sisse Marie Berendt Welling
Kirsten Jensen
Merete Amdisen
Trine Græse
Annie Hagel
Karin Friis Bach
Christine Dal
Christoffer Buster Reinhardt
Jacob Trøst
Jørgen Steen Andersen
Peder Reistad
Emilie Haug Rasch

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Dialogmøde mellem patientinddragelsesudvalget og sundhedssamarbejdsudvalget
3. Drøftelse: 72-timers behandlingsansvar
4. Drøftelse: Sundhedsprofil 2021 om kronisk sygdom
5. Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi
6. Godkendelse: Slutstatus for Sundhedsaftale 2019-2023
7. Meddelelse
8. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

23036347

2. DIALOGMØDE MELLEM PATIENTINDDRAGELSESUDBALGET OG SUNDHEDSSAMARBEJDSUDVALGET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Et tæt og aktivt samarbejde med borgerne er helt centralt i arbejdet med udvikling af det tværsektorielle samarbejde om sundhed, og ikke mindst i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Formålet med dialogmødet er, at medlemmerne af Sundhedssamarbejdsudvalget og Patientinddragelsesudvalget drøfter ønsker og forventninger til samarbejdet med fokus på udkastet til Sundhedsaftale 2024-2027 (bilag 1).

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget og Patientinddragelsesudvalget drøfter Patientinddragelsesudvalgets ønsker til Sundhedsaftale 2024-2027 og forventninger til samarbejdet.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Patientinddragelsesudvalget er et lovbestemt udvalg, der systematisk skal inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for planerne for almen praksis og Sundhedssamarbejdsudvalgets områder. Det består af tre medlemmer udpeget af Danske Patienter, tre medlemmer udpeget af Danske Handicaporganisationer, ét medlem udpeget af Regionsældrerådet og ét medlem udpeget af ÆldreSagen.

Patientinddragelsesudvalget er derfor meget centralt i arbejdet med organisatorisk brugerinddragelse og styrkelsen af samarbejdet med patienter og pårørende, som er en vision i den nuværende sundhedsaftale 2019-2023.

Patientinddragelsesudvalget er også høringspart til sundhedsaftalen, men de vil på mødet uddybe deres ønsker til den kommende sundhedsaftale og fortælle om deres forventninger til samarbejdet om sundhedsaftalen.

Arbejdet med patientinddragelse i Sundhedsaftale 2019-2023

I den nuværende sundhedsaftales principper for samarbejdet fremgår det, at vi inviterer borgerne med fra start, når der skal arbejdes med udvikling i det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Deres unikke viden og perspektiv bidrager til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi for borgeren. Derfor har patient- og pårørenderepræsentanter været inviteret ind i flere administrative samarbejdsfora, herunder de tidligere samordningsudvalg, og Patientinddragelsesudvalget har været repræsenteret i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Sundhedsaftale 2024-2027

I arbejdet med den kommende sundhedsaftale har der været fokus på inddragelse af patienter og pårørende. I januar 2023 blev der afholdt dialogmøde med patientforeninger og faglige organisationer. Repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget har som medlemmer af Tværsektoriel strategisk styregruppe også bidraget til det høringsudkast til Sundhedsaftale 2024-2027, som Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte den 14. april 2023.

I selve høringsudkastet til den kommende sundhedsaftale er der fastholdt et fokus på, at patienter og pårørende involveres i såvel egen behandling som i udvikling af nye tiltag.

Det bemærkes, at der i forbindelse med etableringen af sundhedsklynger i lovgivningen er lagt vægt på inddragelse af patienter og pårørende i udviklingen af sundhedsvæsenet. Blandt andet skal der indgå patient- og pårørenderepræsentanter i de faglige sundhedsklynger.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

De væsentligste pointer fra drøftelsen tages med i de samlede høringsbemærkninger og forslag til den endelige sundhedsaftale, der forelægges til godkendelse i Sundhedssamarbejdsudvalget d.13. oktober 2023. Forinden drøftes høringssvarene i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Den endelige politiske godkendelse af sundhedsaftalen skal ske i regionen og i de 29 kommuner inden d.1. januar 2024.

JOURNALNUMMER

23036347

BILAGSFORTEGNELSE

1. Høringsudkast til Sundhedsaftale 2024-2027

3. DRØFTELSE: 72-TIMERS BEHANDLINGSANSVAR

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med denne sag gives en status på implementering af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, herunder monitorering og evaluering af aftalen. Dertil gives en orientering om telefonisk adgang til hospitalerne.

I sagen redegøres også for drøftelse om udfordringer og mulige løsninger i forhold til, at akutmodtagelserne ikke er omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar. Drøftelsen fandt sted i den tværsektorielle projektstyregruppe for 72 timers behandlingsansvar. Efterfølgende er projektstyregruppens anbefalinger drøftet i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

INDSTILLING

Det indstilles:

- at Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter implementeringen af aftale om 72 timers behandlingsansvar.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Status på implementering af aftale om 72 timers behandlingsansvar (version 2.0)

Aftalen om behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling trådte i kraft den 1. februar 2022. En justeret version 2.0 af aftalen trådte i kraft 1. januar 2023. Aftalen har til formål at øge tryghed og patientsikkerhed for borgeren og dennes pårørende i overgangen mellem hospital, kommune og almen praksis. Aftalen er i langt overvejende grad udarbejdet med udgangspunkt i allerede eksisterende arbejdsgange og aftaler om kommunikation på tværs af sektorer.

Antallet af patienter, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar, har stabiliseret sig på cirka 2.000 pr. måned. I april 2023 blev 1.980 patienter afsluttet med 72 timers behandlingsansvar. Dertil følges udvikling i antal afsendte udskrivningsrapporter, korrespondancemeddelelser, epikriser og genindlæggelser (se bilag 1). Data om epikriser og genindlæggelser forventes først at være klar i efteråret 2023.

Som supplement til kvantitative data er der blandt andet blevet gennemført kvalitative interviews, registreringer og tværsektorielle audits. Herunder viser resultater fra interviews med kommunale hjemmesygeplejersker, at der er stor tilfredshed med aftalen, men der er begrænset anvendelse af aftalen, primært på grund af utilstrækkeligt kendskab til aftalens eksistens og indhold. Resultater fra tværsektorielle audits viser, at opkald til hospitalet vedrørende medicin og præcisering af behandlingsplan hurtigt bliver løst. Auditpanelet vurderede, at der var skabt bedre koordination og kvalitet i behandling for halvdelen af de auditerede forløb, og at de fleste opkald kan forebygges ved bedre planer og styr på medicin ved udskrivelse. Både resultater fra audits og interviewene viser, at opkald vedr. flere komplekse problemstillinger oftere bliver afvist eller kun delvist løst, og ved behov for inddragelse af egen læge opleves en uklar ansvarsfordeling.

Den samlede evaluering planlægges i to delelementer. Første delanalyse forventes at foreligge i sensommeren 2023 og vil indeholde data fra kvalitative interviews, tværsektorielle audits og monitoreringen i 2022 og foreløbige data om økonomi og aktivitet. Anden delanalyse forventes at foreligge primo 2024 med data indsamlet i 2023.

Telefonisk adgang til hospitalerne

Der har i sundhedsklyngerne været en drøftelse om telefonisk adgang til hospitalerne. Drøftelsen kommer på baggrund af et ønske fra flere kommuner om en ensartethed i forhold til telefonisk adgang til hospitalerne. På nogle hospitaler skal kommunerne kontakte den udskrivende afdeling, på andre hospitaler skal kommunerne kontakte en central visitationsenhed. Den overordnede konklusion i klyngerne var, at de ikke finder det problematisk, at der er lokale løsninger på de forskellige hospitaler i forhold til telefonisk adgang.

Konklusionen på drøftelserne i klyngerne er blevet forelagt Tværsektoriel strategisk styregruppe, som er enige i overstående bemærkninger. Dog blev det bemærket, at det fortsat kan være svært at få kontakt til hospitalerne i ydertimerne. Det blev besluttet at arbejde videre med dette lokalt.

Målgruppe for aftale om 72 timers behandlingsansvar

For at afdække og drøfte udfordringer og mulige løsninger i forhold til, at akutmodtagelserne ikke er omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, afholdt projektstyregruppen for 72 timers behandlingsansvar den 16. marts 2023 en workshop med repræsentanter for kommuner, hospitaler og almen praksis samt brugerrepræsentanter. Hensigten med workshoppen var at tilvejebringe det bedst mulige beslutningsgrundlag til en kommende drøftelse i Sundhedssamarbejdsudvalget, herunder forslag til det videre arbejde med at afklare mulige løsninger for aftalen.

På workshoppen var der enighed blandt parterne om, at håndtering af patienter med ophold i hospitalernes akutmodtagelser er en fælles udfordring, og at løsningerne for disse patienter forudsætter et samarbejde med deltagelse af hospitaler, kommuner og almen praksis. På workshoppen blev det tydeligt, at 72 timers behandlingsansvar ikke entydigt er løsningen for patienter med ophold i akutmodtagelserne. Disse patienter er ofte på hospitalet i mindre end 24 timer og opfylder ikke betingelsen for at få kommunal sygepleje. Workshoppen tydeliggjorde, at der allerede er igangsat mange regionale og lokale initiativer, som håndterer gruppen af patienter med ophold i akutmodtagelserne. Desuden tydeliggjorde workshoppen, at det er svært på baggrund af eksisterende data at pege på, hvor der eventuelt er et behov for udvidelse af målgruppen.

Projektstyregruppens anbefalinger

Projektstyregruppen konkluderer på baggrund af workshoppen den 16. marts 2023, at der er tre overordnede udfordringer for patienter med ophold i akutmodtagelserne:

1. Der er behov for et fælles begrebsapparat om patienterne, herunder forløbsforståelse. Workshoppen illustrerede, at hvad der opfattes som komplekst af én faglighed i fx en kommune ikke nødvendigvis opfattes som komplekst på fx et hospital. Dertil var der også forskellige definitioner og problemforståelser i henholdsvis kommune, praksis og hospital fx med hensyn til grader af sårbarhed og skrøbelighed.
2. Der er et behov for operationalisering af kommunikationsaftalen for at understøtte en bedre kommunikation om borgere med ophold i akutmodtagelserne.
3. Der er et behov for at øge forståelsen for hinandens driftsvirkelighed. Workshoppen viste, at der er en meget forskellig organisering af dels akutmodtagelserne, dels kommunernes organisering rundt om akutmodtagelserne, hvilket understreget behovet. Der var enighed om, at der ligger et stort potentiale i at øge indsigten i hinandens driftsvirkelighed, arbejdsområder og rutiner.

Tværsektoriel strategisk styregruppe drøftede anbefalingerne på møde den 8. maj 2023 og konkluderede:

- at aftale om 72 timers behandlingsansvar ikke for nuværende bør udvides til at omfatte akutmodtagelserne, men at løsningerne i første omgang skal findes i de lokale sundhedsklynger.
- at sundhedsklyngerne opfordres til at drøfte udfordringer med sårbare patienter med behov for en tværsektoriel indsats, der udskrives fra akutmodtagelser, og drøfter muligheder for at håndtere disse patienter på nye måder.
- at det er vigtigt, at Tværsektoriel strategisk styregruppe følger op på klyngernes arbejde i forhold til akutte sårbare patienter og drøfter evt. udbredelse af gode løsninger samt evt. behov for at aftale fælles løsninger på tværs af klyngerne. Der planlægges derfor med en opfølgende drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe om ca. 6-8 måneder.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedssamarbejdsudvalget vil fortsat følge arbejdet med implementering og evaluering af 72 timers behandlingsansvar i 2023. Næste orientering forventes forelagt for udvalget ultimo 2023.

JOURNALNUMMER

23036347

BILAGSFORTEGNELSE

1. Udvikling 72 timer feb 2022-maj 2023 (D11391408)

4. DRØFTELSE: SUNDHEDSPROFIL 2021 OM KRONISK SYGDOM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedssamarbejdsudvalget fik ved mødet den 14. april 2023 en meddelelse om, at "Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og Kommuner - Kronisk Sygdom" var udkommet. Meddelelsen indeholdt samtidig et kort oprids af hovedfundene.

I forbindelse hermed tilkendegav Sundhedssamarbejdsudvalget ønske om at få et oplæg om resultater fra rapporten. Oplægget præsenteres af forskere bag undersøgelsen fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden. Sundhedssamarbejdsudvalget kan med afsæt i oplægget drøfte ønsker til det videre samarbejde på området.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget med afsæt i oplæg om "Sundhedsprofil 2021 del II - Kronisk Sygdom" drøfter det videre samarbejde om borgere med kronisk sygdom.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og Kommuner

Hvert fjerde år udarbejdes en Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommunerne. *Rapporterne* navngives efter det år, hvor borgerne har svaret på den spørgeskemaundersøgelse, som danner baggrund for de selvrappede data i Sundhedsprofilen. Sundhedsprofil 2021 består af tre delrapporter.

Sundhedsprofil 2021 del I udkom i marts 2022 og omhandlede trivsel, risikoadfærd og risikofaktorer blandt borgere i Region Hovedstaden baseret på spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?".

Sundhedsprofil 2021 del II udkom 28. marts 2023, hvor den blev lanceret på Glostrup Hospital. Den omhandler forekomsten af en række udvalgte kroniske sygdomme blandt borgere på 16 år og ældre i Region Hovedstaden baseret på primært registerudtræk, men for enkelte diagnoser selvrappede oplysninger. Det er opgjort, hvor mange der lever med den pågældende sygdom, hvor mange som er ny-diagnosticerede, hvordan udviklingen har været over tid, samt hvordan sygdommen er fordelt på køn, alder, uddannelsesniveau, kommuner og sundhedsklynger.

Generelt er billedet, at flere borgere lever med kronisk sygdom - fx havde 5,3% af borgernes diabetes i 2021, mens det var 4,2% i 2010. Der ses desuden fortsat en markant social ulighed i forekomsten af kronisk sygdom, som også afspejles i store kommuneforskelle. På tværs af regionens fem sundhedsklynger ses de højeste forekomster af de fleste kroniske sygdomme i Sundhedsklynge Bornholm og Sundhedsklynge Nord, hvilket formentlig hænger sammen med en større andel ældre borgere og borgere med grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelse.

For selvrappede depression, selvrappede angst, skizofreni og demens (blandt +65-årige) ses dog en anden tendens, da de højeste forekomster her ses i Sundhedsklynge Byen og i nogle tilfælde Sundhedsklynge Syd.

Resultaterne peger også fortsat på en bekymrende udvikling i forhold til unges mentale sundhed, idet der for psykiske sygdomme ses relativt store stigninger i forekomsten blandt de yngre borgere, især blandt de helt unge kvinder. Der er dog også væsentlige lyspunkter i resultaterne, da der for flere sygdomme er blevet konstateret færre nye tilfælde fra 2010 til 2021, hvilket ses for sygdomme som hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og demens (blandt +65 årige).

Sundhedsprofil 2021 del III, som er sidste del af Sundhedsprofil 2021, udkom den 13. juni 2023 og omfatter en dataanalyse på tværs af resultaterne fra Sundhedsprofil del I og II. Sundhedsprofil del III giver således en beskrivelse af trivsel, risikoadfærd og risikofaktorer blandt borgere med udvalgte kroniske sygdomme, hvilket blandt andet kan bruges til tilrettelæggelse af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Sundhedsprofil del I, II og III (fra 13. juni 2023) kan ses her: www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/om-sundhedsprofilen/Sider/Om-sundhedsprofil-2021.aspx

Oplæg i sundhedssamarbejdsudvalget

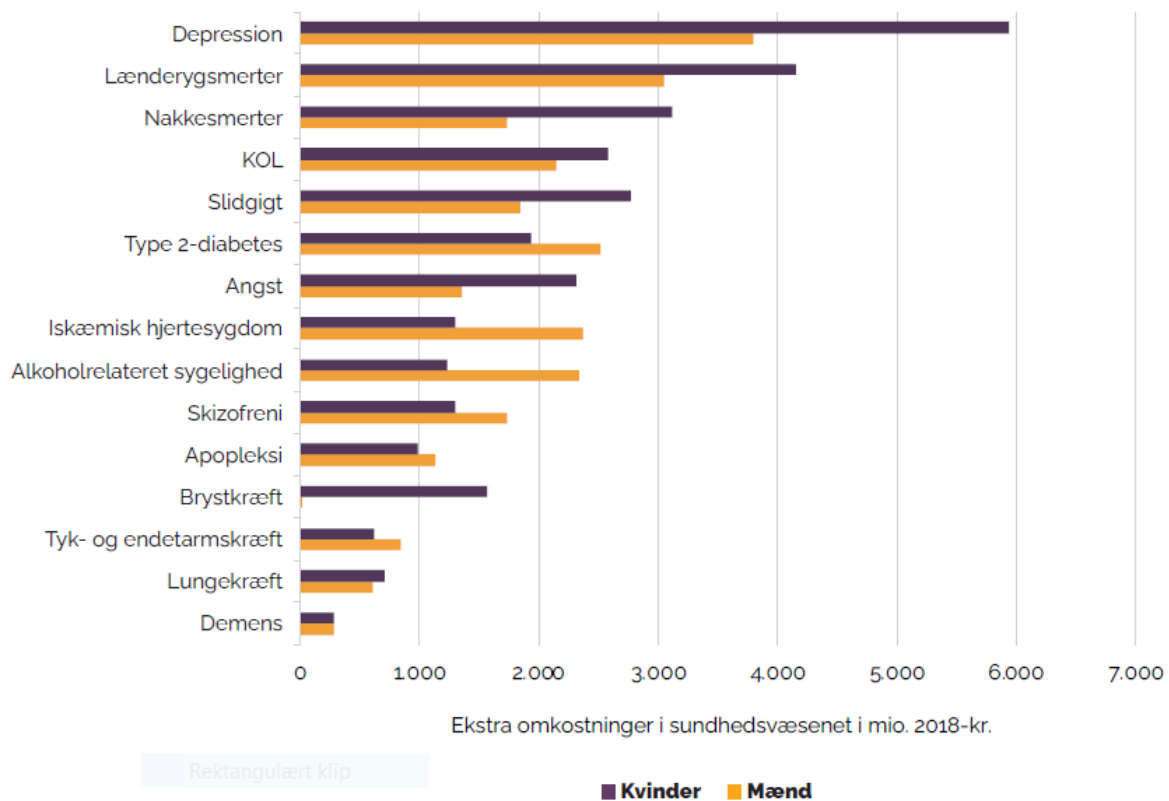
I forbindelse med meddelelsen til sundhedssamarbejdsudvalget den 14. april 2023 om Sundhedsprofil 2021 del II - Kronisk Sygdom tilkendegav udvalget ønske om, at sundhedssamarbejdsudvalget får et oplæg om rapporten på et kommende møde. Der gives ved dette møde derfor et oplæg af forskere fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden med fokus på Sundhedsprofil del II, herunder variationen mellem sundhedsklyngerne.

Sundhedssamarbejdsudvalget udtrykte den 14. april desuden ønske om, at relevante politiske udvalg i kommunerne også får mulighed for at høre oplæg om Sundhedsprofil 2021 del II Kronisk Sygdom. Der arbejdes aktuelt på afklaring af, hvordan dette kan tilbydes.

Efterfølgende drøftelse

På baggrund af oplægget fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse lægges op til en bredere drøftelse af hvilke udfordringer i forhold til kronisk sygdom, som sundhedssamarbejdsudvalget mener, at der særligt bør samarbejdes om. Der skal her være opmærksomhed på, om det er udfordringer, som bedst adresseres fremadrettet i regi af sundhedsklyngerne eller sundhedssamarbejdsudvalget.

I drøftelsen kan det eventuelt inddrages, at Sundhedsstyrelsen har fået udarbejdet en rapport om en række udvalgte sygdommes betydning for sygdomsbyrden i Danmark set på samfunds niveau (1). Her er det blandt andet opgjort, hvor store ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet, som kan tilskrives en række sygdomme. I estimatet for omkostninger indgår både omkostninger i hospitalssektor og praksissektor, omkostninger til receptpligtig medicin samt omkostninger til hjemmehjælp. Heraf ses, at depression er den sygdom, som medfører de største ekstra omkostninger efterfulgt af lænderygsmærter, nakkesmerter, KOL, slidgigt, type 2 diabetes, angst, iskæmisk hjertesygdom, alkoholrelateret sygelighed, skizofreni, apopleksi, brystkræft, tyk-og endetarmskræft, lungekræft og demens. Demens er således den af de inkluderede sygdomme i analysen, som medfører de laveste ekstraomkostninger. Størrelsesordenen af udgifterne fremgår af figuren herunder.



Figuren viser ekstraomkostninger i sundhedsvæsenet blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelsesniveau og sygelighed. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 (1).

1) "Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme", udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen, 2022.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den videre proces tilrettelægges på baggrund af drøftelserne i sundhedssamarbejdsudvalget ved mødet den 23. juni 2023.

JOURNALNUMMER

23029125

5. GODKENDELSE: FORLÆNGELSE AF AFTALE OM INTRAVENØS BEHANDLING TIL BORGERE I KOMMUNALT REGI

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Aftalen om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden trådte i kraft den 4. oktober 2021 og udløber efter en toårig periode. Sundhedssamarbejdsudvalget skal derfor senest den 30. september 2023 træffe beslutning om forlængelse af aftalen. Aftalen blev indgået mellem de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden med formålet om at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi, så ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser. Erfaringerne med aftalen er gode, men antallet af IV-forløb, der hidtil er sket i kommunalt regi, er relativt begrænset. Der har på ca. 1½ år været ca. 800 IV-forløb i kommunalt regi. Derfor forslås det, at forlænge aftalen med henblik på at kunne foretage en evaluering af aftalen. Evalueringen vil indebære et arbejde med at belyse barrierer for udbredelse og forslag til løsninger med henblik på at styrke implementeringen af aftalen. Når evalueringen foreligger, tages stilling til om aftalen skal revideres og forlænges.

INDSTILLING

Det instilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget beslutter en forlængelse af aftalen om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden med henblik på at evaluere aftalen forinden beslutning om videreførelse.

at Sundhedssamarbejdsudvalget beder administrationen om at igangsætte en evaluering, der indebærer en afdækning af barrierer for implementering.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Aftalen om intravenøs behandling i kommunalt regi er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen og blev indgået mellem de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer den videre IV-behandling.

Hospitalets rolle:

- Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis det lægefagligt vurderes, at borgeren er egnet til IV-behandling i kommunalt regi, og hvis borgeren er i målgruppen for aftalen.
- Den behandlende hospitalsafdeling har det lægefaglige ansvar for den opstartede IV-behandling, indtil denne er afsluttet og står til rådighed med rådgivning.
- Lægen på hospitalet vælger den behandlingsform, der passer bedst til borgeren, og laver en behandlingsplan for det forventede IV-behandlingsforløb i kommunen.
- Hospitalet medgiver al ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe i forbindelse med den ordinerede behandling samt sygeplejeartikler til behandlingen og opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester.

Kommunens rolle:

- Kommunen vurderer, om de kan varetage opgaven og sikrer, at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.
- Kommunen vælger om borgeren skal visiteres til IV-behandling i klinik eller i eget hjem.
- Kommunen har ansvar for, at antal behandlingsdage, antal besøg og planlagt tid pr. besøg kan opgøres samt

- kvartalsvis at sende anmodning om afregning til regionen for de IV-behandlingsforløb, kommunen har håndteret.
- Den kommunale sygeplejerske sender et afslutningsnotat til den behandlende afdeling på hospitalet som dokumentation for afslutning af forløbet i kommunen.

Aftalen omfatter:

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

Målgruppen for aftalen er borgere i stabile forløb:

- som er opstartet i IV- behandling, der er givet under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.
- som er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi.
- med et ikke indlæggelseskrævende behov for IV behandling.
- som lægefagligt er vurderet egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

Afregning af forløb foregår efter en takstmodel med forløbstakster, hvor det forudsættes, at forløb med IV-behandling med antibiotika og IV-behandling med pumpe varer 1-6 dage, hvor et forløb med IV-behandling med isotone væsker varer 1-3 dage. Overstiger forløbene det forventede antal dage, anvendes dagtakster.

Status:

Der er i perioden oktober 2021 til maj 2023 (19 måneder) afregnet for i alt 809 IV-behandlinger i Region Hovedstaden. Det faktiske antal kan være lidt højere, da ikke alle kommuner har fremsendt fakturaer for alle gennemførte forløb. Dette afviger en del fra de 5.700 forløb per år, som var planlægningsgrundlaget. Der er mellem hospitalerne en variation i antallet af IV-behandlinger i kommunalt regi.

I aftalen er det beskrevet, at den skal evalueres efter to år samt at der senest den 30. september 2023 skal træffes beslutning om forlængelse. Da udbredelsen af aftalen ikke er sket som forventet, vurderer administrationen, at evalueringen bør omfatte en afdækning af barrierer for implementering samt løsninger til at nedbryde disse.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På Tværsektoriel strategisk styregruppes (TSS) møde den 1. september 2023 skal der tages stilling til, hvordan arbejdet med at evaluere og udbrede aftalen kan organiseres, herunder kan der nedsættes en styregruppe med ledelsesmæssig forankring fra både kommuner, region og hospitaler. Desuden kan der foretages en opfølgning på aftalen i de faglige sundhedsklynger med fokus på at belyse barrierer for udbredelse og forslag til løsninger. Sundhedssamarbejdsudvalget forventes at få forelagt resultatet af arbejdet i 2. halvår af 2024, hvor der kan træffes beslutning om forlængelse af aftalen

JOURNALNUMMER

23036347

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Aftale om IV-behandling i kommunalt regi Region H 2021
- ② 2. Aftale om registrering afregning og monitorering vedr IV behandling i kommunalt regi_23 aug 2022 (2022 pl)

6. GODKENDELSE: SLUTSTATUS FOR SUNDHEDSAFTALE 2019-2023

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Det fremgår af bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at der både skal udarbejdes en midtvejsstatus og slutstatus for sundhedsaftalen. Slutstatus skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering senest d. 1. juli 2023.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender vedlagte forslag til slutstatus for Sundhedsaftale 2019–2023.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Midtvejsstatus og slutstatus for sundhedsaftale 2019–2023 skal, ifølge vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, anvendes som grundlag for den kommende sundhedsaftale.

Midtvejsstatus for sundhedsaftale 2019–2023, der blev godkendt i juni 2021, havde fokus på erfaringer med det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Herunder erfaringer og læring fra samarbejdet under COVID-19. Derudover var der i midtvejsstatus en status for arbejdet med de pejlemærker og indsatser, som det tidligere Sundhedskoordinationsudvalg løbende havde prioriteret gennem første halvdel af aftaleperioden.

Erfaringer med den nuværende sundhedsaftale er også efterfølgende drøftet i Sundhedssamarbejdsudvalget i forbindelse med starten på arbejdet med den kommende Sundhedsaftale.

På baggrund af drøftelsen er en række elementer fra den nuværende aftale indarbejdet i det høringsudkast til den kommende sundhedsaftale, som Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte den 14. april 2023. Forslaget til den kommende aftale er dog samtidig opdateret, så den afspejler aktuelle potentialer og udfordringer for videreudviklingen af det tværsektorielle samarbejde om sundhed i regionen.

Det vedlagte forslag til slutstatus for Sundhedsaftale 2019-2023 er en opdatering af Midtvejsstatus fra juni 2021.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Slutstatus skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering senest d. 1. juli 2023.

JOURNALNUMMER

23036347

BILAGSFORTEGNELSE

1. Slutstatus sundhedsaftale 2019 - 2023

7. MEDDELELSE

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose

Sundhedsstyrelsen har i mail stilet til Sundhedssamarbejdsudvalget oplyst at der er udkommet nye anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose.

Anbefalingerne skal være med til at understøtte en høj faglig kvalitet i den samlede indsats for mennesker med multipel sklerose på tværs af sygehuse, kommuner og praksisområdet, herunder at adressere en hensigtsmæssig opgavevaretagelse. Anbefalingerne er inddelt i tre temaer, der beskriver anbefalinger for hhv.:

- Diagnostisk udredning, behandling og opfølgning
- Organisering og samarbejde
- Faglige indsatser

Anbefalinger kan tilgås via: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Multipel-sklerose/Anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-multipel-sklerose.ashx?sc_lang=da&hash=32083D6E10043BF4B40E4F221C668D2F

JOURNALNUMMER

23036347

8. EVENTUELT

EVENTUELT

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

Sundhedssamarbejdsudvalget april 2023

Indledning

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

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

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

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

Udviklingen i samfundet og inden for sundhedsvæsenet betyder, at der hele tiden er nye aspekter, som vi må forholde os til. Frem mod 2035 kan vi forvente at blive mere end 100.000 flere borgere i regionen – cirka 25 pct. af befolkningen vil til den tid være over 60 år, og flere vil leve i mange år med én eller flere kroniske sygdomme. Denne udvikling sker samtidig med, at alle dele af sundhedsvæsenet i dag står med svære udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere. Sammenlagt skaber dette et stort pres på sundhedsvæsenet og dets medarbejdere, mens patienter oplever lange ventelister og udskudte behandlingsforløb. Det er derfor helt nødvendigt, at vi sikrer den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet.

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

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

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

**Punkt nr. 2 - Dialogmøde mellem patientinddragelsesudvalget og
sundhedssamarbejdsudvalget**
Bilag 1 - Side -3 af 14

Rammen for vores sundhedsaftale

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

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

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

Sundhedsaftalen skal danne fundament og sætte retning for sundhedsklyngerne. Samtidig betyder ansvaret for populationen, at sundhedsklyngerne skal handle differentieret og proaktivt i forhold til borgernes sundhed og at indsatser skal tilrettelægges, så de bedst tilgodeser den population, som de enkelte sundhedsklynger har ansvar for. Sundhedsklyngerne kan gøre dette ved at tage afsæt i konkrete data om populationen.

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

Vores visioner - Sammen om sundhed

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

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

Styrket sammenhæng i borgerens forløb

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

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

Mere lighed i sundhed

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

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

Tættere samspil med borgerne

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

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

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

**Punkt nr. 2 - Dialogmøde mellem patientinddragelsesudvalget og
sundhedssamarbejdsudvalget**
Bilag 1 - Side -5 af 14

Bedre brug af ressourcerne

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

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

HØRINGSUDKAST

Vores principper for samarbejdet

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

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

Samme høje kvalitet

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

Borgernes perspektiv

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

Effektiv ressourceudnyttelse

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

Rekruttering og fælles kompetenceudvikling

Når vi udfolder vores indsatser, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Det betyder blandt andet, at vi skal sørge for medarbejdernes medindflydelse, faglige udvikling og fokus på kerneopgaverne. Samtidig stiller udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler, vi indgår i Sundhedsaftalen, nye og store krav til

Punkt nr. 2 - Dialogmøde mellem patientinddragelsesudvalget og sundhedssamarbejdsudvalget

Bilag 1 - Side -7 af 14

vores medarbejdere. Vi skal derfor have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling og efteruddannelse.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

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

Helhedssyn

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

Sammenhængskraft

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

Datadeling

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

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

Sundhedsaftalens fokusområder

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

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

Samtidig vil vi fortsætte vores samarbejde om de borgere, der er blevet ramt af sygdom. De skal sikres tryghed og sammenhængende forløb med den rette behandling på rette sted.

Sammen om børn og unges sundhed

Det er vores mål, at:

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

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

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

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

Sammen om borgere med psykisk sygdom

Vores mål for fokusområdet

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

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

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

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

I målgruppen er også borgere med komplekse sociale udfordringer som hjemløshed og misbrug. Mange oplever et behandlingsforløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for deres individuelle behov. Vi skal derfor have opmærksomhed på borger- og patientforløb, der går på tværs af somatikken og psykiatrien, og vi skal arbejde målrettet for, at mennesker med psykiske sygdomme lever længere liv.

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

Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Vores mål for fokusområdet

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

Sammen om ældre og borgere med kroniske sygdomme

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

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

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

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

Fra aftale til handling

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

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

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

Grundpillerne i vores organisering er:

Sundhedsklyngerne

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

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

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

Sundhedssamarbejdsudvalget

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

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

**Punkt nr. 2 - Dialogmøde mellem patientinddragelsesudvalget og
sundhedssamarbejdsudvalget**
Bilag 1 - Side -12 af 14

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

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

Tværsektoriel strategisk styregruppe

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

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

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

Opfølgning

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

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

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

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

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

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

Bilagsoversigt

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

Bilagene kan hentes på www.regionh.dk/sundhedsaftale

HØRINGSUDKAST

BILAG

Dato: 13-06-2023

Til:

Uddybende status på aftale om 72 timers behandlingsansvar

Foreløbige erfaringer med aftalen

Aftalen om behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling trådte i kraft den 1. februar 2022. En justeret version 2.0 af aftalen trådte i kraft 1. januar 2023. Aftalen har til formål at øge tryghed og patientsikkerhed for borgeren og dennes pårørende i overgangen mellem hospital, kommune og almen praksis. Aftalen er i langt overvejende grad udarbejdet med udgangspunkt i allerede eksisterende arbejdsgange og aftaler om kommunikation på tværs af sektorer. Endvidere havde hospitalerne og de sundhedsprofessionelle i kommunerne, også før aftalen, kontakt med hinanden om patienterne. Aftalen har dog været med til at sætte nogle faste og systematiske rammer for kontakten mellem hospitalet og kommunen, hvilket stiller krav til de sundhedsprofessionelles arbejdsgange.

Aftalens parter har fulgt aftalen tæt med udgangspunkt i en række monitoreringsdata bestående af data fra Sundhedsplatformen, registreringer på hospitaler og kommuner samt kvalitative interviews og utilsigtede hændelser.

De foreløbige erfaringer med aftalen viser, at det generelt er gået godt med at implementere udvidet behandlingsansvar 72 timer på både hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Aftalen har øget trygheden i kommunerne, der oplever, at hospitalet er kommet tættere på.

I tabel 1 og 2 ses udvikling i antal borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler og kommuner i perioden februar 2022 til maj 2023.

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 72-timers behandlingsansvar

Bilag 1 - Side -2 af 5

I tabel 3 ses antal afsendte udskrivningsrapporter og i tabel 4 ses antal afsendte og modtagne korrespondancemeddelelser under 72 timers behandlingsansvar.

I figur 3 ses antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar ift. antal modtagne indlæggelsesrapporter.

Endvidere viser de kvalitative interviews, tværsektorielle audits samt registreringer på hospitaler og i kommuner overordnet følgende temaer som resultat af aftalen om 72 timers behandlingsansvar:

- *Tryghed i kommunerne:* Kommunerne er tilfredse med aftalen, og flere har oplevet øget tryghed, da afstanden til hospitalslægen er blevet kortere.
- *Begrænset anvendelse af aftalen:* Der er et utilstrækkeligt kendskab til aftalen i den kommunale sygepleje (særligt ift. kommunal sygepleje i eget hjem).
- *Bedre koordination og kvalitet i behandling:* Der er skabt bedre koordination og kvalitet i behandling for halvdelen af de auditerede forløb, og de fleste opkald kan forebygges ved bedre planer og styr på medicin ved udskrivelse.
- *Belastning af personale:* Aftalen opleves i nogle tilfælde at belaste et i forvejen presset personale på hospitalerne, særligt i forhold til arbejds-gange i Sundhedsplatformen. Flere vurderer dog, at aftalen fylder mindre end forventet.
- *Opkald vedrører medicin under indlæggelse:* Kommunerne ringer oftest med spørgsmål om medicin givet under indlæggelsen. Dernæst handler opkaldene om spørgsmål til behandlingsplan samt forværring af patientens tilstand.

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 72-timers behandlingsansvar

Bilag 1 - Side -3 af 5

Tabel 1 Udvikling i antal patienter, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordel på hospitaler mv.

Til Region /afsender Hospital	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23
Hovedstadsregionen	642	834	757	1.201	992	1.206	988	2.001	2.283	2.009	2.244	2.351	1.973	2.221	1.981	2.035
Amager og Hvidovre Hospital	133	170	151	215	176	266	169	441	522	461	514	556	434	506	459	452
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	118	127	144	268	195	211	206	420	453	413	457	478	392	435	377	400
Bornholms Hospital	5	3	10	14	11	15	18	53	71	50	61	76	74	69	54	64
Nordsjællands Hospital	84	118	125	151	158	199	170	351	418	340	438	495	427	457	424	434
Rigshospitalet	109	126	95	170	142	154	97	167	150	132	155	132	116	142	104	119
Herlev og Gentofte Hospital	193	290	232	383	310	361	328	569	669	613	619	614	530	612	563	566
Andre regioner	10	17	16	23	21	18	11	25	19	34	9	10	5	2		
Amager og Hvidovre Hospital	1	3		1	1	2		2	5	6	3	2	2			
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital			1	1		2	1	4	2	7	3	3				
Bornholms Hospital										1		1				
Nordsjællands Hospital				1		1		1	1	2			1	1		
Rigshospitalet	5	13	12	16	16	11	8	15	7	13	3	3				
Herlev og Gentofte Hospital	4	1	3	4	4	2	2	3	4	5		1	2	1		
Andre Lande	5	3	4	4	2	4		4	3		1		1			
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital								1	3							
Rigshospitalet	4	3	4	4	2	4		3			1		1			
Herlev og Gentofte Hospital	1															
Ikke oplyst		2			1		1	1			1					
Amager og Hvidovre Hospital								1								
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		1					1									
Nordsjællands Hospital											1					
Rigshospitalet		1			1											
Hovedtotal	657	856	777	1.228	1.016	1.228	1.000	2.031	2.305	2.043	2.255	2.361	1.979	2.223	1.981	2.035

Tabel 2 Udvikling i antal patienter, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på kommuner i hovedstadsregionen

kommuner	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23
Albertslund	6	8	9	9	13	13	14	29	46	29	36	35	43	34	36	33
Allerød	5	7	12	12	10	19	9	16	37	22	39	33	26	31	24	24
Ballerup	22	27	22	32	27	34	31	53	72	71	73	97	68	77	63	65
Bornholm	7	4	10	18	18	18	21	59	73	51	64	77	76	72	54	64
Brøndby	18	28	21	31	23	33	22	66	70	55	63	45	41	57	51	47
Dragør	5	9	5	15	13	10	4	18	25	25	28	38	15	23	19	20
Egedal	11	18	14	23	19	21	16	37	48	41	38	41	33	41	28	38
Fredensborg	13	17	12	22	15	22	16	44	53	48	48	65	42	48	57	56
Frederiksberg	43	55	55	109	69	79	85	133	147	125	138	131	112	139	101	130
Frederikssund	12	17	20	27	34	30	18	51	69	47	69	76	90	72	61	72
Furesø	15	26	17	37	24	33	24	37	59	64	56	65	43	51	41	54
Gentofte	35	55	47	66	62	82	61	84	103	88	94	94	78	116	73	73
Gladsaxe	28	39	28	46	42	37	53	77	92	83	71	61	61	74	79	72
Glostrup	7	9	12	23	11	18	14	25	32	34	27	35	38	33	32	37
Gribskov	12	15	18	16	16	21	15	51	62	42	77	63	63	68	60	60
Halsnæs	13	12	13	21	30	24	26	46	51	55	54	58	45	54	60	56
Helsingør	23	25	21	37	30	49	46	79	73	85	80	112	80	86	100	96
Herlev	12	26	11	29	20	36	35	30	60	50	53	44	45	39	56	44
Hillerød	11	23	26	28	26	29	26	51	55	42	59	62	66	68	63	52
Hvidovre	37	38	37	42	43	51	37	68	72	65	91	96	63	71	70	87
Høje-Taastrup	19	15	23	24	21	37	28	54	68	58	49	85	65	57	57	63
Hørsholm	16	9	20	11	8	23	21	43	45	32	43	44	35	44	33	43
Ishøj	10	15	4	12	12	19	10	39	32	25	33	26	22	34	26	30
København	166	204	185	339	256	307	217	520	544	504	548	593	462	546	483	472
Lyngby-Tårnby	22	25	32	37	38	45	33	55	84	73	77	66	66	69	57	64
Rudersdal	30	52	44	69	56	55	49	90	65	71	101	76	67	71	73	71
Rødovre	18	30	16	29	23	21	25	66	61	53	52	46	55	46	52	45
Tårnby	22	21	17	34	26	30	24	64	67	51	65	60	60	76	56	44
Vallensbæk	4	5	6	3	7	10	8	16	18	20	18	27	15	24	16	23
Hovedtotal	642	834	757	1.201	992	1.206	988	2.001	2.283	2.009	2.244	2.351	1.975	2.221	1.981	2.035

Punkt nr. 3 - Drøftelse: 72-timers behandlingsansvar

Bilag 1 - Side -4 af 5

Tabel 3 Antal afsendte udskrivningsrapporter

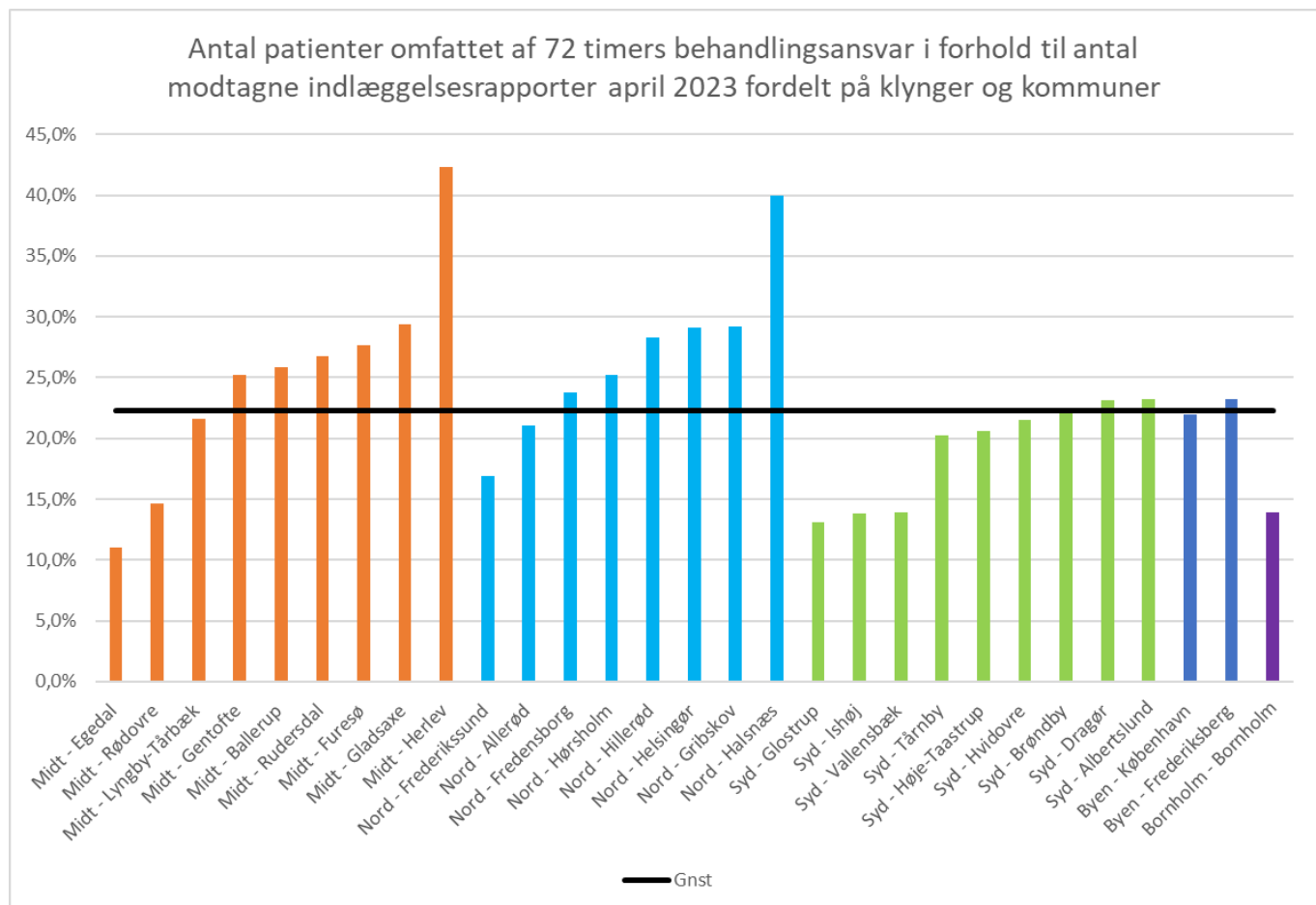
Udskrivningsrapporter - afsendte	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23
Amager og Hvidovre Hospital	352	388	328	389	426	342	391	377	363
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	435	481	442	451	502	385	443	383	392
Bornholms Hospital	54	72	54	64	77	68	52	44	59
Nordsjællands Hospital	359	445	377	438	502	405	455	426	450
Rigshospitalet	200	245	213	209	232	193	219	188	181
Herlev og Gentofte Hospital	600	676	592	624	595	498	572	525	549
I alt	2.000	2.307	2.006	2.175	2.334	1.891	2.132	1.943	1.994
Andel af 72-timers forløb, hvor der er afsendt en eller flere USR i forhold til afsluttede forløb		87%	86%	86%	86%	84%	85%	87%	87%

Tabel 4 Antal afsendte og modtagne korrespondancemeddelelser under 72 timers behandlingsansvar

Modtagne korrespondancemeddelelser	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	89	64	104	84	115	82	101	76	84
Amager og Hvidovre Hospital	2	4	17	16	13	13	19	6	16
Herlev og Gentofte Hospital	16	20	8	20	12	18	14	13	9
Nordsjællands Hospital	6	7	10	10	10	8	12	9	8
Rigshospitalet	2	18	6	5	6	1	9	4	14
Bornholms Hospital	3	18	6	5	8	10	6	4	7
I alt	118	131	151	140	164	132	161	112	138
Andel af 72 timers forløb, hvor der er modtaget en eller flere korrespondancemeddelelser	4%	4%	5%	5%	4%	5%	5%	4%	5%

Afsendte korrespondancemeddelelser	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	152	144	175	179	199	168	172	150	153
Herlev og Gentofte Hospital	85	124	125	117	116	101	140	107	97
Nordsjællands Hospital	58	83	53	98	95	75	110	102	80
Amager og Hvidovre Hospital	22	39	55	45	43	46	39	20	38
Rigshospitalet	11	28	18	23	22	19	21	17	26
Bornholms Hospital	13	22	8	11	15	14	15	9	12
I alt	341	440	434	473	490	423	497	405	406
Andel af 72 timers forløb, hvor der er modtaget en eller flere korrespondancemeddelelser	12%	13%	14%	14%	13%	14%	15%	13%	17%

Figur 1 Antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar ift. antal modtagne indlæggelsesrapporter



Opmærksomhedspunkter i forbindelse med aftalen om 72 timers behandlingsansvar

Et væsentligst opmærksomhedspunkt der er fremkommet i forbindelse med implementeringen er, at de fleste opkald til hospitalerne handler om medicin. Disse opkald kan forebygges ved bedre planer og styr på medicin ved udskrivelse samt ved hjælp frem for afvisning.

Data viser også, at der kan være en uklar ansvarsfordeling mellem hospitalslægen og egen læge og, at der er behov for et bedre samarbejde mellem hospitalslægen og egen læge.

Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden



Indhold

1. Indledning	2
1.1 Aftalens grundlag	2
1.2 Aftalens parter	2
1.3 Formål	2
1.4 Målgruppe	3
1.5 IV-behandling	4
2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi	5
2.1 Henvisning og visitation	5
2.2 Behandlingsansvar	6
2.3 Opstart på kommunal IV-behandling	6
2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi	7
2.5 Rådgivning under borgerens forløb	7
2.6 Afslutning af forløb	7
2.7 Kompetencer	8
3. Aktivitet og økonomi	9
3.1 Aktivitet	9
3.2 Økonomi	9
4. Monitorering og opfølgning	11
4.1 Monitorering	11
4.2 Opfølgning	11
5. Øvrige forhold	12
5.1 Implementering af aftalen	12
5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen	12
6. Temagruppens sammensætning	13

1. Indledning

Intravenøs behandling (IV-behandling) er et regionalt ansvarsområde, som finansieres og foregår på hospitalet under indlæggelse eller som ambulant behandling. IV-behandling kan også foregå i borgerens eget hjem med udgående personale fra hospitalet eller som selvadministration/brugerstyret behandling.

Hvis borgerne i stedet kan modtage deres intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i deres hverdag. Når borgeren modtager sin behandling udenfor hospitalet, kan det være med til at forebygge hospitalsinfektioner og særligt hos ældre borgere understøtte, at de fastholder deres funktionsniveau og bevarer en højere grad af livskvalitet.

IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer den videre IV-behandling.

Kommunen har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers IV-behandling kan varetages af kommunen.

1.1 Aftalens grundlag

Med Sundhedsaftale 2019-2023 vil vi skabe mere sammenhæng i borgernes forløb, mere lighed i sundhed, mere samspil med borgeren og mere sundhed for pengene.

Denne aftale tager afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. I aftalen betyder det, at der altid skal vælges den behandlingsform, som er mest sikker og effektiv, som er mindst mulig indgribende i borgerens liv, og som understøtter den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Aftalen er en forsøgsordning, hvor parterne i aftaleperioden har mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen.

1.2 Aftalens parter

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen. Parterne er de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med denne aftale er at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppe



Det forudsættes, at alle punkterne ovenfor er opfyldt. Der kan i helt særlige situationer og efter gensidig aftale mellem parterne være behov for at tage individuelle hensyn i konkrete forløb.

1.5 IV-behandling

Aftalen omfatter

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

I særlige situationer, og når der er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foretages. Det vil altid være en individuel vurdering.

Det vurderes altid om behandlingen alternativt kan gives som tabletter, som selvadministration/brugerstyret behandling eller i pumpe før traditionel IV-behandling.

Hospitalet anlægger en IV-adgang på borgeren, der egner sig til IV-behandling i kommunalt regi, med mindst mulig indgriben for borgeren og som samtidig understøtter smidige arbejdsgange for de kommunale sygeplejersker. Det vil typisk være gennem perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line), vaskulær injektionsport (VIP) og MID-line. Hospitalet har ansvaret for at genanlægge IV-adgang. Af hensyn til borgeren kan kommunen dog vælge at genanlægge PVK, forudsat kompetencerne er til stede.

IV-antibiotika leveres i lukkede systemer i infusionspose til intermitterende behandling, samt udvalgte antibiotika i døgndækkende poser, der indgives ved hjælp af elektroniske pumper. Desuden udvides muligheden for behandling med IV-antibiotika i elastomeriske/mechaniske pumper til døgndækkende behandling. I takt med udvikling af døgndækkende elastomeriske/mechaniske pumper, vil opsætning af IV-antibiotika ske 1 gang i døgnet i stedet for intermitterende doser, der gives 2-4 gange i døgnet.

Af hensyn til risiko for anafylaktisk chok skal den første dosis IV-antibiotika gives i hospitalsregi. Denne dosis kan gives under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.

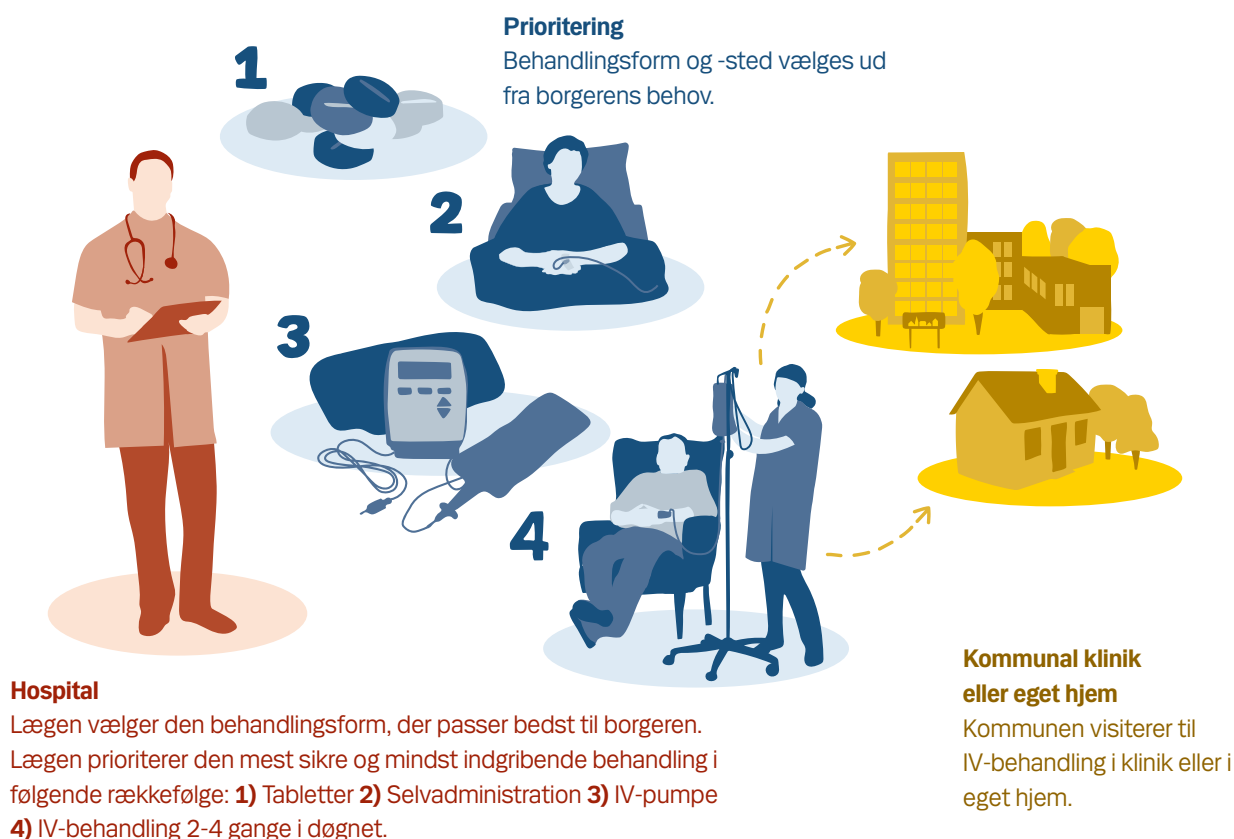
Den behandlingsansvarlige læge skal skriftligt præcisere, hvis borgeren ikke må forlades under indgiften.

I følgende situationer varetages behandlingsforløbet som udgangspunkt i hospitalsregi af hensyn til patientsikkerhed, arbejdsmiljø og/eller kommunal kapacitet:

- IV-behandlingsforløb med behov for mere end 4 besøg pr. døgn og/eller i tidsrummet fra 23.00-07.00.
- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end 60 minutter ad gangen.

2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi

IV-behandling uden for hospitalet



2.1 Henvisning og visitation

Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis det lægefagligt vurderes at borgeren er egnet til IV-behandling i kommunalt regi og hvis borgeren er i målgruppen for aftalen.

Det vurderes individuelt om borgeren kan overgå til tabletter eller selvadministration/brugerstyret behandling.

IV-behandling i kommunalt regi kan foregå i sundhedscenter/sygeplejeklinik/akutplads/midlertidig plads eller i eget hjem, herunder plejecentre og botilbud. Hvis IV-behandlingen finder sted i borgerens eget hjem, skal hjemmet være vurderet egnet hertil af kommunens personale.

Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi

Bilag 1 - Side -7 af 15

Borgeren skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi. Borgeren skal altid oplyses om at hospitalet har behandlingsansvaret og informeres om mulighederne for ambulant tid eller indlæggelse, såfremt noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses udenfor hospitalet.

Den samlede vurdering sker i et samarbejde mellem borgeren, eventuelt dennes pårørende samt fagpersoner i kommunen og på hospitalet.

2.2 Behandlingsansvar

Den behandlende hospitalsafdeling har det lægefaglige ansvar for den opstartede IV-behandling, indtil denne er afsluttet. IV-behandlingen delegeres til kommunen, mens hospitalet fortsat har ansvar for opfølgning på behandling, herunder blodprøver mv.

Praktiserende læge og Akutberedskabet har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er opstartet i hospitalsregi.

I situationer hvor IV-behandlingen er opstartet på et andet hospital i Region Hovedstaden end i borgerens hjemkommunes planområde, også i Region Hovedstaden, er disse forløb omfattet af nærværende aftale.

2.3 Opstart på kommunal IV-behandling

Kontakt til kommunen

Hospitalet tager telefonisk kontakt til kommunen med henblik på at afklare og aftale IV-behandling i kommunalt regi.

Kommunen vurderer om de kan varetage opgaven, herunder sikre at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.

Uddybning af de digitale arbejdsgange mellem hospital og kommune præciseres i særskilt oversigt over digitalt kommunikations-flow.

Behandlingsplan

Lægen på hospitalet lægger en plan for det forventede IV-behandlingsforløb i kommunen, herunder nødvendige observationer, forslag til blodprøver og ændring i medicinsk behandling ved behov.

Information om behandlingsplan, observationstid, eventuel kontrol af infektionstal, behandlingens længde samt kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlige afdeling på hospitalet sendes til kommunen via gældende MedCom henvisning.

Ved opstart på kommunal IV-behandling skal Fælles medicinkort (FMK) være ajourført med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling.

Al ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe i forbindelse med den ordinerede behandling medgives fra hospitalet. Desuden medgives sygeplejeartikler til behandlingen samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Hospitalet har under hele IV-forløbet ansvar for at levere ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe hos borgeren eller på kommunalt depot efter aftale. Tilsvarende har hospitalet ansvar for at levere

sygeplejeartikler samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Medgivet medicin opbevares i overensstemmelse med Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler.¹

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til kommunale sygeplejersker kan aftales for den enkelte borger (dvs. der kan ikke laves rammedelegation).²

Information til egen læge

I forbindelse med henvisning til kommunal IV-behandling sender hospitalslægen en epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi

Efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer kommunen den videre IV-behandling. Hospitalet genanlægger IV-adgang (PVK), hvis kommunen ikke har de nødvendige kompetencer.

Den kommunale sygeplejerske skal melde tilbage telefonisk til den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Hvis det er tilfældet, skal hospitalslægen foretage en ny vurdering af, hvorvidt der skal foretages ændringer i behandlingen. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Hvis lægen på hospitalet ordinerer prøver, skal lægen give de kommunale sygeplejersker besked om prøvesvarene og om disse får betydning for det aftalte forløb. Kommunikation om prøvesvar sker efter aftale i det konkrete behandlingsforløb og kan ske både telefonisk og via korrespondancemeddelelser. Når et svar afgives mundtligt, skal kommunikationen foregå via Sikker Mundtlig Kommunikation. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Praktisk håndtering af ordinerede blodprøver aftales lokalt i planområderne.

Faglige vejledninger til hospitaler og kommuner vedrørende IV-behandling i kommunalt regi vil supplere og understøtte denne aftale.

2.5 Rådgivning under borgerens forløb

Hospitalet stiller kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af det kommunale personale. Hospitalet står til rådighed hele døgnet for spørgsmål vedrørende igangværende IV-forløb.

2.6 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem hospitalslægen på den behandlende afdeling og den kommunale sygeplejerske.

¹ Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

² Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundheds- og Ældreministeriet, 2009. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>

Som dokumentation for afslutning af forløbet i kommunen sender den kommunale sygeplejerske et afslutningsnotat til den behandlende afdeling på hospitalet.

Når forløbet er afsluttet, sender hospitalet en ambulant epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.7 Kompetencer

Det forudsættes, at de kommunale sygeplejersker er oplært i forhold til IV-antibiotika- og IV-væskebehandling.

De kommunale sygeplejersker har faglige kompetencer indenfor følgende områder:

- Klinisk erfaring med observation og pleje af IV-adgang, herunder forebyggelse af komplikationer fx infektioner.
- Viden om og erfaring med hygiejniske principper og steril teknik.
- Viden om de valgte præparaters virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om behandling af allergiske reaktioner, herunder anafylaktisk chok.³
- Klinisk erfaring med væske- og elektrolyt behandling, samt behandlingens virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om hjerte- og kredsløbets respons på væske- og elektrolytbehandling.
- Kendskab til de arbejdsmiljømæssige krav i forbindelse med indgift af præparaterne.⁴

De kommunale sygeplejersker kan have behov for at genopfriske og vedligeholde deres faglige kompetencer - og for yderligere oplæring. Behov for oplæring i forhold til konkrete IV-behandlingsforløb kan fx ske ved sidemandsoplæring og aftales enten lokalt eller mellem hospitalet og den kommunale sygepleje.

Ved behov kan kurser mhp. kompetenceudvikling udbydes og koordineres i regi af planområderne samt på regionalt niveau.

³ Behandling ved mistanke om anafylaksi skal fremgå af lokale instrukser, jf. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (VEJ nr 9079 af 12/02/2015). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>; Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

⁴ Af miljømæssige hensyn bortskaffes risikoaffald i henhold til kommunens regler for håndtering af risikoaffald.

3. Aktivitet og økonomi

3.1 Aktivitet

Det er forventningen, at der i Region Hovedstaden er ca. 5.700 årlige IV-forløb i kommunalt regi, når aftalen er fuldt implementeret. Estimatet af antal årlige forløb er baseret på en vurdering fra Herlev og Gentofte Hospital, der har erfaring med IV-forløb i kommunalt regi samt det estimat, der ligger til grund for en tilsvarende aftale i Region Midtjylland.

Det er forudsat, at halvdelen af forløbene i kommunalt regi sker i borgerens hjem og halvdelen på kommunal klinik. Vurderingen er foretaget ud fra en helhedsbetragtning, hvor en del af borgerne vil være i stand til at transportere sig til kommunal klinik for at modtage IV-behandling. I tilfælde, hvor det ikke er muligt enten af borgerhensyn eller fordi klinikken er lukket, modtager borgeren IV-behandling i eget hjem.

3.2 Økonomi

Der er udarbejdet en takstmodel for afregning af forløb. Takstmodellen består af en trappemodel med forløbstakster for tre typer IV-behandling (IV-antibiotika, IV-væske, IV-pumpe) samt dagstakster, der bliver afregnet for længere forløb. Dagstakst bliver alene anvendt når forløbene strækker sig udover de antal dage, der er forudsat i forløbet. Forløbstakster er valgt for at skabe en enkel model, der er let at administrere. Det er forventningen, at hovedparten af forløbene alene vil blive afregnet med forløbstakst.

Længden af forløbene varierer

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

I takstmodellen indgår en 'trappe', som regulerer taksten i takt med antallet af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi, stiger. Trappemodellen afspejler, at i takt med at antallet af årlige IV-besøg stiger, opnår kommunerne bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge IV-behandling. Trappemodellen består af 3 successive trin, hvor antal årlige IV-forløb i Region Hovedstaden definerer trinene. De første 1.500 forløb bliver afregnet efter taksterne på trin 1. De følgende forløb op til 3.000 bliver afregnet efter taksterne på trin 2. Herefter bliver forløbene afregnet efter taksterne på trin 3.

Taksterne ses i tabel 1 på næste side.

Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi
Bilag 1 - Side -11 af 15

Tabel 1: Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden, i kr. 2020-niveau

	Trin 1 (0-1499 årlige forløb)		Trin 2 (1500-2999 årlige forløb)		Trin 3 (3000+ årlige forløb)	
	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst
IV-antibiotika	6915	1485	6411	1366	6159	1306
IV-væske (isoton)	1343	341	1274	309	1240	292
IV-pumpe	2049	341	1912	309	1843	292

Principper for registrering og afregning præciseres i særskilt vejledning.

4. Monitorering og opfølgning

4.1 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet skal aftalen monitoreres.

Der monitoreres og registreres på følgende parametre:

- Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.
- Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.
- Type af IV-behandling.
- Antal daglige behandlinger.
- Tid medgået til behandling pr. behandling.
- Længde af forløb med IV-behandling.
- Hvor stor en del af IV-behandlingen, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.

Data opgøres i kommunerne og på hospitalerne.

4.2 Opfølgning

Der gennemføres en undersøgelse af den brugeroplevede kvalitet, herunder vil brugerrepræsentanter blive inddraget i tilrettelæggelse af undersøgelsen.

Med henblik på at følge aktiviteten tæt, følges der op på aktivitetsdata hver 3. måned. Der foretages en evaluering af aftalen efter 2 år.

Resultater fra opfølgningen forelægges til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget.

5. Øvrige forhold

5.1 Implementering af aftalen

Implementering sker i regi af sundhedsaftalen. Den lokale implementering forankres i de somatiske samordningsudvalg. I hvert planområde nedsættes en implementeringsgruppe.

Ved behov for drøftelse af principielle problemstillinger kan samordningsudvalgene rejse disse til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen

Nærværende aftale træder i kraft den 4. oktober 2021 og er af 2 års varighed. Inden aftalens udløb og senest den 30. september 2023 tages der stilling til forlængelse af aftalen.

Med aftalens ikrafttræden indledes implementering af aftalen i planområderne.

6. Temagruppens sammensætning

Aftalen er udarbejdet af en temagruppe nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe for Sundhedskordinationsudvalget i Region Hovedstaden i perioden august 2020-maj 2021.

Temagruppen var sammensat af følgende ledere, brugere og fagpersoner med kendskab til eksisterende erfaringer og aftaler eller viden om IV-behandling i kommunalt regi:

Formandskab

Niels Peter Møller, direktør, Brøndby Kommune (kommunal formand).

Rene Priess, vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital (regional formand).

Brugerrepræsentanter

Bente Clausen, brugerrepræsentant.

Bjarne Kristensen, brugerrepræsentant.

Søren Rimmen, brugerrepræsentant.

Kommunale repræsentanter

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune.

Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, leder af sundhedsområdet, Ballerup Kommune.

Susanne Tronier, centerchef, Rudersdal Kommune.

Anette Sophie Beck Hjort, sektionschef, Hillerød Kommune.

Linda Rask Westergaard Nielsen, sundhedsfaglig chefkonsulent, Københavns Kommune.

Regionale repræsentanter

Jesper Lihn, enhedschef, Region Hovedstaden/Jean Hald Jensen, enhedschef, Region Hovedstaden.

Tina Holm Nielsen, vicedirektør Amager og Hvidovre Hospital.

Helle Rabing, ledende oversygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital.

Finn Rønholt, ledende overlæge, Herlev og Gentofte Hospital.

Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital.

Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet.

Gitte Søndergaard, læge, Region Hovedstadens Akutberedskab.

Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant.

Sekretariat

Vibeke Nymann Folmer sundhedskonsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden/

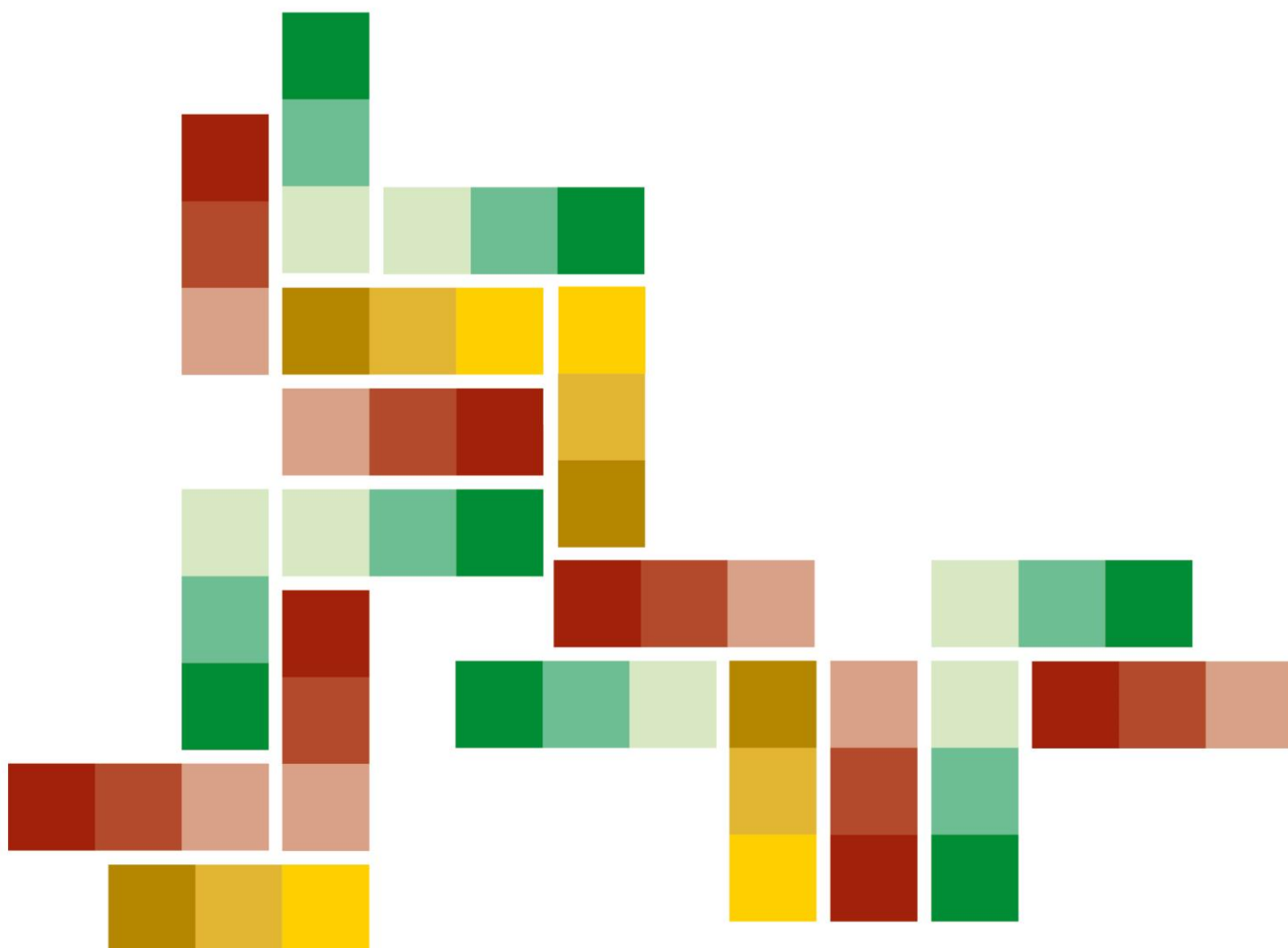
Trine Cornelius Høgh, konsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Christian Roldsgaard Hejlesen, teamleder, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Michala Jessen, chefkonsulent, Region Hovedstaden/Winnie Brandt, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Pernille Faurischou, sundhedsfaglig chefkonsulent, Region Hovedstaden

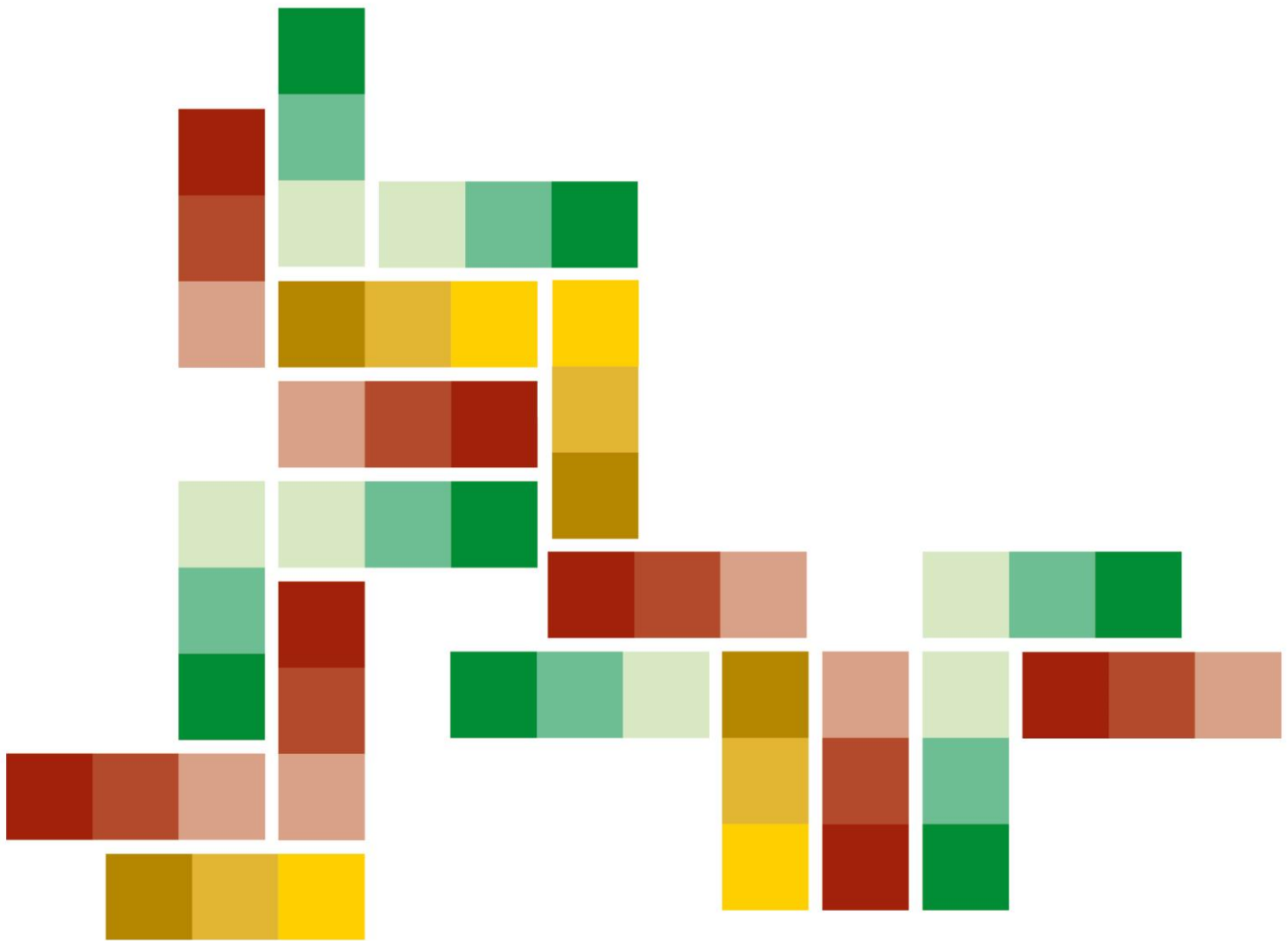
Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi
Bilag 1 - Side -15 af 15



Aftale om registrering, afregning og monitorering vedrørende intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden

Den 21. december 2021

Bilag 2 - Side -2 af 12



Registrering, afregning og monitorering i aftale om IV-behandling i kommunalt regi

Denne afregnings- og monitoringsaftale omhandler registrering, afregning og monitorering i relation til "[Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden](#)" (IV-aftalen).

I IV-aftalen er det aftalt, at patientforløb kategoriseres i tre forskellige behandlingstyper. Disse definerer hvilket beløb, der skal afregnes mellem kommuner og region. De tre behandlingstyper er:

1. IV-antibiotika behandling uden pumpe.
2. IV-antibiotika behandling med pumpe.
3. IV-behandling med isotone væsker.

Jf. IV-aftalen kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foretages i særlige situationer, mens afregningen alene sker efter de tre ovenstående behandlingstyper. Se afsnit om 'Særlige situationer'.

Kommunen har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers IV-behandling kan varetages af kommunen.

Registrering

Til brug for afregning og monitorering skal kommunerne registrere IV-behandling i deres omsorgssystem på lige fod med andre Fælles Sprog III-indsatser, der leveres af den kommunale hjemmesygepleje. Registreringen skal foretages, så der både kan skelnes mellem de tre behandlingstyper, og at fordelingen mellem IV-behandlingsforløb, der leveres i hjemmet og på kommunal klinik¹, kan opgøres.

Registrering i kommunerne:

Kommunerne har ansvar for, at antal behandlingsdage, antal besøg og planlagt tid pr. besøg kan opgøres.

Antal dage tælles ved at anvende ikrafttrædelsesdato = dag 0. Dvs. forløbets tid i dage beregnes ved at trække slutdato fra startdato, fx mellem 1. og 3. marts er der to dage.

¹ Kommunal klinik skal forstås bredt. Det kan være en sundhedsklinik, midlertidig døgnplads eller andet. Det afgørende er, at behandlingen foregår i kommunalt regi, men ikke i borgerens eget hjem. Plejecentre med permanente pladser vil dermed ikke være en kommunal klinik.



Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi
Bilag 2 - Side -4 af 12

Det er på den baggrund den enkelte kommunes ansvar at registrere dette, og **kvartalsvis sende anmodning** om afregning til regionen for de IV-behandlingsforløb kommunen har håndteret.

Der er udarbejdet en registreringsvejledning, der er fremsendt til hovedstadskommunerne.

Registrering på hospitalerne:

Hospitalerne skal registrere IV-behandlingen på en ensartet måde, så det er muligt at følge op på patienterne og monitorere på aftalen.

Herunder registrerer hospitalerne, hvis kommunen afviser at overtage IV-behandlingen. Tilsvarende registrerer hospitalerne type af IV-behandling, dato for opstart af behandling i kommune, dato for afslutningen af behandling i kommune, antal daglige behandlinger og hvorvidt patienten må forlades under indgift jf. behandlingsplanen.

Der er udarbejdet en teknisk løsning i Sundhedsplatformen, som hospitalerne skal anvende ifm. IV-behandling uden for hospitalet (IV-behandling i kommunalt regi), Materiale om arbejdsgang i SP er udsendt til hospitalerne.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi

Bilag 2 - Side -5 af 12

Takster og afregning

Der afregnes kun **nyopstartede** forløb, som påbegyndes efter aftalens ikrafttrædelse den 4. oktober 2021.

Aftalen reguleres med den **kommunale** pris- og lønudvikling inkl. korrektioner for ændrede pris- og lønforudsætninger.

Afsluttede forløb afregnes kvartalsvis og efter oplyste forløbs- og dagstakster (se tabel 2).

Takster

Der er aftalt en **trappemodel**, hvor volumen samlet for alle 29 kommuner regulerer forløbs- og dagstaksterne. Se tabel nedenfor.

Trappemodellen består af 3 trin:

- Trin 1: 0 - 1.499 forløb årligt
- Trin 2: 1.500 - 2.999 forløb årligt
- Trin 3: 3.000 forløb årligt og derudover

Planlægningsgrundlaget er 5.700 forløb per år fordelt på de 3 kategorier IV- antibiotika behandling uden pumpe, IV-antibiotika behandling med pumpe og IV-behandling med isotoniske væsker.

Forløbstaksterne har følgende længde (se tabel 1):

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe², forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

Tabel 1: Forløbs- og dagstakster

	Hvornår afregnes dagstakst?		Forudsætninger i takstgrundlag		
	Forløbsydelse:	Dagstakst Afregnes:	Antal dage (gennemsnit)	Antal daglige besøg	Antal besøg i alt per forløb (gennemsnit)
IV-antibiotika	1-6 dage	Fra 7. dagen	4 dage	3 besøg	12 besøg
IV-væske (isoton)	1-3 dage	Fra 4. dagen	1 dage	2 besøg	2 besøg
IV-pumpe	1-6 dage	Fra 7. dagen	4 dage	1 besøg	4 besøg

² IV-pumpe: IV-antibiotika med pumpe



Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi
Bilag 2 - Side -6 af 12

Tabel 2: Takstmodel for afregning af IV-behandling i kommunalt regi (2022-pl)

Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden i 2022-pl.						
	Trin 1 (0-1499 årlige forløb)		Trin 2 (1500-2999 årlige forløb)		Trin 3 (3000+ årlige forløb)	
	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst
IV-antibiotika	7.268 kr.	1.561 kr.	6.738 kr.	1.436 kr.	6.473 kr.	1.373 kr.
IV-væske (isoton)	1.411 kr.	358 kr.	1.339 kr.	325 kr.	1.303 kr.	307 kr.
IV-pumpe	2.153 kr.	358 kr.	2.010 kr.	325 kr.	1.937 kr.	307 kr.

Taksterne reguleres af den totale patientvolumen for de 29 kommuner indenfor det forudgående år til dato. På baggrund af regionens monitorering af patientvolumen, reguleres prisen, når næste trin nås (fra trin 1 (0-1499) til trin 2 (1500-2999)) for samtlige 29 kommuner.

Der springes et kvartal over (opgørelseskvartal) for at nå at udarbejde opgørelserne, og at kunne udmelde eventuel takstændring i god tid inden påbegyndelse af det næste kvartal. Hvis fx 1600 patientforløb er nået i 4. kvartal, faktureres IV-behandlingsforløb i 6. kvartal efter aftalens ikrafttrædelse med den lavere pris på trin 2. Prisen for patienter fra 1500 forløb og frem til 6. kvartals begyndelse reguleres således ikke med den lavere pris.

Orientering om ændringer i takst:

Regionen (Center for Økonomi) opgør den totale patientvolumen for det forudgående år til dato i løbet af første måned i opgørelseskvartalet. Den heraf følgende takst for det kommende kvartal meddeles KKR, som videreformidler til alle 29 kommuner. Kommunerne kan derefter opdatere taksterne i egne systemer for det kommende kvartal. Herudover sikrer Regionen (Center for Sundhed), at den gældende takst opdateres på hjemmesiden <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktojskasse/Sider/Samarbejdsaftaler.aspx>, så alle har mulighed for at tilgå informationen et centralt sted.

Det bemærkes, at reguleringen af gældende takst kan gå både op og ned afhængigt af antallet af forløb indenfor det forudgående år til dato jf. ovenstående. Et eksempel herpå kunne være, at antallet af årlige forløb på et givent tidspunkt opgøres til 2.500 forløb årligt (baseret på de seneste 12 måneder). Et halvt år efter opgøres antal forløb til 3.500 årlige forløb. Prisen reguleres fra trin 2 til trin 3, i praksis en reduktion i behandlingspriserne. 1,5 år efter konstateres, at antal af forløb er faldet til 1.800 årlige forløb, hvorefter taksten efter samme mekanisme bliver justeret til trin 2.

Afregning for patienter, som modtager flere ydelser samtidig:

Der indgår forløbs- og dagstakster i aftalen for de tre ovennævnte behandlingstyper. Uanset at samme borger modtager mere end én type IV-behandling på samme tid, afregnes der kun for én af de tre behandlinger. Der afregnes altid for den højeste IV-behandlings-takst, når en borger modtager flere typer af IV-behandling på samme tid.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi

Bilag 2 - Side -7 af 12

Fakturering af forløb, der strækker sig over to 'perioder':

Når kommunerne afregner et afsluttet behandlingsforløb, sker det til enhver tid til den gældende takst på afregningstidspunktet - også selvom forløbet skulle strække sig henover to perioder med forskellige takster.

Hvis der er tale om et længerevarende forløb (længere end 3 mdr.), henvises til afsnit om 'Særlige situationer'.

Fakturering af forløb der afsluttes før tid:

Forløb, der afsluttes før tid i forbindelse med (gen-)indlæggelse, betragtes som afsluttede forløb og afregnes i efterfølgende kvartal.

Særlige situationer

Mulighed for aftaler ift. andre præparater:

I helt særlige situationer, og når der mellem borger, hospital og kommune er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foregå i kommunalt regi.

Det bemærkes, at IV-aftalen ikke indeholder takster for særlige situationer, hvor der indgås aftale om andre præparater – herunder andre former for IV-væskebehandling.

En forudsætning for, at der kan indgås særlig aftale er derfor, at både hospital og kommune er enige om, at afregningen kan ske ud fra de takster, der er aftalt i IV-aftalen – se tabel 2.

Derudover gælder de generelle principper for afregningen også ved afregning af særlige forløb. Der afregnes således kun for én af de tre behandlingstyper per borger, uanset at der gives mere end én type behandling på samme tid. Der afregnes altid for den højeste IV-behandlingstakst, når en borger modtager flere typer af IV-behandling på samme tid.

Længerevarende forløb (længere end 3 måneder):

I helt særlige situationer, hvor forløb måtte strække sig ud over 3 mdr., afregnes kvartalsvist løbende og med en slutaftregning. Det bemærkes, at livslange forløb – herunder forløb med peritoneal dialyse og parenteral ernæring til korttarmspatienter – samt kemobehandling i kommunalt regi ikke er omfattet af IV-aftalen.



Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi

Bilag 2 - Side -8 af 12

Fakturaen

Fakturaen omfatter et samlet beløb for alle de forløb, der afregnes for. Der afregnes **kvar-talsvis** med 30 dages betalingsfrist.

Med baggrund i kommunale registreringer sender hver kommune én samlet faktura på det takstbeløb, der gør sig gældende for de afsluttede forløb. Fakturaen sendes til et centralt EAN nr. i Center for Økonomi, **Region Hovedstaden** (**EAN eftersendes**)³.

I **fakturaen** er der krav til følgende indhold:

- EAN-nummer der faktureres: **XXXX - EAN-nummer eftersendes i januar.**
- Hvilken kommune, der har udført behandlingen
- Kontaktperson i kommunen til spørgsmål vedr. faktura
- Konto, hvor beløbet skal overføres til (med mindre dette angives automatisk ved elektronisk fakturering)
- Samlet beløb, der skal afregnes

Af **bilaget** skal alle de forløb, der afregnes for, fremgå. I bilaget er der krav til følgende indhold **for hvert forløb**:

- Patientens CPR-nr.
- Start og slutdato for behandlingen
- Hvilken type behandling
 - IV-behandling med antibiotika.
 - IV-behandling med isotone væsker.
 - IV-behandling med pumpe
- Beregning af beløbet
 - Forløbstakst = XXXX kr.
 - Dagstakst a X stk. = XXXXX kr.
 - Samlet afregning for forløbet = XXXXX kr.

³ Det er hensigten at arbejde hen imod en automatisering af faktureringen, således det bliver muligt at kommunerne kan håndtere faktureringen til de enkelte hospitaler og hospitalsafdelinger uden manuelle arbejdsgange.



Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, evaluering og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet, skal IV-aftalen monitoreres. Det er aftalt, at der monitoreres på **følgende indikatorer**:

- Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.
- Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.
- Type af IV-behandling.
- Antal daglige behandlinger.
- Tid medgået til behandling pr. behandling.
- Længde af forløb med IV-behandling.
- Hvor stor en del af IV-behandlingerne, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.

Generelt vurderes det administrativt lettest at basere monitorering af IV-aftalen på regionale data, da data fra kommunerne vil skulle samles på tværs af de 29 kommuner i hovedstadsregionen.

Nogle forhold af betydning for evalueringen af aftalen kan dog kun monitoreres af kommunen, herunder fordeling mellem klinik/hjem og tid medgået til behandling pr. behandling. KKR er ansvarlig for at indsamle og bearbejde data på de parametre, der monitoreres af kommunerne.

Nedenfor er der ud for de enkelte indikatorer angivet, hvorvidt der monitoreres på baggrund af regionale eller kommunale data.

MONITORERING – indikatorer	Region	Kommuner
Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.	X	
Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.	X	
Antal afviste borgere til IV-behandling i kommunen.	X	
Type af IV-behandling.	X	X
Antal daglige behandlinger.	X	X
Tid medgået til behandling pr. behandling (planlagt tid)		X
Længde af forløb med IV-behandling.	X	X
Hvor stor en andel af IV-forløb, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.		X

Opgørelserne over udviklingen i indikatorer vil blive opdelt på hhv. hospitals- og kommune-niveau (bopælskommune).



Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi

Bilag 2 - Side -10 af 12

Uddybning af indikatorer:

- *Hvor mange der er hhv. henvist og visiteret til IV-behandling i kommunen*
Dette monitoreres på baggrund af SP-data.
Regionsadministrationen monitorerer.
- *Hvor mange kommunen har afvist at behandle*
Antallet af forløb, som kommunen afviser at varetage ved den indledende telefoniske kontakt.
Regionsadministrationen monitorerer.
- *Type af IV-behandling og antal daglige behandlinger*
Monitoreres ud fra, hvad der er henvist til. Opgøres som antal og andel af samlede antal forløb.
Regionsadministrationen monitorerer.
- *Tid medgået til behandling pr. behandling (planlagt tid).*
Kommunerne registrerer medgået tid i borgerens hjem/kommunal klinik, jf. dog nedenfor i afsnit om 'Evaluerings'.
Monitoreringen foretages af kommunerne.
- *Længde af forløb i kommunen*
Monitoreres fra den dato, hvor kommunen overtager behandlingen af borgeren, til den dato hvor kommunen via korrespondancemeddelelsen orienterer om, at forløbet er afsluttet. Opgøres som gennemsnitlig længde af forløb og median længde.
Regionsadministrationen monitorerer.
- *Hvor stor en andel af IV-forløb, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.*
Der er forudsat en 50/50-fordeling, som kræver monitorering.
Monitoreringen foretages af kommunerne.

Da afregningen baseres på kommunernes fakturering og dermed data i kommunernes omsorgssystemer, bemærkes det, at der på forhånd må forventes at være en mindre forskel mellem, det faktisk afregnede og den monitorering, der udføres af regionen på henviste forløb.

Der foretages en halvårlig monitorering af de parametre, kommunerne skal opgøre aktivitet for. Regionen monitorerer kvartalsvist.

Evaluerings

I forbindelse med evaluering af aftalen efter to år foretages en kommunal afdækning af den tid, der medgår til behandling pr. behandling i de tre ydelser IV-antibiotika, IV-væske (isoton) og IV-pumpe. Formålet er at evaluere, om de estimerer der er lagt til grund for taksterne i IV-aftalen er retvisende, eller om der er brug for en justering af estimererne på fx det daglige tidsforbrug eller transport.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Punkt nr. 5 - Godkendelse: Forlængelse af aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi
Bilag 2 - Side -11 af 12

Evalueringen foretages som et tidsstudie i en kortvarig periode ud fra en repræsentativ stikprøve blandt kommunerne. Kommunerne skal således ikke monitorere på leveret tid løbende. KKR vil forud for evaluering henvende sig til de relevante kommuner mhp. afklaring af, hvordan tidsstudiet skal foretages.

Omfanget af IV-behandlingsforløb, hvor borgere modtager flere IV-behandlinger samtidigt i kommunalt regi, vil blive evalueret. Dertil vil faktureringshyppigheden ligeledes indgå i den samlede evaluering.



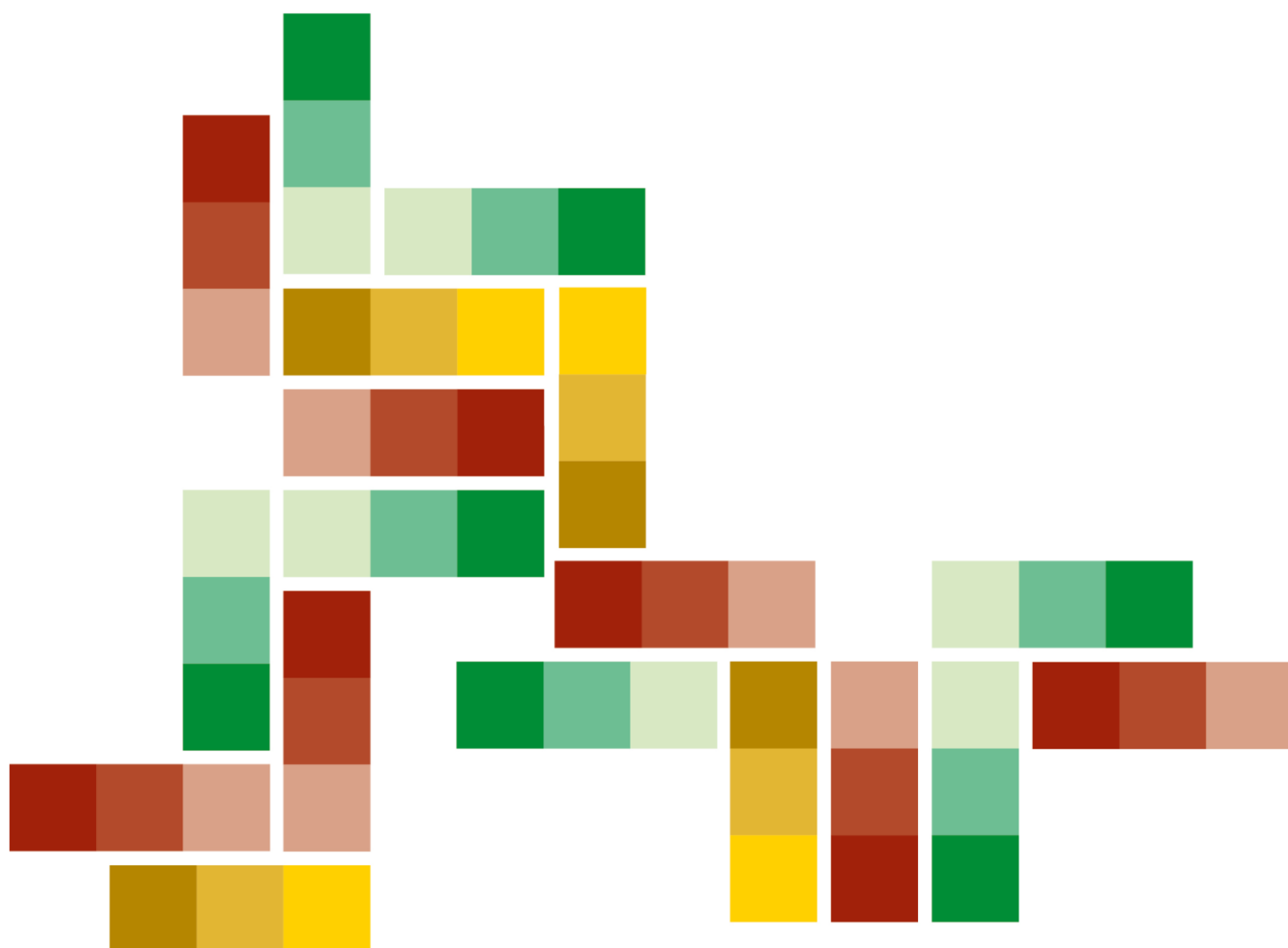
SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

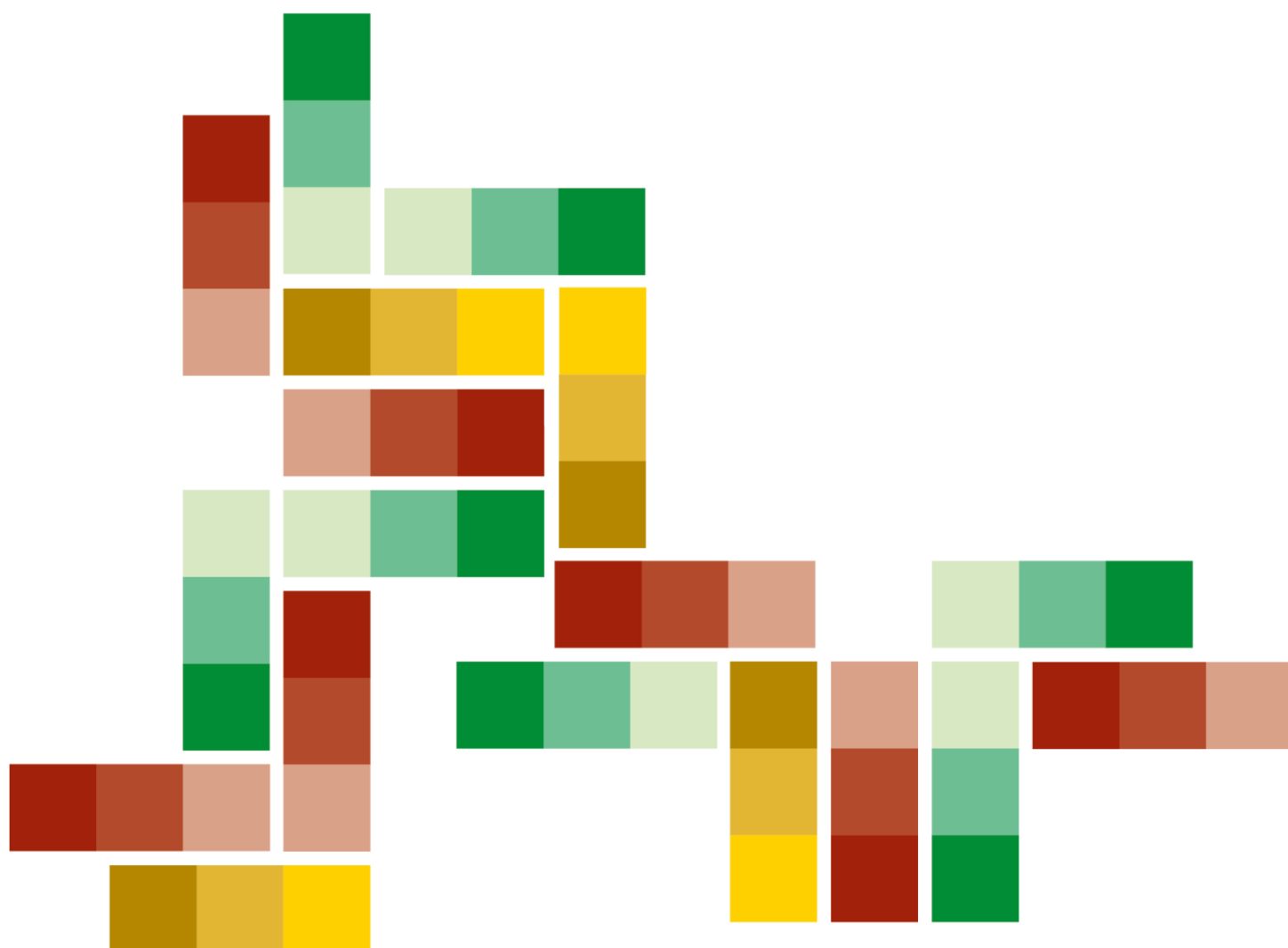


SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis



SLUTSTATUS PÅ SUNDHEDSAFTALE 2019-2023



INDLEDNING

Sundhedsaftalen er grundstenen i samarbejdet om sundhed mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler i Region Hovedstaden. Rammen for aftalen er de otte nationale mål for sundhed.

Sundhedsaftalen for 2019 – 2023 er den fjerde i rækken af sundhedsaftaler. Den bygger videre på vigtige erfaringer fra de foregående aftaler, men den har samtidig lagt nye spor for et mere dynamisk og tæt samarbejde om sundhed til gavn for de borgere, der har brug for en indsats på tværs af sektorgrænserne.

Afsættet for aftalen var et stort fælles ønske om at handle proaktivt i forhold til borgernes sundhed. Sundhedsaftalen har været båret af fælles politiske værdier, visioner, mål og principper for et udviklende samarbejde inden for aftalens tre fokusområder:



Fokusområder:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed.

Denne afrapportering beskriver kort visioner, organisering og herefter arbejdet med fokusområderne.

Da Sundhedsaftalen blev indgået, havde ingen forestillet sig, at vi kort tid efter ville stå midt i en alvorlig verdensomspændende pandemi. COVID-19 betød, at både kommuner, almen praksis og region skulle håndtere en lang række nye og helt vitale opgaver sideløbende med de faste og løbende opgaver. Det betød, at arbejdet med sundhedsaftalen på nogle punkter blev pauseret. Det viste sig dog også, at der var vigtige læringspotentialer at tage med fra samarbejdet under pandemien. Dette adresseres til sidst i afrapporteringen.



VISIONER I SUNDHEDSAFTALEN

Sundhedsaftale 2019-2023 har taget afsæt i fire klare visioner for styrket tværsektorielt samarbejde med den enkelte borger i centrum:



Visioner:

1. Mere sammenhæng i borgerens forløb
2. Mere lighed i sundhed
3. Mere samspil med borgeren
4. Mere sundhed for pengene

Ambitionen med aftalen var at gå nye veje, baseret på et fælles ønske om et samarbejdende sundhedsvæsen hele vejen rundt.

Der har været fokus på at skabe grobund for mere helhedstækning og mindre silotækning for at sikre, at især borgere, som har mange kontakter i sundhedsvæsenet, skal opleve et system, der i højere grad er præget af sammenhængskraft og samarbejdskultur.

Ved aftaleperiodens udløb opleves Sundhedsaftalens visioner fortsat som dækkende, da visionerne er rummelige og favner de vigtigste indsatsområder, der fortsat bør arbejdes med.



ORGANISERING AF SAMARBEJDET

Fleksibelt og handledygtigt

Med Sundhedsaftalen som tværsektoriel ramme valgte aftaleparterne at organisere sig med blik for at understøtte aftalens bærende principper om helhedstænkning, borgerinddragelse, fælles kvalitetsmål og med plads til forskellighed i valget af metoder.

Ny struktur med Sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger

På baggrund af lovændring i Sundhedsloven om etablering af Sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger er der i 2022-2023 lagt en stor arbejdsindsats på tværs af region, kommuner og almen praksis for at udvikle og implementere den nye samarbejdsstruktur, som omkranser Sundhedsaftalen. Herunder har også regionens Patientinddragelsesudvalg ydet en meget stor og vigtig indsats særligt i forhold til understøttelse af den organisatoriske brugerinddragelse.

Sundhedsaftalens nye samarbejdsstruktur hviler på et politisk ben, bestående af Sundhedssamarbejdsudvalget og fem politiske sundhedsklynger.

Sundhedsklyngerne er etableret omkring regionens fem akuthospitaler.

Dertil kommer et administrativt ben bestående af fem faglige sundhedsklynger samt en tværgående administrativ og strategisk styregruppe (Tværsektoriel strategisk styregruppe).



Sundhedssamarbejdsudvalget

Sundhedssamarbejdsudvalget har det overordnede politiske ansvar for, at samarbejdet imellem region, kommuner og almen praksis udvikles, herunder **for** udarbejdelse af og opfølgning på sundhedsaftalen. Sundhedssamarbejdsudvalget har erstattet det tidligere Sundhedskoordinationsudvalg. De to udvalg har haft fokus på at sætte klare politiske pejlemærker for arbejdet med Sundhedsaftalens fokusområder og mål.

De politiske sundhedsklynger

Sundhedsklyngernes medlemmer udgøres af repræsentanter fra regionen, hospitaler, kommuner og almen praksis. Sundhedsklyngerne skal samarbejde om at sikre den bedst mulige behandling af de patienter, sektorerne er fælles om.

En væsentlig opgave for sundhedsklyngerne er at udvikle lokale løsninger inden for sundhedsaftalens fokusområder, ligesom de skal sikre implementering af tværgående indsatser.

De faglige strategiske sundhedsklynger

De fem faglige sundhedsklynger er sammensat af repræsentanter fra kommuner, regionen (akuthospital, psykiatrien og akutberedskab), almen praksis og brugerrepræsentanter. De faglige sundhedsklynger understøtter de politiske sundhedsklynger fagligt med at udvikle lokale løsninger og sikre implementering af tværgående indsatser. I den tidligere samarbejdsstruktur for denne sundhedsaftale var det administrative samordningsudvalg, der varetog disse opgaver.

Tværasektoriel strategisk styregruppe

Tværasektoriel strategisk styregruppe har – som Sundhedsaftalens administrative styregruppe – det overordnede administrative ansvar for, at de politiske målsætninger bliver ført ud i livet. Styregruppen har en koordinerende rolle i forhold til Sundhedssamarbejdsudvalget, sundhedsklyngerne og de grupper, der er nedsat under styregruppen. Styregruppen er videreført fra den tidligere samarbejdsstruktur.

Et læringsperspektiv

Ved afslutningen af aftaleperioden for Sundhedsaftale 2019-2023 står det klart, at de fastlagte løbende politiske drøftelser processer omkring pejlemærker og signaturprojekter har understøttet fokusering og ejerskab til Sundhedsaftalen.

Samlet set er der blevet opbygget en robust og velfungerende struktur, der understøtter det fælles arbejde med aftalens bærende visioner, mål og principper.

Der er dog også områder, hvor arbejdet ikke er nået helt så langt, som det kunne være ønskeligt. Fx lykkedes det ikke til fulde at indfri de intentioner, som lå til grund for at invitere brugerne med ind i styregruppe, temagrupper og samordningsudvalg. Det er derfor et af de områder, der vil blive sat yderligere fokus på at videreudvikle i næste aftaleperiode.



STATUS PÅ SUNDHEDAFTALENS MÅL

Det blev aftalt at følge op på arbejdet med Sundhedsaftalen med udgangspunkt i en række indikatorer fra ”De otte nationale mål for sundhedsvæsenet”, suppleret med enkelte indikatorer fra ”De Landsdækkende Patienttilfredsundersøgelser” (”LUPpen”). For hovedparten af indikatorerne gælder, at der grundet omlægningen til LPR-3 fortsat kun er tilgængelige data til og med 2018.

Nedenstående status er derfor alene en kvalitativ beskrivelse af status på arbejdet med de mål, som blev aftalt i Sundhedsaftalen 2019-2023.

Fokusområdet ”Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom”

Mål:

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



Baggrunden for de to mål var viden om, at sammenhæng i indsatser vedblev at være en stor udfordring for ældre og borgere med en eller flere kroniske sygdomme. Samtidig var særligt ældre borgere i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke kunne findes gode alternativer til indlæggelse.

Arbejdet med fokusområdet har derfor handlet om at sikre høj kvalitet, sammenhæng og trygge overgange, og når det er muligt at sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Målene blev i aftaleperioden konkretiserede gennem prioritering af pejlemærker og signaturindsatser inden for de områder, hvor det blev vurderet, at der var størst behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Eksempler herpå er:

Styrke samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne – Aftale om 72-timers behandlingsansvar

Med et pejlemærke om lægebetjening har der været et ønske om at understøtte flere handlemuligheder i kommunerne, så især ældre borgere kan undgå en indlæggelse eller genindlæggelse, hvis denne kan forebygges.

Arbejdet med indsatsen har været forankret i samordningsudvalgene (nu



sundhedsklynger), som har set på erfaringerne i forhold til aftaler vedrørende lægebetjening (samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner og aftale om opfølgende hjemmebesøg) og muligheder for bedre udnyttelse af eksisterende tilbud.

Derudover er der indgået en aftale om 72 timers behandlingsansvar for færdigbehandlede patienter på de somatiske hospitaler, der har været indlagt mere end 24 timer, og som udskrives til kommunal sygepleje.

Aftalen om behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling trådte i kraft den 1. februar 2022. En justeret version 2.0 af aftalen trådte i kraft den 1. januar 2023.

Aftalen har til formål at øge tryghed og patientsikkerhed for borgeren og dennes pårørende i overgangen mellem hospital, kommune og almen praksis.

De foreløbige erfaringer med aftalen viser, at det generelt er gået godt med at implementere aftalen om 72 timers behandlingsansvar på både hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Aftalen har øget trygheden i kommunerne, der oplever, at hospitalet er kommet tættere på.

Antallet af patienter, som er omfattet 72 timers behandlingsansvar, har stabiliseret sig på godt 2.000 pr. måned.

Aftalen bliver løbende monitoreret og evalueret kvantitativ og kvalitativt. Der arbejdes desuden på at etablere et datasæt, som kan anvendes til at følge aftalen fremadrettet.

Gode udskrivelser og udkørende teams

Alle samordningsudvalg (nu faglige sundhedsklynger) har arbejdet med at understøtte gode udskrivningsforløb for, at borgerne kan opleve en tryk og sikker overgang i forbindelse med udskrivelse fra hospital. Der er også etableret forskellige udkørende funktioner, der skal være med til at forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Fx har Nordsjællands Hospital og kommunerne i planområdet arbejdet med optimering og styrkelse af de mere komplekse udskrivelsesforløb med henblik på at forebygge (gen)indlæggelser. Det centrale i indsatsen har været etablering af et udskrivningsteam og et tværsektorielt udkørende team, som følger op på igangsat behandling og bidrager til tidlig opsporing i hjemmet i samarbejde med de kommunale akutteams.



Samarbejdsaftale om IV-behandling

I sommeren 2020 igangsatte det daværende Sundhedskoordinationsudvalg et arbejde med henblik på at indgå en aftale om IV-behandling i kommunalt regi, som trådte i kraft den 4. oktober 2021.

Formålet med aftalen er at give borgeren mulighed for at blive behandlet i eget hjem eller tæt på eget hjem. Aftalen skaber flere handlemuligheder i det nære sundhedsvæsen, så borgere - der har behov for en IV-behandling, men i øvrigt ikke har brug for hospitalsbehandling - kan tilbydes behandling i eget hjem eller i en kommunal sundhedsklinik.

Grundprincippet med aftalen er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

Aftalen har indtil videre kun været benyttet i begrænset omfang. Det er derfor besluttet, at der i sensommeren 2023 igangsættes en opfølgning på brugen af aftalen, hvor der sættes fokus på barrierer for udbredelse og forslag til løsninger. I arbejdet indhentes erfaringer fra de faglige sundhedsklynger.

Udrulning af SP-Link

For at understøtte den bedst mulige sektorovergang i forbindelse med udskrivning fra hospital besluttede Sundhedskoordinationsudvalget i sommeren 2019 at afprøve kommunal læseadgang til Sundhedsplatformen gennem SP-Link.

Det blev i 2020 afprøvet af Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Afprøvningen gav gode resultater, og der er efterfølgende arbejdet med en skalering af projektet. Herunder er der udarbejdet en teknisk løsning, som betyder, at 15 ud af de 29 kommuner i Region Hovedstaden kan få adgang til SP-link. Heraf har ni kommuner (maj 2023) valgt at benytte SP-Link.

For de øvrige 14 kommuner, der benytter et andet it-omsorgssystem, har det ikke været muligt at få it-leverandøren til at prioritere udvikling af en teknisk løsning, der kan give adgang til SP-Link. En medvirkende årsag til dette er, at der nu udrulles en løsning til alle landets kommuner, som giver adgang til oplysninger om patientdata via Sundhedsjournalen.

Sundhedsjournal-adgangen giver stort set adgang til samme data som via SP-Link. Patientdata i Sundhedsjournalen opdateres dog kun en gang dagligt fra Region Hovedstadens hospitaler, og der er derfor ikke tidstro data som i SP-Link. Til gengæld vil Sundhedsjournalen favne informationer fra alle landets hospitaler og på sigt også patientinformationer fra almen praksis, privathospitaler mm. i takt med, at der uploades data herfra til sundhedsjournalen. 12 kommuner i hovedstadsregionen (maj 2023) benytter denne løsning. Tre kommuner har valgt at have både SP-Link og en Sundhedsjournal-adgang.



Fokusområdet "Sammen om børn og unges sundhed"

Mål:

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



Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet. Samtidig er det en bekymrende udvikling, at stadigt flere børn og unge mistrives i deres hverdag.

Arbejdet med fokusområdet har derfor både handlet om at udvikle det tværsektorielle samarbejde i forhold til sårbare gravide og småbørnsfamilier og om, at der på tværs af sektorgrænserne skal finde nye løsninger, så vi kan blive bedre til at hjælpe børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel.

"Sammen om børn og unges sundhed" var et nyt fokusområde i denne aftaleperiode. Det var derfor nødvendigt at etablere en ny samarbejdsstruktur og udvikle nye løsninger på de fælles udfordringer. Dette gør – sammen med forsinkelser grundet COVID-19 situationen – at arbejdet ikke er skredet lige så hurtigt frem som de øvrige områder.

Der er prioriteret at arbejde med pejlemærker inden for svangreområdet med fokus på sårbare gravide og småbørnsfamilier. Det er endvidere prioriteret at arbejde med pejlemærker i forhold til børn og unge, som oplever mental mistrivsel, hvor fokus er på et bedre tværsektorielt samarbejde.

Samarbejdet om gravide

Der er udarbejdet en regionsdækkende aftale for kommunikationen mellem fødested, den kommunale sundhedspleje og almen praksis.

Aftalen betyder bl.a., at kommunerne har fået bedre muligheder for tidligt at aflægge graviditetsbesøg i hjemmet, hvis der er behov herfor, idet hospitalet allerede efter første jordemoderbesøg skal sende meddelelse om, at der er "en gravid på vej". Der er løbende fulgt op på implementeringsgraden. I 2022 var der 21.000 fødsler i regionen, og der blev sendt 30.000 kommunikationsmeddelelser om gravide. Aftalen er således tæt på fuldt implementeret.

En særlig udfordring i forhold til det tværsektorielle om gravide og småbørnsfamilier har været mangel på en fælles forståelse af, hvornår en gravid eller småbørnsfamilie er sårbar. Kategoriseringen af sårbare gravide og småbørnsfamilier er således forskellig i henholdsvis almen praksis, hospitaler og kommune.

Det har betydet, at der ikke altid har været kommunikeret tilstrækkeligt om en gravid eller småbørnsfamilies sårbarhed. For de sårbare gravide har det betydet, at de ikke altid har fået de tilbud, som de havde behov for.



Der har derfor været arbejdet med udvikling af et redskab, som kan understøtte bedre kommunikation om behov for støtte som følge af sårbarhed. Redskabet er udviklet med en farvekode og giver mulighed for at kommunikere om både fysisk, psykisk og social sårbarhed og for at uddybe den vurdering, der ligger til grund for kategoriseringen.

Vurderingen og kategoriseringen af den enkelte gravides behov for differentierede tilbud skal foregå i dialog med den gravide og familien og med udgangspunkt i barnets perspektiv. Der er udarbejdet en vejledning til redskabet, der skal hjælpe fagpersoner med at bruge det korrekt, herunder med kriterier for kategorisering i de forskellige farvekategorier.

Senest er der arbejdet med at afklare mulighederne for digital understøttelse af redskabet og med at tilrettelægge en pilotafprøvning af redskabet i et planområde. Dette arbejde er endnu ikke afsluttet.

Samarbejde om børn og unge i mental mistrivsel

Arbejdet med pejlemærkerne, der har fokus på opsporing og tidligere indsatser i forhold til børn og unge i mental mistrivsel, har været forankret i to temagrupper.

Temagruppen for pejlemærket om samarbejdet mellem almen praksis og PPR har afrapporteret til Tværsektoriel strategisk styregruppe med anbefalinger om at gøre det muligt for almen praksis at henvise til PPR med henblik på en udredning.

Efterfølgende blev arbejdet med pejlemærkerne om mental mistrivsel dog pauseret, idet der var behov for at sikre sammenhæng til regeringens 10-årsplan for psykiatrien.

10-årsplanen kom i september 2022, og her er beskrevet to indsatser, som netop adresserer tidlig indsats og forebyggelse af mistrivsel og psykiske lidelser hos børn og unge, der mistrives. Desuden skal der opbygges lettilgængelige tilbud i kommunerne, og der skal være fokus på smidigere deling af nødvendige oplysninger mellem kommuner, almen praksis samt børne- og ungdomspsykiatrien.

Mens en nærmere konkretisering afventes, har alle fem sundhedsklynger i regionen med afsæt i sundhedsaftalens mål sat fokus på børn og unge, der mistrives, og er lige nu ved at sætte konkrete indsatser i gang. Her samarbejdes der blandt andet om at udbrede KIT (Koordineret Indsats på Tværs af sektorer) og STIME (Styrket tværsektoriel indsats for børn og unges mentale sundhed) til flere kommuner. Aktuelt har 16 ud af de 29 kommuner implementeret et eller flere af de fire spor, der indgår i STIME. De fire spor er:

1. Når svære følelser fører til selvskade
2. Når tanker om krop og mad fylder for meget
3. Når bekymring og tristhed fylder for meget
4. Når uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring.

Fokusområdet "Sammen om borgere med psykisk sygdom"

Mål:

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



Borgere med psykisk sygdom har ofte en hverdag præget af komplekse udfordringer. Mange i målgruppen har brug for flere samtidige indsatser, ofte på tværs af kommunale forvaltninger, hospitalspsykiatrien, somatiske hospitaler og almen praksis, men indsatserne opleves ikke altid som sammenhængende.

Samtidig har borgere med svær psykisk sygdom en højere dødelighed end den generelle befolkning. Overdødeligheden er især markant for de borgere, som er særligt udsatte og har komplekse sygdomshistorier.

Arbejdet med fokusområdet har derfor handlet om både generelt at understøtte bedre sammenhæng i borgernes forløb og om særligt koordinerede indsatser for de borgere, der har behov for det.

Gennem de seneste år er der sket en positiv udvikling i samarbejdet, og der er blevet igangsat en lang række nye indsatser, hvor der er opnået positive erfaringer. En udfordring har dog været, at disse indsatser ofte har haft karakter af tidsafgrænsede projekter eller indsatser, der ikke dækkede alle psykiatriske centre og kommuner.

Der har været et stort ønske om at sprede de gode erfaringer. I prioriteringen af pejlemærker vægtes derfor fokus på at få implementeret eksisterende indsatser i bredden og dybden. Eksempler herpå er:

Reviderede samarbejdsaftaler og implementering af model for netværksmøder

Rammerne for samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri, almen praksis og de 29 kommuner i regionen om børn og unge samt voksne med psykisk sygdom fremgår af to samarbejdsaftaler.

I aftalerne, der begge blev revideret i 2022, er der blandt andet stort fokus på brug af netværksmøder, da de er særligt velegnede til at understøtte høj grad af borgerinvolvering og udarbejdelse af fælles planer/aftaler i borgerforløb, hvor der er behov for indsatser fra mange forskellige faggrupper og enheder. Herunder i forhold til koordinering af forløb for borgere, der både har en alvorlig psykisk sygdom og et misbrug.

Der er fortsat fokus på at understøtte implementering af samarbejdsaftaler og udbredelse af netværksmøder.



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

Region Hovedstadens Psykiatri har etableret udgående Botilbudsteam for at kunne sikre en bedre behandling af borgere, der bor på botilbud. Botilbuddene samarbejder både med borgeren på botilbuddet, medarbejderne på botilbuddet og med de kommunale misbrugsenheder, hvis borgeren både har en psykisk sygdom og misbrug. I modellen for ny botilbudsbetjening indgår også samarbejde, fx i forhold til rådgivning og kompetenceudvikling for botilbuddets medarbejdere.

De psykiatriske centre har indgået samarbejdsaftaler med alle større botilbud i regionen. Mindre botilbud, hvor der kun er få beboere tilknyttet psykiatrien, indgår som hovedregel ikke som målgruppe for botilbudsteams. I stedet tilbydes der behandling og koordineret samarbejde med ét af regionens 42 almenpsykiatriske udgående og opsøgende F-ACT-teams, der er teams, som tilbyder intensiv ambulant behandling til mennesker med alvorlig psykisk sygdom.

Aktuelt arbejder botilbud og botilbudsteam om videreudvikling af modellen. Herunder er der blandt andet udviklet fælles patientforløbsbeskrivelse, som nu er under implementering.

Desuden er der søgt og modtaget midler fra Sundhedsstyrelsen til at udvikle fælles triageringsmøder flere gange ugentligt på hvert af de større botilbud (mellem botilbudsteams og personale på botilbud). Formålet er at opnå en endnu bedre koordineret, sammenhængende og forebyggende indsats i forhold til den enkelte borger på botilbud med tilknytning til psykiatrien.

Psykiatrien får generelt positive tilbagemeldinger om den styrkede indsats på botilbud.

Udbredelse af model for samarbejde mellem kommunalt ansatte IPS-konsulenter og Region Hovedstadens F-ACT-teams

Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS) er en evidensbaseret indsats, der hjælper borgere med alvorlige psykiske sygdomme med at finde arbejde. I IPS-tilgangen arbejdes der med afsæt i, at genoptræning af erhvervsevnen bedst foregår i et arbejdsmiljø på det ordinære arbejdsmarked, og at dette kan ske samtidig med igangværende behandling af den psykiske sygdom og et eventuelt misbrug.

IPS blev afprøvet i et stort projekt, der blev gennemført i perioden 2012–2018. Efter projektperioden valgte København og Frederiksberg kommuner at videreføre IPS-tilbuddet, og der er etableret et tæt samarbejde med F-ACT-teams under Region Hovedstadens Psykiatri.

På nuværende tidspunkt har 13 kommuner i Region Hovedstaden indledt et IPS-samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri. Det drejer sig om Frederikssund, Hillerød, Helsingør, Hvidovre, Ballerup, Albertslund, Brøndby, Rødovre, Glostrup, Tårnby (varetager også beskæftigelsesindsats for borgere i Dragør), København og Frederiksberg.

Der er ikke planlagt flere IPS-samarbejder på nuværende tidspunkt i 2023, men der er dialog med Rudersdal og Halsnæs Kommuner. Derudover er det aftalt med Psykiatrisk Center



Ballerup, at der skal afholdes dialogmøder om IPS med kommunerne i Psykiatrisk Center Ballerups optageområde.

Udbredelse af APU - en tværsektoriel samarbejdsmodel

En betydelig andel af borgere, der har en ikke-psykotisk psykisk sygdom, som fx angst, depression eller personlighedsforstyrrelser, har samtidig en afhængighed af rusmidler.

Behandlingsansvaret for mennesker med psykisk sygdom og et misbrug er delt mellem regionerne og kommunerne. Det opdeltede behandlingsansvar er en stor udfordring, da det betyder, at det enkelte behandlingssted principielt kun har ansvar for at varetage en del af borgerens samlede situation. Der er derfor risiko for, at behandlingstilbuddet ikke tager afsæt i borgerens samlede situation.

Som følge af udfordringerne med det delte behandlingsansvar, sikring af sammenhængende behandlingsforløb og med ønske om at minimere risikoen for, at borgeren ikke fik behandling for sine lidelser, igangsatte Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med fem kommunale misbrugscentre i 2016/2017 Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling (APU) – en tværsektoriel samarbejdsmodel.

Formålet var at udvikle et ambulant psykiatrisk behandlingstilbud, der sikrer en sammenhængende og individuelt tilpasset behandling målrettet borgere med en ikke-psykotisk psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.

I forbindelse med projektets start etablerede Region Hovedstadens Psykiatri APU på PC Stolpegården. Samarbejdsmodellen indebærer, at APU varetager den psykiatriske behandling, mens rusmiddelbehandlingen varetages af de kommunale misbrugscentre.

Modellen er tilpasset det sektoropdelte behandlingsansvar og sikrer, at behandlingen af begge problemstillinger foregår i tæt samarbejde mellem henholdsvis APU og den kommunale misbrugsbehandling. Der arbejdes bl.a. med tre obligatoriske fælles netværksmøder, der bliver holdt indledningsvis, ca. midtvejs og i forbindelse med afslutningen af behandlingen i APU. Der er desuden møder mellem borgerens behandlere for at sikre god koordination.

En evaluering viser, at der er opnået positive erfaringer med modellen. Heri er også brugernes oplevelser i forhold til elementer som koordination, samarbejde om behandlingstilbuddet, behovsopfyldelse samt oplevelsen af at føle sig mødt, inddraget og forstået. For brugerne spiller særligt samarbejdet og koordinationen mellem APU og misbrugscenter en afgørende rolle. Den generelle oplevelse fra brugerperspektiv er, at forløbet har haft stor positiv betydning.

På nuværende tidspunkt indgår Frederiksberg, Herlev, Ballerup, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Egedal, Gladsaxe og København i samarbejdet.

Der afprøves også en tilpasset satellitmodel i Planområde Syd med deltagelse af Rødovre, Albertslund og Brøndby. Der er endnu ikke planlagt konkret samarbejde med de resterende kommuner i Planområde Syd eller for kommunerne i Planområde Nord.



Samlet er der aktuelt etableret samarbejde mellem APU og i alt 11 ud af de 29 kommuner i Region Hovedstaden.

Sammenhængende psykiatri- og rusmiddelbehandling (SPOR)

På linje med den målgruppe, der behandles i et samarbejde mellem APU og kommunale misbrugsenheder, har borgere med svær psykisk sygdom og misbrug også behov for en sammenhængende og koordineret indsats.

På baggrund af de gode erfaringer med APU (se ovenfor), er Sammenhængende psykiatri- og rusmiddelbehandling (SPOR) blevet udviklet.

Formålet med SPOR er at skabe et styrket tværsektorielt samarbejde mellem kommunernes rusmiddelindsatser (kommunalt/privat) og regionens F-ACT-teams og OPUS-teams. OPUS er et intensivt behandlingstilbud for unge på 18-35 år, der debuterer med en psykose eller psykoselignende symptomer. Samarbejdet skal sikre, at mennesker med svær psykisk sygdom og en samtidig rusmiddelproblematik kan få den sammenhængende behandling, de har behov for på tværs af region og kommune.

Indledningsvist er der udviklet en model for koordineret behandling, men fremadrettet skal der også udvikles og afprøves former for integreret behandling. Den integrerede behandling udvikles i tæt sammenhæng med det arbejde, som pågår på nationalt plan, hvor dele af rusmiddelbehandlingen flyttes fra kommunerne til regionerne jævnfør Økonomiaftalen 2023.

Koordinationsmodellen for SPOR består af fire elementer: Opsporing, motivation, brobygning og koordination.

Fra november 2022 til og med 2023 bliver koordinationsmodellen implementeret på Psykiatrisk Center Amager (seks F-ACT-teams og to OPUS-teams) og i Københavns Kommune (fem rusmiddelenheder) og Tårnby Kommune (tre rusmiddelenheder). Herefter skal modellen udbredes til alle regionens voksenpsykiatriske centre med akutfunktion og kommunerne i regionen. Udbredelse forventes at starte i 2024.



COVID-19-SAMARBEJDET

Prioriteringer, erfaringer og konsekvenser

COVID-19-pandemien fyldte meget og var et nødvendigt hovedfokus på sundhedsområdet i mere end et år. Håndtering af pandemien stillede store krav til samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og region. Herunder skulle der løftes en lang række fælles opgaver ift. udbrudshåndtering, smitteopsporing og vaccinationsindsats.

Inden for alle sektorer i sundhedsvæsenet har medarbejderne ydet en helt ekstraordinær arbejdsindsats, og samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis har været meget velfungerende.

Det tætte samarbejde og den robuste samarbejdsstruktur, som har været udviklet i regi af denne og tidligere sundhedsaftaler, fik stor betydning for og understøttede det praktiske tværsektorielle samarbejde under pandemien.

Samarbejdet om bl.a. indlæggelser og udskrivinger kunne derfor i høj grad fortsætte ud fra de sædvanlige driftsaftaler, som fx kommunikationsaftaler og samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner.

Gennem hele COVID-19-perioden blev der arbejdet intenst med at sikre en meget høj grad af kommunikation på tværs af sektorgrænser, således at relevant og aktuel viden hele tiden var let tilgængelig for alle parter.

Et udvidet samarbejde om ekstraordinære opgaver

På grund af den høje informationsstrøm og de mange løbende ændringer i indsatsen under COVID-19, opstod der et ekstra stort behov for koordinering og kommunikation på tværs.

Samtidig stod det samlede sundhedsvæsen med helt nye opgaver som fordeling af værnemidler, udbrudshåndtering på institutioner, begrænsning af smitte, systematiske test og udrulning af vaccinationsprogram.

Region Hovedstaden og kommunerne i hovedstadsregionen blev derfor på et tidligt tidspunkt enige om, at der var behov for en udvidet organisering på området.

Den overordnede tværsektorielle koordination og dialog omkring COVID-19 kriseberedskabet skete i regi af K-29. K29 er et koordinerende mødeforum bestående af alle de 29 kommunaldirektører i kommunerne og regionsdirektøren. Kredsen blev under COVID-19 udvidet med regionens Center for Sundhed og i perioder med formanden for PLO-Hovedstaden.



Undervejs blev der etableret en tværsektoriel indsatsgruppe og tværsektorielle task forces og koordinationsgrupper for henholdsvis testområdet og vaccinationsprogrammet, som dannede grobund for et tæt og velfungerende tværsektorielt samarbejde om de nye opgaver. Den nye organisering formåede at levere hurtige og fleksible løsninger, der løbende blev tilpasset på baggrund af erfaringer eller udviklingen i situation og vilkår.

Læring af samarbejdet under COVID-19

Ambitionen med Sundhedsaftale 2019-2023 var at arbejde mere agilt og dynamisk i det tværsektorielle udviklingssamarbejde. Der var bred enighed om, at samarbejdsformen under COVID-19-pandemien på mange måder reflekterede de ønsker og ambitioner, som lå til grund for det tværsektorielle samarbejde i sundhedsaftalen. Herunder at arbejde mere fokuseret, hurtigt og fleksibelt med afsæt i stor tillid til hinanden og risikovillighed med henblik på, at der hurtigt kunne skabes gode løsninger for borgerne.

Potentialet for at drage læring af det konstruktive samarbejde om COVID-19-opgaverne blev drøftet i de eksisterende tværsektorielle fora under Sundhedsaftalen. Der er enighed om at bringe læringen videre i næste aftaleperiode, hvor de gode erfaringer er indtænkt i udviklingen af en ny Sundhedsaftale.





Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Kongens Vænge 2.
3450 Hillerød

Telefon: 38 66 60 00
Mail: csu@regionh.dk
www.regionh.dk/sundhedsaftale