

Sundhedskoordinationsudvalget

MØDETIDSPUNKT

19-05-2017 09:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

MEDLEMMER

Per Seerup Knudsen
Ninna Thomsen
Annie Hagel
Erik Sejersten
Flemming Pless
Lene Kaspersen
Birgit Roswall
Helle Moesgaard Adelborg
Jørgen Glenthøj
Kirsten Jensen
Karin Zimmer
Benny Ehrenreich

Formand
Næstformand
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse af Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen
3. Temadrøftelse: Den kommende Sundhedsaftale 2019 – 2022
4. Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
5. Orientering om status på samarbejdsmodelprojekter
6. Meddelelser - Orientering om arbejdet med afklaring vedr. samarbejdet om specialiseret rehabilitering
7. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

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

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

JOURNALNUMMER

2. DRØFTELSE AF MIDTVEJSSTATUS FOR ARBEJDET MED SUNDHEDSAFTALEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I denne mødesag fremlægges en Midtvejsstatus for arbejdet med den nuværende Sundhedsaftale 2015 - 2018.

Midtvejsstatus er vedlagt som bilag. På mødet vil der blive omdelt en trykt udgave.

INDSTILLING

Administrationen indstiller,

- ▮ **at** Sundhedskoordinationsudvalget godkender det foreliggende forslag til Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen 2015 - 2018.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Den administrative styregruppe for sundhedsaftalen har udarbejdet en Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen 2015 - 2018.

Midtvejsstatus, der er udarbejdet med hjælp fra en journalist, består af 6 korte faktuelle artikler samt 5 længere artikler baseret på interviews. Artiklerne handler om en række af de indsatser, der er arbejdet med inden for Sundhedsaftalens fire visionsområder:

- ▮ Borgeren som aktiv samarbejdspart
- ▮ Nye samarbejdsformer
- ▮ Lighed i sundhed
- ▮ Kvalitet og sammenhæng.

Den administrative styregruppe har i arbejdet med denne Midtvejsstatus lagt vægt på, at den skal give indblik i hvor langt vi er kommet i den fælles opgave med at udvikle og implementere Sundhedsaftalens indsatser. Herudover er der lagt vægt på, at den skal give et indblik i den betydning Sundhedsaftalens indsatser kan få for borgerne og for samarbejdet mellem de ansatte i kommuner, hospitaler og almen praksis.

Sidst i Midtvejsstatus er der indsat et skema, der viser en status på arbejdet med samtlige 58 indsatser, der indgik i Sundhedsaftalens implementeringsplaner for 2015 og 2016.

Det bemærkes, at denne Midtvejsstatus ikke indeholder en opfølgning på udviklingen i Sundhedsaftalens indikatorer i 2016. Dette skyldes, at der på grund af Sundhedsplatformens implementering endnu ikke foreligger 2016-data for aktiviteterne på alle regionens hospitaler. Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en opfølgning på Sundhedsaftalens indikatorer, når Region Hovedstadens aktivitetsregnskab for 2016 er afsluttet - forventeligt vil det kunne ske på udvalgets møde den 15. september 2017.

KOMMUNIKATION

Midtvejsstatus vil, når den er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget, blive udsendt til kommunerne, regionens hospitaler og til PLO-Hovedstaden. Herudover vil den blive lagt på Sundhedsaftalens hjemmeside. Det foreslås endvidere, at der udarbejdes en pressemeddelelse.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

[17005082]

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. 19109 - Midvejsevaluering_sundhedsaftale_print_enkelsider (5)

3. TEMADRØFTELSE: DEN KOMMENDE SUNDHEDSAFТАLE 2019 – 2022

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Emmet for denne temadrøftelse er den kommende Sundhedsaftale 2019 -2022.

Der vil som inspiration til udvalgets drøftelse være et indledende fælles oplæg fra medlemmer af Den administrative styregruppe om den kommende sundhedsaftale med fokus på proces, indhold, struktur og organisering, herunder også hvordan de nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet kan indgå i arbejdet med sundhedsaftalen. De nationale mål kan findes her: http://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget tilkendegiver hvilke ønsker, der er til den kommende sundhedsaftale for 2019-2022.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Den nuværende sundhedsaftale består af to dele. En politisk aftaledel med 4 visioner og 11 politiske mål og en anden administrativ del, hvor de politiske målsætninger er udmøntet i konkrete indsatser. Herudover udmønter anden del også de mange og meget detaljerede nationale krav, som der var til Sundhedsaftalen for 2015 – 2018. Den administrative aftaledel indeholder i alt 73 indsatser, der alle rummer gode og relevante intentioner om at styrke samarbejdet. Men det kan være svært at bevare overblikket. Samtidig viser erfaringerne også, at Sundhedsaftalen på nogle områder overhales af virkeligheden i løbet af de fire år, hvor den er gældende. Eksempelvis ville nogle af indsatserne vedr. forebyggelse af ind- og genindlæggelser formentlig være formuleret anderledes, hvis vi havde kendt til krav om kvalitetstandards for kommunale akutfunktioner. Med udgangspunkt i erfaringerne fra den nuværende aftale kan det drøftes, hvordan der kan udarbejdes en sundhedsaftale, der er politisk relevant at arbejde med og som sikrer et bredt politisk ejerskab gennem hele aftaleperioden. Ligesom det kan drøftes, hvordan der kan laves en mere fokuseret og forenklet sundhedsaftale, der samtidig er smidig overfor løbende tilpasninger.

De fire politiske visioner; borgeren som aktiv samarbejdspart, nye og bedre samarbejdsformer, lighed i sundhed samt sammenhæng og kvalitet har i den nuværende sundhedsaftale fungeret som struktur for både den politiske og administrative del af aftalen. Det vil sige, at alle indsatserne i den administrative del har været underlagt et af de fire visionsområder. Med udgangspunkt i erfaringerne med de nuværende politiske visioner, kan det drøftes hvilke områder eller temaer, der kan være i fokus for en ny aftale, samt om der er behov for en ny måde at organisere aftalen på.

Den nuværende Sundhedsaftale udløber ved udgangen af 2018. Der foreligger endnu ikke nationale udmeldinger om rammer for udarbejdelsen af næste generations Sundhedsaftale. Men for at sikre en involverende proces omkring udviklingen af den kommende sundhedsaftale er der behov for at begynde drøftelserne nu. Der har allerede været en indledende drøftelse i Kommunekontaktudvalget, og i Kommunernes Landsforening og Danske Regioner drøftes rammerne for den kommende sundhedsaftale også. Drøftelserne går blandt andet på, hvordan Sundhedsaftalen skal/bør videreudvikles, forenkles og optimeres for at få det bedst mulige grundlag for at udvikle det tværsektorielle samarbejde til gavn for borgerne, og få en sundhedsaftale der skaber sammenhæng. Der har også været overvejelser om behovet for at udfordre den nationale ramme og detaljeringsgrad, som region og kommuner pålægges i

bekendtgørelse og vejledning om sundhedsaftalen.

Formelt er det det nye Sundhedskoordinationsudvalg, der nedsættes efter regions- og kommunalvalg i november 2017, der skal udarbejde og godkende den kommende sundhedsaftale. Udvikling af sundhedsaftalen, såvel som høring og godkendelse skal foregå inden udgangen af 2018. Det er derfor relevant at drøfte, hvordan processen kan tilrettelægges, så der bliver den nødvendige tid til alle faser i arbejdet med den næste sundhedsaftale.

På mødet vil Sundhedskoordinationsudvalget blive præsenteret for et administrativt oplæg, der adresserer spørgsmål om proces, indhold, struktur og organisering.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsaftalen for 2019-2022 forventes at skulle fremsendes til Sundhedsstyrelsen senest d. 31. januar 2019. Inden da skal den i høring og godkendes i regionsråd og kommunalbestyrelser.

Derudover er der ikke taget stilling til, hvordan udarbejdelsen af sundhedsaftalen tidsmæssigt skal tilrettelægges.

JOURNALNUMMER

16050192

4. DRØFTELSE AF UDVIKLING I ANTAL FÆRDIG BEHANDLEDE SOMATISKE PATIENTER / STATUS FRA KOMMUNERNE OM NYE INITIATIVER FOR AT UNDERSTØTTE HURTIG HJEMTAGNING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedskoordinationsudvalget anmodede den 30. september 2016 - i forbindelse udvalgets drøftelse af Region Hovedstadens oplæg om kapacitet på det medicinske område på - om at få en status over, hvilke nye initiativer, kommunerne har igangsat eller forventer igangsat i 2017 for at understøtte hurtig hjemtagning af borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet. Denne status er vedlagt som bilag. Herudover er der vedlagt en oversigt over bedst tilgængelige data om udviklingen i færdigbehandlede patienter og antal færdigbehandlingsdage.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter kommunernes status over hvilke nye initiativer, kommunerne har igangsat eller forventer igangsat i 2017 for at understøtte hurtig hjemtagning af borgere, samt udviklingen i antal færdigbehandlede patienter.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Kommunerne har udarbejdet en oversigt over hvilke nye indsatser, de har igangsat i 2016 eller planlægger i 2017 med henblik på at sikre hurtig hjemtagning af borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet. Oversigten supplerer således den oversigt, der blev præsenteret og drøftet i Sundhedskoordinationsudvalget i 2015.

Oversigten viser, at kommunerne fortsat har et stort fokus på de færdigbehandlede borgere og aktivt arbejder med problemstillingen, bl.a. videreføres mange af de indsatser, der blev igangsat i 2015.

Endvidere indgår der et overblik over kommunernes midlertidige pladser og akutteams, da disse funktioner spiller en rolle i kommunernes indsats for at hjemtage færdigbehandlede borgere.

Oversigten er suppleret med input fra de somatiske samordningsudvalg, der kontinuerligt drøfter udviklingen i antallet af færdigbehandlede dage/patienter. Det fremgår af oversigten, at samordningsudvalgene i arbejdet med at mindske overbelægning og sikre hurtige hjemtagning af færdigbehandlede patienter har et stort fokus på at understøtte videreudviklingen af det tværsektorielle samarbejde omkring koordination og kommunikation i forbindelse med indlæggelser og udskrivninger.

Udviklingen i antal færdigbehandlede patienter og antal færdigbehandlingsdage

Der er som bilag vedlagt en oversigt over tilgængelige data i forhold til udviklingen i antal færdigbehandlede patienter og antallet af færdig behandlingsdage.

Oversigten viser, at det gennemsnitlige antal færdigbehandlingsdage er faldet fra 4,6 dage i 2015 til 3,8 dage i 2016, og samlet set viser de vedlagte data, at der har været et fald i antal færdigbehandlingsdage fra 13.803 dage i 2015 til 12.951 dage i 2016 – svarende til et fald på 6 procent. Samtidig ses en stigning på 14 procent fra 2015 til 2016 målt i forhold til antallet af patienter, der været registreret med færdighandlingsdage, inden de har kunnet udskrives.

Det skal fremhæves, at ovennævnte data ikke er regionsdækkende, idet der ikke indgår data for patienter,

der har været registreret færdighandlet i forbindelse med indlæggelse på Herlev og Gentofte Hospital og på Rigshospitalet. Årsagen hertil er, at der grundet indførelsen af Sundhedsplatformen på Herlev Gentofte Hospital i maj 2016 og på Rigshospitalet i november 2016 endnu ikke kan præsenteres data for antal færdigbehandlede patienter på de to hospitaler.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en opdateret og regionsdækkende oversigt over udviklingen i færdigbehandlede patienter, når Region Hovedstadens aktivitetsregnskab for 2016 er afsluttet - forventeligt vil det kunne ske på udvalgets møde den 15. september 2017.

JOURNALNUMMER

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Status - kommunernes nye indsatser vedr. hjemtagning - 2016-2017
- 2. Status - kommunernes nye indsatser vedr. hjemtagning - 2014-2015
- 3. bilag antal færdigbehandlede patienter

5. ORIENTERING OM STATUS PÅ SAMARBEJDSMODELPROJEKTER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Det er en vision i Sundhedsaftalen at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer. Det er derfor aftalt, at der skal arbejdes med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi. Der gives i denne sag en status for arbejdet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

På møde den 30. september 2016 godkendte Sundhedskoordinationsudvalget forslag til fire modelprojekter for nye samarbejdsformer (Sundhedsaftalens indsats 6) og bemyndigede samtidig Den administrative styregruppe til at godkende projekterne endeligt, herunder valg af projektpartnere.

1. Tværsektoriel stuegang

Projektet blev godkendt af Den administrative styregruppe på møde d. 9. december 2016. I projektet afprøves en model for tværsektoriel stuegang med udgående læge og sygeplejerske til de kommunale midlertidige pladser. Projektet skal sikre øget kvalitet og sammenhæng for borgere på midlertidige døgnpladser. I projektet indgår Nordsjællands Hospital samt Allerød, Hillerød, Hørsholm, Fredensborg, Helsingør, Gribskov, Frederikssund og Halsnæs kommuner (alle kommuner i planområdet). Der er indgået aftale med PLO om de praktiserende lægers deltagelse i projektet. Projektet har desuden fået midler fra satspuljen "Styrket sammenhæng til de svageste ældre". Projektet er bemandet med en kommunalt og en regionalt ansat projektleder samt en læge og sygeplejerske, der udgør det udgående team. De tværsektorielle stuegange er igangsat i begyndelsen af maj.

2. Fra dobbeltarbejde til enkelthed for patienten

Projektet blev godkendt af Den administrative styregruppe d. 9. december 2016. Formålet med projektet er at udvikle en tværsektoriel model for implementering af indsatser overfor borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk, Albertslund, Glostrup, Brøndby, Hvidovre, Tårnby og Dragør kommuner har alle udtrykt ønske om at indgå i projektet sammen med Psykiatrisk Center Glostrup. Det er aftalt, at en mindre projektgruppe bestående af repræsentanter fra Brøndby, Rødovre og Tårnby indgår i planlægningsfasen, hvor modellen beskrives. Herefter afprøves modellen i et par kommuner, hvorefter modellen evalueres, inden den udrulles i projektkommunerne. Projektet er bemandet med en regionalt ansat projektleder.

3. Tværsektoriel neurorehabilitering

Projektet er godkendt af Den administrative styregruppe d. 21. april 2017. Formålet med projektet er at skabe bedre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer for borgere med funktionsevnenedsættelse efter apopleksi og dermed sikre borgeren de bedste forudsætninger for at generhverve højest mulige funktionsniveau. Projektet har fokus på at udbygge og udvikle det organisatoriske samarbejde mellem hospitalerne og kommunerne ved at styrke og understøtte overgangen mellem sektorerne, så koordineringen af indsatserne på tværs af sektorer sker rettidigt, så borgeren oplever et sammenhængende tilbud.

Projektpartnerne er Herlev og Gentofte Hospital samt 8 ud af 9 kommuner i planområdet midt: Ballerup, Egedal, Herlev, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner. Projektet er i opstartsfasen og der er i øjeblikket ved at blive ansat en regional og en kommunal projektleder.

4. Tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel

Projektmodellen lægger op til et samarbejde mellem en eller flere kommuner og de praktiserende læger i de pågældende kommuner. Fem kommuner har tilkendegivet interesse for at deltage i projektet. På et møde i januar mellem de interesserede kommuner meldte Frederiksberg og Halsnæs kommuner sig til at konkretisere projektet. Efterfølgende har de to kommuner aftalt, at Frederiksberg udarbejder et forslag til projektmodel og afsøger, om der er læger i Frederiksberg Kommune, der vil indgå i projektet.

På nuværende tidspunkt er der ikke fundet et match mellem interesserede kommuner og praktiserende læger, men der er fortsat åbent for at interesserede kommuner kan afsøge samarbejdspartnere blandt de praktiserende læger.

Projektbeskrivelser for de fire modelprojekter fremsendes efter ønske.

Evaluerings af de fire modelprojekter

Region Hovedstaden har indgået en 3-årig samarbejdsaftale med Aalborg Universitet, Center for Organization, Management og Administration om at evaluere projekterne. Universitetet skal levere løbende resultater/afrapporteringer og en samlet evalueringsrapport. Der vil dels være nogle fælles evalueringsparametre, med udgangspunkt i de 6 principper for nye samarbejdsformer, men også individuelle parametre for de enkelte projekter. Disse udvikles i samarbejde med projektlederne for de enkelte projekter.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der afreporteres en gang årligt i september om arbejdet med modelprojekterne.

JOURNALNUMMER

15018062

6. MEDDELELSER - ORIENTERING OM ARBEJDET MED AFKLARING VEDR. SAMARBEJDET OM SPECIALISERET REHABILITERING

MEDDELELSER

Sundhedskoordinationsudvalget blev på møde den 30. september 2016 orienteret om Sundheds- og Ældreministeriets svar på den fælles henvendelse, som regionen og kommunerne havde sendt ultimo 2015 med henblik på at få ministeriet til at redegøre for, hvordan de gældende regler og retningslinjer for udarbejdelse af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau skal håndteres.

Ministeriets svar bidrog kun til en delvis afklaring på de spørgsmål, som regionen og kommunerne havde rejst i fælles henvendelsen og generelt set var ministeriets svar formuleret i meget overordnede vendinger. Den administrative styregruppe besluttede derfor, at der skulle gøres endnu et forsøg på at opnå en fælles forståelse af, hvordan de gældende regler i forhold til rehabilitering på specialiseret niveau skal forstås og praktiseres. Opgaven blev forankret i en arbejdsgruppe under den administrative styregruppe.

Arbejdsgruppen har afrapporteret til den administrative styregruppe. Det vurderes, at der er fundet hensigtsmæssige måder at løse en række af de problemstillinger, der oprindeligt udløste henvendelsen til ministeriet.

Der er blandt andet aftalt en model for dialog mellem hospital, kommuner og borgeren i forhold til borgere, som har behov for specialiseret rehabilitering i tilknytning til forløb i tilbageløbsambulatorierne. Det er også blevet afklaret, at hospitalerne ikke kan henvise patienter til neuropsykologisk intervention via en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Endvidere er det aftalt, at der nu etableres et tværsektorielt samarbejdsforum vedr. erhvervet hjerneskade, som skal styrke dialogen og samarbejdet om de meget komplekse forløb og forberede sager af principiel karakter.

Herudover er det aftalt, at arbejdet med forløbsprogrammerne for erhvervet hjerneskade genoptages.

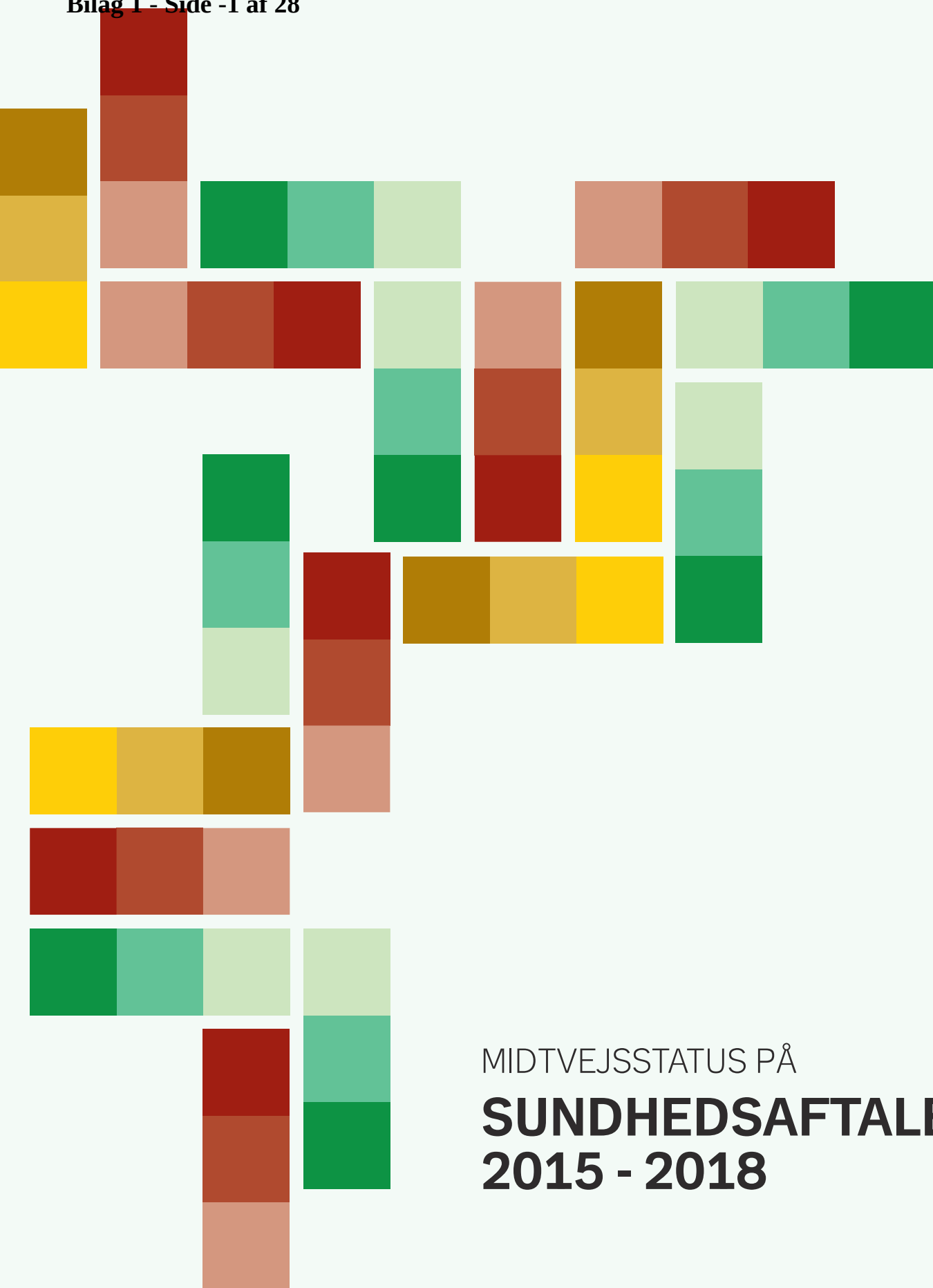
JOURNALNUMMER

Tomt indhold

7. EVENTUELT

EVENTUELT

Tomt indhold



MIDTVEJSSTATUS PÅ
SUNDHEDSAFTALEN
2015 - 2018

KOLOFON

Udgivet i forbindelse med Midtvejsstatus på Sundhedsaftalen i Region Hovedstaden 2015 - 2018

Maj 2017

Tekster

Frank Ulstrup

Redaktionsgruppe (Sundhedsaftalesekretariatet):

Specialkonsulent Mette Dissing Odgaard, Det Fælles Sundhedssekretariatet - Hovedstaden

Specialkonsulent Rikke Skaarup Schjødt, Det Fælles Sundhedssekretariatet - Hovedstaden

Enhedschef Jean Hald Jensen, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Specialkonsulent Kamilla Walther, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Chefkonsulent Winnie Brandt, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Specialkonsulent Henriette Bager, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Layout

RegionH Design

www.regionh.dk/sundhedsaftale

FORORD

Sundhedsaftalen er grundstenen i Region Hovedstadens, kommunernes og almen praksis' arbejde med at sikre borgerne sammenhængende sundhedstilbud med høj faglig kvalitet.

Den nuværende Sundhedsaftale gælder i perioden 2015 – 2018. Aftalen bygger videre på de positive resultater, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af Sundhedsaftalernes målsætninger.

Sundhedsaftalen er politisk forankret i Sundhedskoordinationsudvalget, hvor politikere fra kommunerne i regionen, regionsrådspolitikere og praktiserende læger mødes og tager de overordnede beslutninger og giver opbakning til det videre arbejde.

Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 er baseret på fire klare visioner:

BORGEREN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART

NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER

LIGHED I SUNDHED

SAMMENHÆNG OG KVALITET

Visionen om *Borgeren som aktiv samarbejdspart* betyder, at vi i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis skal åbne dørene for dialog og invitere borgeren med ind i maskinrummet. Dermed får borgerne de bedste muligheder for at spille en aktiv rolle i eget forløb og bidrage med deres viden og ønsker til udviklingen af sundhedsvæsenet.

Nye og bedre samarbejdsformer udtrykker et stort og fælles ønske om at skabe samarbejdsformer, hvor silotænkning nedbrydes, og arbejdet smidiggøres hen over sektorgrænserne.

Lighed i Sundhed handler for os om at skabe mere viden og udvikle nye projekter, der kan bidrage til, at alle borgere får tilbudt de indsatser, de har behov for, og at tilbuddene tilrettelægges, så borgerne kan få det optimale ud af behandlingen.

Vores fjerde vision betoner vigtigheden af, at der i samarbejdet om sundhed er fokus på *sammenhæng og kvalitet* for borgerne. Indsatserne under denne vision udgør sundhedsaftalens store maskinrum. Det er under denne vision, at der blandt andet arbejdes med at virkeliggøre nye aftaler, der sikrer et velfungerende samarbejde.

STYRKET EJERSKAB

Alle parter har gennem de seneste to år lagt meget energi i at realisere Sundhedsaftalens visioner.

Ejerskabet til Sundhedsaftalen styrkes løbende gennem organiseringen af samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis. I hovedparten af de arbejdsgrupper, som er nedsat under Sundhedsaftalen, er der desuden etableret fælles regionale – kommunale formandskaber og fælles sekretariatsfunktioner.

Indenfor de enkelte visionsområder arbejdes der målrettet med udvikling, konkretisering og implementering af de indsatser, vi har aftalt at arbejde med.

VI ER NÅET LANGT

Halvvejs gennem aftaleperioden er der naturligvis dele af Sundhedsaftalen, der endnu ikke er arbejdet med. Men vi er nået langt! Vi har blandt andet indgået samarbejdsaftaler på det psykiatriske område og forbedret kvaliteten af sårbehandlingen gennem indførelse af telemedicinsk sårbehandling.

På de følgende sider kan I læse en række artikler, der beskriver status for arbejdet med nogle af de indsatser, som vi har sat os for at gennemføre.

Vores forhåbning er, at artiklerne vil give jer et indblik i, hvor langt vi er nået i arbejdet med Sundhedsaftalens indsatser, og hvilken betydning indsatserne kan få for borgerne og for samarbejdet mellem vores ansatte i kommuner, hospitaler og almen praksis.

God læselyst!

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Per Seerup
Formand



Ninna Thomsen
Næstformand





VISION

BORGEREN SOM AKTIV
SAMARBEJDSPART

BORGERE INDDRAGES I DET ORGANISATORISKE ARBEJDE

Som en direkte følge af Sundhedsaftalen inddrager pilotprojekter nu borgerne i det organisatoriske samarbejde mellem sektorerne. Et helt nødvendigt skridt, der kan resultere i højere kvalitet, siger hospitalsdirektør.

Patienter er de seneste år blevet inddraget mere og mere som ressourcepersoner i eget behandlingsforløb.

Men med det fokus, der i Sundhedsaftalen ligger på borgernes perspektiv, er tiden nu kommet til også at inddrage dem i det organisatoriske arbejde på tværs af sektorerne.

Af samme grund sad to borgere med ved bordet, da sundhedsprofessionelle fra praksis, kommuner og region satte hinanden i stævne i *Samordningsudvalget for somatik, planområde Byen* den 20. januar 2017.

Samordningsudvalget, der skal sikre, at indsatserne i Sundhedsaftalen implementeres i de tre sektorer, kan dermed trække på erfaringerne fra to personer, der hver især har lange sygdomsforløb bag sig.

For Margit Schrøder, der er uddannet sygeplejerske og underviser på sygeplejeskolen Metropol, var deltagelsen i mødet en oplagt mulighed.

-Jeg synes, der er mange ting i vores sundhedsvæsen, der fungerer rigtig godt, men desværre også en hel del ting, der kunne være bedre. F.eks. kan man blive meget bedre til at inddrage brugerne, og giver dem mulighed for at sætte sig ind i alt, der vedrører deres behandling. I det lys er brugerinddragelse på det organisatoriske niveau også et rigtig fint skridt.

MASSER AF ERFARING

Som mangeårig gigtpatient med nye knæ og nye hofter samt erfaring som pårørende til sin nu afdøde mor har 59-årige Margit Schrøder masser af erfaringer, som kan komme Samordningsudvalget til gode.

-Mit eget behandlingsforløb har generelt været godt, men når der engang imellem er gået noget galt, har det i høj grad handlet om manglende kommunikation og tilgængelighed. F.eks. er jeg kommet hjem med en genoptræningskuffert fra Vesterbro Sundhedshus. Den indeholder bl.a. en smartphone, der skal guide én i øvelserne. Men teknikken virkede ikke, og der var intet nummer, jeg kunne ringe til. Havde der været det, var jeg ikke kommet bagud med min genoptræning fra starten, konstaterer Margit Schrøder.

Den historie fortalte hun også på Samordningsudvalgets møde, hvilket resulterede i adskillige anerkendende nik rundt om bordet. Margit Schrøder følte sig da også meget velkommen i udvalget.

-De øvrige deltagere var meget imødekommende og lyttende, når vi sagde noget, og jeg havde også en fornemmelse af, at retorikken var lidt anderledes, end den måske plejer at være. Det var faktisk en rigtig god oplevelse.

KAN GIVE HØJERE KVALITET

Samme positive fornemmelse sidder udvalgets regionale formand, hospitalsdirektør Anne Jastrup med. For hende er de to brugeres tilstedeværelse i udvalget et meget velkomment skridt.

-Det er de seneste år blevet tydeligt, at patienterne både på det individuelle og på det organisatoriske plan er en ressource, som vi i sundhedsvæsenet har undervurderet alt for længe. Meget tyder faktisk på, at brugernes input kan give en bedre oplevet kvalitet og samtidig skabe et mere sikkert sundhedsvæsen baseret på en højere faglig kvalitet. Dermed er der meget væsentlige grunde til at afprøve forskellige former for inddragelse, siger Anne Jastrup, der også peger på det økonomiske fundament for fremtidens sundhedsvæsen.

-Hvis vi om ti år vil have et bæredygtigt sundhedsvæsen, der er imødekommende overfor patienterne og samtidig leverer professionel behandling af høj faglig kvalitet, så skal vi være meget mere optagede af at udvikle den organisatoriske innovationskraft i alle tre sektorer. Det er bl.a. det, vi med deltagelse af brugerrepræsentanter har taget hul på nu, og som jeg håber vil føre til en anden og - for patienterne - bedre prioritering af ressourcerne.

PILOTPROJEKTER MED BORGERRÆPRÆSENTANTER I SAMORDNINGSUDVALG PÅGÅR I:

- Samordningsudvalget for somatik i planområde Byen
- Samordningsudvalget for somatik i planområde Syd
- Samordningsudvalget for psykiatri i planområde Syd

ET UDPLUK AF GODE METODER TIL STYRKET SAMARBEJDE MED BORGERNE

Sundhedsprofessionelle i almen praksis, kommuner og region kan nu slå op i en ny rapport, der kommer med anbefalinger til et forbedret samarbejde med borgerne – både på det individuelle og på det organisatoriske niveau.

Der har de seneste år været meget fokus på, at borgere og sundhedsprofessionelle skal indgå i et aktivt og ligeværdigt samarbejde.

Det skyldes dels et voksende krav fra borgerne, og dels et voksende antal undersøgelser, der peger på, at kvaliteten i behandlingen stiger, når borgerne inddrages og i højere grad er medbestemmende i eget behandlingsforløb.

Som en konsekvens har en arbejdsgruppe under Sundhedsaftalen nu undersøgt, hvordan det aktive samarbejde bedst muligt kan opnås i praksis. I rapporten, der har fået navnet "Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler", skelnes der mellem metoder til individuel borgerinddragelse og metoder til organisatorisk borgerinddragelse. For den individuelle inddragelse anbefales to metoder for hver af de tre sektorer.

DET DER VIRKER - PÅ TVÆRS

Arbejdsgruppen har også kortlagt en række fællestræk ved de samarbejdsmetoder, der har vist sig at virke på tværs af sektorerne.

Det drejer sig for det første om at få kortlagt borgerens personlige baggrund, erfaringer, behov og ønsker og bruge det som afsæt for de valg, der skal træffes i forhold til den enkeltes forløb. Metoderne gør også brug af et strukturerende redskab, som hjælper den sundhedsprofessionelle og borgeren med at sætte en ramme for samtalen. Det samme gælder brugen af støtteredskaber til kommunikationen, som har vist sig som en rigtig god investering i både almen praksis, kommuner og region. Støtteredskabet er f.eks. anvendt med succes, når den sundhedsprofessionelle skal beskrive risici overfor borgeren og sammenligne flere mulige forløb og handlinger.

Endelig anbefales det i rapporten, at borgeren skal have mulighed for at forberede sig på sin behandling hjemmefra. Det kan f.eks. være ved hjælp af materiale fra "Hej sundhedsvæsen", forberedelsesskemaer og informationsfoldere.

De sektorspecifikke anbefalinger kan læses i rapporten "Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler". Den kan downloades her: www.regionh.dk/aktivsamarbejde





VISION

NYE OG BEDRE
SAMARBEJDSFORMER

TVÆRSEKTORIEL STUEGANG: NU SKAL SYSTEMET KOMME TIL BORGEREN

I Nordsjælland skal et tværsektorielt team fremover gå stuegang hos alvorligt syge ældre i kommunale døgntilbud. Færre genindlæggelser, øget patientsikkerhed og større tryghed blandt borgerne er nogle af de resultater, man håber på i opgøret med stafettænkningen.

Fra 1. maj 2017 vil alvorligt syge, ældre patienter, der udskrives fra Nordsjællands Hospital, møde en helt anden virkelighed end den, de er vant til.

Det bliver en virkelighed, hvor de i mindre grad vil opleve informationstab og manglende koordination, når de overføres fra den ene sektor til den anden. Tværtimod vil en gruppe af de ældre medicinske patienter, der udskrives fra hospitalet til en kommunal midlertidig døgnplads opleve, at de jævnligt får besøg af et tværsektorielt team, der præcis som på et hospital går stuegang og tilser dem.

Teamet består af en læge og en sygeplejerske fra hospitalet, der sammen med sundhedspersonalet fra kommunernes midlertidige pladser holder en moderne stuegang, hvor borgeren og evt. pårørende er i centrum. I mange tilfælde vil borgerens egen læge også deltage i stuegangen.

INGEN MÅ SLIPPE STAFETTEN

Projektet er i bund og grund et opgør med det, som leder af Sekretariat for Sundhed og Omsorg i Helsingør Kommune, Marlene Würbler, kalder for stafettænkning.

-Det er et grundlæggende forsøg på at gøre op med den kultur og den organisering, der får os til at behandle borgerne som en stafet, som vi giver videre til hinanden, hvorefter vi selv som kommune, praktiserende læge eller hospital forsvinder ud af billedet. Det er et forsøg på at få os alle sammen til fortsat at holde fat i stafetten og dermed påtage os et fælles ansvar for borgeren gennem hele forløbet.

Projektet, der har fået navnet "Tværsektoriel stuegang – fremtidens tværsektorielle forløb - Fra stafet-tankegang til borgerens fælles team" inkluderer otte nordsjællandske kommuner og er særligt målrettet de svageste ældre borgere med komplekse sygdomsbilleder.

Det er de borgere, som Marlene Würbler og hendes kolleger i de øvrige kommuner ofte oplever bliver genindlagt på stribet.

Forklaringen er, at de ofte lider af flere forskellige sygdomme og tit kun er indlagt i ganske få dage ad gangen. Når vedkommende så udskrives, skal hospitalspersonalet ud fra et meget begrænset kendskab til personen formulere en plejeforløbsplan, som gives videre til kommunen.

En af udfordringerne er så, at der fortsat er brug for lægefaglige kompetencer i de ofte mange dage, som borgeren opholder sig i det kommunale døgntilbud, siger Marlene Würbler.

-I den periode kan der jo ske rigtig meget med borgeren, som kræver, at behandlingen justeres - f.eks. i form af ny medicin. Dermed er det samarbejde og den koordinering, som vi har på tværs af sektorerne, ikke tilstrækkelig, hvilket igen betyder, at borgerne ofte genindlægges. Med projektet vil vi derfor etablere en ny samarbejdsform, som giver mere effektive behandlingsforløb, og som også skaber den tryghed, der er afgørende for, at borgeren kan komme hurtigt tilbage til sin egen hverdag igen.

STOR OPBAKNING

I projektperioden, der varer frem til udgangen af 2019, vil man så at sige vende tingene på hovedet, så systemet kommer til borgeren og ikke omvendt. Der skal være mere borger og mindre system, som Marlene Würbler udtrykker det. Og den holdning står hun langt fra alene med. Tværtimod har man oplevet en meget stor opbakning fra både kommuner, hospitaler og organisationer, fortæller hun.

-Jeg tror generelt, der er en modenhed i forhold til at afprøve helt nye samarbejdsmodeller – ikke mindst i lyset af den demografiske udfordring med flere og flere ældre. Der er vi simpelthen nødt til at skabe bedre og mere sammenhængende forløb, hvor borgerens behov reelt er i centrum.

Hvordan økonomien omkring den tværsektorielle stuegang kommer til at se ud på længere sigt, er endnu for tidligt at sige noget om, siger Marlene Würbler, men det er heller ikke så afgørende.

-Der vil formentlig være steder i systemet, hvor det vil spare penge, og andre steder, hvor det vil koste flere - men hvor det bliver, ved vi ikke. Men det er heller ikke det, vi har fokus på lige nu. Det afgørende er, at vi får udviklet og afprøvet en ny måde at samarbejde på, der kan give syge ældre en mere værdig og tryk alderdom. Så må økonomi og andre fordelingsmæssige forhold mellem sektorerne falde på plads senere.

PRINCIPPER FOR NYE SAMARBEJDSFORMER

Principperne for nye samarbejdsformer blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 30. september 2016. Formålet med principperne er at skabe en ramme for udvikling af nye samarbejdsmodeller.

Nye samarbejdsmodeller skal:

1. Skabe værdi for borger og patient
2. Indeholde borgerinddragelse
3. Bygge på integreret opgaveløsning
4. Udfordre eksisterende rammer
5. Understøttes af en evalueringsmodel
6. Bygge på LEON-princippet

NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER - 4 MODELPROJEKTER

En arbejdsgruppe har med udgangspunkt i principper for nye samarbejdsformer udviklet fire modelprojekter:

TVÆRSEKTORIEL STUEGANG

I projektet afprøves en ny form for stuegang for borgere på midlertidige døgnpladser. Den tværsektorielle stuegang består af et udgående team fra hospitalet, sygeplejersker fra de kommunale midlertidige pladser og egen læge, der i et møde med borger og pårørende planlægger det videre pleje- og behandlingsforløb.

Målgruppen for projektet er svækkede ældre borgere med svære medicinske problemstillinger eller komplekse sygdomsforløb.

Projektpartnerne er Nordsjællands Hospital, almen praksis samt Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Hørsholm kommuner.

FRA DOBBELTARBEJDE TIL EN ENKELTHED FOR PATIENTER MED SAMTIDIG PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG

Projektet skal udvikle en tværsektoriel model for implementering af indsatser overfor borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Der er behov for at borgere med dobbeltdiagnoser får en koordineret indsats, hvor

alle relevante aktører på tværs af sektorer aktivt bidrager til borgerens behandlingsbehov.

Projektpartnerne vil blive Region Hovedstadens Psykiatri, herunder de psykiatriske centre og kommuner i planområdet Syd.

TVÆRSEKTORIEL NEUROREHABILITERING – MIND THE GAP – CLOSE THE GAP

Projektmodellen er ikke færdigudviklet. Herlev og Gentofte Hospital arbejder i øjeblikket sammen med kommunerne i planområdet Midt om at udvikle den endelige projektmodel.

TIDLIG OPSPORING AF BØRN OG UNGE MED TEGN PÅ MISTRIVSEL

Projektets formål er at udvikle en samarbejdsmodel mellem almen praksis og den kommunale PPR, der skal sikre tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel.

Projektmodellen er ikke færdigudviklet. Frederiksberg, Halsnæs, Gladsaxe, Egedal og Københavns Kommune har meldt sig som interesserede i projektet. Foreløbig er det Frederiksberg og Halsnæs, der arbejder videre med udvikling af en projektmodel.

BEDRE KOORDINERET INDSATS TIL PSYKISK SYGE MED MISBRUGSPROBLEMER

Ny model for tværsektoriel implementering af koordinerende indsatsplaner skal sikre et bedre samarbejde mellem sektorerne i behandlingen af borgere med psykisk sygdom og samtidige misbrugsproblemer.

Borgere med en dobbeltdiagnose, som psykisk sygdom og misbrug, kræver ikke en dobbeltindsats.

De har derimod brug for en bedre koordineret indsats, hvor alle aktører i sundhedsvæsenet aktivt bidrager til borgerens behandling.

Sådan står der i beskrivelsen af det projekt, der under Sundhedsaftalen skal udvikle en model for tværsektoriel implementering af koordinerende indsatsplaner.

Som det er i dag, er behandlingsansvaret for eksempel borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug opdelt, så regionen står for den psykiatriske behandling og kommunerne for misbrugsbehandlingen.

Det leder ofte til, at borgeren skal følge flere forskellige behandlingsplaner hos de respektive aktører, og at borgeren dermed selv står med ansvaret for, at planerne koordineres på tværs.

Projektet, der har titlen "Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med psykisk sygdom og samtidig misbrug", vil gøre op med dette.

Det skal ske ved at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer, at de koordinerende indsatsplaner implementeres i det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner samt private misbrugsbehandlingstilbud og egen læge.

Dermed skabes et mere sammenhængende tilbud, der vil gøre det nemmere at fastholde borgeren i behandlingen og samtidig gøre det lettere for denne at engagere sig i egen behandling.

Overordnet set skal samarbejdsmodellen bygge videre på erfaringer fra andre projekter vedrørende dobbeltdiagnosticerede borgere samt øvrige eksisterende tværsektorielle udviklingsprojekter.

Endelig er det meningen, at den koordinerende indsatsplan skal udarbejdes i et samarbejde mellem alle relevante sundhedsaktører og borgeren for derved at skabe et mere forpligtende ejerskab.

Projektet løber i perioden 2017-2019 og er et samarbejde mellem Psykiatrisk Center Glostrup og kommunerne i planområde Syd. Det er forventningen, at modellen også vil kunne bruges i andre sammenhænge f.eks. i forbindelse med implementering af samarbejdsaftalen, der sætter rammerne for samarbejdet mellem de 29 kommuner og Region Hovedstaden.



VISION

LIGHED I SUNDHED

NY ARBEJDSGRUPPE SKAL FREMME SAMARBEJDET PÅ BØRNEOMRÅDET

Børn er et nyt fokusområde i Sundhedsaftalen. For at støtte op om implementeringen af de mange indsatser, er der nedsat en arbejdsgruppe, der kun skal fokusere på børneområdet.

Børn rammes også af sygdom, enten selv eller som pårørende, hvor et styrket tværsektorielt samarbejde kan bidrage til et bedre forløb. Der vil også i mange tilfælde kunne igangsættes mere forebyggende støtte, hvis sektorerne bliver bedre til at gøre hinanden opmærksomme på problemer i børnefamilier.

I Sundhedsaftalen er der i alt syv indsatser, der har til hensigt at styrke det tværsektorielle samarbejde på børneområdet. Indsatserne skal løftes af en arbejdsgruppe, der er nedsat under Sundhedsaftalen specifikt på børneområdet.

Der skal i det tværsektorielle samarbejde om indsatserne tages højde for, at børneområdet både i hospitalsregi og i kommunalt regi er organiseret anderledes end på voksenområdet. Forventningen er, at man ved at samle indsatserne vil kunne opnå en række synergieffekter – ikke mindst fordi mange af arbejdsgruppens medlemmer er uddannede i og vant til at arbejde med børneområdet.

Det er dermed håbet, at arbejdet med de konkrete indsatser på børneområdet og det øgede fokus på, hvordan der skal samarbejdes tværsektorielt, kan bidrage til en styrket indsats på sundhedsområdet for børn.

I april 2017 igangsættes det første udviklingsprojekt, der skal styrke behandlingen af børn med sygdom i socialt sårbare familier. Dertil kommer, at arbejdsgruppen er kommet med en henstilling til både hospitalspersonale og praktiserende læger. I henstillingen opfordrer man til, at medarbejdere i de to sektorer i højere grad anvender "underretningen" i deres kommunikation med kommunerne.

Arbejdsgruppen vedrørende samarbejdet på børneområdet er tidsbegrænset frem til udgangen af 2018. Gruppen er nedsat efter samme model som de øvrige grupper under Sundhedsaftalen. Den har i alt syv indsatser og holdte sit femte møde i februar 2017.

"UNDERRETNING" SOM KOMMUNIKATIONSFORM

Flere steder i Sundhedsaftalen peges der på behov for redskaber til at kommunikere mellem sektorerne for at sikre samarbejde om og med børn og deres familier. Det er vurderet, at "underretning" er et brugbart redskab, men at der stadig hersker misforståelser om "underretninger" hos fagpersonale i de tre sektorer samt hos borgerne.

Underretning er en måde at varsle kommunerne om en bekymring. Underretningen modtages af kommunale medarbejdere på børn- og ungeområdet, der som oftest ikke sidder med specifik viden om sundhedsområdet. Derfor er det vigtigt, at sundhedsfaglige i underretningen får forklaret konsekvenserne af fx en utilstrækkelig behandling af barnets sygdom.

Ved modtagelse af en underretning går kommunerne ind og vurderer, hvordan den meldte bekymring bedst varetages. Kommunen har mange og forskelligartede tilbud til at støtte og hjælpe barnet og familiens hverdag. Kommunen kan også melde tilbage til underretteren, at der allerede er igangsat en indsats for barnet og familien.

Læs mere om underretning på Ankestyrelsens hjemmeside www.deldinbekymring.nu

MÅLRETTET FORSKNING SKAL SKABE BEDRE LIV FOR ALLE

Psykisk syge og sårbare gravide er i fokus i to forskningsprojekter, der sigter mod at skabe større lighed i sundhed.

For nogle mennesker er livet en leg, mens det for andre er fyldt med dårlige odds og svære udfordringer. Mennesker med psykisk sygdom kan f.eks. forvente en generelt lavere livskvalitet, ligesom de kan se frem til at dø 15 – 20 år tidligere end andre.

På samme måde har mellem tre og fem procent af en forældreårgang så store sociale og psykologiske problemer, at deres børn udvikler tilknytningsforstyrrelser. Ifølge statistikken betyder det, at børnene på længere sigt bliver mere syge og i højere grad mistrives.

I Region Hovedstadens Sundhedsaftale med kommunerne ser man på uligheden i sundhed med stor alvor. Af samme grund skal to forskningsprojekter undersøge og udvikle modeller for, hvordan dødeligheden hos svært psykisk syge kan mindskes, og hvordan man kan styrke tilknytningen mellem sårbare gravide og deres børn.

OVERSER EGNE SYMPTOMER

Om det af projekterne, der retter sig mod psykisk syge, og som samtidig lider af en somatisk sygdom, siger forskningsleder i Region Hovedstadens Tværsektorielle Forskningsenhed, Ane Friis Bendix:

-Formålet er helt konkret at optimere opsporingen af kroniske, somatiske lidelser som f.eks. hjertekarsygdom, diabetes, forhøjet blodtryk og kolesterol hos svært psykisk syge patienter, derefter igangsætte en medicinsk behandling og sikre, at patienterne fastholdes i behandlingen.

Problemet er, forklarer Ane Friis Bendix, at de svært psykisk syge patienter sjældent selv er opmærksomme på symptomerne fra somatisk sygdom og desuden har svært ved selv at henvende sig til egen læge.

Dertil kommer, at lægen ofte overser den somatiske sygdom, når patienten endelig dukker op i konsultationen. Den psykiske lidelse løber så at sige med al opmærksomhed.

Forskningsprojektet handler derfor om at udvikle en model, hvor de deltagende praktiserende læger gennemfører en ekstraordinær screening af deres psykisk syge patienter for somatiske sygdomme. Derefter skal patienterne med hjælp fra kommunernes støttekontaktpersoner og deres primærbehandlere i psykiatrien fastholdes i behandlingen.

I arbejdet med modellens udformning bliver alle tre sektorer og ikke mindst patienterne selv inddraget. For Ane Friis Bendix og hendes kolleger giver det en forhåbning om, at der vil opstå et ejerskab, som også kan bidrage til at fastholde patienterne i behandlingen.

-Vi er endnu ikke nået så langt, men vores håb er, at inddragelsen af den kommunale støttekontaktperson og primærbehandleren i psykiatrien sammen med patienternes ejerskabsfølelse kan få flere patienter til at følge et behandlingsforløb for deres somatiske sygdom. I sidste ende skal det meget gerne resultere i bedre livskvalitet og mindre dødelighed hos en gruppe mennesker, der i forvejen har rigtig mange problemer at slås med.

SÅRBARE GRAVIDE

Sundhedsplejersker og jordemødre skal mere på banen. Svære problemer som angst, depression, arbejdsløshed og generelt dårlig trivsel er også centrale i det andet forskningsprojekt, der fokuserer på sårbare gravide.

Her er udfordringen, at de ofte meget unge mødres problemer har en stærk negativ indvirkning på barnets opvækst og trivsel.

-Vi ved, at det er i barnets første leveår, at det skal udvikle en god og stærk tilknytning til sine forældre. Vi ved desværre også, at det i mange tilfælde ikke sker, hvis forældrene selv har store sociale og psykiske problemer. Derfor er vores mål med projektet at udvikle og afprøve en ny tværsektoriel indsats, der skal opspore og styrke den sårbare gravide og samtidig forberede forældrene på livet som familie, siger Ane Friis Bendix.

Konkret handler det bl.a. om at indføre systematisk screening for angst og depression hos den sårbare gravide og at få de kommunale sundhedsplejersker på banen også under graviditeten.

-I projektet vil vi fra tidligt i graviditeten afholde fælles konsultationer med jordemoder og sundhedsplejerske for de sårbare gravide, ligesom sundhedsplejersken vil tage på hjemmebesøg under svangerskabet samt på flere besøg efter fødslen. Ved disse besøg skal der tilbydes individuel forældretræning med det formål at støtte tilknytningen mellem barn og forældre.

Punkt nr. 2 - Drøftelse af Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen

Bilag 1 - Side -16 af 28

Endelig, siger Ane Friis Bendix, vil projektet have fokus på at forbedre overleveringen af information fra barselsgangen til den kommunale sundhedspleje, så denne forberedes så godt som overhovedet muligt.

-Samlet set kan initiativerne forhåbentlig være med til at give det lille barn en bedre start på livet og dermed også være med til at bryde den negative sociale arv.

FAKTA

Projektet vedrørende sårbare gravide er forankret på Herlev-Gentofte Hospital og i de tilhørende kommuner. Det forventes at starte op omkring 1. juni 2017. Forskningen i en behandlingsmodel for psykisk syge med samtidig somatisk sygdom er endnu i udviklingsfasen, og det er ikke besluttet, hvor projektet konkret skal forankres. Dette afklares i nærmeste fremtid.

PILOTPROJEKT SKAL UDVIKLE DIFFERENTIEREDE TILBUD TIL SÅRBARE

Sundhedsaftalen skal udvikle differentierede tilbud til mennesker med kronisk sygdom/multisygdom. I første omgang sigter et pilotprojekt mod, at flere mennesker med psykisk sygdom skal undersøges og tilbydes behandling for type 2 diabetes.

Sårbare borgere med kronisk sygdom og/eller multisygdom får ikke i tilstrækkelig grad gavn af de eksisterende tilbud i regi af forløbsprogrammerne.

Sundhedsaftalen skal derfor udvikle mere differentierede og tilgængelige tilbud til disse grupper. I første omgang sigter et pilotprojekt mod at indsamle viden og erfaringer, bl.a. ved at flere mennesker med psykisk sygdom undersøges og behandles for diabetes.

Det konkrete projekt er inddelt i to faser. Første fase fokuserer på opsporing af diabetes og behandlingsindsatsen i hospitalsregi. Anden fase, som der dog ikke er taget stilling til endnu, vil sigte mod at optimere livsstilsrådgivningen i kommunerne og samtidig udvikle disses rehabiliteringstilbud, så de i højere grad benyttes af mennesker med psykisk sygdom.

Som en del af første fase skal medarbejdere fra de opsøgende psykiatriske teams (OP-teams) bl.a. rustes til at styrke patienternes motivation i forhold til screening og eventuel behandling. Planen er desuden, at teamet i en overgang rent fysisk skal følge patienterne til hospitalskontrol og dermed sikre en stabil og vedvarende kontakt til sundhedsvæsenet.

Pilotprojektet vil, når det skydes i gang i efteråret 2017, tage udgangspunkt i patienter, der er i behandling hos det opsøgende psykiatriske team i Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Ballerups optageområde.

Det forventes i den forbindelse, at mellem 480 og 600 patienter vil blive tilbudt screening for diabetes. Heraf vurderes det, at én ud af ti allerede har sygdommen, og at et tilsvarende antal har sygdommen, uden at vide det. Dermed vil i alt 100-120 patienter blive omfattet af projektet.

Indsatsen er forankret i Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom.

VISION

SAMMENHÆNG OG KVALITET



PSYKIATRI PÅ TVÆRS: 29 KOMMUNAL-REGIONALE AFTALER BLEV TIL ÉN FÆLLES

Én fælles aftale med kommunerne har nu afløst 29 separate aftaler på psykiatriområdet. Målet er at skabe mere sammenhæng, større inddragelse og i sidste ende højere livskvalitet for borgeren.

Som en del af Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 har Region Hovedstaden i samarbejde med de 29 kommuner formuleret en ny fælles samarbejdsaftale på psykiatriområdet.

Med aftalen, der blev godkendt i marts 2017, blev de 29 separate aftaler, der tidligere var indgået med de respektive kommuner, reduceret til én fælles aftale på børne- og ungeområdet og én fælles aftale på voksenområdet.

Ud over at forenkle det administrative arbejde betragteligt sigter den nye aftale mod at skabe mere sammenhæng på tværs af sektorerne og mod i højere grad at inddrage borgere og pårørende i et mere recovery-orienteret perspektiv.

Ledende socialrådgiver ved Psykiatrisk Center Ballerup, Eva Tangdal, har siddet med i den regional/kommunale arbejdsgruppe, der har udformet den nye samarbejdsaftale.

Hun fremhæver bl.a. det forhold, at aftalen meget præcist beskriver rammerne for samarbejdet og opgavefordelingen mellem kommuner og region.

-Dertil kommer et specifikt afsnit i aftalen, som handler om opgavefordelingen i forbindelse med borgere på botilbud, hjemløse og borgere, der både har et misbrug og er psykisk syge. Det er et område, hvor der tidligere har været en del uklarhed, så det er en markant forbedring, siger hun.

Det synspunkt er fagspecialist i Gladsaxe Kommune, Gerda Zacho Hansen, helt enig i.

-Mennesker med psykisk sygdom står ofte i en meget kompleks livssituation, der betyder, at de skal have kontakt til mange forskellige offentlige instanser. De har absolut ikke brug for, at der fra systemets side er usikkerhed om hvem, der skal hjælpe dem. Derfor er det også på dette punkt en rigtig god aftale, vi er kommet frem til.

ANBEFALER FLERE NETVÆRKSMØDER

I forhold til ønsket om større inddragelse af borgeren og dennes pårørende beskriver aftalerne desuden en række værktøjer, der kan anvendes - heriblandt netværksmøder, hvor både borgeren, dennes pårørende og repræsentanter fra kommune og region deltager.

-Der kommer jo løbende nye borgere ind, som vi ikke kender i forvejen, siger Gerda Zacho Hansen. I den forbindelse tror jeg, det er en rigtig god ide med flere netværksmøder, hvor vi kan kommunikere mere direkte med hinanden og f.eks. hurtigt kan få fastslået, hvad målet med behandlingen skal være.

Både Gerda Zacho Hansen og Eva Tangdal er enige om, at borgerperspektivet træder væsentlig tydeligere frem i den nye aftale end i de gamle. Og det er en meget velkommen udvikling, siger de.

-Det er en aftale, der har fokus på borgeren, og som samtidig er mere handlingsanvisende og mere specifik i forhold til, hvordan vi som sundhedsprofessionelle og socialfaglige skal samarbejde i hverdagen. Det gør forhåbentligt, at vi får endnu lettere ved at koordinere indsatserne på tværs, og dermed i sidste ende medvirker til, at borgeren oplever en endnu højere kvalitet i behandlingen.

STØRRE FÆLLES FOKUS PÅ PATIENTSIKKERHED

Rammen for de tværsektorielle patientsikkerhedsfora under Sundhedsaftalen er nu på plads. Vi har spurgt repræsentanter fra kommune, hospital og almen praksis om deres erfaringer hidtil.

Fra og med Sundhedsaftalen 2011 – 2014 har patientsikkerhed i forbindelse med tværsektorielle behandlingsforløb været et obligatorisk indsatsområde. Og i regi af Sundhedsaftalen 2015 - 2018 er arbejdet med at etablere en organisatorisk ramme for samarbejdet blevet gennemført.

Det betyder bl.a., at der på Region Hovedstadens områdehospitalet er etableret tværsektorielle patientsikkerhedsfora, hvor repræsentanter fra praksis, kommuner og hospitaler med jævne mellemrum gennemgår utilsigtede hændelser, der har fundet sted i en given periode.

De enkelte hændelser diskuteres, og man forsøger i fællesskab at finde frem til de bagvedliggende årsager. Analysen og de opnåede indsigter gives herefter videre til de respektive samordningsudvalg med henblik på prioritering af indsatser.

En af de personer, der har været med fra starten, er risikomanager på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Mia Hartley.

Hun fortæller, at det har taget lidt tid for patientsikkerhedsforummet Byen, at finde sin rette form og arbejdsgang - men at det har været værd at vente på.

-Jeg synes, vi efterhånden har fundet en rigtig god form, hvor vi ikke bare kigger på enkeltstående hændelser, men leder efter mønstre og forsøger at kortlægge de bagvedliggende årsager. Dermed får vi bearbejdet materialet, så det forhåbentlig er lettere for vores samordningsudvalg at sætte ind med de nødvendige indsatser.

MANGLENDE AJOURFØRING

Den pointe er risikomanager i Frederiksberg Kommune, Merete Larsen, helt enig i.

Hun sidder i det samme patientsikkerhedsforum som Mia Hartley og mener, at en større forståelse for samarbejdspartnerne i de andre sektorer er en af de allerstørste gevinster.

-Man får et rigtig godt indblik i, hvor komplekst sundhedsvæsenet i virkeligheden er, og hvor mange aktører der skal arbejdes sammen for at få tingene til at lykkes. Derfor er det også helt afgørende at kende de andres måder at arbejde på og desuden have faste arbejdsgange, der kan lette håndteringen af det meget store flow, vi oplever.

Merete Larsen fortæller, at en betragtelig del af de utilsigtede hændelser, som forummet analyserer, netop handler om arbejdsgange, der ikke har givet det ønskede resultat.

-Når vi dykker ned i en sag, kan problemet være, at en arbejdsgang er blevet overhalet af it-udviklingen og derfor skal ajourføres. Den anbefaling giver vi så videre til samordningsudvalget, siger hun.

BESKEDER GÅR TABT

Men, der er også en del sager, der er mere lavpraktiske, og som ikke har noget med it at gøre. Et eksempel kunne være kommunikationen mellem hospital og kommune om medicinering af netop udskrevne borgere.

Merete Larsen nævner en konkret sag, hvor det af medicinlisten fremgik, at borgeren var udskrevet med en tablet af 100 mg. Men fra hospitalets side var der ved udskrivningen medsendt to tabletter, så hjemmehjælperen troede, der var sket en fejl, og kontaktede sin egen leder.

Men der var nu ikke tale om en fejl.

-Den pågældende dag havde hospitalet bare ingen 100 mg-tabletter i sortimentet, og borgeren havde derfor fået to tabletter af 50 mg med sig. Problemet var, at ændringen blev noteret i bemærkningsfeltet, som det ikke er hjemmehjælperens opgave at læse, siger Merete Larsen og tilføjer:

-Sager som den tager en masse tid og skaber usikkerhed både hos borgeren og i hjemmeplejen. Af samme grund synes jeg, at arbejdet i patientsikkerhedsforummet er både vigtigt og frugtbart. Overfor samordningsudvalget tematiserer og præsenterer vi de problemer, man oplever i sektorovergange, og det er så op til udvalget at tage stilling til, om der skal udarbejdes nye arbejdsgange på området. Det, synes jeg, er en rigtig god fremgangsmåde, som både løser konkrete problemstillinger og samtidig sikrer, at vi lærer hinanden endnu bedre at kende.

DE PRAKTISERENDE LÆGERS ROLLE

De fleste af de praktiserende læger, der fra 2014 også fik sæde i de 4 patientsikkerhedsfora, melder tilbage, at de finder arbejdet konstruktivt. På samme måde værdsættes deres deltagelse af de øvrige medlemmer.

Punkt nr. 2 - Drøftelse af Midtvejsstatus for arbejdet med Sundhedsaftalen

Bilag 1 - Side -22 af 28

Jonas Meile, der er praktiserende læge og tidligere hospitalspraksiskonsulent for Amager og Hvidovre Hospital, henviser dog til, at man på regionalt niveau i forvejen har konsulenter, der håndterer utilsigtede hændelser i praksis. Disse kunne måske bringes yderligere i spil - også når der er tale om lokale spørgsmål, siger han.

-Det er helt sikker vigtigt, at praksis er med i samarbejdet, men spørgsmålet er, om det ikke er tilstrækkeligt, at de regionale UTH-konsulenter allerede er inddraget? De sidder jo i forvejen med alle utilsigtede hændelser i hele regionen og har formentlig lettere ved at genkende mønstre og se sagerne i et større perspektiv, siger han.

Spørgsmålet er bragt videre og er én af de muligheder, der vil være på dagsordenen, når den planlagte evaluering af patient-sikkerhedsfora finder sted i 2018.

I patientsikkerhedsfora er de praktiserende læger repræsenteret ved hospitalspraksiskonsulenterne. De er praktiserende læger, der er tilknyttet hvert hospital som et bindeled mellem hospital og almen praksis. Hospitalspraksiskonsulenterne har lokalt kendskab til kommuner og hospitaler i området og er desuden tilknyttet de lokale samordningsudvalg.

FULD FART PÅ EPIKRISEN

Som følge af Sundhedsaftalen modtager praksissektoren nu tre ud af fire epikriser indenfor én hverdag. Det forbedrede tværsektorielle samarbejde har store fordele for både borgere og sundhedsprofessionelle.

I Region Hovedstaden er der blevet væsentligt længere mellem de situationer, hvor en praktiserende læge står overfor en netop udskrevet borger, men ikke er i besiddelse af en epikrise. Og det er godt nyt for både borgeren, den praktiserende læge og for de sundhedsprofessionelle i region og kommuner.

Helt konkret nåede knap 78 procent af alle epikriser i februar 2017 frem til den praktiserende læge indenfor én arbejdsdag. Det er en forbedring på godt ti procentpoint siden 2015, hvor man i forbindelse med Sundhedsaftalen skærpede kravene til hurtig fremsendelse.

Det lovpligtige krav om afsendelse af epikriser lød dengang som nu på tre hverdage, men gav altså anledning til de ovennævnte situationer, som bl.a. kan medføre usikkerhed omkring medicinering og mindre tryghed hos borgerne.

Af samme grund tilpassede Region Hovedstaden i starten af 2016 sin overordnede månedlige driftsmålstyring for rettidighed i fremsendelse af epikriser, så målet nu hedder fremsendelse indenfor én hverdag.

I dag kan man så se tilbage på en støt stigende kurve, der betyder, at de praktiserende læger er væsentlig bedre klædt på i forhold til at forstå borgernes situation umiddelbart efter en udskrivelse fra hospitalet. Og med et måltal på 90 procent rettidigt fremsendte epikriser er forventningen, at der i fremtiden vil kunne skabes endnu bedre forløb og dermed større tryghed for borgerne.

HØJERE KVALITET OG STØRRE TRYGHED MED TELEMEDICINSK SÅRBEHANDLING

Erfaringerne med telemedicinsk sårbehandling er ikke til at tage fejl af – det er en succes for både borgere og sundhedsprofessionelle.

Højere kvalitet, øget effektivitet og en langt større tryghed hos borgeren.

Det er bare nogle af de gode resultater, der i et projekt under Sundhedsaftalen er opnået med telemedicinsk sårbehandling.

I modsætning til traditionel sårbehandling foregår telemedicinsk sårbehandling ikke på hospitalet, men udføres af den kommunale sårsygeplejerske i borgerens eget hjem eller i et kommunalt sundhedscenter.

Her sender sygeplejersken typisk billeder af såret til en specialist på hospitalet, som herefter rådgiver om den videre behandling.

MARKANT FORBEDRET SÅRBEHANDLING

I alle 29 kommuner har arbejdsgangen vist sig at have en lang række fordele for både borger og sundhedsprofessionelle. Blandt de væsentligste er en større ensartethed i behandlingen og en markant stigning i kvaliteten.

En landsdækkende evaluering viser således, at 83 procent af de kommunale sygeplejersker vurderer at sårbehandlingen er forbedret med telemedicinsk sårvurdering. Det tilsvarende tal for ansatte på hospitalerne er 75 procent.

Ifølge personalet er de fine tal i høj grad et resultat af, at borgerne hurtigere kommer i behandling, og at det samtidigt tager kortere tid at ændre behandlingen, hvis det skulle blive nødvendigt.

Endelig siger personalet, at en bedre kommunikation på tværs af sektorerne har resulteret i øget effektivitet, ligesom de hjemlige omgivelser markant højner borgernes tryghed.

FORBEDREDE KOMPETENCER

Men telemedicinsk sårbehandling er ikke kun en fordel for borgerne. Således svarer 85 procent af de kommunale sygeplejersker og en tilsvarende andel af hospitalspersonalet, at de har øget deres viden om vurdering og behandling af sår. Der peges på efteruddannelse, men også på vidensdeling mellem sektorerne som væsentlige årsager.

I forlængelse af det bedre samarbejde giver sårsygeplejerskerne på hospitalerne også udtryk for, at de via telemedicinsk sårbehandling har fået en større forståelse for de kommunale sygeplejerskers arbejdsvilkår, ligesom de peger på store fordele ved brugen af Pleje.net, der udgør et samlet dokumentationssystem med fælles diagnoselister og fælles dokumentationspraksis.

For flere oplysninger om den landsdækkende evaluering af telemedicinsk sårvurdering - se www.regionh.dk/telesaarvurdering

FAKTA OM FORLØBSPROGRAMMER

Forløbsprogrammer er udviklet for en række af de mest udbredte kroniske sygdomme. Forløbsprogrammerne skal sikre at den rette behandling og rehabilitering sættes i gang på rette

tid og sted. De udviklede forløbsprogrammer skal løbende revideres og monitoreres for at imødekomme ny viden og nye behov.

FORLØBSPROGRAM	STATUS
KOL	Revideret i 2015
Type-2 diabetes	Revideret i 2016
Demens	Revideres i 2017
Hjerte-kar sygdomme	Revidering påbegynder i 2017
Lænderyg-lidelser	Revidering påbegynder i 2017
Kræftrehabilitering og palliation*	Implementeringsplan godkendt i 2014
Erhvervet hjerneskade* (for henholdsvis børn og voksne)	Implementeringsplan under udarbejdelse - genoptages i 2017
Psykiske lidelser - Mennesker med samtidig ikkepsykotisk lidelse og misbrug	Udarbejdelse påbegynder i 2017

*Nationalt forløbsprogram

FAKTA OM GENOPTRÆNINGSFORLØBSBESKRIVELSER

De tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser er udarbejdet for en række udvalgte genoptræningsforløb. Genoptræningsforløbsbeskrivelserne skal understøtte en ensartet evidensbaseret indsats på tværs af sektorer i Region

Hovedstaden. Beskrivelserne er udarbejdet på baggrund af en systematisk søgning og vurdering af den dokumenterede evidens sat i relation til at genoptræning er et forløb med et start- og sluttidspunkt.

	STATUS
Bankart Læsion	Godkendt 2013
Benamputerede	Godkendt 2015
Hoftenære brud	Godkendt 2015
Total knæ alloplastik	Godkendt 2016
Hoved-halskræft	Godkendt 2016
Distal radius brud	Godkendt 2016
Den ældre medicinske faldtruede patient	Under udarbejdelse, forventes godkendt 2017

STATUS PÅ INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN

AFSLUTTET FRA ARBEJDSGRUPPE/FORA		UNDER IMPLEMENTERING		UNDER UDVIKLING	
VISIONSOMRÅDER I SUNDHEDSAFTALEN		INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN			
BORGEREN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART		1. Metoder til at fremme aktivt samarbejde med borgere og pårørende	2. Telemedicinske indsatser National kortlægning af eksisterende initiativer indenfor tele-sundhed	2. Telemedicinske indsatser Telemedicinsk sårvurdering	2. Telemedicinske indsatser Hjertelnsufficiens
NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER		5. Principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller	6. Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter		
LIGHED I SUNDHED		7. Udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom.	8. samarbejdsmodel for tværsektorielt samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.	9. Differentierede indsatser (målgrupper og afprøvning af modeller)	10. Tværsektorielle projekter målrettet sårbare gravide – evaluering og anbefalinger
SAMMENHÆNG OG KVALITET	Tværgående indsatser	17. Aftale om FMK i det tværsektorielle samarbejde	19. Tværsektoriel organisering af samarbejdet om utilsigtede hændelser	27. Telemedicinsk sårvurdering	13. Rehabiliteringsdatabasen
		28. Adgang til rdg. og specialviden ved borgere med komplekse pleje- og rehabbehov samt borger med psykisk sygdom	29+56. Overordnet ramme for Rammedelegation , herunder samarbejdet omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud	30. Opgaveoverdragelse ved større strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region	31. Tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed
	Forebyggelse	32. Anbefalinger vedr. tilbud på SOFT-portalen	42. Entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling	43. Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsbehandling	33. Samarbejde om alkohol og tobaksintervention forud for operation
	Behandling og pleje	51. Revidering af Kommunikationsaftale på det somatiske område	55. Redskaber til tidlig opsporing vedr. begyndende sygdomsudvikling	59. Organisering og ansvarsfordeling i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis med fokus på rettidig medicinkommunikation	61. Hurtigere fremsendelse af epikriser
		15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på det psykiatriske område	53. Aftale om støtte til borgere med kommunikationsvanskeligheder der indlægges fra sociale tilbud	57. analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte – behov for implementering af yderligere indsatser	58. Koordinering og implementering af forløbskoordinering og de regionale og kommunale følgeordninger
	Genoptræning og rehabilitering	68. Henvisning til genoptrænings- og rehabiliteringsforløb	67. Mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter	69. Genoptræningsforløbsbeskrivelser	72. Udmøntning af bekendtgørelse og vejledning om genoptræning

OBS: INDSATSER DER STARTES OP I 2017 OG 2018 I HENHOLD TIL IMPLEMENTERINGSPLANEN FOR 2017/2018 INDGÅR IKKE I OVERSIGTEN (15 INDSATSER).

2015 – 2018 FREM TIL ULTIMO 2016

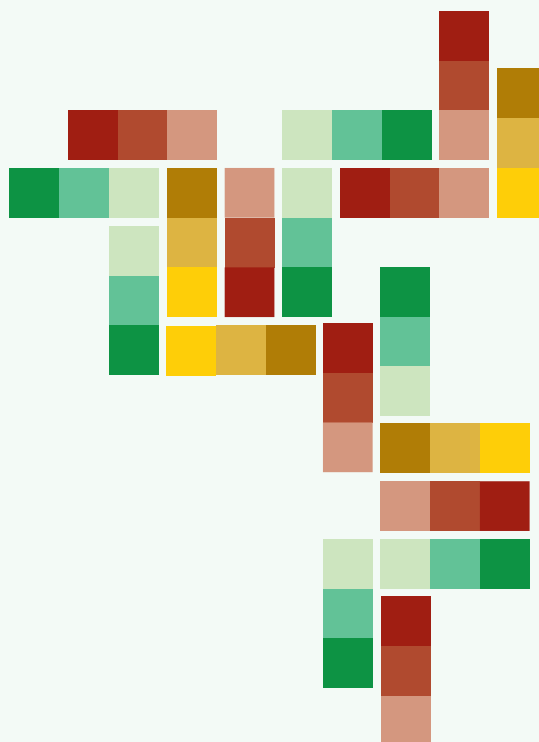


ENDNU IKKE IGANGSAT
SOM PLANLAGT



AFVENTER NATIONALE INITIATIVER FØR DE
KAN IGANGSÆTTES ELLER ER PAUSERET

INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN				
3+4. Fremme aktivt samarbejde med borgere og pårørende (implementering af metoder)	2. Telemedicinske indsatser. National udrulning af hjemmemonitorering af patienter med KOL			
11. Indsatser for mennesker med dobbeltdiagnoser				
16. Følge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet	20. Etablere et systematisk og struktureret samarbejde vedr. borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb	21. Indikatorer til at følge implementeringsgrad og kvaliteten i forløbsprogrammer	22. Storforbrugerprojekt	23. Regionens rdg.s forpligtelse vedr. sundhedsprofilerne
15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på børneområdet	24. Regionens rdg.s forpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom	14. Datafangst fra almen praksis – udvikling af nye indikatorer	18. Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerhedsdatabase	
45. Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser	48. Motivation af borgere med psykisk sygdom til kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud	50. Tidlig opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn		
15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på det ambulante område	54+36a+39+47. Revision af Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom	54+36a+39+47. Revision af Samarbejdsaftale om borgere med psykisk sygdom	62. Plan for implementering af anbefalingerne i det nationale Forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation	15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på akutområdet
60. Tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning	63. Implementering af SST forløbsprogram for børn og voksne med erhvervet hjerneskade	64. indsatser i fht erhvervet hjerneskade	65+66. Revision af Forløbsprogram for demens	67. Mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter
73. Nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerne-skade				



Region
Hovedstaden

KKR
HOVEDSTADEN

5. APRIL 2017

Nye indsatser for hjemtagning af færdigbehandlede borgere (på det somatiske område) – 2016 og 2017

Baggrund:

Til baggrund for drøftelsen ses nedenfor en oversigt over, hvilke nye initiativer, kommunerne har igangsat eller forventer igangsat i 2017 for at understøtte hurtig hjemtagning af borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet. Der indledes med et kort skriv vedr. håndteringen af hjemtagning af færdigbehandlede i regi af samordningsudvalgene for hvert planområde. Sidst i notatet findes en oversigt over kommunernes midlertidige pladser og oprettede akutteams.

Oversigt over nye indsatser i 2016 og 2017

Kommunerne er blevet bedt om at beskrive, hvilke nye indsatser de har igangsat i 2016 eller planlægger i 2017. Hermed beskriver kortlægningen ikke alle tidligere og løbende indsatser i kommunerne, som har relevans for hjemtagelse af færdigbehandlede borgere.

Kommuner, der ikke har iværksat indsatser, er generelt kommuner, som ikke har problemer med at hjemtage deres færdigbehandlede borgere.

Kommunerne præsenterer deres arbejde med at etablere den kapacitet og de kompetencer mv. der gør, at de kan hjemtage borgerne, men hjemtagning er i høj grad også en fælles opgave mellem hospitaler og kommuner, som bedst løftes i samordningsudvalgene.

Planområde Nord

I Planlægningsområde Nord er der et løbende fokus på og godt samarbejde omkring færdigbehandlede ventepatienter, hvor hospital og kommuner er i løbende dialog om sikring af hjemtagning af færdigbehandlede ventepatienter.

Hospitalet registrerer dagligt antallet af færdigbehandlede ventepatienter og sender en ugentlig oversigt over antallet af færdigbehandlede ventepatienter til visitationen i kommunerne, som supplement til det LIS data regionen fremsender. Dette for at følge udviklingen og sikre et kontinuerlig fokus.

Det er formandskabets vurdering, at samarbejdet mellem hospitalet og kommunerne i Nord om færdigbehandlede ventepatienter fungerer tilfredsstillende, og formandskabet har derfor besluttet, at punktet kun sættes på dagsordenen, såfremt det er aktuelt at drøfte mere situationsbestemte problemstillinger.

Hvilke nye indsatser har kommunen arbejdet med for at sikre hurtig hjemtagning?

2016	2017
Allerød	
Kompetenceudvikling Udvidelse af akutteamet	Politisk sag og prioritering af evt. øget antal midlertidige pladser (evt. 2 sengs-stuer). Yderligere udbygning af akutteamet Tværsektoriel stuegangs projekt Plejecenterlæger

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 1 - Side -2 af 10

Fredensborg	
Etableret visiterende forløbskoordinator, der besøger kommunens ældre indlagte borgere, med henblik på at planlægge modtagelse efter udskrivning	Aftale med nabokommuner om at anvende hinandens midlertidige pladser ved akut behov.
Frederikssund	
- Har sammenlagt den kommunale sygepleje og hjemmepleje i én samlet døgnpleje med det formål at skabe faglige sammenhængende herunder hurtig hjemtagning af borgere fra hospital. - Har udviklet på et udvidet leverandørsamarbejdet mellem den kommunale myndighed og hhv. den kommunale leverandør og de private leverandører af hjemmehjælp. Ca. hver 14. dag mødes repræsentanter fra visitationen med repræsentanter fra den enkelte leverandør, og der følges op på udviklingen i konkrete borgerforløb. Det bidrager til løbende at sikre fokus på gode forløb, herunder i forbindelse med hjemtagning af borgere. - Har styrket den fremskudte visitation, bl.a. ved at tilføre terapeutkompetencer til området. Det bidrager til fokus på at skabe sammenhæng og at bringe den samlede vifte af kommunale tilbud i spil i forbindelse med hjemtagning af borgere. Det kan handle om rehabiliteringsophold, træning, hjælpemidler, daghjem- eller aktivitetstilbud samt en tværfaglig pleje, omsorg og støtte fra kommunens hjemmehjælpsleverandører. - Har arbejdet med optimering af arbejdsgange på kommunens rehabiliteringsafdeling bl.a. med henblik på at sikre et bedre flow, der kan bidrage til hurtig hjemtagning af borgere fra hospital.	Forventer at reetablere akutindsatsen. Der forventes iværksat en fornyet indsats med henblik på at sikre, af kommunens midlertidige pladser udnyttes bedst muligt, for også fremadrettet at sikre hurtig hjemtagning af borgerne.
Furesø	
Vi har arbejdet med at vurdere, hvorvidt efterspørgslen på en midlertidig plads – reelt er berettiget – herunder hvorvidt vi vil kunne hjemtage borgerne til egen bolig med nuværende hjælp eller øget hjælp.	Ingen nye tiltag – da vi i andet halvår ikke har haft noget problem.
Gribskov	
• fortsat fremskudt visitation på Hillerød Hospital • indgår i Projektet Task Force Pneumoni mhp forebyggelse af genindlæggelse af borgere med pneumoni • ansættelse af ernæringskonsulent med særlig fokus på borgere med vægttab. Ved en målrettet indsats kan indlæggelse og genindlæggelse forebygges. • i forbindelsen med §83a er alle hjemmeboende borgere besøgt og mange tilbudt et tværfagligt rehabiliteringsforløb. Vi forventer ligeledes at et sådant tilbud også kan være med til at forebygge indlæggelser.	- Ændring af organiseringen omkring de midlertidige pladser, så der sikres højt flow - Indgår i projektet Tværsektoriel Stuegang ml. Nordklyngen og Nordsjællands Hospital mhp forebyggelse af genindlæggelse af borgere på midlertidig plads - Udvidelsen af midlertidige pladser med 4 – 8 i 2017 Skærpet fokus på forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelser ved tidlig opsporing; - besøg af sygeplejerske indenfor 24 timer til alle borgere der udskrives fra hospitalet - fortsat triage, månedlig vejning og rejse-sætte-sig-test
Halsnæs	
1) Igangsættelse af projekt "Tværsektoriel stuegang" finansieret af midler fra Satspuljen. 2) Etablering af akutsygeplejefunktion 3) Alle borgere vurderes af sygeplejerske inden 24 timer ihht. triagering 4) Samme visitator følger samme borger i hele hjemtagningsforløbet fra f.eks. hospitalskonference over midlertidig døgnplads til eget hjem eller plejebolig. (Ordningen realiseres fuldt ud i ca. 90% af tilfældene) 5) Optimering af arbejdsgange for ind- og udflytning i/fra plejebolig.	1) Etablering af "fast track", som er et tilbud om midlertidig intensiv hjemmehabilitering, der kan supplere og til tider erstatte midlertidig døgnplads 2) Evt. opnormering af fremskudt visitation.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 1 - Side -3 af 10

Helsingør	
Fremskudt Visitation primært på Hillerød og Frederiksund hospital.	1. Øget samarbejdet mellem myndighed, hjemmepleje og midlertidige pladser hver 4. uge. Hvor vi løfter cases for, at stille skarpt på hjemtagning af flere borgere til hjemmeplejen. 2. "Kom godt hjem" – hvor hjemmesygeplejen møder borgeren i hjemmet lige efter udskrivelsen. 3. Med i projekt "Tværsektoriel stuegang".
Hillerød	
Hillerød Kommune indgår i satspuljeprojektet Tværsektoriel Stuegang, som bl.a. har til formål at forebygge (gen)indlæggelser. Projektet omfatter alle otte kommuner i planlægningsområde Nord, Nordsjællands Hospital samt almen praksis. Projektet løber fra 2016 og frem til udgangen af 2019. Gennem 2016 har en gruppe jævnligt trådt sammen for at følge og optimere hjemtagningen.	Med opstart i 2017 har Hillerød Kommune besluttet, at investere ca. 2 mio. kr. årligt for at reducere antallet af ventedage. De indsatser der er investeret i er følgende: - Oprettelse af yderligere to midlertidige pladser. Disse pladser er oprettet som fleksible pladser på kommunens eksisterende aflastningspladser ved at to borgere kan bo på samme stue. Pladserne anvendes hovedsageligt til færdigbehandlede borgere som afventer en plejebolig. - Ansættelse af en udskrivningskoordinator i Visitationen, som bl.a. skal koordinere de enkelte borgerforløb, visitering til kommunens midlertidige pladser og sikring af et bedre flow på pladserne. - Ansættelse af en ekstra sygeplejerske i aften-/nattetimer for, jf. den nye kommunikationsaftale, at være i stand til at hjemtage færdigbehandlede borgere i højere grad end tidligere i alle døgnets 24 timer. Fokus på at sikre de interne arbejdsgange mellem bl.a. Hjemmeplejen, Sygeplejen, Rehabiliteringsafdelingen og Visitationen. Der er afsat midler i kommunens budget til at analysere behovet for udvidelse af kapaciteten i kommunens sundhedscenter, bl.a. med det formål at kunne sikre rettidig hjemtagelse af færdigbehandlede borgere. Hillerød Kommune samt de praktiserende læger i Hillerød Kommune oplever i stigende grad udfordringer i borgernes overgange ift. uhensigtsmæssige udskrivelser fra hospitalet, hvilket i høj grad skyldes mangler fra hospitalet. Der er en øget kompleksitet hos de borgere som udskrives fra hospitalet og det er almen praksis vurdering, at borgerne ofte ikke er færdigbehandlet ved udskrivelse. Hillerød Kommune oplever mange genindlæggelser, særligt ift. borgere som har været på Nordsjællands Hospital. Medio februar 2017 har Hillerød Kommune indgået aftale med Hørsholm om køb af midlertidige pladser
Hørsholm	
Vi har fastholdt de eksisterende initiativer. I en periode kunne der indlægges to borgere pr. midlertidig plads, da efterspørgslen var højere end kapaciteten.	Vi fastholder de eksisterende initiativer. Projektet Tværsektorielt Stuegang skal højne kvaliteten i overgangen mellem hospital og midlertidig plads og forebygge genindlæggelser.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning

Bilag 1 - Side -4 af 10

Planområde Midt

I Planområde Midt har kommuner og hospital i fællesskab vedtaget et rammepapir for håndtering af færdigmeldte patienter. På grund af Sundhedsplatformen har det i en periode ikke været muligt at tilvejebringe de ønskede data. Det er ændret nu, og Samordningsudvalget drøfter igen tidstro data for færdigmeldte d. 8. marts 2017.

Hvilke nye indsatser har kommunen arbejdet med for at sikre hurtig hjemtagning?

Ballerup	
Ballerup Kommunen har fra februar 2016 ikke haft problemer med at hjemtaget færdigbehandlede borgere. Forud for dette har der pågået en tværfaglig indsats i kommunen, hvor alle involverede samarbejdspartnere har taget del i af kunne tilbyde en færdigbehandlede borgere en kommunal indsats. Som er blevet beskrevet i tidligere tilbagemeldinger i 2014 og 2015. Disse indsatser har haft den ønsket effekt i 2016	Ingen nye indsatser.
Egedal	
Vi har øget vores indsats i forhold til kommunikationen med primært Herlev Hospital, da vi oplever, at medarbejderne på Herlev Hospital, mangler viden omkring sektoransvarligheden og opgavefordelingen. Vores håb har været, at der skal en bedre udskrivelse ved, at Herlev Hospital først udskrives, når borgeren er færdigbehandlet, samt har medarbejderne får viden om, hvad de har bevillingskompetence til. Vi oplever, at personalet på, specielt på de medicinske afd.'er tror, at de har kompetence til at bevillige døgnophold, rengøring og hjælp til personlig pleje. I 2016 blev dette fokus nødvendigt, for at sikre at der sker den korrekte opgavefordeling mellem sekundær og primær sektor.	Det har været nødvendigt på baggrund af erfaringerne med samarbejdet med Herlev Hospital i 2016 at omfordele opgaverne omkring udskrivning fra 2 personer til et team på 4 teams, som herudover har til opgave at følge op på bevillinger om døgnophold indtil udskrivelse til eget hjem.
Gladsaxe	
Glx har arbejdet på at skærpe målgruppen for borgere, der tilbydes ophold på midlertidig plads med henblik på – blandt andet – at sikre hjemtagning ved færdigbehandlingstidspunkt, ved at presset på pladserne reduceres som følge af nednævnte tiltag: 1) Borgere, der udskrives til genoptræning, hvor genoptræningen først kan påbegynde efter x antal uger, fordi de kun må fx skyggestøtte i en periode, udskrives i stedet så vidt muligt til eget hjem efter forudgående vurdering af ergoterapeut i forhold til hjælpemidler + behov for evt. mindre boligændringer 2) Tidligere vurdering af hjemmet evt. med pårørende inden udskrivning med henblik på evt. boligændringer, hvorved borgeren kan udskrives direkte til eget hjem og evt. modtage ambulant træning og/eller rehabilitering og træning i eget hjem 3) Tidligere udskrivning fra vores midlertidige pladser med henblik fortsat hjemmetræning 4) Reducere ventetiden på plejebolig i og med, at borgere kun kan opholde sig på en midlertidig plads i ventetiden på en plejebolig, såfremt de søger generelt og ikke specifikt Ændringer er sket i samarbejde med hjemmeplejen/rehab-teamet, så de er blevet gearet til at modtage disse nye borgergrupper, der ellers opholdt sig på vores midlertidige pladser.	1) Fremskudt visitation 2) Fortsætte arbejdet med at snævre målgruppen ind for de borgere, der tilbydes midlertidig plads samt reducere opholdstiden og sende borgere til eget hjem for at fortsætte træning og rehabilitering i eget hjem kombineret med ambulant træning
Gentofte	
Gentofte Kommune har i efteråret 2016 ansat flere koordinerende sygeplejersker så gruppen i dag består af 5 sygeplejersker der dagligt kommer på fortrinsvis Herlev/Gentofte hospital og ad hoc på regionens øvrige	Gentofte Kommune fortsætter udviklingen af arbejdet fra 2016 i 2017. Vi arbejder nu også med udvikling og optimering af samarbejde på tværs mellem Drift & Myndighed om vores borgere som skal udskrives til en

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 1 - Side -5 af 10

hospitaller for at planlægge udskrivning af borgere der er færdigmeldt så de hurtigst muligt udskrives til hjemmet med den nødvendige hjælp, pleje og hjælpemidler, til et genoptræningsophold eller til et midlertidigt aflastningsophold. Sygeplejerskerne følger i løbet af en arbejdsdag løbende op på PFP fra hospitalerne, koordinerer dagligt med Tranehaven og aflastningsenhederne i forhold til kapacitet og er i dialog med hjemmeplejen for at sikre den bedste overgang fra hospital til hjemmet.	kommunal foranstaltning så det kan ske hurtigst og bedst muligt. Faste fællesmøder som skal give viden og indsigt om enhedernes arbejdsområder omkring borgerne, sikre bedst mulig kapacitetsudnyttelse, have fokus på økonomi og forventningsafstemme med borgere, pårørende og hospitalerne.
Herlev	
- SHS – Specialiseret Hjemme Sygeplejeteam, med henblik på forebyggelse af indlæggelse og tidlig hjemtagning af patienter. - Opnormering af koordinerende funktion - Indsats med henblik på at forventningsafstemme opholdets varighed med borgere(pårørende) der udskrives til midlertidig plads. Opholdet defineres som "korttidsophold" - Køb af 2 midlertidige pladser i anden kommune. - Efter ny kommunikationsaftale oktober 2016, afprøvet forsøg med fremskudt koordinering. - De socialpsykiatriske tilbud i Herlev har igangsat flere initiativer med henblik på at færdigbehandlede borgere kan hjemtages. + Der er arbejdet med koordinerende indsatsplaner som gerne skulle bevirke et bedre samarbejde mellem borger, pårørende, region og kommune, og derved også en mulighed for hurtigere at komme hjem. + Der er etableret en 4 kommunal samarbejde om en akuttelefon som er et tilbud hvor borgerne har mulighed for at få støtte, hjælp, kriseforløb og vejledning.	- Tillempet fremskudt koordinering med nye målgrupper for kommunens opsøgning af indlagte af patienter med henblik på udskrivelse og forebyggelse af indlæggelse - Afdækning af tiltag i hjemmeplejen for at sikre hurtig hjemtagning og bedre udskrivelse, ved eks. afdækning af mulighed for teams der modtager ny udskrevne, afdækning af mulighed for triagering. - Afdækning af borgernes ophold på midlertidig plads. Undersøgelse af om opholdet kan "effektiviseres" med henblik på bedre udnyttelse af pladserne. - Afdækning af hvilke tiltag/tilbud der kan øge borgerens tryghed ved udskrivelse til eget hjem, eks. tryghedskald.
Lyngby-Taarbæk	
Der blev arbejdet efter en samlet handleplan om at styrke indsatser i hjemmeplejen, træningsenheden, på plejehjemmene og visitationen for at skabe mest muligt flow, så alle borgere kunne hjemtages når blev færdigmeldte. Der blev gennemført værdistrømsanalyse og workshop om den fremtidige model for udskrivningssygeplejersker.	Der udvikles og afprøves ny model for udskrivningssygeplejersker (fra 2,5 stillinger til 5 deltidsstillinger i kombination med visitatorfunktion.) Formålet er robusthed i organiseringen og at borgere støttes af mere gennemgående medarbejdere i deres forløb. Center for Sundhed og Omsorg udvikler og afprøver ny model for hjemtagelse af "tungere" borgere direkte til hjemmeplejen.
Rudersdal	
Ibrugtaget 61 nye plejeboligere, hvilke afvikler ventetider på midlertidigepladser, der så kan frigives til færdigbehandlede	Rudersdal Kommune er en del af det nationale frikommuneforsøg med et projekt om det somatiske akutområdet, hvor den kommunale akutfunktion etableret i samarbejde med Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe og gentofte Kommuner forventes at kunne sikre at borgere mere komplekse problemsilling, kan behandles i hjemmet med tilsyn af akutfunktionen.
Rødovre	
Ingen nye indsatser.	Akutteams

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning

Bilag 1 - Side -6 af 10

Planområde Byen

I Planlægningsområde Byen er der et løbende fokus på og godt samarbejde omkring de borgere, som kommunerne ikke umiddelbart kan hjemtage på færdigbehandlingsdatoen. Såfremt der er aktuelle problemstillinger på området drøftes de umiddelbart i dialog mellem hospital og kommune mhp. at finde en løsning.

For at sikre et kontinuerlig fokus og følge udviklingen registrerer hospitalet og kommuner dagligt antallet af færdigbehandlede borgere, som kommunerne ikke umiddelbart kan hjemtage.

Det er formandskabets vurdering, at samarbejdet mellem hospitalet og kommunerne om færdigbehandlede patienter fungerer tilfredsstillende.

På møderne i samordningsudvalget har vi et fast punkt på dagsordenen om udvikling i antallet af færdigbehandlede patienter, hvor der gives en kort status på området.

Hvilke nye indsatser har kommunen arbejdet med for at sikre hurtig hjemtagning?

Frederiksberg	
Ingen nye indsatser.	Ingen nye indsatser.
København	
I forbindelse med de af regeringen afsatte midler i "handlingsplanen for den ældre medicinske patient", i finansloven for 2016, er der i KK allokert midler til: • Ansættelse af sygeplejersker med specialkompetencer indenfor almen medicin, geriatri og socialpsykiatri på midlertidige døgnplasser samt akut plejeenhed • Indkøb af udstyr på midlertidige døgnplasser samt akut plejeenhed	• I 2017 gennemføres en strategisk analyse på organisering og tilrettelæggelse af de midlertidige døgnplasser hvorunder hurtig hjemtagning er et element. Tiltag afventer resultatet af denne analyse. • Københavns Kommune deltager i et tværsektorielt projekt "Sikker Sammenhæng" finansieret af satspuljemidler, i et samarbejde med Dansk selskab for patientsikkerhed og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Et af målene er nedbringelse af ventedage for færdigbehandlede patienter.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning

Bilag 1 - Side -7 af 10

Planområde Syd

Samordningsudvalg Syd Somatik har for år tilbage aftalt at drøfte udviklingen i færdigmeldte patienter fast én gang om året, og senest på sit møde i december 2016 aftalt at fastholde denne praksis. Drøftelsen sker på baggrund af en redegørelse for udviklingen i antal færdigmeldte i planområdet over en årrække baseret på LIS-data. På mødet gives endvidere en gensidig orientering om aktuelle og planlagte initiativer, med henblik på hjemtagning af færdigbehandlede patienter.

Hospitalets ledelse og sundhedscheferne er herudover efter behov i tæt kontakt om håndtering af mere situationsbestemte problemstillinger vedrørende færdigmeldte, f.eks. foranlediget af overbelægning på hospitalet, pres på aflastningspladser i kommunen, patienter med særligt mange færdigbehandlingsskage eller særligt mange færdigbehandlede i en kommune.

Det er formandskabets vurdering, at samarbejdet mellem hospitalet og kommunerne i planområde Syd om færdigbehandlede patienter fungerer tilfredsstillende.

Hvilke nye indsatser har kommunen arbejdet med for at sikre hurtig hjemtagning?

2016	2017
Albertslund	
Vi har fortsat arbejde med fokus på at hjemtage færdigbehandlede borgere. Der har ikke været specielle tiltag, kun øget fokus i visitationen.	Ingen nye indsatser.
Brøndby	
Styrkelse af det tværfaglige samarbejde mellem sektorens udskrivningskoordinatorer, Flexpladserne (midlertidige pladser), Hjemmepleje samt Træningscentret. (Optimering/udnyttelsesgrad af Flexpladserne) Kompetenceudvikling af personalet i kommunes hjemmepleje og plejehjem, fokus Klinisk lederskab og Den ældre medicinske patient/borger. Styrkelse af systematik/faglighed (Tidlig indsats, ISBAR) i arbejdsgangene på Flexpladserne (midlertidige pladser) med henblik på optimering og udnyttelsesgrad af pladserne. Visitationskriterierne til ældre og plejeboliger er tilrettet og revideret. Udvidelse af antallet af plejeboliger (Konvertering af ældreboliger til plejeboliger)	Udvidelse af Flexpladserne (midlertidige pladser), i juni 2017 fra 16 til 24 pladser. (Akut, observations, terminal, aflastnings, og ventepladser) Fortsat fokus på faglighed og systematik i arbejdsgangene, ved fx Projekt "Sikre hænder" og Tidlig Indsats. Der er ansat fast tilknyttede læger på kommunens plejehjem til forebyggelsen af indlæggelser samt styrkelsen af faglighed og samarbejdet. Alle indlæggelser/genindlæggelser registreres løbende, til læring og forebyggende indsatser.
Dragør	
Ingen nye indsatser. (Har kapacitet til at hjemtage alle (somatiske))	Dragør drøfter i øjeblikket hvilken form for samarbejde der er relevant for kommunen i forhold til akutindsats/specialiseret sygepleje
Glostrup	
Ingen nye indsatser.	Ingen nye indsatser.
Hvidovre	
1. Opstartet Projekt "Hjemtagning af færdigbehandlede borgere". Det overordnede formål med projektet er effektivt og hurtigt at nedbringe antallet af færdigbehandlingsskage. 2. Kvalitetskontrol af MOF, melding om færdigbehandling. 3. Månedlig ledelsesinformation. 4. Truffet beslutning om udmøntning af værdighedsmilliarden, bl.a. indsatsen: "Kom trygt hjem fra hospital".	Som en del af Projekt "Hjemtagning af færdigbehandlede borgere": - Revurdering af arbejdsgange/arbejdsgangsbeskrivelser
Høje-Taastrup	
Der har været arbejdet målrettet med at effektivisere benyttelsen af Høje-Taastrup Kommunes midlertidige pladser med henblik på at kunne hjemtage borgere, der ikke	Arbejdet med kvalitet og styring i hjemmepleje og på de midlertidige pladser fortsættes i 2017. Dette indbefatter et stærkt fokus på det tværfaglige samarbejde og

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 1 - Side -8 af 10

forsvarligt kan hjemtages til eget hjem. Der er arbejdet både med kvalitet og styring. Der har desuden været fokus på at udvikle kommunens tilbud til borgere i eget hjem, så det er muligt at klare en stadigt stigende kompleksitet i eget hjem. Også her har der været arbejdet både med kvalitet og styring.	borgerinddragelse både indenfor kommunen og i samarbejde med eksterne aktører som f. eks. hospitalerne.
Ishøj	
Ingen nye indsatser.	Ingen nye indsatser.
Tårnby	
Optimere styring af de midlertidige pladser Fremskudt visitation	Vi udbreder fremskudt visitation til også at omfatte Hvidovre hospital (i 2016 var det Amager Hospital)
Vallensbæk	
• Vi arbejder med fremskudt visitation på hospitalerne • Vi har fordelt den koordinerende indsats på alle visitatorer	• Vi arbejder for at sikre en hurtigere påbegyndt genoptræning på vores genoptræningspladser • Vi vurderer løbende behovet for udvidelse af antallet af genoptræningspladser

Planområde Bornholm

På Bornholm er der etableret et fælles samordningsudvalg for somatik, psykiatri og børneområdet. Under samordningsudvalget er der nedsat 'driftsgrupper', der både bidrager til udmøntning af Sundhedsaftalen, men også har initiativpligt til justering og videreudvikling af procedurer og arbejdsgange for at sikre sammenhængende patientforløb. Samordningsudvalget på Bornholm har anmodet driftsgrupperne for hhv. psykiatri og somatik om at følge udviklingen i færdigbehandlede – og melde tilbage, hvis der er problemer. Driftsgrupperne følger derfor løbende udviklingen.

Der er en tæt dialog mellem kommunen og hhv. Bornholms Hospital og Psykiatrisk Center Bornholm – hvilket formentlig er medvirkende til, at ventepatienter/ventedage på Bornholm ligger relativt lavt.

Hvilke nye indsatser har kommunen arbejdet med for at sikre hurtig hjemtagning?

Bornholm	
I forbindelse med implementering af den nye Kommunikationsaftalen med Region Hovedstaden i september 2016 gennemførte kommunen en analyse af alle interne arbejdsgange og -opgaver i relation til indlæggelser og udskrivning. Kommunens interne arbejdsgange er efterfølgende blevet tilpasset/optimeret den nye kommunikationsaftale for at sikre, at borgeren hjemtages, når borgeren er færdigbehandlet.	Ingen aktuelle planer, men løbende fokus på udviklingen.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 1 - Side -9 af 10

Oversigt over kommunernes midlertidige pladser

Midlertidige pladser									
	Akut		Rehabilitering		Midlertidig ophold/aflastning		I alt		Planlagte udvidelser
	Enheder	antal pladser	Enheder	antal pladser	Enheder	antal pladser	Enheder	antal pladser	
Albertslund	0	0	1	8	1	6	2	14	4
Allerød	0	1	0	0	1	10	1	11	
Ballerup	0	0	2	43	1	7	3	50	
Bornholm			1	29	0	4	1	33	
Brøndby	0	2	0	10	1	14	1	26	8
Dragør	0	0	0	0	1	18	1	18	
Egedal	0	0	0	0	1	20	1	20	
Fredensborg	0	0	1	22	0	1	1	23	17
Frederiksberg	0	0	1	71	1	20	2	91	
Frederikssund	0	1	1	23	1	7	2	31	
Furesø	0	0	1	30	0	0	1	30	
Gentofte	0	0	1	83	2	50	3	133	
Gladsaxe	0	0	1	67	0	0	1	67	3
Glostrup	0	0	1	21	0	0	1	21	
Gribskov		2	1	31	1	4	2	37	4-8
Halsnæs	0	3	1	17	1	5	2	25	
Helsingør					2	55	2	55	
Herlev	0	0	3	29	2	6	5	35	
Hillerød	0	1	1	29	1	10	2	40	
Hvidovre	0	0	1	37	1	12	2	49	
Høje-Taastrup	0	0	1	14	1	5	2	19	
Hørsholm	0	1	1	37	1	3	2	41	
Ishøj	2	11				1	2	12	8
København	0	41	7	272	0	12	7	325	
Lyngby-Taarbæk	0	0	1	32	1	50	2	82	
Rudersdal	0	1	1	10	0	34	1	45	
Rødovre	0	6	1	29	1	7	2	42	
Tårnby	0	2	2	29	0	8	2	39	
Vallensbæk			1	4			1	4	8
I alt	2	72	32	969	21	363	55	1404	44

OBS: Pladserne benyttes af rigtig mange kommuner fleksibelt, så de fx både dækker rehabilitering, midlertidig og aflastning.

Oversigt over hvilke kommuner, der har etableret akutteams

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 1 - Side -10 af 10

	Har akutteam	Har ikke	Planlægger
Albertslund		1	
Allerød	1		
Ballerup	1		
Bornholm			1
Brøndby		1	
Dragør		1	
Egedal		1	
Fredensborg		1	
Frederiksberg	1		
Frederikssund			1
Furesø	1		
Gentofte	1		
Gladsaxe		1	
Glostrup		1	
Gribskov	1		
Halsnæs	1		1
Helsingør	1		
Herlev	1		
Hillerød	1		
Hvidovre			1
Høje-Taastrup			
Hørsholm	1		
Ishøj	1		
København		1*	
Lyngby-Taarbæk	1		
Rudersdal		1	
Rødovre		1	
Tårnby			1
Vallensbæk		1	
I alt	14	10	5

* København har en tværsektoriel udrednings- og udskrivningsenhed (TUE) i samarbejde med Bispebjerg og Frederiksberg hospital.

Nye indsatser for hjemtagning af færdigbehandlede borgere – 2014 og 2015

Samlede indsatser fra kommunerne i Hovedstaden

Kommune	År	Indsatser	Forventet effektmål
Albertslund	2014	Der er igangsat en styrket træningsindsats efter udskrivelse fra sygehus, hvor borgeren modtager ergoterapi og fysioterapi i eget hjem med henblik på hurtigt at genvinde tabte færdigheder og dermed undgå genindlæggelser.	At den øgede træningsindsats medfører færre genindlæggelser og færre færdigmeldte borger på hospitalet (denne effekt registreres allerede).
Albertslund	2015	Ovenstående træningsindsats planlægges videreført. Ultimo 2015 åbnes nyt sundhedshus- og plejecenter, hvor der planlægges etableret 12 fleksible pladser til hurtigere hjemtagelse af borgere med mere komplekse pleje- og genoptræningsproblematikker.	At pladserne medfører, at der ligger færre færdigmeldte borger på hospitalet.
Allerød	2014	I Allerød har følgende prioriteringer forventet effekt op hjemtagning af færdigbehandlede borgere: Åbning af yderligere 20 plejeboliger Ændret sammensætning med øgede kompetencer på plejecentre og midlertidig gang Testning af en akut pladsfunktion (en plads) Daglig opfølgning i visitationen af venteborgere	Alle indsatser rækker mod at sikre hjemtagning af alle færdigbehandlede borgere indenfor tidsfristerne, reguleret i Sundhedsaftalerne. Da såvel demografi, sygdomsforekomster og ydelser på regionens hospitaler er faktorer der er indbyrdes afhængige, er det ikke altid muligt at hjemtage borgere, der ikke kan passes i eget hjem rettidigt.
Allerød	2015	I Allerød har følgende prioriteringer forventet effekt op hjemtagning af færdigbehandlede borgere: Åbningsplan af 10 nye demenspladser, heraf 2 forventede som midlertidige pladser. Etablering af akutteam, herunder mulighed for øget kompetenceprofiler, når der er en afklaring af det lægelige behandlingsansvar.	Alle indsatser rækker mod at sikre hjemtagning af alle færdigbehandlede borgere indenfor tidsfristerne, reguleret i Sundhedsaftalerne. Da såvel demografi, sygdomsforekomster og ydelser på regionens hospitaler er faktorer der er indbyrdes afhængige, er det ikke altid muligt at

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -2 af 14

		Daglig opfølgning i visitationen af venteborgere.	hjemtage borgere, der ikke kan passes i eget hjem rettidigt.
Ballerup	2014	1. Pilotprojekt til hjemtagning af FM borgere – forebygge at borgere indstilles til plejebolig fra en indlæggelse på hospital: – borger forsøges udskrevet til eget hjem i en beskrevet periode med øget hjemmehjælp, som består af længere besøg i stedet for punktbesøg. Der udarbejdes handleplaner for plejen og installeres midlertidige hjælpemidler (ekstra udgift i henhold til SEL §112), før borgeren kan indstilles til plejebolig. 2. Visitationen overtager koordinering af forløbene på kommunens korttids- og genoptræningspladser 3. Arbejdsgruppe arbejder med forebyggelige (gen)indlæggelser, herunder eventuel manglende rettidig omhu hos pleje-personale.	1. Lavere søgning til plejeboligerne 2. Sikre flow i forløbene og undgå spild dage 3. Optimering af arbejdsprocedure
Ballerup	2015	1. Skærpelse af kriterierne for tildeling af plejebolig. 2. Optimering af samværsgrupper og daghjem. 3. Udvide informationen om borgernes rettigheder i forhold til at kunne søge udenbys plejeboliger	1. Lavere søgning til plejeboligerne 2. Afkortning af ventetid på kort sigt, og optimal anvendelse af de tilgængelige fysiske områder på plejecentrene – herunder vurdering af flere korttidspladser og genoptræningspladser. 3. At reducere flaskehalsen til plejeboligerne i Ballerup Kommune
Bornholm	2014	• Fokus på kommunikationsaftalen og samarbejdet med Bornholms Hospital omkring korrekt og rettidig information på tværs af sektorer i forbindelse med indlæggelse/udskrivelse. • Øget kapaciteten på kommunens rehabiliteringscenter til modtagelse af borgere fra hospitalet (omlægning fra 'ventepladser' til korttidspladser til borgere fra hospitalet)	Fastholde kommunens lave antal ventedage jf. nedenstående figur.
Bornholm	2015	• Fortsat fokus på kommunikationsaftalen og samarbejdet med Bornholms Hospital omkring korrekt og rettidig information på tværs af sektorer i forbindelse med indlæggelse/udskrivelse. • Styrkelse den rehabiliterende indsats på kommunens rehabiliteringscenter.	Fastholde kommunens lave antal ventedage jf. nedenstående figur.
Brøndby	2014	Der blev i 2014 midler til opnormering og styrkede kompetencer af personalegrupperne på vores rehabilitering-, akut- og flekspladser. Dette er sket for at kunne håndtere de mere komplekse pleje- og træningsforløb kommunen modtager fra hospitalerne. Dette for ligeledes at imødekomme behovet for at	At kunne hjemtage færdigbehandlede patienter straks, samt at kunne undgå unødvendige hospitalsindlæggelser af hjemmeboende borgere.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -3 af 14

		håndtere lettere behandlingsforløb, uden indlæggelse, af borgeren på de subakutte pladser. I 2012 besluttede kommunalbestyrelsen en udvidelse af antallet af midlertidige pladser fra 13 pladser i 2012 til 22 pladser i 2016, heraf skulle 10 pladser være forbeholdt rehabilitering. I 2014 var der oprindeligt budgetteret med en udvidelse på 2 pladser fra 16 til 18 pladser, men henover foråret og sommeren er antallet af færdigbehandlede patienter steget, hvorfor man i sensommeren besluttede at fremrykke den budgetterede udvidelse i 2015. Presset fortsatte i efteråret hvorfor, det blev besluttet at udvidelsen i 2016 ligeledes skulle fremrykkes til 2014. Dette betyder at der er ultimo 2014 i alt er 22 midlertidige pladser. Merbevilling til igangsættelse af ovennævnte initiativer, til en styrket indsats for hjemtagning af færdigbehandlet patienter udgør: <table><tr><td></td><td>2014</td><td>2015</td></tr><tr><td>Merbevilling i forhold til 2013</td><td>1.446.000</td><td>3.303.000</td></tr></table>		2014	2015	Merbevilling i forhold til 2013	1.446.000	3.303.000	
	2014	2015							
Merbevilling i forhold til 2013	1.446.000	3.303.000							
Brøndby	2015	Den planlagte udvidelse af midlertidige pladser med 2 i 2015 og 2 i 2016 er fremrykket til efteråret 2014.							
Dragør	2014	Dragør Kommune har kapacitet til at hjemtage borgere fra hospitalerne, således at der ikke bør ligge færdigbehandlede borgere fra Dragør Kommune på hospitalerne.	MOF (Melding Om Færdigbehandling), som viser at Dragør Kommune ikke har store udfordringer herpå.						
Dragør	2015	Dragør Kommune har kapacitet til at hjemtage borgere fra hospitalerne, således at der ikke bør ligge færdigbehandlede borgere fra Dragør Kommune på hospitalerne.	MOF (Melding Om Færdigbehandling), som viser at Dragør Kommune ikke har store udfordringer herpå.						
Egedal	2014	11.11.2014 udvider Egedal Kommune antallet af midlertidige døgnpladser fra 15 til 25 pladser. De 5 pladser er midlertidige til kommunen i marts 2016 åbner nyt plejecenter og derved ikke forventer at have ventepatienter til plejeboliger.	Egedal Kommune forventer herefter at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere løbende						
Egedal	2015	Der vil ikke være nye tiltag i 2015 – men fra marts 2016 åbnes minimum 31 nye plejeboliger, hvilket vil styrke Egedal Kommune yderligere i forhold til at	Egedal Kommune forventer herefter at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere løbende						

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -4 af 14

		hjemtage færdigbehandlede borgere og medio 2017 forventes yderligere åbnet et antal plejeboliger.	
Fredensborg	2014	Ingen nye indsatser. I sammenligning med de øvrige kommuner i Region H ligger Fredensborg som den 3. die bedste kommune. I år har vi til 1.08.14 haft 61 dage, hvorfor vi ikke sætter yderligere tiltag i gang for at holde målet under 150 dage/år.	Under 150 dage årligt
Fredensborg	2015	Ingen nye indsatser	Under 150 dage årligt
Frederiksberg	2014	Styrket fremskudt visitation* på medicinsk modtage afsnit Frederiksberg Hospital. - Med det formål at sikre sammenhæng mellem indlæggelsesforløb og udskrivelse til hjemmet er der etableret daglig deltagelse af visitator ved morgenkonferencen på medicinsk modtage afsnit Frederiksberg hospital. Fremskudt visitation på Bispebjerg hospital. - Der er i 2014 etableret fremskudt visitation på Bispebjerg Hospital tre dage om ugen. Etablering af fremskudt visitation på kommunens to rehabiliteringsinstitutioner - Med henblik på kvalitetssikring af hjemsendelser og fokus på turnover deltager visitationen nu i alle tværfaglige konferencer på døgnehiliteringsinstitutionerne. Udvidelse af antallet af fleksible pladser. - Antallet af fleksible døgpladser er i 2014 udvidet fra 15 til 18. Styrket samarbejde mellem døgnehiliteringspladserne, hjemmeplejen/sygeplejen og visitationen. - Afholdelse af ugentlige konferencer på tværs af visitation, hjemmesygepleje, hjemmeplejen og døgnehilitering med fokus på udskrivelse af færdigbehandlede indlagte.	50 % reduktion af antal færdigbehandlingsdage.
Frederiksberg	2015	Tidsbegrænsning af rehabiliteringsophold. Fra en praksis hvor et rehabiliteringsophold som udgangspunkt ikke er tidsbegrænset vil et rehabiliteringsophold i 2015 blive visiteret til en varighed af 2, 4 eller 8 uger med mulighed for forlængelse Udvidelse af fremskudt visitation.	Under 100 færdigbehandlingsdage i 2015

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -5 af 14

		Udvidelse af fremskudt visitation fra dagligt på Frederiksberg Hospital og tre dage om ugen på Bispebjerg Hospital til dagligt på begge hospitaler.	
Frederikssund	2014	• Etablering af akutteam i hjemmesygeplejen, bl.a. med formål at sikre hjemtagelse af færdigbehandlede patienter. • Etablering af fremskudt visitation, til styrket koordinering og samarbejde. • Ændrede kvalitetsstandarder for midlertidigt ophold og plejebolig, til frigørelse af kapacitet. • Øget flow på kommunens midlertidige pladser, til frigørelse af kapacitet.	Der har ikke været dannet egentlige effektmål, men det formodes at indsatserne har bidraget til en væsentlig reduktion i antallet af færdigbehandlede borgere, i forhold til hvis indsatserne ikke var iværksat.
Frederikssund	2015	• Etablering af kommunal rehabiliteringsafdeling på Frederikssund Hospital. • Udvidelse af rehabiliteringsafdeling fra 14 til 24 pladser. • Etablering af fleksibel normering på rehabiliteringsafdeling til spidsbelastningsperioder.	Det forventes at initiativer igangsat 2015, kan reducere antallet af færdigbehandlede borgere væsentligt fra hospitalerne, således der medio 2015 ikke findes færdigbehandlede borgere fra Frederikssund Kommune på hospitalerne. Dette forventes <u>hvis samme forudsætninger fra 2014 er intakte</u> , og flowet fra hospitalerne ikke ændres.
Furesø	2014	Fremskudt visitation/opfølgingsbesøg på hospitalerne i Region H i fht. ændringer i den indlagtes funktionsniveau. Det afsøges om der er færdigmeldte borgere der afventer et kommunalt tilbud, herunder f.eks. midlertidige pladser i stedet vil kunne passes i egen bolig, alternativt tilbydes andet tilbud.	
Furesø	2015	• Indsats mhp at nedbringe andel af borgere over 65 år der ind- og genindlægges, og hvor det skønnes, at indlæggelse kunne være forebygget. • Ibrugtagning af 30 nye plejeboliger • Implementering af Triage i hele kommunen mhp. at forebygge indlæggelser • Udskrevne borger skal revisiteres/revurderes 1-8 dage efter udskrivelsen og efterfølgende tæt opfølgning mellem hjemmehjælpsleverandør og visitationen i forhold til triagering af borgeren. Etablering af akutsygeplejeteam i samarbejde med Ballerup og Herlev Kommuner samt Gentofte/Herlev Hospitaler. Teamet vil kunne tilbyde pleje- og behandlingsopgaver som i dag ikke er en del af den kommunale opgaveløsning, mulighed for hjemtagning opstår.	
Gentofte	2014	<u>Tværgående træningsteam</u> I 2014 har Gentofte Kommune etableret et tværgående træningsteam, hvis	<u>Tværgående træningsteam</u> : Indsatsen har en virkning på hjemtagningen af færdigbehandlede

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -6 af 14

	hovedopgave er at levere hverdagsrehabilitering i borgerens egne hjem, i plejeboligerne og på plejehjem. <u>Udvidelse af træningstiden på Tranehaven</u> I 2014 har Gentofte Kommune etableret et tilbud om træning i weekenden på Tranehaven (Gentofte Kommunes Center for forebyggelse og rehabilitering). <u>Akut sygeplejefunktion</u> I 2014 etablerede Gentofte Kommune en akut sygeplejefunktion, som har til formål at undgå forebyggelige indlæggelser blandt især sårbare og svage ældre og borgere med kroniske sygdomme, der ofte ikke profiterer tilstrækkeligt af en hospitalsindlæggelse. <u>Koordinerende sygeplejersker</u> De koordinerende sygeplejersker blev ansat 1. april 2009 som pilotprojekt og blev permanent ansat i funktionen i 2010. Initiativet videreføres i 2014 og 2015.	borgere fra hospitalerne, idet tiltaget styrker fleksibiliteten og flowet på Tranehaven (Gentofte Kommunes Center for forebyggelse og rehabilitering), da det er muligt at tilbyde mere individualiserede forløb. Derved undgås unødigt forlængelse af indlæggelsestiden på Tranehaven og i nogle tilfælde undgås et ophold helt. Det giver mulighed for at styrke hjemtagningen af færdigbehandlede patienter fra hospitalerne. <u>Udvidelse af træningstiden på Tranehaven:</u> Indsatsen har en virkning på hjemtagningen af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet tiltaget styrker fleksibiliteten og flowet, da det er muligt at tilbyde mere individualiserede og fleksible forløb. Derved undgås unødigt forlængelse af indlæggelsestiden på Tranehaven, hvilket giver mulighed for at styrke hjemtagningen af færdigbehandlede patienter fra hospitalerne. <u>Akut sygeplejefunktion:</u> Initiativet bidrager til hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet flere indlæggelser forebygges, og presset på systemet som helhed mindskes. <u>Koordinerende sygeplejersker:</u> Initiativet bidrager til hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet der med ansættelsen af de koordinerende sygeplejersker arbejdes mere målrettet end tidligere med bedre koordinering af patientforløb og bedre planlægning af udskrivelse for borgere med behov
--	--	---

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -7 af 14

			for foranstaltninger i hjemmet.
Gentofte	2015	I 2015 videreføres de ovenfor nævnte initiativer.	Samme effektmål som ovenfor.
Gladsaxe	2014	Gladsaxe iværksatte indsatser allerede i 2010 med åbning af Træningscenter Gladsaxe med 80 midlertidige sengepladser og en omorganisering af udskrivningskoordinationen i Visitationen. Gladsaxe har ingen færdigbehandlede borgere liggende på hospitalerne.	
Gladsaxe	2015		
Glostrup	2014	Udvidelse af midlertidige pladser i kommunen. Der er etableret 5 nye pladser mht. at hjemtage borgere fra sygehus hurtigst muligt. Der er etableret bedre lokaletræningsfaciliteter og spisestue med udgang til have. Kommunen har 5 forskellige midlertidige pladser: Venteplads, vurderingsplads, aflastningsplads, palliativplads, genoptræningsplads	Det har givet det effekt at, kommunen ikke længere har patienter der står og venter på hjemskrivelse. Udgiften på dette område er de sidste år faldet fra ca. 2 mio. til 0 kr. Kommunen har nu 16 midlertidige pladser.
Glostrup	2015	Fortsat udvikling af de midlertidige pladser, kompetenceudvikling til personalet på området samt drøftelse om mulighed for at oprette akutpladser (politisk ønske i fremtiden). Akut forstået som 1-2 pladser som eget personale kan visitere til for at forebygge indlæggelser. Der ansættes endvidere en sygeplejerske med overbygning i 2015 der skal arbejde med at opspore årsag og sammenhæng på område vedr. indlæggelser og genindlæggelse. Det er den ny Ældreplan 2015 der finansierer halvdelen af lønudgiften.	Af forebygge og opspore indlæggelse og genindlæggelser samt optimere og holde fokus på området vedr. hurtig hjemtagelse.
Gribskov	2014	Gribskov Kommune har Fremskudt Visitation, hvilket betyder, at der er en visitator tilstede hver dag på Hillerød Hospital. Denne sikrer vurdering af udskrivningsklare patienter, således at en hjemtagning kan foregå så hurtigt som muligt og med den rette hjælp. Gribskov Kommune råder desuden over 31 midlertidige pladser, som styres centralt i samarbejde med den fremskudte visitator. Dertil kommer 2 akutpladser som almen praksis kan visitere til som led i at forebygge indlæggelser. I foråret 2014 er der etableret 12 ekstra plejeboliger for at sikre hurtig hjemtagelse af færdigbehandlede I sommeren 2014 er der etableret yderligere 2 midlertidige pladser målrettet borgere med demens	Gribskov har siden indførelsen af fremskudt visitation reduceret antallet af ventedage væsentligt. Forventningen er, at tallet fortsat vil være lavt. Yderligere fald i ventedage i 2014 som følge af udvidelse af kapacitet på plejeboliger
Gribskov	2015	Fremskudt visitation fortsætter . Det skal dog undersøges nærmere, om	Yderligere reduktion af ventedage

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -8 af 14

		funktionen skal brede sig til Frederikssund Hospital, idet indlæggelsesmønstret på de 2 hospitaler synes at have ændret sig. Der er truffet beslutning om etablering af yderligere 2 akutpladser i 2015.	
Halsnæs	2014	1. Fremskudt Visitation 2. Akutpladser 3. Triage – tidlig opsporing – Sygeplejekoordineret (planlagt 2015)	Ad 1. Sikre rettidig hjemtagelse. Sikre sammenhængende og koordinerede udskrivelser forløb. Forebygge genindlæggelser. Sikre tilpas visitation og undgå ventedage. Sikre flow på Halsnæs Kommunes midlertidige døgnpladser. Ad 2. Forebyggelige indlæggelser Ad 3.. Undgå unødige indlæggelser. Sikre smidige borgerforløb.
Halsnæs	2015	1. Subakut tilbud (samarbejde mellem Frederikssund hospital, praktiserende læge og Frederikssund hjemmepleje 2. Fremskudt hjemmesygepleje (planlagt)	Ad1. Undgå unødige indlæggelser. Ad. 2 Undgå unødige genindlæggelser. Sikre smidig overgang fra hospital til hjemmesygepleje
Helsingør	2014	Helsingør har allerede inden 2014 etableret et relativt stort apparat ift. hjemtagning fra hospitalerne – dels via et stort antal midlertidige pladser, og dels via et kompetent akut-team. I første halvdel af 2014 havde vi en ekstra midlertidig plads på et plejehjem. Den er lukket nu. Derefter har vi åbnet 2 ekstra korttidspladser på Helsingør Kommunes rehabiliterings- og træningscenter (HRT) også til hjemtagning af færdigbehandlede borgere. HRT har oprustet de faglige kompetencer og oprettet et modtage- afsnit til borgere, der kommer direkte fra hospitalerne til monitorering af pleje, sygepleje, medicin mv. Vi har åbnet 3 akutstuer på et plejehjem til forebyggelse af indlæggelser således, at borgerne ikke bliver indlagt og dermed undgår en venteposition på hospitalet. Med samme formål om at undgå indlæggelser - udbredes en metode til tidlig opsporing af sygdomstegn i hjemmeplejen i løbet af 2014 og 2015 (triage). Hjemmeplejen og kommunens akut- og indslusningsteam har oprustet med kompetencer og mandskab og kan dermed forhindre indlæggelser. Desuden modtages udskrevne borgere med kort varsel, også selv om de fortsat er i behandling.	At undgå færdigbehandlende borgere venter unødigt på hospitalerne. At kunne modtage borgere der fortsat skal observeres og modtage behandling samt undgå genindlæggelser. At forebygge indlæggelser gerne sammen med de praktiserende læger. At kunne passe, pleje og til en vis grad fortsætte behandling af syge mennesker både med henblik på forebyggelse af indlæggelser og hurtigt hjemtagning efter endt behandling. At kommunen er opdateret på alle færdigbehandlede borgere og kan give borgerne rette tilbud til rette tid i deres sygdomsforløb.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -9 af 14

		Kommunens visitatorer er organiseret, så der er kontinuitet og kompetence i samarbejdet med hospitalerne med henblik på at give borgerne det rigtige tilbud efter udskrivelsen. 1 person har hele tiden overblik og fokus på alle ventende færdigbehandlede borgere mhp flow på de midlertidige pladser.	
Helsingør	2015	Vi vurderer om de 3 akutpladser skal anvendes i forbindelse med projekt 'subakut ambulant udredning', som p.t. testes i Frederikssund og Halsnæs kommune. De 3 akutpladser bliver evalueret i 2015 mhp. fortsat eksistens og evt. nye målgrupper.	At kommunen kontinuerligt har fokus på samarbejdet med regionen omkring de færdigbehandlede borgere – for at styrke hjemtagningen og undgå (gen)indlæggelser.
Herlev	2014	Koordinerende sygeplejersker der er opsøgende i forhold til kommunens indlagte borgere på hospital Samarbejdsaftale mellem de koordinerende sygeplejersker / visitationen til Hjemmehjælp og plejebolig og de midlertidige pladser i Herlev kommune Forberedelse og etablering af Specialiseret HjemmeSygepleje team (SHS-team) i samarbejde med Ballerup og Furesø kommuner Vurdering af behov for midlertidige pladser, herunder udarbejde notat om behovet for tilbud til demente borgere og borgere med psykiatriske diagnoser.	At der fortsat er et flow på de midlertidige pladser, så kommunen kan hjemtage de færdigbehandlede borgere At kommunen har overblik over behovene for indsatser, herunder midlertidige pladser, så der kan skabes grundlag for prioriteringer og beslutninger
Herlev	2015	Drift af SHS-teamet Undersøge mulighederne for at udbygge antallet af midlertidige pladser samt evt. etablering med henblik på at forebygge indlæggelser eller fortsat at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere Der oprettes et Akut-tilbud, så vi kan hjemtage færdigt behandlede borgere med den psykiatrisk diagnose	At der fortsat er et flow på de midlertidige pladser, så kommunen kan hjemtage de færdigbehandlede borgere. At kommunen kan fortsætte behandling iværksat på hospital eller af egen læge, så borgerne kan behandles i hjemmet eller på en midlertidig plads. At kommunen har overblik over behovene for midlertidige pladser, så der kan skabes grundlag for prioriteringer og beslutninger.
Hillerød	2014	KUV funktion - Hillerød Kommune har etableret en KUV funktion (kommunal udskrivnings visitator) som er forankret i Visitation og Hjælpe midler. Funktionen er etableret med henblik på at sikre sammenhæng i forløbet for svækkede borgere i forbindelse med udskrivelse samt etablering af direkte kontakt til borgeren og personale på hospitalet - To medarbejdere varetager funktionen, hvor den ene håndterer alle henvendelser og kommunikation fra hospitalet og handler på dette mens	

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -10 af 14

		den anden deltager i udskrivningsbesøg på hospitalet eller kommunens rehabiliteringsafdeling. • KVV planlægger udskrivelse af borgeren i tæt samarbejde med hospitalet og borgeren og deltager i koordinerende møder i det omfang det er muligt • KVV funktionen er fysisk tilstede på hospitalet når det er krævet, men der er ikke tale om et fast ophold som f.eks. hos "fremskudt visitation" modellen. Projekt vedr. indlæggelser/udskrivning og færdigbehandlede • I regi af Samordningsudvalget i planlægningsområde Nord er der taget initiativ til et projekt med fokus på tværsektorielle audits, som skal være med til at afdække (og på sigt afprøve – se 2015) indlæggelses/udskrivningsmønstre som bl.a. har indflydelse på kommunernes muligheder for at hjemtage færdigbehandlede borgere Akutteam • Hillerød Kommune har pr. 1. april 2014 etableret et døgnbemandede akutteam. I teamet kan sygeplejersker i alle døgnets timer være med til at understøtte borgerens forløb og sikre koordinering med hospital og almen praksis. Akutteamet er bl.a. med til at understøtte at færdigbehandlede borgere med komplekse problemstillinger kan hjemtages hurtigere. Triage: Hillerød kommune har iværksat triage som en metodisk tilgang til at følge borgernes sundhedstilstand. Denne indsats forventes, at kunne bidrage med sygeplejefaglige indsatser der mindsker antallet af forebyggelige indlæggelser. Dette forventes indirekte at have en positiv effekt på antallet af borgere, der venter på hjemtagelse fra sygehuset.	
Hillerød	2015	Forventet afkast af projekt vedr. indlæggelser/udskrivning og færdigbehandlede Det er forventningen at der i projektet skal afprøves forskellige indsatser, herunder hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere ved at iværksætte en mere akut indsats i hjemmet.	Pt. har Hillerød Kommune ca. 550 færdigbehandlingsdage på årsbasis. Dette antal forventes reduceret med ca. 30 % ved udgangen af 2015.
Hvidovre	2014	Tidlig opsporing af ændringer i borgerens situation og målrettet indsats med henblik på at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser. Som konkret værktøj anvendes triagering. Medarbejderne i den kommunale hjemmepleje er blevet uddannet i tidlig opsporing af sygdom hos borgerne. Kapaciteten til	Der forventes en reduktion i antallet af unødvendige (gen)indlæggelser og dermed færre liggedage.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -11 af 14

		hjemmetræning er øget, således at genoptræningen af borgere, der udskrives fra hospital til eget hjem startes hurtigere.	
Hvidovre	2015	Der er i budget 2015 afsat budget til at pladser til midlertidigt ophold udvides med 11 pladser fra 25 i 2014 til 36 pladser ved udgangen af 2015. Udvidelsen sker i en løbende proces i løbet af 2015. Udskrivningskoordinatorfunktionen udvides og arbejdsgange omkring udskrivning optimeres.	Der forventes en betydelig reduktion i antallet af liggedage efter færdigmelding.
Høje-Taastrup	2014	• Oprettelse af et akutteam. • Optimering af Koordinerende sygeplejersker (dette startede ikke i 2014, men er naturligvis løbende justeret).	• Akutteamet har ikke som hovedformål at hjemtage færdigbehandlede borgere, men det vil naturligvis ruste den kommunale hjemmepleje til at kunne varetage mere komplekse borgerforløb, hvilket også gælder for de færdigbehandlede. • Optimere samarbejdet mellem hospital og kommune for at smidiggøre udskrivelser.
Høje-Taastrup	2015	Etablering af 14 døgnrehabiliteringspladser. Opkvalificering af hjemmeplejen til at håndtere mere komplekse problemstillinger ved hjemtagelse af færdigmeldte borgere. Kvalitetssikre arbejdsgangene ved modtagelse af PFP og færdigmeldinger.	Videreudvikling af den målrettede indsats i forhold til videre forløb for de færdigbehandlede borgere. Målet er, at Høje-Taastrup Kommune ikke har færdigmeldte borgere på hospitalerne.
Hørsholm	2014	Hørsholm Kommune har igangsat en række indsatser, dels for at holde ventedage på et lavt niveau, dels for at forebygge indlæggelser og for at sikre pleje for behandlingskrævende borgere, der udskrives fra hospitalet. • Kommunen disponerer over i alt 24 midlertidige pladser, som hovedsageligt benyttes til hjemtagning af borgere efter indlæggelse. • Primo 2014 er ibrugtaget akutpladser • Primo 2014 er implementeret et akutteam med døgnbemanding af sygeplejersker. • Der arbejdes tværfagligt med indsatser i forhold til tidlig opsporing og rehabilitering. • Kompetenceudvikling af medarbejdere • Herunder arbejdes med triagering.	• Hørsholm Kommune har i Lis opgørelsen i perioden fra januar til juni 2014 betalt for ca. 2 ventedage for færdigbehandlede patienter pr 1.000 indbyggere. • Der måles løbende på effekten af akutpladser og akutteam.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -12 af 14

		Deltagelse i partnerskabsprojektet har styrket hjemmesygeplejersken i forhold til at koordinere og vurdere borgerne, når en indlæggelse er på tale.	
Hørsholm	2015	Hørsholm Kommune igangsætter ikke yderligere indsatser i 2015, men fortsætter med de igangsatte indsatser, som er beskrevet ovenstående	
Ishøj	2014	Ishøj Kommune har igennem mange år arbejdet med prioriteret fremskudt visitation, samt central styring af kommunens døgnpladser, og har som følge deraf i mange år haft et meget lavt antal (tæt på statistisk nul) indlæggelsesdage af færdigbehandlede patienter. Som følge af, at Ishøj kommunes nuværende praksis og indsats virker efter hensigten, er der ikke planlagt nye tiltag, udover den løbende kvalitetsudvikling der naturligvis er på området.	At vi fastholder den nuværende resultater.
Ishøj	2015	Do	Do
København	2014	1. Udskrivningskoordinatorer og rehabiliteringspladser til borgere under 65 år (SOF) 2. Øget intensitet i træning og rehabiliterende pleje på Neurologi- og rehabiliteringscenter København (varigt) Tilførsel af 8 nye neurorehabiliteringspladser til borgere over 65 år	1. Målrettede og koordinerede rehabiliteringsforløb på midlertidige døgnpladser, har medvirket til nedbringelse af ventetiden på hjemtagning af færdigbehandlede borgere. 2. Større flow på midlertidige døgnpladser og dermed nedbringelse af ventetiden på hjemtagning af færdigbehandlet borgere. 3. Øget specialiseret kapacitet til hjemtagning af færdigbehandlede borgere og derved større flow
København	2015	1. Intensivering af rehabiliterende pleje og træning på midlertidige døgnpladser 2. Tilførsel af 11 almene rehabiliteringspladser til borgere over 65 år	1. Større flow på midlertidige døgnpladser og dermed nedbringelse af ventetiden på hjemtagning af færdigbehandlet borgere. 2. Øget kapacitet til hjemtagning af færdigbehandlede borgere og derved større flow. Med opnormering af 11 rehabiliteringspladser forventes det at Københavns kommune nedbringer antal

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -13 af 14

			ventedage for færdigbehandlede borgere til samme niveau som 6-by samarbejdet.
Lyngby-Taarbæk	2014		
Lyngby-Taarbæk	2015	Kommunen råder over et antal midlertidige døgnpladser, hvor borgere kan opholde sig, mens de fx venter på en plejebolig (venteplads). Hidtil har der ikke været nogen begrænsning på, hvor mange gange en borger kan takke nej til tilbud om en plejebolig. På baggrund af beslutning i kommunalbestyrelsen pr. 30. oktober 2014 er der taget beslutning om, at en borger fremadrettet maksimalt kan sige nej tak til to tilbud om plejebolig. Takkes der herefter nej, så vil borgeren skulle vente på den ønskede bolig i eget hjem. Kommunens kvalitetsstandard er som følge heraf ved at blive tilrettet.	Det er forventningen, at et større flow på de midlertidige pladser vil betyde, at kommunen hurtigere vil kunne hjemtage borgere udskrevet fra hospital, som har brug for et midlertidigt ophold. Dette vil alt andet lige reducere udgifter til indlæggelser.
Rudersdal	2014	Kommunens problemer med hjemtagning af færdigbehandlede borgere vedrører alene borgere, som har brug for at komme på en kommunal midlertidig plads. Borgere, som kan udskrives til eget hjem, hjemtages altid på færdigbehandlingstidspunktet. Indsatserne omhandler derfor kommunens midlertidige pladser. En hovedårsag til kommunens høje antal færdigbehandlingsdage i 2014 er, at borgere, som har ventet på en permanent plejeplads, grundet et stort pres på disse, har optaget en del af kommunens midlertidige pladser. Kommunen udbygger antal plejepladser, og har åbnet 30 nye plejepladser pr. 1. oktober. Kommunen har endvidere haft en arbejdsgruppe til at set på mulighederne for at øge fleksibiliteten på de midlertidige pladser med henblik på at udnytte pladserne optimalt. En række anbefalinger er implementeret herunder et øget fokus allerede fra opholdets første dag på, hvad der skal til, for at borgeren kan udskrives til eget hjem. Det er endvidere politisk besluttet, at permanente boliger kan konverteres til midlertidige boliger for en kortere periode til imødekommen af en øget efterspørgsel efter midlertidige pladser. Denne løsning har imidlertid ikke været anvendelig på det seneste, da de midlertidige pladser, som nævnt, i stort omfang har været brugt til borgere, som har ventet på plejebolig. Fremadrettet forventes muligheden at blive bragt i anvendelse i perioder med ekstraordinært stort pres.	At færdigbehandlede borgere kan hjemtages til en kommunal midlertidig plads. Bedre udnyttelse af kommunens midlertidige pladser og dermed bedre mulighed for at hjemtage færdigbehandlede borgere. At færdigbehandlede borgere kan hjemtages til en kommunal midlertidig plads. Færre borgere, der indlægges og dermed færre borgere, som skal hjemtages fra hospital.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 2 - Side -14 af 14

		Herudover har kommunen iværksat en lang række indsatser i forhold til tidlig opsporing mv. med henblik på at forebygge indlæggelser blandt ældre skrøbelige borgere.	
Rudersdal	2015	Kommunen bygger nyt plejecenter, der forventes åbnet primo 2016. Fortsætte indsatser nævnt under 2014.	At midlertidige pladser ikke optages af borgere, som venter på en permanent plads.
Rødovre	2014	Der er etableret 6 akutpladser i 2014, samt akutteam i hjemmesygeplejen 6-8 aflastnings-/midlertidige døgnpladser til borgere med demenssygdom.	Forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser Hjemtagning af færdigbehandlede borgere
Rødovre	2015	Forkorte indlæggelsesforløb på kommunens 30 rehabiliteringspladser, ved styrkelse af træningsindsatsen i borgerens hjem. 130 medarbejdere i hjemmehjælpen har i 2014 modtaget et 6 ugers efteruddannelsesforløb. Fortsat udbygning af akutfunktionen i hjemmesygeplejen.	Nedbringe ventetiden på borgerenes udskrivelse fra hospital – vi oplever i stigende grad, at færdigbehandlede borgere skal på et rehabiliteringsophold efter hospitalsindlæggelse.
Tårnby	2014	I 2014 er Tårnby Kommunes 31 midlertidige pladser blevet samlet på 2 plejehjem i stedet for at være fordelt på kommunens 6 plejehjem. Formålet hermed har været at opnå en større specialisering med henblik på, at styrke døgnrehabilitering af borgere til hurtigere at komme hjem i egen bolig med eventuelle støtteforanstaltninger.	
Tårnby	2015	Der er ikke planlagt ekstraordinære aktiviteter/tiltag i budget 2015	
Vallensbæk	2014	Der blev afsat ekstra sygeplejeressourcer til arbejdet omkring udskrivninger, men området er under omstrukturering.	Området er under afdækning i 2014 og der forventes opsat konkrete mål for området i starten af 2015.
Vallensbæk	2015	Der ændres i visitationens struktur og arbejdsfordeling, bl.a. med det formål at arbejde mere struktureret med koordinering af udskrivninger. Der opsættes konkrete mål for hjemtagning af færdigbehandlede borgere i begyndelsen af 2015.	

NOTAT

Til: **Sundhedskoordinationsudvalget**

Dato: 3. maj 2017

Notat om færdigbehandlede dage og patientforløb med registrering af færdigbehandling i 2016

I 2016 overgik Herlev og Gentofte Hospital (maj måned) samt Rigshospitalet (november måned) til Sundhedsplatformen. Erfaringerne efter ibrugtagning af Sundhedsplatformen på de to hospitaler har vist, at der er udfordringer med at få korrekt og dækkende indberetning til Landspatientregisteret. Der er derfor ikke udarbejdet Ledelsesinformation vedrørende aktivitet for det somatiske område for hele 2016, herunder udvikling i antallet af færdigbehandlede, da data til denne ledelsesinformation ikke har været retvisende. Når registrerings- og afregningsåret endeligt afsluttes med Sundhedsdatastyrelsens opgørelse pr. 10. juni 2017, vil der blive udarbejdet ledelsesinformation for hele 2016.

Nedenfor er derfor alene angivet aktivitets data for færdigbehandlede dage og tilknyttede patientforløb, for de hospitaler som ikke er overgået til Sundhedsplatformen i 2016. Det drejer sig om;

- Amager og Hvidovre Hospital,
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital,
- Nordsjællands Hospital og
- Bornholms Hospital.

Data er som ledelsesinformationen afgrænset til at alene at se på borgere med bopæl i hovedstadsregionen.

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 3 - Side -2 af 3

Antal færdigbehandlede patienter:

Hospital/år	2014	2015	2016
Amager og Hvidovre Hospital	1.151	1.056	1.210
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	1.487	961	1.183
Nordsjællands Hospital	961	990	1.053
Bornholms Hospital	2	15	7
Hovedtotal	3.601	3.022	3.453

Antal færdigbehandlingsdage:

Hospital/år	2014	2015	2016
Amager og Hvidovre Hospital	8.936	6.603	6.571
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	6.291	4.320	3.569
Nordsjællands Hospital	3.041	2.832	2.784
Bornholms Hospital	4	48	27
I alt	18.272	13.803	12.951

Gennemsnitlige antal færdigbehandlede dage pr patient med færdigmelding:

Hospital/år	2014	2015	2016
Amager og Hvidovre Hospital	7,8	6,3	5,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	4,2	4,5	3,0
Nordsjællands Hospital	3,2	2,9	2,6
Bornholms Hospital	2,0	3,2	3,9
Hovedtotal	5,1	4,6	3,8

Punkt nr. 4 - Drøftelse af udvikling i antal færdig behandlede somatiske patienter / status fra kommunerne om nye initiativer for at understøtte hurtig hjemtagning
Bilag 3 - Side -3 af 3

Udvikling i færdigbehandlede dage og patientforløb med færdigbehandlede dage fordelt på kommuner

I nedenstående tabel er antallet af færdigbehandlede patienter og færdigbehandlingsdage på de ovennævnte hospitaler, fordelt på patienternes bopælskommuner. Der er kun medtaget data for borgere, der har været registreret færdighandlet i forbindelse med indlæggelse på hospitalet i eget planområde. Det betyder, at eksempelvis Hillerød Kommunes borgere med færdigbehandlingsdage på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital ikke er medtaget i nedestående tabel.

Kommunerne vil derfor have flere færdigbehandlingsdage end der fremgår af tabellen. Når registrerings- og afregningsåret endeligt afsluttes med Sundhedsdatastyrelsens opgørelse pr. 10. juni 2017, vil der blive udarbejdet endelige oversigter for antal færdigbehandlede patienter i alle kommuner.

Udvikling i færdigbehandlede dage og indlæggelser med færdigmelding fordelt på optager kommuner og de 4 hospitaler - 2014-2016

Hospital	kommune	Færdigbehandlede dage			Færdigbehandlede indlæggelser		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
Amager og Hvidovre Hospital	Albertslund	156	78	35	12	20	8
	Tårnby	2.238	1.801	812	213	211	196
	Høje-Taastrup	247	57	117	35	18	20
	København	3.071	1.721	1.539	538	407	480
	Ishøj	9	16	8	4	6	2
	Hvidovre	1.690	1.393	1.641	150	177	217
	Dragør	79	48	97	31	29	41
	Brøndby	1.123	1.101	1.912	114	133	188
	Vallensbæk	35	40	84	6	9	12
	Glostrup	16	26	61	5	10	19
Amager og Hvidovre Hospital Total		8.664	6.281	6.306	1.108	1.020	1.183
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Frederiksberg	555	15	36	231	14	26
	København	5.615	4.114	3.328	1.225	908	1.112
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		6.170	4.129	3.364	1.456	922	1.138
Nordsjællands Hospital	Frederikssund	504	295	116	126	98	85
	Allerød	255	99	83	43	32	30
	Hørsholm	54	57	21	31	34	22
	Helsingør	742	551	390	279	224	241
	Hillerød	677	587	616	195	207	192
	Gribskov	367	395	515	133	162	191
	Halsnæs	126	259	472	68	86	116
	Fredensborg	97	351	483	61	115	157
Nordsjællands Hospital Total		2.822	2.594	2.696	936	958	1.034
Bornholms Hospital	Bornholms Kom	4	48	27	2	15	7
Bornholms Hospital Total		4	48	27	2	15	7
I alt		17.660	13.052	12.393	3.502	2.915	3.362