

Samarbejdsaftale på stomiområdet for Region Midtjylland og tilhørende kommuner

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|---|
| 1. Indledning | 1 |
| 2. Målgruppe | 2 |
| 3. Relevant lovgivning..... | 2 |
| 4. Forløbsbeskrivelse | 2 |
| 5. Kompetencer og kompetenceudvikling..... | 5 |
| 6. Økonomi..... | 5 |
| 7. Plan for implementering og evaluering af samarbejdsaftalen | 6 |

1. Indledning

Denne samarbejdsaftale beskriver forløbet og samarbejdet mellem Region Midtjylland og kommune når en borger har fået anlagt en permanent stomi på hospitalet og efterfølgende skal leve med stomi. Samarbejdsaftalen er en delaftale til Sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i, at det gode patientforløb er en fælles opgave, der kræver en fælles løsning ved en fælles indsats. En af de centrale værdier i sundhedsaftalen er, at borgeren sættes først og ikke falder mellem to stole. Hvis der opstår tvivl om, hvor ansvaret ligger, er det den part med kontakten til borgeren, der handler. Borgeren skal behandles værdigt og opleve, at kommune og region arbejder sammen som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde.

Samarbejdsaftalen på stomiområdet har til hensigt at skabe bedre kvalitet for borgere med stomi ved at optimere sammenhængende behandlingsforløb. Samarbejdsaftalen skal ud over at skabe ensartethed være med til lette overgangen mellem hospital og kommune for borgere med stomi. Samarbejdsaftalen skal derudover sikre, et velfungerende samarbejde, hvor de faglige kompetencer anvendes mest hensigtsmæssigt og skaber en effektiv udnyttelse af de samlede ressourcer til gavn for borgerne.

Der er i tillæg til samarbejdsaftalen udarbejdet fælles skemaer til ansøgning om stomiprodukter og ansøgning om ændringer af stomiprodukter, som Stomiklinikken udfylder på vegne af borgeren. Det skal gøre ansøgningsprocessen og sagsbehandlingen enklere og mere ensartet.

Baggrund for samarbejdsaftalen

Der er igangsat et fælles udbud af stomiprodukter i samarbejde mellem Region Syddanmark, Region Midtjylland og de 41 kommuner. Et tværsektorielt udbud forventes at skabe et ensartet produktudvalg til gavn for stomiopererede borgere og personale. Forventeligt vil et fælles udbud medvirke til at optimere processer og økonomi på tværs af sektorer. Udbuddet forventes offentliggjort medio 2019, og de nye aftaler forventes af træde i kraft medio 2020.

Det lægefaglige ansvar for patienten er under hele forløbet på hospitalet.

Samarbejdsaftalen er godkendt af Sundhedsstyregruppen den 27. marts 2019.

2. Målgruppe

Der findes ikke entydige officielle tal på, hvor mange stomiopererede, der er i Danmark. Tallene varierer fra ca. 10.000 til 17.000. Der er ca. 3.500 nye stomiopererede årligt, hvoraf 30 – 50 % er midlertidige stomier.

Det vurderes, at ca. 1/4 af alle stomiopererede bor i Region Midtjylland. Målgruppen for denne samarbejdsaftale er stomiopererede med varig stomi.

Mange borgere med stomi oplever det som et tabu. Stomiopererede forventer, at der er en vis gene forbundet med stomien, men de har en begrænset viden om, hvad der konkret kan forventes af gener. Derfor lever mange stomiopererede med unødige gener, der kan afhjælpes med kyndig rådgivning samt korrekt produktmatch og anvendelse.

3. Relevant lovgivning

Sundhedsloven og Serviceloven samt bekendtgørelse nr. 1247 af 13/11/2017 om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven danner ramme for denne samarbejdsaftale.

4. Forløbsbeskrivelse

1. Anlæggelse af stomi

2. Opfølgingsbesøg på Stomiklinikken (inden for 14 dage efter udskrivelse)

Efter anlæggelse af stomi gennemføres der typisk inden for 14 dage efter udskrivelsen et opfølgingsbesøg på Stomiklinikken.

3. Behovsbesøg på Stomiklinikken (typisk 2 gange inden for et halvt år)

Stomiklinikken har et bredt sortiment af stomiprodukter til afprøvning på patienterne, der i udgangspunktet er afgrænset af sortimentet i leverandøraftalen.

Stomiklinikken foretager sundhedsfaglige, konkrete og individuelle vurderinger af, hvilke stomiprodukter, der er bedst egnet til den enkelte patient inden for sortimentet i leverandøraftalen.

Efter operationen ændrer stomien sig en del, og der kan være behov for hyppige skift af stomiprodukter. Lægen og stomisygeplejersken fører kontrol med stomien i den periode, og der er et tæt samarbejde mellem borger og Stomiklinikken.

Typisk er en borger med stomi på behovsbesøg i Stomiklinikken 2 gange inden for det første halve år efter stomien er anlagt.

4. Overgangen fra behandlingsredskab til hjælpemiddel

Stomiprodukter kan både være et behandlingsredskab efter sundhedsloven og et hjælpemiddel efter de særlige bestemmelser i hjælpemiddelbekendtgørelse i henhold til serviceloven.

For at sikre et sammenhængende forløb for borger, og undgå flere ansøgninger om ændringer indenfor en kort periode efter operationen anbefales følgende:

1. At stomiprodukter betragtes som behandlingsredskaber efter sundhedsloven fra operationstidspunktet og frem til den første kontrol, da stomien ikke er stationær i starten. I den periode er Stomiklinikken ansvarlig for levering af stomiprodukter.
2. Såfremt stomisygeplejersken vurderer, at der er behov for at ændre i stomiprodukterne under 1. kontrol, så betragtes stomiprodukterne fortsat som behandlingsredskaber frem til næste kontrol.
Først når borger efter en kontrol ikke får ændret i stomiprodukterne overgår produkterne til at være hjælpemidler, og der sendes en ansøgning til kommunen.

Dette begrundes med, at stomien ikke er stationær i starten. Samtidig fører lægen og stomisygeplejersken fortsat kontrol med stomien. Stomien ændrer sig og der kan være behov for hyppige skift af stomiprodukter. I hht. Pkt. 2.1.2 i Afgrænsningscirkulæret nr. 9640 af 19. December 2012, er der således grundlag for at betragte stomiprodukter som behandlingsredskaber i perioden lige efter operationen.

5. Ansøgningsproceduren

- Stomiklinikken og kommunerne kommunikerer via korrespondancemodulet i MedCom eller sikker post, der tjekkes dagligt af kommunen.
- Stomiklinikken udfylder og ansøger om stomiprodukter på vegne af borgerne
- Ansøgningskemaet betragtes som en anmodning om støtte efter Servicelovens §112. Anmodningen indeholder sagsoplysninger og et forslag til den videre sagsbehandling i kommunerne.
 - Årsagen til anvendelse af særlige produkter begrundes
- Ansøgningskemaet sendes først til kommunen når behovet for stomiprodukter er stationært.
- Stomiklinikken medgiver borgeren nye produkter svarende til 10 hverdage.

6. Bevillingsproceduren

- De kommunale sagsbehandlere foretager en konkret og individuel vurdering på baggrund af de oplysninger, som de har modtaget fra Stomiklinikken.
- Kommunerne har 5 hverdage, eksklusiv dagen for modtagelse, til at behandle en ansøgning om stomiprodukter.
- Kommunerne oplyser borgerne om afgørelsen samt borgerens rettigheder og pligter. Dette kan gøres på forskellige vis. Nogle kommuner fremsender bevillingsbreve, andre sender informationsfoldere, nogle har elektroniske bevillinger, som borger kan tilgå via weblogin-koder og andre sender ikke bevillingsbreve, når borger får medhold i deres ansøgning.
- Kommunerne oplyser borgerne om, at bevillingen er løbende, og at der kan ske ændringer i stomiprodukterne uden at der fremsendes et nyt afgørelsesbrev.

På den måde undgås det, at de kommunale sagsbehandlere skal sende nye bevillingsbreve ved løbende ændringer.

7. Behov for hjælp/kontakt til kommunal sygeplejerske efter udskrivelse

- Hospitalet kontakter den kommunale sygeplejerske/stomisygeplejerske ved behov for besøg efter udskrivelse
- Den kommunale sygeplejerske kontakter borger.

Der er forskel på kommunerne i forhold til, hvorvidt der er ansat kommunale stomisygeplejersker, stominøglepersoner m.m. i den kommunale sygepleje, ligesom der er forskel på deres kompetencer.

8. Komplikationer samt råd og vejledning

Der kan opstå både tidlige og sene komplikationer med stomien.

Borgere med stomi kan henvende sig til den kommunale (stomi)sygeplejerske eller direkte til Stomiklinikken. Den kommunale (stomi)sygeplejerske kan henvende sig direkte til Stomiklinikken.

Borgeren kan få behov for stomirelateret rådgivning livslangt. I tabellen er skitseret, hvilke områder, det kan dreje sig om, og hvor borgeren kan/skal henvende sig og få hjælp.

| Spørgsmål | Leverandør | Stomiklinik el. andre med tilsvarende faglighed i kommunen | Myndighedsafd., Kommunen |
|---|------------|--|--|
| Stomirelateret <ul style="list-style-type: none"> ○ Lækage ○ Hudproblemer ○ Stomikomplikationer ○ Brok ved stomi Oplæring i irrigation | | X Åbent forløb, henvisning ikke nødvendig | |
| Livet med stomi <ul style="list-style-type: none"> ○ Arbejde/fritid/rejser/sexualitet/kropsopfattelse, kost/væske, etc. | | | |
| Produktspecifikt <ul style="list-style-type: none"> ○ Posestørrelser ○ Hulstørrelse, fast hul/opklipbar | X | X | (X) Hvor der er faglig kompetence til dette |
| Bevilling , §112 Serviceloven Tilføjelser/ændringer, f.eks. ændret behov, forbrug | | X (Ansøgning om bevilling) | X |

9. Almen praksis

Almen praksis bør være velorienteret omkring denne samarbejdsaftale og opgavefordelingen mellem kommune og hospital/stomiklinik. Almen praksis har en koordinerende rolle i forhold til den enkelte patient og en forpligtelse i forhold til at give patienten korrekt vejledning.

Almen praksis kan altid søge vejledning hos Stomiklinikken eller sende patienten videre til Stomiklinikken. Borgere med stomi har livslang åben adgang til Stomiklinikken.

10. Ændringer i behovet for stomiprodukter

- Borger kan henvende sig til en kommunal sygeplejerske eller til Stomiklinikken
- Stomiklinikken sender på vegne af borgeren en ansøgning til kommunen om støtte til ændring af produkter inden for bevillingen
- Stomiklinikken beskriver begrundelsen for det ændrede behov. Se ansøgningsskema om ændringer.
- Ansøgningen om ændring sendes via MedCom til den kommunale sagsbehandler
- Den kommunale sagsbehandler foretager en konkret og individuel vurdering ud fra de sagsoplysningerne og de forslag til ændringer, som Stomiklinikken har fremsendt.
- Sagsbehandleren behandler sagen og tilretter bestillingen hos leverandøren indenfor 5 hverdage
- Stomiklinikken medgiver borgeren nye produkter svarende til 10 hverdage.
- Ved behov for yderligere produkter fremsendes en ny ansøgning til kommunen, da dette er en ny bevillingssag – se sagsgangen.

11. Opfølgning og kontrol af bevillinger

Kommunerne følger op på den enkelte borgers forbrug efter behov, ligesom kommunen fører kontrol med det samlede forbrug af stomiprodukter hos kommunens borgere med stomi (ved hjælp af forbrugsstatikker udarbejdet af leverandørerne af stomiprodukter). Opfølgningen på den enkelte borgers forbrug sker med henblik på at sikre, at den enkelte borger modtager de rette produkter i den rette mængde. En borgers behov ligger muligvis først fast efter et år med stomi og kan ændre sig løbende.

5. Kompetencer og kompetenceudvikling

I tillæg til samarbejdsaftalen er der udarbejdet et koncept for kompetenceudvikling, der beskriver hvilke kompetencer, medarbejdere, der håndterer sundhedsfaglige opgaver i forbindelse med stomier, bør have. Konceptet for kompetenceudvikling er ikke en beskrivelse af status quo, men derimod en situation, der bør tilstræbes. Der igangsættes en fælles kompetenceudviklingsindsats mellem kommuner og hospitaler.

Konceptet beskriver hvilke kompetencer, der konkret bør være til stede i forbindelse med varetagelse af stomipleje. Formålet er at sikre, at de sundhedsprofessionelle som varetager stomipleje har den fornødne viden og kendskab. Det rette faglige niveau, hos medarbejderne skal sikre at stomiplejen fungerer tilfredsstillende for den enkelte borger, der har en ileo-, kolo- og/eller urostomi, så den stomiopererede så vidt muligt kan leve det ønskede liv.

6. Økonomi

Da samarbejdsaftalen skærper opgavefordelingen og sagsgange, men ikke flytter opgaver, medfører aftalen ikke merøkonomi.

Det forventes dog, at der skal afsættes ressourcer til kompetenceudviklingsindsatsen.

7. Plan for implementering og evaluering af samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen implementeres fra 1. september 2019 og evalueres efter 1. maj 2021.

Samarbejdsaftalen er forankret i hjælpemiddelgruppen. Tvivlsspørgsmål i relation til aftalen vil blive håndteret af hjælpemiddelgruppen.

Aftalen vil indgå i afklaringskataloget.

Skema til ansøgning om stomiprodukter

På vegne af nedenstående borger ansøger Stomiklinikken om, at kommunen behandler nedenstående problemstilling.

Personlige oplysninger på patienten

Navn:

Cpr. nummer:

Adresse:

Postnummer og by:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Samtykke

Patienten er indforstået med, at stomiklinikken sender en ansøgning til kommunen på vegne af patienten:

Patienten er indforstået med, at kommunen må indhente yderligere helbredsmæssige oplysninger hos andre sundhedsmyndigheder eller internt i kommunale forvaltninger, hvis det har betydning for behandlingen af ansøgningen:

Patienten ønsker ikke at give kommunen samtykke til at indhente yderligere oplysninger, og patienten er indforstået med, at ansøgningen dermed behandles på grundlag af de foreliggende oplysninger:

Oplysninger om stomien

Stomien er permanent:

Dato for operation:

Diagnose:

Type: Kolostomi, urostomi eller ileostomi:

Er der komplikationer:

Er der hudproblemer:

Er der et brok:

Andet:

Produktvalg

Patienten er informeret om følgende betingelser:

At stomiklinikken alene afprøver og anbefaler produkttyper og forbrug
At det er kommunen, der træffer afgørelse om produkttype og forbrug
At kommunen yder støtte til de bedste egnede og billigste produkter
At produkttype og forbrug vurderes løbende og tilpasses efter behov

Oplysninger om stomiposer, -plader samt tilbehør

Standardprodukter (grønne), som er afprøvet med god effekt

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Særlige produkter (røde), som er afprøvet med god effekt

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Beskriv årsagen til behovet for særlige produkter (røde):

Frit leverandørvalg

Ønsker patienten at benytte kommunes leverandør af stomiprodukter:

Er patienten indforstået med, at kommunen videresender oplysninger om produkter, navn og cpr til leverandøren

Oplysninger om Stomiklinikken

Ansøgningsdato:

Navn:

Enhed:

Mail:

Tlf. til ambulatoriet:

Tlf.-tid ambulatoriet:

Skema til ansøgning om ændring af stomiprodukter

På vegne af nedenstående borger ansøger stomiklinikken om, at kommunen behandler nedenstående problemstilling.

Personlige oplysninger på patienten

Navn:

Cpr. nummer:

Dato for opfølgning/kontrol i stomiklinikken:

Samtykke

Patienten er indforstået med, at stomiklinikken sender en ansøgning til kommunen på vegne af patienten:

Patienten er indforstået med, at kommunen må indhente yderligere helbredsmæssige oplysninger hos andre sundhedsmyndigheder eller internt i kommunale forvaltninger, hvis det har betydning for behandlingen af ansøgningen:

Patienten ønsker ikke at give kommunen samtykke til at indhente yderligere oplysninger, og patienten er indforstået med, at ansøgningen dermed behandles på grundlag af de foreliggende oplysninger:

Arsager til ændringer

Ændring af kropsform:

Hudproblemer:

Lækage:

Andet – beskriv:

Produktændringer

| | Nuværende produkt(er): | Ændres til |
|--|------------------------|------------|
| Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.: | | |
| Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.: | | |
| Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.: | | |
| Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.: | | |

Oplysninger om stomiklinikken

Ansøgningsdato:

Navn:

Enhed:

Mail:

Tlf. til ambulatoriet:

Tlf.-tid ambulatoriet:

Samarbejdsaftale
om Telemedicinsk stomibehandling
i Vestklyngen (en to-årig prøvehandling)

Et samarbejde mellem Stomiambulatoriet Hospitalsenheden Vest,
Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer Kommuner
samt patienter med stomi.

1. Aftalens parter

- Hospitalsenheden Vest, Stomiambulatoriet, Regionshospitalet Herning.
- Vestklyngens seks kommuner – Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern samt Struer
- Patienter/borgere med stomi samt deres pårørende (Se yderligere under punkt 5).

2. Indledning

Denne aftale vedrørende samarbejdet omkring telemedicinsk stomibehandling er godkendt af Implementeringsgruppen Behandling, Pleje, Træning Rehabilitering samt Klyngestyregruppen i Vestklyngen.

Samarbejdsaftalen beskriver kommunikation, dokumentation og samarbejde mellem aftalens parter med udgangspunkt i en telemedicinsk løsning til borgere med stomi.

I den telemedicinske løsning anvendes et fælles webbaseret journalsystem www.pleje.net som supplement til de anvendte elektroniske patient- og omsorgssystemer hospital og kommuner i øvrigt anvender.

Det fælles journalsystem benyttes til dokumentation og ikke mindst kommunikation for behandlere og/eller stomipatient.

Patient/ borger har mulighed for selv at kommunikere via den telemedicinske løsning med primærsektorens hjemmesygeplejerske eller med stomisygeplejersken i ambulatoriet.

3. Formål

Det overordnede formål er, at sikre at borgere som modtager telemedicinsk stomibehandling oplever velkoordinerede og sammenhængende behandlingsforløb, herunder at:

- Øge borgerens livskvalitet.
- Formalisere, tydeliggøre og ensrette samarbejdsrelationerne omkring telemedicinsk stomibehandling for herigennem at optimere udredning, pleje og behandling i samarbejdet mellem sektorerne og borgeren.
- Sikre hensigtsmæssige arbejdsgange og sikker kommunikation mellem borgere der er i telemedicinsk stomibehandling, primær sektor og stomiambulatoriet.
- Udnytte ressourcerne optimalt i såvel ambulatorier som i hjemmesygeplejen.
- Reducere de samlede omkostninger per capita.

4. Organisering

Samarbejdsaftalen er gældende for Hospitalsenheden Vest, Stomiambulatoriet samt for de seks kommuner i Vestklyngen.

De enkelte kommuner opbygger en intern organisation omkring stomibehandling og -pleje som dels sikrer den kvalitet dels den kompetenceudvikling som anses for nødvendig i egen organisation.

De alment praktiserende læger kan via Pleje.net følge oprettede patienters stomibehandling og -pleje, men almen praksis er ikke medtænkt som part i nærværende samarbejdsaftale.

4,1 Stomiambulatoriet

Stomiambulatoriet, Hospitalsenheden Vest, er et sygeplejeambulatorie som har åbent for konsultation alle hverdage efter aftale.

Alle stomiopererede med bopæl i Vestklyngens kommuner og deres pårørende kan uden lægehenvielse henvende sig telefonisk i stomiambulatoriet.

4,2 Kommunerne i Vestklyngen

De seks kommuner har etableret hjemmesygepleje med én indgang via MedCom. Det er muligt at få kontakt til hjemmesygeplejersken hele døgnet.

4,3 Patienten/borgeren med stomi

Patienter/borgere med stomi vil i den første tid efter anlæggelsen af stomi have tilknytning til stomiambulatoriet med ialt tre planlagte ambulante besøg med fast defineret undervisningsindhold.

Patienter/borgere med stomi vil i nogle tilfælde være henvist til kommunernes tilbud om hjemmesygepleje.

Oftest bliver patienten/borgeren selvhjulpne med stomi-plejen, men der kan være/opstå et behov for hjælp/svar på spørgsmål, og alle stomiopererede har mulighed for at kontakte stomiambulatoriet.

5. Henvisning til Telemedicinsk stomibehandling

I prøveperioden vil det primært være borgere med komplekse¹ stomiproblemer, hvor det sædvanlige tilbud ikke er tilstrækkeligt, som oprettes i Pleje.net, samt borgere som i det store hele er selvhjulpne, tilknyttede arbejdsmarkedet og uden kontakt til hjemmesygeplejen.

Patienter som oprettes i pleje.net med henblik på telemedicinsk kommunikation om stomi-behandlingen skal give mundtligt samtykke til, at der må overføres oplysninger mellem behandlere i stomiambulatorie og kommunen.

6. Visitation til kommunerne

Borgere, som har behov for hjælp til pleje og behandling af stomien fra hjemmesygeplejersken, skal visiteres til dette via den kommunale myndighed/hjemmesygepleje.

Dette kan ske via en kontakt fra stomisygeplejersken enten via korrespondancebrev, under indlæggelse via plejeforløbsplan eller via telefonisk henvendelse.

Aftalerne omkring MedCom-samarbejdet er retningsgivende for kommunikationen.

7. Oprettelse i pleje.net

Det vil som oftest være stomisygeplejersken i ambulatoriet, som opretter nye stomipatienter i pleje.net.

Patienter i stomi-ambulatoriet som vurderes at kunne få behov for telemedicinsk stomi-behandling oprettes i tilknytning til besøget i ambulatoriet.

¹ Komplekse patientforløb forstår vi i denne sammenhæng som forløb der afviger fra standardprogrammet.

Hjemmesygeplejersken som møder en tidligere stomi-opereret som efter en selvhjulpen periode får behov for hjemmesygeplejens hjælp kan oprette borgeren i pleje.net.

Patienterne kan, når de er oprettede i pleje.net, via Nem-ID logge sig på pleje.net og egen journal (sårjournal), og her igennem kommunikere med stomisygeplejersken.

8. Kommunikation i samarbejdet

Patientens besøg i ambulatoriet vil blive dokumenteret som vanlig i EPJ, derudover suppleres (for patienter oprettet i Pleje.net og aktive i dette) med et billede samt et kort notat i pleje.net med henblik på let adgang til opdateret information for alle involverede parter i patientens stomibehandling.

Efter et besøg i ambulatoriet vil stomi-sygeplejersken sende en elektronisk korrespondance-meddelelse til hjemmesygeplejersken, hvis denne er involveret i patientens stomi-behandling. Ved telemedicinsk kontakt mellem borger og stomisygeplejerske vil der ligeledes kunne sendes korrespondance til en evt involveret hjemmesygeplejerske.

Sygeplejerskerne i stomi-ambulatoriet læser meddelelser på pleje.net på alle hverdage. Er der spørgsmål eller problemstillinger vil stomisygeplejersken besvare disse indenfor 24 timer på hverdage. Ved sygdom kan det blive en sekretær som besvarer meddelelsen med besked om, at en sygeplejerske vil svare på spørgsmål hurtigst muligt.

Den kommunale hjemmesygeplejerske checker henvendelser på pleje.net på aktive borgere med stomi en gang i døgnet på hverdage.

Kommunikationen i Pleje.net tager udgangspunkt i de sygeplejefaglige overvejelser fra Tjeklisten, udarbejdet i samarbejde mellem Stomiambulatoriet og de seks kommuners hjemmesygepleje. [Tjekliste ved stomirelaterede problemer](#)

Ved akutte tilfælde må parterne tage telefonisk kontakt.

9. Stomi-ambulatoriets opgaver og ansvar

- Oprette nye stomi-patienter i pleje.net når disse skønnes at have behov for telemedicinsk forløb.
- Checker pleje.net en gang dagligt på hverdage.
- Booker patienten til telemedicinsk konsultation efter aftale med patienten samt evt hjemmesygeplejersken.
- Efter et ambulans besøg dokumentere i EPJ samt tage billede og skrive en kort beskrivelse ind i pleje.net
- Dokumentere i pleje.net hvilken bandage der er forsøgt anvendt.
- Hvis patienten er selvhjulpen slettes kommunen i Pleje.net
- Patienter som ikke længere har kontakt til stomiambulatoriet registreres som inaktive i Pleje.net – med mulighed for at aktivere dem igen ved behov.
- Ved behov "aktiveres" fx hudklinikken AUH, ved fælles patient-forløb.

10. Hjemmesygeplejersken opgaver og ansvar

- Behandlingen og plejen af stomien dokumenteres i omsorgssystemet og der dokumenteres efter behov i pleje.net med billede og notat.
- I omsorgssystemet noteres hyppigheden for opdatering i pleje.net
- Checker pleje.net for nye henvendelser én gang dagligt på hverdage.

11. Stomipatientens opgaver og ansvar

- Stomi-patienten som ikke har kontakt til hjemmesygeplejersken, men ønsker telemedicinsk kontakt til stomiambulatoriet kommunikerer med stomisygeplejersken via Pleje.net
- Stomipatienten lægger billeder og meddelelser/spørgsmål ind på Pleje.net og kan efter ca 24 timer forvente et svar fra stomisygeplejersken.
- Stomipatienten aftaler med ambulatoriet hvornår næste kontakt skal være, samt om der er behov for fysisk besøg i stomiambulatoriet.

12. Samarbejdsaftalens ikrafttræden

Aftalen vil på baggrund af Klyngestyregruppens accept træde i kraft pr 1. februar 2017.

Aftalen skal evalueres med henblik på evt. drift efter 2 år – det vil sige på Klyngestyregruppemøde i januar 2019. Hvorefter der tages stilling til, om prøvehandlingen skal ændres til drift.

De involverede parter kan skriftligt opsige aftalen med 3 måneders varsel i forbindelse med et klyngestyregruppemøde.

13. Evaluering

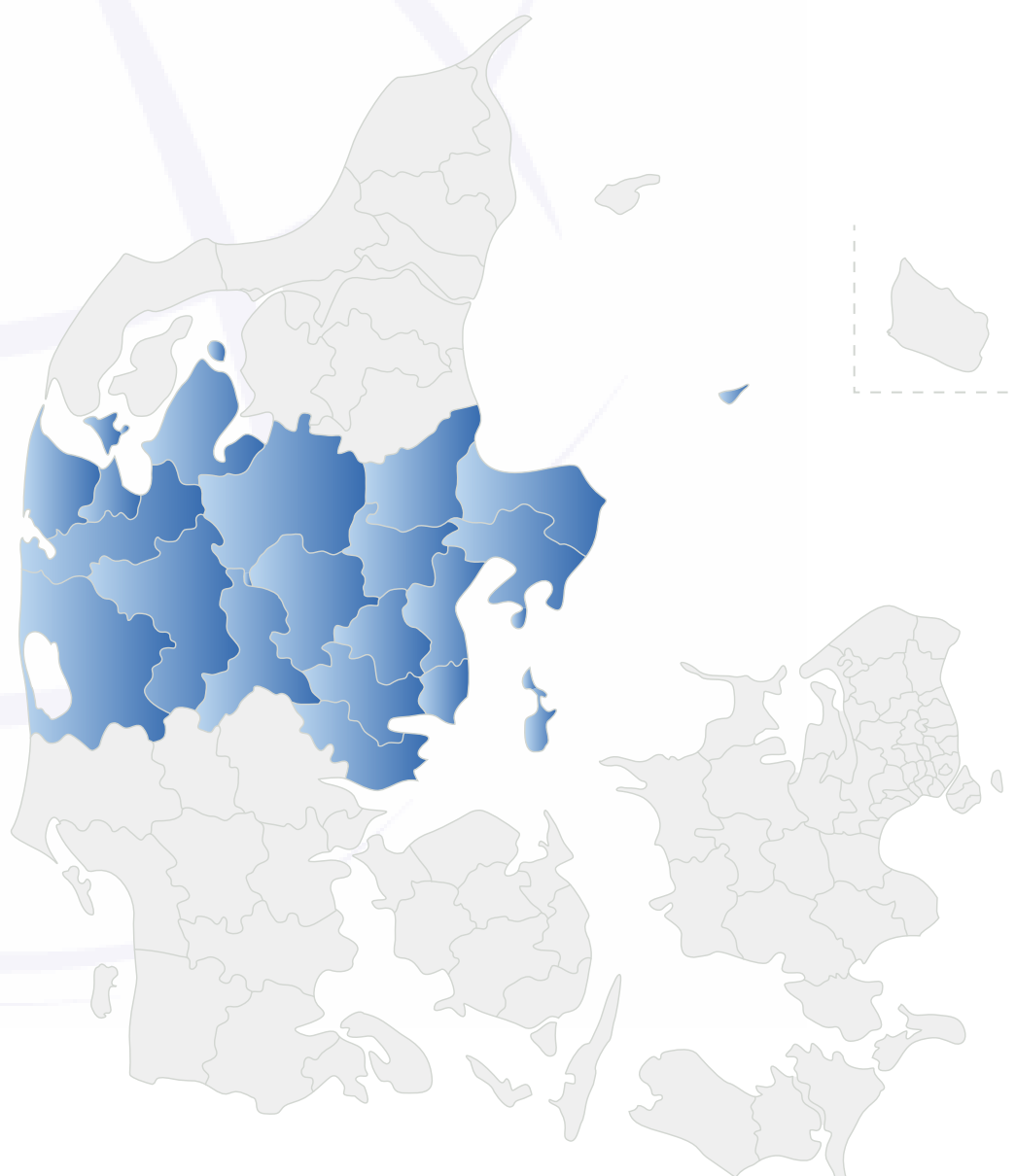
Evalueringsprocessen vil tage udgangspunkt i formålet med implementering af Telemedicinsk stomibehandling og basere sig på Triple Aim-modellen. Baseline er beskrevet i rapporten Telemedicinsk stomibehandling.

I prøveperioden vil tilbuddet blive fulgt i forhold til dels arbejdsgange, patient-tilfredshed, økonomi samt sundhedsfaglig kvalitet. I evalueringen vil gruppen i øvrigt vurdere om:

- Der fortsat er behov for at checke Pleje.net x 1/døgn
- Hjemmesygeplejersken skal oprette nye borgere med stomi i pleje.net
- Aftalerne vedr. kommunikationen mellem stomiambulatoriet og hjemmesygeplejerskerne er fyldsetgørende beskrevet.
- Tidsforbruget v. dagligt check i Pleje.net

Rygestopaktiviteter i Region Midt

Aktiviteter afholdt i første halvår 2019



Clinical Health Promotion Centre

Clinical Health Promotion Centre på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital arbejder nationalt og internationalt for at opnå en bedre sundhedstilstand for patienter, sundhedspersonale og borgere.

For at nå dette mål løfter vi klinisk sundhedsfremme op på den evidensbaserede platform, understøtter implementering samt udveksler viden og erfaringer nationalt og internationalt.

Vi udfører klinisk forskning på højeste evidensniveau og samarbejder med forskere, hospitaler og andre sundhedsinstitutioner overalt i verden. Vi afholder en bred vifte af universitetskurser, internationale skoler, såvel som mange andre undervisningsaktiviteter.

Derudover driver vi Rygestopbasen, det internationale HPH Netværk (Health Promoting Hospitals and Health Services), det videnskabelige tidsskrift Clinical Health Promotion - Research and Best Practice og det videnskabelige selskab Clinical Health Promotion Society. Forskningen bliver udført i vores WHO-Collaborating Centre.

Rygestopaktiviteter i Region Midtjylland. Aktiviteter afholdt i første halvår 2019

Copyright © Clinical Health Promotion Centre, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2019

Udgivet 30.06.2019

Forfattere: Mette Rasmussen, Anne Sode Grønbæk og Hanne Tønnesen.

Rygestopbasen
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57
Hovedvejen, Byg. 14, Indgang 5, 2. sal
2000 Frederiksberg

E-mail: rygestopbasen.bispebjerg-frederiksberg-hospitaler@regionh.dk
Tlf.: +45 3816 3853

Hjemmeside: www.rygestopbasen.dk
DOI: ???

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Forord | 5 |
| 1. Datagrundlag | 6 |
| 2. Resultater i absolutte tal | 7 |
| 2.1) Alle deltagere | 8 |
| 2.2) Deltagere der har gennemført | 13 |
| 2.3) Deltagere der er kontinuerligt røgfri efter 6 måneder | 18 |
| 3. Resultater i forhold til kvalitetsmål | 23 |
| 3.1 Indikatorer og kvalitetsmål | 23 |
| 3.2 Indikator 1: Gennemført rygestopkursus | 25 |
| 3.3 Indikator 2: Røgfri ved kursets afslutning | 26 |
| 3.4 Indikator 3: Opfølgingsrate | 27 |
| 3.5 Indikator 4: Røgfri efter 6 måneder | 28 |
| 3.6 Indikator 5: Tilfredshed | 29 |
| 4. Referencer | 31 |

Forord

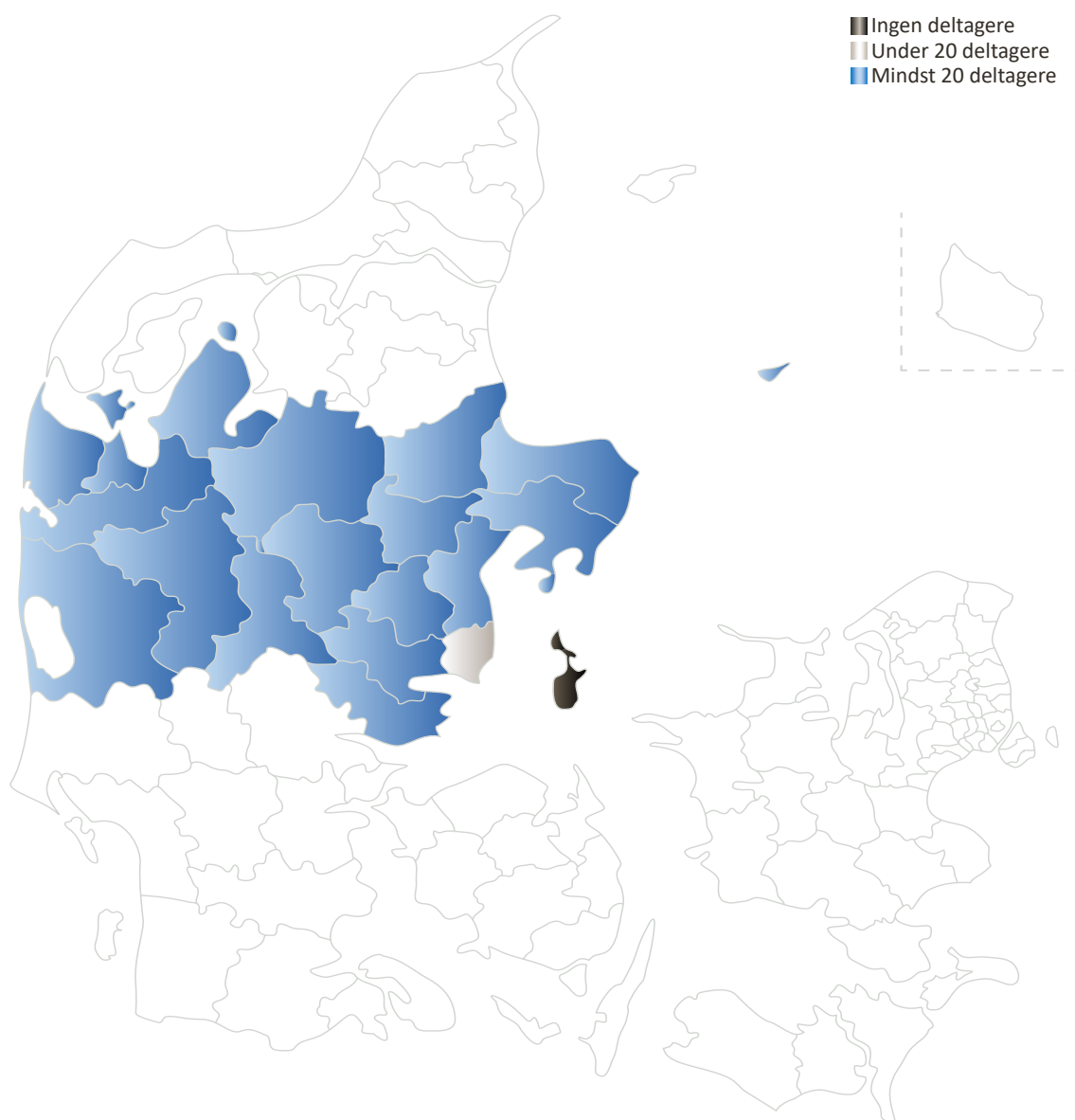
Evt. et lille forord om projektet og rapporten (baseret på de papirer vi har modtaget fra Region Midt)

1. Datagrundlag

Denne rapport er baseret på x.xxx rygere der har deltaget i et rygestopforløb i Region Midt i perioden 1. januar 2019 - 30. juni 2019.

Data til rapporten er trukket i uge xx, 20xx. Kun kurser og deltagere der er indrapporteret på dette tidspunkt, indgår i rapporten.

Tidsinddelingerne i rapporten er baseret på det tidspunkt, deltagerne har påbegyndt deres rygestopkursus. Data bliver afrapporteret i de enheder, som kommunerne har indrapporteret under.



Kommentar: Kortet viser hvilke kommuner i Region Midt der har leveret data fra én eller flere offentlige rygestopudbydere i rapportperioden.

Sorte kommuner har ikke leveret data til Rygestopbasen. Hvide kommuner har leveret data fra mindre end 20 deltagere, mens blå kommuner har leveret data fra mindst 20 deltagere.

2. Resultater i absolutte tal

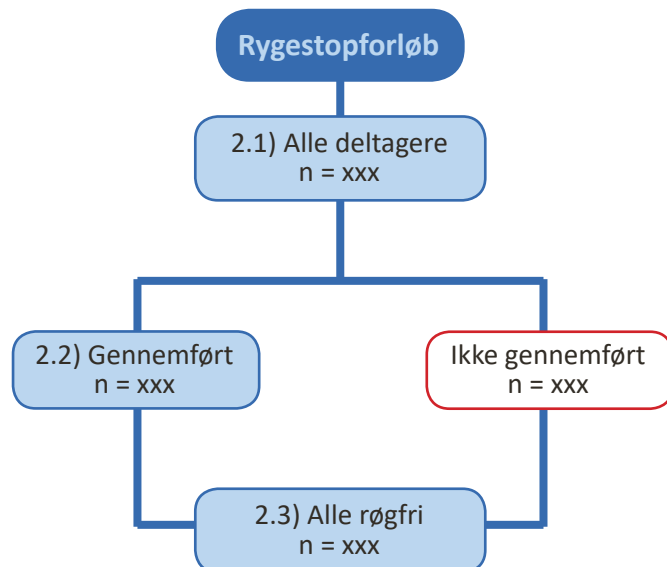
Resultatet af et rygestopforløb påvirkes af mange kendte faktorer, såkaldte prognostiske faktorer.

I resultatafsnittet er der hovedsageligt anvendt diagrammer til at vise antal, frekvenser og fordelinger af de prognostiske faktorer. Resultaterne i dette kapitel er anført som absolutte tal.

OPGØRELSE AF ABSOLUTE TAL I resultatafsnittet bliver data afrapporteret i tre afsnit:

- 2.1) Alle deltagere
- 2.2) Deltagere der har gennemført
- 2.3) Deltagere der var kontinuert røgfri efter 6 måneder

Flowchartet nedenfor illustrerer sammenhængen mellem de tre grupper af deltagere.



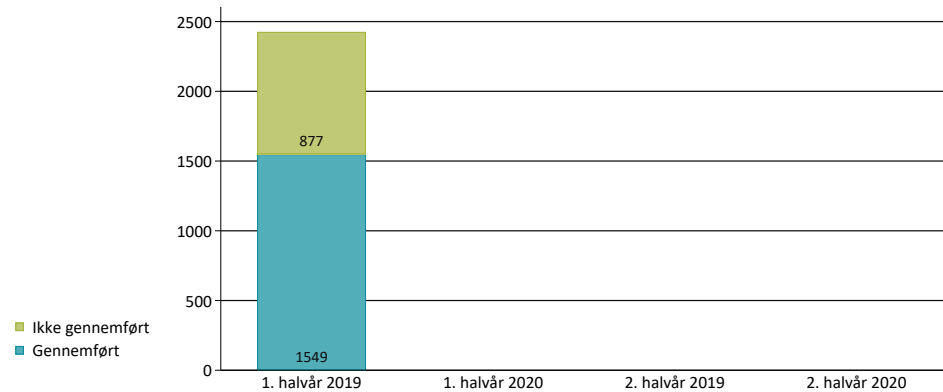
2.1) RESULTATER FOR ALLE DELTAGERE

I dette afsnit afrapporteres data fra alle de rygere, der har pågyndt et rygestopforløb, registreret i Rygestopbasen.

BESKRIVELSE AF KURSERNE

2.1.1

GENNEMFØRELSE

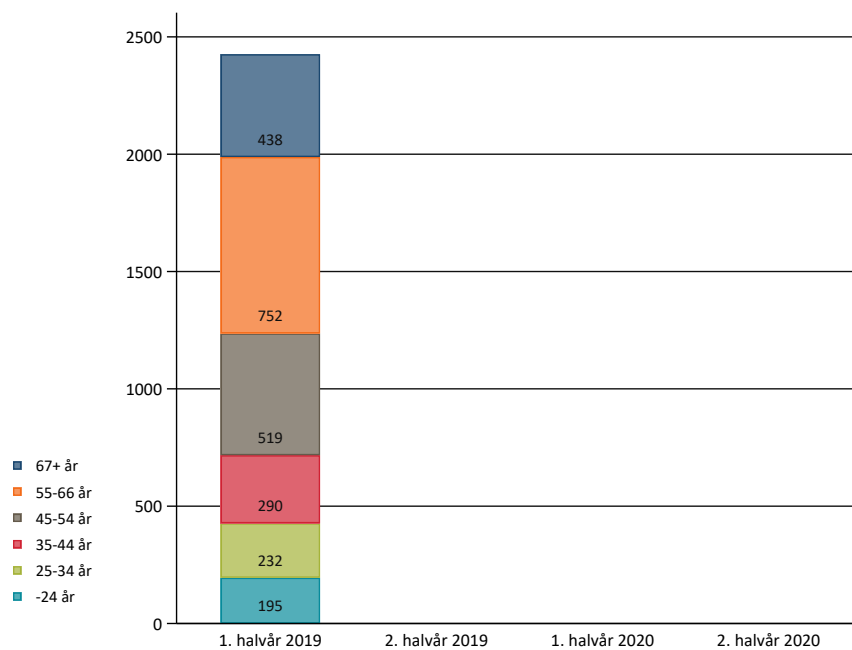


Deltagere fordelt på gennemførelse af rygestopkursus.

Kommentar: xxx.

En deltager har gennemført et standardforløb, når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursets mødegange svarende til 4 ud af 5 møder eller 5 ud af 6 møder på et GSP forløb. For at gennemføre et Kom & Kvit-forløb eller et Xhale-forløb skal en deltager være til stede ved minimum 4 møder.

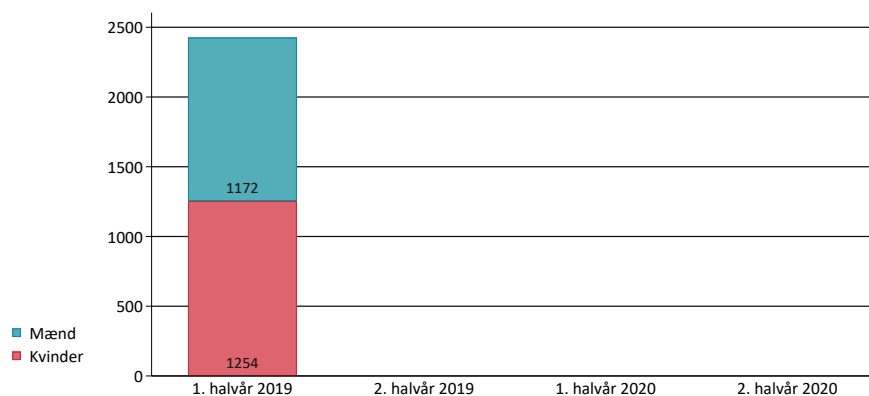
2.1.2 ALDER



Deltagernes alder ved rygestopforløbets start.

Kommentar: xxx.

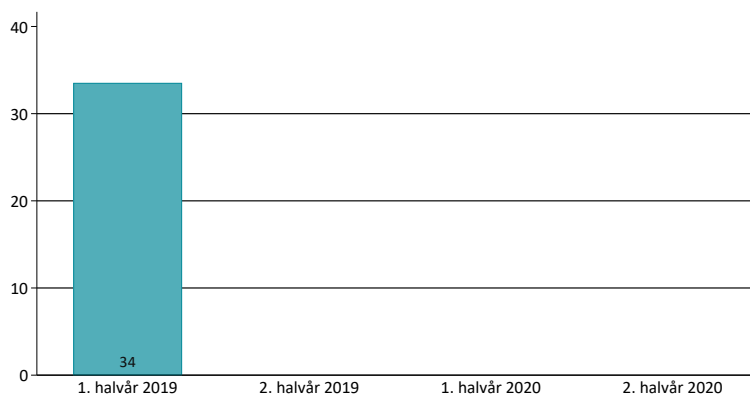
2.1.3 KØN



Deltagere fordelt på køn.

Kommentar: xxx.

2.1.4 PAKKEÅR

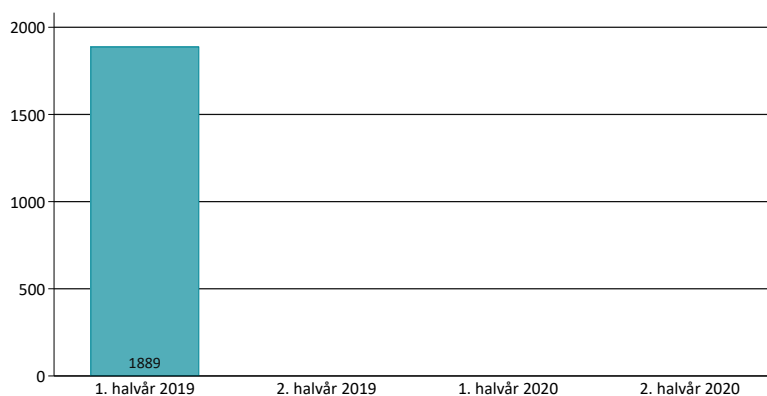


Deltagernes gennemsnitlige antal pakkeår.

Kommentar: xxx

Pakkeår viser deltagernes samlede rygning, indtil de begynder rygestopkurset. Det er beregnet på baggrund af, hvor mange cigaretter en deltager ryger dagligt og antal rygeår. Et pakkeår svarer til at ryge 20 cigaretter dagligt i ét år. Har en deltager fx røget 20 cigaretter dagligt i ét år, svarer det til 2 pakkeår.

2.1.5 STORRYGERE

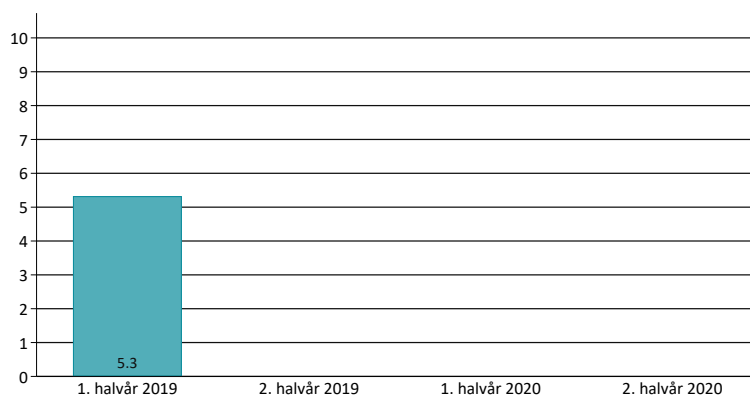


Deltagere, der er storrygere.

Kommentar: xxx.

Storrygere er her defineret som deltagere, der ryger mindst 15 gram tobak dagligt.

2.1.6 NIKOTINAFHÆNGIGHED (FAGERSTRÖMS SCORE)



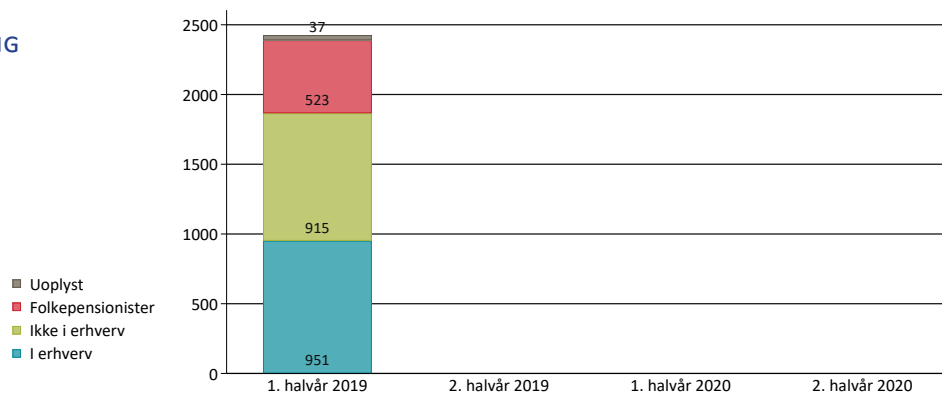
Deltagernes gennemsnitlige nikotinafhængighed.

Kommentar: xxx.

Fagerströms score er et udtryk for nikotinafhængighed bedømt på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen nikotinafhængighed, og 10 er meget høj nikotinafhængighed.

2.1.7

ERHVERVSMÆSSIG TILKNYTNING



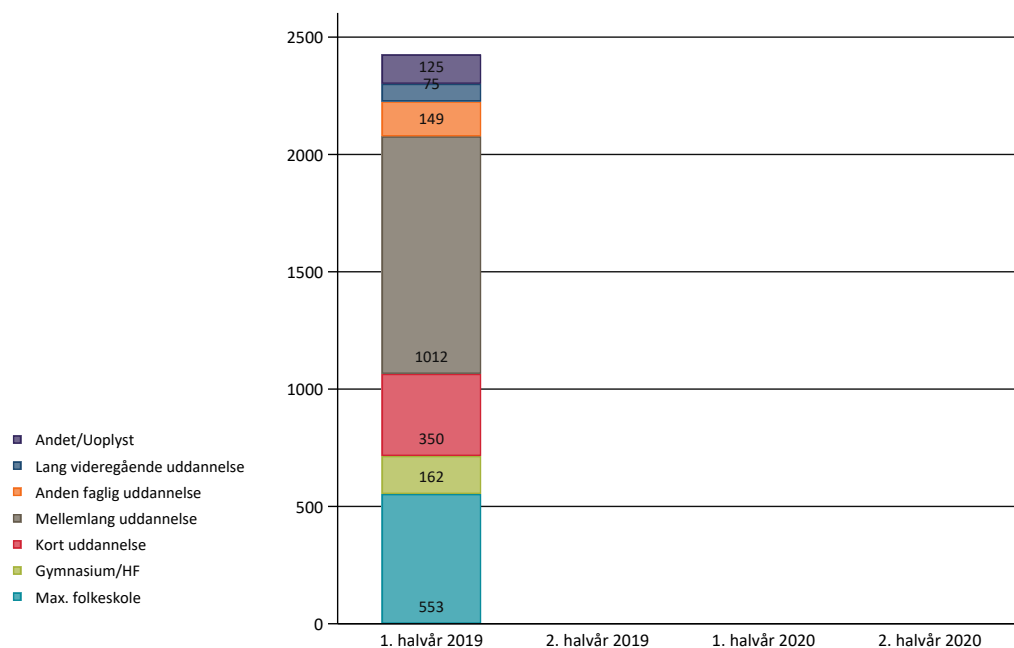
Deltagere fordelt på erhvervsmæssig tilknytning.

Kommentar: xxx

Yderligere definition af "I erhverv" og "Ikke i erhverv" xxx (skal afklares med Region Midt)

2.1.8

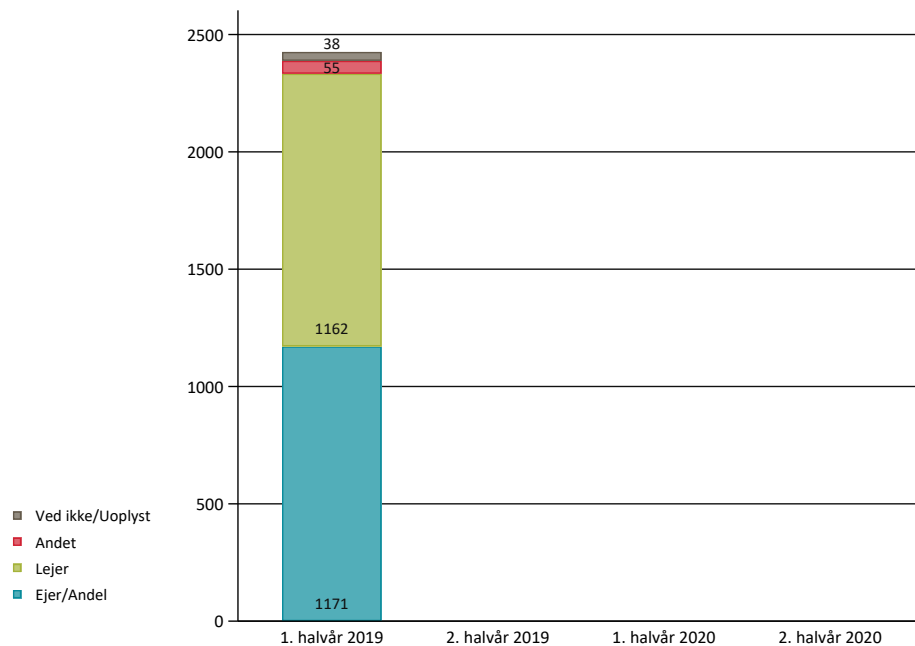
HØJEST FULDFØRTE UDDANNELSE



Deltagere fordelt på højeste fuldførte uddannelse.

Kommentar: xxx.

2.1.9 BOLIGFORM

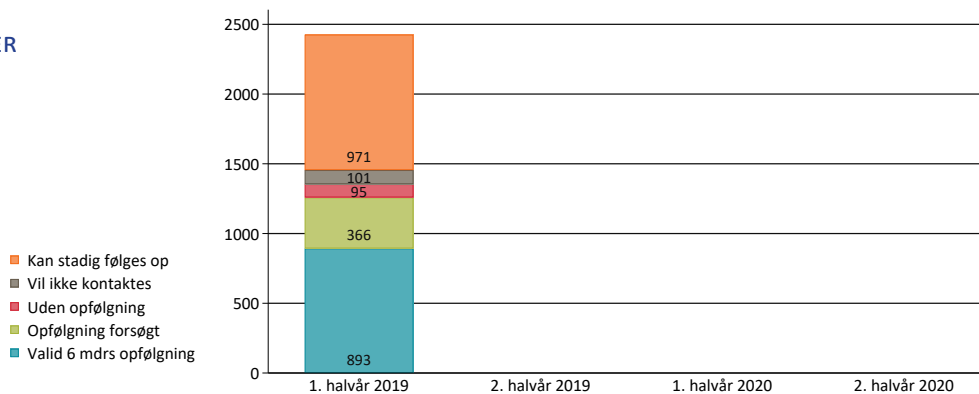


Deltagere fordelt på boligform.

Kommentar: xxx.

BESKRIVELSE AF OPFØLGNINGEN

2.1.10 OPFØLGNINGSSTATUS EFTER 6 MÅNEDER



Opfølgningsstatus efter 6 mdr.

Kommentar: xxx.

Opfølgning forsøgt betyder, at skemaet "Årsag til manglende opfølgning af deltagere i rygestopaktiviteter" er udfyldt.

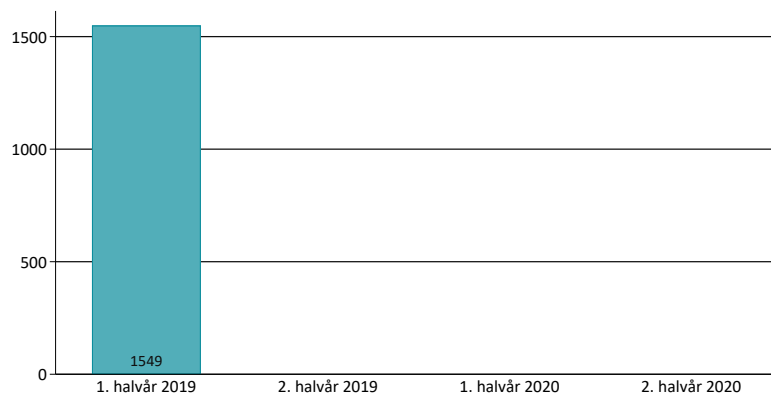
2.2) RESULTATER FOR DELTAGERE DER HAR GENNEMFØRT

I dette afsnit afrapporteres data fra alle de rygere, der har gennemført et rygestopforløb, registreret i Rygestopbasen.

BESKRIVELSE AF KURSERNE

2.2.1

GENNEMFØRELSE

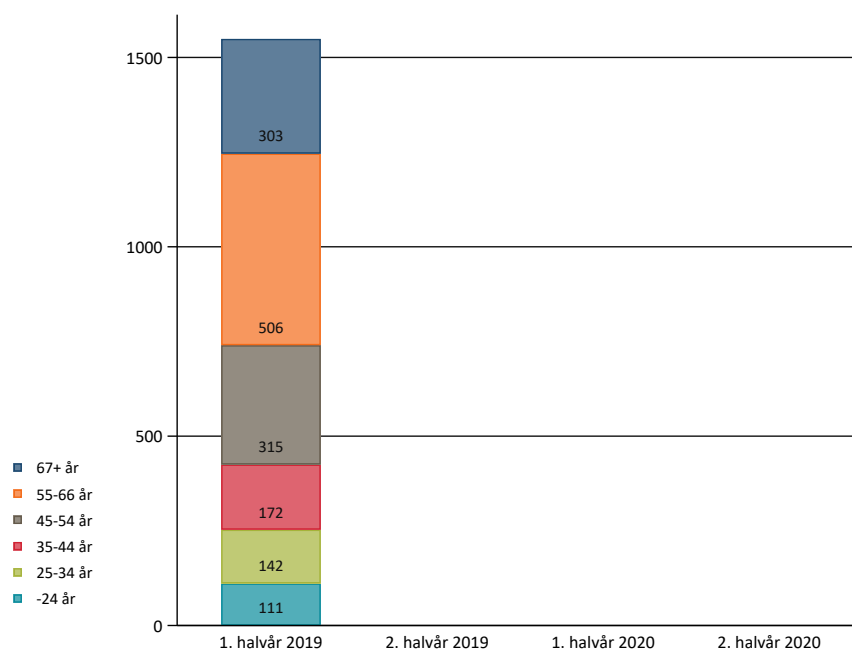


Deltagere fordelt på gennemførelse af rygestopkursus.

Kommentar: xxx.

En deltager har gennemført et standardforløb, når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursets mødegange svarende til 4 ud af 5 møder eller 5 ud af 6 møder på et GSP forløb. For at gennemføre et Kom & Kvit-forløb eller et Xhale-forløb skal en deltager være til stede ved minimum 4 møder.

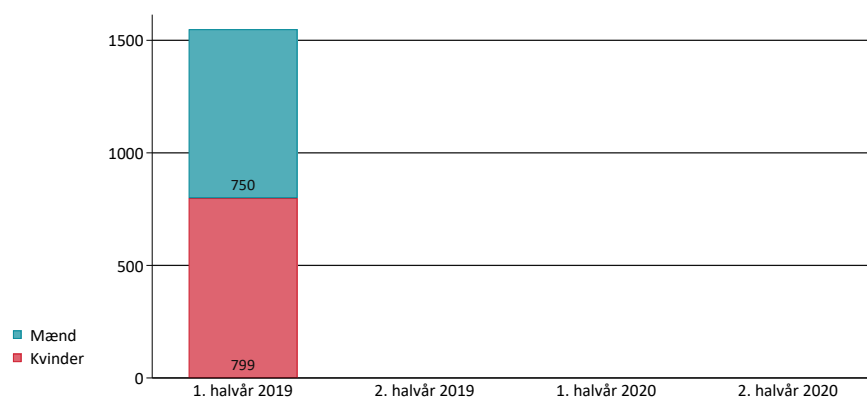
2.2.2
ALDER



Deltagernes alder ved rygestopforløbets start.

Kommentar: xxx.

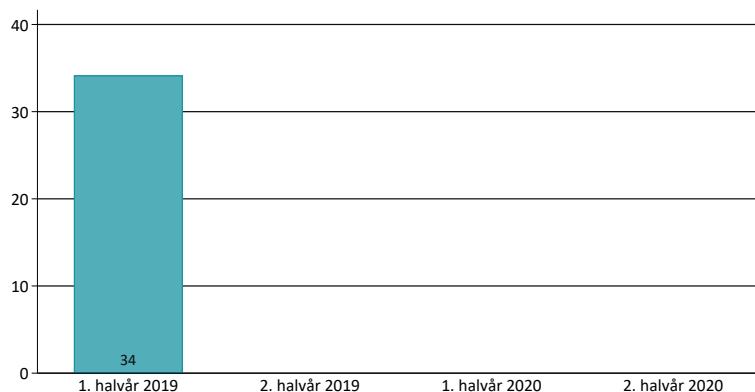
2.2.3
KØN



Deltagere fordelt på køn.

Kommentar: xxx.

2.2.4 PAKKEÅR

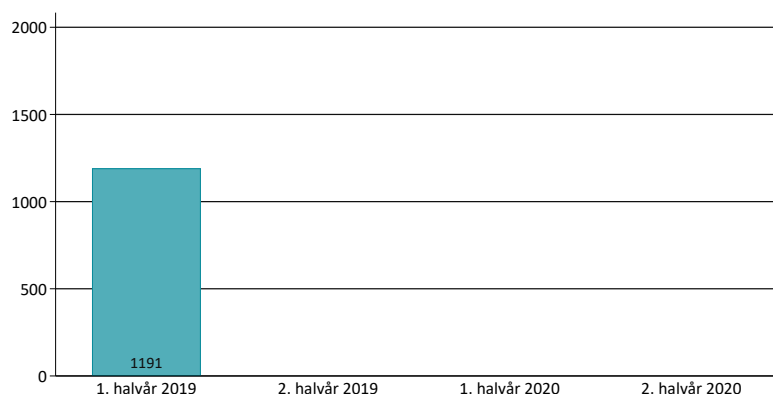


Deltagernes gennemsnitlige antal pakkeår.

Kommentar: xxx.

Pakkeår viser deltagernes samlede rygning, indtil de begynder rygestopkurset. Det er beregnet på baggrund af, hvor mange cigaretter en deltager ryger dagligt og antal rygeår. Et pakkeår svarer til at ryge 20 cigaretter dagligt i ét år. Har en deltager fx røget 20 cigaretter dagligt i ét år, svarer det til 2 pakkeår.

2.2.5 STORRYGERE

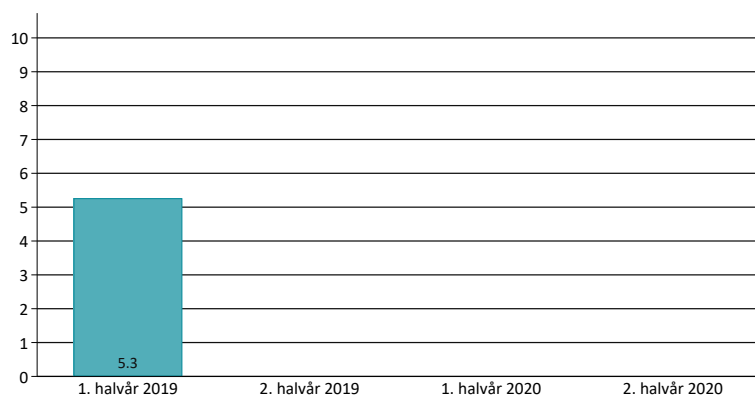


Deltagere, der er storrygere.

Kommentar: xxx.

Storrrygere er her defineret som deltagere, der ryger mindst 15 gram tobak dagligt.

2.2.6 NIKOTINAFHÆNGIGHED (FAGERSTRÖMS SCORE)



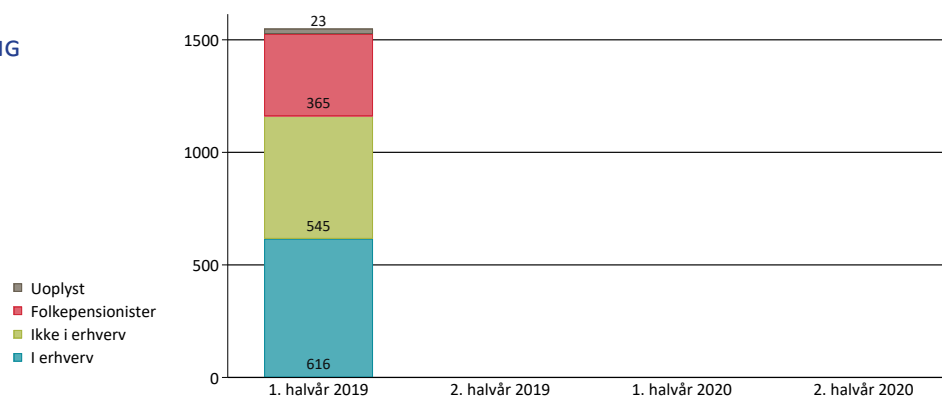
Deltagernes gennemsnitlige nikotinafhængighed.

Kommentar: xxx.

Fagerströms score er et udtryk for nikotinafhængighed bedømt på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen nikotinafhængighed, og 10 er meget høj nikotinafhængighed.

2.2.7

ERHVERVSMÆSSIG TILKNYTNING

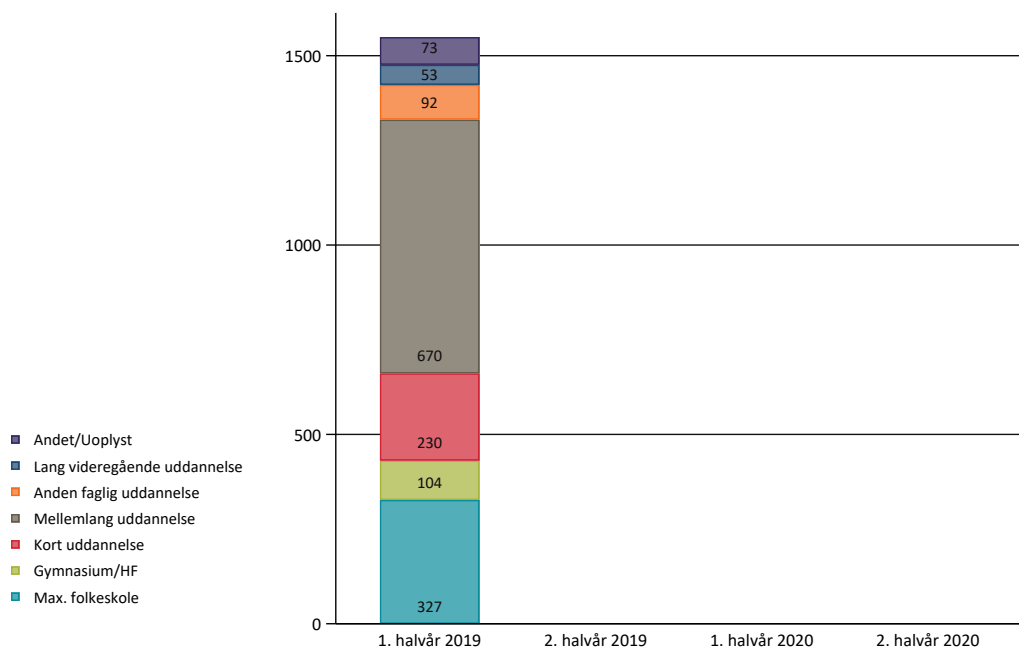


Deltagere fordelt på erhvervmæssig tilknytning.

Kommentar: xxx.

2.2.8

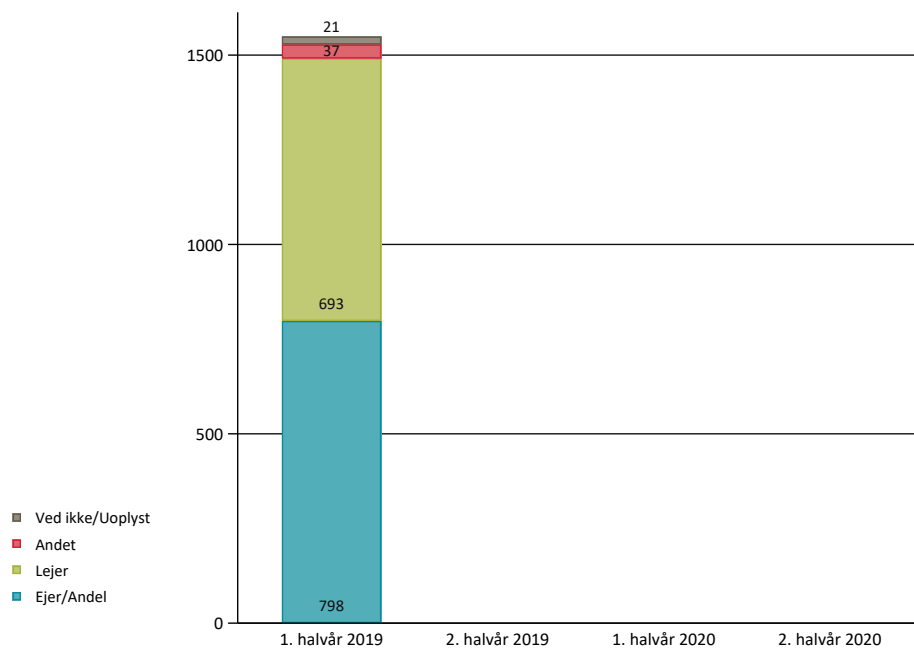
HØJEST FULDFØRTE UDDANNELSE



Deltagere fordelt på boligform.

Kommentar: xxx.

2.2.9 BOLIGFORM

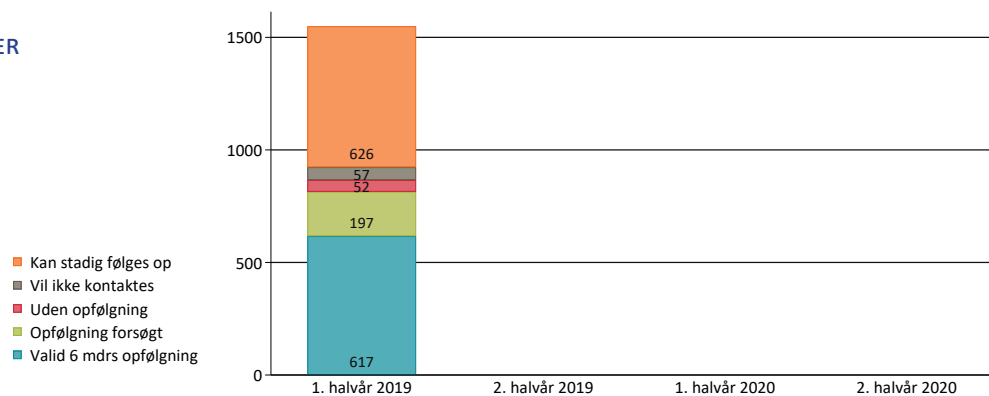


Deltagere fordelt på boligform.

Kommentar: xxx.

BESKRIVELSE AF OPFØLGNINGEN

2.2.10 OPFØLGNINGSSTATUS EFTER 6 MÅNEDER



Opfølgningsstatus efter 6 mdr.

Kommentar: xxx. *Opfølgning forsøgt betyder, at skemaet "Årsag til manglende opfølgning af deltagere i rygestopaktiviteter" er udfyldt.*

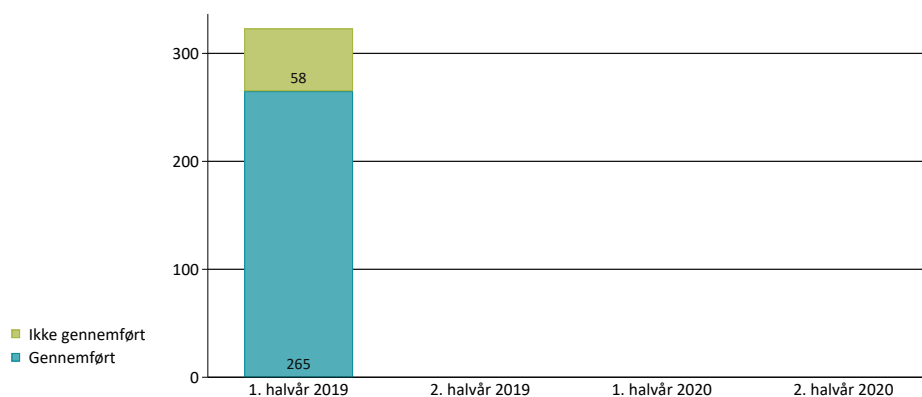
2.3) RESULTATER FOR DELTAGERE DER ER KONTINUERT RØGFRI EFTER 6 MÅNEDER

I dette afsnit afreporteres data fra alle de rygere, der var fortsat røgfri 6 måneder efter et rygestopforløb, registreret i Rygestopbasen.

BESKRIVELSE AF KURSERNE

2.3.1

GENNEMFØRELSE

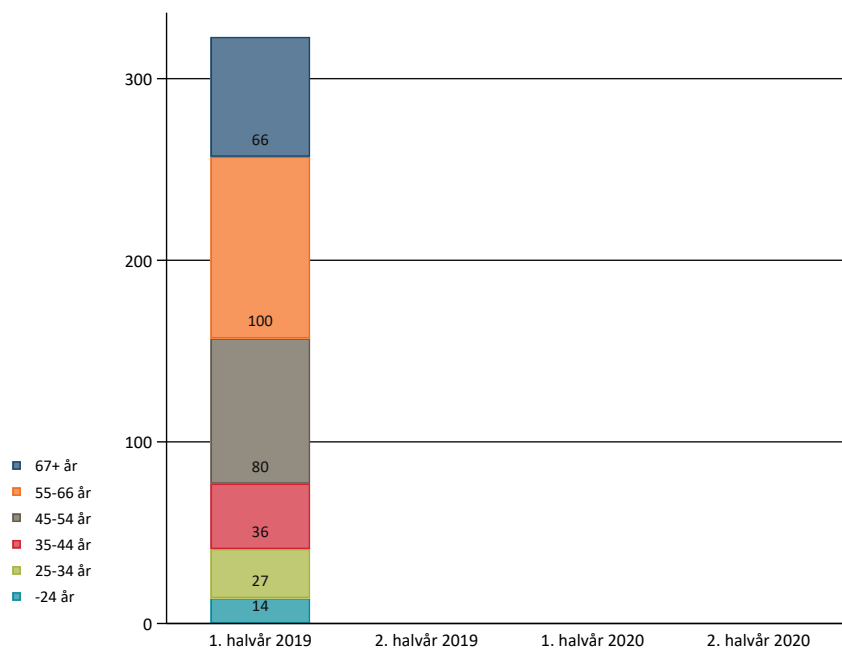


Deltagere fordelt på gennemførelse af rygestopkursus.

Kommentar: xxx.

En deltager har gennemført et standardforløb, når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursets mødegange svarende til 4 ud af 5 møder eller 5 ud af 6 møder på et GSP forløb. For at gennemføre et Kom & Kvit-forløb eller et Xhale-forløb skal en deltager være til stede ved minimum 4 møder.

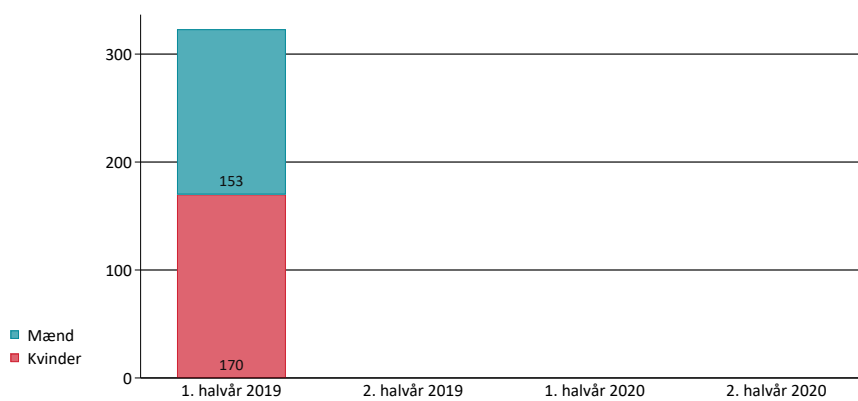
2.3.2 ALDER



Deltagernes alder ved rygestopforløbets start.

Kommentar: xxx.

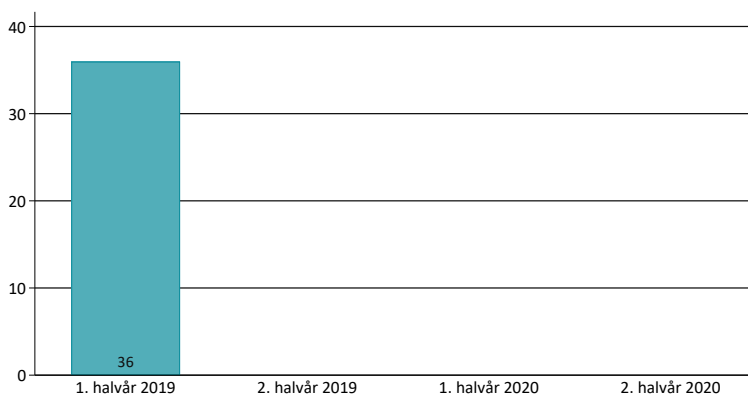
2.3.3 KØN



Deltagere fordelt på køn.

Kommentar: xxx.

2.3.4 PAKKEÅR

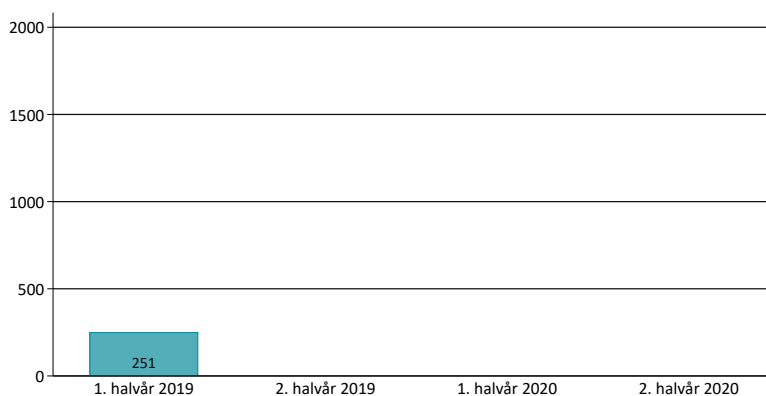


Deltagernes gennemsnitlige antal pakkeår.

Kommentar: xxx.

Pakkeår viser deltagernes samlede rygning, indtil de begynder rygestopkurset. Det er beregnet på baggrund af, hvor mange cigaretter en deltager ryger dagligt og antal rygeår. Et pakkeår svarer til at ryge 20 cigaretter dagligt i ét år. Har en deltager fx røget 20 cigaretter dagligt i ét år, svarer det til 2 pakkeår.

2.3.5 STORRYGERE

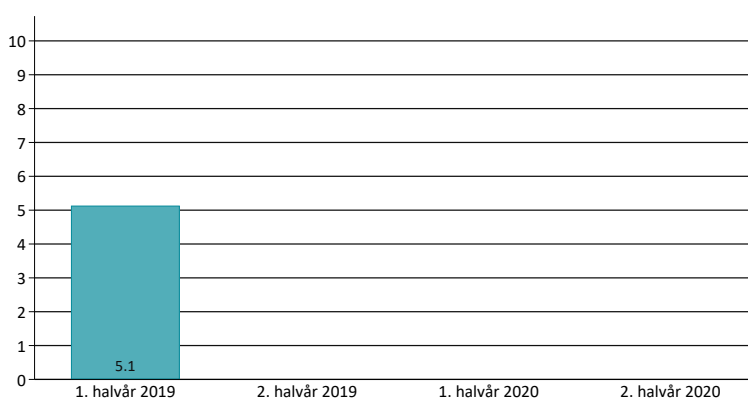


Deltagere, der er storrygere.

Kommentar: xxx.

Storrygere er her defineret som deltagere, der ryger mindst 15 gram tobak dagligt.

2.1.6 NIKOTINAFHÆNGIGHED (FAGERSTRÖMS SCORE)



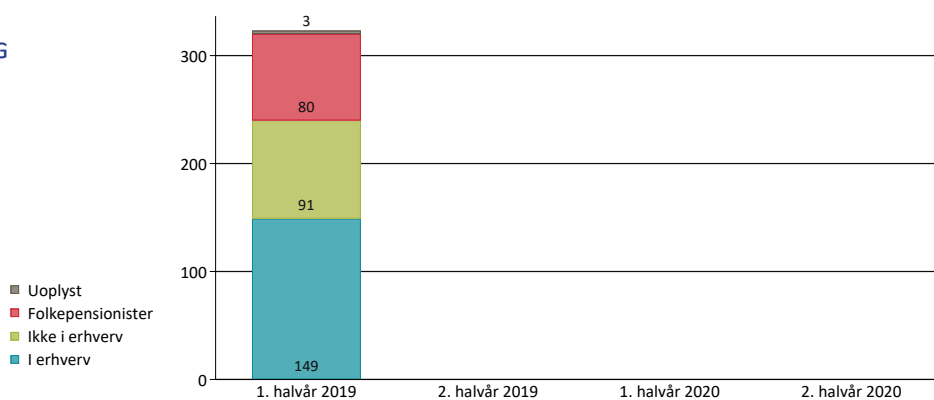
Deltagernes gennemsnitlige nikotinafhængighed.

Kommentar: xxx.

Fagerströms score er et udtryk for nikotinafhængighed bedømt på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen nikotinafhængighed, og 10 er meget høj nikotinafhængighed.

2.3.7

ERHVERVSMÆSSIG TILKNYTNING

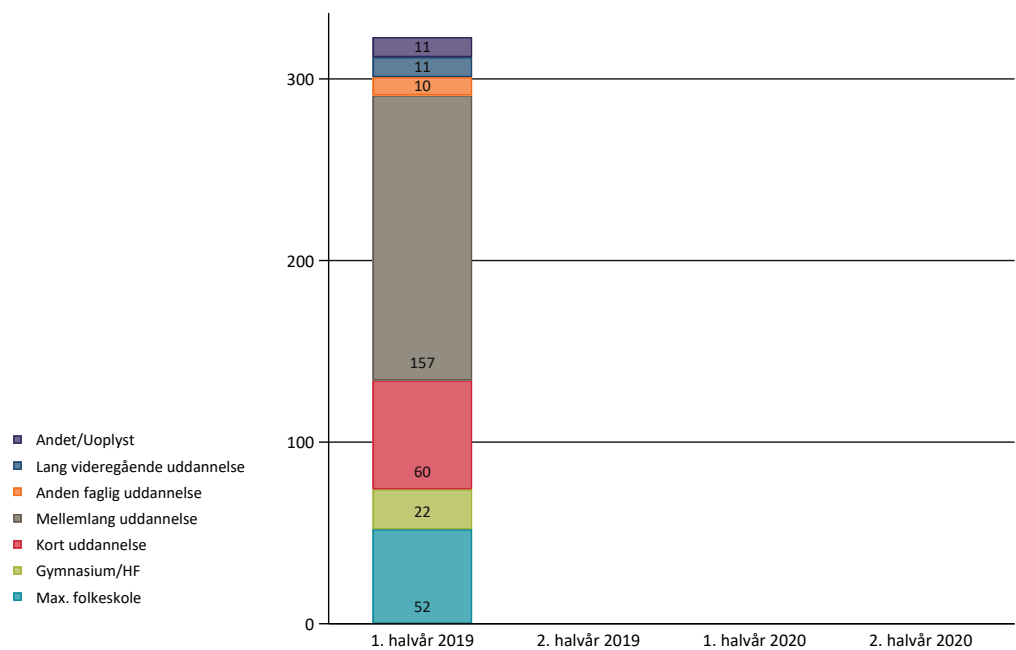


Deltagere fordelt på erhvervmæssig tilknytning.

Kommentar: xxx.

2.3.8

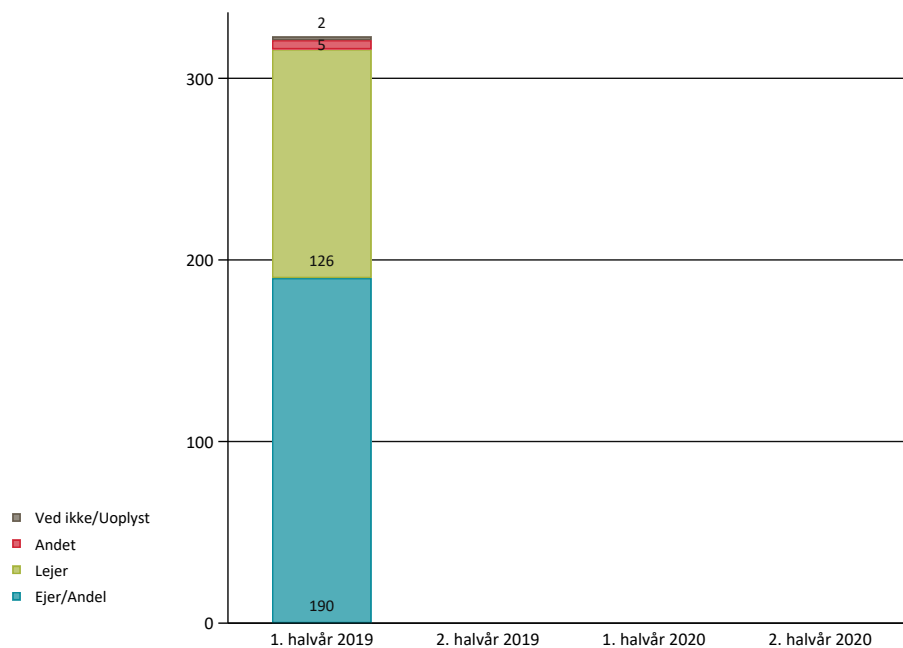
HØJEST FULDFØRTE UDDANNELSE



Deltagere fordelt på højeste fuldførte uddannelse.

Kommentar: xxx.

2.3.9 BOLIGFORM

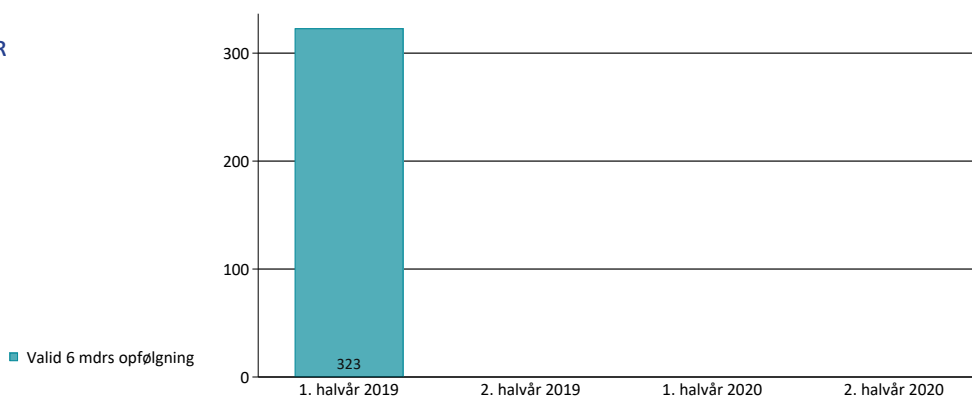


Deltagere fordelt på boligform.

Kommentar: xxx.

BESKRIVELSE AF OPFØLGNINGEN

2.3.10 OPFØLGNINGSTATUS EFTER 6 MÅNEDER



Opfølgningsstatus efter 6 mdr.

Kommentar: xxx.

Opfølgning forsøgt betyder, at skemaet "Årsag til manglende opfølgning af deltagere i rygestopaktiviteter" er udfyldt.

3. Resultater i forhold til kvalitetsmål

3.1

INDIKATORER OG KVALITETSMÅL

Rygestopbasen har fem indikatorer. For hver indikator er der opstillet et kvalitetsmål. Målet er, at alle rygestoptilbud skal leve op til disse kvalitetsmål. Kvalitetstallene opgøres som tidligere på samme måde, som bruges i de kliniske kvalitetsdatabaser. Fx. opgøres operationskomplikationer og postoperativ livskvalitet kun blandt opererede patienter. Tilsvarende opgøres kvalitetstallene som fx. rygestopraten kun blandt dem, der har gennemført rygestopbehandlingen. Kvalitetstallene er i denne rapport opgjort som rangstillingsdiagrammer. For hver indikator er kvalitetsmålet og landsgennemsnittet markeret.

Disse resultater præsenteres også i absolutte tal. Det betyder, at alle deltagere indgår i opgørelsen og ikke kun dem, der har gennemført rygestopkurset. Der er anvendt forskellige farver (grøn for kvalitetstal og blå for absolutte tal). Det skal pointeres, at kvalitetsmålene er baseret på kvalitetstallene.

Rygestopbasens indikatorer

I nedenstående tabel ses en oversigt over Rygestopbasens fem indikatorer og de tilhørende kvalitetsmål. Ved opgørelsen af tallene efter absolutte tal anvendes samme definition af indikatorerne. Her opgør man blot tallet i indikator 2 til 5 på samtlige deltagere frem for andelen af deltagere, der har gennemført et kursus (er markeret med kursiv i oversigten). Indikator 1 har samme definition for både kvalitetstal og absolutte tal.

| Rygestopbasens fem indikatorer | Kvalitetsmål |
|---|--------------|
| 1 Gennemført rygestopkursus Andel af deltagere, der har gennemført et rygestopkursus. Dvs. når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursusgangene. | 80 % |
| 2 Røgfri ved kursets afslutning Andel af deltagere, der har gennemført kurset, og som er røgfrie ved kursets afslutning. | 80 % |
| 3 Opfølgingsrate Andel af deltagere, der har gennemført kurset, hvor rådgiveren (eller en anden) har fulgt op eller forsøgt at følge op efter 6 måneder. | 80 % |
| 4 Røgfri efter 6 måneder Andel af deltagere, der har gennemført kurset, og som ved en valid opfølgning fortsat er røgfrie ved 6 måneders opfølgningen. | 50 % |
| 5 Tilfredshed Andel af deltagere, der har gennemført kurset, og som er tilfredse med kurset. Deltagere, der har svaret 4-5 (på en skala fra 1-5) i spørgsmål 3d i opfølgningsskemaet, anses som tilfredse med kurset. | 90 % |

Inklusion

Resultaterne for hver af de fem indikatorer er opgjort for de klynger, der har afholdt aktiviteter i afrapporteringsperioden såfremt, at de opfylder inklusionskriterierne for den enkelte indikator. Kriterierne er ikke ens for de fem indikatorer, og de er derfor beskrevet sammen med præsentationen af resultaterne for den enkelte indikator.

Sådan læses graferne

Under hver indikator er der opstillet en graf med klyngeresultaterne af det respektive kvalitetstal og absolutte tal over tid. Den grønne linje på grafen angiver kvalitetsmålet. De lysegrønne søjler svarer til gennemsnittet for Region Midt på kvalitetstallene. Lysegrønne søjler opfylder ikke kvalitetsmålet. Er der derimod mørkegrønne søjler, angiver dette at kvalitetsmålet er opfyldt i Region Midt. Blå søjler viser gennemsnittet i Region Midt på absolutte tal.

Sådan læses rangstillingsdiagrammerne

På rangstillingsdiagrammerne er kvalitetsmålet markeret med grøn baggrund. Hvis en klynge opfylder kvalitetsmålet, ligger deres resultat i det grønne område af diagrammet.

Den røde linje angiver gennemsnittet i Region Midt for kvalitetstallene. Alle data indgår i regionens gennemsnit - også data fra de klynger, der eventuelt ikke opfylder inklusionskriterierne. De stiplede røde linjer angiver usikkerheden for regionens gennemsnit illustreret ved et 95 % konfidensinterval.

Resultatet for de enkelte klynger er markeret med en blå prik. Usikkerheden (95 % konfidensintervallet) er markeret ved en streg gennem prikken. Konfidensintervallet bruges til at vise den statistiske usikkerhed ved resultatet. Jo større konfidensintervallet er, jo bredere er strengen, og jo mere usikkert er resultatet. Når der indberettes mange deltagere fra en klynge, stiger sikkerheden på resultatet, hvilket ses ved, at konfidensintervallet bliver smallere.

I rangstillingsdiagrammerne for indikator 2-5 bliver de absolutte tal angivet yderst til højre i den blå kolonne. Denne opgørelse er lavet ud for samtlige deltagere, der har deltaget minimum én gang på et rygestopkursus. Disse er ikke rangstillede.

3.2

INDIKATOR 1: GENNEMFØRT RYGESTOPKURSUS

Indikator 1 er en opgørelse over den andel af deltagere, der har gennemført et rygestopkursus. En deltager har gennemført et forløb, når han/hun har været til stede ved minimum 75 % af de planlagte kursusgange. For Kom&Kvit og Xhale er forløbet gennemført ved deltagelse i midst 4 møder.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 80 % af deltagerne skal gennemføre kurset.

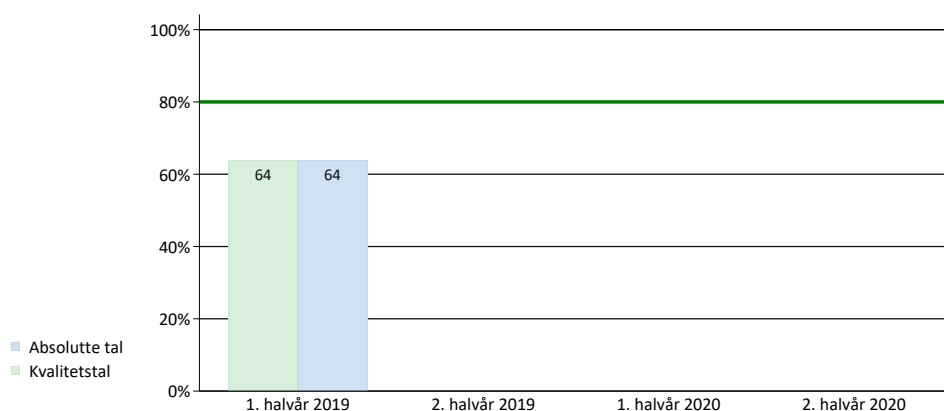
Inklusionskriterier

Mindst 20 deltagere skal have afleveret et basisskema.

Beregningsmetode

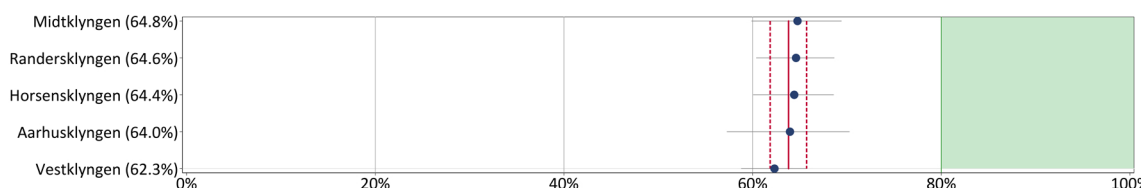
Hvis rådgiveren ikke har udfyldt, hvor mange gange en deltager har været til stede, eller hvis det planlagte antal møder ikke er opgivet, opgøres deltageren, som om han/hun ikke har gennemført rygestopforløbet.

Gennemsnit for Region Midt



Kommentar: I Region Midt gennemførte 64 % af alle deltagere deres rygestopforløb i 1. halvår 2019. xxx

Indikator 1: Klynger



Kommentar: Alle 5 klynger indgår i diagrammet. Ingen af de disse klynger opfylder kvalitetsmålet. xxx

3.3

INDIKATOR 2: RØGFRI VED KURSETS AFSLUTNING

Indikator 2 er en opgørelse over den andel af deltagere, der er røgfrie ved kursets afslutning.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 80 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, skal være røgfri ved kursets afslutning.

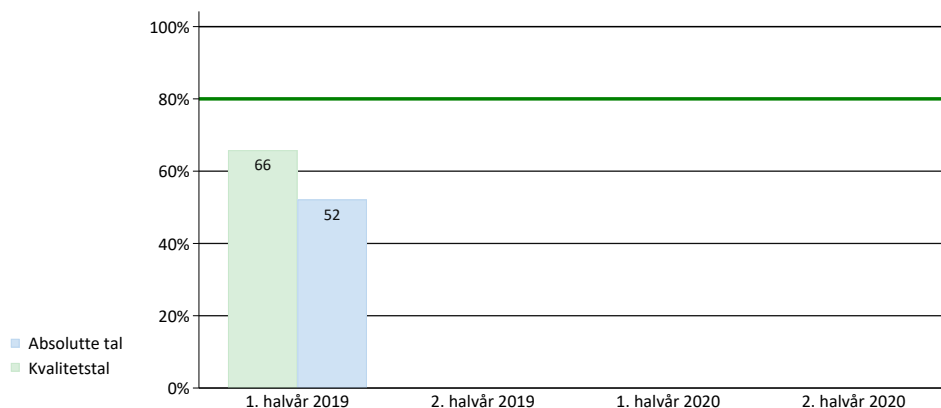
Inklusionskriterier

Mindst 20 deltagere skal have gennemført deres rygestopforløb.

Beregningsmetode

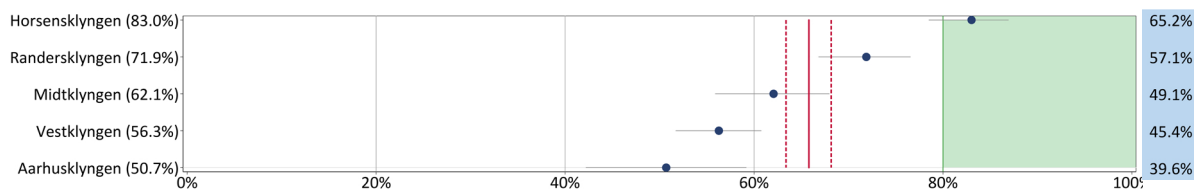
Hvis rådgiveren ikke har udfyldt, om en deltager var røgfri, eller hvis der er svaret "Ved ikke", opgøres deltageren, som om han/hun ikke var røgfri ved kursets afslutning.

Gennemsnit for Region Midt



Kommentar: I Region Midt var 66 % af deltagerne røgfrie ved kursets afslutning i 1. halvår af 2019. Det absolutte tal ligger på 52 %. xxx

Indikator 2: Klynger



Kommentar: Alle 5 klynger indgår i diagrammet. 1 af disse (20 %) opfylder kvalitetsmålet. xxx

3.4

INDIKATOR 3: OPFØLGINGS-RATE

Indikator 3 er en opgørelse over den andel af deltagere, som rådgiveren (eller en anden) har fulgt op eller forsøgt at følge op efter 6 måneder.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 80 % af de deltagere, der har gennemført forløbet, bliver forsøgt kontaktet efter 6 måneder.

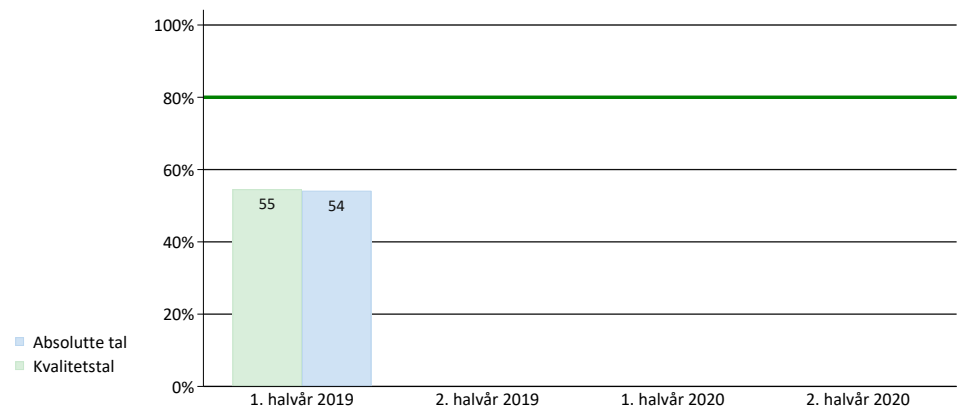
Inklusionskriterier

Forsøgt at kontakte mindst 50 % af de deltagere, der har gennemført. Desuden skal der være fulgt op på mindst 20 deltagere - med en valid opfølgning.

Beregningsmetode

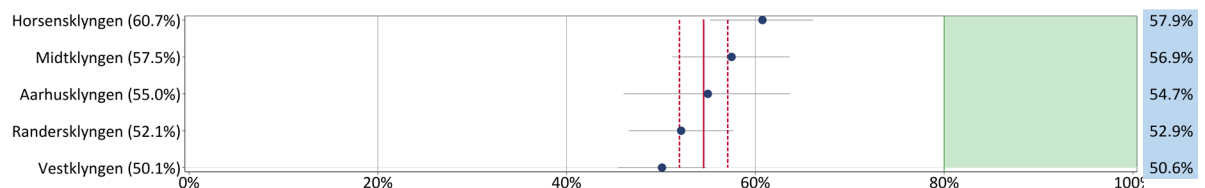
Deltagere med en valid opfølgning (tidsintervallet 6 måneder \pm 1 måned) samt deltagere, hvor skemaet "Årsag til manglende opfølgning" er udfyldt, tæller med i opfølgningsraten.

Gennemsnit for Region Midt



Kommentar: I Region Midt var 55 % af deltagerne forsøgt kontaktet efter 6 måneder i 1. halvår af 2019. Begge opgørelser ligger tæt på hinanden. xxx

Indikator 3: Klynger



Kommentar: Alle 5 klynger indgår i diagrammet. Ingen af de disse klynger opfylder kvalitetsmålet. xxx

3.5

INDIKATOR 4: RØGFRI EFTER 6 MÅNEDER

Indikator 4 er en opgørelse over den andel af deltagere, der fortsat er røgfrie efter 6 måneder.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 50 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, fortsat skal være røgfrie efter 6 måneder.

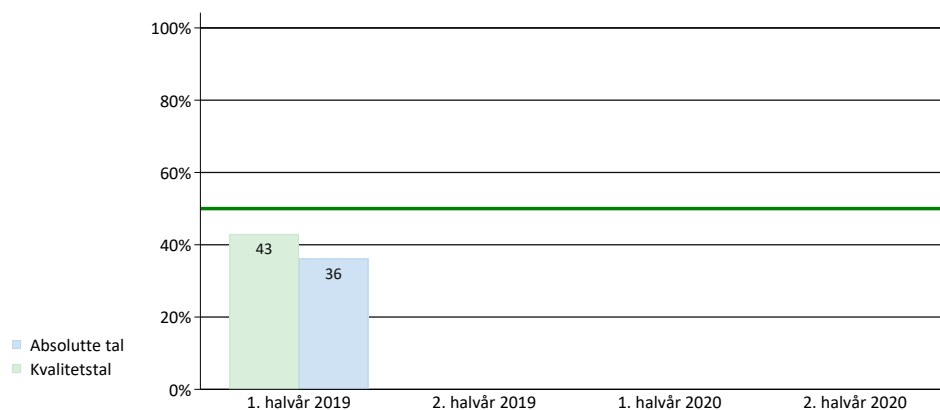
Inklusionskriterier

Forsøgt at kontakte mindst 50 % af de deltagere, der har gennemført. Desuden skal der være fulgt op på mindst 20 deltagere - med en valid opfølgning.

Beregningsmetode

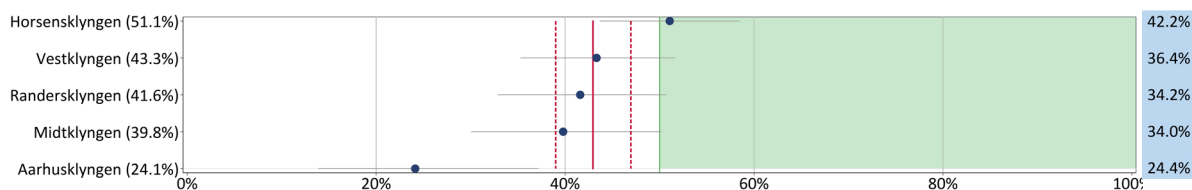
Deltagere, der ikke har svaret på, om han/hun var røgfri, opgøres som rygere. Da der ikke er forskel i karakteristika for grupperne af deltagere med og uden opfølgning, er rygestopraten alene baseret på deltagere med en valid opfølgning.

Landsgennemsnit



Kommentar: I Region Midt var 43 % efter 6 måneder i 1. halvår af 2019. I absolute tal er den 36 %. xxx

Indikator 4: Klynger



Kommentar: Alle 5 klynger indgår i diagrammet. 1 af disse (20 %) opfylder kvalitetsmålet. xxx

3.6

INDIKATOR 5: TILFREDSHED

Indikator 5 er en opgørelse over den andel af deltagere, der er tilfredse med kurset.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 90 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, skal være tilfredse med kurset.

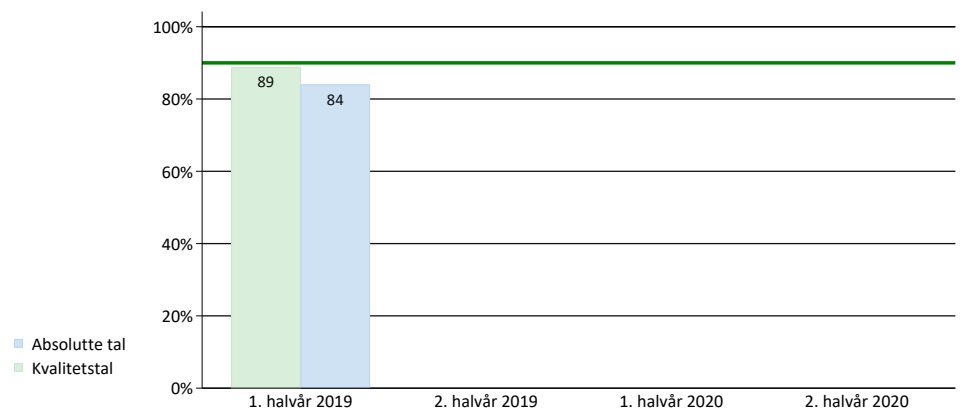
Inklusionskriterier

Forsøgt at kontakte mindst 50 % af de deltagere, der har gennemført. Desuden skal der være fulgt op på mindst 20 deltagere - med en valid opfølgning.

Beregningsmetode

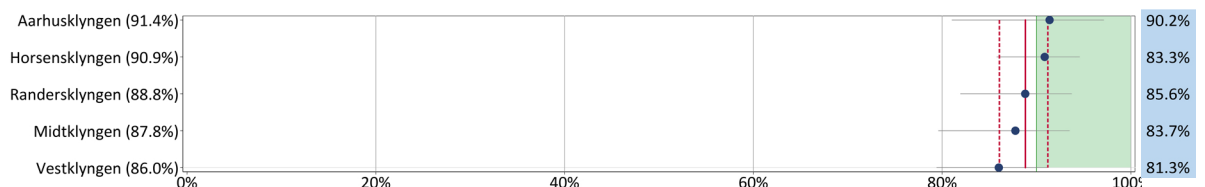
Hvis en deltager ikke har besvaret, hvorvidt han/hun var tilfreds med kurset som helhed, opgøres deltageren, som om han/hun ikke har været tilfreds. Deltagere, der har svaret 4-5 (på en skala fra 1-5) på spørgsmål 3d på opfølgningsskemaet, anses som værende tilfredse med kurset.

Landsgennemsnit




Kommentar: I Region Midt var 89 af deltagerne tilfredse med deres rygestopforløb. Denne andel er steget og er meget tæt på målopfyldelsen på 90 %. Tilsvarende er 84 % tilfredse med deres kurser i absolutte tal. xxx

Indikator 5: Klynger



Kommentar: Alle 5 klynger indgår i diagrammet. 2 af disse (40 %) opfylder kvalitetsmålet. xxx

4. Eventuelle referencer



Rygestopbasen
Clinical Health Promotion Centre
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57
Hovedvejen Bygn. 14, Indgang 5, 2. sal
2000 Frederiksberg

Mail: rygestopbasen.bispebjerg-frederiksberg-hospitaler@regionh.dk
Tlf.: 3816 3853

Hjemmeside: www.rygestopbasen.dk

Revideret september
/oktober 2018:

Sundhedsaftale

Om opfølgningsprogram for
børn med cerebral parese

Herunder er det med gult markerede = revisionen/september-oktober 2018

Det ikke markerede er fra den oprindelige aftale og fortsætter!

Politisk sundhedsaftale om opfølgingsprogram for børn med cerebral parese

1. Indledning

Det foreslås, at aftalen om cerebral parese opfølgingsprogram (CPOP) i Region Midtjylland revideres med det formål at tilbyde en ensartet sundhedsfaglig, tværfaglig og tværsektoriel koordineret indsats for børn med cerebral parese (spastisk lammelse, forkortet CP i sundhedsaftalen), for alle børn 0-18 år (Jvf Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Pædiatri, Ref s.4). Indsatsen i CPOP og dermed denne sundhedsaftale retter sig fremover mod børnenes bevægeapparat, kommunikation og kognition og de dertil hørende funktioner^{1,2}. Der er behov for, at den lægelige, fysio- og ergoterapeutiske indsats og indsatser fra talepædagoger og psykologer, børn med CP får, koordineres internt i og på tværs af sektorerne og, at der bliver fulgt op på indsatsen.

Denne sundhedsaftale fastlægger rammerne for, hvordan koordineringen og opfølgningen kan organiseres.

Der er international evidens for, at standardiseret opfølgning på indsatsen i forhold til børn med CP forebygger hofte luksationer og reducerer:

- Sværhedsgraden af subluksationer (ledskred)
- Sværhedsgraden af fejlstillinger og skolioser (rygskævhed)
- Spasticitet
- Behovet for korrigerende hoftekirurgi og multilevel kirurgi som eksempelvis omfattende knogleoperationer³

Der er desuden internationalt evidens for at børn med CP har brug for udredning og indsatser på området for kommunikation og kognitive funktioner og således ikke kun på området for bevægeapparatet^{4,5}.

Begrundelsen for at aftalen udvides til fremover også dække områderne kognition og kommunikation er ud fra børnenes behov og på baggrund af Specialebeskrivelse for Pædiatrien: "Pædiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og palliation af patienter med medfødte misdannelser, sygdomme og funktionsforstyrrelser i barnealderen, dvs. fra fødsel til overstået pubertet. Endvidere rådgivning vedrørende børns psykiske og fysiske udvikling".

<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/paediatri>

¹ Børn med CP kan have behov for andre indsatser, som retter sig mod eksempelvis børnenes kognitive funktioner, intellektuelle og sociale vanskeligheder, syn og hørelse. Disse indsatser er ikke omfattet af CPOP og sundhedsaftalen. I bilag 4 er beskrevet hvilke følger, børn med CP kan have ud over de følger, der relaterer sig til bevægeapparatet.

Statens Serum Institut² har godkendt, at opfølgningen for børn med CP registreres i en national klinisk kvalitetsdatabase.

Sundhedsaftalen er en tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale for perioden **1.1.2019-31.12.2023**. Den udfolder det tværsektorielle samarbejde for børn med CP i Region Midtjylland. Sundhedsaftalen træder i kraft den 1. januar **2019**.

2. Definitioner

2.1. Cerebral parese

Cerebral parese (CP) er den hyppigste årsag til motoriske funktionsnedsættelser hos børn. CP skyldes en hjerneskade opstået i den umodne hjerne hos fostret eller det lille barn. Hjerneskaden kan påvirke barnets evne til at styre og koordinere muskler og bevægelser og kan påvirke **andre sanser og** funktioner, bl.a. barnets evne til indlæring **og kommunikation**. Barnet kan have høj muskelspænding i nogle muskler (spasticitet), mens andre er svage. Denne ubalance kan medføre sekundære følger som for eksempel hofteskred, alvorlige fejlstillinger og svær rygskævhed. **Barnets indlæringsevne er ligeledes begrundet i skaden i den umodne hjerne, og kan variere fra specifikke indlæringsvanskeligheder på et enkelt område til en generel udviklingsforstyrrelse**. Graden af børnenes invalidering, både de **fysiske de kommunikative og de kognitive** er meget forskellig og strækker sig fra lettere funktionsnedsættelser, hvor barnet har et nærmest normalt funktionsniveau til svære funktionsnedsættelser, hvor barnet er afhængig af hjælp til stort set alt.

2.2. Cerebral parese opfølgningsprogram (CPOP)

CPOP er et internationalt fagligt udviklet opfølgningsprogram for børn med cerebral parese. Børnelægerne visiterer børn **så tidligt som muligt** til at blive inkluderet i opfølgningsprogrammet, når børnene har fået diagnosen CP eller er under mistanke for at have CP.

Opfølgningsprogrammet er baseret på standardiserede lægelige, fysio- og ergoterapeutiske samt radiologiske undersøgelsesredskaber, som tilbydes børnene med faste intervaller, afhængig af barnets alder og funktionsnedsættelse. Herved sikres, at børnene følges tæt og enten helt kan undgå operationer eller får tidligere,

² Det er Statens Serum Institut, under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som godkender kvalitetsdatabaser.

³ Mini-MTV, Region Syddanmark.

⁴ A report: the definition and classification of cerebral palsy. April 2006. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al.. Dev Med Child Neurol Suppl 2007 Feb;109:8-14.

⁵A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. June 2013. Iona Novak et al. Developmental Medicine & Child Neurology; 55: 885–910.

men mindre indgribende operationer, end det var tilfældet inden CPOP blev indført, hvor børnene i en senere alder fik store og ofte komplicerede operationer. Med programmet tilbydes børnene og forældrene tværfaglige konsultationer på baggrund af børneneurologiske, børneortopædkirurgiske og fysio- og ergoterapeutiske protokoller.

CPOP er opstartet i Region Midtjylland den 1. januar 2012 og strakte sig over en to-årig projektperiode fra 31. december 2013. Med denne sundhedsaftale fra 1.1.2014 blev CPOP til et permanent tilbud i regionen for børn født i 2008 og frem.

Sundhedsaftalen ønskes med ikrafttræden 1.1.2019 udvidet til at gælde alle børn 0-18 år (Jvf Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Pædiatri af d.4.juni 2018).

3. Målsætninger

Det overordnede formål med sundhedsaftalen om cerebral parese er at optimere børnenes funktionsevne og livskvalitet. Herunder fremover også at tilbyde forebyggende indsatser på det kommunikative og kognitive område for at give barnet det rette skoletilbud og støtte i opvæksten med henblik på uddannelse og mulighed for størst mulig selvstændighed. Forebyggelsen retter sig mod følger af CP i bevægeapparatet som eksempelvis hofteskred, svær rygskævhed og alvorlige fejlstillinger, samt tab af motoriske funktioner. Forebyggelsen bør også omfatte opfølgning inden for kognition og kommunikation. Det er derudover et formål at skabe sammenhæng og ikke mindst overgange i den sundhedsfaglige opfølgning og indsats og ikke mindst i overgange mellem regionale og kommunale indsatser.

Kernen i sundhedsaftalen er, at den fysio-/ergoterapeutiske, talepædagogiske og psykologiske udredning på tværs af faggrupperne, lovgivningsområderne og sektorerne koordineres. Samtidig er det et centralt formål, at det enkelte barn sikres den rette behandling på det rette tidspunkt og, at der bliver fulgt op på den indsats, børnene får. Dette realiseres via implementeringen af CPOP.

Det skal sikres, at de fysio-/ergoterapeuter, der arbejder med børn med CP, har mulighed for at udvikle kompetencerne. Det er derfor essentielt, at der i de enkelte kommuner er få fysio-/ergoterapeuter, som arbejder med børnene, således, at de arbejder med et vist patientvolumen.

Tilsvarende præmis gælder for talepædagoger og psykologer der skal forestå udredning og rådgivning har specialviden om børn og om CP, dette sikres ved få fagpersoner og ud fra princippet om, at "øvelse gør mester".

Uddannelsen af de involverede fagpersoner om anvendelse af de standardiserede undersøgelsesredskaber samt brugen af databasen fortsættes. Der sker løbende oplæring af fysio-/ergoterapeuter. Et antal talepædagoger (10-19) og 2 psykologer fra Region Midtjylland og de 19 kommuner foreslås at indgå i et fagligt netværk mhp. faglig sparring

og erfaringsudveksling. Det kan gøres ved bl.a. et årligt netværksmøde i regionen hvor talepædagoger og psykologer deltager.

Uddannelsesindsatsen af fysio-/ergoterapeuter har baggrund i økonomisk støtte fra Elsass Fonden i 2012-2013. Løbende uddannelse af nyt personale, vil primært bestå i fyraftensmøder med deltagelse af læger, fysio- og ergoterapeuter. Disse uddannelsessejancer er etableret og økonomiske neutrale dækkes af overheadbudgettet i CPOP i regionen.

Endelig og måske vigtigst for fremtidig optimal behandling af børn med CP, er fortsættelse af kvalitetsdatabasen.

Kommunerne og regionen følger op på sundhedsaftalen en gang årligt, som det fremgår af nedenstående skema over målsætninger:

| Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|--|---|---|--|
| Der skal være ansat en regional koordinator for CPOP samt udpeget en koordinator for CPOP i hver kommune. | <ol style="list-style-type: none"> Der er ansat en regional koordinator for CPOP Der er udpeget en koordinator for CPOP i alle kommuner | Afdækkes årligt ved rundspørge, første gang i 2014. | Hjerneske-samrådet/CPOP regional koordinator |
| De otte indikatorer i kvalitetsdatabasen, som beskriver de aktiviteter, der gennemføres i forbindelse med den sundhedsfaglige indsats og opfølgning, anvendes. | <ol style="list-style-type: none"> At aktiviteterne gennemføres At standarden målt i procent opnås | Afdækkes i årsrapporten, som den nationale databasestyregruppe for CPOP offentliggør i maj måned. | Hjerneske-samrådet/CPOP regional koordinator |
| Der skal årligt afholdes tværsektorielle konsultationer for hvert barn, som er omfattet af sundhedsaftalen. | <ol style="list-style-type: none"> At der årligt afholdes tværsektorielle konsultationer for alle børn | Afdækkes årligt ved udtræk fra EPJ, som den regionale CPOP koordinator indsamler fra alle involverede hospitaler. | Hjerneske-samrådet/CPOP regional koordinator |

4. Indsatsområder

I sundhedsaftalen er der sat fokus på nogle særlige indsatsområder:

4.1. Koordinering af indsatsen

Den fysio-/ergoterapeutiske indsats sammen med talepædagogers og psykologers indsats har generelt været præget af stor forskellighed, manglende evidens og koordinering. Koordineringen af indsatsen kompliceres af, at den kan ydes ud fra tre lovgivninger: Sundhedsloven, Lov om social service/forebyggelse og Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand. Det er ikke i

alle tilfælde, at der er en naturlig organisatorisk sammenhæng mellem disse lovgivninger, hvilket kan vanskeliggøre koordineringen.

Det er centralt for denne aftale, at den fysio- og ergoterapeutiske indsats koordineres tværfagligt og på tværs af og internt i sektorerne, da børn med CP ofte får flere samtidige tilbud. Samtidig er der behov for et helhedsperspektiv på børnene der også omfatter udviklingen af kognition og kommunikation. Hvis indsatserne ikke koordineres, øges risikoen for, at der er forskellige formål med de indsatser, børn med CP får og at indsatserne gives for sent hvilket medfører at indsatserne ikke er optimale. Koordineringen er med til at optimere indsatsen både på individniveau og for hele patientgruppen. En optimeret koordinering, forventes også at have en økonomisk gevinst på lang sigt.

I bilag 1 er beskrevet fem cases, som illustrerer de forskellige fysio- og ergoterapeutiske indsatser, børn med CP kan få, og dermed også kompleksiteten i forløbene.

For at sikre koordineringen anbefales det i denne aftale, at der:

- Er en regional koordinator på fuld tid (dette er en udvidelse af den nuværende fra ½ tidsstilling)
- Fortsat er en koordinator i hver kommune
- Afholdes tværsektorielle konsultationer, hvor fagpersoner fra kommune og hospital deltager
- Udarbejdes koordinerede tværfaglige og tværsektorielle indsatsplaner skal fremover inkludere kommunikation og kognitiv udvikling
- Koordineres på tværs af og internt i sektorer
- Er få behandlere med specialviden om CP og børn tilknyttet hvert barn

4.2. Klinisk kvalitetsdatabase

Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning under Statens Serum Institut har godkendt, CPOP som en national klinisk kvalitetsdatabase. Godkendelsen gælder til udgangen af 2018 og forventes videreført herefter og betyder, at CPOP nu anvendes som opfølgingsprogram og klinisk kvalitetsdatabase i hele landet.

En klinisk kvalitetsdatabase har det overordnede formål at bidrage til udvikling og ensartning af den sundhedsfaglige kvalitet. I dette tilfælde er det at forebygge og begrænse og/eller forhindre sekundære følger af CP. Når alle børn med CP vurderes og klassificeres med de samme redskaber, bliver det muligt at overvåge og følge kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats med CPOP databasen⁵.

⁵ "CPOP årsrapport 2011", Region Syddanmark, 2012.

Alle fagpersoner (fysio- og ergoterapeut, neuropædiater og børneortopædkirurg) med ansvar for CPOP-opfølgningen, dokumenterer undersøgelsesresultaterne i databasen. Databasen er med til at sikre, at alle børn med CP tilbydes den anbefalede opfølgning, at der følges op på afvigende undersøgelsesresultater og, at der sikres informationsudveksling på tværs af faggrupper og sektorer⁴. Talepædagogisk og Psykologisk udredning vil fremover indgå i den kliniske opfølgning og som en del af journalføring i kommuner og region. Men endnu ikke som en del af den Nationale kliniske kvalitetsdatabase.

Der er såvel procesindikatorer som resultatindikatorer i CPOP databasen jf. bilag 2. Procesindikatorerne beskriver, i hvilket omfang de sundhedsfaglige aktiviteter gennemføres. Herved kan aktiviteten følges. Resultatindikatorerne beskriver helbredsresultaterne for barnet/den unge.

Det er en forudsætning for anvendelsen af databasen, at CPOP implementeres i det regionale og kommunale myndighedsområde.

³ Mini-MTV, Region Syddanmark

Administrativ sundhedsaftale om opfølgningsprogram for børn med cerebral parese

1. Målgruppe for aftalen

Sundhedsaftalen omfatter følgende patienter:

- Alle børn og unge 0-18 år som har cerebral parese eller har CP-lignende symptomer, hvor diagnosen endnu ikke kan be- eller afkræftes

Kommunerne og hospitalerne følger nu børn med CP, til de er 18 år gamle, og derfor udvides aftalen fra 15 til 18 år. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/pædiatri>

Cerebral parese er den hyppigste årsag til motoriske funktionsnedsættelser hos børn. Prævalensen er faldet og er nu ca. 2 pr. 1000, hvilket betyder, at der i Region Midtjylland fødes ca. 30 børn med CP pr. årgang. I alt forventes der at være ca. 500 børn og unge med CP i Region Midtjylland mellem 0 og 18 år.

Tabel 1: Estimeret antal børn med cerebral parese på 18 årgange pr. kommune. Beregnet som vist i tabellen på baggrund af antallet af fødsler pr. kommune i alt årgang 2011⁵.

| Kommune | Antal fødsler/2011 | Antal fødsler 18 årgange | Antal m. CP 18 årgange | Antal børn med CP født i 2008-2012 |
|-------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Favrskov | 561 | 10.098 | 21 | 6 |
| Hedensted | 525 | 9.450 | 20 | 5 |
| Horsens | 1.059 | 19.062 | 40 | 11 |
| Norddjurs | 340 | 6.120 | 13 | 4 |
| Odder | 224 | 4.032 | 8 | 2 |
| Randers | 1.041 | 18.738 | 39 | 11 |
| Samsø | 19 | 342 | 1 | 1 |
| Silkeborg | 1.038 | 18.684 | 39 | 11 |
| Skanderborg | 644 | 11.592 | 24 | 7 |
| Syddjurs | 438 | 7.884 | 16 | 4 |
| Aarhus | 4.011 | 72.198 | 152 | 42 |
| Herning | 1.018 | 18.324 | 38 | 11 |
| Holstebro | 653 | 11.754 | 25 | 7 |
| Ikast-Brande | 489 | 8.802 | 18 | 5 |
| Lemvig | 185 | 3.330 | 7 | 2 |
| Ringkøbing-Skjern | 599 | 10.782 | 23 | 6 |
| Skive | 510 | 9.180 | 19 | 5 |
| Struer | 220 | 3.960 | 8 | 2 |
| Viborg | 1.110 | 19.980 | 42 | 12 |
| I alt | 14.684 | 247.006 | 553 | 154 |

Tabel 2 og tabel 3: Estimeret antal børn med cerebral parese på 18 årgange fordelt på hospitalsenhederne, hvor CPOP konsultationerne afholdes. I alt følges ca. 20 % af børnene på Hospitalsenheden Vest, og 15 % på Hospitalsenheden Midt og 75 % af børnene følges på Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Randers, og ses til CPOP konsultationer på Aarhus Universitetshospital. Beregnet som vist i tabellen på baggrund af antallet af fødsler pr. kommune i alt årgang 2011.

⁵ Fødeplan 2012, Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen, side 30

Tabel 2: Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Midt og Regionshospitalet Randers

| Kommune | Antal m. CP 18 årgange | Antal børn med CP født i 2008-2012 |
|--|------------------------|------------------------------------|
| Favrskov | 21 | 6 |
| Hedensted | 20 | 5 |
| Horsens | 40 | 11 |
| Norddjurs | 13 | 4 |
| Odder | 8 | 2 |
| Randers | 39 | 11 |
| Samsø | 1 | 1 |
| Silkeborg | 39 | 11 |
| Skanderborg | 24 | 7 |
| Syddjurs | 16 | 4 |
| Aarhus | 152 | 42 |
| Skive | 19 | 5 |
| Viborg | 42 | 12 |
| Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Midt og Regionshospitalet Randers i alt | 434 | 121 |

Tabel 3: Hospitalsenheden Vest

| Kommune | Antal m. CP 18 årgange | Antal børn med CP født i 2008-2012 |
|------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Herning | 38 | 11 |
| Holstebro | 25 | 7 |
| Ikast-Brande | 18 | 5 |
| Lemvig | 7 | 2 |
| Ringkøbing-Skjern | 23 | 6 |
| Struer | 8 | 2 |
| Hospitalsenheden Vest i alt | 119 | 33 |

- Sundhedsaftalen omfatter autoriserede fagpersoner (læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, talepædagoger og psykologer), som arbejder med børn, der har cerebral parese.

2. Økonomi

Midler fra Elsass Fonden blev anvendt til etablering af CPOP programmet i Region Midtjylland i løbet af 2012-2013. Fonden, anerkender at programmet etableres i hele Danmark. Det er opnået pr. 1.1.2018.

Implementeringen af sundhedsaftalen forventes ikke at medføre, at de samlede udgifter for kommunerne og regionen øges for de fysio- og ergoterapeutiske og lægelige indsatser. Dette begrundes i, at børn med CP allerede i dag får en indsats i form af eksempelvis behandlinger, operationer, fysioterapi og ergoterapi. Med denne sundhedsaftale ændres organiseringen af den indsats, der retter sig mod bevægeapparatet og de dertil hørende funktioner. Opfølgingsprogrammet forventes således medføre mindre omfattende operationer, kortere indlæggelser og veltilrettelagte genoptræningsforløb med bl.a. mindre fravær fra institution og skole og deraf følgende

mindre pasningsbehov fra forældre og tabt arbejdsfortjeneste⁶. Derudover kan opfølgingsprogrammet medføre en effektivisering af den fysio- og ergoterapeutiske indsats i kommunerne som følge af koordineringen.

Programmets udvides til at omfatte ensartethed i udredning og opfølgning ved talepædagog og psykolog. Den rette støtte og indsats til barnets kommunikations- og kognitive udvikling forventes at kunne forbedres. Det forventes at en ensartethed vil give en bedre anvendelse af ressourcerne på disse områder, på lang sigt. I dag er der mange børn der får tilbudt udredning og rådgivning fra talepædagoger og psykologer, men tilbuddene er ikke ensartede og koordineret med den sundhedsfaglige forebyggelse og indsats. Hos børn med lettere grader af CP er behovet for en kognitiv og kommunikativ udredning afgørende for en god barndom, udvikling.

Hos nogle børn sættes der i dag ind på et for sent tidspunkt, i forhold til at give den rette skoleplacering og hjælp fra starten. En tidlig udredning af både det kommunikative område ved talepædagoger og det kognitive område ved psykologer, er derfor afgørende for barnets udvikling og uddannelse hen mod et voksenliv med mulighed for et arbejde og evne til at klare sig selv bedst muligt.

Der er etableret en regional CPOP koordinatorfunktion. Dette har hidtil været en halvtidsstilling der ønskes udvidet til en fuldtidsstilling. Der er afsat midler til afholdelse af udgifterne for den regionale administration og databasemonitorering.

Finansieringen af den regionale koordinator og udgifterne til uddannelsesaktiviteter og administration af programmet finansieres af regionens fire hospitalsenheder. (jvf regionsrådsbeslutning 2013)

3. Lovgivning

Indsatser til opfølgning og indsats i forbindelse med cerebral parese kan gives efter Sundhedsloven, Lov om social service og/eller Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand.

I bilag 3 er de centrale paragraffer fra de tre lovgivninger, som indsatsen tager udgangspunkt i, fremhævet.

4. Ansvars- og opgavefordeling

Ansvaret for den fysio- og ergoterapeutiske opfølgning og indsats til børn og unge med cerebral parese er et delt myndighedsansvar mellem de regionale og de kommunale myndigheder. Børn med CP har ofte behov for mange sundhedsfaglige ydelser og opfølgninger gennem barndommen. Børnene diagnosticeres af børnelæger/neuropædiatere på børneafdelingerne på Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Midt, Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Randers. Mange

⁶ Mini-MTV, Region Syddanmark.

viderehenvises til opfølgning og behandling i den højt specialiserede børneortopædkirurgi på Aarhus Universitetshospital. Den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske behandling kan starte på hospitalerne, mens den videre træningsindsats varetages under det kommunale myndighedsområde. Bilag 5 indeholder et flowchart, der viser forløbene.

CPOP har været med til at formalisere samarbejdet og fordelingen af ansvaret mellem regionale og kommunale institutioner og praksissektoren på de store udfordringer i forhold til at sikre en tværfaglig og tværsektoriel koordineret indsats. Der er aktuelt et ikke et formaliseret samarbejde mellem de forskellige sundhedsfaglige tilbud med talepædagoger og psykologer. Der er endnu ingen danske retningslinjer, reference- eller forløbsprogrammer på området. Dog har Sundhedsstyrelsen indskrevet og anbefaler CPOP i de tværfaglige kliniske retningslinjer for ergo-fysioterapi på cerebral parese området.

Der aftales følgende ansvars- og opgavefordeling mellem regionen, kommunerne og praksissektoren:

4.1. Regionens ansvar og opgaver

I Region Midtjylland er det hospitalerne (børneafdelingerne og børneortopædkirurgisk afdeling med specialefunktion på Aarhus Universitetshospital), der er ansvarlige for den lægelige indsats.

Psykologer med specialistkompetencer skal fremover, fra regionalt regi, foretage en kognitiv udredning før skolestart og ved 10-12 alderen. Rådgivning efter udredning skal sikres til forældre og skole i tæt samarbejde med PPR i kommunen. Der foreslås at psykologerne forankres i regionalt regi på AUH, og med en deling af økonomien til denne funktion, mellem kommuner og region.

4.1.1. Diagnosticering, inklusion i opfølgningsprogrammet og behandling

Lægerne inkluderer børn med CP og CP-lignende symptomer i opfølgningsprogrammet. Derudover er lægerne ansvarlige for at tilrettelægge børnenes behandling.

Kognitiv udredning varetages af psykologer i regionalt regi og formidles til forældre og skole samt relevante kommunale samarbejdspartnere, i tæt tilknytning til neuropædiaterne, så den samlede indsats sker i et helhedsperspektiv for det enkelte barn, og dennes familie.

4.1.2. Koordination

Regionen er ansvarlig for at sikre, at indsatsen omhandlende bevægeapparatet og de dertil hørende funktioner koordineres på tværs af sektorerne og internt på hospitalerne. For at sikre dette opretter regionen en regional koordinatorfunktion, og hospitalerne skal sikre den lokale koordinering.

Dette skal sikre én indgang for børn med CP, forældre og samarbejdspartnere.

Den regionale koordinator har følgende primære opgaver:

- At sikre valide data til kvalitetsdatabasen
- At uddanne fagpersoner i anvendelse af standardiserede undersøgelsesredskaber og brug af databasen
- At være support for de enkelte faggrupper
- At sikre mulighederne for tværfaglig og tværsektoriel kommunikation og samarbejde ved hjælp af undervisning, nyhedsbreve, hjemmeside (www.cpop.dk) og kvalitetsdatabasen
- At udarbejde og formidle årsrapporten i samarbejde med CPOP-databasestyregruppen, herunder følge op på data fra Region Midtjylland til den kliniske kvalitetsdatabase
- At have kontakt til og samarbejder med CPOP i resten af landet samt Norge og Sverige

Derudover skal hospitalerne varetage følgende koordineringsopgave:

- Sikre opfølgning og indsatser for det enkelte barn
- Registrere nye børn
- Validere data ved gennemgang af CPOP protokoller

Regionen forpligter sig til at afholde tværfaglige og tværsektorielle konsultationer for hvert barn med CP mindst en gang årligt. Formålet er en tværfaglig vurdering af undersøgelsesresultater og udarbejdelse af koordinerede tværfaglige og tværsektorielle planer for indsatsen i samarbejde med barn/forældre.

4.1.3. Indberetning til kvalitetsdatabasen

CPOP kvalitetsdatabasen medvirker til at kvalitets sikre den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Ved opkobling til databasen, skal den enkelte sundhedsfaglige person direkte indrapportere undersøgelsesresultater. Den regionale koordinator skal sikre validering af data i databasen samt monitorere kvaliteten via opgørelser i den landsdækkende årsrapport, og kvartalsvise rapporter til indberettende enheder i kommuner og hospitaler.

4.2. Kommunernes ansvar og opgaver

Kommunen skal sikre, at den fysio- og ergoterapeutiske indsats koordineres. Derudover er kommunerne ansvarlige for den kommunale fysioterapeutiske og ergoterapeutiske opfølgning og indsats. Den talepædagogiske udredning og rådgivning sker i kommunerne og koordineres med de øvrige tilbud. Ved behov for særlige specialistkompetencer til udvikling af barnets kommunikation og evt. kommunikationsværktøjer, søges samarbejde med kommunikationscentre i og på tværs af andre kommuner, hvor de nødvendige specialistkompetencer findes. Den psykologiske udredning foretages af psykolog i regionalt regi og skal koordineres med neuropædiaterne på børneafdelingerne og med de kommunale relevante samarbejdspartnere og forældre, så den samlede indsats sker i et helhedsperspektiv for det enkelte barn.

4.2.1. Koordination

Kommunerne er ansvarlige for at sikre, at den fysio-/ergoterapeutiske og talepædagogiske indsats koordineres på tværs af sektorerne internt i kommunerne. Koordinationen er central for indsatsen, eftersom børnene ofte modtager flere forskellige tilbud (se casene i bilag 1). Hensigten med denne sundhedsaftale er, at kommunerne fortsat har en koordinatorfunktion. Det anbefales, at kommunerne sikrer én let og overskuelig indgang for et barn med CP, forældre og samarbejdspartnere.

Den kommunale koordinator har følgende primære opgaver:

- At koordinere den konkrete fysio-, ergoterapeutiske og talepædagogiske indsats, børn med CP får, internt i kommunen på tværs af lovgivninger
- At sikre, at fagpersonerne indberetter til den kliniske kvalitetsdatabase
- At monitorere kvaliteten af indsatsen på baggrund af undersøgelser og udredninger

4.2.2. Fysio- og ergoterapi. Talepædagogisk indsats

Kommunerne er ansvarlige for at yde kommunal fysio- og ergoterapeutisk opfølgning og indsats efter Sundhedsloven, Lov om social service og/eller Folkeskoleloven. Talepædagogisk indsats tilbydes efter Lov om specialpædagogisk indsats. Dette betyder, at den kommunale opfølgning og indsats ofte er delt mellem flere forvaltninger og kommunale institutioner. Fysio-/ergoterapi kan udføres af kommunale

terapeuter, privatpraktiserende terapeuter og private institutioner⁷. Derudover har kommunen myndighedsansvaret i forhold til vederlagsfri fysioterapi til børn med CP.

Når børn med CP får fysio-/ergoterapi af forskellige behandlere er der risiko for, at behandlerne ikke opretholder en tilstrækkelig faglig ekspertise. Dette med primær basis i få tilknyttede børn med CP.

Kommunerne opfordres til at sikre, at så få fysio-/ergoterapeuter som muligt er involveret i behandlingen af børnene. Dette er for at sikre, en optimal behandling samtidig med en vedvarende specialisering af fysio-/ergoterapeuterne⁸.

Det anbefales at den fysio-/ergoterapeut, som behandler barnet, får mulighed for at deltage i de konsultationer hospitalet afholder.

Kommunerne skal sikre, præcis ansvarsplacering for den fysio-/ergoterapeutiske indsats. Herunder dagtilbud, skole, PPR og institution.

4.3. Praktiserende lægers ansvar og opgaver

Praktiserende lægers opgaver og ansvar i forbindelse med cerebral parese er at varetage generelle opgaver, som ligger inden for det alment medicinske område. Derudover er de praktiserende læger i samarbejde med hospitalerne, ansvarlige for behandlingen af børnenes øvrige sygdomme, evt. i samarbejde med hospitalerne.

4.4. Praktiserende fysioterapeuters ansvar og opgaver

Praktiserende fysioterapeuter kan yde vederlagsfri fysioterapi til børn med CP i henhold til Sundhedslovens § 140a. Dette bør ske i samarbejde med de relevante sundhedsfaglige kommunale medarbejdere.

De praktiserende fysioterapeuter har via overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og takstnævn og Danske Fysioterapeuter mulighed for at deltage i de tværfaglige konsultationer.

4.5. Praktiserende ergoterapeuters ansvar og opgaver

Praktiserende ergoterapeuter kan yde ergoterapi mod egenbetaling.

5. Plan for implementering af aftalen

⁷ "CPOP-1 – Intern evaluering", Region Syddanmark 2012, s. 10

⁸ Referat fra KOSU-mødet den 7. september 2012

Den udvidede sundhedsaftalen træder i kraft den 1. januar 2019. Kommunerne og regionen er ansvarlig for at implementere sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen gøres tilgængelig på regionens e-dok, www.sundhedsaftaler.rm.dk og www.praksis.dk.

5.1. August 2018: Opdateret tabel for antallet af børn der følges fordelt på kommuner og hospitaler:

| Kommune | Antal fødsler/2017* | Antal fødsler 18 årgange | Antal m. CP pt/i alt 9 årgange /årsrapport 2016 | Antal børn med CP estimeret for 18 årgange/ 2/1000 fødsler |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---|--|
| Favrskov | 473 | 8.514 | 6 | 17 |
| Hedensted | 459 | 8.262 | 9 | 17 |
| Horsens | 931 | 16.758 | 13 | 34 |
| Norddjurs | 303 | 5.454 | 5 | 11 |
| Odder | 194 | 3.492 | 1 | 7 |
| Randers | 1.013 | 18.234 | 11 | 36 |
| Samsø | 28 | 504 | 2 | 2 |
| Silkeborg | 959 | 17.262 | 9 | 35 |
| Skanderborg | 668 | 12.024 | 5 | 24 |
| Syddjurs | 338 | 6.084 | 2 | 12 |
| Aarhus | 4.550 | 81.900 | 39 | 163 |
| Herning | 984 | 17.712 | 20 | 36 |
| Holstebro | 655 | 11.790 | 7 | 23 |
| Ikast-Brande | 409 | 7.362 | 8 | 15 |
| Lemvig | 172 | 3.096 | 1 | 6 |
| Ringkøbing-Skjern | 553 | 9.954 | 5 | 19 |
| Skive | 412 | 7.416 | 5 | 15 |
| Struer | 195 | 3.510 | 1 | 7 |
| Viborg | 996 | 17.928 | 9 | 35 |
| I alt | 14.292 | 257.256 | 158 | 514 |

*Reference Danmarks Statistik 4.7.2018: <https://www.statistikbanken.dk/10017>

6. Perspektivering (1. Sundhedsaftale 1. januar 2014. Flere af disse punkter ønskes med den reviderede Sundhedsaftale omfattet af denne nye aftale.)

Arbejdsgruppen bag sundhedsaftalen har følgende områder, som kan indarbejdes i en fremtidig generation af sundhedsaftalen (i den nuværende revision pr. oktober 2018)

- Denne sundhedsaftale vedrører børn født i 2008 og frem. En fremtidig generation af sundhedsaftalen bør omfatte alle børn med CP, dvs. også børn født før 2008.
- Denne sundhedsaftale retter sig mod indsatser i forhold til bevægeapparatet og de dertil hørende funktioner. En fremtidig generation af sundhedsaftalen bør derudover rette sig mod indsatser i forhold til kognitive funktioner, sprog og andre senfølger af hjerneskade. I bilag 4 er beskrevet hvilke senfølger, børn med CP kan have ud over de følger, der relaterer sig til bevægeapparatet.
- En fremtidig generation af sundhedsaftalen bør vedrøre koordineringen af indsatsen i overgangen fra barn til voksen på hospitalerne og i kommunerne. Der kan eventuelt udvikles et opfølgingsprogram for voksne, som har CP. CPUP i Sverige har udviklet et CPUP vuxen program.
- I denne sundhedsaftale følger børneafdelingerne som udgangspunkt børnene, til de er 15 år gamle. I en fremtidig sundhedsaftale bør børneafdelingerne følge børnene, til de er 18 år gamle, som det er tilfældet i kommunerne.
- Fremtidig forskning på baggrund af CPOP databasen kan danne udgangspunkt for harmonisering af tværfaglig og tværsektoriel opfølgning og indsats af høj faglig kvalitet til børn med CP.

6.1 Denne Udvidede Sundhedsaftale tager udgangspunkt i perspektiveringen pkt 6 fra Sundhedsaftalen pr. 1. januar 2014. Denne ønskes revideret og den kommende aftale ønskes at træde i kraft 1. januar 2019; Sundhedsaftalen er revideret, som beskrevet (og markeret i den hidtidige aftale)

7. Perspektivering, September 2018

- **At overveje hvilken indsats der bør tilbydes voksne med CP.**
Begrundelse: Der er ingen systematisk opfølgning for voksne med CP i regionen eller i kommunerne. Voksne med CP udtrykker et stort ønske om koordinering af indsatser, som deres patientorganisation: Spastikerforeningen også har fokus på.
Uddybende bemærkninger: Den neuropædiatriske opfølgning af unge med CP stopper ved 18 års alderen. Kun unge med epilepsi og CP følges af speciallæger i neurologi. Nogle voksne med CP ses af ortopædkirurger ved behov. I Sverige er indført CPOP Voksen opfølgingsprogram.

Referencer:

- (1) Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl 2007 Feb;109:8-14.
- (2) Det er Statens Serum Institut, under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som godkender kvalitetsdatabaser.
- (3) Mini-MTV, Region Syddanmark.
- (4) A report: the definition and classification of cerebral palsy. April 2006. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al.. Dev Med Child Neurol Suppl 2007 Feb;109:8-14.
- (5) A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. June 2013. Iona Novak et al. Developmental Medicine & Child Neurology; 55: 885–910.

Sundhedsfaglig sundhedsaftale om opfølgningsprogram for børn med cerebral parese

1. Konkret ansvars- og opgavefordeling – hvem gør hvad, hvornår og hvordan

Nedenstående skema viser de aftaler, der er indgået mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren om indsatsen i forbindelse med opfølgningsprogrammet for cerebral parese. Det er en beskrivelse af de aktiviteter, der sker i forløbet, hvem der er ansvarlig for den enkelte aktivitet samt hvordan der kommunikeres mellem parterne i forløbet.

I skemaet herunder er det med gult markerede = revisionen. Det ikke markerede er fra den oprindelige aftale og fortsætter.

| | Aktivitet | Ansvarlig instans | Kommunikation til eksterne samarbejdspartnere, hvem informerer om hvad til hvem |
|-------------------|--|--|--|
| Hospitalet | Information om CPOP samt, indkaldelse til CPOP konsultationer | Børneafdelingen og børneortopædkirurgisk afdeling | Sekretæren indkalder til CPOP konsultationer |
| | Oprettelse i CPOP databasen | Regional CPOP koordinator/ opnormeres til fuld tidsstilling | Meddelelse til kommunens koordinator når nye børn er inkluderet i CPOP |
| | Ordination af røntgen iflg. CPOP protokol | Læger | Indkaldelse til røntgen sendes til forældre, børneortopædkirurgerne vurderer røntgenbilleder og giver svar til forældre |
| | Udfyldelse af neuropædiatriske og ortopædkirurgiske protokoller, iflg. CPOP-protokol | Neuropædiater/børnelæger og børneortopædkirurger | Lægerne indtaster lægefaglige data i kvalitetsdatabasen |
| | At sikre oprettelse af brugere i databasen, validering og support på CPOP protokoller og kvalitetsdatabase | Regional CPOP koordinator | Besvare spørgsmål ved udfyldelse af protokoller, databasen og indtastning. |
| | Kvartalsrapporter | Regional CPOP koordinator | Den regionale koordinator fremsender kvartalsvise rapporter til den kommunale koordinator på enhedsniveau/kommuneniveau/hospitalsniveau |
| | Medvirke til udarbejdelse af national årsrapport i CPOP | Regional CPOP koordinator i samarbejde med central CPOP koordinator og CPOP databasestyregruppen | CPOP regional koordinator er med til at opgøre kvalitetsdata i regionen, og medvirker til udarbejdelse af den nationale årsrapport, som skal fremsendes 1 gang om året til sundhedsstyrelsen |

OBS: Denne reviderede Sundhedsaftale har en AKTIVITET som udvides, samt to NYE AKTIVITER; som er beskrevet i skemaet herunder vedrører: 1. Den regionale CPOP koordinator(udvides) 2. Kognitiv udredning(ny) 3. Talepædagogisk indsats(ny)

| Kommune OG Regionen | Aktivitet NYT AFSNIT | Ansvarlig instans | Kommunikation til eksterne samarbejdspartnere, hvem informerer om hvad til hvem |
|--|--|---|--|
| | Udredning af kognitive funktioner | Psykolog i regionalt regi på AUH, med specialistkompetencer på området for børn og CP | Meddelelse til forældre, skole og kommunens relevante samarbejdspartnere, samt Neuropædiatere/børnelæger i hospitalsregi |
| Formidling af kognitiv udredning og rådgivning | Der skal ansættes to psykologer til at varetage opgaven, eller svarende til en fuldtidsstilling i regionalt regi(2 stillinger på AUH på hver ½ tid) | Efter udredning inden skolestart og ved 10-12 års alderen til forældre og relevante samarbejdspartnere | |
| Udredning og indsats af kommunikation | Talepædagog i kommunalt regi, eller fra center for kommunikation i kommunen eller fra andre kommuner med med specialistviden på området for børn og CP | Talepædagogens undersøgelses og indsats formidles til tværfaglig konsultation af ergoterapeut og eller talepædagogen. | |

| | Aktivitet | Ansvarlig instans | Kommunikation til eksterne samarbejdspartnere, hvem informerer om hvad til hvem |
|-----------------|---|---|--|
| Kommunen | Opfølgning og indsats ud fra CPOP protokoller hos fysio-/ergoterapeuter, der varetager sundhedsfaglig opfølgning og indsatser til børn med cerebral parese. Opgaven varetages af så få fysio-/ergoterapeuter som muligt med formålet at sikre en specialisering | Fysio-/ergoterapeuter ansat i kommunalt regi | Undersøgelser foretages af barnets terapeuter og protokollerne udfyldes efter regi, og den enkelte ansvarlige fagperson indtaster data i kvalitetsdatabasen |
| | Deltagelse i CPOP tværfaglige konsultationer 1 gang årligt | De Fysio-/ergoterapeuter, som har ansvaret for en målrettet og koordineret indsats for barnet | Fysioterapeuten og ergoterapeuten informeres om tidspunkter for CPOP tværfaglige af den regionale koordinator/eller hospitalsansatte koordinerende terapeuter |
| | Koordinering af opfølgningen og indsatserne i kommunen mellem involverede fagpersoner | Den fysio-/ergoterapeut som har ansvaret for en målrettet og koordineret indsats ifht. til det enkelte barn | Fysio-/ergoterapeutiske undersøgelser protokoller udfyldes og der laves status i forbindelse med den årlige CPOP konsultation, ved deltagelse i konsultationen sammen med indtastning af data i kvalitetsdatabasen. |
| | Koordinering af den fysio-/ergoterapeutiske opfølgning og indsats internt i kommunen på tværs af lovgivning. Sikre indberetning af data samt kvalitetsmonitorering internt i kommunen | Kommunal koordinator | Meddelelse til involverede fysio-/ergoterapeuter, der varetager opgaver inden for kommunale myndighedsområder. Opfølgning på CPOP databasens kvartals- og årsrapporter. Formidle lister vedr. inklusion af nye børn. |

| Praktiserende læge | Aktivitet | Ansvarlig instans | Kommunikation til eksterne samarbejdspartnere, hvem informerer om hvad til hvem |
|--------------------|---|-------------------|---|
| | Der er ingen nye opgaver for den praktiserende læge i forbindelse med opfølgingsprogrammet for CP | | |

| Praktiserende fysioterapeut | Aktivitet | Ansvarlig instans | Kommunikation til eksterne samarbejdspartnere, hvem informerer om hvad til hvem |
|-----------------------------|--|---|---|
| | Vederlagsfri fysioterapi: Forældre kan selv vælge deres praktiserende fysioterapeut, som så bør deltage i CPOP konsultationerne og dermed varetage koordinering for dette barn | Privatpraktiserende fysioterapeuter | Indtastning i databasen, undersøgelse, udfyldelse af protokoller, indtastning i kvalitetsdatabasen, samarbejde med andre fagpersoner i kommunen, bandagister og lægerne på hospitalet i CPOP regi |
| Ridefysioterapi | Privatpraktiserende fysioterapeuter | Indtastning i databasen, undersøgelse, udfyldelse af protokoller, indtastning i kvalitetsdatabasen, samarbejde med andre fagpersoner i kommunen, bandagister og lægerne på hospitalet i CPOP regi | |

Vedr. Revision af Del-Sundhedsaftalen for CPOP, i Region Midtjylland, oktober 2018, Begrundelser: Oktober 2018

Ønske og begrundelse for revision af Sundhedsaftalen for CPOP, Region Midtjylland

Den regionale og nuværende Sundhedsaftale udløber i 2019. I forbindelse med den kommende version af Sundhedsaftale for perioden 2019-2023, ønsker den regionale styregruppe for CPOP at være med til sikre fortsættelse af sundhedsaftalen for CPOP i regionen. Det er et ønske, at den nuværende aftale revideres og opdateres. Vi fremsender hermed vores begrundelser og forslag til proces om revision af sundhedsaftalen. Forslaget med punkter herunder er sammenfatningen af input fra den regionale CPOP styregruppe.

Punkterne herunder tager udgangspunkt i og refererer til "Pkt. 6 Perspektivering" i den nuværende Sundhedsaftale, og skal læses som uddybning og begrundelse for den reviderede og fremsendte Sundhedsaftale version_2

Vedhæftet: Sundhedsaftale: Bilag 1: Sundhedsaftale 16. april 2013

Ad. Pkt 1:

Aftalen ønskes at omfatte alle børn og unge med CP indtil 18 år (Jvf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Pædiatri, 4. Juni 2018)

Begrundelse: At inkludere alle mhp. et ensartet og en tidlig indsats. Alders grænse mhp. modtagelse på Børn og Unge afdelinger i regionen er hævet op til 18 år i mellemliggende periode: *Specialebeskrivelse for Pædiatrien: 0-18 år "Pædiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og palliation af patienter med medfødte misdannelser, sygdomme og funktionsforstyrrelser i barnealderen, dvs. fra fødsel til overstået pubertet. Endvidere rådgivning vedrørende børns psykiske og fysiske udvikling."*

<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/paediatri>

Der er ikke en faglig begrundelse for at stoppe opfølgning af unge ved CP ved 15 års alderen. Tværtimod, er det en periode med hastigt vækst og dermed øget risiko for fejlstillinger samt tab af funktionsniveau.

Uddybende bemærkninger: Disse unge bliver alle set i neuropædiatrisk regi op til 18 års alderen, hvilket ikke var tilfældet i 2014(da den nuværende Sundhedsaftale blev vedtaget). Ca. halvdelen af dem bliver set i ortopædkirurgisk regi. Ved den nye aftale bliver de set på et tværfaglig konsultation, hvor en neuropædiater og ortopædkirurg er tilstede.

Kontaktoplysninger: Koordinator Kirsten Nordbye-Nielsen ★ Fysioterapeut, ph.d. studerende ★ Aarhus Universitetshospital ★ Ortopædkirurgisk Forskning★ Palle Juul Jensens Boulevard 99 ★ Indgang J -Plan 5 ★ krydspunkt J502 ★ DK-8200 Århus N ★ Tlf 21 59 58 94 ★ E-mail: kirs1@rm.dk ★ www.dpor.dk★ www.cpop.dk

De tværfaglige konsultationer vil skabe en ramme for en større grad af tværsektoriel samarbejde med behandlende terapeuter, uanset om disse er tilknyttet kommunen eller privat regi. Antal af konsultationer for denne aldersgruppe i hele regionen skønnes til at være ca. 50 /pr. år.

Unge på 16-18 år med CP, er både i fysisk og psykisk udvikling i overgangen fra barn til voksen. Der er risiko for at disse unge overlades mere og mere til sig selv at skulle koordinere deres behov for sundhedsindsatser. Det stiller store krav til den unge selv, samtidig med at den unge i årene gennemgår store omvæltninger på flere områder. Minimum en årlig tværfaglig konsultation med deltagelse af både kommunens terapeuter og regionens læger, vil kunne reducere den anførte risiko for uønsket udvikling både fysisk og psykisk.

Økonomi: Det forventes ikke at dette vil øge ressourceforbruget i regionalt regi.

Ad. Pkt 2:

A: At tilføje indsatser for kognitiv indlæring og kommunikation

Begrundelse: Mange børn og unge med CP har indlærings-/kommunikations vanskeligheder. Der mangler en koordineret indsats. Tab af disse færdigheder har basis i den hjerneskaden, som også giver dem motoriske vanskeligheder, men ofte kommer disse først til udtryk i en senere alder. Screening for indlæringsvanskeligheder hos denne gruppe børn kræver specialviden. Det samme er gældende for påvirkning for at fremme kommunikationsevnen.

Uddybende bemærkninger:

Kognition: Vedr. Indlæringsevne: CP-Norden, som er det nordiske samarbejde mellem fagpersoner, som behandler børn med CP, har anbefalet vurdering af den kognitive funktion, herunder hukommelse, koncentration og problemløsning, hos alle børn med CP senest inden skolestart og igen ved 10-12 års alderen, og har udarbejdet retningslinjer for valg af undersøgelsesredskaber (Ref.: "CP Norden"). CPUP i Sverige har indføjet kognition som en del af screeningen og opfølgningen af børn med CP:

<file:///C:/Users/au215957/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/PH2EBQK9/Kognitiva-funktioner-formulär-2017.pdf>

Udredning af kognition bør ske ved en psykolog med specialistviden inden for børn og cerebral parese, og bør følges op med en tværfaglig indsatsplan for skolen og familien. I dag bliver ca. 18 børn/pr. år undersøgt i 5 års alderen, men meget få i 10-12 års alderen. Vores erfaring er, at de største børn først bliver undersøgt, når de kognitive vanskeligheder bliver til sociale og psykiske problemer i så stort omfang, at de forårsager skolefravær og social marginalisering.

Vi skønner at ca. 25 børn skal undersøges i ca. 5 år alderen og ca. 25 i 10-12 års alderen.

Timeforbrug til kognitiv udredning og formidling pr. barn estimeres til ca. 37 timer, så samlet timeforbrug vil være 50 x37 timer= 50 uger/pr. år. For at sikre ensartet tilbud i hele regionen vil vi anbefale at funktionen varetages af højst 2 personer ansat i regional regi.

Kontaktoplysninger: Koordinator Kirsten Nordbye-Nielsen ★ Fysioterapeut, ph.d. studerende ★ Aarhus Universitetshospital ★ Ortopædkirurgisk Forskning★ Palle Juul Jensens Boulevard 99 ★ Indgang J -Plan 5 ★ Krydspunkt J502 ★ DK-8200 Århus N ★ Tlf 21 59 58 94 ★ E-mail: kirs1@rm.dk ★ www.dpor.dk★ www.cpop.dk

Økonomi: 1 fuldtidsstilling, evt. fordelt på 2 deltidsansatte psykologer. 600.000 kr. årligt (gns. løn for psykolog ansat i Børn og Unge på AUH oplyst af Camilla Hauge Larsen fra Planlægning). Psykologer forankres regionalt, men finansieres af region og kommuner i fællesskab (fordelingen baseres på tabel 5.1 i aftalen). Dvs. regionen finansierer 300.000 kr. årligt, hvilket skal fordeles forholdsvis mellem AUH, Hospitalsenheden Midt, Hospitalsenheden vest og Regionshospitalet Randers. 300.000 kr. fordeles finansieret af kommunerne.

Kommunikationsevne: Ca. 1/5 af børnene med CP har så store talepædagogiske og mundmotoriske problemer at de ikke er i stand til at tale. Disse børn bør undersøges af en talepædagog med specialviden på området i samarbejde med ergoterapeut med viden om mundmotorik og kommunikation samt kompenserende IT-midler, for at give barnet mulighed for at kommunikere med familien og omverden og dermed udvikle sine kommunikative evner. I dag bliver alene de børn, hvis forældre ser barnets muligheder og har overskud til at kæmpe for at iværksætte den rette indsats på et tidligt tidspunkt, undersøgt i det tidsvindue, som er afgørende for at udvikle fuldt potentiale af kommunikationsevnen. Det er svært at estimere ressourceforbruget, men det drejer sig om ca. 5 børn/pr. årgang. Kommunikations hjælpemidler bør løbende vurderes, i ønsket om at hjælpemidlerne justeres og evt. udskiftes.

Økonomi: Kommunal udgift. Vurderes at være udgift neutralt.

B: At tilføje en screening af drikke og spisefunktion

Begrundelse: De børn med størst nedsættelse af motorisk funktionsevne har vanskeligheder med at spise og drikke. Derfor øges risiko for nedsat ernæringstilstand. De vil ofte have brug for hjælp til at drikke og spise. Hos nogle anlægges ernæringssonde. Screening af synke- drikke- og spisefunktionen kræver en specialviden og bør være en del af den tidlige indsats til børn der har dette behov.

Uddybende bemærkninger:

I Sverige har CPUP på nuværende tidspunkt indført en systematisk screening af spise og drikkeevne. Det sker ved ergoterapeuter der anvender klassifikationsredskabet EDACS: ([Ref:file:///C:/Users/au215957/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/HFNEF342/EDACS-2018.pdf](file:///C:/Users/au215957/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/HFNEF342/EDACS-2018.pdf))

Økonomi: Kommunal udgift. Det vurderes ikke, at det vil kræve ekstra ressourcer at lave denne vurdering, da børnene allerede ses af ergoterapeuter der vurderer deres motoriske funktioner. Ved behov for specifikke indsatser, som opfølgning på screeningen vedr. spise og drikke funktionen, estimeres det at der hos ca. 5 børn på en årgang være behov for ekstra ressourcer til indsats ved ergoterapeuter.

Kontaktoplysninger: Koordinator Kirsten Nordbye-Nielsen ★ Fysioterapeut, ph.d. studerende ★ Aarhus Universitetshospital ★ Ortopædkirurgisk Forskning★ Palle Juul Jensens Boulevard 99 ★ Indgang J -Plan 5 ★ krydspunkt J502 ★ DK-8200 Århus N ★ Tlf 21 59 58 94 ★ E-mail: kirs1@rm.dk ★ www.dpor.dk★ www.cpop.dk

Den regionale CPOP koordinatorfunktion: Funktionen ønskes opgraderet med 18 ½ time ugtl. Der er fortsat et uændret behov for koordinering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring børn med CP i region Midt, der udgøres af 19 kommuner og 4 hospitalsenheder. Koordinatoren er forankret i det højt specialiserende børneortopædkirurgiske regi, da koordinatoren sammen med børneortopædkirurgerne har udadgående funktion til de øvrige tre hospitalsenheder.

Den samlede koordinering af CPOP i Region Midtjylland, som beskrevet og udmøntet via Del-Sundhedsaftalen fra 2014-2018, har fastansat en regional koordinator på 18 1/2 time om ugen. Med den beskrevne udvidelse af området fra 0-18 år, og involvering af flere faglige specialer, vil behovet for tværsektoriel koordinering mellem kommuner og regionen stige. Den samlede kohorte af børn/unge stiger til i alt ca. 500 for 18 årgange. Aarsrapport CPOP 2016:

file:///C:/Users/au215957/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/FMGOWFCH/CPOP_aarsrapport_2016_Offentlig_anonymiseret.pdf

Den regionale koordinator varetager i dag faglige kompetenceudvikling på kommunalt niveau(kurser), netværksmøder, faglig sparring, koordinering og deltagelse i tværfaglig de tværsektorielle konsultationer på alle børn 1 gang årligt. Koordinatorfunktionen har desuden til opgave at vejlede og oplære samtlige fagpersoner i at anvende Den Nationale Kliniske Kvalitetsdatabase, sikre og forny login adgange, sikre indberetning til databasen i de 19 kommuner og de fire regions hospitaler. Antallet af involverede fagpersoner er i dag ca. 130, fordelt på ca. 120 på de 19 kommuners fysio-/ergoterapeuter og ca. 10 læger.

Det er koordinatorens ansvar at bearbejde data og udsende kvartalsrapporter til samtlige 19 kommunale enheder og til de to lægelige specialer på de fire hospitalsenheder: Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Vest, Herning.

Koordinator deltager i den løbende monitorering og udvikling af bl.a. kvalitetsindikatorer i CPOP på nationalt niveau og i et tæt regionalt samarbejde med de øvrige regionale koordinators, omkring den Nationale Klinisk Kvalitetsdatabase i RKKP regi. Der afholdes løbende CPOP introduktionskurser for nye fysio-/ergoterapeuter fra det kommunale og private regi. Databasen indsamler data, som kan danne baggrund for generering af ny viden på området. Det er et ønske, at den regionale koordinator, i en fuldtidsstilling, kan støtte og igangsætte udviklings- og forskningsprojekter der involverer kommunerne i et samarbejde med regionen.

Økonomi: Regional koordinator funktion udvides fra halvtidsstilling til fuldtidsstilling.

Finansieres af regionen, men fordelt forholdsvist mellem AUH, Hospitalsenheden Midt, Hospitalsenheden vest og Regionshospitalet Randers.

Der er tale om en AC fuldmægtig årsløn ca 600.000 (gns. løn for AC, oplyst af Camilla Hauge Larsen fra Planlægning)

Dvs. en merudgift på 300.000 kr. årligt, som skal fordels forholdsvist mellem de 4 hospitaler (jf. tidligere regionrådsbeslutning)

Kontaktoplysninger: Koordinator Kirsten Nordbye-Nielsen ★ Fysioterapeut, ph.d. studerende ★ Aarhus Universitetshospital ★ Ortopædkirurgisk Forskning★ Palle Juul Jensens Boulevard 99 ★ Indgang J -Plan 5 ★ Krydspunkt J502 ★ DK-8200 Århus N ★ Tlf 21 59 58 94 ★ E-mail: kirs1@rm.dk ★ www.dpor.dk★ www.cpop.dk

pva CPOP den regional styregruppe i Region Midtjylland

Med venlig hilsen

Kirsten Nordbye-Nielsen, specialist i pædiatrisk fysioterapi, MHSc, ph.d. studerende
Bjarne Møller-Madsen, MD, DMSci Prof, Senior Consultant



Kontaktoplysninger: Koordinator Kirsten Nordbye-Nielsen ★ Fysioterapeut, ph.d. studerende ★
Aarhus Universitetshospital ★ Ortopædkirurgisk Forskning★ Palle Juul Jensens Boulevard 99 ★ *Indgang J -Plan 5* ★
krydspunkt J502 ★ DK-8200 Århus N ★
Tlf 21 59 58 94 ★ E-mail: kirsn1@rm.dk ★
www.dpor.dk★ www.cpop.dk

Notat: Opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne

Baggrund

Chefforum for sundhed- og ældrechefer drøftede på møde den 11. oktober situationen omkring opgaveglidning. På baggrund af drøftelserne har KOSU formandskabet bedt sekretariatet om at indsamle eksempler på opgaveglidning. Nærværende notat er en kondensering af denne indsamling. Samtlige 19 midtjyske kommuner har bidraget til notatet.

Opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne

Af sundhedsaftalens side 7 fremgår det, at opgaveoverdragelse skal ske på et oplyst grundlag således, at de faglige og økonomiske konsekvenser såvel som den borgeroplevede kvalitet indgår som en del af beslutningsgrundlaget. Et eksempel på en god opgaveoverdragelse i den nuværende sundhedsaftaleperiode er overdragelsen af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitalerne til kommunerne i forbindelse med revisionen af forløbsprogrammet for hjertesygdom.

På baggrund af drøftelserne i Chefforum og den efterfølgende indsamling i kommunerne kan det konstateres, at der er nogle udfordringer med ikke-aftalte opgaveglidninger og/eller mangelfuld kommunikation herom.

Overordnet set kan tilbagemeldingerne rubriceres i tre kategorier:

- 1) *Samarbejdet med Hammel Neurocenter*
- 2) *Komplekse og behandlingskrævende borgere*
- 3) *Konkrete eksempler på opgaveglidning*

Ad 1) Samarbejdet med Hammel Neurocenter

Flere af tilbagemeldingerne fra kommunerne indikerer, at der er udfordringer med, at patienter fra Hammel Neurocenter udskrives hurtigere med genoptræningsplaner end tilfældet var for få år siden. Disse patienters tilstand er generelt set mere komplekse og stiller øgede krav til bl.a. kompetenceniveau i de kommunale genoptræning- og rehabiliteringsenheder. Konkret opleves et stigende antal uhensigtsmæssige borgerforløb, hvor borgere, der i forlængelse af en ind

Aarhus, d. 19. februar 2019

læggelse på akuthospital, skal overflyttes til videre specialiseret neurorehabilitering på Hammel Neurocenter, ønskes udskrevet til kommunen i ventetiden til der er plads på Hammel Neurocenter. Baggrunden er manglende kapacitet på Hammel Neurocenter og udfordringer med et hensigtsmæssigt flow mellem hovedfunktionen på de somatiske hospitaler og det højt specialiserede tilbud på Hammel Neurocenter. Kommunerne kan ikke levere tilbud på dette specialiseringsniveau i ventetiden. Konsekvensen er, at borgerne ikke modtager den optimal behandling og risikere funktionstab.

Endvidere opleves, at Hammel Neurocenter aktivt arbejder på at opgaveflytte konkrete ydelser fra Hammel Neurocenter til kommunerne. Et eksempel herpå er CIMT-metoden. Sundhedslovens §140 med tilhørende bekendtgørelse, angiver at det er et lægeligt ansvar at udarbejde genoptræningsplaner og herunder specificere niveauet for genoptræning. Der er således ikke nogen juridisk hindring for, at hospitalerne kan pålægge de kommunale trænings- og rehabiliteringsenheder et øget antal opgaver. Imidlertid er det en fælles ambition for Region Midtjylland og kommunerne, i den nuværende sundhedsaftale, at sikre gode og sammenhængende tilbud til borgerne. Der er derfor en dialog med regionen og i særdeleshed Hammel Neurocenter om, hvordan det gode patientforløb sikres. Denne dialog tages bl.a. i hjerneskadesamrådene, hvor man på baggrund af det nationale servicetjek af hjerneskadesamrådet har iværksat forskellige aktiviteter. På baggrund af tilbagemeldingerne fra kommunerne kan det overvejes, hvorvidt denne dialog med fordel også kunne finde sted i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget i forhold til de mere principielle aspekter.

Ad 2) Komplekse og behandlingskrævende borgere

Et generelt opmærksomhedspunkt for kommunerne er det øgede antal borgere, der udskrives stadig hurtigere og med mere komplekse problemstillinger. Det øger trykket på de kommunale tilbud og stiller bl.a. større krav til kompetencer i den kommunale hjemmesygepleje. Samtidig øges risikoen alt andet lige for unødvendige genindlæggelser. Konkret opleves et stigende antal borgere, der har brug for ophold på akutpladser. Det er centralt for det gode patientforløb, at der løbende sker en afstemning mellem den udskrivende hospitalsenhed og den kommunale sektor. Denne indsats udvikles bl.a. via udskrivningskoordinatorer og forsøg med call-center funktion. På trods heraf kan der på baggrund af tilbagemeldingerne fra kommunerne konstateres en række specifikke eksempler, hvor der er opstået udfordringer i patientforløbet:

Aarhus, d. 19. februar 2019

- Manglende og/eller mangelfulde behandlingsplaner fra hospitalerne, der resulterer i genindlæggelser.
- Borgere udskrives med ekstra/anderledes medicin, der udfordrer hjemmesygeplejerskerne.
- FMK (fælles medicin kort) er ikke opdaterede ved udskrivelse, hvilket betyder stort merforbrug hos hjemmesygeplejersker i forhold til at udrede medicin og få opdatering sat i værk.
- Meget syge borgere, der går til ambulans behandling, kan have svært ved at overskue behandlingsforløbet. Her kan hjemmesygeplejersken få en ekstra stor opgave i at sikre koordinering til alm. praksis og hospitalsambulatoriet.
- Hospitaler melder patienten til udskrivelse for en sikkerheds skyld. Det ændres op til flere gange, hvilket betyder, at der i kommunen iværksættes unødige planer for udskrivelse og modtagelse af flere omgange, som efterfølgende må aflyses.

Ad 3) Konkrete eksempler på opgaveglidning

Kommunerne peger i tilbakemeldingerne på nogle konkret eksempler på opgave, der mere eller mindre ukoordineret, er blevet flyttet fra hospitalerne til kommunerne:

- Ønske fra hospitalerne om, at kommunerne varetager flere og mere komplekse IV-behandlinger over længere tid i kommunalt regi.
- Større krav til hjælpemidler, der skal stilles til rådighed, personaleforbrug i forbindelse med indstilling af fx kørestole. Tidligere blev indstilling af hjælpemidler i højere grad varetaget under indlæggelse. Derudover er der flere akut udkørsler af hjælpemidler grundet kortere varsel.
- Pres for at kommunerne skal varetage diætistbehandling i forbindelse med operationer.
- Et generelt stigende pres på genoptræningsområdet, da flere genoptræningsopgaver går fra specialiseret til alm. genoptræningsniveau. Det gælder bl.a. indenfor knædiagnoser og forskellige typer af kræftrehabilitering.
- Pres på at flytte patientuddannelse/patientskoler i retning af primær sektor.

Notat: Udviklingen i den kommunale medfinansiering i 2018

Hovedkonklusion på KMF i Midtjylland i 2018

At der samlet set på tværs af de 19 kommuner i Region Midtjylland forventes et mindre forbrug på KMF i 2018 og man derfor ikke når det forudsatte kommunale loft for KMF på 4.552,0 mio. kr. (ØA18). Mindre forbruget forventes at blive på ca. 60 mio. kr., der skal tilbagebetales til staten i 2019 fordelt forholdsvist mellem kommunerne.

At de nye differentierede alderstakster, ændret sundhedsforbrug mellem hospitaler og sygesikringsområdet, og generel øget aktivitet i det regionale sundhedsvæsen kan have betydning for KMF. Hertil kommer, at den regionale takstomlægning, hvor ambulante og stationære behandlinger slås sammen til én somatisk takst fra 2018, kan have en effekt på KMF.

At nogle af udfordringerne med KMF 2018 skal findes i de enkelte kommunernes forskellige metoder og prioriteringer i forhold til budgetlægning.

Udviklingen i den kommunal medfinansiering (KMF) i Midtjylland har i 2018 været præget af en vis usikkerhed. Der ses udsving på kommuneniveau mellem den forventede afregning af KMF for de midtjyske kommuner og de forudsætninger, der lå til grund for budgetlægningen for 2018. Igennem årene er der foretaget en række tilpasninger af KMF systemet. Disse tilpasninger har bl.a. medvirket til, at gøre KMF systemet uigennemskueligt og vanskeliggjort budgetlægning på området.

Forklaringsvariabler

Sundheds- og ældreministeriet har 29. oktober 2018 udsendt et notat om udviklingen i den kommunale medfinansiering. Her peger man på tre komponenter, der i 2018 kan have haft betydning for udviklingen af KMF:

Ændret aktivitet

Hvis der var en større aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering (og omvendt).

Effekten af en ændret aktivitet kan tilskrives ændringer i antallet af sundhedsydelser alt andet lige.

Ændret sundhedsforbrug ml. aldersgrupper

Hvis der var en forskydning i sundhedsforbruget mod de +65 årige og især mod befolkningsgrupperne over 80 år og under 2 år, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering (og omvendt). Det skyldes, at afregningen udgør en procentvis større andel (af taksten) for 65+ år og en endnu større andel for + 80 årige og 0-2 årige.

Effekten af et ændret forbrug af sundhedsydelser mellem de fire alderskategorier hhv. 0-2 årige, 3-64 årige, 65-79 årige og 80+ årige kan som udgangspunkt tilskrives ændringer i antal borgere eller ændringer i intensiteten af kontakter for den enkelte.

Ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder

Hvis en større andel af forbruget bliver leveret på sygehuset - især i det somatiske sygehusvæsen - fremfor i almen praksis, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering for 2018. Det skyldes, at afregningen udgør en procentvis mindre andel (af taksten), hvis forbruget foregår i almen praksis, og en større andel, hvis forbruget foregår i det somatiske sygehusvæsen og fordi at udgiftsniveauet pr. behandling generelt er højere i sygehusvæsenet end i almen praksis.

Effekten af et ændret forbrug af sundhedsydelser mellem det specialiserede sygehusvæsen (somatikken og psykiatrien) og praksissektoren (almen praksis, speciallæge m.v.) kan som

udgangspunkt tilskrives ændringer i intensiteten i og af kontakter til det specialiserede sygehusvæsen ift. praksissektoren.

Omlægning af takststrukturen

Foruden de tre overforstående komponenter peger flere kommuner på, at omlægningen af den regionale takststruktur, hvorved ambulant og stationær behandling slås sammen til én samlet somatisk takst (omgruppering af takstsystemet) kan have en negativ effekt på KMF. Takstomlægningen gør, at værdiansættelsen af denne aktivitet er blevet større og dermed også et stigende KMF. Denne problemstilling synes potentielt set at gøre sig gældende for Vest klyngen, hvor man på hospitalet i Holstebro har en relativ stor ambulant aktivitet. Imidlertid synes Vest klyngens kommuner (med en enkelt undtagelse) ikke at være mere udfordret på KMF end kommunerne i Midt og Horsens klyngerne. Dette kan skyldes, at nogle af de ovenfor nævnte komponenter opvejer, den mulige negative effekt af takstomlægningen. En nærmere analyse af ændringerne af den regionale takststrukturens betydning for KMF kunne være hensigtsmæssig.

Endelige påpeger enkelte kommuner specifikke lokale forhold, som forklaringsvariabel på situationen omkring KMF. F.eks. har regionen i 2018 gennemført en stor udflytning fra tre gamle matrikler i Aarhus midtby og ud til det nye universitetshospital i Skejby. Aarhus Kommune vurderer, at denne udflytning har betydet et fald i aktivitetsniveauet på hospitalet og dermed også en mindre udgift til KMF for Aarhus Kommune. I forlængelse heraf vil det være interessant at analysere betydningen af den ændrede hospitalsstruktur med etableringen af Aarhus Universitetshospital i Skejby og regionshospitalet i Gjødstrup (2020) på KMF.

Situationen i Midtjylland

For hele landet under ét er der stort set ingen ændring mellem forudsat og forventet KMF-afregning for 2018. Ser man på Region Midtjylland anføres det i notatet fra ministeriet, at der forventes et fald i afregningen. Dette bekræftes af den seneste prognose fra Region Midtjylland fra 8. november 2018, hvor det fremgår, at det forudsatte niveau for KMF i kommunerne i regionen på 4.552,0 mio. kr. i 2018 ikke nås. Forventningen er at den samlede medfinansiering for 2018 bliver på 4.492,6 mio. kr. Det betyder, at der i 2019 vil ske en opkrævning af

differencen. Denne tilbagebetaling sker til staten og fordeles mellem de 19 kommuner ud fra befolkningstallet i hver kommune.

Af bilag 1 i notatet fra Sundhed- og ældreministeriet fremgår udviklingen i forventet skøn af KMF-afregning ift. ØA18 og med fordeling af effekt ved de tre komponenter, som anført i ovenstående. Herunder fremgår alene tallene fra Region Midtjylland.

Tabel 1: Udvikling i forventet skøn af KMF-afregning ift. ØA18 og dekomponering af effekter blandt de midtjyske kommuner

| Kommune | Ændring af det forventet skøn ift. forudsatte niveau for ØA18 | Effekt af ændret aktivitet | Effekt af ændret sundhedsforbrug mellem aldersgrupper | Effekt af ændret sundhedsforbrug ml. områder (alm. praksis, somatik) | Øvrige |
|-------------------|---|----------------------------|---|--|--------|
| Horsens | 0% | -5% | 3% | 2% | 0% |
| Herning | -1% | -3% | 1% | 1% | 0% |
| Holstebro | -2% | -7% | 1% | 4% | 0% |
| Lemvig | -3% | -11% | 3% | 4% | 1% |
| Struer | -5% | -9% | 1% | 3% | 1% |
| Syddjurs | 3% | 0% | 1% | 2% | 0% |
| Norddjurs | -2% | -5% | 1% | 2% | 0% |
| Favrskov | -1% | -5% | 2% | 2% | 0% |
| Odder | 2% | -3% | 2% | 3% | 0% |
| Randers | 0% | -4% | 1% | 2% | 0% |
| Silkeborg | 0% | -3% | 1% | 2% | 0% |
| Samsø | -5% | -7% | 3% | -2% | 1% |
| Skanderborg | 6% | -2% | 3% | 5% | 0% |
| Aarhus | -5% | -8% | 1% | 1% | 1% |
| Ikast-Brande | 5% | 1% | 2% | 2% | 0% |
| Ringkøbing-Skjern | 3% | -2% | 2% | 3% | 0% |
| Hedensted | 4% | -1% | 1% | 4% | 0% |
| Skive | -1% | -6% | 1% | 3% | 0% |
| Viborg | 1% | -3% | 2% | 2% | 0% |

Af tabellen fremgår, at Skanderborg, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern, Hedensted, Syddjurs, Odder og Viborg kommuner, er de kommuner, der ligger over det forudsatte niveau for KMF i ØA18 og som derfor i større eller mindre grad, potentielt set, er udfordret i forhold til budgettet. De øvrige 12 kommuner er enten neutrale eller ligger under det forventede niveau.

Ser man på effekten af de tre omtalte komponenter på KMF, så er det sænkede aktivitetsniveau på hospitalerne, der er den primære årsag til, at de fleste kommuner ligger under det forudsatte niveau for KMF. De to øvrige komponenter - Ændret sundhedsforbrug ml.

aldersgrupper og Ændret sundhedsforbrug ml. sundhedsområder synes derimod, at give en moderat opdrift i KMF.

Tilbagemeldinger fra de midtjyske kommuner

KOSU sekretariatet har forespurgt de midtjyske kommuner om udviklingen i KMF i 2018. Resultatet af denne forespørgsel er præsenteret i nedenstående tabeller. Tabellerne indeholder en række informationer, der tilsammen giver et billede af situationen på KMF på tværs af de 19 kommuner. Det er centralt for forståelsen af tabellen, at man klarlægger, hvordan budgetlægningsprocessen er forskellig fra kommune til kommune.

Budgetlægningen af KMF

Der er en række forhold, der har betydning for kommunernes budgetlægning af KMF. Sundhedsdatastyrelsen (SDS) fremlægger, hvert år et skøn for KMF det efterfølgende år. Aftalesummen i økonomiaftalen på de 22,1 mia. kr. er splittet op på hver af de 98 kommuner, hvor SDS' s udgangspunkt for fordeling er aktiviteten i 2016 korrigeret for diverse lovændringer. I tabel 2 kan SDS skøn for de midtjyskes KMF forbrug i 2018 ses i kolonne 1. Hertil kommer de erfaringer, man har gjort sig i forhold til tidligere års budgetlægning af KMF. Det er op til den enkelte kommune at afgøre, hvordan man ud fra ovenstående vil budgetlægge. Nogle kommuner indarbejder en effektiviseringsprocent i budgettet og derfor bevidst underbudgetter KMF i forhold til SDS skøn. Region Midtjylland udarbejder også skøn på forventet forbrug på KMF. Regionens beregning for 2018 tager udgangspunkt i forbruget i 2017 samt en PL fremskrivning. Imidlertid er regionens skøn ikke tilgængelig på det tidspunkt, hvor budgetlægningen finder sted i kommunerne.

For at kunne sammenligne udviklingen af KMF i 2018 på tværs af kommuner tages der i det følgende udgangspunkt i SDS' skøn og regionens skøn. Med afsæt heri kan det konstateres, at nogle kommuner har valgt ved budgetlægningen at afvige fra skønnet fra SDS. Særligt har Hedensted, Silkeborg, og Struer kommuner et budget, der ligger relativt lavt i forhold til SDS. Omvendt har Aarhus Kommune valgt at budgettere væsentligt højere end SDS.

Som med SDS´ s skøn er der ligeledes afvigelser fra kommunernes egne skøn og regionens. Særligt har Horsens og Samsø budgetteret væsentligt under det regionale skøn, mens f.eks. Viborg og Randers vurderer et højere forbrug end regionen.

I nogle kommuner overfører man KMF over-underskud fra år til år. Det betyder, at den efterregulering for 2017 indregnes i budgettet for 2018. Det er dog vigtigt, at der skelnes mellem udgifterne til afregning af aktivitetsbestemt medfinansiering, og en eventuel efterbetaling til staten. Efterbetaling til staten som følge af, at kommunerne ikke har nået det forudsatte niveau (loftet i økonomiaftalen i 2017), skal budgetlægges og afregnes særskilt på de finansielle konti på hovedkonto 7, og ikke indgå i driften på hovedkonto 4 – Sundhedsområdet. De facto er der dog nogle kommuner, der praktiserer overførelse mellem årene. Dette har naturligvis betydning for, hvordan KMF balancen er i den enkelte kommune.

Forbrug KMF 2018

Med afsæt i ovenstående kan det konstateres, at nogle kommuner i 2018 er udfordret på KMF forbruget i forhold til det budgetterede. Dette gør sig særligt gældende for Hedensted, Skanderborg, Silkeborg, Syddjurs og Ikast-Brande kommuner. Viborg og Odder kan forvente et mindre mer-forbrug på KMF 2018, mens de øvrige 12 midtjyske kommuner har et mindre-forbrug i 2018 – isoleret set. Særligt Aarhus Kommune har et markant mindre-forbrug på KMF.

Ud fra den seneste prognose fra Region Midtjylland forventes de midtjyske kommuner ikke at nå det forudsatte loft for KMF i ØA18. I ØA18 var loftet 4.552,0 mio. kr. for de midtjyske kommuner mens forventningen primo november er, at den samlede KMF bliver på 4.492,6 mio. kr. Differencen på 59,4 mio. kr. skal tilbagebetales til staten i 2019. Hver kommune betaler relativt set i forhold til befolkningstal.



Aarhus, 5. februar 2019
MVJ

Tabel 2: Overblik over KMF i de midtjyske kommuner - 2018 (november)

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
|--------------|--|---|--------------------------------|---|--|---|---|
| Kommune | Sundhedsdatastyrelsens prognose for KMF vedr. 2018 | Region Midtjyllands skøn for KMF 2018 (september) | Budget til KMF 2018 vedr. 2018 | Forventet forbrug til KMF 2018 vedr. 2018 | Forventet mer-/mindreforbrug 2018 vedr. KMF 2018 | Forskel mellem sundhedsdatastyrelsens prognose og forventet forbrug af KMF vedr. 2018 | Forskel mellem RM's skøn (2) og forventet forbrug af KMF 2018 |
| Favrskov | 155.273.000 | 153.054.108 | 155.273.000 | 154.385.000 | 888.000 | 888.000 | -1.330.892 |
| Hedensted | 157.379.000 | 163.703.039 | 147.030.240 | 162.744.838 | -15.714.598 | -5.365.838 | 958.201 |
| Horsens | 308.890.000 | 310.379.806 | 308.890.000 | 303.198.000 | 5.692.000 | 5.692.000 | 7.181.806 |
| Norddjurs | 145.414.000 | 140.515.762 | 145.552.050 | 139.552.050 | 6.000.000 | 5.861.950 | 963.712 |
| Odder | 77.161.000 | 78.585.048 | 78.738.000 | 80.900.000 | -2.162.000 | -3.739.000 | -2.314.952 |
| Randers | 356.519.000 | 352.661.467 | 360.000.000 | 357.059.000 | 2.941.000 | -540.000 | -4.397.533 |
| Samsø | 17.950.000 | 16.984.727 | 18.115.000 | 13.595.559 | 4.519.441 | 4.354.441 | 3.389.168 |
| Silkeborg | 336.393.000 | 333.966.884 | 320.164.000 | 333.966.000 | -13.802.000 | 2.427.000 | 884 |
| Skanderborg | 179.941.000 | 190.541.040 | 179.941.000 | 190.919.559 | -10.978.559 | -10.978.559 | -378.519 |
| Syddjurs | 159.154.000 | 162.672.983 | 156.897.756 | 163.361.393 | -6.463.637 | -4.207.393 | -688.410 |
| Aarhus | 1.047.187.000 | 995.856.263 | 1.103.670.350 | 1.003.771.350 | 99.899.000 | 43.415.650 | -7.915.087 |
| Herning | 314.102.000 | 308.969.645 | 314.102.000 | 305.000.000 | 9.102.000 | 9.102.000 | 3.969.645 |
| Holstebro | 217.833.000 | 213.238.633 | 217.851.000 | 211.900.000 | 5.951.000 | 5.933.000 | 1.338.633 |
| Ikast-Brande | 143.578.000 | 149.877.330 | 143.578.000 | 150.228.000 | -6.650.000 | -6.650.000 | -350.670 |
| Lemvig | 82.011.000 | 78.624.090 | 83.528.000 | 79.626.133 | 3.901.867 | 2.384.867 | -1.002.043 |



Aarhus, 5. februar 2019
MVJ

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Ringkøbing-Skjern | 205.580.000 | 208.396.574 | 205.577.000 | 205.643.000 | -66.000 | -63.000 | 2.753.574 |
| Skive | 188.515.000 | 185.015.706 | 187.788.652 | 184.536.026 | 3.252.626 | 3.978.974 | 479.680 |
| Struer | 88.664.000 | 83.962.396 | 84.365.221 | 82.989.722 | 1.375.499 | 5.674.278 | 972.674 |
| Viborg | 365.129.000 | 365.595.524 | 368.960.000 | 370.184.000 | -1.224.000 | -5.055.000 | -4.588.476 |
| Sum kommuner i Region Midt | 4.546.673.000 | 4.492.601.024 | 4.580.021.269 | 4.493.559.630 | 86.461.639 | 53.113.370 | -958.605 |

