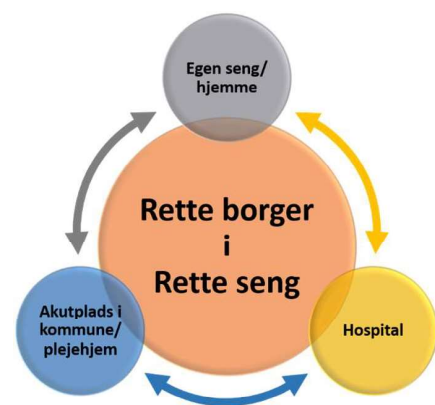


Samarbejde mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner

6. december 2018



Anbefalinger fra tværsektoriel arbejdsgruppe nedsat af Praksisplanudvalget i Region Midtjylland

1. Indledning og formål med en lokalaftale



Praxisplanudvalget ønsker, at rammerne for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og de kommunale akutfunktioner aftales. Der er derfor nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal komme med anbefalinger med henblik på en lokalaftale.

Borgerforløb, der involverer de kommunale akutfunktioner, er ofte sårbare, ældre borgere, der har behov for en tværsektoriel indsats. En aftale skal sikre sammenhængende forløb og gøre det tydeligt, hvem der gør hvad i forløbet. Det handler om at sikre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet i de konkrete borgerforløb. Vi skal med andre ord have **den rette borger i den rette seng** – uanset om borgeren har behov for behandling og pleje i eget hjem, på en akutplads eller på et hospital. Vi tager afsæt i borgerens ønsker til eget forløb.

En lokalaftale skal bidrage til:

- At borgerne oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet – uanset om borgeren skal have behandling og pleje i eget hjem, på en akutplads eller på et hospital.
- At sygdom i højere grad kan tages i opløbet og forebygges.
- At reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.
- At sikre kvalitet og forankring af det lægefaglige ansvar for patient og for behandling i en akutfunktion, således at akutfunktionen bliver et godt alternativ til en indlæggelse.
- At skabe tydelighed om arbejdsdeling og arbejdsgange og dermed styrket patientsikkerhed
- At opgaverne løses på det rette specialiseringsniveau – dvs. at vi får rette borger i rette seng.

Alle parter i et forløb har et særligt ansvar for at have øje for borgerens samlede forløb og videregive oplysninger og opgaver ("stafetten") rettidigt til de øvrige parter i det enkelte forløb.

Rammen for arbejdet er anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner samt overenskomsten for almen praksis.

Hvad er en kommunal akutfunktion?

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale sygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygepleje. Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner kan opgaverne i en akutfunktion varetages via et akutteam og/eller akutpladser. Alle de 19 midtjyske kommuner har en akutfunktion i form af et akutteam og/eller akutpladser. Oversigt over kommunale akutfunktioner er vedlagt som bilag.

Akutteam er et mobilt team, der leverer en specialiseret sygeplejefaglig indsats i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig eller på bosted. Akutplads er en fysisk plads, hvor borgeren kan få midlertidigt døgnophold og modtage en specialiseret sygeplejefaglig indsats på en særlig kommunal enhed. Fælles for de kommunale akutfunktioner er, at den specialiserede indsats kan leveres med kort varsel. Dvs. indenfor få timer, døgnet rundt, 365 dage om året.

Personalet i den kommunale akutfunktion er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der har brede sygeplejefaglige kompetencer, samt viden og erfaring med observation, udredning, planlægning, justering og opfølgning på den sygeplejefaglige indsats.

Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er samarbejds- og sparringspartnere for praktiserende læger, vagtlæger, hospitalslæger og kommunalt plejepersonale i fx den kommunale sygepleje, hjemmepleje, på plejehjem og botilbud. Akutfunktionen understøtter, at der træffes kvalificerede kliniske beslutninger.

Akutfunktionerne har udstyr og utensilier, der er nødvendigt for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande, der varetages i de kommunale akutfunktioner.

De faglige krav til en kommunal akutfunktion er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner.

Henvisninger:

- *Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje.*
- *Sundhedsstyrelsen (2017) Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*

2. anbefalinger



Det anbefales,

- ✓ At lokalaftalen opstiller klare rammer for arbejdsdeling og arbejdsgange i borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion. Arbejdsgruppen har beskrevet forslag til beskrivelse af formål med aftale, målgruppe for akutfunktionen, henvisning og visitation, lægefagligt ansvar for patient og for behandling, afklaringsfase og samarbejde under forløbet samt afslutning i akutfunktionen. PLO-Midtjylland har gjort opmærksom på, at det beskrevne samarbejde om klare rammer for kommunikation, tilgængelighed og akuthed fordrer en aftale om honorering for kommunikation, hvor Ålborgaftalen med 10 min. moduler kunne anvendes til inspiration. Endvidere er fremført, at for at fremme et øget samarbejdet også i lægevagten, er det nødvendigt med en styrket honorering til sygebesøg foretaget af lægevagten.
- ✓ Vilkårene for lægefaglig forankring i forhold til akutfunktionerne er forskellige alt efter, om der er tale om dagtid (kl. 8-16) eller vagttid (kl. 16-8). Der er forskelle i de handlemuligheder og muligheder for kommunikation, som praktiserende læger og vagtlæger har samt forskel i honoreringen. Det anbefales, at problemstillingen udredes i et samarbejde mellem Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og kommunerne i regionen.
- ✓ At Region Midtjylland, kommuner og almen praksis sammen udreder mulighederne for en mere ensartet kvalitet og praksis i forhold til at tage akutte, venøse blodprøver via en akutfunktion udredes nærmere med henblik på at finde fælles løsninger på området.
- ✓ At alle kommuner tilstræber med tiden at have et akutteam for at styrke indsatsen i patientens hjem
- ✓ At der indgås en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner
- ✓ At problemstilling med manglende mulighed for at opbevare medicin i akutfunktionerne rejses nationalt.

I det følgende beskrives arbejdsgruppens forslag til definitioner og arbejdsgange, der kan indgå i en lokalafale om rammer for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og de kommunale akutfunktioner samt øvrige anbefalinger. De beskrevne forslag vil fordre, at der indgås en honoreringsaftale med PLO-Midtjylland på udvalgte områder.

3. Arbejdsgruppens forslag til definitioner og arbejdsgange

3.1 Målgruppe for de kommunale akutfunktioner



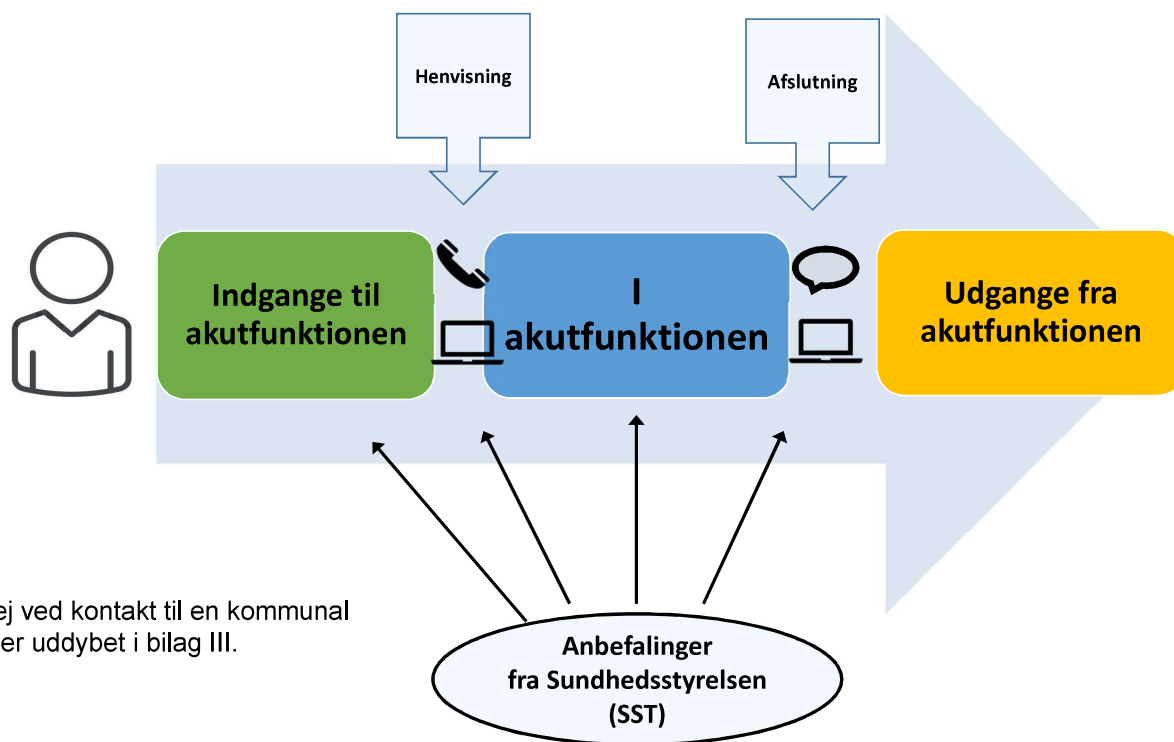
De kommunale akutfunktioner er et tilbud til borgere med somatisk sygdom, der har særlige behov for pleje og behandling, der bedst varetages i et sundhedstilbud med sygeplejefaglige kompetencer tæt på borgerens hverdag, familie og netværk. Så vidt muligt varetages indsatsen i borgerens eget hjem.

Målgruppen for behandling og pleje i akutfunktionerne er:

- Lægehenviste* borgere med akut opstået somatisk sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for hospitalsindlæggelse.
- Lægehenviste borgere, der efter udskrivning fra somatisk hospital fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, der er tilstede i en kommunal akutfunktion.
- Borgere henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med den kommunale akutfunktionens personale med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.
- Lægehenviste* borgere, hvor der er brug for en hurtig vurdering for at sikre den rette lægefaglige indsats. Herunder om borgeren skal indlægges med det formål at forebygge yderligere forværring af tilstanden.

*Særligt vedr. vagtlægeinstitutionen: Vagtlæger kan undtagelsesvis med diagnostisk afklarede patienter henvise til akutpladser. Akutteam kan anvendes i en afklaringsfase (jf. afsnit 3.6).

3.2 Borgerens vej



Borgerens vej ved kontakt til en kommunal akutfunktion er uddybet i bilag III.

3.3. Henvisning og visitation



Praktiserende læger, vagtlæger, læger på hospitalerne og kommunalt plejepersonale kan henvise borgere til den kommunale akutfunktion, såfremt borgerne er i målgruppen og har behov for de indsatser, den kommunale akutfunktion kan tilbyde.

Den kommunale akutfunktion har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers situation kan varetages i akutfunktionen. Det skal være muligt for akutfunktionen at håndtere de opgaver, som aftales med lægen og inden for få timer fra modtagelse af opkald om en borger.

Forud for en henvisning til akutfunktionen skal den henvisende læge kontakte akutfunktionen telefonisk med henblik på at aftale om akutfunktionen kan påtage sig opgaver i forhold til den konkrete borger.

Den telefoniske henvendelse følges op med en skriftlig henvisning, der indeholder relevant information. Det forventes, at der skal implementeres en ny MedCom standard for henvisning i løbet 2019. Indhold i henvisning og evt. andre krav til den skriftlige henvisning afventer arbejdet i regi af MedCom.

Vagtlæger kan dog ikke sende en skriftlig henvisning til akutfunktionen. Egen læge modtager vagtlægenotat.

Hvis kommunalt personale kontakter egen læge eller vagtlæge om en borger forventes det, at borgerens situation har været drøftet med en sundhedsfaglig i kommunen med det rette kompetenceniveau inden egen læge eller vagtlæge kontaktes.

National anbefaling om henvisning til kommunal akutfunktion

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktionen og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet.

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt behandlingsansvar

I akutfunktionen varetages størstedelen af indsatserne efter ordination fra en læge og på delegation (jf. lovgivning for delegation af lægeforholdt virksomhed). Det er derfor afgørende, at det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om borgerens behandling.

Patientansvarlig læge

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som bærer det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Som udgangspunkt forbliver den patientansvarlige læge i rollen, selvom patienten i en afgrænset periode modtager behandling inden for andre specialer/på andre afdelinger.

Den patientansvarlige læge skal sikre

- at der skabes tryghed, sammenhæng og overblik for patienten
- at der foreligger en behandlingsplan, et overblik og en sammenhæng i indsatsen for patienten.
- at der er fremdrift i udrednings- og behandlingsforløbet

Den patientansvarlige læge er den læge, som kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.

Nationale anbefalinger om lægefagligt behandlingsansvar

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om patientens behandling
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsansvaret ved overdragelse til praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med praktiserende læge
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt behandlingsansvar (fortsat)

Lægefagligt behandlingsansvar

Det lægefaglige behandlingsansvar er ansvaret for den behandling, en given læge udfører for en patient - fx ved et tilsyn eller ved vagtlægen. Men man har ikke nødvendigvis ansvaret for den samlede plan for patienten.

Egen læge eller dennes stedfortræder

- Er patientansvarlig læge for borgere, der er henvist til en akutfunktion af egen læge eller dennes stedfortræder også vagtlæge
- Har en direkte telefonadgang for akutfunktionen, hvor de kan træffes på hverdage kl. 08-16

Vagtlægeinstitutionen

- Har behandlingsansvaret for patienter henvist af en vagtlæge til akutfunktionen på hverdage kl. 16-08 samt i weekender og på helligdage, samt for akut opståede problemer for patienter henvist af almen praksis på hverdage kl. 16-08 samt i weekender og på helligdage.
- Ved flere kontakter til vagtlægeinstitutionen kan det ikke forventes at få fat i den samme vagtlæge ved hver kontakt.
- Vagtlægen kan bede akutfunktionen om at orientere egen læge eller dennes stedfortræder om, at borgeren i vagttiden er blevet tilknyttet en akutfunktion (akutteam og/eller akutplads), således at den praktiserende læge er klar over, at patienten er tilknyttet en akutfunktion, og at patientansvaret er overdraget til denne.
- Har et telefonnummer, hvor de kan kontaktes 16-08 på hverdage og i weekenden (70 11 31 31)

Hospitalslæge

- Er patientansvarlig læge for indlagte borgere, og borgere henvist til en akutfunktion af hospitalet indtil hospitalsbehandling er slut, og patienten er afsluttet fra akutfunktionen. Dette gælder hele døgnet
- Kan gå i dialog med egen læge eller dennes stedfortræder fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen.
- Har et vagttelefonnummer, hvor de kan træffes hele døgnet.

3.5 Patientansvarlig læge kontaktes



Konklusion vedr. hvem akutfunktionen skal kontakte ved ændringer i en borgers tilstand:

Borgere, der er indlagt på et hospital eller henvist fra hospitalet til en akutfunktion vil have en hospitalslæge som patientansvarlig læge.

Borgere, der er henvist til en akutfunktion af egen læge eller dennes stedfortræder eller vagtlæge, vil have egen læge eller dennes stedfortræder som patientansvarlig læge.

3.6 Afklaringsfase



Forud for en henvisning til en akutfunktion kan der være behov for en afklaringsfase, hvor det afklares om akutfunktionen er det rette tilbud til borgeren:

Lægen kontakter akutfunktionen

Når en læge i almen praksis, vagtlægen eller på hospitalet vurderer, at en borger bør henvises til en kommunal akutfunktion, tager lægen indledende telefonisk kontakt på borgerens vegne til den kommunale akutfunktion. I akutfunktionen er det en sygeplejerske med akutfunktionskompetencer, der tager imod opkaldet fra lægen og vurderer, om akutfunktionen kan varetage opgaven. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag for at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen kan afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til akutfunktionen
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse

Den henvisende læge fastsætter i samarbejde med den kommunale akutfunktion en tidshorizont for indsatsen for borgeren.

Akutfunktionen kontakter lægen

Når den kommunale akutfunktion vurderer, at der er behov for en lægefaglig vurdering af en borger, indsamler sygeplejersken relevante oplysninger om borgeren, fx ved at måle vitale parametre. Sygeplejersken med akutfunktionskompetencer kontakter indledningsvist telefonisk herefter almen praksis eller vagtlægen. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag til at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til akutfunktionen
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse

Den henvisende læge fastsætter i samarbejde med den kommunale akutfunktion en tidshorizont for indsatsen for borgeren.

3.7 Samarbejde under forløbet i akutfunktionen



Akutfunktionen skal melde tilbage til den patientansvarlige læge, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Lægen skal i disse tilfælde foretage en ny vurdering af, hvorvidt borgeren skal fortsætte forløbet hos akutfunktionen, eller om borgerens behov bedst varetages på anden vis.

Har en læge ordineret prøver, skal lægen give akutfunktionen besked om prøvesvarene, og om dette får betydning for det aftalte forløb. Kommunikationen om prøvesvar sker som sædvanligt efter aftale i det konkrete patientforløb og kan ske både telefonisk (akut) og ved anvendelse af en korrespondancemeddelelse.

Særligt for hospitalerne

Den udskrivende eller vagthavende læge på hospitalet har under et samarbejdsforløb med en kommunal akutfunktion et særligt ansvar for:

- at tilbyde rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet personale på hospitalet vedrørende specifikke borgeres behandling.
- at sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt.
- at medgive den ordinerede, midlertidige medicin, jf. behandlingsplanen, dvs. præparater, som er aftalt med akutfunktionen.
- at medgive utensilier, der ikke allerede forefindes i akutfunktionen, og som er nødvendige, for at akutfunktionen kan varetage og videreføre den pleje og behandling, som hospitalet har igangsat. Dette aftales nærmere med akutfunktionen.

Den udskrivende hospitalslæge kan delegere udvalgte opgaver til en sygeplejerske på hospitalet i forhold til samarbejdet med den kommunale akutfunktion. Når lægen fra hospitalet udarbejder en behandlingsplan, kan den suppleres af en plan for ambulantly opfølgning.

3.8 Afslutning i akutfunktionen



Akutfunktionen giver den praktiserende læge besked via en korrespondancemeddelelse, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes. Når et forløb afsluttes i akutfunktionen overgår patientansvaret automatisk til den praktiserende læge, dog med undtagelse af sygdomme, hvor patienten går i ambulante forløb på hospitalet. Der beholder sygehuset behandlingsansvar for det ambulante forløb.

National anbefaling om afslutning i en kommunal akutfunktion

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

4. Blodprøver



Undervejs i et forløb i en akutfunktion kan der være behov for, at den praktiserende læge via akutfunktionen får taget forskellige akutte venøse blodprøver hos borgeren. Fx prøver i forhold til væsketal, stofskiftetal, blodbillede, koagulationsfaktorer (INR) og nyre/levertal, som kan bidrage til, at der sker en hurtig afklaring af borgerens tilstand i eget hjem eller på en akutplads.

Det er i dag forskelligt hvilke venøse blodprøver, der kan tages og håndteres i de enkelte akutfunktioner. Det handler både om forskelle i geografiske afstande, der fx kan gøre det vanskeligt at få blodprøverne leveret til analyse på et hospital, og om hvilke specifikke blodprøver, der kan håndteres i den enkelte akutfunktion.

Et mere ensartet tilbud i forhold til at kunne tage akutte venøse blodprøver via en akutfunktion vil være en styrkelse af kvaliteten i de kommunale akutfunktioner på tværs af alle de 19 midtjyske kommuner.

Det anbefales derfor, at Region Midtjylland, kommunerne og almen praksis igangsætter en fælles udredning på området med henblik på at afdække mulige fælles løsninger.

På samme vis ser almen praksis gerne, at der sker en standardisering af tilrettelæggelsen af akutfunktionerne, således at alle kommuner har akutteams. Dette med henblik på at kunne give borgerne det samme tilbud og lette samarbejdet mellem praktiserende læger, vagtlæger og akutfunktioner. Særligt i forhold til vagtlægeinstitutionen vil en standardisering være en fordel i samarbejdet.

National anbefaling om blodprøver i en kommunal akutfunktion

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage en række indsatser, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner.

En af indsatserne er akutte bedside blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent).

Hvis den kommunale akutfunktion vælger at varetage opgaver udover de angivne, fx venøs blodprøvetagning anbefales det, at det aftales lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

5. Sundhedsfaglig rådgivning



Når den patientansvarlige læge og personalet i akutfunktionerne samarbejder om en borger, kan en del af kontakten omfatte faglig sparring i forhold til det konkrete forløb. Det er med til at styrke kvaliteten i forløbet samt kendskabet til hinanden på tværs af faggrupper og sektorer.

Derudover kan det være hensigtsmæssigt, hvis der også bliver mulighed for systematisk lægefaglig sparring og rådgivning i form af generel sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner.

Det anbefales derfor, at der arbejdes videre med en rammeaftale for sundhedsfaglig rådgivning i forhold til kommunale akutfunktioner. Der er allerede indgået en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning i forhold til kommunale bosteder.

6. Udlevering af medicin



Ifølge den nuværende lovgivning kan de kommunale akutfunktioner som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Dette betyder, at en borger ved henvisning til en kommunal akutfunktion selv skal medbringe medicin enten fra apotek eller fra henvisende hospitalsafdeling. Hvis en borger henvises til en akutfunktion fra hospitalet sikres det, at den udleverede medicin dækker indtil patienten eller pårørende kan komme på apotek.

Der er i 2018 kommet en ny apotekerlov, som medfører, at der ingen døgnåbne apoteker i regionen. Det er i begrænset omfang muligt at få udleveret medicin i vagttiden ved akutmodtagelsen, hvor det drejer sig om absolut nødvendig medicin.

Det begrænser akutfunktionens muligheder for at handle hurtigt i de enkelte forløb – særligt uden for apotekernes åbningstid. Det vil derfor være en klar fordel, hvis der i lovgivningen på området åbnes for, at akutfunktionen i et vist omfang må opbevare medicin. Vejen frem kunne fx være, at akutfunktionerne får mulighed for at opbevare udvalgte lægemidler herunder også isotone væsker (saltvand o. lign), der udelukkende anvendes til borgere, der er i et forløb i akutfunktionen, efter ordination af den behandlingsansvarlige læge.

7. PLO-Midtjyllands forventninger til honorar

PLO Midtjylland har gjort opmærksom på, at det beskrevne samarbejde om klare rammer for kommunikation, tilgængelighed og akuthed, fordrer en aftale om honorering for kommunikation, hvor den aftale, der er indgået mellem Ålborg Kommune og PLO-Nordjylland (Ålborgaftalen) med 10 min. moduler kunne anvendes som inspiration.

Endvidere er fremført, at for at fremme et øget samarbejdet også i lægevagten, er det påkrævet med en styrket honorering til sygebesøg foretaget af lægevagten

Bilag

I. Deltagere i arbejdsgruppen

Medlemmer

- Lise Høyer, praktiserende læge og formand for PLO-M (medformand)
- Mette Andreassen, direktør i Viborg Kommune (medformand)
- Henrik Kise, praktiserende læge og næstformand i PLO-M
- Bruno Meldgaard, praktiserende læge
- Jacob Stouby Mortensen, ledende overlæge for Akutafdelingen, Hospitalsenheden Midt
- Andreas Götke, specialkonsulent, sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Ingelise Juhl, chef for Sundhed og Omsorg, Syddjurs Kommune
- Helle Haunstrup Krog, leder på akutområdet, Aarhus Kommune
- Jens Bejer Damgaard, sundhedschef, Holstebro Kommune
- Anne Stenbæk, sundheds- og omsorgschef, Odder Kommune

Sekretariat

- Lisbeth Trøllund Andersen, chefkonsulent i Lægeforeningen
- Sine Møller Sørensen, specialkonsulent, KOSU-sekretariatet

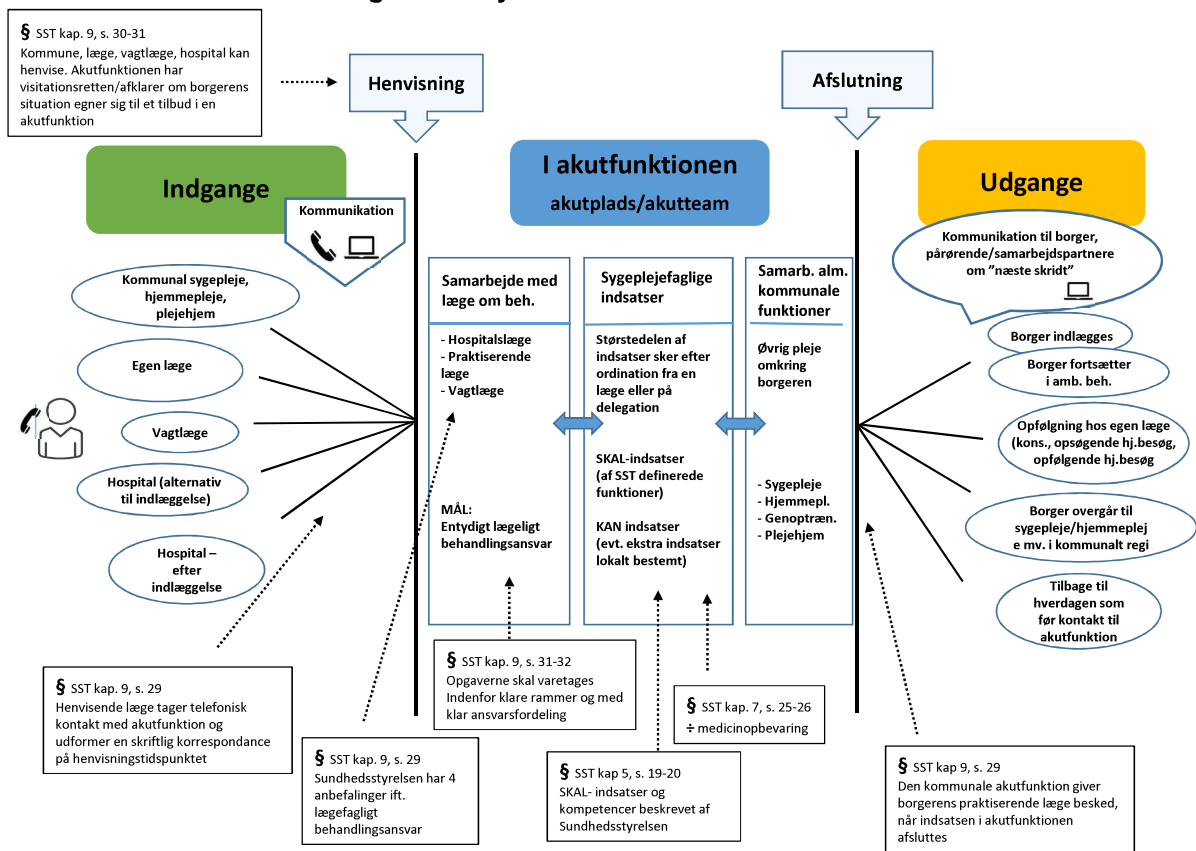
Kompetence

Gruppen har overordnet reference til Praksisplanudvalget. Da gruppens leverancer er tæt forbundet med udmøntningen af Sundhedsaftalen 2014-18 skal Sundhedskoordinationsudvalget inddrages i forbindelse med beslutninger, der træffes på baggrund af arbejdsgruppens anbefalinger.

II. Akutfunktioner i de 19 midtjyske kommuner

Kommune	Akutfunktion		
	Akutteam	Akutpladser	Antal akutpladser
Favrskov	Ja	Ja	2
Hedensted	Ja	Ja	2
Herning	Ja	Ja	10
Holstebro	Ja	Ja	10
Horsens	Ja	Ja	17
Ikast-Brande	Ja	Ja	2
Lemvig	Nej	Ja	9
Norddjurs	Ja	Ja	18
Odder	Ja	Ja	3
Randers	Ja	Ja	18
Ringkøbing-Skjern	Nej	Ja	25
Samsø	Nej	Ja	4
Silkeborg	Ja	Ja	2
Skanderborg	Ja	Nej	0
Skive	Ja	Ja	3
Struer	Ja	Ja	15
Syddjurs	Ja	Ja	4
Viborg	Ja	Ja	3
Aarhus	Ja	Ja	43

III. Borgerens vej i den kommunale akutfunktion



Kommunale bemærkninger til anbefalinger fra arbejdsgruppe om rammer for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner

Kommune	Bemærkninger
Favrskov	<p>Favrskov kommune har med stor interesse læst anbefalingerne og finder dem overordnet set gennemarbejdet og konstruktive.</p> <p>Vi har dog følgende bemærkninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I indledning og formål skrives der, at arbejdsgruppen er kommet med nogle anbefalinger med henblik på en lokalaftale. Vi kunne ønskes os at denne lokalaftale blev konkretiseret og besluttet på overordnet niveau således, at der ikke opstår individuelle forhandlinger på kommunalt niveau. • Vi anerkender at det er et godt ensartet tilbud at kunne tilbyde at tage akutte venøse blodprøver kommunalt, samt at man igangsætter en fælles udredning på området. Vi vil dog anbefale at man også drøfter de økonomiske udgifter og konsekvenser heraf for den enkelte kommune i forbindelse med denne opgave. • Det er af meget vigtig betydning for den kommunale akutfunktion, at man får mulighed for at opbevare medicin i et vist omfang, herunder isotoniske væsker. Derfor ser vi frem til at arbejdsgruppen har dette med i deres videre arbejde.
Hedensted	<p>Hedensted Kommune tænker at det er et rigtigt fint udspil og at det kan blive rigtigt godt.</p> <p>Tanker og kommentarer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske aftaler forhold til kommunerne er ikke nævnt, det er kun PLO hvor økonomi bliver uddybet? • Under punkt 3,1 under afsnit 4. Vi har et ønske om at vagtlægen lægger en (foreløbig) behandlingsplan også i vagttid? • Under punkt 3,4 Vagtlæge kan bede: Vi tænker at lægerne selv skal være ansvarlige for at informere hinanden, akutfunktionen bliver et unødvendig mellem led? • Under punkt 3,7 Samarbejde i forløbet: Særligt for hospitalet står der at de er ansvarlige for opdatering af FMK og relevante recepter- dette bør knyttes til kommentarer punkt 3.6 øverste afsnit? • Vi støtter op om, at der udarbejdes en fælles aftale i forhold til udredning/ blodprøvetagning.
Herning	<p>Vi har set på oplægget til anbefalinger vedrørende samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner. I Herning Kommune synes vi, det er et rigtig godt oplæg, hvor man er kommet godt omkring. Stor ros herfor.</p>

	<p>Vi har i øvrigt følgende kommentarer til materialet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er nævnt i oplægget, og vi mener, det er meget vigtigt fokusområde at have en opmærksomhed på, at der skal tages stilling til honorering af lægerne • Desuden er der brug for stort fokus på forskellen mellem henvisning og visitation. Det er nævnt i oplægget, men det bliver meget vigtigt at kommunikere, at henvisning IKKE er det samme som visitation • I oplægget forholder man sig ikke til volumen og til det pres, der er på kommunen i forhold til akutområdet.
<p>Randers</p>	<p>Vi tænker at oplægget matcher det vi kender i Randers og Randersklyngen, og som vi har arbejdet med og synes at det generelt er fine anbefalinger. Vi er med på at der lægges op til en udredning ifht venøse blodprøver – men har en bekymring for at det kan blive brugt til at vi bliver en forlænget arm ifht den diagnostiske del – og ikke kun i relation til en akut opstået situation. Men en nærmere udredning af området er selvfølgelig ok.</p>
<p>Ringkøbing-Skjern</p>	<p>3.1. Målgruppe for den kommunale akutenhed. Et ophold i akutfunktionen i RKSJ visiteres efter en individuel vurdering af borgers samlede behov, primært i Myndighed, men uden for åbningstiden er det Akutfunktionen selv, der visiterer til ophold, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der er behov for intensiv observation, behandling, pleje og træning. - Forløb, hvor borgeren har behov for sygepleje på uforudsigelige tidspunkter og hele døgnnet. - I tilfælde af flere ustabile og uafklarede behandlingsforløb. <p>Træning er således en del af vores tilbud, hvor der har været politisk ønske om at opretholde en decentralisering af pladserne i kommunen, hvilket kræver en vis volumen i enhederne. Kommunen har ingen udgående akutfunktion for nuværende.</p> <p>3.3 Henvisning og visitation. Anbefalingen siger, at henvisende læge tager telefonisk kontakt til akutfunktionen, og efterfølgende sender skriftlig uddybende henvisning, og at akutfunktionen har visitationsretten. Borgere henvises af sygehus, praksislæger/vagtlæger og internt. Det er altid sygeplejersker fra sygehus, der kontakter os. Praktiserende læger henviser ofte pr. korrespondance. I dagvagt på hverdage går henvisning til visitationen ellers går den direkte til akutfunktionen. Meget fint, hvis behandlingsplan og mål for behandlingen formidles specifikt.</p> <p>Anbefalingen er endvidere, at det er sundhedsfagligt personale ”med rette kompetenceniveau” der forestår evt. henvendelser til læge. Hvad ligger der i det? Tænkes det at være sygeplejersker eller kan også social- og sundhedsassistenter forestå kontakten, hvis henvendelser er fagligt begrundede og indeholder patientsikker kommunikation (ISBAR) samt relevante informationer, herunder TOBS-værdier og eventuelt andre målinger.</p> <p>3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt behandlingsansvar.</p>

Som anbefalingen lægger op til, er patientsansvarlig læge koordinator for det samlede behandlingsforløb. Når patienten henvises til akutfunktionen fra hhv. egen læge og vagtlæge, så er det rimeligt klart, at praktiserende læge har patientsansvaret i dagtid og vagtlæge derudover.

Som noget nyt er anbefalingen her, at hospitalslæge er patientansvarlig læge for borgere henvist til akutfunktionen af hospitalet og indtil borger er afsluttet fra akutfunktionen, døgnet rundt. Det er en særdeles vigtig del af anbefalingerne, da særlig akutfunktionen kan "løbe spidsrod" mellem praktiserende læge og sygehus for at få taget hånd om patientens tilstand. Oplevelsen er, at der ikke lavet aftaler mellem de 2 læger. I forhold til IV behandlinger i Vestklyngen, ligger behandlingsansvaret entydigt på sygehuset i forhold til den udløsende diagnose. Det vil så også gælde, når borger kommer hjem i egen bolig efter opholdet, da IV behandlingen ikke alene kan være argument for ophold i akutfunktion.

3.6 Afklaringsfase.

I anbefalingen gælder, at lægen tager telefonisk kontakt til sygeplejerske i akutfunktionen med akutfunktionskompetencer, som vurderer om akutfunktionen kan varetage opgaven og sammen aftales længden for opholdet. Som nævnt går henvisningen i Ringkøbing-Skjern kommune nu til Myndighed fra egen læge, som visiterer til opholdet ud fra gældende kriterier. Anbefalingen vil således fordrer en ændring i Myndighedsfunktionen hos os.

3.7 Samarbejde under forløbet i akutfunktionen.

Patientansvarlig læge fra sygehuset kontaktes hvis tilstanden ændres i forhold til det aftalte og lægen har et særligt ansvar for at tilbyde rådgivning og vejledning vedrørende borgers behandling. Lægen skal derudover sikre ajourføring af FMK og at nødvendig medicin og utensilier medsendes. Lægen kan overdrage denne opgave til sygeplejerske. Som udgangspunkt forsøger sygehuset at sikre dette, men der er jævnligt uoverensstemmelser, manglende medicin/recepter og manglende utensilier. Vi har tidligere undersøgt dette i 2 hjemmesygeplejeenheder hvor konklusionen var, at det i gennemsnit tager sygeplejersken en time at udrede uoverensstemmelser i informationer i forbindelse med udskrivelse af borgere i komplekse forløb. Det er således en vigtig anbefaling, for at lette arbejdet på tværs af sektorer.

3.8 Afslutning i akutfunktionen.

Akutfunktionen orienterer praktiserende læge, når borger "udskrives" fra akutfunktionen og ansvaret overgår automatisk til praktiserende læge. En meget relevant anbefaling, men kræver at aftaler vedrørende den fremtidige behandling er aftalt mellem sygehuslæge og praktiserende læge. Behandlingsansvaret vedrørende IV behandling er dog fortsat sygehuslægens efter gældende aftale i Vestklyngen.

4. Blodprøver.

Vi kan tage et blodsukker, men tager i øvrigt ikke blodprøver, da praksiskon-sulenterne i kommunen ikke har ønsket, vi skulle arbejde videre med det.

	<p>Det er fint, hvis vi får en fælles aftale for hele regionen, så kommunerne kan levere samme kvalitet. I den forbindelse kunne man forestille sig at udstyr ejes og vedligeholdes af sygehuslaboratoriet, så vi ikke får problemer med validiteten af målingerne.</p> <p>5. Sundhedsfaglig rådgivning. Der lægges op til det hensigtsmæssige i, at der bliver mulighed for systematisk lægefaglig sparring i akutfunktionen og det anbefales, at arbejde videre med rammeaftale for dette. Det kunne være rigtig godt!</p> <p>6. Udlevering af medicin. Her er vi begrænset af lovgivningen, men materialet lægger op til, at der åbnes op for muligheden for, at akutfunktionen kan opbevare udvalgte lægemidler og isotone væsker. Det kan i nogle tilfælde sikre hurtig behandling og ville være rigtig godt. Evt. kan det ske i samarbejde med sygehuslæge eller praktiserende læge i området?</p>
<p>Silkeborg</p>	<p>1. Indledning og formål En fin rammesætning af arbejdet og med en relevant formålsbeskrivelse for lokalaftalen.</p> <p>2. Anbefalinger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Første pind, anden sætning: Her mangler situationen, hvor akutfunktionen (typisk på baggrund af henvendelse fra hjemmesygeplejen) starter forløbet op, at indgå i opremsningen. - Anden pind, første sætning: Formentlig skrivefejl, at vagttid står til at være fra kl. 16-7 og ikke 16-8. - Tredje pind: Vurderingen fra Silkeborg Kommune er, at en udvidelse af Mobillab vil være den bedste løsning. - Femte pind: Det er bestemt relevant med en aftale omkring sundhedsfaglig rådgivning, men Silkeborg Kommune sætter spørgsmålstejn ved, om den skal ydes af almen praksis. Vores vurdering er, at der er brug for sundhedsfaglig rådgivning fra eksempelvis en geriater/geriatrifunktion. - Sjette pind: Der skal indføres "... og væsker...". <p>3. Forslag til definitioner og arbejdsgange</p> <p>3.1 Målgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Første dot: Med henvisning til Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner vil vi foreslå, at også borgere med psykiatrisk co-morbiditet skrives ind. De udgør rent faktisk en vis del af de borgere, der behandles i akutfunktionen, da borgere med psykiatrisk sygdom også får akut opblussen af diagnosticeret somatisk sygdom. - Anden dot: Sætningen skal tilføjes "eller hjemmesygepleje", da hjemmesygeplejen allerede tager en stor del af de opgaver, der er komplekse (eksempelvis iv-behandling), og i realiteten udgør en del af (sub)akutfunktionen.

	<p>3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt ansvar Generelt er afsnittet er skrevet ud fra, at det altid er en hospitalslæge, der opstarter behandlingen. Det er det også som hovedregel, men praktiserende læge kan også opstarte behandling, og det bør skrives ind i afsnittet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afsnittet "Lægefagligt behandlingsansvar": Den sidste sætning bør tilføjes "... men har ansvar for, at behandlingen er forenelig med den samlede plan for patienten." - Afsnittet "Vagtlægefunktionen", tredje dot: Orientering af egen læge eller dennes stedfortræder skal foregå elektronisk og <i>ikke</i> via akutfunktionen. <p>3.6 Afklaringsfasen - Afsnittet "Akutfunktionen kontakter lægen": Hjemmesygeplejen skal også kunne kontakte lægen ved behov for lægefaglig vurdering, når de står i en akut/subakut situation hos borger. Hvis kontakten skal gå gennem akutfunktionen, bliver den et ekstra og forsinkende led i patientforløbet. Hjemmesygeplejen har været og er stadig i gang med et stort kompetence- og kvalitetsløft, og den løfter i hverdagen i stigende grad komplekse og/eller subakutte opgaver.</p> <p>3.7 Samarbejdet under forløbet i akutfunktionen Der mangler et afsnit "Særligt for praktiserende læger", da de også opstarter forløb. Her skal stå, at de har et særligt ansvar for at sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt.</p> <p>4. Blodprøver Vurderingen fra Silkeborg Kommune er, at en udvidelse af Mobillab vil være den bedste løsning.</p> <p>5. Sundhedsfaglig rådgivning Det er bestemt relevant med en aftale omkring sundhedsfaglig rådgivning, men Silkeborg Kommune sætter spørgsmålstejn ved, om den skal ydes af almen praksis. Vores vurdering er, at der er brug for sundhedsfaglig rådgivning fra eksempelvis en geriater/geriatrifunktion.</p> <p>6. Udlevering af medicin Vi er meget enige i, at det vil være en fordel, hvis lovgivningen ændres som beskrevet, og vil bemærke, at det også er vigtigt i forhold til fx terminale borgere, borgere med KOL m.fl.</p> <p>7. PLOM's forventninger til honorar Ingen kommentarer.</p>
Skanderborg	Fra Skanderborg har vi bemærkninger dels til det faglig indhold og dels til økonomien i sådan en lokalaftale.

Skanderborg Kommune anerkender at der arbejdes med fælles definitioner og arbejdsgange i samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og de kommunale akutfunktioner.

Materialet indeholder gode bud på definitioner og arbejdsgange, som er i tråd med Skanderborg Kommunes perspektiv på behov i samarbejdet om det akutte beredskab.

Vi har nedenfor skitseret nogle bemærkninger, som vi vurderer kan gøre aftalen mere præcis og realistisk.

Vi har bekymring i forhold til de økonomiske overvejelser der er i materialet, som uddybes nedenfor.

Bemærkninger til Indholdet i materialet

- Side 3 – anbefalinger
De 2 første anbefalinger fremstår ikke klare- vist fordi de er et mix ml anbefaling og bemærkninger.

I den 1. anbefaling fremstår de 3 første linjer som anbefaling, mens de næste 4 linjer er bemærkning

I den 2. anbefaling er det kun de sidste to linjer der har karakter af anbefaling, som dog ikke er helt præcist nok

I den 3. anbefaling bør ” udredes nærmere ” fjernes, idet det gør anbefalingen uklar. Her bør tilføjes en anbefaling om at der udarbejdes fælles aftaler og instrukser for rammedelegation af perforation af hud ved blodprøvetagning.

I anden stå anbefalinger bør det beskrives HVEM, der indgår rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning

I sidste anbefaling bør det beskrives HVEM, der rejser problemet opbevaring af medicin i nationalt regi

- Side 7 punkt 3.3. henvisning og visitation.
I første linje - Her bør vurderes om der skal stå kommunalt plejepersonale, eller der skal stå kommunale sygeplejersker (det er praksis i Skanderborg – således er det ikke SOSU personale der henvender sig direkte til akutteamet.
- Side 11 –Punkt 3.6 afklaringsfasen
Hvor der står: at der i afklaringsfasen kan være flere kontakter mellem akutteam og behandlingsansvarlige læge.
Her skal der være opmærksomhed på at forudsætninger er lægen er tilgængelig, for at undgå at afklaringen tager unødigt lang tid og akutteamet i mellemtiden må køre på besøg hos andre borgere og derefter vender tilbage til den pågældende. Dette nævnes fordi det i den eksisterende hverdag kan opleves som et problem der forlænger afklaringsfasen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det visuelle overblik over "borgerens vej i den kommunale akutfunktion" giver et fint overblik over Flowet i samarbejdet omkring borgerforløbet. Det er godt at der her og i det hele taget i materialet refereres til kravene i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Vil anbefale at afklaringsfasen gøres tydelig i dette visuelle overblik, på niveau med henvisning og afslutning Således afklaring + henvisning + afslutning Mener det visuelle overblik er flow beskrivelse af arbejdsgange og IKKE en visualisering af borgers vej, som titlen siger (borgeren er IKKE synlig) <p>Økonomi Skanderborg Kommune mener der er behov for at have et princip i samarbejdet på akutområdet. Nemlig at borgerne har krav på lægefaglig behandling uanset, hvor de opholder sig (sygehus, eget hjem eller kommunal midlertidig plads). Udgifter til lægefaglig bistand afholdes af Regionen. Det princip bør også gælde når man modtager hjælp fra enten akutteam eller på en akutplads.</p> <p>Skanderborg Kommune mener således ikke det er en kommunal opgave at bidrage til finansiering af merudgifter til praktiserende lægers kommunikation og vejledning til det kommunale akutberedskab. Det anses som en del af samarbejdet om patientens (borgerens) behandlingsplan. Denne kommunikation og vejledning foregår oftest via telefon, men også via elektroniske korrespondancer og således en forudsætning for at opgaven (den lægeforbeholdte virksomhed) kan delegeres til kommunen.</p> <p>Kommunen finansierer det døgndækkede akutteam og/eller akutpladser, som et væsentligt bidrag til at borgerne får nye muligheder for at modtage behandlinger i det nære, som tidligere foregik under indlæggelse.</p> <p>Det betyder, at Skanderborg Kommune ikke samstiller den kommunikation og vejledning, der foregår her med fx den aftale, der er lavet om faste læger på bosteder – jf. s 3og 15, "anbefaling om rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning", hvor der side 15 peges på, at der allerede er indgået en rammeaftale om rådgivning til kommunale bosteder. (i denne aftale finansierer kommunen rådgivningen)</p> <p>Vi alene ser kommunal finansiering af lægefagligbistand, når det drejer sig om personalerelateret vejledning uden tilknytning til en bestemt borger.</p>
Struer	<p>Struer Kommune finder anbefalingerne meget relevante og roser et fint materiale fra arbejdsgruppen.</p> <p>Vi har nogle opmærksomhedspunkter og vil i det følgende kort beskrive vores kommentarer, spørgsmål og evt. forslag til ændringer i anbefalingerne.</p> <p>3.1 Der beskrives, at de kommunale akutfunktioner, er til borgere med soma-</p>

	<p>tisk sygdom. Der opleves i praksis, at der også henvises til borgere med psykiske- og sociale lidelser, - hvordan tænkes disse ind i anbefalingerne?</p> <p>3.3 I sidste afsnit beskrives, at "kommunalt" personale skal kontakte en sundhedsfaglig person, før henvendelse til læge eller vagtlæge. Det er vores klare opfattelse, i kommunernes akutfunktion er det kun sygeplejersker, der tager kontakt til vagtlæge eller den behandlende læge. I øvrige funktioner (plejecentre osv.) kan det være en anden fagperson, som kontakter lægen. Vi tænker måske ikke det vil være relevant at skrive ind i en aftale om samarbejdet med akutfunktionen?</p> <p>3.4 Struer Kommune ønsker, at Sundhedsstyrelsens anbefaling, omkring en klar og entydig beskrivelse af, hvem der er den henvisende og dermed den behandlingsansvarlige læge. Vi anbefaler, at der i henvisningen er beskrevet kontaktoplysning på den behandlende læge. Der ønskes beskrevet, at læger tilknyttet ambulatorier også er patientansvarlig, på lige vilkår med øvrige læger.</p> <p>4. Struer Kommune er ikke bekendt med, at der tages venøse blodprøver i akutfunktionerne? Vi tænker ej heller, det kan være en styrkelse i kvaliteten i akutfunktionerne. Det ses mere, som en opgaveglidning og anbefales derfor, at blive skrevet ind i en aftale, omkring opgaveoverdragelse, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.</p> <p>Struer Kommune har indgået en samarbejdsaftale med Klinisk Biokemisk Afdeling på Regionshospitalet i Holstebro, omkring kalibrering og vedligeholdelse af Poct-udstyr (udstyr, som bruges til blodprøvetagning osv.) i akutfunktionen. I aftalen indgår ligeledes undervisning i kaprillær blodprøvetagning for sygeplejerskerne i akutfunktionen. Samarbejdet kan anbefales til Kommunerne og generelt, kan anbefales, at alle Kommuner lægger sig op ad Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.</p> <p>5. En rammeaftale er et stort ønske og kan klart anbefales i det videre arbejde.</p> <p>6. Struer Kommune er helt enig i, at en lovændring kan være en stor fordel for borgerne. Der skal dog tænkes sikkerhedshensyn ind for personalet. Specielt i vagtlaget, kan der være risici forbundet med tilgangen til medicin og opbevaringen heraf.</p>
Viborg	<p>Generelt et fint oplæg og god definition af akutfunktionen. Kan dog være lidt i tvivl om hvor tydeligt vagtlægens rolle og ansvar er beskrevet (kunne måske have haft sit eget lille afsnit), ligesom det måske ikke er helt klart hvem kontakten skal gå til når der tales både om patientansvarlig læge og behandlingsansvarlig læge (uddybes nedenfor).</p>

Har desuden følgende kommentarer:

Til indledningen:

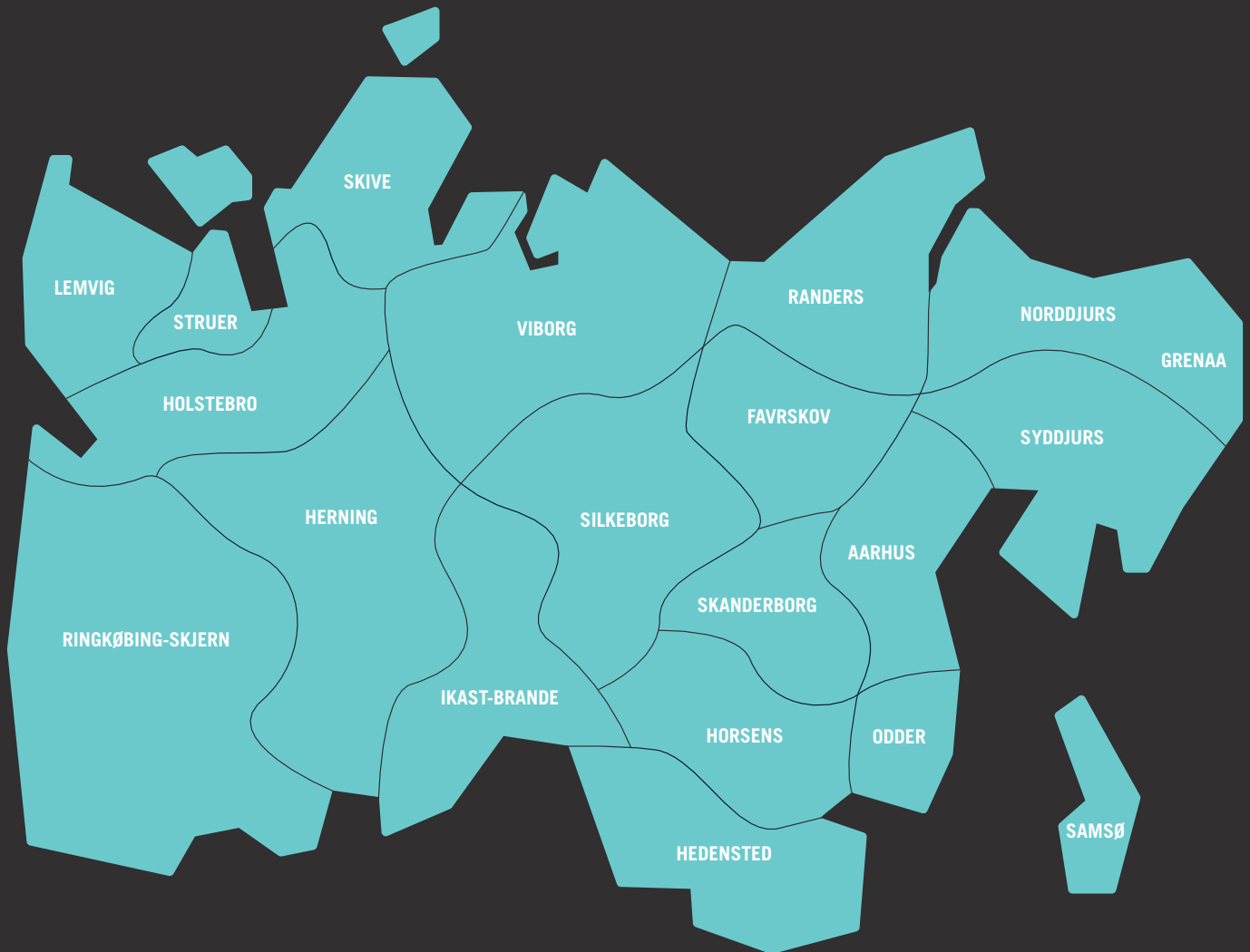
- bullet 3: er ønsket at reducere indlæggelser generelt eller særligt de forebyggelige indlæggelser?
- bullet 4: lyder som om det lægelige ansvar placeres i akutfunktionen?

Afsnit 3.4:

Der står med fed tekst: **"Den patientansvarlige læge er den læge, som kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand."**

Er det korrekt det skal være sådan – vi plejer jo at tale om det er den behandlingsansvarlige læge der har ansvaret og skal kontaktes. Så synes umiddelbart det skaber lidt forvirring både at omtale patientansvarlig læge og behandlingsansvarlig læge som havende en rolle i relationen til kommunens akutfunktion.

LYD PÅ KLYNGERNE



FLAD STRUKTUR VIRKER I HORSENS

SUCCESSFULD START PÅ KLYNGEN

KLYNGERNE SKABER NYE RUM FOR SAMARBEJDE

KLYNGEPAKKER TIL KLYNGER I REGION MIDT

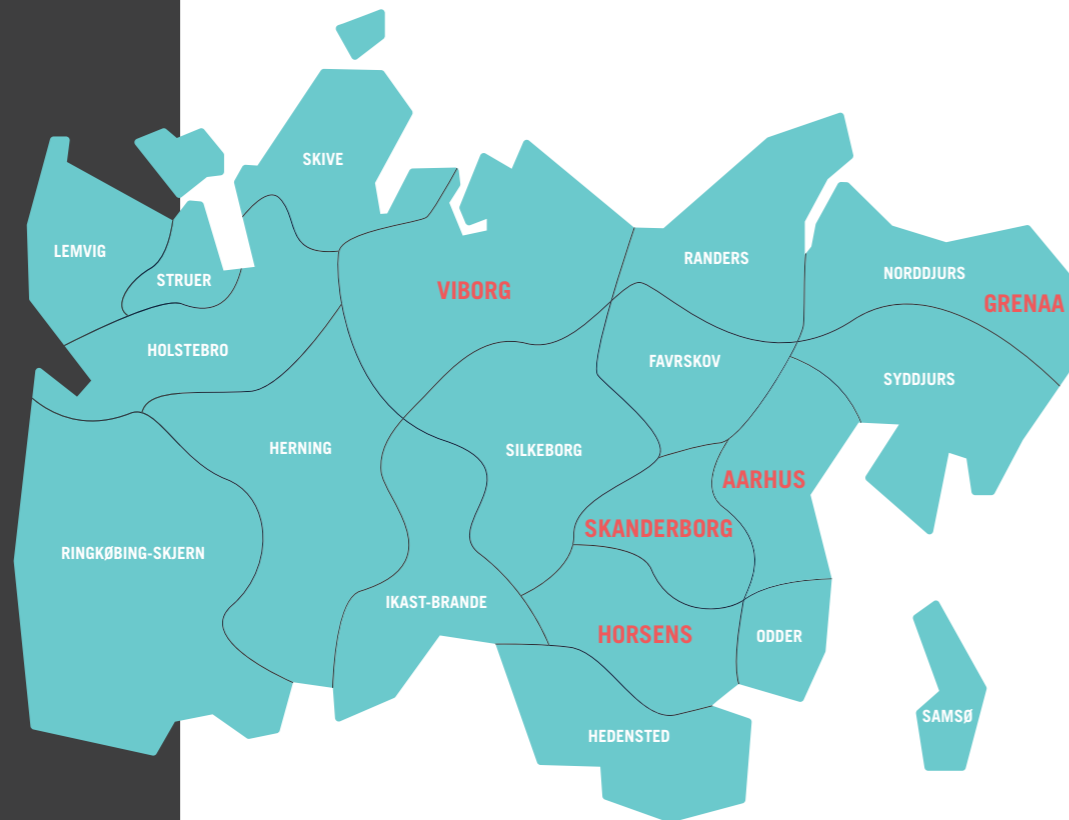
HER KAN I FÅ HJÆLP

ET LYTTENDE ØRE ER BEDRE END ET GOK I NØDDEN

SKANDERBORG SÆTTER DE RØDE ØJNE UNDER LUP

Artiklerne er skrevet af Marie-Louise Heine Jensen og Trine Højgaard Knudsen, Kvalitet og Lægemedler.

Grafisk design:red-zone.dk



INDHOLDSFORTEGNELSE

Flad struktur virker i Horsens	4
Succesfuld start på klyngen	6
Klyngerne skaber nye rum for samarbejde	8
Klyngepakker til klynger i Region Midt.....	10
Her kan I få hjælp	12
Et lyttende øre er bedre end et gok i nødden.....	14
Skanderborg sætter de røde øjne under lup	16

FORORD

Med OK18 og klyngerne er der kommet et nyt forum og en ny måde at arbejde med kvalitet på i almen praksis. Klyngerne bestemmer i vid udstrækning selv med hvad og hvordan de vil arbejde – dog skal deres tema være dataunderstøttet.

I skrivende stund (primo november) er 70% af de praktiserende læger i Region Midtjylland gået i en klynge, og flere forventes at gå i klynge, når den sidste bølge af akkreditering er afsluttet i den vestlige del af regionen.

I »Lyd på klyngerne« kan du læse om de første erfaringer fra fem klynger i Region Midtjylland – både lavpraktiske i forhold til at organisere sig, men også de første erfaringer om, hvad klyngerne har valgt at arbejde med.

I artiklen »Flad struktur virker i Horsens« fortæller praktiserende læge John Tygesen om, at de har valgt en flad struktur, hvor de deles om opgaverne, så det er mere overkommeligt. Klyngetanken er god, mener John, men praksis har ikke fået mere tid, så den skal bruges med omtanke.

Tid er også et tema i artiklen »Succesfuld start på klyngen«. Praktiserende læge og klyngekoordinator Line Falk Frøkjær fortæller her om det første møde i Sommersky-klyngen. KOL var det overordnede tema, og klyngen diskuterede spirometrier og inhalationssteroid – givende drøftelser, men tidskrævende for praksis at finde spirometridata.

»Keep it simple« er budskabet fra praktiserende læge og klyngekoordinator Peter Voss i artiklen »Skanderborg sætter de røde øjne under lup«. Et indslag i radioen om øjenbetændelse gav Peter inspiration til det første tema i Skanderborg-klyngen, hvor andre lokale samarbejdspartnere også hurtigt blev tænkt ind.

Samarbejde er også et nøgleord i artiklen »Klyngen skaber nye former for samarbejde«. Her fortæller sololæge Camilla Sand om de første møder i Norddjurs Klyngen, hvor de har arbejdet med afhængighedsskabende medicin, og hvordan klyngerne kan være med til at skabe fælles fodslag i forhold til et område, hvor de oplever et stort patientpres.

Dialog er i højsædet for klyngekoordinator og praktiserende læge Simon Skibsholt fra Aarhus. I artiklen »Et lyttende øre er bedre end et gok i nødden« fortæller han om, hvordan de i hans klynge har arbejdet med brugen af tympanometri og otitis media – et lille emne, der viste sig at åbne for en stor faglig drøftelse og refleksion.

Fælles for artiklerne er, at de har benyttet sig af klyngepakkerne fra MidtKraft. Klyngepakkerne er praksisnære temaer med tilhørende data, som kan bruges som afsæt for en drøftelse og en indsats i klyngen. Læs mere på side 10-11 om klyngepakkerne i Region Midtjylland.

God læselyst

Birgitte Haahr, kontorchef, Kvalitet og Lægemedler

GODE RÅD FRA JOHN TYGESEN

- Gå i gang med det formelle i god tid – det kan eksempelvis tage 6-7 uger at få et CVR-nummer
- En flad struktur i bestyrelsen letter arbejdet for klyngekoordinatoren
- Skynd jer at gå i gang!



Jeg håber, at vi med projektet får nogle fælles redskaber i klyngen til hvordan vi fremover gør, når vi udskriver NSAID



Flad struktur virker i Horsens

Rollen som klyngekoordinator er lettere at klare, når man deler ansvaret. Derfor har Horsens Brædstrup-klyngen valgt en flad struktur. Med den model meldte både koordinator og bestyrelse (næsten) sig selv.

Ansvaret bliver fordelt på flere hænder, og alle tager del i arbejdet.

Det er baggrunden for, at de fem medlemmer af bestyrelsen i Horsens Brædstrup-klyngen har valgt en flad model. Det betyder, at der ganske vist er en klyngekoordinator, men at alle deles om arbejdet:

»Der ligger en del timers arbejde i det, men når man er fem om det, er det spiseligt,« siger John Tygesen, som er praktiserende læge hos Lægerne Godsbanegade i Horsens.

John selv tog kassererposten, hans kompagnon Louise Berg Krogsgaard meldte sig som klyngekoordinator og de sidste tre medlemmer af bestyrelsen fulgte hurtigt trop.

Alle i arbejdstøjet

»Kvalitetsarbejdet i klyngen er en ny måde for os at arbejde på, og vi skal i gang stille og roligt,« siger John. Bestyrelsen valgte derfor at få klyngepakkerne fra MidtKraft med i puljen over de emner, som klyngen kunne arbejde med.

»Hver af os i bestyrelsen præsenterede et emne for klyngen, og så stemte vi om det,« fortæller John. Sådan kommer det også til at være fremover, hvor praksis i klyngen selvfølgelig

også kan foreslå emner. Første emne blev NSAID, der er en af MidtKrafts klyngepakker.

Godt med data fra MidtKraft

For John er det vigtigt, at emnerne giver mening at arbejde med, at de skaber bedre kvalitet i praksisarbejdet og at de er nemme at gå til. Derfor ser han det som et stort plus, at MidtKraft kan hjælpe med at trække data og give en ramme for emnet:

»Vi får jo ikke mere tid med klyngerne, så den skal bruges på det rigtige.«

I november mødes klyngen næste gang, hvor de skal kigge på deres data og snakke om NSAID. Bestyrelsen har også inviteret en nefrolog, som holder et oplæg om brugen af NSAID og nyrepatienter.

»Jeg håber, at vi med projektet får nogle fælles redskaber i klyngen til hvordan vi fremover gør, når vi udskriver NSAID,« siger John, og tilføjer:

»Når vi ser på vores egne data og snakker åbent om dem med vores kolleger, så begynder vi at flytte noget.«

DET ARBEJDER HORSENS BRÆDSTRUP-KLYNGEN MED:

KLYNGEPAKKEN OM NSAID

Klyngepakken giver data på ordination af NSAID i praksis og på klyngeniveau, en kort introduktion til emnet og forslag til spørgsmål, som I kan drøfte i klyngen.

Kontakt

Marie-Louise Heine Jensen,
hvis I har lyst til at arbejde med
det i jeres klynge.

Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk
28 72 96 04



GODT RÅD FRA LINE FALK FRØKJÆR

Er du klyngekoordinator, så send data ud til praksis på forhånd – det giver mulighed for refleksion i praksis og er der spørgsmål til data, kan det klares inden mødet.



Det satte tanker i gang, og en snak om, hvordan vi hver især gør nu, og hvordan vi kan gøre det bedre



Succesfuld **start** på klyngen

Der var ingen sorte skyer, da Sommersky-klyngen mødtes for første gang for at tale om spirometrier og KOL-behandling. For klyngekoordinator Line Falk Frøkjær tegner generalprøven godt for de næste møder i klyngen.

Hvor mange af mine KOL-patienter har fået en spirometri inden for sidste år? Skal alle med KOL ha' en spirometri? Hvordan indkalder vi patienterne? Hvordan sikrer vi kvaliteten af spirometrierne? Hvad er god KOL-behandling? Og hvem af patienterne skal skiftes over på et andet steoridpræparat?

Det blev vendt i Viborg, da 24 læger mødtes i sensommeren til deres første møde i klyngen.

»Vi skulle lige finde ud af, hvad klyngerne nu var for noget, efter vi var færdige med akkreditering,« siger Line, der syntes rollen som koordinator for klyngen lød spændende og slog til, da posterne skulle besættes.

»Jeg har været på facilitatorkursus i forbindelse med den systematiske gruppebaserede efteruddannelse, og det er en god ballast at have. Det er vigtigt, at der kommer noget ud af møderne,« siger hun og tilføjer, at rollen som facilitator var nem på det første møde, fordi der var en positiv stemning og snakken gik af sig selv.

Bøvlet at trække data

Sommersky havde valgt at arbejde med spirometri-pakken fra MidtKraft. I den pakke skal praksis selv trække data fra eget system – noget, der viste sig at være besværligt. En praksis måtte give op, og et par var usikre på, om det var de rigtige data, som de havde trukket ud.

»Det er nemmere at arbejde med kvaliteten, hvis det er nemt at få data. Hvis man skal bruge tiden i en telefonkø til sit systemhus, så er der mindre tid til at arbejde med kvaliteten,« slår Line fast og tilføjer, at det trods bøvlet var en god oplevelse.

Klyngen havde på forhånd valgt, at data skulle være anonyme, så Line lavede en anonym graf på baggrund af de tal, som praksis meldte ind. Hun er positivt overrasket over hvad det at sammenligne data betød for snakken:

»Når man kigger ned over pakken med spirometri, så kan man godt tænke: »Er det ikke det, vi har snakket om de sidste mange år«, men jeg synes, at vores tal viste en stor variation. Det satte tanker i gang, og en snak om, hvordan vi hver især gør nu, og hvordan vi kan gøre det bedre.«

Succes

Flere praksis havde inden mødet undret sig over egne tal og var begyndt at gå deres patienter igennem. Det andet tema på mødet var inhalationssteroid. Her fik klyngen data fra regionen, hvilket var dejligt. I modsætning til data om spirometrierne, som praksis selv skulle trække, så var data om inhalationssteroid ikke sendt ud på forhånd til klyngens medlemmer. Det betød, at det tog længere tid at sætte sig ind i de forskellige grafer og tal. På den baggrund har Line allerede fra første møde høstet en værdifuld erfaring:

»Til næste møde sender jeg data ud inden mødet, så alle har mulighed for at kigge på dem inden.«

Næste møde er sat i kalenderen: Sommersky-klyngen skal i gang med klyngepakken om perorale opioider.

»Folk gik hjem med en masse idéer og tanker til, hvordan de kunne gøre det bedre. Det første møde var en test for at få en fornemmelse af, hvordan vi skal arbejde. Det gik over al forventning. Næste projekt bliver med opfølgning i klyngen,« slutter Line.

DET ARBEJDER SOMMERSKY-KLYNGEN MED:

KLYNGEPAKKERNE OM INHALATIONSSTEROID TIL KOL-PATIENTER OG SPIROMETRIER

Klyngepakken om inhalationssteroid giver data på ordinationer i praksis og på klyngeniveau, en kort introduktion til emnet med anbefalinger og forslag til spørgsmål, som I kan drøfte i klyngen. For klyngepakken om spirometri skal I selv trække data i praksis.

Kontakt

Marie-Louise Heine Jensen,
hvis I har lyst til at arbejde med
det i jeres klynge.

Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk
28 72 96 04





Jeg synes, at man kan se det som en mulighed for at få et enestående samarbejde med sine kolleger

Klyngerne skaber nye rum for samarbejde

De er godt vant med samarbejdet i Norddjurs kommune, for der har altid været en tæt relation mellem kommunens læger. Med klyngerne er der kommet en kvalitets- og datavinkel på, som er ny, og som sololæge Camilla Sand er begejstret for.

Det var ikke idéerne, det skortede på, da Norddjurs Klyngen havde deres første møde og skulle beslutte, hvad der skulle være deres første tema. Det fortæller Camilla Sand, der er sololæge i Grenaa:

»Vi har masser af områder, hvor vi gerne vil sikre kvaliteten og er vant til at lave faglig sparring og efteruddannelse, så for os er klyngerne en ny måde at gøre noget systematisk på i et kendt samarbejde.«

De 21 læger i klyngen fik idéerne sat på papir efter en brainstorm på det første møde, og efter afstemning blev afhængighedsskabende medicin og praksisdrift valgt som de to første emner. Klyngepakken med data for udskrivelser af afhængighedsskabende medicin blev bestilt ved MidtKraft af praktiserende læge og klyngekoordinator Jannik Falhof, der sammen med de to andre klyngeformænd også planlagde, hvordan klyngen skulle arbejde med temaet på næste møde.

Data er godt for kvaliteten

For Camilla er netop datadelen en god ramme at diskutere kvalitet ud fra.

»Man kan godt synes, at man gør det rigtig godt, men tallene kan nogle gange vise, at man kan gøre det bedre,« fortæller Camilla og tilføjer, at det vigtige for hende ikke er at se, hvordan andre ligger, men snarere høre om de gode erfaringer ens kolleger har gjort, og som man som sololæge selv skal opsøge, fordi der ikke er en kollega at sparre med i det daglige.

På andet møde i slutning af oktober dykkede klyngen ned i temaet om afhængighedsskabende medicin. Her var refleksion og erfaringsudveksling i højsædet. Særligt i forhold til det emne mener Camilla, at det er vigtigt, at der er fælles fodslag.

»Det er et område, hvor vi oplever et pres fra patienterne, så det er fedt, at vi kan sige, at vi har hinanden i ryggen, følger retningslinjerne og gør det ens i hele kommunen,« fortæller Camilla.

På mødet blev data præsenteret, og så diskuterede lægerne i små grupper, hvordan de hver især håndterer udskrivelsen af opioider og benzodiazepiner og hvad, der er svært omkring det. Samtidig drøftede grupperne hvordan det optimalt kan organiseres i praksis. Alle forslag blev til sidst drøftet i plenum, og klyngeformændene arbejder lige nu videre med input og hvad næste skridt skal være. Klyngen besluttede også, at de gerne vil have et forum, hvor de kan kommunikere, så der kan holdes gang i tankerne mellem møderne og man kan få sparring, når behovet opstår.

For Camilla kan klyngerne være med til at sikre patienterne bedre sundhed og kvalitet i tråd med blandt andet DGE-grupperne og systematisk efteruddannelse, men fællesskabet med kollegerne i klyngen er også et stort plus for hende:

»Jeg synes, at man kan se det som en mulighed for at få et enestående samarbejde med sine kolleger,« siger Camilla Sand og tilføjer, at klyngen også har planer om at inddrage andre lokale samarbejdspartnere i temaerne, når klyngen lige er landet og har fået greb om måden at arbejde på.

DET ARBEJDER NORDDJURS KLYNGEN MED:

KLYNGEPAKKERNE OM BENZODIAZEPINER OG PERORALE OPIOIDER

Klyngepakkerne giver data på ordinationer, en kort introduktion til emnet med anbefalinger og forslag til spørgsmål, som I kan drøfte i klyngen.

Kontakt

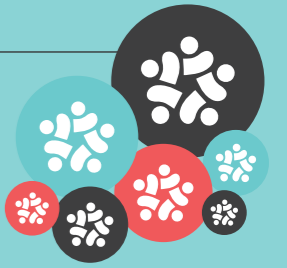
Marie-Louise Heine Jensen, hvis I har lyst til at arbejde med det i jeres klynge.

Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk
28 72 96 04



KLYNGEPAKKER TIL KLYNGER I REGION MIDT

Hvis I har lyst til at arbejde med en af klyngepakkerne, så kontakt
Marie-Louise Heine Jensen, Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk / 28 72 96 04



Antibiotika
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Antibiotika ved
øjeninfektioner**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte




Benzodiazepiner
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Medicینگennemgang
i almen praksis**

OBS: Kræver forberedelse
af praksis inden klyngeomøde



Spirometrier

OBS: Praksis skal selv
trække data



**Inhalationssteroid
til KOL-patienter**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Smertepastre
– Medicin i Midt**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



NSAID – Medicin i Midt
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Otitis media og
brug af tympanometri
på børn 0-2 år
i almen praksis**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Perorale opioider
– Medicin i Midt**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Inflenzavaccination
af risikogrupper
i almen praksis**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**Strep-A
i almen praksis**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte



**CRP
i almen praksis**
KLAR TIL BRUG I KLYNGEN

Data
Kort introduktion til emnet
Forslag til spørgsmål I kan drøfte

Her kan I få hjælp

Der er hjælp at hente for klyngerne, hvis I har brug for det. Vi kan hjælpe, hvis der opstår problemer med registrering af klynger, eller hvis I har spørgsmål om udbetalingen. I kan også kontakte os, hvis I ønsker at arbejde med en klyngepakke eller har en idé til et emne, som I gerne vil have data på.

Vi skal snart holde vores første møde.

Har I nogle emner, som vi kan gå i gang med?

MidtKraft har lavet en række klyngepakker, og der kommer løbende nye til (se side 10 – 11 for emner).

Alle på nær to er lige til at gå til og kræver ingen forberedelse før mødet. Vi leverer en introduktion til emnet og data til jer. Bestil klyngepakken senest 14 dage før I skal bruge den.

Vi kunne godt tænke os at få hjælp til at facilitere det første møde.

Kan I hjælpe med det?

Vores praksisudviklingskonsulenter, der også er praktiserende læger, er vant til at facilitere processer og være mødeledere. Skal I holde det første møde i jeres klynge og har I måske endnu ikke valgt en klyngekoordinator, så kan de hjælpe jer med at lede mødet.

Vi har selv en idé til et emne.

Er det muligt at få data fra regionen?

Går I med en idé, så kontakt os endelig.

De data, som vi bruger, er på et aggregeret niveau og er ikke personhenførbare. Vi søger altid juridisk afklaring om brugen af data.

Data fra Ordiprax kan vi trække til jer, men er det andre data, som I gerne vil bruge til et nyt emne, så regn med, at det kan tage et par måneder, inden vi har afklaring på plads.

Vi vil gerne arbejde med anonyme data i vores klynge.

Kan I levere det?

Når I bestiller en klyngepakke hos os, vil I blive bedt om at tage stilling til om data skal være åbne eller anonyme. Hvis I arbejder med anonyme data, sender vi en identifikationsnøgle til klyngekoordinatoren, som herefter sender besked til hver praksis i klyngen.

Vi har arbejdet med en klyngepakke og har idéer til forbedring af pakken.

Hvad gør vi?

Vi vil gerne udvikle pakkerne i takt med, at flere klynger får erfaringer med dem. Mail eller ring endelig, hvis I har feedback.

Kan vi få en lægemiddelkonsulent ud til et klyngemøde om medicin?

Lægemiddelkonsulenterne kommer gerne ud til jer i klyngen, og kan tilpasse et oplæg efter jeres ønsker.

Vi bøvler med at trække data ud i vores egne lægesystemer.

Kan vi få hjælp?

I kan altid kontakte datakonsulenterne, hvis I har brug for hjælp med at trække data ud.

PÅ **KIAP.DK** ER DER OGSÅ HJÆLP OG INFO AT HENTE.

KIAP Kvalitet i Almen Praksis

HJÆLP TIL REGISTRERING, KLYNGEPAKKER ELLER ØKONOMI?

Kontakt

Marie-Louise Heine Jensen:

Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk
/ 28 72 96 04

HJÆLP TIL AT TRÆKKE DATA UD?

Kontakt datakonsulenterne

Kate Kusk
katkus@rm.dk
/ 29 45 87 24

Annie Høgh Nielsen
annie.nielsen@stab.rm.dk
/ 20 64 87 72

HJÆLP TIL MEDICIN?

Kontakt lægemiddelkonsulent

Lise Bakkestrøm Rosenbæk

Lise.Rosenbaek@stab.rm.dk
/ 20 37 33 25

Et lyttende øre er bedre end et gok i nødden

For vagthold 6-klyngen i Aarhus handler kvalitetsarbejdet om at lytte til andres erfaringer og reflektere over egen praksis. Øret var i fokus på første møde, der viste, at et lille emne kan sætte mange tanker i gang.

Nogle bruger det meget, andre mindre, og cirka 15% af praksis i Region Midtjylland bruger det aldrig. Ikke desto mindre spillede tympanometret hovedrollen på første møde i vagthold 6-klyngen fra Aarhus.

Simon Skibsholt er praktiserende læge hos Lægerne Ravn & Skibsholt i Aarhus, og klyngekoordinator i vagthold 6-klyngen. For ham var det første møde en øjenåbner:

»Min første tanke var egentlig, om det var et for lille emne, men det behøver faktisk ikke være større.«

Data og anbefalinger

Han åbnede mødet med at præsentere data og ridse anbefalingerne for behandling af mellemørebetændelse op, og de næste to timer var der livlig snak blandt de 16 læger i klyngen.

»Det var spændende at se på data. Selvom det måske var et lille datagrundlag, så gav det et fingerpeg. I vores klynge er der stor variation i brugen af tympanometri, og variationen er netop kernen. Herfra spredte emnerne sig som ringe i vandet,« siger Simon.

Hvad er den lægelige indikation for tympanometri, evidens, kontrolforløb, samarbejde med ørelæger, dræn, fejlkilder på målinger, overbehandling, registrering af ydelsen, ordination af peroral antibiotika og øredråber. Det var nogle af de emner, som klyngen kom omkring på mødet.

»Man kan spørge sig selv, om man går derfra med noget. Vi kom frem til, at vi fik reflekteret rigtig fint i gruppen over, hvad vi gjorde hver især og hvorfor,« siger Simon.

Nye roller

Aarhus-klyngen kender hinanden i forvejen og mødes årligt for at koordinere ferie og fravær mellem klinikkerne, men det at snakke om kvalitetsarbejde på den måde er noget nyt for dem.

»Klyngearbejdet skal skabe debat, læring og motivation. Det skal ikke være 'et gok i nødden' af kontrol eller virke formanende,« mener Simon og tilføjer, at de har aftalt at vende tilbage til data næste år for at se, om mødet har ændrede noget.

Som klyngekoordinator er det ham, der står for at få et nyt dataudtræk ved MidtKraft, men indtil videre virker den nye rolle ikke afskrækkende på Simon:

»Jeg har ikke specifikke forudsætninger for at være klyngekoordinator, men jeg synes egentlig, at vi som praktiserende læger gennem hoveduddannelsesforløbet er blevet godt skolet til at facilitere processer,« fortæller Simon, der tager den første tørn som koordinator, og så er det ellers aftalt, at det skal gå på skift blandt lægerne.

Klyngen fortsætter i infektionssporet hos børn og tager fat på klyngepakken om øjeninfektioner, når de mødes næste gang i november.

”

Klyngearbejdet skal skabe debat, læring og motivation. Det skal ikke være »et gok i nødden« af kontrol eller virke formanende

DET ARBEJDER VAGTHOLD 6-KLYNGEN MED:

KLYNGEPAKKEN OM OTITIS MEDIA OG BRUG AF TYMPANOMETRI PÅ BØRN 0-2 ÅR I ALMEN PRAKSIS

Klyngepakken giver data på antal afregnede tympanometrier i praksis og på klyngeniveau, en kort introduktion til emnet og forslag til spørgsmål, som I kan drøfte i klyngen.

Kontakt

Marie-Louise Heine Jensen,
hvis I har lyst til at arbejde med
det i jeres klynge.

Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk
28 72 96 04



Skanderborg sætter de røde øjne under lup

Et indslag i radioen gav klyngekoordinator Peter Voss idéen til det første emne i Skanderborg. Det involverede også samarbejdspartnere fra »Børn og Unge« i kommunen.

Danske læger udskriver oftere antibiotika, når et barn har øjenbetændelse, end i vores nabolande. Helt præcist behandler lægerne fire gange så mange børn i Danmark sammenlignet med Sverige. Det viser en undersøgelse fra juni måned, som øjenklinikken på Rigshospitalet står bag. Da Peter Voss, praktiserende læge hos Lægerne 1. sal i Skanderborg, hørte de resultater i radioen, var han ikke sen til at lade de røde øjne være det første emne i klyngen, der tæller 36 læger fra hele Skanderborg kommune.

Variation skaber refleksion

Han kontaktede derfor MidtKraft som gav ham data for ordinationer af fucitalmic og kloramfenikol for klyngens læger.

»Vi ved ikke, om vi ligger lavt eller højt i forhold til andre klynger, men det er udenfor enhver diskussion, at der er en stor variation i vores klynge. Det er interessant at reflektere over,« siger Peter, og fortsætter:

»Det er mindre vigtigt, om vi udskriver det ene eller det andet præparat ved øjenbetændelse. Det interessante er at snakke om, hvornår vi vælger at udskrive.«

»Børn og unge« på banen

Mange læger oplever, at forældre presser på for at få øjendråber til barnet, fordi vuggestuen eller børnehaven forlanger det. Derfor var Peter, der også er kommunal praksiskonsulent, hurtig til at tænke kommunen ind i emnet. De praktiserende læger mødes en gang om året med kommunen og drøfter samarbejdet og snitflader med udgangspunkt i cases. Til mødet i september måned var temaet børne- og ungdomslivet med afsæt i casen om Florian og hans liv. Et af nedslagene var, da han som 3-årig får øjenbetændelse i børnehaven.

»Sammen med samarbejdspartnere fra »Børn og Unge« fik vi en god drøftelse af, hvad det er, der er på spil. Vi fandt også ud af, at sundhedsplejen har lavet en indsats i institutionerne med baggrund i materiale fra Region Midtjylland. Nu er der en fælles forståelse og viden, som gør det nemmere for os alle at gå videre med,« fortæller Peter.

Møde i november

Klyngen mødes i november, hvor de skal kigge på egne data sammen. Det møde ser han frem til:

»Det spændende er procesdelen – hvordan får vi de her data til at blive meningsfulde i vores hverdag? Hvordan kommer vi derhen, hvor vi går derfra løftede og klar til at gøre det endnu bedre?« spørger Peter.

Han er vant til at facilitere processer både i sin egen firemands-praksis, men også som facilitator for den systematiske gruppe-baserede efteruddannelse (SGE). For ham er klyngetanken et rigtigt skridt i forhold til kvalitetsudvikling, da den giver plads til autonomi, frihed til at arbejde med aktuelle temaer og kan skabe et trygt rum til at udveksle erfaringer kolleger imellem. På den måde læner sig godt op ad for eksempel SGE- og DGE-grupperne.

Supplerende aktiviteter

»Klyngerne er og skal være noget andet end efteruddannelsesgrupperne, men jeg vil gerne skabe en form for mapping,« siger Peter, og forklarer:

»Vi skal til at arbejde med smerter i SGE-gruppen. Jeg kunne godt forestille mig, at det blev suppleret med et tema i klyngen om ordination af smertestillende. SGE-mødet er ikke en forudsætning for mødet i klyngen, men der bliver skabt nogle sammenhænge, så rummet for drøftelser bliver udvidet.«

For Peter er den helt overordnede overskrift »Keep it simple«. Han tror ikke på store komplekse datasæt og minder om, at tiden også er et faktor i forhold til klyngearbejdet, så den skal bruges bedst muligt. Derfor har det også fungeret godt for Peter, at han har kunnet få data fra MidtKraft:

»Det er et eksempel på et godt samarbejde,« slutter han.



3 RÅD FRA PETER VOSS:

- Keep it simple – brug simple data
- Hvis I ikke kender hinanden i klyngen, så start med at lære hinanden at kende – ikke over data, men en god middag og få forskellige forventninger på banen til arbejdet i jeres klynge
- Lav en bestyrelse i klyngen, så klyngekoordinatoren har andre at sparre med

DET ARBEJDER SKANDERBORG-KLYNGEN MED:

KLYNGEPAKKEN OM ANTIBIOTIKA VED ØJENINFEKTIONER HOS BØRN 0-15 ÅR

Klyngepakken giver data på ordination af fucidinsyre og kloramfenikol i praksis og på klyngniveau, en kort introduktion til emnet med og forslag til spørgsmål, som I kan drøfte i klyngen.

Kontakt

Marie-Louise Heine Jensen, hvis I har lyst til at arbejde med det i jeres klynge.

Marie-LouiseHeine.Jensen@stab.rm.dk
28 72 96 04

TIP

MidtKraft har lavet en række kampagner indenfor nogle af de temaer, der er i klyngepakkerne. Hvis I vil bruge kampagnerne i klyngen, så kontakt Trine Højgaard Knudsen trine.knudsen@stab.rm.dk

Værd at vide om **Smertepaster**

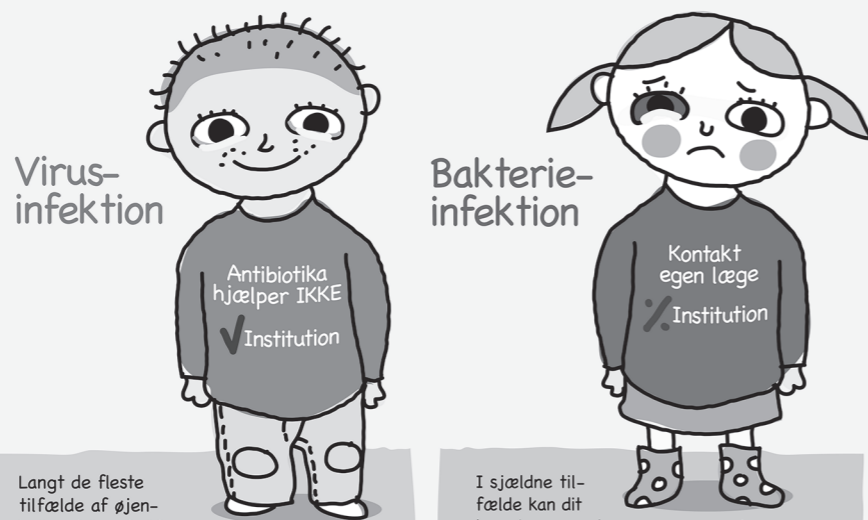
Tid til influenzavaccine

Du kan blive vaccineret GRATIS mellem 1. oktober og 31. december, hvis du er:

- Grovd, og er mere end 12 uger henne - gratis frem til 1. marts
- Over 65 år eller førtidspensionist
- Kronisk syg
- BMI over 40

Du kan blive vaccineret hos din egen læge. Tjek også din kommunes hjemmeside og din lokalavis og se, om du kan blive vaccineret andre steder.

De fleste børn oplever at få øjenbetændelse...



Langt de fleste tilfælde af øjenbetændelse skyldes milde virusinfektioner og går over af sig selv.

Symptomer
Let rødmen, gule klatter i øjnene især efter søvn. Barnet er ikke påvirket.

OBS
Antibiotika hjælper ikke. Dit barn må gerne komme i institution.

Behandling
Vask øjet indefra og ud med afkølet, kogt vand tilsat salt. Brug ikke samme vat til begge øjne.



I sjældne tilfælde kan dit barn have en øjenbetændelse med bakterier.

Symptomer
Tit er det kun det ene øje, der er betændelse i. Øjet gør ondt og er meget rødt og hævet med pus og kan være følsomt overfor lys. Det hvide i øjnene er meget rødt.

OBS
Du skal kontakte egen læge for at få behandling. Dit barn må ikke komme i institution, før behandling er påbegyndt.

Behandling
Dit barn skal behandles med antibiotika i form af øjendråber. Du kan også lindre ved at bade øjet med afkølet, kogt vand.



Husk hyppig håndvask i begge tilfælde!



”

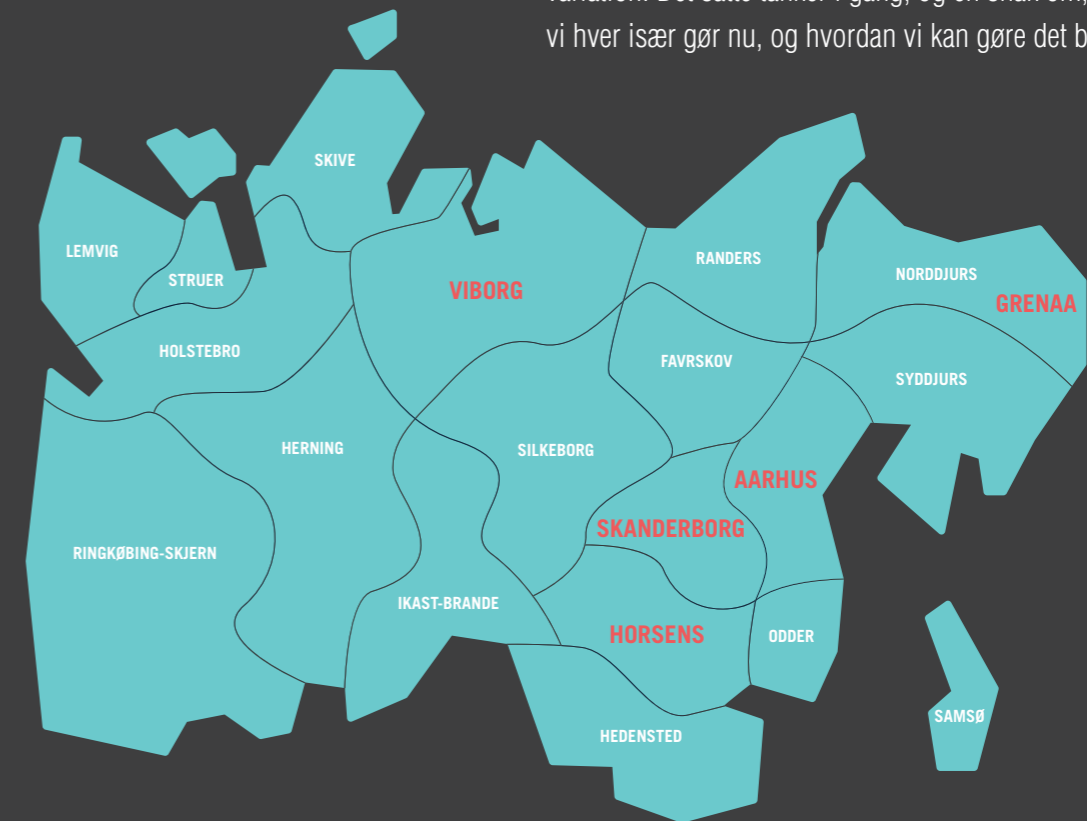
Det satte tanker i gang, og en snak om, hvordan vi hver især gør nu, og hvordan vi kan gøre det bedre

”

Jeg håber, at vi med projektet får nogle fælles redskaber i klyngen til hvordan vi fremover gør, når vi udskriver NSAID

”

Når man kigger ned over pakken med spirometri, så kan man godt tænke: »Er det ikke det, vi har snakket om de sidste mange år«, men jeg synes, at vores tal viste en stor variation. Det satte tanker i gang, og en snak om, hvordan vi hver især gør nu, og hvordan vi kan gøre det bedre



”

Jeg synes, at man kan se det som en mulighed for at få et enestående samarbejde med sine kolleger

”

Klyngearbejdet skal skabe debat, læring og motivation. Det skal ikke være »et gok i nødden« af kontrol eller virke formanende

”

Det spændende er procesdelen – hvordan får vi de her data til at blive meningsfulde i vores hverdag? Hvordan kommer vi derhen, hvor vi går derfra løftede og klar til at gøre det endnu bedre?

Kvalitet og Lægemidler
Skottenborg 26
DK-8800 Viborg
www.praksis.dk

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/gaeldende-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 varetags 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 forholdsvist 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

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 opfølgningsprogram for børn med cerebral parese

1. Indledning

Det foreslås, at aftalen om cerebral parese opfølgningsprogram (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.	Hjerneskadeforsamlingen/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.	Hjerneskadeforsamlingen/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.	Hjerneskadeforsamlingen/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.

Hospitalet	Aktivitet	Ansvarlig instans	Kommunikation til eksterne samarbejdspartnere, hvem informerer om hvad til hvem
	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	

Notat: Udviklingen i den kommunal 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 ambulant og stationær behandling 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 forventet 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





Udfordringer og muligheder for forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på akutområdet.

Søren Liner Christensen, direktør, Herning Kommune

Møde i DKS 21. februar 2019

Opgaven



Sundhedskoordinationsudvalget har 27. juni 2018 bestilt en kortlægning af udfordringer og muligheder for forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på akutområdet.




En tværsektoriel arbejdsgruppe har lavet kortlægning og udarbejdet anbefalinger til de videre arbejde med at udmønte indsatsområdet "Sammen om ældre – først med fokus på akutområdet" i den nye sundhedsaftale.



Behov for at prioritere anbefalinger!



Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget behandler anbefalinger møder i marts og april

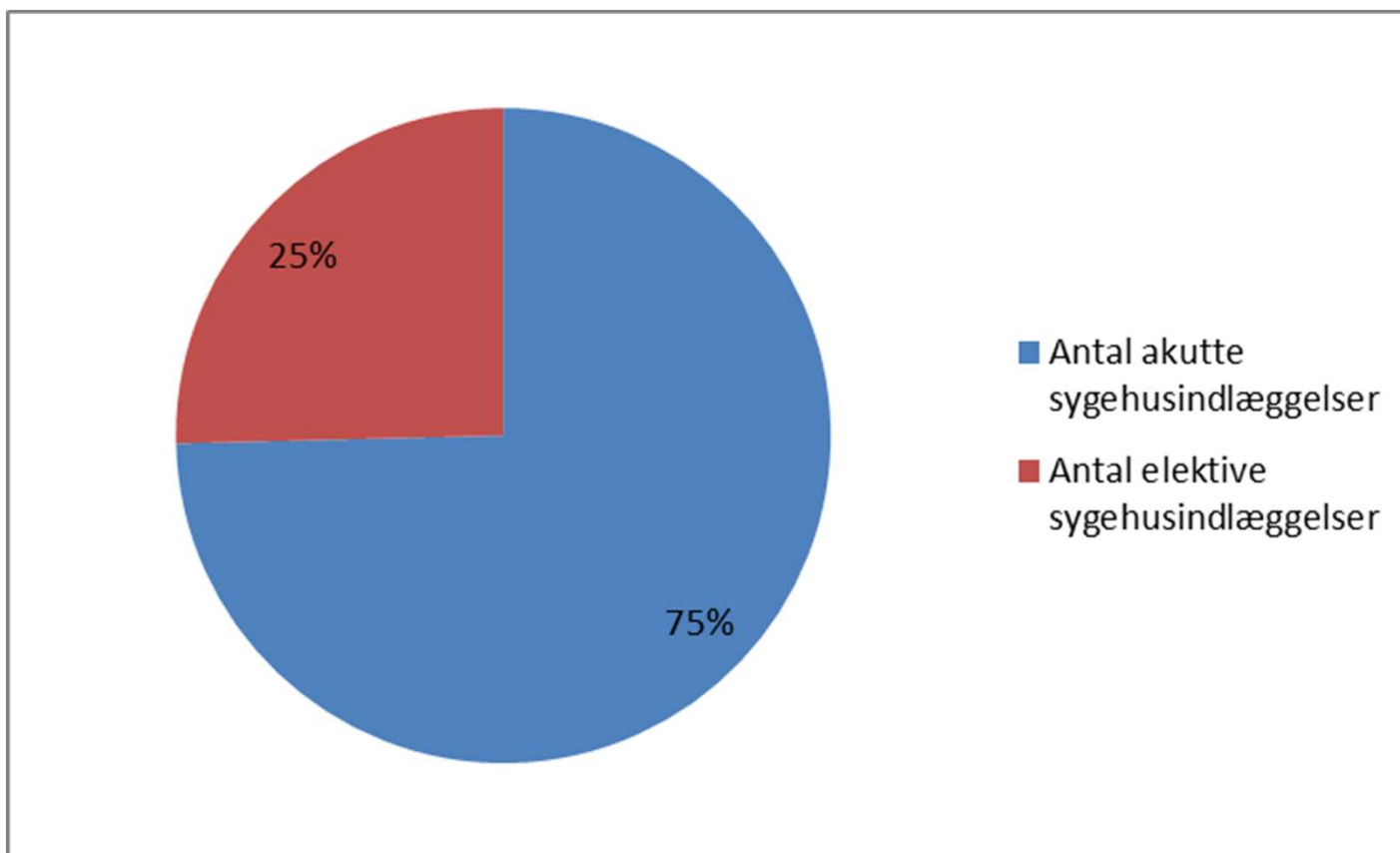


Akutområdet
er hot!

På vej

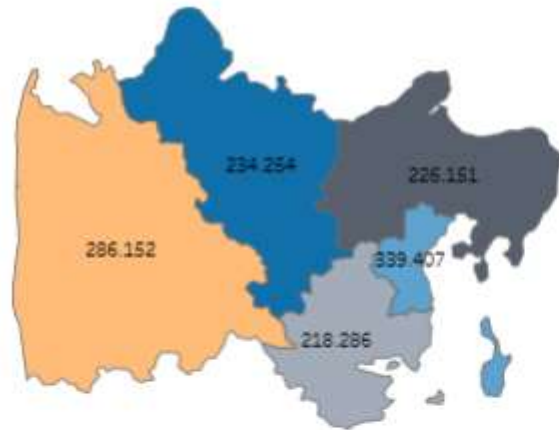
- Sundhedsreform
- Nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om de akutte sundhedstilbud
- Ny sundhedsaftale – ældre og akutområdet et prioriteret område

Sygehusindlæggelser Region Midtjylland 2017

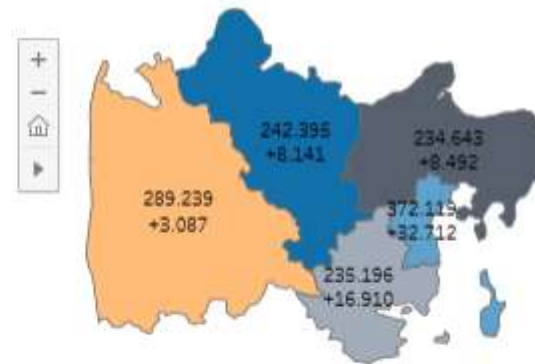


Befolkningsudvikling Region Midtjylland

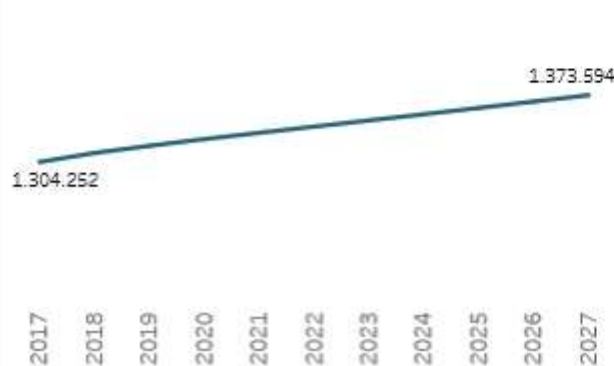
Antal indbyggere pr. optageområde (2017)



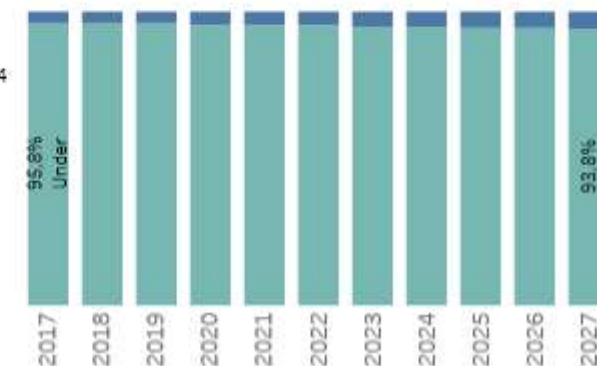
Antal indbyggere pr. optageområde (2027)



Antal personer i region midtjylland



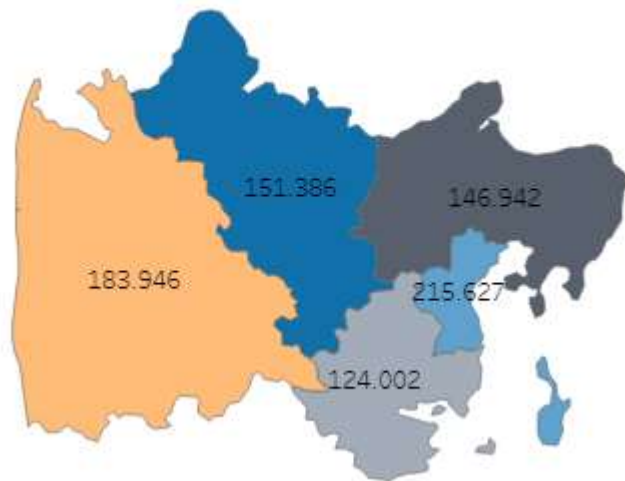
Andel personer i Region midtjylland
Over/under 80 år



Antal sengedage og indlæggelser 2017 og 2027

Baseret på befolkningsudvikling

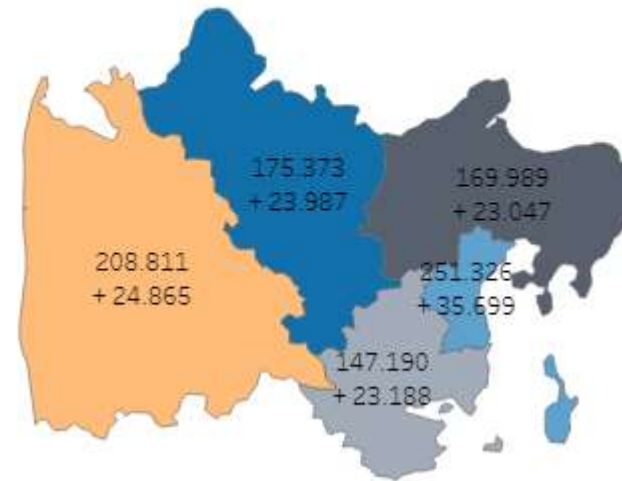
Antal sengedage fordelt på optage område (2017)



271.661

Antal indlæggelser

Antal sengedage fordelt på optage område (2027)



314.154

Antal indlæggelser

Behov for at tænke nyt – og mere ensartet

Borgeren som det første ben.



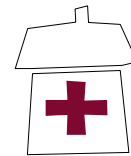
Kommuner

- Sygepleje og akutfunktioner
- Hjemmepleje
- Genoptræning
- Rehabilitering
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Sundhedspleje
- Tandpleje
- Beskæftigelse
- Social indsats



Almen praksis og øvrige praksissektor

- Diagnostik
- Behandling
- Forebyggelse



Hospitaler

- Diagnostik
- Behandling – akut, ambulant, udgående funktioner
- Rådgivning til kommuner og almen praksis
- Specialiseret genoptræning
- Patientrettet forebyggelse

Civilsamfund

Anbefalinger i 5 spor



Borgerens ressourcer
– fra trekant til femkant
i sundhedssamarbejdet



Mere ensartede
tilbud og
kompetencer



Borgere i risiko for
(gen)indlæggelse

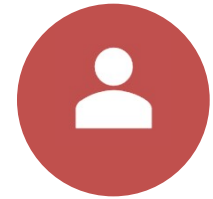


Mere fælles viden
om borgerne og
deres ønsker



Bedre brug af de
samlede ressourcer

Borgerens ressourcer – fra trekant til femkant i sundhedssamarbejdet



- Vi skal ikke tænke samarbejdet om sundhed som en trekant af hospitaler, kommuner og praksissektoren. Vi skal tænke samarbejdet som en femkant af borgere, pårørende, hospitaler, kommuner og praksissektoren.
- Initiativer, der styrker borgeres og pårørendes sundhedskompetencer til at reagere tidligt og hensigtsmæssigt på tegn på udvikling af akut sygdom og akut sygdomsforværring.
 - Fx udarbejdelse af "Før du ringer forløbsprogrammer", hvor borgerne kan inspiration til symptomer de skal være opmærksomme på, og ting de selv kan gøre for forebygge akut sygdom og skade
 - Fx Implementere brugervenlige, ensartede telemedicinske løsninger til hurtig opfølgning på akut udvikling af ny eller kendt sygdom
- Udvikle fælles strategier for at støtte de borgere, der ikke har ressourcestærke pårørende tæt på – i tæt samarbejde med foreningslivet.

Mere ensartede tilbud og kompetencer



- Region, kommuner og almen praksis udarbejder fælles definitioner for de forskellige tilbud og fælles begreber – herunder fx triage og brug af ISBAR.
- Region, kommuner og almen praksis kortlægger akuttilbud i den midtjyske region, herunder indhold i tilbud, tilgængelighed og kompetencer
- Region, kommuner og almen praksis udarbejder en fælles standard for, hvad de forskellige typer af akuttilbud skal indeholde og med hvilke kompetencer
- Region, kommuner og almen praksis laver fælles retningslinjer for indsatsen i forhold til borgere på plejehjem, borgere i egen bolig (der er kendt af kommunen) og borgere i eget hjem (som ikke er kendt af kommunen). Dette kan også indebære, at kommunerne i en klynge orienterer sig om hinandens tilbud, og indgår aftaler på tværs om udnyttelse af pladser i spidsbelastning.

#Borgere i risiko for (gen)indlæggelse



- Region, kommuner og almen praksis sikrer vidensdeling om, og spredning af erfaringer med brug af data til identifikation af patienter og borgere med særlig risiko for udvikling af akut sygdom
- Region, kommuner og almen praksis anvender systematisk data til de forbedringer, der allerede nu kan gøres i fællesskab
- På politisk niveau tages initiativ til dialog med patientforeninger, borgergrupper og praktiserende læger om de etiske dilemmaer, der er ved brug af data til forudsigelse af sundhedsrisici
- Der afsættes fælles midler til at søge fondsstøtte til forskning på området

#Mere fælles viden om borgerne og deres ønsker



- Region, kommuner og almen praksis holder et fælles pres i forhold til at sikre juridisk og teknisk mulighed for at dele relevante data om fælles borgere, og problemstillinger om deling af data på tværs rejses nationalt
- Region, kommuner og almen praksis sikrer, at borgernes aftaler og ønsker gøres kendte på tværs, og bruges, når der skal træffes beslutninger i et forløb.
 - Fx fælles udvikling og afprøvning af redskaber til at inddrage borgere og pårørende i planlægning og opfølgning af sundhedsfaglige indsatser – også i akutte situationer
 - Fx fælles informationsmateriale og retningslinjer om at inddrage og dele borgernes egne ønsker ved livets afslutning

#Bedre brug af de samlede ressourcer



- Region, kommuner og almen praksis laver klare aftaler om lægefagligt ansvar når en borger behandles hjemme
- Region, kommuner og almen praksis laver fælles aftaler om rammedelegation til det kommunale sundhedspersonale.
- Region, kommuner og almen udvikler en model for effektiv spredning af gode erfaringer. Fx gennem systematisk brug af advisory boards for tværsektorielle arbejdsgrupper. Mulige prøvehandlinger:
 - Prøvehandlinger, hvor præhospitalet i samarbejde med hospital og kommune behandler flere patienter uden indlæggelse
 - Prøvehandlinger med særlige fysiske og samarbejds-mæssige zoner omkring de ældste og svageste af borgerne (på hospitalet og i eget hjem) – fx med fælles daglige konferencer om fælles borgere.

Veje at gå – de første skridt?

- Hvor skal vi hen på akutområdet? Hvad tænker I om den retning, som lægges med de fem spor?
- Hvilke spor skal prioriteres først?



Human First

21. februar 2018



VIA University
College

midt
regionmidtjylland



AARHUS UNIVERSITET

Human First-samarbejdet

Hvad

- Forsknings- og uddannelsessamarbejde på sundhedsområdet

Hvem

- VIA University College
- Aarhus Universitet
- Region Midtjylland
- Kommunerne (observatør i styregruppe, indgår i programgrupper)



VIA University
College

midt
regionmidtjylland



AARHUS UNIVERSITET

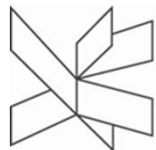
Vision og fundament

Vision

- *”Samarbejde om banebrydende forskning og intelligent uddannelse – for bedre sundhed og samfund”*

Fundament/grundfortælling

- Mennesket først
- Det sundeste sted på jorden kan ligge lige midt i Danmark
- Minimere afstanden mellem patient og forskning
- Fleksible rammer



VIA University
College

midt
regionmidtjylland



AARHUS UNIVERSITET

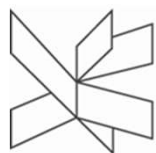
Organisering

Styregruppe

- 7 RM-repræsentanter
- 5 AU-repræsentanter
- 5 VIA-repræsentanter
- 2 kommunale repræsentanter (observatører)
- Formandskab: Aase Lydixen, Ole Thomsen og Lars Bo Nielsen

Programgrupper

- Formandskab (3-4 personer)
- 25-30 fagfolk fra VIA, RM, AU og kommunalt regi



VIA University
College

midt
regionmidtjylland

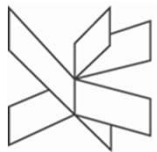


AARHUS UNIVERSITET

Indsatsområder

De to første programgrupper har udarbejdet hvidbøger:

- "Sygdomme og skader i hjernen"
- "Mennesker med rehabiliteringsbehov"



VIA University
College

midt
regionmidtjylland



AARHUS UNIVERSITET

Human First-samarbejdet

Hvidbogsinitiativer – Sygdomme og skader i hjernen

- Forskningsprojekt vedr. træthed og søvn
- Tværsektorielt ambassadørkorps
- Clinical investigator program
- Tværfaglig simulationstræning



VIA University
College

midt
regionmidtjylland

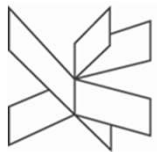


AARHUS UNIVERSITET

Human First-samarbejdet

Hvidbogsinitiativer – Mennesker med rehabiliteringsbehov

- Forskningsprojekter inden for hjerterehabilitering
- Mikrodataprojekt
- ICF-ambassadører
- Tværprofessionelle uddannelsesforløb
- Rehabiliteringslaboratorium



VIA University
College

midt
regionmidtjylland

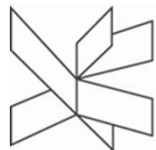


AARHUS UNIVERSITET

Human First-samarbejdet

Hvidbogsinitiativer – fælles for begge programgrupper

- Videre arbejde organiseres med et **koordinationsudvalg** og underliggende **arbejdsgrupper** for de forskellige initiativer
- Åbenhed og bred inddragelse sikres ved **årlige forskningssymposier** og etablering af en **baggrundsgruppe** for hvert område
- Løbende afrapportering til Styregruppen for Human First



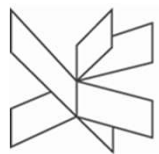
VIA University
College

midt
regionmidtjylland



AARHUS UNIVERSITET

Arrangement 2. maj 2019



VIA University
College

midt
regionmidtjylland



AARHUS UNIVERSITET

Kvalitetsudvikling i almen praksis

Kvalitetsklyngerne:

- Almen praksis i RM er godt med mht. etablering
- Knytter sig til en kommune eller hospitalsenhed
- Arbejdet kan følges på www.praksis.dk
- Klyngekoordinatorer kommer rundt i hospitalsklyngerne med introduktion
- Oplagt emne til KLU, f.eks. Læring og dialog ift. datapakker

Strategi for kvalitetsarbejdet i almen praksis + organisering – oplæg til KEU

Strategi:

- Nyt – kvalitetsklynger + temaer sundhedsaftalen
- Forstærket – samarbejdsfeltet i det nære sundhedsvæsen (især kommunerne)

Organisering pr. 1/7 2019 – forslag:

- Kommunerepr. i Det Regionale Kvalitetsteam (forberedelse af KEU)
- 50 timer / praksiskoordinator til styrket koordination med kommunale praksiskonsulenter og samarbejdet med kommunerne. I alt 300 timer / årligt á ca. 930 kr. fordelt efter befolkningstal.

Hvad ønsker vi at tilkendegive inden KEU 12/3?



Status på telemedicinsk hjemmemonitorering

Hvor står vi i projekt i februar 2019





Status på telemedicinsk hjemmemonitorering

Infrastruktur:

Systematic bliver leverandør af national infrastruktur – afklaringsfasen er tilendebragt.

Løsninger:

14. Februar er der indgået kontrakt med leverandør af medarbejderløsning (3 leverandører på rammeaftalen)

Samme leverandør for hhv. Nord, Midt og Syd, samt Hovedstaden og Sjælland
Nord og Sjælland er indkøbsansvarlige myndigheder

Vedr. borgerløsning afholdes fælles evalueringsmøde ml. Nord, Midt og Syd 9. april

11. juli indgås kontrakt med leverandør (5 leverandører på rammeaftalen)

Aktuelt:

Anmodning om aktindsigt i evalueringsprocessen samt mulig klagesag



Status på telemedicinsk hjemmemonitorering

Opgaver i foråret 2019

- **Evaluering og bestilling af borgerløsning**
- **Opdatering af budgetvejledninger/økonomi**
- **Udarbejdelse af samarbejdsaftaler i klyngerne**
- **Samarbejde med Fælles Servicecenter om bestilling af udstyr/devices (herunder afdækning af kommunale ønsker/behov)**



