

K O N K L U S I O N E R

SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET

Mandag den 11. juni 2012

Kl. 8.30

Regionsgården i Hillerød, mødelokale H2

Møde nr. 3

Medlemmer:

Charlotte Fischer, Region Hovedstaden

Julie Herdal Molbech, Region Hovedstaden (Afbud)

Karsten Skawbo-Jensen, Region Hovedstaden

Nina Berrig, Region Hovedstaden

Per Seerup Knudsen, Region Hovedstaden

Thomas Lykke Pedersen, Fredensborg Kommune (Afbud)

Birgit Roswall, Gribskov Kommune

Ib Terp, Brøndby Kommune

Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune

Ninna Thomsen, Københavns Kommune

Praksisudvalgets formand Birgitte Alling Møller

Praksisudvalgets næstformand Claus Perrild

Indholdsfortegnelse

Side:

1. Godkendelse af dagsorden	3
2. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	4
3. Proces for forløbsprogram for erhvervet hjerneskade for voksne og for børn og unge	6
4. Drøftelse af erfaringsopsamling af forebyggelsespuljen	9
5. Samarbejde mellem Region Hovedstaden og kommuner om akuttelefonen	12
6. Forespørgsel fra Per Seerup Knudsen om status på høreområdet	17
7. Orientering om medicinhandleplan og status for FMK	19
8. Status vedr. forløbsprogrammerne	21
9. Status vedr. kommunikationsaftalen og dens implementering	25
10. Orientering om tilgængeligheden i almen praksis samt orientering om status på den aktuelle sundhedsbetjening og kommunikationen mellem hospital og praktiserende læge	27
11. Eventuelt	28

SAG NR. 1

GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Det foreslås, at den foreliggende dagsorden lægges til grund for mødets afvikling.

KONKLUSION

Den foreliggende dagsorden blev godkendt som grundlag for mødets afvikling.

SAG NR. 2

FORLØBSPROGRAM FOR REHABILITERING OG PALLIATION I FORBINDELSE MED KRÆFT

SAGSFREMSTILLING

I Aftale om Kræftplan III, som blev vedtaget i forbindelse med finansloven for 2011, var der enighed om, at der afsættes 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. i 2013 og frem til at understøtte forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommuner og regioner. Midlerne fordeles med 80 % til kommunerne og 20 % til regionerne.

Implementeringen af forløbsprogrammet vil overordnet set fokusere på behovsvurdering, udvikling af konkrete tilbud til patienten og koordinering af patientforløbet, hvad enten der er behov for en rehabiliterende eller palliativ indsats. Implementeringen er et delt ansvar mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

Der er endvidere fastsat følgende milepæle for implementeringen af forløbsprogrammet:

- I 4. kvartal 2011/ 1. kvartal 2012 drøftes forløbsprogramdelen for rehabilitering og palliation ved kræftsygdomme i sundhedskoordinationsudvalget med fokus på at igangsætte implementering i region og kommuner.
- Sideløbende skal der ske en lokal drøftelse og politisk stillingtagen i de enkelte regioner og kommuner om anvendelse af de afsatte midler.
- Medio 2012 skal der i regi af hvert sundhedskoordinationsudvalg foreligge en plan for implementering af forløbsprogramdelen, hvor der dels fremgår en tidsplan og dels den faktiske opgavefordeling mellem aktørerne.
- Ultimo 2012 skal implementeringen være påbegyndt.

Herudover fremgår det af aftalen, at forløbsprogrammet skal forankres i næste generation af sundhedsaftaler.

På baggrund af ovenstående har den administrative styregruppe godkendt, at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til konkretisering af forløbsprogrammet og forberede implementeringen af dette.

Forslag til kommissorium og tidsplan for gruppens arbejde vedlægges.

Den administrative styregruppe indstiller,

at sundhedskoordinationsudvalget godkender den ovenfor beskrevne plan for arbejdet med konkretisering og implementering af forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommuner og regioner.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den beskrevne plan for arbejdet med konkretisering og implementering af forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommuner og regioner.

Bilagsfortegnelse:

1. Kommissorium for arbejdsgruppen

SAG NR. 3**PROCES FOR FORLØBSPROGRAM FOR ERHVERVET HJERNESKADE FOR VOKSNE OG FOR BØRN OG UNGE**

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsstyrelsen har i juni 2011 udsendt to forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade – et forløbsprogram for voksne og et for børn. Forløbsprogrammerne er nationale, og det er hensigten, at regioner og kommuner i samarbejde anvender, konkretiserer og tilpasser de to forløbsprogrammer i deres lokale tilrettelæggelse af hjerneskaderehabiliteringen.

Sundhedsstyrelsen forudsætter, at kommuner og region drøfter implementering af forløbsprogrammerne i sundhedskoordinationsudvalget i foråret 2012.

Som udgangspunkt kan regionen tilsluttet sig de to forløbsprogrammernes faglige og organisatoriske anbefalinger. Dog finder regionen, at forløbsprogrammerne set i et planlægnings- og driftsperspektiv vil være meget udgiftsdrivende, som det fremgår af vedlagte notat. Det er derfor nødvendigt, at der anvises finansiering til disse merudgifter, før regionen kan tilslutte sig programmerne fuldt ud. Det forventes, at spørgsmålet om finansiering af forløbsprogrammerne indgår i økonomiforhandlingerne i maj-juni 2012.

Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade

Samarbejdet mellem kommunerne og regionen om voksne med erhvervet hjerneskade blev behandlet i en særlig arbejdsgruppe, der afgav sin rapport i 2009. Hovedpunkterne i rapporten er dels et forslag til faglige kriterier for færdigbehandling af personer med erhvervet hjerneskade i hospitalsregi og udskrivning til videre genoptræning/rehabilitering, dels at kommunikationen mellem hospitalerne og kommunerne sker gennem anvendelse af genoptræningsplanen.

I Sundhedsaftalen for 2011-14 er indsatsen over for personer med erhvervet hjerneskade et særligt fokuspunkt. I sundhedsaftalen er ovennævnte arbejdsgruppes forslag indarbejdet og godkendt som grundlag for det videre samarbejde. Det gælder kriterierne for færdigbehandling i hospitalsregi og udskrivning til videre genoptræning/rehabilitering. Det er endvidere aftalt, at udskrivningsansvarlige og genoptræningsansvarlige på hospitalet og i kommunen skal samarbejde tæt om at sikre sammenhæng mellem udskrivning og videre genoptræning/rehabilitering. Genoptræningsplanen med tilhørende supplerende oplysninger bruges som kommunikationsredskab. Den skal indeholde alle nødvendige oplysninger for at sikre

en dækkende genoptræning/rehabilitering, herunder oplysninger om behov for kognitiv og kommunikationsmæssig genoptræning.

I forbindelse med rapportens godkendelse blev der i 2010 holdt møde med nøglepersoner for hjerneskaderehabilitering i kommunerne og på hospitalerne om rapporten for at implementere dens værktøjer. Endvidere har der været møde med Kurhus, der forestår en del af rehabiliteringen for regionen og kommunerne, om at anvende de samme færdigbehandlingskriterier som hospitalerne og sikre en tæt dialog med kommunerne om udskrivning af færdigbehandlede.

Det kan være hensigtsmæssigt med en opfølgning på aftalernes anvendelse. Det vil ske i sensommeren 2012.

Forløbsprogrammet for børn med erhvervet hjerneskade

Børn med erhvervet hjerneskade var ikke inkluderet i ovennævnte arbejdsgruppe. Det skal derfor overvejes, om der i forbindelse med forløbsprogrammer for børn med erhvervet hjerneskade skal i gang sættes et tilsvarende udviklingsarbejde.

Den administrative styregruppe behandlede sagen i møde den 11. maj 2012 og besluttede, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der skal arbejde med forslag omkring konkretisering og implementering af forløbsprogrammet for **børn med erhvervet hjerneskade**. Forslaget til kommissorium for arbejdsgruppen forelægges til godkendelse på den administrative styregruppes møde den 22. juni 2012.

I forhold til **voksenområdet** blev det aftalt, at der i efteråret udarbejdes en status på implementeringen af forløbsprogrammet, hvor der sættes særligt fokus på om opgavefordelingen er beskrevet tilstrækkeligt præcist og dækkende i forhold til forløbsprogrammets anbefalinger. Medlemmerne fra den "gamle arbejdsgruppe om erhvervet hjerneskade" inddrages i arbejdet. Det blev endvidere aftalt, at der skal udarbejdes en status for hospitalernes nuværende praksis omkring kognitiv vurdering af mennesker med erhvervet hjerneskade.

Det indstilles,

at sundhedskoordinationsudvalget godkender planerne for arbejdet med forløbsprogrammerne for børn og voksne med erhvervet hjerneskade.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte planerne for arbejdet med forløbsprogrammerne for børn og voksne med erhvervet hjerneskade med bemærkning om, at der i arbejdet med forløbsprogrammerne bør lægges vægt på beskrivelser af regio-

nens og kommunernes tilbud på området. Herunder beskrivelser af retningslinjerne for visitation til tilbuddene.

Det blev endvidere aftalt, at regionsadministrationen undersøger hospitalernes praksis omkring gennemførelse af kognitive vurderinger af patienter, der udskrives efter behandling for erhvervet hjerneskade – herunder afdækkes praksis for videreformidling af testresultaterne til kommunerne. Sundhedskoordinationsudvalget orienteres om resultatet af undersøgelsen.

Bilagsfortegnelse:

1. Notat af 8. juni 2011 om specialeplanlægning på hjerneskaderehabiliteringsområdet
2. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade
3. Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade

SAG NR. 4**DRØFTELSE AF ERFARINGSOPSAMLING AF FOREBYGGELSESPULJEN**

SAGSFREMSTILLING

Regionens forebyggelsespulje har siden 2007 støttet tværsektorielle samarbejdsprojekter til forebyggelse og sundhedsfremme i overgangen mellem den kommunale og regionale opgavevaretagelse.

Regionsadministrationen har udarbejdet en erfaringsopsamling, der følger op på resultaterne af puljens projekter og endvidere belyser projektaktørers erfaringer med og perspektiver på puljen fra 2007 til 2012. Erfaringsopsamlingen vedlægges. Den baserer sig på en krydslæsning af projekternes egne afrapporteringer samt på kvalitative interviews med udvalgte kommunale og regionale projektaktører. Første del af rapporten giver overblik over de generelle projektresultater opdelt efter puljens emneområder. Anden del går mere i dybden med erfaringer i forhold til realiseringen af projekterne, som munder ud i en række læringspointer og anbefalinger til puljen.

Generelle resultater

Der er på tværs af projekterne opnået gode resultater, som understøtter udviklingen af samarbejdskulturen såvel som de sammenhængende patientforløb i gråzonen mellem den kommunale og regionale opgaveløsning. Af generelle resultater kan nævnes,

- at flere af indsætterne er idriftsat efter projektafslutning som følge af de gode resultater,
- at der er på tværs af projekterne er skabt ny relevant sundhedsfaglig viden og viden omkring det tværsektorielle samarbejde, som kan anvendes lokalt såvel som regionalt,
- at samarbejdet i flere tilfælde er styrket, og der er skabt tværsektorielle netværk på baggrund af projekterne, og
- at der stadig er udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, som primært koncentrerer sig om kommunikationen mellem sektorer.

Puljens værdi

Ifølge erfaringsopsamlingen er det forebyggelsespuljens styrke, at den giver mulighed for at forberede, udvikle, modne, afprøve eller implementere forebyggelsesindsatser, der afspejler lokale behov, og som senere kan idriftsættes via egne midler. På denne måde skabes der rammer for og viden omkring det forebyggende,

sundhedsfremmende og tværsektorielle samarbejde på lokalt niveau, som kan spredes i regionen.

Forebyggelsespuljen viser sig at være et godt redskab til at etablere og styrke samarbejdet over sektorgrænserne, da det giver mulighed for ejerskab på tværs og indsigt i sektorenes forskellige organisatoriske, kulturelle og økonomiske forhold. Som følge heraf forstærkes tilliden hvilket i sidste ende er afgørende for skabelsen af sammenhængende patientforløb over sektorgrænserne.

Endvidere har forebyggelsespuljeprojekterne givet læring og inspiration til andre tiltag og initiativer – herunder eksempelvis til projekter, der ansøger om støtte fra 50 mio. kr. puljen. Uanset om projekterne idriftsættes eller ej, udgør de således et væsentligt bidrag til udviklingen af den tværsektorielle sundhedsforebyggelse og samarbejdskultur.

En række kommuner har både i forbindelse med de enkelte ansøgerrunder og denne evaluering givet udtryk for, at regionsrådets krav om 50% kommunal medfinansiering er svært at opfylde, og at det administreres meget stramt.

Forebyggelsespuljen fremadrettet - anbefalinger

Forebyggelsespuljen er derfor et godt redskab til at udvikle og afprøve forskellige projekt-idéer så vel som samarbejdsformer inden for relevante emneområder, før projekterne tænkes udført eller implementeret i større skala. Erfaringsopsamlingen foreslår følgende anbefalinger til puljen fremadrettet:

Det anbefales,

- at der fortsat bevilges midler til både store og små samarbejdsprojekter, da alle kan bidrage væsentligt til forebyggelse over sektorgrænserne,
- at der fortsat bevilges midler til forskellige typer af projekter – primært udviklings-, modnings-, afprøvnings- og videnaftækningsprojekter, som kan gå forud for reelle implementeringsprojekter. Forskningsprojekter synes ikke velegnede til puljen, da de ofte er tids- og ressourcekrævende, og derfor ikke kan gennemføres indenfor de rammer, som puljen stiller til rådighed, og
- at opsamling på samt formidling af projekternes resultater styrkes med henblik på at sikre den regionale videndeling samt for at understøtte, at værdifuld erfaring ikke tabes på gulvet.

Opfølgning på Forebyggelsespuljen

Den nye viden, som Forebyggelsespuljens projekter har tilvejebragt omfatter både metodiske, samarbejdsfaglige og sundhedsfaglige erfaringer, som i mange tilfælde ikke kun er værdifulde og relevante lokalt, men i hele regionen. Den regionale videndeling og videreformidling af Forebyggelsespuljens resultater sker gennem projekternes afrapporteringer i projektkataloget og statusnotatet, der er at finde på Region Hovedstadens hjemmeside:

Herudover vil der fremover blive arrangeret en årlig temadag for puljens projektaktører, som følger op på projekternes resultater og griber fat i væsentlige læringspointer. Der afholdes en temaeftermiddag om Forebyggelsespuljen torsdag d. 4. oktober 2012 med følgende formål:

- at formidle puljens resultater, herunder Forebyggelsespuljens erfaringsopsamling samt oplæg fra udvalgte projekter fra Forebyggelsespuljen, og
- Projektværksted med fokus på udarbejdelsen af den gode projektbeskrivelse og evaluering.

Målgruppen for dagen er kommunale og regionale projektaktører på chef- og medarbejderniveau, der ønsker at arbejde med tværsektorielle samarbejdsprojekter om forebyggelse og sundhedsfremme i overgangen mellem den kommunale og regionale opgavevaretagelse.

Det indstilles,

at sundhedskoordinationsudvalget tager erfaringsopsamlingen og statusnotatet (jf. bilag 1 og 2) til efterretning.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog erfaringsopsamlingen og statusnotatet til efterretning med bemærkning om, at temadagen bør forsøges fremrykket fra oktober 2012 til september 2012.

Der var endvidere en drøftelse af, om forebyggelsespuljens formål med fordel kan justeres. Herunder blev det oplyst, at regionen vil undersøge, om der er eksisterende projekter inden for forebyggelsespuljen, der med fordel kan udvides eller forlænges.

Bilagsfortegnelse:

1. Erfaringsopsamling vedr. Forebyggelsespuljen 2007-2011
2. Statusnotat vedr. Forebyggelsespuljen 2007-2011

SAG NR. 5**SAMARBEJDE MELLEM REGION HOVEDSTADEN OG KOMMUNER
OM AKUTTELEFONEN**

SAGSFREMSTILLING

Akuttelefonen i Region Hovedstaden åbnede den 30. januar 2012. Akuttelefonen tilbyder borgeren vejledning i almindelige forholdsregler ved akutsygdom og tilskadekomst og oplyser om ventetider på regionens akutmodtagelser/-klinikker. Regionen har ansat erfarne sygeplejersker til at varetage opgaven, som derudover har taget en diplomuddannelse i kommunikation og sundhedsvæsenets opbygning.

Regionen vurderer, at borgerne har taget godt imod det nye servicetilbud, og antallet af henvendelser er mellem 3.500-4.000 opkald om ugen. I under 1 pct. af opkaldene, svarende til mellem 2 og 7 opkald pr. uge for den samlede region, har det været vurderingen, at borgerne ville kunne have haft behov for hjælp fra det kommunale område, se eksempler nedenfor.

Samarbejdet mellem regionen og kommunerne om akuttelefonen har tidligere været drøftet i den administrative styregruppe og i sundhedskoordinationsudvalget, herunder etableringen og samarbejdet om de borgere, der sandsynligvis vil have behov for kontakt til kommunen.

På møde i sundhedskoordinationsudvalget den 25. november 2011 blev det besluttet, at akuttelefonen iværksættes med en model, hvor kommunerne og deres ydelser ikke omtales overfor borgere, der ringer til akuttelefonen for at undgå forventning om kommunal indsats.

Derudover tilsluttede sundhedskoordinationsudvalget sig, at der blev nedsat en arbejdsgruppe med regionen og kommunale repræsentanter, der inddrages i udarbejdelse af beslutningsstøttesystemet for udfaldsrum for henvendelser, hvor der sandsynligvis er behov for kommunal kontakt.

Arbejdsgruppens arbejde blev behandlet på sidste møde i den administrative styregruppe, som indstiller, at sundhedskoordinationsudvalget godkender arbejdsgruppens oplæg.

Arbejdsgruppens kommissorium

Arbejdsgruppen er i henhold til kommissoriet:

- kommet med oplæg til definition af udfaldsrum i beslutningsstøtteværktøjet

for henvendelser fra borgere, der ikke vedrører regionale sundhedsfaglige ydelser, men formodes at vedrøre kommunale ydelser. Dette skal ledsages af en række konkrete eksempler. Der skal i den forbindelse tages højde for forskelligheder i kommunernes organisering, servicetilbud mv.

- kommet med konkrete forslag til, hvorledes borgerhenvendelser til akuttelefonen skal håndteres, dvs. afsluttes, når de i overensstemmelse med ovenstående.

Arbejdsgruppens kommunale repræsentanter (8 personer) blev udpeget via KKR Hovedstaden. Derudover har regionale repræsentanter fra både Akutberedskabet, Koncern Planlægning, Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstadens Psykiatri samt Koncern Praksis indgået i arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen har afholdt tre møder siden januar og har været på besøg på akuttelefonen.

Arbejdsgruppens oplæg

Arbejdsgruppen har drøftet og foreslår følgende principper for det fremtidige samarbejde om akuttelefonen mellem regionen og kommunerne:

- Akuttelefonen kan på baggrund af aftale med den enkelte kommune om kontaktinformation rådgive og oplyse borgere og pårørende om kommunale kontaktmuligheder for den pågældende problemstilling.
- I særlige alvorlige tilfælde vil akuttelefonens sundhedsfaglige medarbejder tage telefonisk kontakt til kommunen på et på forhånd aftalt akutnummer for gensidig afklaring af, hvordan borgeren i situationen hjælpes bedst mulig.
- Kontaktoplysninger for kommunerne vedrørende udvalgte borgergrupper, jf. nedenstående oversigt, opdateres løbende af kommunerne ved indberetning til regionens præhospitale virksomhed.
- Det aftales med den enkelte kommune, hvilke kontaktoplysninger til kommunen der må udleveres til borgere.

På baggrund af kommissoriet har arbejdsgruppen derudover udarbejdet forslag til udfaldsrum (rådgivning) for en række konkrete eksempler på problemstillinger for forskellige borgergrupper, der vil blive indarbejdet i beslutningsstøtteværktøjet. Eksemplerne er ikke udtømmende og vil i takt med, at erfaringerne på akuttelefonen stiger, i samarbejde mellem akuttelefonen og kommunerne kunne nuanceres og rådgivningen præciseres i forhold til dels borgeren og dels den enkelte kommune.

Begrebet ”kendt og aktiv borger” definerer arbejdsgruppen som:

Aktiv og kendt borger er en borger som i forvejen er i aktiv kontakt med kommunen og har tilknyttet kommunal sagsbehandler om pågældende problemstilling.

Borgergrupper	Eksempler på problemstilling	Akuttelefonens rådgivning i alm. dagtid	Akuttelefonens rådgivning uden for alm. dagtid
Børn og Unge	Nyfødt barn er sløvt og vil ikke tage mælk	Henvendelse til barselsambulatoriet på relevant hospital	Henvendelse til barselsgangens hotline på relevant hospital
	Barn i skolealderen taber sig og trives ikke	Henvendelse til egen læge	Afventer kontakt til egen læge

	Mor ringer med spørgsmål om prævention og seksuel opførelse for barn i 7. klasse	Henvendelse til kommunens sundhedsplejerske	Afvent kontakt til kommunens sundhedsplejerske næste dag
Ældre	I kommunen ikke-kendte borgere eller pårørende, hvor det skal afklares, om der kan være et behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp	Henvendelse til kommunens hovedtelefonnummer - alternativt visitationsenhed (v. aftale med den pågældende kommune)	Henviser til lægevagten ved sygdom
		Ved sygdom rådgives om kontakt til egen læge	Ved sygdom henvises til lægevagten
		Rådgive om kontakt til eget netværk	Henviser til eget netværk
		Oplyse om kommunens hjemmeside	Oplyse om kommunens hjemmeside
	I kommunen kendte borgere eller pårørende, hvor der umiddelbart vurderes at være behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp	Akuttefonen kontakter kommunens akutnummer	Akuttefonen kontakter kommunens akutnummer
	Borgere hjemkommet fra hospital uden nødvendig medicin	Rådgive om kontakt til egen læge	Henviser til lægevagt
Kroniker	Borgere med kronisk sygdom med behov for information om deres sygdom eller behandling	Rådgive om kontakt til egen læge og/eller kommunens hovednummer	Afvent kontakt til egen læge/kommune
		Rådgive om kontakt til patientforening	Henviser til patientforening
	I kommunen kendte demente borgere, hvor der umiddelbart	Akuttefonen kontakter kommunens akutnummer	Akuttefonen kontakter kommunens akutnummer

	vurderes at være behov for hjælp		
Misbrug og psykiatri	Borger med alkohol- og/eller stofmisbrug der ønsker afvæning	Oplyse om kommunens hovednummer alternativ misbrugsenhed (v. aftale med den pågældende kommune)	Afvent kontakt til kommunen næste dag
	Kendt borger eller dennes pårørende henvender sig med behov for psykiatrisk hjælp	Rådgive om kontakt til egen læge eller psykiatrisk akutmodtagelse afhængig af behov	Ved akut behov: Lægevagts eller psykiatrisk akutmodtagelse
		Oplyse om kommunens hovednummer alternativ visitationsenhed (v. aftale med den pågældende kommune)	Afvent kontakt til kommunen næste dag
	Borger ikke-kendt af kommunen eller dennes pårørende henvender sig med behov for psykiatrisk hjælp	Rådgive om kontakt til egen læge eller psykiatrisk akutmodtagelse afhængig af behov	Ved akut behov: Lægevagts eller psykiatrisk akutmodtagelse
	Borger ikke-kendt af kommunen eller dennes pårørende henvender sig med behov for social støtte	Oplyse om kommunens hovednummer	Afvent kontakt til kommunen næste dag

Akuttelefonens kontaktmuligheder til kommunerne aftales gennem dialog med den enkelte kommune. Såfremt det gennem dialogen besluttet, at akuttelefonen alene kan oplyse om henvendelse til kommunen via dennes hovednummer, vil dette fremgå af den konkrete aftale.

Den videre proces

Arbejdsgruppens arbejde blev behandlet på sidste møde i den administrative styregruppe.

Den administrative styregruppe indstiller,

at sundhedskoordinationsudvalget godkender arbejdsgruppens oplæg, herunder definitionen af begrebet kendt borger, og

at sundhedskoordinationsudvalget godkender, at arbejdsgruppens oplæg i lyset af det meget begrænsede antal henvendelser, der ville kunne berøre kommunerne,

ikke sendes i høring i alle kommuner, men at regionen vil tage kontakt til den enkelte kommune med henblik på at indgå aftale om kontaktmuligheder.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte arbejdsgruppens oplæg herunder definitionen af begrebet kendt borger.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte endvidere, at arbejdsgruppens oplæg, set i lyset af det meget begrænsede antal henvendelser, der ville kunne berøre kommunerne, ikke sendes i høring i alle kommuner, og at regionen tager kontakt til den enkelte kommune med henblik på at indgå aftale om kontaktmuligheder.

Sundhedskoordinationsudvalget tilkendegav, at udvalget ønsker at få en status om henvendelser til akuttelefonen primo 2013.

SAG NR. 6

FORESPØRGSEL FRA PER SEERUP KNUDSEN OM STATUS PÅ HØREOMRÅDET

SAGSFREMSTILLING

Per Seerup Knudsen har anmodet om, at sundhedskoordinationsudvalget får en status for arbejdet på høreapparatområdet i forhold til forslagene til kommunale og regionale tiltag, men også gerne på vor henvendelse til ministeriet.

Per Seerup Knudsens baggrund for forslaget er følgende:

”Baggrunden er, at sundhedskoordinationsudvalget på sit møde den 16. november 2010 behandlede Rapport om høreapparatområdet i Region Hovedstaden og henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren.

I rapporten beskrives og kortlægges høreapparatområdet nøje, ligesom de aktuelle problemstillinger oplistes. Endelig fremsætter arbejdsgruppen forslag til fremadrettede tiltag. Det er disse tiltag, som jeg, som et punkt på dagsordenen, gerne vil have en status på”.

Som svar på forespørgslen kan det oplyses:

Den daværende indenrigs- og sundhedsminister svarede i brev af 12. januar 2011 sundhedskoordinationsudvalgets formand, at der var igangsat en kulegravning af høreapparatområdet, der vil berøre mange af de samme områder, som var blevet taget op i rapporten om høreapparatområdet i hovedstadsregionen. Ministeren forventede, at resultaterne af det ministerielle kulegravningsarbejde ville foreligge inden for et par måneder.

På denne baggrund blev det administrativt besluttet at afvente rapporten, før der regionalt arbejdes videre med området.

Status på den ministerielle kulegravning er, at der foreligger et internt udkast, som der endnu ikke er taget politisk stilling til. Danske Regioner oplyser, at det forventes at ske inden sommeren 2012.

Når rapporten fra den ministerielle kulegravning foreligger og dermed de fremtidige rammer for høreområdet, vil det blive vurderet, hvordan der i hovedstadsregionen kan arbejdes videre med området.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede at udskyde behandlingen af dagsordenspunktet, idet Per Seerup Knudsen oplyste, at der samtidig med mødet i sundhedskoordinationsudvalget var åbent samrådsmøde med ministeren for sundhed og forebyggelse om høreområdet.

Punktet tages op til drøftelse, når rapporten fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om høreområdet offentliggøres.

SAG NR. 7**ORIENTERING OM MEDICINHANDLEPLAN OG STATUS FOR FMK**

SAGSFREMSTILLING**Medicinhandleplan**

På baggrund af anbefalingerne i medicinanalysen har administrationen udarbejdet en handlingsplan, der beskriver konkrete indsatser på området.

Med handlingsplanen ønskes et kvalitetsløft på alle niveauer af medicineringsprocessen gennem en styrkelse af den faglige rådgivning og hjælp til det sundhedsfaglige personale samt en forstærket indsats for rationel medicinanvendelse på tværs af sektorer og i praksissektoren.

Handlingsplanen indeholder følgende elementer

- Udvidelse af den eksisterende medicinrådgivning til at omfatte praksissektoren og på sigt også kommuner og udvalgte patientgrupper
- Styrket klinisk farmakologisk rådgivning til hospitalsafdelingerne
- Fokuseret indsats på områder, hvor der er potentiale for at øge kvaliteten gennem koordination på tværs af sektorer
- Styrket indsats i forhold til alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger. Der har ikke tidligere været indsatser i forhold til sidstnævnte gruppe.

En mere uddybende beskrivelse af handlingsplanen kan ses i bilag.

Regionsrådet har i budget 2012 afsat 3 mio. kr. årligt i to år til området. De iværksatte initiativer evalueres inden udgangen af 2013.

Status vedr. FMK

Sundhedskoordinationsudvalget har på tidligere møde drøftet status vedr. det Fælles Medicinkort (FMK).

Status for FMK i Region Hovedstaden er pt., at systemet er lukket på regionens hospitaler, og at der dermed ikke kan tilgås medicinoplysninger via FMK.

Region Hovedstadens IMT modtog den 12. april 2012 en henvendelse fra leverandøren om, at man havde fundet fire fejl i overførslen mellem FMK og EPM. På baggrund af dette vurderedes der at være risiko for pågående alvorlige patientsikkerhedsproblemer, og det blev besluttet at nedsætte et Akut Patientsikkerhedsteam (APS-team) med henblik på øjeblikkelig vurdering af og tiltag for patientsikkerheden.

Under gennemgang af berørte patientforløb samt test blev fundet yderligere tre fejl, der blev vurderet den 16. april. Med de nytilkomne fejl var der bekymring for om flere alvorlige dataoverførselsfejl ville optræde fremover. Koncerndirektionen valgte, på baggrund af anbefaling fra APS-teamet, at lukke tilgang til FMK, og systemet blev lukket den 16. april 2012 kl.16.

Lukningen medfører, at arbejdsgange i regionen ændres svarende til før indførelsen af FMK. Derudover prioriteres udvikling af en midlertidig løsning, så det er muligt at overføre lægemiddelordinationer fra EPM til epikrisen, indtil FMK åbnes igen. Løsningen forventes idriftsat i løbet af juni.

Overførslen af data til og fra FMK tages først i brug igen, når der er sikkerhed for, at data overføres korrekt. Før systemet atter tages i brug, vil der også skulle ske forbedringer af brugervenlighed, således at kvaliteten i IT-understøttelsen af medicinering i regionen sikres. Der vil blive udarbejdet forslag til handlingsplan og implementering med inddragelse af alle relevante erfaringer og kræfter, herunder yderligere inddragelse af klinikere. Plan for implementering forventes at foreligge ultimo juni 2012.

Pt. har 33 procent af regionens praktiserende læger og 22,5 procent af speciallæger installeret FMK.

Det indstilles,

at sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen om medicinhandleplanen til efterretning, og
at sundhedskoordinationsudvalget tager statusorienteringen vedr. FMK til efterretning.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen om medicinhandleplanen til efterretning, idet det blev understreget, at der er et meget stort behov for medicineråd-givning til almen praksis og kommunerne.

Sundhedskoordinationsudvalget tog statusorienteringen vedr. FMK til efterretning.

Sundhedskoordinationsudvalget tilkendegav, at udvalget ønsker at få en statusredegørelse på udvalgets beslutning fra 20. juni 2011 vedr. nedsættelse af en arbejdsgruppe vedr. håndtering af det løbende medicinsamarbejde mellem plejehjem og praktiserende læger.

Bilagsfortegnelse:

1. Medicinhandleplan

SAG NR. 8**STATUS VEDR. FORLØBSPROGRAMMERNE**

SAGSFREMSTILLING**Implementering af forløbsprogrammerne**

Kronikerprogrammet består af 18 projekter, der på forskellig vis understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne. Implementering af forløbsprogrammerne er midlet til at skabe et bedre og mere sammenhængende tilbud til patienter med kronisk sygdom. Etableringen af de tilbud (minimumsstandarder), som er beskrevet i forløbsprogrammerne, er en forudsætning for, at der skabes et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen, men ingen garanti. Det sammenhængende tilbud kræver fx, at der er vilje til og forståelse for, at der skal henvises til de etablerede tilbud.

I Region Hovedstaden er der nu udviklet og godkendt forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes, demens, hjerte-kar sygdomme og senest lænderyglidelser. Forløbsprogrammet for lænderyglidelser er ikke omfattet af den aktuelle status, da implementeringen først er ved at blive igangsat. Der skal i løbet af efteråret 2012 i regi af sundhedsaftalerne laves aftaler med kommunerne om implementeringen.

a) Status på etablering af sammenhængende rehabiliteringstilbud og antal henviste til rehabilitering ultimo 2011 (KOL, type 2 diabetes og hjerte-kar)*Overordnede konklusioner*

Der blev i januar 2012 indsamlet data vedrørende etablering af sammenhængende rehabiliteringstilbud (minimumsstandarder) beskrevet i forløbsprogrammerne samt antallet af henviste til rehabilitering i kommuner og på hospitaler. Det er kommunernes og hospitalernes egne vurderinger, som ligger til grund for besvarelsen.

De indsamlede data viser, at man er godt på vej både med etablering af tilbud og med antallet af borgere, som henvises til tilbuddene. Der er inden for KOL og type 2 diabetes rehabiliteringstilbud i de fleste kommuner og på de fleste hospitaler – om end i varierende omfang. Alle hospitaler har et sammenhængende tilbud inden for KOL. 90 pct. af kommunerne har etableret et *sammenhængende* rehabiliteringstilbud for borgere med KOL. På diabetes-området er der fortsat otte kommuner og fire hospitaler, som ikke har et sammenhængende tilbud i 2011, men der kan være tale om, at der er etableret forskellige enkeltstående tilbud. Inden for hjerteområdet

er der ni ud af elleve hospitaler, som har et sammenhængende tilbud, og tre ud af 29 kommuner.

Antallet af henviste borgere til de etablerede rehabiliteringstilbud er steget med ca. 30 pct. fra 2010 til 2011. I 2011 har knap 2.000 borgere i alt (kommune + hospital) modtaget et sammenhængende rehabiliteringstilbud, mens det tilsvarende antal inden for type 2 diabetes er knap 3.100 og 1.600 inden for hjerte-kar sygdomme. Antallet af nydiagnosticerede borgere med hhv. KOL og type 2 diabetes er ca. hhv. 14.000 og 6.000 pr. år.

Næsten alle deltagere i kommunale rehabiliteringstilbud henvises fra almen praksis. Flere borgere med KOL end med type 2 diabetes henvises fra hospitalerne til kommunal rehabilitering, men andelen er meget lille.

Etablering af tilbud og antal henviste - mere detaljeret

I bilag 1 ses en oversigt over:

- Hvor mange kommuner i de enkelte planområder, der har etableret et sammenhængende tilbud (tabel 1).
- Hvilke hospitaler, der har etableret et *sammenhængende* rehabiliteringstilbud inden for hhv. KOL, type 2 diabetes og hjerte-kar sygdomme (tabel 3).
- Antal henviste borgere med hhv. KOL, type 2 diabetes og hjerte-kar sygdomme i hhv. 2010 og 2011 opdelt på planområde (tabel 2).
- Antallet af henviste patienter til rehabilitering inden for KOL, type 2 diabetes og hjerte-kar sygdomme i 2011 fordelt på hospitaler (tabel 4).

b) Status på implementering af forløbsprogrammet for demens

Overordnet om statusundersøgelse ultimo 2011

En statusundersøgelse fra oktober 2011 ved regionens demensenheder viser, at de alle er godt i gang med at implementere og anvende forløbsprogrammets minimumsstandards (A-standards). Således gælder for majoriteten af demensenheder, at

- de foretager opfølgende/supplerende udredning af personer med mulig demenssygdom,
- der for hver patient udpeges en lægefaglig tovholder i henhold til forløbsprogram for demens, og
- at der gives information og rådgivning til patienter og pårørende.

Der er enkelte minimumsstandards, der endnu ikke er implementeret ved alle demensenheder. Det gælder:

- Stratificering af patienter, og
- Undervisningstilbud til patienter og pårørende.

Der forventes forelagt aftale om almen praksis' involvering i programmet i samarbejdsudvalget for almen praksis og i forretningsudvalget og regionsrådet for så vidt angår aftalens økonomi i løbet af juni 2012.

Danmarks første mobilapplikation inden for demens

Der er i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Demens udviklet Danmarks første mobilapplikation på demensområdet. Applikationen blev lanceret i forbindelse med Demensdagene primo maj 2012. Applikationen er et redskab til plejepersonalet, som kan understøtte, at personalet gør sig relevante observationer for at sikre en korrekt pleje og behandling. Applikationen er et gratis tilbud til alle kommuner i landet. Applikationen kan også anvendes af pårørende.

c) Klinisk kvalitetsdatabase under udvikling: Monitorering og udvikling af rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorer

Der er i Kronikerprogrammet ved at blive udviklet en tværsektoriel klinisk kvalitetsdatabase. Formålet er at dokumentere og rapportere kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis i forhold til indtil videre to kroniske sygdomme; KOL og type 2 diabetes.

Rehabiliteringen inden for KOL og type 2 diabetes består af fire elementer: Sygdomsspecifik patientuddannelse, standardiseret fysisk træning, diætvejledning og rygestop. I første fase indsamles der data om, hvorvidt disse tilbud gives til de rette borgere. På længere sigt vil databasen også måle, om indsatserne har den forventede effekt på borgernes livskvalitet og fysiske funktionsniveau.

Databasens design baserer sig i videst muligt omfang på genbrug af eksisterende data. Der suppleres kun med nye rehabiliteringsdata i det omfang, de ikke eksisterer i forvejen.

Det er forventningen, at der ved udgangen af 2012 foreligger en klinisk database, der er fuldt implementerbar i alle kommuner og hospitaler i regionen.

d) Ny portal med 30 film om at leve med en kronisk sygdom (Grib om livet)

I regi af Kronikerprogrammet har Region Hovedstaden udviklet en patientportal på adressen www.gribomlivet.dk, der består af 30 små webfilm. Filmene viser, hvordan 15 forskellige mennesker håndterer deres liv med KOL eller type 2-diabetes. Nogle af filmene er personlige fortællinger, hvor man følger en enkelt borger på arbejde eller ud i kolonihaven. Andre film er interviews, hvor der klippes mellem 5-7 forskellige borgere, der hver især fortæller, hvordan de forholder sig til sygdommen og deres arbejdsliv, familie, dårlige samvittighed, vaneændringer etc. Alle film kan ses gratis og ligger også på Youtube.com

Portalens formål

Portalen skal som en del af Kronikerprogrammet være med til at understøtte patienternes egenomsorg og skabe motivation og vise veje til at håndtere livet bedst muligt med en kronisk lidelse. Den primære målgruppe er patienter, der netop har fået konstateret KOL eller type 2 diabetes og sekundært de mange sundhedsfaglige

mmen på tværs om behandlingen af borgere med en kronisk lidelse. Patientportalen udvides i år med film om demens, lænderyglidelser og hjerte-kar sygdomme. Dette sker i tæt samarbejde med de relevante patientforeninger. Patientforeningerne har foreløbigt givet udtryk for stor tilfredshed med de færdige film inden for KOL og type 2-diabetes.

Premiere i februar 2012 i Danmark og i april 2012 i EU

Portalen blev lanceret ved formand for Patientudvalget, Flemming Pless, i februar ved en stort anlagt premiere i Cinemateket. 170 borgere, patientforeninger, ansatte i sundhedsvæsenet kom og så et udsnit af filmene. Der var stor ros til den anerkende tilgang og filmenes fokus på borgernes egne ressourcer.

Patientportalen er også blevet præsenteret på EU's ministerrådsmøde for EU's sundhedsministre i Horsens den 24. april 2012. Udbredelsen af filmene sker nu bl.a. via patientforeninger og brug af Facebook.

Det indstilles,

at sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen til efterretning med bemærkning om, at udvalget ønsker at få oplyst hvor mange hjerte-kar patienter, der burde have været henvist til rehabilitering enten i regionen eller kommunen, forudsat at alle patienter var blevet henvist til relevant tilbud i henhold til forløbsprogrammet.

Regionsadministrationen afklarer mulighederne for at levere de ønskede data.

Bilagsfortegnelse:

1. Status på implementering - en oversigt

SAG NR. 9**STATUS VEDR. KOMMUNIKATIONSÅFTALEN OG DENS IMPLEMENTERING**

SAGSFREMSTILLING

Der er som led i sundhedsaftale 2011-2014 udarbejdet en kommunikationsaftale vedr. indlæggelser og udskrivinger, der bygger på anvendelse af de fire ny Medcom-standarder for kommunikationen mellem hospitaler og kommunernes hjemmepleje. Kommunikationsaftalen skal afløse de nugældende varslingsregler.

Aftalen er blevet udarbejdet af en arbejdsgruppe under den administrative styregruppe vedr. sundhedsaftaler og har været til høring på hospitalerne, i psykiatrien og i kommunerne. Der var generel positiv tilslutning til aftalen. Aftalen er justeret ud fra de indkomne høringssvar. Den justerede kommunikationsaftale vedlægges. Høringen har endvidere givet input til arbejdet med aftalens implementering og senere evaluering samt til ønskede støtteværktøjer.

Kommunikationsaftalen blev tiltrådt af den administrative styregruppe den 11. maj 2012 som grundlag for det videre arbejde.

Kommunerne tilkendegav, at der er stor tilslutning til "aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange ved indlæggelser og udskrivinger". Kommunerne savner en implementerings- og kompetenceudviklingsplan for implementeringen af aftalen. Det blev endvidere oplyst, at forslaget til "kommunikationsaftale" har været drøftet i kommunaldirektørkredsen. Tilbage meldingen fra kommunaldirektørkredsen var, at aftalen skal tages op på KKR-møde i juni måned. Derefter udsendes aftalen til de enkelte kommuner med henblik på individuel godkendelse. Det er de kommunale medlemmers forventning, at KKR vil anbefale, at kommunerne tilslutter sig aftalen. Der planlægges efter, at der kan foreligge tilbagemeldinger fra kommunerne i august måned.

Det blev i den administrative styregruppe aftalt, at der sideløbende med kommunernes behandling af kommunikationsaftalen skal udarbejdes en detaljeret implementeringsplan med beskrivelse af opgaver og ansvarsfordeling. Der skal herunder også udarbejdes en beskrivelse af kompetenceudviklingsbehovet og det heraf afledte behov for implementeringsaktiviteter. Dette materiale tilvejebringes af arbejdsgruppen vedr. indlæggelser og udskrivinger, evt. suppleret med yderligere

ledelsesrepræsentanter og implementeringskyndige. Sagen sættes på styregruppens møde i juni 2012.

I forhold til det psykiatriske område er der store udfordringer både i forhold til de tekniske aspekter og omkring mulighederne for at indsætte relevant fagligt indhold i Medcom-standarderne. Det blev aftalt i den administrative styregruppe, at implementeringen af kommunikationsaftalen inden for psykiatrien afventer. Der vil blive udarbejdet en særskilt tidsplan for implementering af aftalen inden for psykiatrien, når implementeringsmulighederne har været drøftet på møder i de lokale samordningsudvalg for psykiatrien.

Der er ved at blive færdiggjort implementeringsplan til behandling i den administrative styregruppe den 22. juni 2012. Den detaljerede tidsplanlægning vil foregå i de enkelte planområder med de lokale tværsektorielle it-grupper, som de centrale aktører i den fælles implementering.

KONKLUSION

Orienteringen blev taget til efterretning. Københavns Kommune har særlige IT-udfordringer på området, som der tages hensyn til i den videre proces.

Bilagsfortegnelse:

1. Kommunikationsaftale vedr. indlæggelser og udskrivninger

SAG NR. 10

**ORIENTERING OM TILGÆNGELIGHEDEN I ALMEN PRAKSIS SAMT
ORIENTERING OM STATUS PÅ DEN AKUTTE SUNDHEDSBETJENING
OG KOMMUNIKATIONEN MELLEM HOSPITAL OG PRAKTISERENDE
LÆGE**

SAGSFREMSTILLING

Nina Berrig har anmodet om, at Sundhedskoordinationsudvalget orienteres om, hvordan tilgængeligheden i almen praksis løses hurtigst muligt.

Nina Berrig har endvidere anmodet om en orientering om status på den akutte sundhedsbetjening og kommunikationen mellem hospital og praktiserende læge.

Der vil blive givet en mundtlig orientering på mødet.

KONKLUSION

Nina Berrig begrundede dagsordenspunktet. Herunder orienterede Nina Berrig om, at tilgængeligheden i almen praksis har været drøftet i samarbejdsudvalget på baggrund af analyser af tilgængeligheden i rapporterne: "Telefonisk tilgængelighed i almen praksis" og "Patienters oplevelser af akutbetjeningen hos deres praktiserende læge".

Birgitte Alling Møller oplyste i forbindelse hermed, at Almen Praksis ser med alvor på problemet, og at der arbejdes med forskellige forslag og modeller, der skal sikre bedre adgangsforhold for handicappede og nemmere telefonisk kontakt til læger bl.a. via brug af akut-numre.

SAG NR. 11

EVENTUELT

Nina Thomsen ønskede til næste møde følgende emner på dagsordenen:

- Politisk midtvejskonference om sundhedsaftalerne
 - Orientering om revision af Hospitals- og psykiatriplan 2020
 - Orientering om regionens udmøntning af 50 mio. kr. pulje til udsatte grupper.
-